

# Раціональне лікування алергічного риніту у дітей

**Алергічний риніт (АР) – найбільш поширене хронічне алергічне захворювання у дітей. Згідно з даними епідеміологічних досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (2012), загалом у світі АР мають близько 1 млрд осіб. Поширеність АР у дитячій популяції становить 40%, у дорослих – 10-30%. Ці статистичні дані демонструють, що у значній частині педіатричних пацієнтів симптоми АР будуть проявлятися протягом усього подальшого життя. У ході Міжнародного стандартизованого дослідження щодо поширеності бронхіальної астми та АР у дітей (ISAAC, 2009) виявлено, що АР діагностується у 1,8-20,4% дітей віком 6-7 років та у 1,4-33,3% дітей віком 13-14 років. Сьогодні можна стверджувати, що поширеність АР у дитячій популяції набула масштабів епідемії, що зумовлює необхідність розробки діагностичних алгоритмів та оптимальних методів лікування дітей з АР. Безумовно, ця патологія не загрожує життю пацієнта, проте ті негативні наслідки, які виникають на фоні АР, створюють передумови для розвитку та прогресування більш серйозних захворювань, зокрема бронхіальної астми (БА). Актуальною проблемою в педіатрії є діагностика АР, адже помилкова інтерпретація діагнозу та призначення некоректного лікування може призвести до виникнення супутніх захворювань (найчастіше синуситів).**

АР – це IgE-опосередковане хронічне алергічне захворювання, яке характеризується вивільненням прозапальних медіаторів (гістаміну, лейкотрієнів, простагландинів) цитокінів (інтерлейкінів-4, -5, -13), хемокинів і молекул адгезії та розвитком запалення слизової оболонки носа. Така реакція організму виникає внаслідок впливу різних зовнішніх та внутрішніх алергенів. Сенсibilізація зовнішніми алергенами при АР здебільшого спостерігається у дітей старше 2 років, проте чутливість до них частіше зустрічається у дітей 4-6 років. Що стосується внутрішніх алергенів, то клінічно значима сенсibilізація до них може розвинути у дітей віком до 2 років.

До алергенів, які одночасно є тригерними факторами імунопатологічної реакції, належать пилові кліщі, пилок рослин, алергени тваринного походження (пір'я та пух птахів, шерсть тварин, виділення комах), викиди промислових об'єктів, поліюантани, тютюновий дим, токсини, ксенобіотики, а також бактерії, віруси, грибки, гельмінти. АР може бути сезонним та цілорічним – залежно від часу та періодичності впливу алергену на організм. При сезонному АР алергеном може бути пилок конкретної рослини, тому поява симптомів захворювання найчастіше збігається з періодом її цвітіння. При цілорічному АР дія алергенів не має чітких часових меж.

Згідно із сучасною класифікацією, виділяють 2 форми АР – інтермітуючу, якщо симптоми виникають не частіше ніж 4 рази на тиждень або тривають менше 4 тижнів протягом року, та персистуючу, якщо симптоми виникають частіше ніж 4 рази на тиждень або тривають довше 4 тижнів протягом року.

Незважаючи на те що, на перший погляд, верифікація діагнозу АР не пов'язана зі значними труднощами, сьогодні в Україні існує проблема гіподіагностики алергічних захворювань. Згідно з даними українських статистичних досліджень, поширеність АР серед дитячого населення становить тільки 5,2%, що не відповідає реальній картині. Тому виникає потреба у створенні чіткого клінічного алгоритму, керуючись яким лікарі первинної ланки медичної допомоги могли б запідозрити алергічну етіологію захворювання при першому зверненні пацієнта. АР слід запідозрити у тих пацієнтів, у яких наявні принаймні 2 із перелічених симптомів:

- рясні водянисті виділення з носа;
- раптові епізоди чхання у вигляді пароксизму;
- закладеність (обструкція) носа;
- свербіння у носі.

Окрім цього, також можуть виникнути очні симптоми: свербіння, слезотеча, почервоніння. Для алергічних захворювань характерна «двобічна» симптоматика. Через рясні виділення та набряк слизової оболонки носа спостерігається утруднення носового дихання, а також зниження нюху та слуху. Симптоми АР є більш вираженими вранці, що пов'язано із добовими ритмами організму, які зумовлюють більш інтенсивне виділення медіаторів запалення та цитокінів у ранковий час. Тому пацієнти з АР через ранкові епізоди чхання та ринореї протягом дня втомлені та дратівливі, що значно погіршує якість їхнього життя. Поява «однобічних» симптомів та обструкції носа за відсутності інших клінічних ознак (слизисто-гнійної ринореї, болювого синдрому, рецидивуючої носової кровотечі, аносмії) свідчить про неалергічну природу риніту.

Після оцінки клінічних ознак захворювання для підтвердження діагнозу АР у дітей застосовують шкірні прик-тести, які можна проводити у дітей з 1 міс.

Реакція вважається позитивною при появі у дитини віком 1-6 міс еритеми, старше 6 міс – уртикарії.

Терапію АР необхідно розпочинати з елімінаційних заходів, спрямованих на усунення впливу тригерного фактора алергії. У лікуванні дітей з АР перевага надається медикаментозним методам. Головна мета фармакотерапії – досягти цілодобового контролю алергічного захворювання та регресії симптомів, що значно покращує самопочуття дитини. Згідно з рекомендаціями «Алергічний риніт та його вплив на астму» (ARIA, 2010), для терапії АР у дітей можна застосовувати інтраназальні кортикостероїди, кромони (протягом останніх років застосовують значно рідше), антагоністи лейкотрієнів, неседативні H<sub>1</sub>-антигістамінні препарати, деконгестанти для інтраназального (<10 днів) або перорального застосування. Препаратами вибору для лікування дітей з АР, незалежно від форми та ступеня тяжкості захворювання, є антигістамінні засоби II покоління. У дітей з АР середнього або тяжкого ступеня застосування блокаторів H<sub>1</sub>-гістамінових рецепторів II покоління є обов'язковим компонентом комплексного лікування. В останніх рекомендаціях Європейської академії алергії та клінічної імунології (EAACI, 2013) для лікування АР запропонований ступінчастий підхід, згідно з яким медикаментозну терапію АР слід розпочинати з антигістамінних препаратів II покоління і тільки за відсутності ефекту доповнювати терапію інтраназальними кортикостероїдами.

Ключовим медіатором запалення при АР є гістамін, тому лікарські засоби, які пригнічують його вплив, мають потужний терапевтичний потенціал. Враховуючи основні аспекти патофізіології АР, увагу клініцистів привертають блокатори H<sub>1</sub>-гістамінових рецепторів. Існують два покоління цих лікарських засобів: I покоління – седативні та II покоління – неседативні антигістамінні препарати. Блокатори H<sub>1</sub>-рецепторів I покоління не повністю зв'язуються з H<sub>1</sub>-рецепторами, через що часто виникає потреба в їх повторному прийомі. Крім того, ці препарати можуть впливати на інші рецептори, зокрема M-холінорецептори та α-адренорецептори, що призводить до появи антихолінергічних симптомів та побічних ефектів з боку серцево-судинної системи. Молекули блокаторів H<sub>1</sub>-рецепторів I покоління завдяки ліпофільності легко проникають через гематоенцефалічний бар'єр, провокуючи розлади з боку центральної нервової системи: сонливість, порушення координації рухів, в'ялість, запаморочення. Антигістамінні препарати II покоління позбавлені цих побічних ефектів, що робить їх застосування більш безпечним та ефективним для застосування при АР у дітей. Ці препарати мають цілу низку переваг:

- хорошу переносимість;
- швидку та пролонговану дію;
- високу афінність до H<sub>1</sub>-рецепторів;
- забезпечують більш виражене пригнічення запального процесу;
- не викликають звикання навіть при тривалому прийомі;
- не вступають у взаємодію з компонентами їжі та іншими лікарськими засобами.

З клінічної точки зору важливо, що антигістамінні препарати II покоління впливають не тільки на медіатори запалення, а й на цитокіни та молекули адгезії.

Серед представлених на фармацевтичному ринку України антигістамінних засобів II покоління дедалі більшу увагу педіатрів привертає вітчизняний препарат

Алердез виробництва ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ». Діюча речовина препарату Алердез – дезлоратадин – являє собою активний метаболіт лоратадину, а його фармакодинаміка та фармакокінетика відповідають сучасним вимогам до антигістамінних засобів. Ця молекула впливає на ключові ланки імунопатологічної реакції шляхом пригнічення виділення інтерлейкінів, прозапальних хемокинів, хемотаксису та адгезії еозинофілів, інгібування продукції супероксидного аніону поліморфно-ядерними нейтрофілами та експресії молекул адгезії, ліквідації IgE-залежного виділення гістаміну, простагландину D2 і лейкотрієну C4.

Завдяки комплексному впливу дезлоратадину на основні патогенетичні компоненти АР він проявляє у 2,5-4,0 рази вищу терапевтичну ефективність порівняно з іншими представниками цієї групи (W.E. Berger, 2005; S.J. Keam, G.L. Plosker et al., 2007). У результаті проведених доклінічних та клінічних досліджень підтверджено, що дезлоратадин не проникає через гематоенцефалічний бар'єр, що виключає ймовірність виникнення побічних ефектів з боку центральної нервової системи, а також не зв'язується з іншими рецепторами, крім H<sub>1</sub>-рецепторів, тому застосування препарату не має антимукарінового та антихолінергічного ефекту (E.J. Schenkel, 2006; E. Villa, A. Rogkakou et al., 2012). Дезлоратадин не вступає у реакцію з компонентами їжі та іншими лікарськими засобами, не метаболізується системою цитохромів у печінці та не зв'язується із транспортними білками крові (S. Vaena Cagnani, 2001). Важливою перевагою препарату є відсутність феномену тахіфілаксії, що дозволяє використовувати його для тривалого лікування АР. При виборі лікарського засобу для лікування дітей з АР важливо враховувати такий критерій, як профіль безпеки. Згідно з результатами метааналізу, дезлоратадин має кращий профіль безпеки порівняно з іншими представниками антигістамінних препаратів II покоління (J. Bousquet, 2004).

На фоні прийому дезлоратадину у пацієнтів зменшується вираженість основних симптомів АР: обструкції носа, ринореї, свербіння, чхання, очних симптомів. Згідно з результатами рандомізованого подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження, застосування дезлоратадину забезпечує швидкий регрес клінічних проявів АР, зокрема закладеності носа. Стійкий та тривалий терапевтичний ефект (протягом 24 год) значно підвищує комплаєнс, а також істотно покращує самопочуття та якість життя пацієнтів з АР (E. Villa, A. Rogkakou et al., 2012).

Слід зазначити, що АР є системним алергічним захворюванням, яке часто поєднується із синдромом бронхообструкції – клінічним еквівалентом гіперреактивності бронхів чи коморбідного перебігу АР та БА. Оскільки ці стани супроводжуються вивільненням великої кількості гістаміну, застосування антигістамінних препаратів II покоління є патогенетично обґрунтованим, що одночасно з ліквідацією симптомів АР дозволяє досягти кращого контролю бронхіальної патології. У ході клінічного дослідження, метою якого було вивчення впливу дезлоратадину на перебіг БА, встановлено, що уже через 12 год після першого прийому препарату спостерігається протиастигматичний ефект. При використанні дезлоратадину знижується потреба в інгаляціях β<sub>2</sub>-агоністів (S. Vaena Cagnani, 2001).

Отже, ґрунтуючись на результатах багатьох клінічних досліджень, які продемонстрували достовірне зменшення вираженості симптомів АР, а також високий профіль безпеки та ефективності, дезлоратадин (Алердез) по праву може розглядатися як препарат першої лінії для лікування дітей з АР. Вітчизняний лікарський засіб Алердез відповідає усім сучасним вимогам, а зручна лікарська форма у вигляді сиропу дозволяє застосовувати його у дітей з 6 міс. Оскільки препарат Алердез має тривалу дію (до 24 год), його призначають 1 раз на добу, що забезпечує високий комплаєнс пацієнтів раннього дитячого та дошкільного віку. Завдяки стійкому терапевтичному ефекту істотно покращується сон, активність та працездатність дитини, що сприяє її гармонійному фізичному та розумовому розвитку.

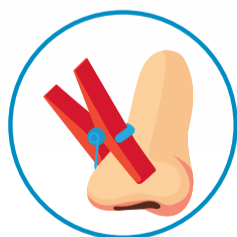
Desloratadine

# Алердез

## СПРАВЖНЄ ЖИТТЯ БЕЗ АЛЕРГІЇ



### УСУВАЄ:



Закладеність носа,  
чхання



Почервоніння очей,  
сльозотечу



Свербіж та  
висипання

**Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Алердез сироп. Р. П. МОЗ України № UA/14492/01/01 від 24.07.2015** Склад: 1 мл сиропу містить 0,5 мг дезлоратадину. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. **Код АТХ** R06A X27. **Показання.** Для усунення симптомів, пов'язаних з алергічним ринітом та кропив'янкою. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до дезлоратадину або до будь-якого допоміжного компонента препарату, вагітність, годування груддю. **Спосіб застосування та дози.** Препарат приймати внутрішньо незалежно від прийому їжі. **Діти віком: 6-11 місяців:** по 2 мл сиропу (1 мг дезлоратадину) один раз на добу; **1-5 років:** по 2,5 мл сиропу (1,25 мг дезлоратадину) один раз на добу; **6-11 років:** по 5 мл сиропу (2,5 мг дезлоратадину) один раз на добу. **Дорослі та підлітки віком від 12 років:** 10 мл сиропу (5 мг дезлоратадину) один раз на добу. **Побічні реакції.** Зазвичай дезлоратадин добре переноситься, але іноді можливе виникнення побічних ефектів, запаморочення, сонливість, безсоння, психомоторна гіперактивність, судоми, головний біль, відчуття серцебиття, сухість у роті, діарея, біль у животі, нудота, підвищення активності печінкових ферментів, рівня білірубину в плазмі крові, гепатит, міальгія, реакції гіперчутливості (включаючи анафілаксію, набряк Квінке, задишку, свербіж, висипання, кропив'янка, підвищена втомлюваність, пропасниця. **Умови зберігання.** В оригінальній упаковці при температурі не вище 25°C. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Упаковка.** По 50 мл у флаконах, по 100 мл у флаконах разом з дозувальним пристроєм в пачці. **Виробник.** ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», 03134, Київ, вул. Миру, 17. Тел.: (044) 205-41-23.

Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування.  
Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

БХФЗ  bcrp  
[www.bcrp.com.ua](http://www.bcrp.com.ua)