

Аллергопатология в педиатрии: современные подходы к терапии крапивницы у детей раннего возраста

15-16 ноября этого года в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Педиатрия – на всю жизнь», посвященная 100-летию основания Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика и 100-летию основания кафедры педиатрии № 1 (для педиатров, детских аллергологов, пульмонологов, ревматологов, иммунологов, гастроэнтерологов и семейных врачей). В рамках научного собрания свои доклады представили ведущие украинские специалисты в области педиатрии, а также приглашенные иностранные спикеры из Республики Беларусь, Казахстана, Великобритании. Кроме педиатров, участие в научной конференции приняли врачи смежных специальностей: неонатологи, детские инфекционисты, отоларингологи, иммунологи, аллергологи и др. Активное сотрудничество разных специалистов в научной и практической сферах позволяет разрушить стереотипы касательно детских болезней и применить мультидисциплинарную стратегию к решению многих актуальных вопросов современной педиатрии.

Сегодня в центре внимания международного медицинского сообщества находится аллергическая патология, от проявлений которой, по разным данным, страдает от 20 до 40% мирового населения. Вместе со стремительным научно-техническим прогрессом, разработкой передовых методов выращивания и приготовления продуктов питания, созданием инновационных лекарств, которые упрощают жизнь современного человека, возрастает роль потенциальных триггеров аллергических заболеваний. Каждый день организм ребенка находится под влиянием большого количества факторов окружающей среды. Взять только современные продукты питания, которые иногда сложно назвать полезными и насыщающими. Кроме того, в развитии аллергических болезней большое значение имеют генетические и эпигенетические факторы.

В структуре пациентов с аллергическими заболеваниями 30% составляют дети. Во всех странах наблюдается тенденция к увеличению количества педиатрических пациентов с аллергией, хотя украинская статистика не соответствует мировым эпидемиологическим данным. Главная опасность аллергии состоит в том, что тяжелые клинические формы могут стать фундаментом для формирования тяжелой хронической аллергической патологии, в том числе бронхиальной астмы.

Значительное внимание спикеры научно-практической конференции уделили аллергическим заболеваниям в педиатрической практике. В частности, представленные доклады касались таких заболеваний, как аллергический ринит, атопический дерматит, поллиноз, бронхиальная астма, разные формы крапивницы, анафилактические реакции. Докладчики подробно рассказали о патогенетических аспектах аллергии, представили современные алгоритмы ведения пациентов с аллергическими болезнями, поделились мировым и собственным опытом лечения таких пациентов.

Заведующая кафедрой педиатрии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Охотникова

представила доклад «Крапивница у детей раннего возраста: подходы к терапии», подготовленный совместно с заведующей отделением младшего детства Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ» О.Ф. Зарудней.

– В последние годы проблема крапивницы в педиатрической практике существенно обострилась. Результаты недавних эпидемиологических исследований показывают, что патология «помолодела» и все чаще поражает детей. Острая крапивница – это непрерывная крапивница длительностью не более 6 недель (по крайней мере, несколько дней). Консенсус Европейской академии аллергии и клинической иммунологии (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI) характеризует острую крапивницу как спонтанное заболевание, исключая все другие его варианты: контактную крапивницу,



физическую или холинергическую крапивницу, иммунокомплексную крапивницу (сывороточная болезнь), ангиоотек без волдырей, аутовоспалительные уртикарные синдромы, анафилаксию (Т. Zuberbier et al., 2017).

Острая крапивница хотя бы раз в жизни возникает у 15-25% людей во всем мире. Что касается детского населения, от этого заболевания страдает около 3% дошкольников и 2% школьников. У детей до 2 лет, как правило, возникает только острая форма крапивницы длительностью не более 6 недель, у детей от 2 до 12 лет – острая и хроническая формы с преобладанием

острой, а у пациентов старше 12 лет – хроническая форма болезни. По нашим данным, частота острой крапивницы пищевого генеза у детей до 4 лет превышает аналогичные показатели у детей старшего возраста.

Течение острой крапивницы у педиатрических пациентов имеет некоторые особенности. Важно помнить, что данное заболевание у детей раннего возраста может стать причиной возникновения ургентной ситуации, требующей экстренной госпитализации. Острая крапивница чаще возникает у тех детей, которые уже имеют атопическую патологию. Подтверждением тому является факт, что у 50% больных крапивницей выявляют другие аллергические заболевания. У педиатрических пациентов острая крапивница зачастую протекает с быстрым возникновением и последующим исчезновением

волдырей (в течение 24 ч) без формирования вторичных элементов, но в 40% случаев болезнь сочетается с ангиоотечком. Кроме кожных проявлений, у детей первых 6 лет жизни острая крапивница сопровождается генерализацией патологического процесса: повышением температуры тела до 39 °С, схваткообразной болью в животе, артралгиями в мелких (пястно-фаланговых, межфаланговых) и крупных (локтевых, коленных) суставах, геморрагическим синдромом, головной болью. При тяжелом течении патологии может присоединиться висцеральная симптоматика, в редких случаях – поражение миокарда и оболочек головного мозга (А.Н. Пампура и соавт., 2005).

Среди провоцирующих факторов острой крапивницы у детей на первом месте находятся пищевые аллергены: молоко, яйца, пшеница, курица, фрукты, морепродукты, орехи, мед, цитрусовые, копченые изделия, пищевые добавки. Причинами болезни также могут являться лекарственные средства (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, сульфаниламиды, витамины группы В, рентгенконтрастные препараты, противосудорожные средства), вирусы (гепатита В и С, простого герпеса 1 типа, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр, Коксаки), бактерии, простейшие микроорганизмы, гельминты, яды перепончатокрылых и аэроаллергены



Е.Н. Охотникова

(пыльцевые, бытовые, эпидермальные аллергены). Инициаторами острой крапивницы являются тучные клетки, которые запускают сложный и многоэтапный процесс с активацией основных медиаторов воспаления: гистамина, цитокинов, простагландинов, лейкотриенов.

Фазы развития клинических проявлений острой крапивницы соответствуют определенным патогенетическим механизмам. В результате вазодилатации появляется начальная гиперемия. Формирование волдырей обусловлено увеличением сосудистой проницаемости, экссудацией и отеком. Затем в патологический процесс включаются более сложные нейронные механизмы. Активация аксон-рефлексов усиливает вазодилатацию, что внешне проявляется расширением зоны гиперемии.

При острой крапивнице диагностическое обследование обычно не требуется, поскольку она является самоограничивающимся заболеванием. Исключениями являются те случаи, когда предполагается наличие крапивницы, вызванной пищевой аллергией у пациентов с высокой чувствительностью или другими причинами (например, приемом некоторых лекарственных средств). Такие клинические ситуации характеризуются высоким риском развития анафилаксии, поэтому алергодиагностика позволяет определить возможные этиологические факторы с целью обучения родителей пациента методам предупреждения контакта с ними.

Показаниями к госпитализации являются тяжелые формы острой крапивницы, ангионевротический отек области гортани с риском анафилаксии, а также все случаи анафилактической реакции. Цель фармакотерапии при этом – полное устранение симптомов. Для этого назначают такую дозу лекарственного средства, которая необходима для достижения терапевтического эффекта. Длительность терапии зависит от течения болезни и реакции организма на проведенное лечение, направленное на снижение эффектов клеточных медиаторов. Объем и состав лечения может изменяться в его ходе.

При острой крапивнице препаратами первой линии являются H₁-антигистаминные средства II поколения. В случае неадекватного контроля заболевания и сохранения симптомов в течение 2-4 недель дозу препарата повышают (иногда в 4 раза). Если не удается достичь ответа на введение H₁-антигистаминных препаратов, фармакотерапию дополняют омализумабом. Четвертая линия терапии при крапивнице включает H₁-антигистаминный препарат и циклоспорин. Краткие курсы кортикостероидов можно использовать в случае тяжелого обострения патологии. Такой алгоритм лечения крапивницы применяют у взрослых пациентов и с особой осторожностью – у детей (Т. Zuberbier et al., 2017).

Много симптомов крапивницы опосредованы первичным действием гистамина на H₁-рецепторы, находящиеся в эндотелиоцитах и чувствительных нервах. Поэтому особый интерес у врачей вызывают H₁-антигистаминные препараты



нового поколения, особенно те, которые можно назначать детям.

Сегодня выделяют два поколения H₁-антигистаминных средств. Если говорить о представителях I поколения, то они характеризуются рядом побочных эффектов, ограничивающих их широкое применение. К ним относятся антихолинэргические проявления, седативный эффект за счет проникновения молекул препарата через гематоэнцефалический барьер и их негативного влияния на структуру центральной нервной системы. Кроме того, эффект данного поколения H₁-антигистаминных средств кратковременный, из-за чего возникает потребность в повторном введении.

H₁-антигистаминные средства II поколения лишены этих нежелательных эффектов. Особого внимания заслуживает молекула дезлоратадина, которая является первичным активным метаболитом лоратадина. Дезлоратадину не требуется многоэтапное превращение, поэтому он не оказывает чрезмерной нагрузки на метаболическую систему детского организма.

При выборе оптимального лекарственного средства для лечения аллергического заболевания у педиатрического пациента важно обратить внимание на качество его составляющих. В этом аспекте несомненными преимуществами владеют оригинальные препараты. В оригинальных препаратах профиль безопасности определяется как для действующего вещества, так и для вспомогательных компонентов.

На отечественном фармацевтическом рынке доступен оригинальный препарат дезлоратадина Эриус® от фармацевтической компании «Байер», который характеризуется рядом преимуществ. Молекула дезлоратадина имеет наибольшую степень сродства с H₁-рецепторами в сравнении с другими представителями H₁-антигистаминных препаратов II поколения. Препарат Эриус® начинает действовать уже через 30 мин после приема, он не взаимодействует с другими лекарственными средствами, пищей, соками. Период полувыведения лекарственного средства составляет 27 ч, что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки. Это имеет большое значение для достижения высокой комплаентности лечения, что особенно важно при аллергических заболеваниях у детей. Дезлоратадин хорошо абсорбируется, максимальная концентрация наблюдается через 3 ч после приема. Дезлоратадин умеренно связывается с белками плазмы крови (83-87%).

Высокая эффективность лечения препаратом Эриус® объясняется тем, что он угнетает каскад всех реакций, лежащих в основе аллергического воспаления. Дезлоратадин ингибирует выделение воспалительных цитокинов, включая интерлейкин (ИЛ)-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-13, провоспалительных хемокинов, таких как RANTES, продукцию супероксидного аниона, активированного полиморфными нейтрофилами, снижает адгезию и хемотаксис эозинофилов, экскрецию молекул адгезии (таких, как P-селектин), угнетает IgE-зависимое выделение гистамина, простагландина D, лейкотриенов. Лекарственное средство обеспечивает быстрое облегчение симптомов крапивницы уже после приема первой дозы. Доказано также положительное влияние высоких доз дезлоратадина на кожные симптомы крапивницы. В частности на фоне приема препарата Эриус® в дозе 5 мг в сутки существенно снижается интенсивность кожного зуда и других симптомов, уменьшается размер волдырей.

Для педиатрической практики важной характеристикой лекарственного средства является его профиль безопасности. Препарат Эриус® не оказывает кардиотоксического эффекта, его можно назначать пациентам с заболеваниями печени и почек. Следует отметить, что повышение дозы дезлоратадина в 4 раза не приводит к повышению частоты побочных эффектов.

Следует отметить, что относительно применения в педиатрической практике препарат Эриус® имеет масштабную доказательную базу, которая насчитывает около 200 клинических исследований.

Фармацевтическая компания «Байер» позаботилась о разработке детских форм дезлоратадина и выпустила сироп Эриус® для детей в возрасте от 6 мес. При проведении перекрестных сравнительных исследований с одинаковыми дозами установлена эквивалентность препарата в форме таблеток и сиропа. Для детей раннего возраста (6-11 мес) рекомендованная доза составляет 2 мл, 1-5 лет – 2,5 мл, 6-11 лет – 5 мл. Для пациентов старше 12 лет и взрослых применяют таблетированные формы препарата Эриус® по 5 мг 1 раз в сутки или Эриус® сироп 10 мл.

Общей чертой всех аллергических заболеваний является ухудшение качества жизни пациентов. У детей школьного возраста течение аллергической патологии сопровождается ухудшением успеваемости в связи с возникающими на фоне болезни усталостью, раздражительностью, нарушением концентрации внимания и расстройствами поведения. Поэтому для педиатров актуальным остается вопрос своевременной диагностики и раннего начала терапии.

Современный противоаллергический препарат, применяемый в педиатрической практике, должен соответствовать таким критериям: обеспечивать быстрый и длительный клинический эффект, иметь доказанную безопасность действующих и вспомогательных веществ, не вызывать побочных эффектов, таких

как антихолинэргические явления, кардиотоксичность, гепатотоксичность, нефротоксичность, седативное действие, обладать оптимальными фармакокинетическими и фармакодинамическими свойствами. Этим требованиям отвечает препарат Эриус® (оригинальный дезлоратадин), который показал свою высокую эффективность и безопасность в лечении аллергических заболеваний, в том числе крапивницы, у детей. Высокое качество лекарственного средства подтверждает то, что Эриус® – это противоаллергический препарат, который чаще всего назначается врачами разных специальностей всего мира для эффективного контроля симптомов аллергии.

Подготовила Илона Цюпа



Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС®

НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



**НОВА
УПАКОВКА**



- 

ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА^{1,2}
усуває різні симптоми алергії
- 

ПОТРІЙНА ДІЯ
протиалергічна, протизапальна, антигістамінна
- 

ЛИШЕ 1 РАЗ НА ДОБУ
ефективно контролює симптоми алергії упродовж 24 годин

1. Innovative drugs will bypass NICE approval process to build cost effective data BMJ 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2887> (Published 15 July 2009)

2. Devendra K Agrawal Pharmacology and clinical efficacy of desloratadine as an anti-allergic and anti-inflammatory drug. - Exp. Opin. Invest. Drugs (2001) 10(3):547-560

Реклама лікарського засобу для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я.
Ериус® Р.П.: таблетки наказ МОЗ України від 15.02.2017 №UA/5827/01/01, сироп – наказ МОЗ України від 29.11.2017 №UA/5827/02/01.
www.aerius.com.ua
L.UA.MKT.CH.10.2018.0362