

И.М. Корсунская, А.Б. Захарова, Е.В. Жаворонкова, С.С. Зеленцова, З. Невозинская

Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

Опыт применения цетиризина в терапии аллергодерматозов у детей

ПРЕДСТАВЛЕН ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦЕТИРИЗИН (ПАРЛАЗИН, ЭГИС, ВЕНГРИЯ) У 27 ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 17 ЛЕТ С КРАПИВНИЦЕЙ, АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ (ПРОСТЫМ И КОНТАКТНЫМ), АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛЛЕРГИИ. ПОКАЗАНА КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА И ЕГО ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЦЕТИРИЗИН, АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ДЕТИ, ЛЕЧЕНИЕ.

Контактная информация:

Корсунская Ирина Марковна,
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая лабораторией молекулярных
и генетических основ дерматологии
Адрес: 117977, Москва,
ул. Косыгина, д. 4,
тел. (910) 450-19-70
Статья поступила 10.01.2007 г.,
принята к печати 10.03.2007 г.

136

В последние годы отмечается рост распространённости заболеваний, в основе которых лежит аллергическое воспаление кожи и слизистых оболочек. В практике педиатра и детского дерматолога наиболее часто встречаются такие болезни как крапивница, атопический дерматит и аллергический дерматит.

Крапивница относится к полиэтиологическим дерматозам. Однако, несмотря на это, она всегда проявляется мономорфной уртикарной зудящей сыпью [4]. Элементы сыпи могут быть различной величины и формы и возвышаются над поверхностью кожи. В патологический процесс могут вовлекаться любые участки кожи и слизистых оболочек.

В большинстве случаев ведущим причинным фактором является пищевой. Но нередко крапивница возникает на фоне заболеваний пищеварительной системы, опухолей, ревматических болезней, лимфом и другой патологии. Это требует тщательного обследования больного и выявления причины дерматоза [2].

По данным многих авторов часто встречаются случаи так называемой «семейной крапивницы». Особенно в этих случаях важен правильный сбор анамнеза, что может облегчить диагностику и правильный выбор лечения [8].

Выделяют острую и хроническую крапивницу. Острая крапивница продолжается до 6 нед и характеризуется внезапным началом, сильным зудом и наличием волдырей ярко-розового или бледно-красного цвета округлой или удлиненной формы. Как правило, волдыри исчезают бесследно через несколько часов или дней. Иногда наблюдается слияние волдырей в обширные зоны и нарушение общего состояния больного с повышением температуры, слабостью, снижением артериального давления. Хроническая рецидивирующая крапивница развивается на фоне продолжительной сенсibilизации и длится более 6 нед. При хронической крапивнице возможно образование папул. Рецидивы заболевания сменяются ремиссиями различной длительности. Нередко у одного и того же больного уртикарные высыпания возникают под действием различных провоцирующих факторов. Примерно у половины больных возможно сочетание крапивницы с отёками Квинке.

Атопический дерматит является одним из наиболее распространённых хронических аллергических заболеваний детского возраста. При этом заболеваемость атопическим дерматитом неуклонно растёт и составляет по данным разных авторов от 1 до 30%. Дебют заболевания наблюдается преимущественно у детей раннего возраста. Но, несмотря на то, что атопический дерматит чаще развивается на первом году жизни (в 50% случаев) этот диагноз может быть установлен в любом возрасте [10].

I.M. Korsunskaya, A.B. Zakharova, Ye.V. Zhavoronkova, S.S. Zelentsova, Z. Nevozhinskaya

Center for Theoretical Problems of Physical-Chemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow

Application experience of cetirizine in therapy against allergic dermatoses among children

THE AUTHORS HIGHLIGHT THE APPLICATION EXPERIENCE OF CETIRIZINE (PARLAZIN, EGIS, HUNGARY) AMONG 27 CHILDREN AGED BETWEEN 3 AND 17 YEARS, SUFFERING FROM HIVES, ALLERGIC DERMATITIS (COMMON AND CONTACT), ATOPIC DERMATITIS AND ASSOCIATED RESPIRATORY ALLERGY PRESENTATIONS. THEY SHOWED THE CLINICAL EFFICIENCY OF A MEDICATION AND ITS GOOD TOLERANCE.

KEY WORDS: CETIRIZINE, ALLERGIC DERMATITIS, ATOPIC DERMATITIS, CHILDREN, TREATMENT.

Аллергический дерматит возникает в результате непосредственного действия на кожу физических или химических факторов, которые вызывают развитие местной аллергической реакции замедленного типа. В развитии аллергического дерматита имеют значение не только особенности строения и функции кожи, но и наследственная предрасположенность.

Аллергический контактный дерматит, в отличие от простого, развивается при повторном контакте с раздражителем, поскольку для формирования аллергической реакции требуется период сенсибилизации. Часто воспалительная реакция кожи не соответствует интенсивности действия раздражителя и площадь изменений на коже будет значительно превышать площадь контакта.

В отличие от атопического дерматита (при котором сенсибилизация организма происходит от воздействия нескольких аллергенов и обострение может наступить под воздействием разных факторов), сенсибилизация при аллергическом контактном дерматите происходит в отношении одного аллергена, и только при контакте с ним.

Физическими факторами, приводящими к развитию аллергического дерматита, чаще всего становятся солнечное излучение и холод. Химическими агентами нередко являются синтетические моющие средства, растения, наружные лекарственные препараты, изделия из латекса, некоторые металлы (например, никель) и другие. У детей аллергический дерматит встречается реже, чем у взрослых. Чаще наблюдается на предметы ухода (подгузники), моющие средства, лекарственные препараты.

Кратковременный контакт с аллергеном обычно приводит к заболеванию длительностью несколько дней или не-

дель, но постоянный контакт с аллергеном может привести к развитию хронического процесса.

Острые проявления аллергического контактного дерматита сопровождаются выраженной эритемой и отёком. Позднее могут возникать как мелкие, так и большие пузыри, после вскрытия оставляющие мокнущие эрозии. В дальнейшем в очагах поражения появляются корки и чешуйки. В некоторых случаях после заживления остаются участки гиперпигментации.

Принципы лечения аллергического дерматита включают несколько общих положений:

- устранение раздражителей и аллергенов;
- десенсибилизирующее лечение с использованием системных антигистаминных препаратов;
- применение наружных средств (мазей и кремов, содержащих глюкокортикостероиды).

При аллергическом дерматите (причиной которого являются солнечное излучение или холодовые воздействия) для предупреждения сезонного дерматоза необходимо, кроме использования защитной одежды, профилактическое назначение системных антигистаминных препаратов курсом до трёх недель. Это позволяет значительно снизить интенсивность проявлений дерматита или добиться на этот период стойкой ремиссии. Местное лечение должно проводиться в зависимости от выраженности воспалительных явлений, локализации и распространённости процесса, а также учитывать возраст пациента. При выраженной эритеме с отёком показаны глюкокортикостероидные кремы, которые позволяют купировать проявления за короткий период времени. Нередко аллергические заболевания кожи сочетаются с поллинозом или бронхиальной астмой, поэтому при лече-

ПАРЛАЗИН®

цетиризин

АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ

БЕЗ АЛЛЕРГИИ



Per. № ПН№015607/02, ПН№015607/01

Представительство ОАО "Фармацевтический завод ЭГИС" (Венгрия) г. Москва
123242 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7,
тел.: (495) 363-3966, факс: (495) 956-2229, <http://www.egis.ru>, e-mail: moscow@egis.ru



нии таких состояний препаратами первого выбора становятся антигистаминные препараты.

В детской практике особенно важно, чтобы препарат мог влиять на все стадии аллергической реакции. Одним из таких препаратов является Парлазин (Эгис, Венгрия). Действующим веществом его является цетиризин, избирательно блокирующий H_1 -гистаминовые рецепторы и угнетающий выделение медиаторов поздней фазы аллергической реакции, что не только снижает экспрессию молекул адгезии, но и подавляет действие других медиаторов и индукторов секреции гистамина [1, 3, 5–6, 9]. Препарат является одним из наиболее безопасных для применения в детской практике. Как показало двойное слепое рандомизированное исследование, применение цетиризина продолжительностью даже свыше 18 мес не вызывало изменений физиологических функций, лабораторных показателей и психологического статуса детей [6, 9]. Цетиризин практически не обладает антихолинергическим и антисеротониновым действием, не оказывает угнетающего влияния на ЦНС. Препарат всасывается в желудочно-кишечном тракте (до 70%), приём пищи не сказывается на его абсорбции. Максимальная концентрация его в плазме крови достигается в течение одного часа, а терапевтическое действие продолжается 24 ч. Доказано, что при регулярном приёме цетиризина его концентрация в сыворотке крови и в коже уравнивается [7]. При продолжительном приёме (свыше 18 мес) не происходит развития толерантности.

Под нашим наблюдением было 29 детей (18 девочек и 11 мальчиков) в возрасте от 3 до 17 лет. Среди них 12 пациентов страдали крапивницей, причем у 5 имелась сопутствующая бронхиальная астма, а у 2 — поллиноз; 9 — с atopическим дерматитом, у 2 заболевание сочеталось с бронхиальной астмой, а у 5 — аллергическим ринитом; 8 — аллергическим дерматитом, у 3 из них кожные проявления возникли на фоне поллиноза.

Всем пациентам был назначен цетиризин (Парлазин, Эгис, Венгрия) в дозах, рекомендованных производителем. Дети в возрасте 3–6 лет принимали препарат по 5 мг, старше 6 лет — 10 мг ежедневно 1 раз в сут.

У детей с острой крапивницей продолжительность лечения составила 2 нед, с хронической — 3 нед. У пациентов с острой крапивницей двухдневное применение цетиризина привело к прекращению появления свежих высыпаний и купированию симптомов поллиноза; зуд исчез на 3–4 сут после начала приёма препарата. Полный регресс симптомов наступил через 2 нед применения. У больных с

хронической рецидивирующей крапивницей на фоне приёма препарата в той же дозе в течение 3 нед отмечалось ослабление зуда на 7 сут, прекращение свежих высыпаний на 7–10 сут. Появившиеся на фоне приёма цетиризина свежие уртикарные элементы не сопровождалась зудом и характеризовались меньшей отёчностью и размерами. В течение 3-месячного периода наблюдения по окончании курса лечения у больных с хронической рецидивирующей крапивницей обострения заболевания не зарегистрировано.

Пациенты с atopическим и аллергическим дерматитом принимали цетиризин в течение 2 нед.

У больных atopическим дерматитом наблюдалась эритематозно-лихеноидная сыпь на отечном фоне с выраженным шелушением на коже сгибательных поверхностей конечностей, шеи, грудной клетки. Всех пациентов беспокоил сильный зуд, на коже имелись следы экскориаций. 2-дневное применение цетиризина привело к уменьшению выраженности новых высыпаний. На 2–3 сут значительно уменьшилась отёчность. Зуд прекратился на 4–5 сут приёма препарата. На 7–10 день отмечалось полное отсутствие появления свежих высыпаний и регресс имеющихся элементов. К концу приёма препарата оставалась выраженная лихенификация, в поражённых участках отсутствовали расчёсы.

У пациентов с аллергическим дерматитом имелась экземоподобная сыпь на коже с яркой гиперемией, все пациенты предъявляли жалобы на сильный зуд, на коже имелись следы свежих экскориаций. На 2–3 сут приёма препарата отмечено исчезновение отечности, на 4–6 сут — все больные отметили ослабление или прекращение зуда и отсутствие появления свежих элементов. После 2-недельного курса терапии цетиризином уменьшилась выраженность всех клинических проявлений.

При применении препарата с целью предотвращения сезонных аллергических реакций в течение 2 мес отмечалось либо отсутствие кожных проявлений, либо более лёгкое и кратковременное его течение.

У всех наблюдаемых нами больных аллергических реакций или непереносимости препарата не обнаружено. Каких-либо побочных явлений при применении препарата не отмечалось.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности и безопасности применения Парлазина при различных воспалительных заболеваниях кожи аллергического генеза как для купирования зуда и отёчности, так и для предупреждения сезонных аллергических реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гущин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. — М.: Фармарус Принт. — 1998. — 251 с.
2. Емельянов А.В. Крапивница и отёк Квинке. — С.-Петербург, 2002. — 28 с.
3. Ревякина В.А. Иммунологические основы развития atopического дерматита и новая стратегия терапии // Consilium Medicum. Педиатрия. — 2004. — (приложение 1). — С. 31–33.
4. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. Руководство по детской дерматологии. — М.: Медицина, 1988. — С. 250–254.
5. Филатова Т.А., Ревякина В.А., Кондюрина Е.Г., Зеленская В.В. Парлазин в лечении atopического дерматита у детей // Вопр. соврем. педиатрии. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 20–22.
6. Diepgen T.L. Early Treatment of the Atopic Child Study Group Long-term treatment with cetirizine of infants with atopical dermatitis:

a multi-country, double-blind, randomized, placebo-controlled trial (the ETAC trial) over 18 months // *Pediatr. Allergy Immunol.* — 2002. — V. 13, № 4. — P. 278–286.

7. Cetirizine // *Ann. Allergy.* — 1987. — V. 59. — P. 4–8.

8. Pecquet C., Bayrou O., Vuong T.M., Huet S. et al. Familial aquagenic urticaria. Abstract of 20th World Congress of Dermatology, Paris, 1–7 / 07–2002, abs. № P2308.

9. Stevenson J., Cornah D., Evrard P. et al. Long-term evaluation of the impact of the H_1 -receptor antagonist cetirizine on the behavioral, cognitive, and psychomotor development of very young children with atopical dermatitis // *Pediatr. Res.* — 2002. — V. 52, № 2. — P. 251–257.

10. Wuthrich B. Clinical aspects, epidemiology and prognosis of atopical eczema // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* — 1999. — № 83. — P. 464–470.