

Роль современных антигистаминных препаратов в комплексной терапии ОРЗ у детей с аллергической патологией

Проблема острых респираторных заболеваний (ОРЗ) традиционно находится в центре внимания педиатров, поскольку болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков – их доля составляет от 1/3 до половины (С.Ю. Каганов, Н.Н. Розина, 2000; Ю.Л. Мизерницкий и соавт., 2003; С.М. Гавалов, 1993). Термин «ОРЗ» объединяет разнородную группу заболеваний, включающую как бактериальные инфекции верхних дыхательных путей, так и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), течение которых зачастую сопровождается быстрым развитием вторичных бактериальных осложнений. Их возбудителем при гриппе более чем в половине случаев является пневмококк, при парагриппе – с одинаковой частотой пневмококк и гемолитический стрептококк, при аденовирусной инфекции – нередко патогенный стафилококк и т.д. (В.В. Фомин и соавт., 2004). Среди патогенной бактериальной флоры, вызывающей острые заболевания органов дыхания в детском возрасте, чаще всего встречается *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и другие грамотрицательные возбудители.

Диагностирование у ребенка респираторной инфекции бактериальной этиологии закономерно ставит перед врачом-педиатром вопрос о необходимости назначения антибиотикотерапии, которая может быть сопряжена с высоким риском развития различных нежелательных лекарственных реакций, в первую очередь – аллергических и псевдоаллергических, опосредованных неиммунными механизмами высвобождения гистамина из тучных клеток. Практикующим педиатрам хорошо известно, что особую и весьма многочисленную группу риска развития нежелательных аллергических реакций на антибиотики составляют часто болеющие дети с отягощенным аллергологическим анамнезом, уже имеющие проявления атопии либо аллергические заболевания, такие как хроническая крапивница (ХК), аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА). Аллергия как преморбидный фон у этой группы пациентов нередко определяет особенности течения респираторной инфекции и, кроме того, повышает риск возникновения аллергических реакций на применяемые медикаменты. В то же время известно, что ОРВИ способна индуцировать синтез IgE и образование специфических IgE-антител. Поэтому при контакте с вирусами у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, могут усиливаться аллергические симптомы, а у лиц с предрасположенностью к БА – появиться ее приступ. (О.В. Зайцева, 2011).

Для профилактики обострений уже имеющихся аллергических заболеваний и развития лекарственно-индуцированных аллергических реакций, а также с учетом постоянно присутствующего у больных с аллергической патологией минимального аллергического воспаления в схему комплексной терапии ОРЗ у таких детей рекомендуют включать антигистаминные препараты последнего поколения (О.В. Зайцева, 2011). Целесообразность их применения при различных аллергических заболеваниях обусловлена их способностью блокировать H₁-рецепторы гистамина и таким образом нивелировать вызываемые этим медиатором эффекты. Аллергическое воспаление стихает, и создаются условия для выздоровления пациента и ремиссии аллергического заболевания.

Одними из наиболее распространенных проявлений лекарственных аллергических реакций у детей также являются острая зудящая кожная сыпь и обострения уже имеющихся хронических аллергодерматозов, в первую очередь – ХК. Распространенность крапивницы среди детей составляет от 2 до 6,7% (А.Н. Пампура, 2007). В зависимости от механизма развития различают аллергическую и неаллергическую крапивницу. При этом в основе развития лекарственно-индуцированной крапивницы может лежать как аллергическая реакция I типа (IgE-зависимый механизм), так и различные неиммунные пути повышения концентрации гистамина. Последние могут включаться при назначении таких широко применяемых в лечении ОРЗ препаратов, как цефалоспорины, витамины

группы В, амброксол, ацетилцистеин, клавулановая кислота, грамицидин, нестероидные противовоспалительные препараты, местные анестетики и др. (А.А. Васильева, Р.Ф. Хакимова, 2011).

В настоящее время именно антигистаминные препараты рассматриваются в качестве базисной патогенетической терапии как острых, так и хронических крапивниц у детей. Считается, что при крапивницах предпочтительнее применять именно современные антигистаминные средства, не обладающие седативным эффектом, в частности – левоцетиризин (М.М. Kozel, R.A. Sabroe, 2004), являющийся действующим веществом безрецептурного препарата **Л-Цет**[®]. Он выпускается в лекарственной форме сиропа с приятным вкусом, специально предназначенной для применения у детей. Левоцетиризин относится к группе конкурентных антагонистов гистамина и, будучи антигистаминным препаратом последнего поколения (условно названного третьим), обладает некоторыми значимыми дополнительными противоаллергическими эффектами (О.С. Васильева, 2012):

- уменьшает экспрессию молекул адгезии (ICAM-1);
- подавляет индуцированное эозинофилами выделение ИЛ-8, GM-KCF и sICAM-1 из эпителиальных клеток;
- снижает выраженность аллерген-индуцированного бронхоспазма;
- уменьшает явления бронхиальной гиперреактивности.

По своей стереохимической структуре левоцетиризин представляет собой стабильный левовращающий изомер цетиризина. Его средство к H₁-рецепторам в 2 раза выше, что обеспечивает достижение мощного и селективного антигистаминного эффекта. Левоцетиризин предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает выраженное антиэкссудативное и противозудное действие, а также обладает противовоспалительным эффектом благодаря способности блокировать позднюю фазу аллергической реакции. При пероральном приеме однократной дозы **Л-Цет**[®] сироп у 50% больных эффект развивается уже через 12 мин, а у 95% – через 0,5-1 ч. **Л-Цет**[®] сироп применяется у детей начиная с 6-месячного возраста.

К настоящему времени проведено значительное количество клинических испытаний, в которых было показано, что левоцетиризин превосходит другие антигистаминные препараты по длительности и выраженности ингибирования аллергических реакций. Подтверждено его положительное влияние на течение АР, крапивницы, дерматозов, конъюнктивита (А.В. Гуров, 2008; Б.Г. Коган, 2009; Н.А. Купельская, Ю.В. Лучшева, 2008; Т.А. Попов и соавт., 2008; L. Klimek et al., 2009; F. Scordamaglia et al., 2009), а также улучшение качества жизни взрослых и детей с АР и ХК (D. Singh-Franco et al., 2009). Еще одним неоспоримым доводом в пользу выбора педиатрами левоцетиризина является его доказанная безопасность для детей: так, в ходе масштабного рандомизированного двойного слепого исследования ЕРААС

(Early Prevention of Asthma in Atopic Children) с участием 510 детей раннего возраста (12-24 мес) с атопией было подтверждено, что даже при очень длительном применении (в течение 18 мес) он характеризуется высоким профилем безопасности, а частота нежелательных явлений была сопоставима с таковой на фоне приема плацебо (F.E. Simons, 2007). Аналогичные данные в отношении безопасности левоцетиризина были получены и в исследовании с участием детей первого года жизни (6-11 мес) (F. Hampel et al., 2010). О высокой предсказуемости профиля безопасности левоцетиризина свидетельствуют и данные систем фармаконадзора развитых стран мира. Так, за период мониторинга пострегистрационного применения левоцетиризина в Великобритании с момента его регистрации в этой стране в 2001 г. не было выявлено никаких ранее не идентифицированных нежелательных реакций и не зафиксировано ни одного случая серьезных нежелательных лекарственных реакций (D. Layton et al., 2011).

Таким образом, современный антигистаминный препарат левоцетиризина (**Л-Цет**[®] сироп) обладает высокой эффективностью и безопасностью при наиболее распространенных аллергических заболеваниях у детей и, несомненно, заслуживает внимания практикующих педиатров. При развитии на фоне аллергической патологии ОРЗ педиатр может либо временно включить в схему комплексного лечения современные антигистаминные препараты, либо посоветовать родителям иметь такой препарат в педиатрической лекарственной форме в домашней аптечке. Лекарственным средством выбора в таких случаях может быть антигистаминный препарат последнего поколения – **Л-Цет**[®] сироп, поскольку он:

- действует очень быстро и эффективно;
- выпускается в лекарственной форме, специально предназначенной для детей (сироп);
- удобен в применении и прост в дозировании;
- не оказывает седативного эффекта;
- отпускается из аптек без рецепта и может успешно использоваться родителями самостоятельно в качестве средства первой помощи при развитии аллергической реакции;
- имеет доказанный высокий профиль безопасности и рекомендуется детям в возрасте с 6 мес;
- доступен по цене.

Подготовила **Елена Терещенко**

3v

АЛЕРГІЯ?



L-цет[®] сироп

коли ми приймаємо, про алергію швидко забуваємо!

ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ
З 6 МІСЯЦІВ





Виробник: ТОВ «Кусум Фарм», м. Суми, тел.: 0(44) 495 82 88, www.kusumpharm.com

Р.П. МОЗ України № UA/8612/02/01 від 03.03.2015 р. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Склад. Діюча речовина: levocetirizine dihydrochloride; 5 мл сиропу містять левоцетиризин дигідрохлориду 2,5 мг. Лікарська форма. Сироп. Фармакотерапевтична група. Антигістамінні засоби для системного застосування. Похідні піперазину. Показання до застосування. Симптоматичне лікування алергічних ринітів, у тому числі щорічних алергічних ринітів; хронічна ідиопатична кропив'янка. Протипоказання. Піперчувливість до левоцетиризину, цетиризину або його первинної сполуки – гідразину. Побічні ефекти. З боку нервової системи: головний біль, сонливість, стомлюваність, слабкість. З боку серцево-судинної системи: відчуття серцебиття. З боку органів зору: порушення зору. З боку гепатобілярної системи: гепатит. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.