

УДК616.514

# ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭБАСТИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

О.Г. Елисютина, Е.С. Феденко, Е.Н. Земская, О.В. Штырбул  
ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, г. Москва

**Ключевые слова:** хроническая крапивница, эбастин, H<sub>1</sub>-блокаторы

В наблюдении принимали участие 25 взрослых больных спонтанной хронической формой крапивницы и 5 пациентов с острой крапивницей в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст 32,7±10,1 года). Все пациенты получали лечение препаратом Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) по 1 таблетке сублингвально 1 раз в день ежедневно в течение 28 дней. Оценку активности и степени тяжести крапивницы проводили трижды: до лечения, через 2 и через 4 нед от начала лечения. Для оценки активности крапивницы использованы индексы активности крапивницы ИАК и ИАК 7. В результате лечения достигнут контроль над крапивницей у большинства больных как острой, так и хронической крапивницей. Показано, что Кестин® Быстрое растворение в дозе 20 мг (эбастин) сублингвально является эффективным H<sub>1</sub>-блокатором в лечении больных хронической и острой крапивницей, препарат безопасен, хорошо переносится больными и может быть рекомендован как препарат первой линии в лечении хронической крапивницы.

В клинической практике аллерголога крапивница занимает особое место в связи с ее широким распространением. Всего в мире около 15–25% населения болеет крапивницей, из них у 25% заболевание носит хронический характер, что составляет 0,1–3% всего населения [1]. Крапивница (от лат. *urtica* – крапива) – заболевание, обусловленное активацией тучных клеток и характеризующееся развитием зудящих волдырей и/или ангиоотеков [2].

Современная классификация крапивницы предусматривает подразделение заболевания по длительности течения и по подтипам. У одного больного могут быть две и более разные форм крапивницы.

По течению крапивницу подразделяют на острую (длительность заболевания составляет менее 6 нед) и хроническую (продолжительностью более 6 нед); изолированную или сопровождающуюся ангиоотеками. Современная классификация крапивницы приведена в табл. 1 [2].

Основным клиническим проявлением крапивницы является наличие волдырей, которые имеют три характерных признака: центральный отек разных размеров, почти всегда окруженный рефлекторной эритемой, зуд, иногда ощущение жжения и

*Адрес для корреспонденции*

Елена Сергеевна Феденко  
E-mail: efedks@gmail.com

**Таблица 1. Классификация крапивницы [2]**

Подтипы хронической крапивницы	
Хроническая спонтанная крапивница	Индукцируемая крапивница
Спонтанное появление волдырей, ангиоотеков или того и другого ≥6 нед вследствие известных или неизвестных причин	Симптоматический дермографизм Холодовая крапивница Замедленная крапивница от давления Солнечная крапивница Тепловая крапивница Вибрационный ангиоотек Холинергическая крапивница Контактная крапивница Аквагенная крапивница

обратимость, то есть волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 ч.

Вне зависимости от этиологического фактора механизмы развития и симптомы крапивницы связаны с активацией тучных клеток. Основным медиатором, который вызывает раздражение чувствительных нервов, расширение сосудов, повышение сосудистой проницаемости, привлечение клеток в зону волдыря, является гистамин, при этом участие в патогенезе простагландина D<sub>2</sub>, лейкотриенов,

брадикинина, фактора активации тромбоцитов, триптазы, нейропептидов приводит к дополнительной вазодилатации и дегрануляции тучных клеток. Гистамин считается основным медиатором крапивницы, накапливается в цитоплазматических гранулах тучных клеток соединительной ткани и базофилов периферической крови, из которых высвобождается в больших количествах посредством нецитотоксических механизмов. Воздействуя на  $H_1$ -рецепторы кожи, гистамин вызывает зуд за счет стимуляции тонких немиелинизированных афферентных С-волокон, которые имеют низкую скорость проведения возбуждения. Воздействуя на  $H_1$ -рецепторы посткапиллярных венул, гистамин индуцирует высвобождение оксида азота, который стимулирует гуанилатциклазу и увеличивает продукцию циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), что приводит к вазодилатации, повышению сосудистой проницаемости и возникновению отека. Через  $H_1$ -рецепторы осуществляется участие гистамина в высвобождении других медиаторов воспаления из тучных клеток и базофилов, в воспалительной активации клеток, экспрессии молекул адгезии, миграции клеток воспаления [3, 4].

Учитывая ведущую роль тучных клеток и гистамина в патогенезе крапивницы, главной целью симптоматической терапии является уменьшение воздействия медиаторов на органы-мишени. На сегодняшний день основной патогенетически обоснованной лекарственной терапией крапивницы являются неседативные  $H_1$ -антигистаминные препараты, которые официально рекомендованы для лечения заболевания. По данным различных клинических исследований, хороший или отличный эффект отмечается у 44–91% пациентов со всеми типами крапивницы и у 55% пациентов с хронической спонтанной крапивницей [2, 5]. Все известные на сегодняшний день  $H_1$ -антигистаминные препараты действуют как обратные агонисты, стабилизируя неактивную конформацию  $H_1$ -рецептора [6]. В настоящее время существует ряд  $H_1$ -антигистаминных препаратов, которые принято подразделять на 2 группы: препараты 1- и 2-го поколения, при этом применять седативные антигистаминные средства 1-го поколения в качестве препаратов первой линии лечения крапивницы не рекомендуется в связи с отсутствием клинических исследований надлежащего качества [7]. В европейском согласительном документе по крапивнице/ангиоотеку неседативные  $H_1$ -антигистаминные препараты 2-го поколения рекомендованы как препараты первой линии в связи с их очевидными преимуществами: высоким сродством к  $H_1$ -рецепторам, быстрым началом и длительностью действия, незначительным седативным эффектом, возможностью длительного приема без привыкания, возможностью однократного суточного приема, а также отсутствием связи абсорбции

препарата с приемом пищи. Важно отметить, что при лечении крапивницы антигистаминные препараты назначают в режиме постоянного приема, а не по требованию. В начале лечения их следует принимать в дозах, соответствующих инструкции по медицинскому применению препарата, однако в последнем международном согласительном документе содержится рекомендация по увеличению дозы неседативных антигистаминных препаратов вплоть до 4-кратной в случае недостаточного эффекта терапии. Такое назначение в каждой клинической ситуации относится к *off label*, поэтому должно быть строго обосновано с привлечением консилиума специалистов и подписанием информированного согласия больного [2].

Одним из препаратов, относящихся к  $H_1$ -антигистаминным препаратам последнего поколения, является Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин), обладающий высоким сродством к  $H_1$ -рецепторам. Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) не вызывает значительного антихолинергического и седативного эффекта, не проникает через гематоэнцефалический барьер. Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) — один из немногих оригинальных препаратов, который не имеет генерических копий, выпускается под торговым названием «Кестин®». Молекула эбастина имеет уникальное строение, что обеспечивает ее высокое сродство и избирательность по отношению к  $H_1$ -рецепторам, а также способность прочно связываться с субвариантами данных рецепторов, не доступных для других блокаторов  $H_1$ -рецепторов.

Преимуществом Кестина® Быстрое растворение 20 мг (эбастина) является быстрое начало действия — в течение 1 ч после приема препарат абсорбируется из ЖКТ и почти полностью биотрансформируется в печени с образованием активного метаболита каребастина. Период полувыведения каребастина составляет от 15 до 19 ч, 66% активного вещества выводится в виде конъюгатов с мочой. Антигистаминное действие начинается через 1 ч, продолжается в течение 49 ч, в исследованиях фармакокинетики показано, что после 5-дневного применения в терапевтической дозе действие Кестина (эбастина) сохраняется в течение 72 ч. Величина максимальной концентрации каребастина в плазме крови возрастает в зависимости от принятой дозы препарата, но время достижения максимальной концентрации и конечный период полувыведения остаются стабильными при использовании 10–30 мг эбастина. Конечный полупериод выведения сопоставим у молодых и пожилых лиц, что позволяет принимать этот препарат всем пациентам без коррекции дозы в зависимости от возраста. В дозах (60 мг/сут), в 3–6 раз превышающих терапевтические, Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) не оказывает заметного действия на интервал QT, о чем свидетельствовало

отсутствие разницы с данными, полученными при испытании плацебо [8]. Наряду с антигистаминным эффектом эбастин обладает противовоспалительными свойствами, которые заключаются в подавлении высвобождения брадикинина, некоторых интерлейкинов, простагландина D<sub>2</sub>, лейкотриенов (ЛТС<sub>4</sub>, ЛТС<sub>2</sub>), фактора некроза опухоли α (ФНОα), вызывающих повышение сосудистой проницаемости и играющих важнейшую роль в развитии клинических проявлений крапивницы.

Следует отметить, что эбастин также способен угнетать активность моноцитов, подавлять хемотаксис эозинофилов и нейтрофилов, которые принимают участие в развитии поздней стадии аллергического ответа. Описана способность Кестина (эбастина) ингибировать реакции, индуцированные нейропептидами, и частично тормозить высвобождение гистамина из базофилов и тучных клеток [9].

Все вышеперечисленные свойства Кестина (эбастина) обуславливают профиль его высокой клинической эффективности и безопасности. В настоящее время эбастин является единственным представителем H<sub>1</sub>-блокаторов 2-го поколения, официально разрешенным к применению в двойной дозировке 20 мг в сутки.

Так, при исследовании клинической эффективности Кестина® Быстрое растворение 20 мг (эбастина) при аллергическом рините, проведенном двойным слепым плацебо-контролируемым методом, показано, что терапевтический эффект препарата может быть повышен при увеличении дозы с 10 до 20 мг в сутки при однократном приеме. При этом сохранялась хорошая переносимость препарата и отсутствовали нежелательные явления. Результаты этой работы свидетельствуют о выгодном свойстве эбастина как препарата, который можно применять в разной дозировке, повышая ее при необходимости до 20 мг для купирования более тяжелых проявлений заболевания при сохранении показателей безопасности и переносимости [10].

Высокая эффективность эбастина показана при применении в дозе 20 мг ежедневно в течение 7 дней у 22 больных холодовой крапивницей, которым проводилась провокация холодом. В этом исследовании только у четверых появились волдыри после лечения эбастином, тогда как после лечения плацебо

они появились у 17 пациентов. Число пациентов, испытывающих умеренный или сильный кожный зуд, также снизилось до 5 после лечения эбастином, тогда как после лечения плацебо их было 18 [11]. В российском исследовании продемонстрирована способность Кестина® Быстрое растворение в дозе 20 мг (эбастина) эффективно контролировать кожный зуд не только при хронической крапивнице, но и при других аллергодерматозах, таких как атопический дерматит и другие зудящие дерматозы [12].

В клинике «ГНЦ Институт иммунологии» в отделении аллергии и иммунопатологии кожи к настоящему времени накоплен достаточный опыт клинического применения препарата Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) в сублингвальной форме. В данной статье мы приводим собственные данные анализа эффективности лечения эбастином 20 мг у больных с различными формами крапивницы.

#### Клиническая характеристика группы больных с крапивницей

В период с июня по сентябрь 2016 г. мы назначали Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) 30 взрослым пациентам в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст 32,7±10,1 года), 17 женщинам и 13 мужчинам, с различными формами крапивницы. В исследование были включены больные как с острой (n=5, 16,7%), так и с хронической спонтанной крапивницей (ХСК) (n=25, 83,3%). Диагноз ХСК устанавливали в соответствии с существующими международными критериями. В исследование не включали детей до 15 лет, беременных и кормящих женщин. Тяжесть течения крапивницы мы оценивали с использованием рекомендованных для применения в клинической и исследовательской деятельности индексов: Индекса Активности Крапивницы ИАК (UAS – urticaria activity score) и Индекса Активности Крапивницы 7 ИАК 7 (UAS 7), который предполагает суммарную оценку в баллах основных симптомов заболевания (от 0 до 3 баллов по основным клиническим симптомам: зуду и количеству уртикарий) самим пациентом каждые 24 ч за 7 последовательных дней. При этом сумма баллов за сутки может составлять от 0 до 6, за 7 дней – 42 балла максимально [6] (табл. 2). Число больных с

Таблица 2. Определение степени тяжести ХСК – Индекс Активности Крапивницы

Баллы	Волдыри	Зуд
0	Отсутствуют	Отсутствует
1	<20 волдырей за 24 ч	Легкий
2	20–50 волдырей за 24 ч	Умеренный
3	>50 волдырей за 24 ч или немногочисленные гигантские уртикарии	Выраженный
Сумма баллов	Степень тяжести крапивницы	
0–2	Легкая	
3–4	Средняя	
5–6	Тяжелая	

легкой, средней и тяжелой степенью тяжести крапивницы составило 8 (26,7%), 16 (53,3%) и 6 (20%) соответственно.

Также мы оценивали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) для всех больных на основании оценки результатов стандартного международного опросника, состоящего из 10 вопросов [12]. Индекс рассчитывают путем суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьировать от 0 до 30 баллов. Максимальное значение индекса – 30. Чем выше значение данного показателя, тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Также мы определяли уровень общего IgE всем пациентам до лечения с целью уточнения генеза крапивницы и определения прогноза заболевания; при выявлении повышенного уровня IgE общего (выше 150 МЕд/мл) проводилось расширенное аллергологическое обследование: определение уровня аллерген-специфического IgE к основным ингаляционным и пищевым аллергенам.

Клиническая характеристика группы больных крапивницей приведена в табл. 3.

Схема применения Кестина® Быстрое растворение 20 мг (эбастина) была следующей. Всем исследуемым пациентам с крапивницей независимо от формы заболевания был назначен Кестин (эбастин) в дозе 1 таблетка (20 мг) сублингвально 1 раз в день. Длительность лечения составляла 28 дней.

**Таблица 3. Клиническая характеристика группы больных крапивницей (n=30)**

Клинические проявления	Число больных, n (%)
<b>Форма крапивницы</b>	
Острая (продолжительность <6 нед)	5 (16,7)
Хроническая спонтанная (продолжительность >6 нед)	25 (83,3)
<b>Степень тяжести крапивницы</b>	
Легкая (сумма баллов ИАК 0-2)	8 (26,7)
Средняя (сумма баллов ИАК 3-4)	16 (53,3)
Тяжелая (сумма баллов ИАК 5-6)	6 (20)
<b>Данные аллергологического обследования</b>	
Повышение уровня IgE общего >150 МЕд/мл	10 (33,3)
Сенсибилизация к пищевым аллергенам	3 (10)
Сенсибилизация к ингаляционным аллергенам	4 (13,3)
Поливалентная сенсибилизация	2 (6,7)

Пациенты были инструктированы по алгоритму применения препарата и необходимости проведения самостоятельной оценки самочувствия и ежедневного определения ИАК, для которого каждому пациенту был выдан дневник, где регистрировалась динамика симптомов крапивницы.

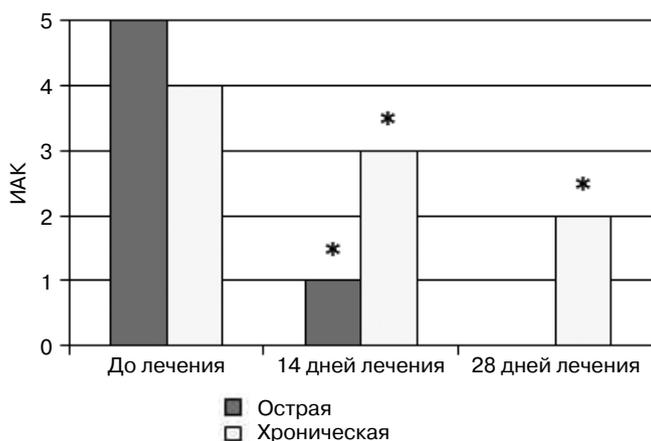
За период наблюдения учитывались симптомы и жалобы пациента до начала лечения, на 14- и 28-й дни лечения Кестином® Быстрое растворение 20 мг (эбастин). Врач оценивал выраженность клинических симптомов и нежелательные явления, определяя их возможную связь с приемом Кестина (эбастина). Субъективная оценка состояния пациента сопоставлялась с объективной оценкой врача-исследователя.

Оценка безопасности лечения проводилась на основании учета нежелательных явлений по данным жалоб и объективного физикального обследования, а также динамики клинического анализа крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) на фоне лечения препаратом до и через 28 дней после лечения.

### Результаты наблюдения и обсуждение

Основным критерием оценки эффективности лечения больных крапивницей, независимо от формы и тяжести течения заболевания, являлась выраженность основных симптомов ХСК – зуда и количества волдырных высыпаний. До начала лечения у всех больных было отмечено ежедневное появление зудящих уртикарных высыпаний различной степени выраженности. Мы проводили оценку тяжести течения крапивницы до начала лечения, на 14- и 28-й дни лечения. До начала лечения медиана, квартили и стандартное отклонение ИАК в группе больных хронической крапивницей составляли 4 балла ( $Q_1$  – 3 балла,  $Q_3$  – 5 баллов, Sd 1,33), в группе с острой крапивницей – 5 баллов ( $Q_1$  – 3 балла,  $Q_3$  – 5 баллов, Sd 2,1). На фоне проводимой терапии у 23 (76,6%) пациентов достигнуто быстрое уменьшение количества уртикарных высыпаний и интенсивности кожного зуда уже через 3–5 дней от начала лечения, а к 14-му дню отмечено достоверное уменьшение индекса ИАК в группе больных хронической крапивницей и полное разрешение острой крапивницы у 5 исследуемых больных. К 28-му дню лечения контроль над хронической крапивницей был достигнут у 20 из 25 исследуемых больных хронической крапивницей. Изменение индекса ИАК на фоне лечения препаратом Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) 1 раз в день при различных формах крапивницы представлено на рисунке. Выявлено достоверное снижение индекса ИАК 7 в группе больных острой крапивницей с 38 баллов ( $Q_1$  – 14 баллов;  $Q_3$  – 41 балл) до лечения до

Динамика пациентов с острой и хронической крапивницей, получавших Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин)



**Рисунок.** Изменение индекса активности крапивницы у больных острой и хронической крапивницей на фоне лечения препаратом Кестин® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) сублингвально в течение 28 дней.

Примечание: \* различия достоверны по сравнению со значением данного показателя до начала лечения ( $p < 0,05$  по критерию Уилкоксона)

18 баллов ( $Q_1$  – 11 баллов;  $Q_3$  – 22 балла) на 14-й день лечения и до 4 ( $Q_1$  – 0 баллов;  $Q_3$  – 5 баллов) к 28-му дню лечения. При хронической крапивнице медиана и квартили данного показателя составляли 27 баллов ( $Q_1$  – 21 балл;  $Q_3$  – 34 балла), 20 баллов ( $Q_1$  – 14 баллов;  $Q_3$  – 24 балла) и 10 ( $Q_1$  – 4 балла;  $Q_3$  – 12 баллов) до лечения, на 14- и 28-й дни лечения соответственно.

При оценке индекса качества жизни, по результатам анкетирования, все больные крапивницей отметили уменьшение влияния заболевания на самочувствие, поведение и повседневную активность. До лечения сильное влияние заболевания на жизнь отмечали 14 (46,8%) пациентов, а после лечения число таких пациентов составило 4 (13,3%) и к концу лечения 18 (60%) больных отметили отсутствие или незначительное влияние заболевания на качество жизни (табл. 4).

Также мы оценивали безопасность проводимой терапии Кестином® Быстрое растворение 20 мг

(эбастин) у больных крапивницей на основании учета жалоб, данных физикального обследования, а также изменений со стороны клинического анализа крови. Мы регистрировали все нежелательные явления, которые возникали у пациентов на фоне всего периода приема Кестина® Быстрое растворение 20 мг (эбастина). Было отмечено развитие следующих симптомов.

- Незначительный кратковременный седативный эффект (сонливость и повышенная утомляемость) у 2 пациентов. Данный симптом регрессировал самостоятельно в течение 2 дней и не требовал отмены проводимой терапии.

- Боли в эпигастрии в сочетании с сухостью во рту отмечал 1 пациент, страдающий гипотрофическим гастритом в сочетании с рефлюксной болезнью. После начала коррекции данной патологии диспептические симптомы быстро разрешились и при дальнейшем приеме Кестина (эбастина) не возобновлялись.

Значимых изменений показателей клинического анализа крови не выявлено ни у одного из пациентов.

Следует отметить, что из 30 взрослых пациентов, включенных в исследование, у 8 (26,6%) пациентов крапивница носила хронический характер (более 6 мес); эта группа больных до назначения Кестина (эбастина) в дозе 20 мг получала различные антигистаминные препараты, в том числе клемастин, хлоропирамин, гидроксизин, лоратадин, дезлоратадин, цетиризин, фексофенадин, 2 пациентки получали эбастин в дозе 10 мг и 1 пациент ранее получал Кестин (эбастин) в дозе 20 мг, однако применял его нерегулярно, а по потребности; 6 из этих пациентов отметили более быстрое наступление положительного клинического эффекта по сравнению с предыдущей терапией, 2 пациентам с тяжелым течением хронической крапивницы, которым не удалось достигнуть контроля над заболеванием в течение 28 дней, в дальнейшем назначили эбастин 20 мг 2 таблетки 1 раз в день. Двукратное увеличение дозы позволило уменьшить тяжесть течения заболевания у данных больных уже в течение 2 нед.

**Таблица 4.** Изменение Дерматологического Индекса Качества Жизни (ДИКЖ) у больных крапивницей ( $n=30$ ) на фоне лечения Кестином® Быстрое растворение 20 мг (эбастин) в течение 30 дней

ДИКЖ	Больные крапивницей, n (%)		
	0 день	1–4-й день	2–8-й день
0–1: заболевание не влияет на жизнь пациента	2 (6,7)	10 (33,3)	18 (60)
2–5: заболевание незначительно влияет на жизнь	4 (13,3)	10 (33,3)	5 (16,7)
6–10: заболевание умеренно влияет на жизнь пациента	6 (20)	4 (13,3)	2 (6,7)
11–20: заболевание сильно влияет на жизнь пациента	14 (46,7)	4 (13,3)	4 (13,3)
21–30: заболевание чрезвычайно сильно влияет на жизнь пациента	4 (13,3)	2 (6,7)	1 (3,3)

Полученные данные подтверждают высокую клиническую эффективность Кестина® Быстрое растворение в дозе 20 мг (эбастина) при крапивнице: препарат позволяет эффективно контролировать основные симптомы заболевания даже при выраженной активности и тяжелом течении крапивницы; не вызывает нежелательных побочных явлений и может быть препаратом выбора для лечения ХСК.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Cooper K.D. Urticaria and angioedema: diagnosis and evaluation. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1991, v. 25, 166 p.
2. Zuberbier T., Asero R., Asero R. et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* 2014, v. 69, p. 868-887.
3. Ito Y., Satoh T., Takayama K. et al. Basophil recruitment and activation in inflammatory skin diseases. *Allergy.* 2011, v. 66, p. 1107-1113.
4. Greaves M. Chronic urticaria. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2000, v. 105, p. 664-672.
5. Walsh G. The clinical relevance of the anti-inflammatory properties of antihistamines. *Allergy.* 2000, v. 55, p. 53-61.
6. Гушин И.С. Холинергическая система и особенности фармакологического вмешательства в нее некоторых антагонистов H<sub>1</sub>-рецепторов. *Рос. Аллергол. Журн.* 2005, № 6, с. 3-16.
7. Magerl M.A., Altrichter S., Boodstein N. et al. Urticaria – classification and strategies for diagnosis and treatment. *CME Dermatol.* 2008, v. 3, p. 2-18.
8. Hurst M., Spencer C.M. Ebastine: an update of its use in allergic disorders. *Drugs.* 2000, v. 59, p. 981-1006.
9. Barbanoj M.J., Antonijuan R.M., Garcia-Gea C. et al. Study comparing the inhibitory effects of single and repeated oral doses of ebastine and fexofenadine against histamine-induced skin reactivity. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 2003, v. 132, p. 263-267.
10. Ratner P., Hampel F., Gipsert J. Efficacy of ebastine in the control of nasal congestion associated with allergic rhinitis. *Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol.* 2003, v. 25, p. 111-115.
11. Magerl M., Schmolke J., Siebenhaar F. et al. Acquired cold urticaria symptoms can be safely prevented by ebastine. *Allergy.* 2007, v. 62, p. 1465-1468.
12. Львов А.Н. Кестин в терапии зудящих дерматозов. *Врач.* 2004, № 9, с. 54-56.

Статья поступила 19.08.2016 г., принята к печати 12.10.2016 г.  
Рекомендована к публикации О.М. Курбачевой

## CLINICAL EFFICACY OF EBASTINE IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA

Elisyutina O.G., Fedenko E.S., Zemsкая E.N., Shtyrbul O.V.

Institute of Immunology, Moscow, Russia

*Key words:* chronic urticaria, ebastine, H<sub>1</sub>-blockers

The study involved 25 adult patients suffered from spontaneous chronic urticaria, and 5 patients with acute urticaria aged from 18 to 56 years (mean age 32,7±10,1). All patients received treatment with ebastine 20 mg 1 tab. sublingual 1 times a day daily for 28 days. Assessment of activity and severity of urticaria was carried out before treatment, after 2 weeks and 4 weeks of starting treatment. To assess the urticaria activity were used the indices of activity of urticaria UAS and UAS 7. Most patients with both acute and chronic urticaria were shown good results. The study shown that Ebastine at a dose of 20 mg sublingually is an effective H<sub>1</sub>-blockers in the treatment of patients with chronic and acute urticaria, the drug is safe, well tolerated and can be recommended as the first-line drug in the treatment of chronic urticaria.