

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНУ ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ РИНИТІ У ДІТЕЙ

С.Л. Няньковський<sup>1</sup>, С.В. Герасимов<sup>1</sup>, Л.Б. Секретар<sup>1</sup>, А.В. Возняк<sup>1</sup>, О.Р. Садова<sup>1</sup>, Н.Є. Громик<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

<sup>2</sup>Комунальна поліклініка №4 м. Львова

**Мета:** оптимізація лікування алергічного риніту (АР) у дітей.

**Пацієнти і методи.** У дослідженні взяли участь діти віком 6–12 років, які мали прояви інтермітуючого середньоважкого або персистоючого легкого АР протягом останніх 12 місяців. Симптоми захворювання оцінювалися батьками/пацієнтами за 4-бальною шкалою: «0» — немає симптомів, «1» — незначний симптом, «2» — помірний симптом, «3» — сильно виражений симптом і заносилися у спеціальний щоденник; сукупну активність захворювання визначали як суму всіх балів за тиждень. Дітям основної групи призначали сироп левоцетиризину (Л-цет) у дозі 10 мг щоденно протягом чотирьох тижнів. Діти контрольної групи отримували чотири рази на день кромоглікат натрію у формі назального спрею та, за потреби, очних крапель.

**Результати.** Наприкінці першого тижня лікування левоцетиризином загальна виразність назальних симптомів зменшилась у понад двічі, тоді як при застосуванні кромоглікату натрію — на 30%, різниця між групами склала 18% ( $p < 0,05$ ). Деяко менша різниця спостерігалась на другому тижні, але виразність очних симптомів не мала відмінностей, що концептуально збігається з літературними даними. Невеликі відмінності між групами на другому тижні лікування також можуть бути пов'язані з повільнішим розвитком дії кромоглікату натрію.

**Висновки.** Пероральна форма левоцетиризину (Л-цет) перевищує ефективність назальної форми кромоглікату натрію при лікуванні легкого персистоючого або середньоважкого інтермітуючого АР у дітей. Висока ефективність, добрий профіль безпечності, зручний режим прийому дозволяють рекомендувати левоцетиризин у схемі лікування даних форм АР у дітей.

**Ключові слова:** алергічний риніт, антигістамінні препарати, левоцетиризин.

### Вступ

Алергічний риніт (АР) є наріжною проблемою педіатричної практики. Попри поширеність захворювання значна, сягає приблизно 10–40% і має тенденцію до зростання [1]. Алергічний риніт є також однією із важливих причин пропусків школи, а хворі діти мають значно гіршу успішність, ніж їхні однолітки [2], тому розробка та удосконалення ефективних схем лікування АР є актуальними.

Згідно із сучасними рекомендаціями ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma), АР поділяється на дві основні форми: інтермітуючий та персистоючий [3]. Інтермітуючий АР визначається, як захворювання, при якому ринорея, назальна обструкція, свербіж носа, чхання, спостерігаються три і менше разів на тиждень, тоді як персистоючий АР виявляє себе чотири і більше разів на тиждень. Алергічний риніт класифікують й за ступенем важкості: легкий або помірно-важкий. Ознаками легкого ступеня важкості АР є нормальний сон, відсутність порушення щоденної активності, відпочинку, нормальна успішність. При легкому АР прояви симптомів захворювання не турбують хворого. Натомість при помірно-важкому АР спостерігають одну або більше ознак: порушення сну, порушення щоденної активності, включаючи активний відпочинок, погіршення успішності у школі, симптоми захворювання значно турбують хворого.

Відповідно до згаданої класифікації, рекомендованим неперіоритетним лікуванням (пріоритетність не визначена у клінічних випробуваннях) легкого інтермітуючого АР вважається: 1) використання пероральних антигістамінних препаратів; 2) інтраназальних антигістамінних препаратів та/або деконгестантів; 3) антилейкотриєнових препаратів за наявності супутньої бронхіальної астми. Неперіоритетна терапія інтермітуючого помірно-важкого (середньоважкого) або персистоючого легкого АР включає вищенаведене та додатково передбачає можливість застосування інтраназальних глюкокортикостероїдів або кромонів. Найбільший рівень доказовості досягнуто у лікуванні помірно-важкого персистоючого АР, де пріори-

тетним лікуванням є введення інтраназальних глюкокортикостероїдних гормонів із подальшим додаванням антигістамінних препаратів за наявності свербіжа носа/чхання, іпратропію — за наявності виразної ринореї, назальних деконгестантів — при виразному порушенні носового дихання. При цьому розглядається можливість збільшення дози глюкокортикостероїдного гормону, але при ретельному виключенні інших причин риніту [3].

Отже, з точки зору лікування, залишається проблематичною пріоритетність у лікуванні інтермітуючого помірно-важкого або персистоючого легкого АР, де серед арсеналу лікарських засобів наводяться пероральні антигістамінні препарати та інтраназальні форми кромоглікату натрію. Розв'язання даної проблеми стало метою нашого дослідження.

### Матеріал і методи дослідження

У дослідженні взяли участь діти віком 6–12 років, які мали історію інтермітуючого помірно-важкого або персистоючого легкого АР протягом останніх 12 місяців. Пацієнти не включалися у дослідження за наявності бронхіальної астми, хронічного аденоїдиту, тонзиліту, аденотонзиллярної гіпертрофії, рецидивного синуситу, вазомоторного риніту, при плануванні або проведенні специфічної гіпосенсибілізації, важкому перебігу захворювання (порушення сну, денної активності, успішності у школі, виразні симптоми), необхідності у місцевій кортикостероїдній терапії. Перед включенням у дослідження критеріями виключення також були: наявність бронхіальної астми, вживання місцевих кортикостероїдів протягом двох тижнів, вживання системних кортикостероїдів протягом останнього місяця, кетотифену, пероральних або інгаляційних бета-2-агоністів тривалої дії, антихолінергічних препаратів протягом останнього тижня, лоратадину або фексофенадину протягом останніх трьох днів перед включенням.

Після попереднього відбору (початковий період) батькам/пацієнтам видавали «Щоденник симптомів алергічного риніту», який включав по чотири основні ознаки захво-

Таблиця 1

**Демографічні та клінічні особливості досліджуваних дітей**

Характеристика хворих	Основна група (n=30)	Контрольна група (n=32)	P*
Вік, років	8,55±1,8**	8,32±1,4	0,575
Стать, чол. (%)	17 (56,7)	19 (59,4)	0,874
Зріст, см	133±2	135±4	0,158
Вага, кг	31,9±2,5	32,7±2,9	0,251
Тривалість захворювання, роки	4,2±2,1	4,3±2,7	0,872
Назальні симптоми:			
- ринорея, n (%)	29 (96,7)	30 (93,8)	0,573
- чхання, n (%)	26 (86,7)	28 (87,5)	0,906
- свербіж, n (%)	26 (86,7)	26 (81,3)	0,523
- закладеність, n (%)	29 (96,7)	29 (90,6)	0,328
Очні симптоми:			
- набряк, n (%)	6 (20,0)	5 (16,0)	0,683
- слезотеча, n (%)	13 (43,3)	14 (43,8)	0,937
- свербіж, n (%)	22 (73,3)	22 (68,8)	0,730
- почервоніння, n (%)	21 (70,0)	23 (71,9)	0,863

Примітка: \* – різниця між основною і контрольною групами; \*\* – результати представлено, як середнє±стандартне відхилення.

рювання з боку носової порожнини (ринорея, назальна обструкція, свербіж у носовій порожнині та чхання), та очей (слезотеча, свербіж, почервоніння, набряк), які оцінювались за 4-бальною шкалою: «0» – немає симптомів, «1» – незначний симптом, «2» – помірний симптом, «3» – сильно виражений симптом. Протягом 0, 1 і 2 тижня спостереження визначали сукупну активність захворювання як суму всіх балів за тиждень (4 назальних або очних симптоми x 3 бали x 7 днів = максимально по 42 бала відповідно).

Надалі дітям призначали сироп левоцетиризину (2,5 мг/мл, L-цет) у дозі 10 мг щоденно протягом чотирьох тижнів. Діти контрольної групи отримували назальний спрей кромоглікату натрію (20 мг/мл) по 1 впорскуванню (2 мг) у кожний носовий хід 4 рази на день і, за наявності алергічного кон'юнктивіту, очні краплі кромоглікату натрію (20 мг/мл, по 1 краплі у кожне око 4 рази на день) за аналогічний період. За потреби протягом початкового періоду, основного і контрольного лікування, пацієнтам дозволяли використання назальні судинозвужувальні краплі.

Первинним критерієм ефективності лікування була зміна суми назальних та очних симптомів протягом 1 і 2 тижня лікування у порівнянні із -1 тижнем скринінгового періоду. Вторинними критеріями ефективності служили зміна виразності ринореї, назальної обструкції, свербіжу у носовій порожнині, чхання, слезотечі, свербіжу, почервоніння і набряку очей.

Активність, сон, неочні/назальні симптоми, успішність, назальні симптоми, очні симптоми, емоційний стан, оцінені за опитувальником на початку та наприкінці другого тижня лікування, служили показниками якості життя дитини з АР [4]. Кожен із симптомів ранжувався за 4-бальною шкалою («0» – немає ознаки, «1» – ознака незначна, «2» – ознака середньої виразності, «3» – ознака надзвичайно виразна). Загальна якість життя оцінювалась як сума перелічених 7 ознак («0» – найкраща; «21» – найгірша якість життя).

У роботі застосовано статистичний аналіз наміру лікуватись (intent-to-treat аналіз) усіх пацієнтів, що отримали однотижневий курс лікування одним із препаратів та після цього мали хоча б один заповнений тижневий щоденник симптомів. У розрахунках достовірності використано підхід «неменшовартості» левоцетиризину по відношенню до кромоглікату натрію у межах 20% ефекту за первинним критерієм ефективності. Безперевні показники аналізувались за критерієм Стьюдента, непараметричні – за тестом Манна–Вітні. Обробка статистичного матеріалу виконувалась за допомогою програми Statistica 5.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Усього у дослідження було включено по 34 пацієнти у кожну групу. В основній групі 2 (6%) пацієнти вибули внаслідок захворювання на гостру респіраторну вірусну інфекцію, 1 (3%) – через необхідність вживання місцевого глюкокортикостероїдного препарату і 1 (3%) – через вживання системного деконгестанта. У групі порівняння 1 пацієнт (3%) вибув внаслідок захворювання на гостру респіраторну вірусну інфекцію, 1 (3%) – через необхідність вживання місцевого глюкокортикостероїдного препарату. Статистична різниця щодо вибуття хворих була недостовірною.

Перед отриманням лікування пацієнти основної та контрольної груп порівнювались за основними біологічними та клінічними параметрами (табл. 1).

Переважаю більшість хворих становили діти молодших класів із майже однакою розподілом за статтю. Середня тривалість захворювання в обох групах становила приблизно чотири роки. На момент обстеження значна

кількість хворих мала майже всі симптоми АР. Серед хворих, що страждали на алергічний кон'юнктивіт, основними скаргами були свербіж та почервоніння очей, меншою мірою набряк і слезотеча.

Протягом лікування у групах спостерігалась неоднорідна динаміка зникнення симптомів АР (рис. 1). Так, наприкінці першого тижня лікування левоцетиризином загальна виразність назальних симптомів зменшилась у понад двічі, тоді як при застосуванні кромоглікату натрію – на 30%, різниця між групами склала 18% (p<0,05). Протягом другого тижня лікування інтенсивність проявів АР порівняно з першим тижнем зменшилась на 15% і 14% у групах відповідно (p<0,05), але різниця між групами була недостовірною.

Динаміка очних симптомів також була позитивною в обох групах. Протягом першого тижня інтенсивність проявів зменшилась на 45%, протягом другого тижня – на 55% і 59% в основній і контрольній групах відповідно. Різниця у 4% між групами дітей, що отримували перорально левоцетиризин або очні краплі кромоглікату натрію, була недостовірною (p=0,63). Детальний аналіз складових назальних та очних симптомів виявив їх варіабельність залежно від виду отриманого лікування (рис. 2).

У групі левоцетиризину найбільшу ефективність відмічено щодо свербіжу (82% і 96%) у носовій порожнині і

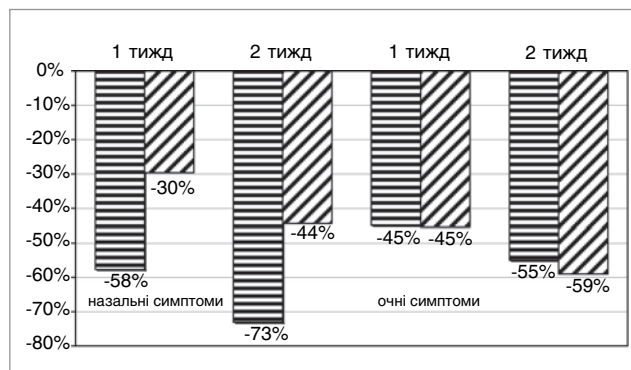


Рис. 1. Відносна зміна назальних та очних симптомів у дітей основної (горизонтальна) та контрольної (коса строка) груп наприкінці 1 та 2 тижнів лікування.

Таблиця 3

**Зміна якості життя дітей з алергічним ринітом у динаміці лікування**

Показник	0 тиждень	2 тиждень	P*
Загальна оцінка:			
- основна група	1,91±0,76**	1,39±0,61	0,005
- контрольна група	1,98±0,74	0,75±0,71	
Активність:			
- основна група	2,04±0,79	1,42±0,70	0,04
- контрольна група	2,13±0,75	0,80±0,78	
Сон:			
- основна група	1,80±0,51	1,37±0,89	0,02
- контрольна група	1,95±0,83	0,56±0,54	
Неочні/назальні симптоми:			
- основна група	1,79±0,83	1,23±0,81	0,01
- контрольна група	1,84±0,87	0,91±0,91	
Успішність:			
- основна група	2,07±0,74	1,51±0,77	0,02
- контрольна група	2,12±0,71	0,78±0,76	
Назальні симптоми:			
- основна група	2,08±0,82	1,48±0,73	0,006
- контрольна група	2,15±0,71	0,86±0,84	
Очні симптоми			
- основна група	1,94±0,84	1,48±0,96	0,05
- контрольна група	2,01±0,76	0,88±0,85	
Емоційний стан:			
- основна група	1,79±0,86	1,29±1,11	0,15
- контрольна група	1,85±0,81	0,82±1,09	

Примітка: \*достовірність різниці зміни показника якості життя дітей з алергічним ринітом основної та контрольної груп наприкінці 2 тижні лікування; \*\*середнє та стандартне відхилення.

Таблиця 4

**Прогностичне значення клінічних характеристик алергічного риніту (АР) і супутньої респіраторної патології для оцінки ефективності левоцетиризину\***

Прогностик	OR (95% CI)**	P
Тривалість захворювання <2 років	1,03 (0,33-3,23)	0,96
Тривалість захворювання >2 років	1,21 (0,62-3,37)	0,69
Алергічний кон'юнктивіт	1,40 (0,27-5,15)	0,11
Алергічний синусит	1,24 (0,54-2,86)	0,61
Легкий персистуючий АР	2,53 (1,16-5,50)	0,03
Середньоважкий інтермітуючий АР	1,43 (0,66-3,11)	0,05
Сезонний риніт	1,22 (0,56-2,68)	0,32

Примітка: \* – зменшення назальних симптомів на 40% і більше протягом першого або другого тижня лікування; \*\*OR – odds ratio – нерівність шансів; CI – confidence interval – довірчий інтервал.

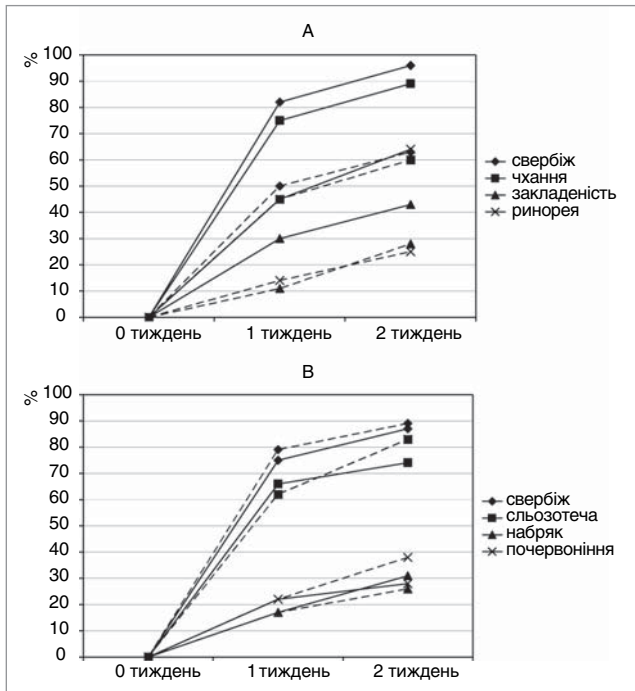


Рис. 2. Динаміка назальних (А) і очних симптомів (В) в основній (суцільна лінія) та контрольній (строката лінія) групах

Таблиця 2

**Коефіцієнти кореляції між назальними і очними симптомами в основній і контрольній групах**

Назальні/Очні	Свербіж	Сльозотеча	Почервоніння	Набряк
Свербіж	0,79*	0,67**	0,58**	0,24
Чханьня	0,72*	0,82**	0,34	0,29
Ринорея	0,64**	0,47**	0,30	0,34
Закладеність	0,32	0,27	0,33	0,17
Свербіж	0,77*	0,65**	0,56**	0,27
Чханьня	0,73*	0,79*	0,28	0,20
Ринорея	0,62**	0,50**	0,32	0,35
Закладеність	0,30	0,25	0,36	0,22

Примітка: \*достовірність коефіцієнта кореляції 0,001<p<0,01; \*\*0,01<p<0,05.

чханьня (75% і 89%) на першому і другому тижні відповідно. Деяко меншими були зміни виділень із носа (45% і 64%) й найменші – при назальній обструкції (30% і 43%). Хворі, що отримували кромоглікат натрію, відмічали послаблення свербежу у носовій порожнині на 50% і 63%, чханьня – на 45% і 60%, ринореї – на 14% і 25%, закладеності носа – на 11% і 28% протягом першого і другого тижнів відповідно. Зауважимо, що різниця між групами сягала достовірних значень за усіма переліченими симптомами (p<0,05).

Серед очних симптомів у групі левоцетиризину найбільшу ефективність відмічено щодо свербежу (75% і 87%) і сльозотечі (66% і 74%) на першому і другому тижні відповідно. Значно меншими були зміни набрякості очей (17% і 31%) і почервоніння (22% і 28%). Хворі, які додатково отримували очні краплі кромоглікату натрію, відмічали послаблення свербежу на 79% і 89%, сльозотечі – на 62% і 83%, набрякості – на 17% і 26%, гіперемії очей – на 22% і 38% протягом першого і другого тижнів відповідно. Різниця між групами не сягала достовірних значень за жодним із перелічених симптомів (p>0,05).

З огляду на тісний зв'язок між АР і алергічним кон'юнктивітом, з одного боку, та дискутабельністю вжи-

ванням системних або місцевих антиалергічних препаратів – з іншого, нами було проведено аналіз «системності» уражень при АР – сили зв'язку назальних та очних симптомів (табл. 2). Кореляційний аналіз виявив сильні достовірні зв'язки між такими симптомами з боку носа та очей, як свербіж, чханьня, сльозотеча (p<0,01), і деяко слабші до недостовірних для ринореї, закладеності носа, набряку і почервоніння очей. Отже, вказані кореляції свідчать про більшу доцільність «системної» терапії, ніж локальної.

На початку дослідження спостерігалось незначне і недостовірне переважання гіршої якості життя у дітей, які отримували місцеву форму кромоглікату натрію, як за окремими показниками, так і за загальною оцінкою (табл. 3). Наприкінці другого тижня лікування у пацієнтів основної групи достовірно покращився згаданий показник за активністю дитини, якістю сну, назальними/очними та супутніми симптомами, успішністю. Недостовірної зміни, порівняно

із групою кромоглікату натрію, сягнув лише показник емоційного стану ( $p=0,15$ ).

Для визначення прогностичних ознак ефективності левоцетиризину при АР ми проаналізували деякі його клінічні характеристики (табл. 4). Виявлено, що тривалість захворювання до або понад два роки не впливала на ефективність лікування АР. Іншими незначущими його характеристиками були наявність супутнього алергічного кон'юнктивіту, алергічного синуситу або сезонного риніту. Ефективність цетиризину була достовірно високою, як у групі пацієнтів із легким персистуючим перебігом, так і серед дітей, що страждали на середньоважкий інтермітуючий АР.

Більша ефективність левоцетиризину проявлялась й у меншому вживанні симптоматичних препаратів. Зокрема протягом двох тижнів лікування 13% ( $n=4$ ) дітей основної і 25% ( $n=8$ ) контрольної групи були вимушені вживати назальні судинозвужувальні препарати ( $p<0,05$ ). Частота впорскування останніх також достовірно відрізнялась —  $3,2\pm 1,2$  і  $7,5\pm 3,4$  у групі левоцетиризину і кромоглікату натрію відповідно. Протягом лікування в обох групах не виявлено небажаних ефектів застосовуваних препаратів.

Наше відкрите контрольоване дослідження свідчить про переваги перорального використання левоцетиризину порівняно із місцевими формами кромоглікату натрію при легкому персистуючому або середньоважкому інтермітуючому АР у дітей. Переваги системних антигістамінних препаратів над кромонами наведені у міжнародному консенсусі ARIA [3]. Зокрема вказується, що у купіруванні чхання, впливі на ринорею, свербіж блокатори гістаміну утричі ефективніші від кромонів, а за впливом на очні симптоми вони мають однакову помірну дію. Ані кромони, ані антигістамінні препарати не мають впливу на назальну обструкцію або цей вплив не має клінічного значення.

У представленому дослідженні левоцетиризин був майже удвічі ефективнішим за назальну форму кромоглікату натрію на першому тижні лікування, дещо менша різниця спостерігалась на другому тижні, але виразність очних симптомів не мала відмінностей, що концептуально збігається із наявними літературними даними [3]. Дещо менша відмінність між основною та контрольною групами на другому тижні лікування також може бути пов'язана з повільнішим розвитком дії кромоглікату натрію. Згідно з рядом досліджень, препарат мав маргінальну активність при алергічних захворюваннях, з одного боку, та ефект, що повільно розвивається, з іншого [5]. Це може пояснюватись тим, що у дітей біодоступність місцевих препаратів є знач-

но меншою внаслідок вузьких носових ходів і меншої кооперації під час введення препарату. Іншою проблемою під час вживання кромонів місцевої дії є необхідність частого їх введення, що впливає на виконавчу дисципліну. У нашому дослідженні 38% ( $n=12$ ) дітей контрольної групи або їхні батьки відмічали «проблематичність» регулярного 4-разового впорскування кромоглікату натрію в носову порожнину і, додатково, на кон'юнктиву очей, особливо під час відвідування школи. В основній групі такі скарги не зустрічались у жодного пацієнта ( $p<0,001$ ). Натомість 77% ( $n=23$ ) сімей групи левоцетиризину сповістили про зручність одноразового прийому препарату ( $p<0,001$ ). Внаслідок цього в контрольній групі 16% ( $n=5$ ) дітей у середньому недоотримали більше 95% курсової дози, тоді як в основній — лише 7% ( $n=2$ ) ( $p<0,001$ ).

Клінічна значущість ефектів левоцетиризину відбилась й на якості життя дітей. Причому статистично достовірної зміни зазнали усі основні складові показника, крім емоційного стану, який, очевидно, залежить від мікросоціальних, а не від клінічних, показників. Зменшення симптоматичних проявів на тлі лікування та добрий профіль безпечності дають підстави рекомендувати терапію із використанням пероральної форми левоцетиризину як пріоритетної у схемі лікування легкого персистуючого або середньоважкого інтермітуючого АР у дітей.

### Висновки

1. Пероральна форма левоцетиризину сиропу (L-цет) на 28% і на 29% ( $p<0,05$ ) перевищує ефективність назальної форми кромоглікату натрію при лікуванні легкого персистуючого або середньоважкого інтермітуючого АР у дітей на першому і другому тижнях лікування.
2. Левоцетиризин однаково активний на першому і другому тижнях лікування, як офтальмологічна форма кромоглікату натрію ( $-45\%$  vs  $-45\%$  та  $-55\%$  vs  $-59\%$  відповідно,  $p>0,05$ ).
3. Одноразове вживання левоцетиризину сиропу на 38% збільшує виконавчу дисципліну порівняно із 4-разовим введенням назальної та очної форми кромоглікату натрію.
4. Левоцетиризин на 46% покращує якість життя дітей із цілорічним АР порівняно із місцевими формами кромоглікату натрію ( $p<0,05$ ).
5. Пероральна форма левоцетиризину сиропу є референтною при використанні у дітей із легким персистуючим або інтермітуючим цілорічним АР.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Prevalence of allergic rhinitis in the United States / Nathan R. A., Meltzer E. O., Selner J. C. [et al.] // J. Allergy. Clin. Immunol. — 1997. — Vol. 99. — P. 808—14.
2. Sea-sonal allergic rhinitis and antihistamine effects on children' learning / Vuurman E. R., Van Veggel L. M., Uiterwijk M. M. [et al.] // Ann. Allergy. — 1993. — Vol. 71. — P. 121—6.
3. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma / J. Bousquet, P. Van Cauwenberge, N. Khaltaev // J. Allergy. Clin. Immunol. — 2001. — Vol. 108 (Suppl. 5). — P. 147—334.
4. Validation of the standardized version of the rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire / Juniper E. F., Thompson A. K., Ferrie P. J., Roberts J. N. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1999. — Vol. 104. — P. 364—369.
5. Greiner A. N. Overview of the treatment of allergic rhinitis and nonallergic rhinopathy / A. N. Greiner, E. O. Meltzer // Proc. Am. Thorac. Soc. — 2011. — Vol. 8 (1). — P. 121—131.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ***С.Л. Няньковский<sup>1</sup>, С.В. Герасимов<sup>1</sup>, Л.Б. Секретарь<sup>1</sup>, А.В. Возняк<sup>1</sup>, О.Р. Садова<sup>1</sup>, Н.Е. Громик<sup>2</sup>*<sup>1</sup> Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Украина<sup>2</sup> Коммунальная поликлиника №4 г. Львова**Цель:** оптимизация лечения аллергического ринита (АР) у детей.**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие дети в возрасте 6–12 лет, имевшие проявления интермиттирующего среднетяжелого или персистирующего легкого АР в течение последних 12 месяцев. Симптомы заболевания оценивались родителями/пациентами по 4-балльной шкале: «0» — нет симптома, «1» — незначительный симптом, «2» — умеренный симптом, «3» — сильно выраженный симптом и заносились в специальный дневник; общую активность заболевания определяли как сумму всех баллов за неделю. Детям основной группы назначали сироп левоцетиризина (Л-цет) в дозе 10 мг ежедневно в течение четырех недель. Дети контрольной группы получали четыре раза в день кромогликат натрия в форме назального спрея и, по необходимости, глазных капель.**Результаты.** В конце первой недели лечения левоцетиризином общая выраженность назальных симптомов уменьшилась более чем вдвое, в то время как при применении кромогликата натрия — на 30%, разница между группами составила 18% ( $p < 0.05$ ). Несколько меньшая разница наблюдалась на второй неделе, но выраженность глазных симптомов не имела различий, что концептуально совпадает с литературными данными. Небольшие отличия между группами на второй неделе лечения также могут быть связаны с более медленным развитием действия кромогликата натрия.**Выводы.** Пероральная форма левоцетиризина (Л-цет) превышает эффективность назальной формы кромогликата натрия при лечении легкого персистирующего или среднетяжелого интермиттирующего АР у детей. Высокая эффективность, хороший профиль безопасности, удобный режим приема позволяют рекомендовать левоцетиризин в схеме лечения данных форм АР у детей.**Ключевые слова:** аллергический ринит, антигистаминные препараты, левоцетиризин.**THE EFFECTIVENESS OF LEVOCETIRIZINE IN ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN***S.L. Nyan'kovskiy<sup>1</sup>, S.V. Gerasimov<sup>1</sup>, L.B. Sekretar<sup>1</sup>, A.V. Voznyak<sup>1</sup>, O.R. Sadova<sup>1</sup>, N.E. Gromik<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Danylo Galatskyi Lviv National Medical University, Ukraine<sup>2</sup>Communal clinic № 4 in Lviv**Objective:** To optimize the treatment of allergic rhinitis (AR) in children.**Patients and methods.** In the study took part children in the age of 6–12 years who had moderate manifestations of intermittent moderate or persistent mild AR during the last 12 months. Symptoms of disease were assessed by parents / patients by 4-point scale: «0» — no symptoms, «1» — a slight symptom, «2» — moderate symptoms, «3» — strongly pronounced symptom and entered in the special journal; the overall disease activity was determined as the sum of total points for a week. Children from the main group had received levocetirizine (L-zet) syrup at a dose of 10 mg daily during four weeks. Children of the control group had received cromolyn sodium four times per day in the form of nasal spray, and if necessary, in the form of eye drops.**Results.** In the end of the first week of treatment with levocetirizine total nasal symptom severity decreased by more than half, while with the use of sodium cromoglycate — on 30%, the difference between the two groups was 18% ( $p < 0.05$ ). Several smaller differences were observed in the second week, but the severity of ocular symptoms did not have a difference that is conceptually consist with published data. Small differences between the groups at the second week of treatment may also be associated with slower development of sodium cromoglycate action.**Conclusions.** Levocetirizine (L-zet) oral form increases the effectiveness of nasal form of sodium cromoglycate during the treatment of persistent mild or intermittent moderate AR in children. High efficiency, good safety profile and convenient mode of reception allow recommending levocetirizine in the treatment schemes of these forms of AR in children.**Key words:** allergic rhinitis, antihistamines, levocetirizine.