

УДК 616.248+616.211-002-08:615.218

Т.Р. Уманець, В.Ф. Лапшин, С.Ю. Матвеева, О.І. Пустовалова
Алергічний риніт і бронхіальна астма у дітей:
оцінка ефективності левоцетиризину

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.3(75):85-89; doi10.15574/SP.2016.75.85

Метою дослідження було вивчення ефективності та безпеки застосування препарату Цетрилев у дітей з алергічним ринітом (АР) і бронхіальною астмою (БА).

Матеріал і методи. Обстежено 60 дітей у віці 6–14 років з АР, поєднаним з БА. Всі діти методом рандомізації були розділені на дві групи: основну (32 дітей) і групу порівняння (29 дітей). Дітям основної групи на тлі базисної терапії призначався Цетрилев («Євро Лайфкер ЛТД») в режимі дозування 1 таблетка (5 мг) на добу протягом 4 тижнів. Діти групи порівняння отримували тільки базисну терапію. Для базисної терапії БА легкого перебігу застосовувався монте-лукаст 5 мг ввечері 1 раз на добу. Для оцінки ефективності всім дітям проведена бальна оцінка симптомів АР і БА, спірометрія, риноцитограма, тест астма-контроль.

Результати. Доведено, що включення препарату Цетрилев в терапію дітей з АР, поєднаним з БА, мало позитивний терапевтичний ефект на симптоми як риніту, так і БА. У дітей основної групи спостігалась достовірна регресія симптомів АР, зменшення запальних змін у слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів, покращення показників функції зовнішнього дихання.

Висновки. Терапевтичний ефект препарату Цетрилев пов'язаний з антиалергічним і протизапальним ефектами. Відсутність побічних реакцій, хороша переносимість даного препарату дозволяють рекомендувати його для лікування АР у дітей шкільного віку з БА.

Ключові слова: алергічний риніт, бронхіальна астма, лікування, левоцетиризин.

Сьогодні алергічні захворювання становлять глобальну загальносвітову проблему, з якою пов'язані значні медико-соціальні та економічні втрати. Алергічні реакції реєструються у понад 50% населення Європи, з них понад 30% становлять діти. При цьому більш ніж у 10% дитячої популяції мають місце клінічні симптоми алергічного захворювання: 5–10% страждають на бронхіальну астму (БА), 1–3% — на atopічний дерматит (АД), 20–40% — на алергічний риніт (АР)[1,3–7]. За даними офіційної статистики МОЗ України за 2015 рік, поширеність БА у дітей становить 0,49%, АР — 0,50 %, АД — 0,83 %. Це свідчить про проблему гіподіагностики даних захворювань у нашій країні.

За даними епідеміологічних досліджень, 15–40% пацієнтів з АР страждають на БА, в свою чергу, 76–80% хворих з БА мають АР. Взаємозв'язок цих двох нозологій пояснюється єдиним морфологічним субстратом (верхні і нижні дихальні шляхи), загальними тригерами і патогенетичними механізмами. Останнім часом серед науковців всього світу обговорюється так звана «теорія єдиних дихальних шляхів», а АР вважається важливим фактором ризику формування БА [2,3,8,9]. Наявність супутнього АР у дітей суттєво впливає на тяжкість перебігу БА, рівень її контролю, та значно погіршує якість життя хворих дітей [3,9].

Враховуючи важливість у патогенезі ранньої фази алергічного запалення при АР і БА такого спільного медіатора запалення, як гістамін, патогенетично обґрунтованим є застосування антигістамінних препаратів (АГП).

Згідно з існуючими національними та міжнародними рекомендаціями з лікування АР у дітей, АГП нової генерації, до якої відносяться левоцетиризин, є препаратами першого вибору переважно при легкому перебігу та сезонному АР (полінозі) [3]. Слід зазначити, що неседативні АГП не протипоказані за наявності БА у дітей з АР. Літературні дані свідчать, що АГП зменшують постнавантажувальний бронхоспазм, впливають на симптом кашлю у дітей з легким перебігом пилкової БА і сезонного АР. Крім того, враховуючи роль риновірусної інфекції в загострен-

ні БА у дітей і властивість левоцетиризину гальмувати індуковану риновірусом експресію цитокинів, ICAM-1 і вірусну реплікацію в епітеліальних клітинах дихальних шляхів, призначення даного препарату може бути обґрунтованим для терапевтичного контролю вірус-індукованих загострень БА.

Левоцетиризин є селективним блокатором H₁-гістамінових рецепторів, активним енантіомером цетиризину, конкурентним антагоністом гістаміну. Препарат впливає на гістамінозалежну стадію алергічних реакцій, зменшує проникність судин і міграцію еозинофілів, обмежує вивільнення медіаторів запалення, завдяки чому попереджує розвиток і значно полегшує перебіг алергічних реакцій, усуває ексудацію і свербіж. Левоцетиризин практично не чинить антихолінергічної та антисеротонінової дії, не проникає через гематоенцефалічний бар'єр. У терапевтичних дозах майже не виявляє седативного ефекту.

Левоцетиризин, як представник останнього покоління блокаторів H₁-гістамінових рецепторів, демонструє оптимальні фармакодинамічні та фармакокінетичні характеристики: після внутрішнього застосування одноразової дози ефект препарату розвивається через 12 хвилин і триває протягом 24 годин; швидко всмоктується при внутрішньому застосуванні, одночасне приймання їжі не знижує швидкість абсорбції; має високу біодоступність, низький потенціал лікарської взаємодії та відсутність впливу на когнітивне, психомоторне функціонування, роботу серцево-судинної системи, що розширює можливості його застосування в педіатричній практиці з 6 місяців.

Незважаючи на існуючі дані щодо ефективності та безпеки застосування левоцетиризину в лікуванні АР у дітей, до теперішнього часу дослідження з вивчення ефективності та безпечності даного препарату у дітей з БА, поєднаною з АР, є поодинокими.

Мета дослідження — вивчення ефективності та безпеки застосування препарату Цетрилев у дітей з АР, поєднаним з БА.

Матеріал і методи дослідження

Таблиця 1

Під спостереженням дослідників перебувало 60 дітей віком 6–14 років із персистою алергічним ринітом, поєднаним із БА.

Критерії включення пацієнтів у дослідження: наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; діти відповідного віку з БА легкого перебігу; з симптомами персистоючого АР (сезонного); тривалістю БА і АР не менше 1 року; наявність симптомів АР за бальною міжнародною шкалою TSS (Total Symptoms Score) ≥ 6 балів.

У клінічне дослідження не включали дітей, які мали: симптоми гострої респіраторної інфекції (ГРІ) протягом 4 тижнів до початку лікування та в період лікувального періоду; деформації носової перетинки, будь-які аномалії ЛОР-органів, аденоїдні вегетації 2–3-го ступеня (з порушенням носового дихання); клінічно значущу тяжку патологію, що може впливати на всмоктування, метаболізм і виведення препарату.

Усіх дітей методом рандомізації було розподілено на дві групи: основну (32 особи) та групу порівняння (29 осіб). Дітям основної групи на фоні базисної терапії призначали Цетрилев («Євро Лайфкер ЛТД») в режимі дозування 1 таблетка (5 мг) на добу протягом 4 тижнів. Діти групи порівняння отримували лише базисну терапію. Як базисну терапію БА легкого перебігу застосовували монтелукаст 5 мг ввечері 1 раз на добу.

Для оцінки клінічної ефективності та безпеки застосування Цетрилеву було розроблено спеціальну карту, яку заповнювали на кожного хворого із зазначенням основних симптомів БА і АР, даних об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження з внесенням даних у динаміці захворювання на початку та після лікування.

Усім дітям ретельно збирали алергологічний анамнез за допомогою анкетування батьків, вивчали медичну документацію, проводили обов'язковий огляд у дитячого отоларинголога, за необхідності — консультації інших вузьких спеціалістів, враховували ефективність попереднього лікування.

Критерії ефективності проведеного лікування: динаміка основних клінічних симптомів АР (ринорея, закладеність носа, назальний свербіж, чхання, очні симптоми) та симптомів БА (денних, нічних, потреба у бронхолітиках), динаміка кількості еозинофілів клітинного складу мазка-відбитка зі слизової оболонки носа, спірометричних показників та показників астма-контроль тесту (АСТ).

Клінічні симптоми АР були ранжовані залежно від інтенсивності прояву (відсутні — 0, легкі — 1, середньої тяжкості — 2, тяжкі — 3) з обчисленням загальної суми балів відповідно до міжнародної бальної оцінки TSS, а також із застосуванням візуальної аналогової шкали (VAS).

Мазок-відбиток зі слизової оболонки носа отримували шляхом забору слизу з нижнього носового ходу скляною паличкою, обгорнутою стерильним ватним тампоном. Отриманий слиз наносили на предметне скло, його висушували, забарвлювали за Романовським—Гімзе і підраховували відсоткове співвідношення клітинних елементів на 100 несквамозних клітин у полі зору за допомогою імєрсійної мікроскопії.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводили на комп'ютерному спірографі MicroGuark № 10603172 з визначенням загальноприйнятих статичних (легеневі об'єми) та функціональних показників легеневої вентиляції: життєва ємність легень (ЖЄЛ), форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), пікова об'ємна швидкість

Динаміка клінічних симптомів у обстежених дітей на фоні лікування, M \pm SD

Показник	Основна група (n=32)	Порівняльна група (n=28)
Денні симптоми БА:		
— до лікування	5,4 \pm 3,2	5,5 \pm 3,7
— після 4 тижнів	1,7 \pm 1,4*	2,5 \pm 2,4**,**
Нічні симптоми БА:		
— до лікування	1,8 \pm 1,2	1,9 \pm 1,1
— після 4 тижнів	0,7 \pm 0,4*	1,8 \pm 0,4**
Потреба у сальбутамолі, кількість вдихів:		
— до лікування	1,5 \pm 3,5	1,5 \pm 3,1
— після 4 тижнів	0,2 \pm 0,5*	1,1 \pm 2,4*
Симптоми АР за а) шкалою TSS:		
— до лікування	8,75 \pm 2,01	8,50 \pm 1,90
— після 4 тижнів	2,50 \pm 1,05*	5,50 \pm 1,65**
б) шкалою VAS:		
— до лікування	6,50 \pm 1,05	5,80 \pm 1,00
— після лікування	0,50 \pm 0,05*	4,50 \pm 0,50**

Примітки: * — різниця між показниками дітей груп спостереження до і після лікування за критерієм Вілкоксона вірогідна ($p < 0,05$); ** — різниця між показниками дітей основної та групи порівняння за критерієм Вілкоксона вірогідна ($p < 0,05$).

видиху (ПОШВ) та ін. Показник ОФВ₁/ФЖЄЛ як спірометричний критерій ефективності лікування оцінено в динаміці лікування.

Рівень контрольованості БА реєстрували за допомогою адаптованого міжнародного опитувальника АСТ.

Для оцінки безпеки застосування препарату Цетрилев автори враховували всі небажані явища, дані 12-канальної ЕКГ, а також контроль лабораторних досліджень (гемограми, біохімічних показників крові).

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм «IBM SPSS Statistics 19.0», «Microsoft Office Excel 2010». Описову статистику подавали у вигляді середнього арифметичного та стандартного відхилення — M \pm SD. Для визначення зміни параметра від вихідного застосовували тест ANOVA. За нормального розподілу показників для порівняння середніх значень у непов'язаних групах застосовували критерій Ст'юдента. Якщо параметр мав ненормальний розподіл, порівняння проводили за тестом Манна—Уїтні—Вілкоксона.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених переважали діти молодшого шкільного віку (71,6%), чоловічої статі (61,7%). Середній вік досліджуваних становив 8,5 \pm 2,5 року. Згідно з анамнестичними даними, у 2/3 обстежених дітей з АР бронхіальна астма формувалася за «варіантом алергічного маршруту», коли початком прогресування алергічного процесу був atopічний дерматит та/або АР. Формування БА у дітей з АР характеризувалося початком симптомів АР у (2,5 \pm 0,5) року, першими проявами БА у (4,2 \pm 0,1) року та віком діагностики БА в (5,0 \pm 0,1) року.

Встановлено, що особливостями регіонального спектра причинно-значущих алергенів для обстежених дітей, які мешкають в м. Києві та Київській області, була полісенсibiлізація пилком алергенів дерев (берези) в поєднанні з побутовою алергією (71,6% дітей). У 31,7% дітей спостерігався оральний алергічний синдром як прояв перекресної харчової алергії при споживанні яблук, горіхів, персика.

У ході проведених досліджень доведено, що включення препарату Цетрилев у терапію дітей з АР і БА мало позитивний терапевтичний ефект на симптоми як риніту,

Нова
лікарська
форма
для дітей від
6 місяців



Алергію, наче лев, подолає ЦЕТРИЛЕВ

Цетрилев гарантує:

Швидкість: початок дії через 12 хвилин*

Могутність: усуває різні прояви алергії

Безпеку: сироп дозволено дітям від 6 місяців

Склад: діюча речовина: левоцетиризин; 5 мл сиропу містять левоцетиризину дигідрохлориду 2,5 мг. **Лікарська форма.** Сироп. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Похідні піперазину. Код АТХ R06A E09. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного риніту (у тому числі цілорічного алергічного риніту) та кропив'янки. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до левоцетиризину або до будь-якого іншого компонента препарату або до будь-яких похідних піперазину. Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну < 10 мл/хв). **Спосіб застосування та дози.** Препарат призначати дорослим та дітям віком від 6 місяців внутрішньо, незалежно від прийому їжі. Рекомендовані дози: немовлята віком від 6 до 12 місяців – 1,25 мг (2,5 мл) 1 раз на добу; діти віком від 1 до 6 років – 2,5 мг; вказану дозу застосовують по 1,25 мг (2,5 мл) 2 рази на добу; діти віком від 6 до 12 років – 5 мг (10 мл) препарату на добу; діти віком від 12 років та дорослі – 5 мг (10 мл) 1 раз на добу. **Термін придатності.** 2 роки. Після відкриття флакона використати протягом 3 місяців. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 30 °С. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 30 мл сиропу у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній коробці. **Категорія відпуску.** Без рецепта.

* У 50 % хворих на препарат розвивається через 12 хвилин після прийому одноразової дози, а у 95 % – через 0,5-1 годину.
РП ДМОЗ України, № ЦЛ/90709/02/01. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація про застосування та повний перелік протипоказань і побічних реакцій міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Таблиця 2

Динаміка показників ФЗД у обстежених дітей на фоні лікування

Спірометричний показник, % від належного	Основна група (n=32)		Порівняльна група (n=28)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ФЖЄЛ	88,1±1,1	120,6±1,5	87,9±1,2	107,8±1,2
ОФВ ₁	86,2±1,7	110,5±1,6	85,9±1,5	101,4±1,3
ОФВ ₁ , % ЖЄЛ	87,4±1,4	110,9±1,5**	86,5±1,3	98,8±1,3
Показник пікфлоуметрії, л/хв	198,0±73,0	250,0±70,0*,**	196,0±75,0	208,0±72,0*

Примітки: * – різниця між показниками дітей в групі до і після лікування за критерієм Вілкоксона вірогідна (p<0,05); ** – різниця між показниками дітей основної та групи порівняння за критерієм Вілкоксона вірогідна (p<0,05).

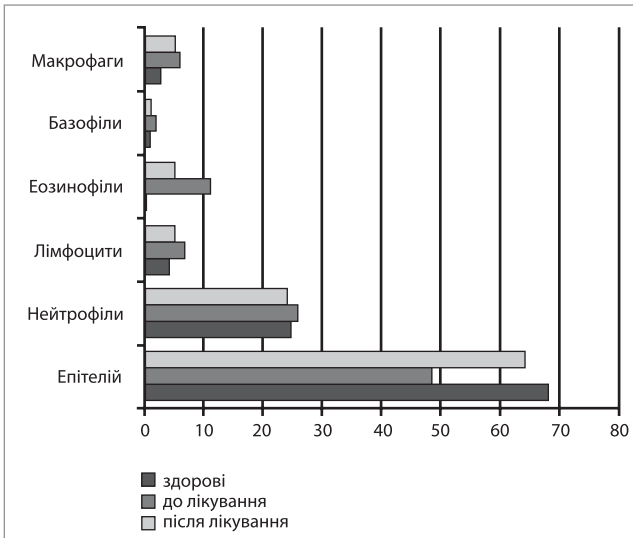


Рис. 1. Динаміка змін клітинних елементів у мазку-відбитку зі слизової оболонки носа дітей основної групи на фоні лікування

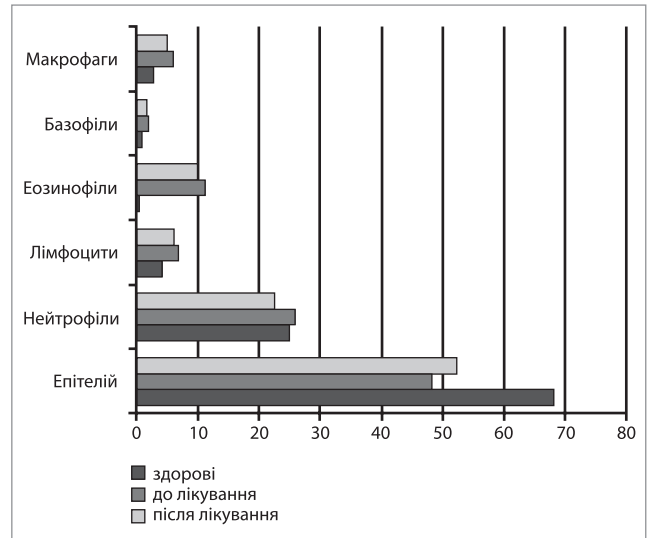


Рис. 2. Динаміка змін клітинних елементів у мазку-відбитку зі слизової оболонки носа дітей групи порівняння на фоні лікування

так і БА. У таблиці 1 представлено динаміку клінічної симптоматики обстежених дітей на фоні лікування.

Як видно з представлених даних, у дітей основної групи, які отримували комбіновану терапію із включенням АГП Цетрилев, відмічалася вірогідна регресія симптомів АР, що підтверджувалося зменшенням кількості балів за обома шкалами. У дітей групи порівняння відмічена лише тенденція до зменшення симптомів риніту, переважно за рахунок такого симптому, як закладеність носу, і збереження інших симптомів, зокрема чхання і помірної ринореї. Збереження симптому кашлю у дітей групи порівняння було пов'язане з постназальним стіканням назального слизу, особливо в нічний час і вранці, що впливало на показники денних та нічних симптомів БА.

Відповідно до позитивної клінічної динаміки відбувалося суттєве покращання спірометричних даних в обох групах, але більш виражене у дітей основної групи (табл. 2).

Так, у дітей основної групи реєструвалося вірогідне покращання показника ОФВ₁ % ЖЄЛ та суттєвий приріст показника пікфлоуметрії, що клінічно супроводжувалося ефективним контролем БА. При досягненні контролю над симптомами БА в обох групах вищі показники АСТ відмічалися у дітей основної групи – (17,3±1,6) бали до лікування та (25,3±3,6) бали – після лікування; відповідно у дітей групи порівняння – (17,1±1,9) бали до лікування та (19,1±1,5) бали після лікування.

Протизапальний вплив проведеного лікування було підтверджено цитологічними дослідженнями (рис. 1,2). Вивчення клітинного складу мазків-відбитків слизової оболонки носа у обстежених дітей показало наявність виразних запальних змін верхніх дихальних шляхів та їх

вірогідне зменшення після лікування лише у дітей основної групи.

Згідно з отриманими даними, у дітей з АР і БА серед клітинних популяцій у риноцитогамі спостерігається перевага еозинофілів, лімфоцитів, макрофагів та базофілів. Підвищення кількості еозинофілів, як головних ефektorних клітин алергічного запалення, свідчить про їх участь у запальному процесі верхніх дихальних шляхів. На фоні лікування із застосуванням препарату Цетрилев у дітей основної групи вірогідно зменшувалася кількість еозинофілів та реєструвалося відновлення назального епітелію. У дітей групи порівняння відмічалася лише тенденція до покращання вищезазначених показників.

Моніторинг клініко-біохімічних показників електрокардіограми на фоні лікування препаратом Цетрилев у досліджуваних дітей не виявив достовірно значущих побічних реакцій, що свідчить про добру його переносимість.

Висновки

Таким чином, проведені дослідження з клінічної ефективності препарату Цетрилев у дітей з АР, поєднаним з БА, свідчать про його високу терапевтичну ефективність і добру переносимість. Застосування препарату Цетрилев для корекції симптомів АР у дітей з БА сприяє ефективному контролю не тільки основних клінічних симптомів АР, а й БА, що супроводжується зменшенням запальних змін у слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів, покращанням показників функції зовнішнього дихання. Терапевтичний ефект препарату Цетрилев пов'язаний з антиалергічним та протизапальним фармакологічними

эффектами. Відсутність побічних реакцій, добра переносимість даного препарату дозволяють рекомендувати його для лікування АР у дітей шкільного віку з БА. Дитяча

форма препарату Цетрилев (нова форма випуску) розширює віковий діапазон застосування левоцетиризину у дітей з алергічними захворюваннями з 6-місячного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю.Г. Клінічні настанови з діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей / Ю. Г. Антипкін, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець // Здоров'я України. — 2010. — № 3 (14). — С. 39—41.
2. Романюк Л.И. Аллергический ринит как коморбидное состояние бронхиальной астмы / Л. И. Романюк // Астма та алергія. — 2013. — № 2. — С. 62—65.
3. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision / J. L. Brozek, J. Bousquet, C. E. Baena-Cagnani [et al] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2010. — Vol. 126. — P. 466—76
4. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of health. National Heart, lung and Blood Institute. Revised 2016. — Электронний режим доступу: <http://www.ginasthma.org>.
5. Hansen T. E. Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985–2008 / T. E. Hansen, B. Evjenth, J. Holt // Foundation Acta Paediatrica. — 2013. — Vol. 102. — P. 47—52
6. Hedlin G. An update on paediatric asthma / G. Hedlin, J. Konradsen, A. Bush // Eur. Respir. Rev. — 2012. — Vol. 21 (125). — P. 175—185.
7. International consensus on (ICON) pediatric asthma / Papadopoulos N. G., Arakawa H., Carlsen K. H. [et al] // Allergy. — 2012. — Vol. 67, № 8. — P. 976—997.
8. Obimbo E. M. Allergic rhinitis and asthma — evidence for an association / E. M. Obimbo, M. E. Levin // Current Allergy & Clinical Immunology. — 2013. — Vol. 26, № 1. — P. 4—7.
9. Valovirta E. Managing Co-Morbid Asthma With Allergic Rhinitis: Targeting the One-Airway With Leukotriene Receptor Antagonists / E. Valovirta // WAO Journal. — 2012. — № 5. — P. 210—211.

Аллергический ринит и бронхиальная астма у детей: оценка эффективности левоцетиризина

Т. Р. Уманец, В. Ф. Лапшин, С. Ю. Матвеева, О. И. Пустовалова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Целью исследования было изучение эффективности и безопасности применения препарата Цетрилев у детей с аллергическим ринитом (АР) и бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы: Обследовано 60 детей в возрасте 6–14 лет с АР, сочетанным с БА. Все дети методом рандомизации были разделены на две группы: основную (32 детей) и группу сравнения (29 детей). Детям основной группы на фоне базисной терапии назначался Цетрилев («Евро Лайфкер ЛТД») в режиме дозирования 1 таблетка (5 мг) в сутки в течение 4 недель. Дети группы сравнения получали только базисную терапию. В качестве базисной терапии БА легкого течения применялся монтелукаст 5 мг вечером 1 раз в сутки. Для оценки эффективности всем детям проведена балльная оценка симптомов АР и БА, спирометрия, риноцитограмма, тест астма-контроль.

Результаты. Доказано, что включение препарата Цетрилев в терапию детей с АР, сочетанного с БА, оказало положительный терапевтический эффект на симптомы как ринита, так и БА. У детей основной группы отмечалась достоверная регрессия симптомов АР, уменьшение воспалительных изменений в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, улучшение показателей функции внешнего дыхания.

Выводы. Терапевтический эффект препарата Цетрилев связан с антиаллергическим и противовоспалительным эффектами. Отсутствие побочных реакций, хорошая переносимость данного препарата позволяют рекомендовать его для лечения АР у детей школьного возраста с БА.

Ключевые слова: аллергический ринит, бронхиальная астма, лечение, левоцетиризин.

Allergic rhinitis and asthma in children: evaluation of effectiveness of levocetirizine

T. R. Umanets, V. F. Lapshin, S. U. Matveeva, O. I. Pustovalova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine», Kiev, Ukraine

The aim of the study was to investigate the efficacy and safety of the drug Cetrilev for treatment children with allergic rhinitis and asthma.

Methods: 60 children aged 6–14 years with persistent allergic rhinitis and asthma were included in this study. All the children were divided into two groups: group 1 (32 children) and group 2 (29 children). Group 1 of children were given Cetrilev («Euro Lifecare LTD») in addition to the standard treatment, with a dosage of 1 tablet (5 mg) per day for 4 weeks. Children from the comparison group 2 received only the standard treatment. As a standard treatment of Asthma, Montelukast 5 mg was given once daily in the evening. To evaluate the effectiveness of all the children held a score of symptoms of allergic rhinitis and asthma, spirometry, nasal cytology, asthma control testing.

Results: The study have shown that the inclusion of the drug Cetrilev in therapy children with allergic rhinitis and asthma had a positive effect on symptoms such as rhinitis and asthma. Children of the group 1 had significant regression of symptoms of allergic rhinitis, reduction of inflammatory changes in the mucosa of the upper respiratory tract, improvement of lung function.

Conclusion: Therapeutic effect of the drug Cetrilev is associated with anti-allergic and anti-inflammatory effects. The absence of side effects, good tolerability of this drug can be recommended for its treatment of allergic rhinitis in children of school age with asthma.

Keywords: allergic rhinitis, asthma, treatment, levocetirizine.

Сведения об авторах:

Уманец Татьяна Рудольфовна — д.мед.н., глав. научный сотрудник ГУ «ИПАГ НАМН Украины», главный специалист МЗ Украины по специальности «Детская аллергология»
Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел: (+38 044) 483-90-94.

Лапшин Владимир Федорович — д.мед.н., проф., зам. директора по научно-лечебной работе ГУ «ИПАГ НАМН Украины», главный специалист МЗ Украины по специальности «Детская пульмонология». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел: (+38 044) 483-62-16.

Матвеева С.Ю. — ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Пустовалова О.И. — ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 25.03.2016 г.