

О.Б. Тамразова

Российский университет дружбы народов, Москва, Российская Федерация

Антигистаминные препараты в лечении простудных заболеваний у детей

Контактная информация:

Тамразова Ольга Борисовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии РУДН

Адрес: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6, тел.: +7 (495) 433-03-98, e-mail: anait_tamrazova@mail.ru

Статья поступила: 11.03.2015 г., принята к печати: 27.04.2015 г.

Статья посвящена актуальной проблеме педиатрии — лечению острых респираторных заболеваний у детей. Рассматривается целесообразность комплексного лечения простудных заболеваний в педиатрической практике с обязательным применением неседативных антигистаминных препаратов, которые повышают эффективность традиционной терапии и препятствуют развитию аллергических осложнений.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, атопический дерматит, токсикодермии, неседативные антигистаминные препараты, дезлоратадин.

(Для цитирования: Тамразова О.Б. Антигистаминные препараты в лечении простудных заболеваний у детей. Вопросы современной педиатрии. 2015; 14 (2): 281–286. doi: 10.15690/vsp.v14i2.1299)

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОНЯТИЯ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) — термин, который применяют для описания острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (носа, придаточных пазух, глотки, гортани, трахеи и бронхов), имеющих сходные эпидемиологические, патогенетические и клинические характеристики.

АКТУАЛЬНОСТЬ

ОРИ — самая частая инфекционная патология у детей, встречающаяся во всех возрастных группах. Ежегодно в Российской Федерации регистрируют около 70 тыс. случаев ОРИ на 100 тыс. детского населения. Максимальная частота ОРИ зафиксирована у детей в возрасте от 6 мес до 6 лет [1]. Наиболее высокий уровень заболеваемости в этой группе отмечается среди детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы [2, 3]. Результаты многочисленных клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в каждой возрастной группе имеются дети с более высоким, чем у их сверстников, уровнем заболеваемости ОРИ. В российской педиатрической практике таких детей принято называть часто болеющими (ЧБД) [2, 4, 5]. Больше всего ЧБД встречается среди дошкольников и младших школьников, особенно в первый год посещения организованных детских коллективов (детских садов и школ). По мере взросления число детей с рекуррентными респираторными инфек-

циями существенно уменьшается. Так, удельный вес ЧБД среди старшеклассников составляет 3–5% [2, 3, 6]. Заболеваемость ОРИ существенно повышается в период с ноября по март. Взрослые в течение года переносят в среднем 2–4 эпизода ОРИ [7].

ЭТИОЛОГИЯ

Основными возбудителями ОРИ являются вирусы: рино-, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, вирусы парагриппа и гриппа (хотя многие исследователи рассматривают грипп как системное инфекционное заболевание и не относят его к группе ОРИ) [7], корона-, энтеровирусы и вирусы Коксаки типа А и В [2]. Грипп отличается от обычных простудных заболеваний выраженным интоксикационным синдромом (внезапная лихорадка, миалгия, головная боль, сухой кашель) и, нередко, эпидемическим характером распространения с высоким уровнем заболеваемости среди населения. В XX в. наиболее часто выявлялся вирус гриппа группы А.

Из бактериальных возбудителей ОРИ следует отметить β-гемолитические стрептококки, которые являются причиной 5–10% случаев фарингитов у взрослых [7–9]. Другими, менее распространенными причинами ОРИ (в основном фарингита) могут быть *Corynebacterium diphtheriae*, гонококки, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* и вирус простого герпеса [7].

О.Б. Tamrazova

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Antihistamines in the Treatment of Cold-Related Diseases in Children

The article is devoted to the relevant problem of pediatrics — treatment of acute respiratory infections in children. It examines the feasibility of a comprehensive treatment of colds in children with mandatory use of non-sedating antihistamines that increase the effectiveness of conventional treatment and prevent the development of allergic complications.

Key words: acute respiratory infections, atopic dermatitis, toxicoderma, non-sedating antihistamines, desloratadine.

(For citation: Tamrazova O.B. Antihistamines in the Treatment of Cold-Related Diseases in Children. *Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics*. 2015; 14 (2): 281–286. doi: 10.15690/vsp.v14i2.1299)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основным механизмом передачи инфекции при ОРВИ является аэрогенный (воздушно-капельный). ОРВИ — «болезнь коллектива», в распространении которой большую роль играет тесный контакт людей (особенно детей в школах и детских садах). Продолжительность инкубационного периода в среднем составляет от 1 до 3 сут. В результате инфицирования в клетках эпителия респираторного тракта происходит активное размножение вирусов и бактерий, сопровождающееся признаками острого воспаления.

Клиническая картина ОРВИ складывается из общих и местных симптомов. Причинами общих симптомов (вялости, лихорадки, головной боли и т.д.) является не только кратковременная вирусемия или бактериемия, но и воздействие на организм токсинов возбудителей и провоспалительных цитокинов. Местные симптомы (чихание, насморк, заложенность носа, боль в горле, кашель и т.д.) отражают процессы воспаления слизистых оболочек респираторного тракта [2].

Несмотря на то, что в большинстве случаев педиатрам бывает сложно провести дифференциальную диагностику инфекционных поражений верхних дыхательных путей (отсюда и привычный собирательный диагноз «ОРВИ»), существует ряд характерных особенностей типичных простудных заболеваний. Наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются рино- и коронавирусы, вызывающие насморки (риниты) и назофарингиты [10].

Подавляющее большинство случаев фарингоконъюнктивальной лихорадки обусловлено аденовирусной инфекцией. ОРВИ с синдромом бронхиальной обструкции (особенно у детей раннего возраста) наиболее часто вызывают респираторно-синцитиальный вирус и вирус парагриппа. В настоящее время участились случаи поражения носоглотки, протекающие в виде герпангины или фарингита, типичные для вирусной пузырчатки (от англ. hand-food-mouth disease). Данное заболевание вызывают вирусы Коксаки и энтеровирусы. Наиболее ярко и типично оно протекает у маленьких детей и сопровождается поражением слизистых оболочек полости рта, появлением везикулярной сыпи на кистях, стопах и кожных покровах.

Фарингиты, обусловленные β -гемолитическим стрептококком, характеризуются длительным течением, наличием петехий на небных миндалинах, лимфаденопатией, а иногда скарлатиноподобной сыпью. У детей и подростков острая стрептококковая инфекция может сопровождаться самыми разнообразными кожными осложнениями [11].

Дифференциальную диагностику у детей с ОРВИ в первую очередь необходимо проводить с корью, краснухой, скарлатиной, которые могут имитировать обычную простуду. Нередко в группу ЧБД педиатры ошибочно относят пациентов с аллергическим ринитом и другими atopическими заболеваниями (до 20% случаев) [12].

Определение клинических синдромов, характерных для ОРВИ вирусной или бактериальной этиологии, может позволить эмпирически предположить генез заболевания и своевременно назначить этиотропное лечение, тем самым значительно повысив эффективность терапии [13].

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Атопический дерматит — часто встречающаяся форма патологии, особенно у детей младшего возраста. В среднем в России каждый третий ребенок в возрасте до 3 лет, проживающий в крупном городе, имеет проявления atopического дерматита. В настоящее время это заболевание стало своеобразной «нормой» для современных детей. Учитывая высокую распространенность

атопического дерматита среди детей младшего возраста, нередко отмечается сочетание этого заболевания с ОРВИ, что отчасти может быть связано с развитием обострения atopии на фоне инфекционного заболевания [14].

Изучая влияние простудных заболеваний на течение atopического дерматита у детей, исследователи пришли к мнению, что во многом прогноз зависит от возраста ребенка, в котором он заболел ОРВИ [15]. Основной вывод: инфекционные заболевания, которыми ребенок переболел в раннем детстве, защищают его от atopии в более позднем возрасте. Так, отмечено, что у детей, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности, и у детей, переболевших ОРВИ в грудном возрасте, на 49% реже диагностируют atopический дерматит, а в возрасте 5–4 лет у них реже встречаются бронхиальная астма, дерматиты и atopическая сенсibilизация [16]. Эти наблюдения подтверждают «гигиеническую теорию» atopического дерматита, которая приписывает значительное увеличение заболеваемости atopическими болезнями излишней защищенности современных маленьких детей от банальных инфекций.

В других исследованиях отмечено, что у детей в возрасте до 3 лет причиной ОРВИ в 84% является вирусная инфекция, и в данной возрастной группе простуда не сопровождается повышением содержания общего IgE. У детей в возрасте от 3 до 18 лет вирусная инфекция служит причиной ОРВИ только в 61% случаев (преимущественно риновирус). При этом течение простудных заболеваний часто сопровождается резким повышением уровня IgE (до 386 МЕ/мл при нормальных значениях не более 38 МЕ/мл). На основании этих данных, авторы выдвигают предположение, что с возрастом простудные заболевания сильно меняют аллергический фон ребенка и способствуют сенсibilизации организма [17].

В многочисленных работах, посвященных проблеме сочетанных ОРВИ и atopии, продемонстрировано более тяжелое течение простудных заболеваний у пациентов, страдающих atopической бронхиальной астмой и другими atopическими болезнями. Отмечена прямая корреляция между степенью выраженности atopии и/или уровнем специфических IgE и тяжестью ОРВИ [18]. Кроме того, отмечено, что больные atopическими заболеваниями относятся к группе риска по развитию разнообразных форм ОРВИ, включая поражения нижних отделов респираторного тракта (трахеобронхиты, бронхиты, бронхопневмонии) [19]. Дополнительно дерматологи отметили повышенный риск заболеваемости детей и взрослых с atopическими заболеваниями (не астмой) тяжелыми формами пневмококковой инфекции (в т.ч. сепсисом, менингитом и пневмонией) [20].

Механизм взаимосвязи аллергических и инфекционных болезней до конца не известен. С одной стороны, предполагают, что острые вирусные и бактериальные инфекции способны индуцировать синтез IgE и образование специфических IgE, поэтому при контакте с вирусами у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, могут усугубиться симптомы аллергических болезней, а у лиц, имеющих склонность к бронхиальной астме, — развиться ее приступы. С другой стороны, при atopии имеет место снижение интенсивности синтеза интерферона γ , обеспечивающего противовирусную и антимикробную защиту организма [21]. Также необходимо отметить, что длительно продолжающееся аллергическое заболевание характеризуется инфильтрацией тканей воспалительными клетками (эозинофилами, нейтрофилами и т.д.) и экспрессией межклеточных молекул адгезии (ICAM-1), которые служат рецепторами для 90% риновирусов, использующих ICAM-1 для проникновения в эпителиальные клетки человека [21, 22].

Еще одним механизмом поддержания хронического воспаления у пациентов с аллергическими болезнями является банальный отек слизистых оболочек верхних дыхательных путей, нарушающий отток слизи и очищение полостей и ходов от инфицированной слизи [23].

ДРУГИЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

У некоторых пациентов ОРВИ провоцируют развитие кожных болезней. Особую роль в развитии дерматологических осложнений играет стрептококковая инфекция. Так, типичным кожным заболеванием для маленьких детей и подростков (особенно при наличии в анамнезе атопического дерматита) на фоне стрептококковых инфекций верхних дыхательных путей является распространенная поверхностная стрептодермия (так называемый простой лишай). В других случаях очаги хронической стрептококковой инфекции у подростков являются причиной дебюта каплевидного псориаза, обострения которого тесно связаны с обострениями ОРВИ (через несколько лет эта форма псориаза трансформируется в вульгарный псориаз).

Еще одной типичной формой кожных поражений, возникающих на фоне стрептококковых ОРВИ у детей, является группа аллергических васкулитов — пурпура Шенлейна–Геноха и острая узловатая эритема. Пурпура Шенлейна–Геноха, или пальпируемая пурпура, представляет собой разновидность геморрагического аллергического васкулита, дебют которого характерен для детского возраста сразу после окончания эпизода ОРВИ (рис. 1). Возникновение острой узловатой эритемы у детей нередко связывают со стрептококковыми инфекциями верхних дыхательных путей (наряду с туберкулезом). Для маленьких детей характерно появление островоспалительных мелких узлов (от размера с горошину до лесного ореха), преимущественно на нижних конечностях (рис. 2), а при множественных высыпаниях — также на предплечьях и лице. В лечении всех вызванных стрептококком дерматологических осложнений применяют антибактериальные препараты.

За последние несколько лет значительно выросла заболеваемость вирусной пузырчаткой, вызванной энтеровирусами или вирусами Коксаки. Одним из обязательных клинических признаков этого заболевания является поражение миндалин и слизистой оболочки полости рта: герпангина и афтозный фарингит. Необычным осложнением, наблюдаемым в последнее время у маленьких детей с вирусной пузырчаткой, является распространенная токсико-аллергическая сыпь (в англоязычной

литературе используется термин «экзема Коксаки»). Высыпания при данном состоянии представлены распространенной отечной пятнисто-везикулезной сыпью, преимущественно локализованной на ягодицах и нижних конечностях. Признаки интоксикационного дерматита нередко затрудняют диагностику данного вирусного заболевания (рис. 3).

ОРВИ и токсикодермии. Нередко при лечении ОРВИ у детей развиваются токсико-аллергические реакции, которые являются следствием индивидуальных аллергических реакций ребенка на препарат, полипрагмазии и/или неадекватно подобранной схемы лечения. К сожалению, терапию ОРВИ многие родители проводят самостоятельно, без врачебных рекомендаций, используя многочисленные сиропы и таблетки в неадекватных количествах. Своевременная консультация специалиста (педиатра, инфекциониста, оториноларинголога) помогает предположить генез ОРВИ и своевременно назначить этиотропную терапию, что существенно повышает эффективность лечения. Этиотропное лечение включает противовирусные препараты, а при выявлении бактериальной инфекции или при осложненном течении вирусного заболевания — антибактериальные лекарственные средства. С целью этиопатогенетической терапии используют препараты интерферона или его индукторов. Интерферон активирует синтез специфических внутриклеточных ферментов, нарушающих размножение вирусов. Значимую роль в лечении ОРВИ играет и симптоматическая терапия, назначение которой позволяет уменьшить степень выраженности клинических признаков заболевания. Наиболее часто симптоматическое лечение проводится для купирования лихорадки, кашля и насморка и включает жаропонижающие препараты, деконгестанты, а также многочисленные противокашлевые средства.

Назначение антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств (особенно в форме сиропа), а также разнообразных противокашлевых средств (в особенности растительного происхождения) зачастую приводит к развитию токсико-аллергических реакций у маленьких детей. Клинические проявления токсикодермий могут быть различными.

Наиболее типичными формами токсикодермий считаются пятнисто-папулезная (кореподобная; рис. 4) и уртикарная (острая крапивница; рис. 5).

Пятнисто-папулезная форма является патогномоничной при ошибочной терапии инфекционного мононуклеоза (заболевания, вызванного вирусом Эпштейна–Барр) β-лактамами антибиотиками. Нередко именно эти кожные проявления, а также данные анамнеза (боль в горле,

Рис. 1. Пальпируемая пурпура Шенлейна–Геноха



Рис. 2. Острая узловатая эритема (мелкоузелковая форма)



Рис. 3. Вирусная пузырчатка (экзема Коксаки)



Примечание. Видны эритематозно-везикулезные элементы на кистях и распространенная токсико-аллергическая сыпь на коже туловища и конечностях.

Рис. 4. Лекарственная токсикодермия (кореподобная форма)



Рис. 5. Острая крапивница



Рис. 6. Лекарственная токсикодермия при инфекционном мононуклеозе



ошибочно поставленный диагноз ангины и назначение антибактериальных препаратов, а также сыпь, появившаяся на 5–7-е сут лечения, увеличение шейных лимфатических узлов, гепатоспленомегалия) позволяют предположить инфекционный мононуклеоз (рис. 6).

Тяжелыми формами токсикодермий, часто наблюдаемыми у детей при лечении ОРВИ, являются многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона и синдром Лайелла. Зачастую эти тяжелые токсико-аллергические синдромы у детей развиваются при назначении нестероидных противовоспалительных средств.

Таким образом, педиатрам, наблюдающим детей с ОРВИ, необходимо учитывать самые разнообразные аллергические состояния, сопровождающие течение простудных заболеваний у детей, а именно:

- атопии, склонность к которым провоцирует внедрение респираторных вирусов (в т. ч. и за счет снижения концентрации интерферона γ); в дальнейшем вирусы способствуют развитию клинических симптомов аллергии, повышая уровень специфических IgE;
- дебют специфических аллергических кожных болезней, развивающихся на фоне ОРВИ;
- частые токсико-аллергические реакции, развивающиеся при лечении ОРВИ.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Гистамин представляет собой эндогенный химический медиатор, синтезируемый из L-гистидина нейронами центральной нервной системы, париетальными клетками слизистой оболочки желудка, тучными клетками, базофилами. Гистамин играет важную роль в организме человека, взаимодействуя с 4 типами различных рецепторов. Соединяясь с H_1 -рецепторами, гистамин влияет на клеточную пролиферацию и дифференцировку, гемопоэз, эмбриональное развитие, регенерацию и заживление ран, а также играет важную роль в иммунной модуляции при остром и хроническом аллергическом воспалении [24, 25]. Через H_1 -рецепторы гистамин усиливает активность антигенпрезентирующих клеток, увеличивает высвобождение гистамина и других биологически активных веществ из тучных клеток и базофилов, регулирует экспрессию молекул клеточной адгезии и хемотаксис нейтрофилов и эозинофилов, а также пролиферацию T_{H1} лимфоцитов и синтез интерферона γ .

Клиническими признаками воздействия гистамина на организм являются зуд, расширение и повышение проницаемости кровеносных сосудов и, как результат, возникновение гиперемии кожных покровов, «приливов», гипотонии, потенцирования болевого синдрома, а также развития бронхоспазма, тахикардии [26].

Характеристика антигистаминных препаратов — обратимых блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов. Первое вещество, обладающее антигистаминной активностью, — пипероксан — было синтезировано в 1933 г. D. Vovet и E. Fourneau [27]. Большинство антигистаминных средств обладает рядом специфических фармакологических свойств, характеризующих их как отдельную группу. Для этих препаратов характерны противозудный, противоотечный, антиспастический, седативный, местноанальгезирующий, а также антихолинергический и антисеротониновый эффекты [26, 28]. Атропиноподобные реакции, связанные с антихолинергическими свойствами большинства антигистаминных средств, характеризуются сухостью во рту и носоглотке, задержкой мочи, запорами, тахикардией и нарушением зрения.

Наибольший эффект от назначения антигистаминных препаратов достигается при профилактическом их приеме (т. е. перед контактом с аллергеном).

Показания к назначению. Антигистаминные средства являются безусловными препаратами выбора при лечении аллергического ринита и конъюнктивита, а также хронической крапивницы [26, 28]. Кроме того, как компонент комбинированного лечения антигистаминные препараты используют при следующих состояниях [24, 29–31]:

- ОРИ (в т.ч. неспецифический кашель, особенно у детей), средних отитах, синуситах [24, 29];
- атопическом дерматите (в особенности в стадии обострения у маленьких детей) [30];
- дерматозах различных групп, сопровождающихся зудом [30, 31];
- мигренозной боли, серотониновом синдроме, предоперационной премедикации, а также при вестибулярных расстройствах (при них применяют преимущественно антигистаминные препараты I поколения) [24, 29].

Классификация. Согласно одной из наиболее популярных классификаций, антигистаминные препараты по времени создания подразделяют на препараты I и II поколения [28]. Препараты ранней генерации принято также называть седативными (по доминирующему побочному эффекту) в отличие от неседативных средств II поколения. В настоящее время принято выделять и препараты III поколения (также неседативные). К ним относят активные метаболиты, характеризующиеся не только наивысшей антигистаминной активностью, но и отсутствием традиционных побочных действий: седативного эффекта и характерного для препаратов II поколения кардиотоксического эффекта [29].

Несмотря на то, что H_1 -антигистаминные препараты I поколения применяют в медицине уже более 50 лет, сведения по фармакокинетике (всасыванию, распределению, метаболизму и выведению) опубликованы не для каждого из них [24]. Напротив, неседативные антигистаминные средства (особенно цетиризин, лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин и левоцетиризин) систематически и тщательно исследованы и в клинической фармакологии, и в рандомизированных плацебоконтролируемых испытаниях. При сравнении токсического действия двух основных групп препаратов отмечена безопасность неседативных антигистаминных средств: значительная передозировка (до 20–30 доз) такими препаратами, как лоратадин, не вызывает серьезных поражений центральной нервной и сердечно-сосудистой системы в отличие от препаратов I поколения, которые не раз являлись причиной смертельных интоксикаций как среди детей, так и взрослых [28, 32].

НАЗНАЧАТЬ ЛИ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ?

Основываясь на многолетнем опыте педиатров в терапии простудных заболеваний у детей, можно однозначно сделать вывод о положительном влиянии антигистаминных препаратов на результаты лечения. В составе комплексной терапии они способствуют облегчению носового дыхания, кашля и ринореи, а также предотвращению разнообразных аллергических осложнений ОРИ [23, 33, 34]. Такая позиция нашла отражение в Национальной научно-практической программе «Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика», согласно которой рекомендуется назначать неседативные антигистаминные препараты всем пациентам с ОРИ при наличии у них аллергических болезней или высокого риска их развития [5].

Cochrane Library, являющаяся ключевым информационным ресурсом доказательной медицины, при анализе многочисленных исследований (систематические обзоры и метаанализы), посвященных терапии антигистаминны-

ми препаратами простудных заболеваний у детей, представила следующие данные:

- антигистаминные препараты не рекомендуется использовать в качестве монотерапии при лечении простудных заболеваний [35, 36];
- явное положительное влияние антигистаминных препаратов отмечается в комбинации с сосудосуживающими средствами (деконгестантами) и нестероидными противовоспалительными средствами у детей старше 2–4 лет и взрослых; такой комплексный подход к лечению приводит к более быстрому облегчению симптомов простуды; у маленьких детей эффективность данной комбинации не подтверждена [37];
- при сравнении эффективности антигистаминных препаратов I и II поколения в терапии ОРИ у детей явное предпочтение следует отдавать группе неседативных антигистаминных препаратов, поскольку они являются более эффективными и безопасными [37].

ДЕЗЛОРАТАДИН В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дезлоратадин (Эриус, Байер, Германия) — высокоэффективный антигистаминный препарат длительного действия, обладающий высоким сродством к H_1 -рецепторам. Он является первичным активным метаболитом лоратадина, подавляет высвобождение гистамина и лейкотриена C_4 из тучных клеток, а также ингибирует многие другие медиаторы, участвующие в развитии системного воспаления. Препарат обладает противоаллергическим, противозудным и противовоспалительным действием [38]. Он уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека тканей, снимает спазм гладкой мускулатуры, тем самым предупреждая развитие и обеспечивая облегчение течения разнообразных аллергических болезней. Также уменьшается заложенность и отечность носа, снижается выраженность ринореи при простудных заболеваниях. Деконгестивное действие дезлоратадина, возможно, связано не только с антигистаминным, но и с противовоспалительным действием [39].

Доказано, что дезлоратадин не вызывает антихолинергических симптомов, не влияет на психомоторную функцию и не вызывает сонливости [38].

Наиболее важным свойством дезлоратадина является его безопасность для детей: препарат разрешен к применению с 1 года жизни. Безопасность препарата была подтверждена в трех рандомизированных плацебоконтролируемых двойных слепых исследованиях у детей в возрасте с 6 мес до 11 лет с аллергическим ринитом и хронической крапивницей [40–42]. При лечении дезлоратадином в рекомендуемых возрастных дозировках ни в одном исследовании не было отмечено каких-либо нежелательных явлений (сонливости, влияния на сердечно-сосудистую систему, аллергических реакций и т.д.) [43].

Дезлоратадин назначают взрослым и подросткам старше 12 лет по 5 мг/сут (таблетки или сироп) вне зависимости от приема пищи. Детям от 1 года рекомендуется сироп: в возрасте 1–5 лет — в дозе 1,25 мг/сут (2,5 мл сиропа), в возрасте 6–11 лет — 2,5 мг/сут (5 мл сиропа).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принимая во внимание многолетний опыт педиатров и детских инфекционистов, а также данные многочисленных клинических исследований, посвященных эффективному лечению простудных заболеваний у детей, необходимо отметить целесообразность назначения комбинированной терапии с неседативными антигистаминными средствами при лечении ОРИ. Дезлоратадин является эффективным и безопасным неседативным антигистаминным препаратом, рекомендованным к применению в педиатрической практике.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Статья подготовлена при финансовой поддержке компании «Байер».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Почивалов А.В., Погорелова Е.И. Лечение острой респираторной вирусной инфекции у детей с atopическим дерматитом. *Consilium medicum (приложение «Педиатрия»)*. 2010; 1: 69–70.
2. Иванов В.А., Шарапов В.А., Заплатников А.Л. Состояние здоровья часто болеющих детей и повышение эффективности их санаторного оздоровления. *Русский медицинский журнал*. 2007; 15 (21): 1559–1566.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации. М.: *Контимед*. 2001. 68 с.
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. Часто болеющие дети. *Нижний Новгород*. 2003. 174 с.
5. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей. Пос. для врачей. Под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной, В.К. Таточенко. М.: *Агентство Медицинского маркетинга*. 2006. 56 с.
6. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Науч.-практ. прогр. Союза педиатров России. М.: *Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка*. 2002. 69 с.
7. Mossad S.B. Upper Respiratory Tract Cleveland Clinic. Department of Infectious Disease. URL: www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/infectiousdisease/urti/urti1.htm (available: 06.12.2008).
8. Wessels M.R. Clinical practice: streptococcal pharyngitis. *N. Engl. J. Med.* 2011; 364: 648–655.
9. Wilson J.F. In the clinic: acute sinusitis. *Ann. Intern. Med.* 2010; 153: 2–14.
10. Vuorinen T., Vainionpaa R., Hyypia T. Five years' experience of reverse-transcriptase polymerase chain reaction in daily diagnosis of enterovirus and rhinovirus infections. *Clin. Infect. Dis.* 2003; 37: 452–455.
11. Fine A.M., Nizet V., Mandl K.D. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch. Intern. Med.* 2012; 172: 847–852.
12. Ярцев М.Н., Яковлева К.П., Плахтиенко М.В. Иммунная недостаточность и часто болеющие дети. *Consilium medicum (приложение «Педиатрия»)*. 2006; 1: 13–18.
13. Торшхоева Л.Б., Глухарева Н.С., Заплатников А.Л. Терапия острых респираторных вирусных инфекций у детей. *Русский медицинский журнал*. 2010; 20: 1237–1242.
14. Тамразова О.Б., Молочков А.В. Ксероз кожи — основной патогенетический фактор развития atopического дерматита. *Consilium medicum (приложение «Дерматология»)*. 2014; 4: 48–54.
15. Zutavarn A., von Klot S., Gehring U., Krauss-Etschmann S., Heinrich J. Pre-natal and post-natal exposure to respiratory infection and atopical diseases development: a historical cohort study. *Respir. Res.* 2006; 23 (7): 81.
16. Kilpi T., Kero J., Jokinen J., Syrjanen R., Takala A.K., Hovi T., Isolauri E. Common respiratory infections early in life may reduce the risk of atopical dermatitis. *Clin. Infect. Dis.* 2002; 34 (5): 620–626.
17. Heymann P.W., Carper H.T., Murphy D.D., Platts-Mills T.A., Patrie J., McLaughlin A.P., Erwin E.A., Shaker M.S., Helles M., Peerzada J., Hayden F.G., Hatley T.K., Chamberlain R. Viral infections in relation to age, atopicality, and season of admission among children hospitalized for wheezing. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004; 114: 239–247.
18. Ciprandi G., Tosca M.A., Fasce L. Allergic children have more numerous and severe respiratory infections than non-allergic children. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2006; 17 (5): 389–391.
19. Cirillo I., Marseglia G., Klersy C., Ciprandi G. Allergic patients have more numerous and prolonged respiratory infections than nonallergic subjects. *Allergy*. 2007; 62 (9): 1087–1090.
20. Jung J.A., Kita H., Yawn B.P., Boyce T.G., Yoo K.H. Increased risk of serious pneumococcal disease in patients with atopical conditions other than asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010; 125 (1): 217–221.
21. Wark P.A., Johnston S.L., Bucchieri F., Powell R., Puddicombe S., Laza-Stanca V., Holgate S.T., Davies D.E. Asthmatic bronchial epithelial cells have a deficient innate immune response to infection with rhinovirus. *J. Exp. Med.* 2005; 201 (6): 937–947.
22. Contoli M., Message S.D., Laza-Stanca V., Edwards M.R., Wark P.A., Bartlett N.W., Kebabdzic T., Mallia P., Stanciu L.A., Parker H.L. Role of deficient type III interferon-lambda production in asthma exacerbations. *Nat. Med.* 2006; 12 (9): 1023–1026.
23. Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у пациентов с аллергией. *Лечащий врач*. 2006; 9: 28–32.
24. Simon F.E.R., Simons K.J. H1 Antihistamines: Current Status and Future Directions. *World Allergy Organ J.* 2008; 1 (9): 145–155.
25. Akdis C.A., Simons F.E.R. Histamine receptors are hot in immunopharmacology. *Eur. J. Pharmacol.* 2006; 1: 69–76.
26. Simons F.E.R. Advances in H1-antihistamines. *N. Engl. J. Med.* 2004; 1: 2203–2217.
27. Fourneau E., Bovet D. Recherches sur l'action sympatholytique d'un nouveau derive du dioxane. *Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie*. 1933; 46: 178–191.
28. Simons F.E.R., Akdis C.A., Adkinson N.F., Jr., Yunginger J.W., Busse W.W., Bochner B.S., Holgate S.T., Lemanske R. Histamine and antihistamines. In: Middleton's allergy principles and practice. F.E.R. Simons (ed.). St. Louis, MO: *Mosby Inc. (an affiliate of Elsevier Science)*. 2008. P. 1517–1547.
29. Holgate S.T., Canonica G.W., Simons F.E.R., Taghialatela M., Tharp M., Timmerman H., Yanai K. Consensus Group on New-Generation Antihistamines (CONGA): present status and recommendations. *Clin. Exp. Allergy*. 2003; 1: 1305–1324.
30. Simons F.E.R. H1-antihistamines in children. In: Histamine and H1-antihistamines in allergic disease. F.E.R. Simons (ed.). *New York: Marcel Dekker Inc.* 2002. P. 437–464.
31. Golightly L.K., Greos L.S. Second-generation antihistamines: actions and efficacy in the management of allergic disorders. *Drugs*. 2005; 1: 341–384.
32. Scharnam E.J., Erdman A.R., Wax P.M., Chyka P.A., Caravati E.M. Diphenhydramine and dimenhydrinate poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clin. Toxicol. (Phila)*. 2006; 1: 205–223.
33. Федоскова Т.Г. Особенности ведения больных круглогодичным аллергическим ринитом при острых респираторных вирусных инфекциях. *Русский медицинский журнал*. 2011; 19 (8): 518–521.
34. Irwin R.S., Baumann M.H., Bolser D.C., Boulet L.P., Braman S.S., Brightling C.E. For the American College of Chest Physicians. Diagnosis and management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006; 129 (Suppl. 1): 4.
35. Sutter A.I., Lemiengre M., Campbell H., Mackinnon H.F. Antihistamines for the common cold. *Cochr. Database Syst. Rev.* 2003; 3: CD001267.
36. Sutter A.I., Lemiengre M., Campbell H. WITHDRAWN: Antihistamines for the common cold. *Cochr. Database Syst. Rev.* 2009; 4: CD001267.
37. Sutter A.I., van Driel M.L., Kumar A.A., Lesslar O., Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *Cochr. Database Syst. Rev.* 2012; 2: CD004976.
38. Murdoch D., Goa K.L., Keam S.J. Desloratadine: an update of its efficacy in the management of allergic disorders. *Drugs*. 2003; 1: 2051–2077.
39. Bachert C., Keith P., Joaquim M.J. Desloratadine significantly reduces nasal congestion and other individual symptoms scores in subjects with intermittent allergic rhinitis: the ACCEPT1 study in collaboration with GA2LEN. Abstract #1760 EAACI 2008. *Barcelona, Spain*. 2008.
40. Bloom M., Staudinger H., Herron J. Safety of desloratadine syrup in children. *Curr. Med. Res. Opin.* 2004; 20 (12): 1959–1965.
41. Prenner B., Ballona R., Bueso A. et al. Safety of desloratadine syrup in children six months to younger than 2 years of age: a randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Pediatr. Asthma Allergy & Immunol.* 2006; 19 (2): 91–99.
42. Gupta S.K., Kantesari B., Banfield C., Wang Z. Desloratadine dose selection in children aged 6 months to 2 years: comparison of population pharmacokinetics between children and adults. *Brit. J. Clin. Pharmacol.* 2007; 64 (2): 174–184.
43. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Лебедева А.В. Дезлоратадин в лечении atopического дерматита у детей. *Здоров'я України*. 2011; 1 (13): 44–45.