

Т.А. Филатова,  
д.м.н.  
НИИ питания РАМН

# Опыт применения препарата Парлазин® у детей с атопическим дерматитом

*Атопический дерматит является важной педиатрической проблемой. Это обусловлено его широкой распространенностью, хроническим рецидивирующим течением, значительным снижением качества жизни больных детей и их родителей.*

**И**звестно, что атопический дерматит является начальной фазой «атопического марша» – естественного перехода от кожных проявлений атопии к респираторным (аллергическому риниту, бронхиальной астме) или формированию дермато-респираторного синдрома (1, 2, 3, 4, 5). Ранняя диагностика, своевременно начатая комплексная терапия, противорецидивное лечение способны уменьшить вероятность трансформации кожных проявлений атопии в респираторные. Известно, что развитие симптомов аллергических заболеваний определяется IgE – опосредуемыми реакциями. В патогенезе этих реакций важную роль играют секретируемые активированными

тучными клетками и базофилами преформированные медиаторы, из которых наибольшее значение имеет гистамин. Он повышает проницаемость сосудистого русла, вызывает зуд кожи и слизистых оболочек, способствует развитию аллергического воспаления, участвует в формировании синдрома бронхиальной обструкции. В связи с важной патогенетической ролью гистамина в становлении аллергических реакций в лечении аллергических болезней широко используются **антигистаминные препараты**.

В отечественных и зарубежных руководствах, посвященных лечению атопического дерматита, антигистаминным препаратам уделяется особое внимание, как основным средствам купирования острых проявлений болезни (6, 7). В последние годы препараты этой группы, обладающие антигистаминной и противовоспалительной активностью (II поколения), рекомендуются к использованию в качестве и противорецидивной (базисной) терапии атопического дерматита (8, 9).

Один из таких препаратов – цети-

ризин, преимуществами которого являются не только избирательная блокада H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, но и угнетение выделения медиаторов поздней фазы аллергической реакции, способствующих миграции эозинофилов, нейтрофилов и базофилов в ответ на введение аллергена, снижение экспрессии молекул адгезии, подавление действия других медиаторов и индукторов секреции гистамина (8, 10). Цетиризин не обладает холиноблокирующим действием и практически не оказывает седативного эффекта. Препарат отличается высоким профилем безопасности у детей, доказанным результатами длительного двойного слепого рандомизированного исследования. В исследовании при продолжительном приеме (более 18 мес.) не было отмечено изменения физиологических функций, в том числе ЭКГ, лабораторных показателей, психического состояния (11). Цетиризин не менее чем на 70% всасывается из желудочно-кишечного тракта, прием пищи не оказывает влияния на его абсорбцию. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 1 час после приема, а терапевтический эффект сохраняется не менее 24 часов. Стабильный уровень в плазме крови достигается на четвертые сутки после начала приема.

Известно, что при систематическом применении концентрации цетиризина в коже и сыворотке становятся эквивалентными. При длительном (более 110 недель) приеме не наблюдается развитие толерантности, препарат сохраня-

**Цетиризин (Парлазин®) не обладает холиноблокирующим действием и практически не оказывает седативного эффекта. Препарат отличается высоким профилем безопасности у детей, доказанным результатами длительного двойного слепого рандомизированного исследования. В исследовании при продолжительном приеме (более 18 мес.) не было отмечено изменения физиологических функций, в том числе ЭКГ, лабораторных показателей, психического состояния.**

ет свою эффективность. В нашей стране цетиризин зарегистрирован под более чем 10 торговыми названиями.

В связи с высокой эффективностью и безопасностью цетиризин разрешен к применению в педиатрической практике с 6 месяцев (Зиртек), года (Парлазин®) или 2 лет (другие препараты-дженерики).

Целью настоящего исследования было изучение эффективности и переносимости антигистаминного препарата Парлазин® (Egis, Венгрия) у детей с atopическим дерматитом.

Препарат был включен в терапию 31 ребенка (12 мальчиков, 19 девочек) в возрасте от 12 мес. до 7 лет, страдающих atopическим дерматитом легкой и средней степени тяжести с длительностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Дети находились на стационарном или амбулаторном лечении, а затем диспансерном наблюдении в отделении аллергологии НИИ питания РАМН в

2008-2009 гг. У 7 детей atopический дерматит сочетался с респираторными аллергическими заболеваниями (бронхиальной астмой легкого течения – 2, у 3 – бронхиальной астмой и аллергическим ринитом). На момент включения пациентов в исследование никто из них не получал никаких медикаментозных средств.

Всем больным было проведено углубленное клиническое и аллергологическое обследование, включавшее исследование биохимических показателей крови, ЭКГ, определение уровня общего IgE в сыворотке крови, постановку кожных скарификационных проб или определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови. Оценка выраженности симптомов atopического дерматита проводилась с использованием шкалы SCORAD до начала терапии, на 3, 5, 7, 10 и 15-й дни лечения и далее по потребности, но не реже 1 раза в 10 дней. Общая продолжитель-

ность наблюдения составила от 3 до 9 мес.

При обследовании у большинства больных была выявлена поливалентная сенсibilизация. У детей до 3 лет преобладала повышенная чувствительность к пищевым аллергенам, у пациентов старше 4 лет – к бытовым и пищевым аллергенам.

Все дети обратились к аллергологу по поводу обострения atopического дерматита, длительность обострения составила от 3 до 6 дней, индекс SCORAD на момент осмотра достигал  $32,3 \pm 3,1$  (в среднем) баллов, что свидетельствовало о средней степени тяжести обострения. Учитывая возраст детей, тяжесть обострения, выраженный зуд кожных покровов, наличие сенсibilизации, всем пациентам был назначен Парлазин (по 2,5 мг 1 раз в сутки детям до 2 лет; по 2,5 мг 2 раза в сутки детям от 2 до 6 лет и по 10 мг 1 раз в день детям старше 6 лет), а также наружная терапия (несте-



# ПАРЛАЗИН®

цетиризин

## АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ БЕЗ АЛЛЕРГИИ



- для продолжительных курсов лечения острых и хронических аллергических заболеваний
- для профилактики обострений хронических аллергических заболеваний
- не вызывает сонливость, принимается 1 раз в сутки
- специальная детская форма, удобная и безопасная для ребенка

**Таблица 1. Динамика индекса SCORAD у наблюдаемых детей**

Показатели SCORAD	До начала терапии	3 день лечения	5 день лечения	7 день лечения	15 день лечения
Площадь поражения, %	17,9 ± 2,1	10,1 ± 1,8	7,7 ± 0,6	5,6 ± 0,3	2,8 ± 0,3
Интенсивность клинических проявлений, баллы	5,2 ± 1,3	4,1 ± 0,8	1,1 ± 0,3	1,5 ± 0,2	0,6 ± 0,3
Выраженность зуда, баллы	4,9 ± 0,4	2,9 ± 0,3	1,1 ± 0,2	0,4 ± 0,1	0
Нарушение сна, баллы	4,3 ± 0,3	2,1 ± 0,2	1,0 ± 0,2	0,3 ± 0,1	0
Индекс SCORAD	32,3 ± 3,1	19,2 ± 1,8	11,9 ± 0,4	7,8 ± 0,2	3,4 ± 0,1

**Таблица 2. Оценка тяжести обострения атопического дерматита у наблюдаемых детей (в баллах)**

Степень тяжести	SCORAD (в баллах)
Легкое	25,7 ± 1,5
Среднетяжелое	47,4 ± 2,2

роидные противовоспалительные средства при легком обострении на 5-7 дней), топические кортикостероиды – при обострении средней степени тяжести (гидрокортизон или метилпреднизолон ацепонат) в формах, соответствующих характеру и локализации очагов кожного воспаления сроком от 3 до 5 дней). Помимо этого всем родителям пациентов были даны рекомендации по соблюдению гипоаллергенного быта с устранением по возможности контакта с причинно-значимыми аллергенами, элиминационной диеты, а также по применению средств ухода за кожей.

При анализе динамики клинических симптомов на фоне проводимого лечения (таблицы 1, 2) достоверное сокращение площади поражения (на 34-42%), выраженности объективных и субъективных симптомов более чем в 2 раза было отмечено к 3-му дню терапии ( $p < 0,05$ ), на 5-е сутки обострение было купировано у 21 (67,7%) больного, у остальных состояние значи-

тельно улучшилось, что позволило отменить топические стероидные средства всем пациентам. На 7-е сутки симптомы обострения атопического дерматита были купированы у большинства (27) больных, к концу второй недели у всех больных.

Нужно отметить, что максимальная длительность применения наружной кортикостероидной терапии составила 5 дней, при сохраняющихся минимальных проявлениях атопического дерматита у 10 больных, контроль за симптомами заболевания осуществлялся только приемом Парлазина.

Последующее наблюдение за детьми в течение 1-6 месяцев показало, что у 24 пациентов обострений атопического дерматита не было, у 4 больных было отмечено по одному эпизоду легкого обострения, у 3 пациентов, с высокой сенсibilизацией к белку коровьего молока при нарушениях в диете, были зарегистрированы 2-3 обострения средней степени тяжести, быстро купировавшиеся (2-3 дня) наружной терапией.

При длительном приеме Парлазина ни у одного ребенка не было отмечено нарушений функции сердечно-сосудистой системы, что было подтверждено результатами ЭКГ. Побочных реакций, значимых изменений биохимических показа-

телей, характеризующих состояние почек и печени, в ходе лечения зарегистрировано не было.

Дополнительно к оценке динамики симптомов атопического дерматита было изучено влияние терапии на качество жизни семьи и сотрудничество с врачом. Быстрое уменьшение кожного зуда, улучшение ночного сна у больных, получающих терапию Парлазином и топическими стероидными средствами, привело к улучшению их самочувствия и работоспособности, увеличило продолжительность сна родителей, снизило их беспокойство из-за болезни ребенка и, как следствие, улучшило качество жизни родителей. Одним из положительных моментов, отмеченных родителями, стала и продолжительная монотерапия цетиризином для «закрепления» терапевтического эффекта, а также с целью профилактики развития обострений атопического дерматита.

Таким образом, активная длительная тактика ведения больных с обострением атопического дерматита с ранним назначением короткого курса топического кортикостероида и неседативного антигистаминного препарата Парлазин позволяет не только быстро купировать симптомы заболевания, но и обеспечивает длительную ремиссию кожного атопического процесса. Полученные результаты свидетельствуют о возможности достижения контроля над аллергическим воспалением. Высокая эффективность, безопасность и хороший профилактический эффект позволяет рекомендовать Парлазин в качестве базисной терапии атопического дерматита. 

## Литература

- Williams H.C. et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood // *J. Allergy Clin Immunol.* 1999; Vol. 103: 125-138.
- Ревакина В.А. Современные аспекты этиологии патогенеза и лечения атопического дерматита у детей // *Медицинский совет.* 2008; № 1-2.
- Braback L., Kjellman N-I. M., Sandin A., Bjorksten B. Atopy among schoolchildren in northern and southern Sweden in relation to pet ownership and early life events // *Pediatr Allergy Immunol.* 2001; Vol. 12: 4-9.
- Von Mutius E., Maziak W., Hirsch T., Beifohr C. et al. Asthma management and utilization of health care services in children: the results of a population – based survey // *Eur. Respir. J.*; 2001; Vol. 18: Suppl. 33: 146.
- Holgate S.T., Arshad S.H. The year in allergy 2003 // *Oxford.* 2003; 320.
- Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. М., 2004. С. 48.
- Международная Конференция Консенсус по Атопическому Дерматиту // *British Journal of Dermatology.* 2003; 148 (Suppl.63); 3-10. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль // М.: Фармарус Принт, 1998. С. 251.
- Ревакина В.А. Иммунологические основы развития атопического дерматита и новая стратегия терапии // *Педиатрия*
- Consilium Medicum. 2004; приложение №1: 31-33.
- Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств. Вып. 15 000 «ПРС». 2009.
- Diepgen T.L. Early Treatment of the Atopic Child Study Group Long-term treatment with cetirizine of infants with atopic dermatitis: a multi-country, double-blind, randomized, placebo-controlled trial (the ETAC trial) over 18 months // *Pediatr Allergy Immunol.* 2002; 13 (4): 278-86.