



УДК 616.211-002-021.3-053.2+615.373

НЯНЬКОВСЬКИЙ С.Л., ГЕРАСИМОВ С.В., СЕКРЕТАР Л.Б., ВОЗНЯК А.В., САДОВА О.Р.  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького  
ГРОМИК Н.Є.  
Комунальна поліклініка № 4, м. Львів

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНУ ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ РИНИТІ В ДІТЕЙ

**Резюме.** Проблемі кращого лікування легкого персистуючого або помірно тяжкого інтермітуючого алергічного риніту присвячене дослідження, у якому взяли участь 62 дитини молодшого шкільного віку. Дітям призначали левоцетиризин перорально (5 мг/день) або назальну/очну форму кромоглікату натрію (20 мг/мл, 1–2 впорскування/краплі 4 рази на день) упродовж 2 тижнів. У кінці дослідження був зроблений висновок про те, що левоцетиризин на 1-му і 2-му тижні лікування був відповідно на 28 і 29 % ( $p < 0,05$ ) ефективнішим за кромоглікат натрію. Препарати були порівнянні щодо зменшення вираженості очних симптомів у дітей із супутнім кон'юнктивітом ( $-45$  vs  $-45$  % і  $-55$  vs  $-59$  % відповідно,  $p > 0,05$ ). При використанні левоцетиризину комплайєнс підвищувався на 38 %, якість життя — на 46 % ( $p < 0,05$ ) порівняно з натрію кромоглікатом. Автори дослідження дійшли висновку, що при лікуванні легкого персистуючого або помірно тяжкого інтермітуючого алергічного риніту в дітей перевагу слід надавати левоцетиризину.

### Вступ

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

Згідно з сучасними рекомендаціями ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma), виділяють 2 основні форми АР: інтермітуючий та персистуючий АР [3]. Інтермітуючий АР визначається як захворювання, при якому ринорея, назальна обструкція, свербіж носа, чхання спостерігаються 3 або менше рази на тиждень, тоді як персистуючий АР проявляється 4 або більше рази на тиждень. Алергічний риніт класифікують і за ступенем тяжкості: легкий або помірно тяжкий. Ознаками АР легкого ступеня тяжкості є нормальний сон, відсутність щоденної активності, відпочинку, нормальна успішність. При АР легкого ступеня тяжкості симптоми, навіть за їх наявності, не турбують хворого. Натомість при помірно тяжкому 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) антилейкотрієнових препаратів за умови наявності супутньої бронхіальної астми. Неперіоритетна терапія інтермітуючого помірно тяжкого (середньотяжкого) або персистуючого легкого АР включає вищенаведене та додатково передбачає можливість застосування інтраназальних глюкокортикостероїдів або кромонів. Найбільший рівень доказовості досягнуто в лікуванні помірно тяжкого персистуючого АР, при якому пріоритетним лікуванням є введення інтраназальних глюкокортикостероїдних гормонів із подальшим додаванням антигістамінних препаратів за наявності свербіжу носа/чхання, іпратропію — за наявності вираженої ринореї, назальних деконгестантів — при вираженому порушенні носового дихання. При цьому розглядається можливість збільшення дози глюкокортикоїдного гормону, але при ретельному виключенні інших причин риніту [3].

© Няньковський С.Л., Герасимов С.В., Секретар Л.Б., Возняк А.В., Садова О.Р., Громик Н.Є., 2013  
© «Здоров'я дитини», 2013  
© Заславський О.Ю., 2013

Отже, залишається проблематичним вибір пріоритетних засобів у лікуванні інтермітуючого помірно тяжкого або персистуючого легкого АР. В арсеналі лікарських середників наводяться пероральні антигістамінні препарати та інтраназальні форми кромоглікату натрію. Розв'язання даної проблеми було предметом нашого дослідження.

## Матеріали та методи

У дослідженні брали участь діти віком 6–12 років, які хворіли на інтермітуючий помірно тяжкий або персистуючий легкий АР протягом останніх 12 місяців. Пацієнти не включалися у дослідження за наявності бронхіальної астми, хронічного аденоїдиту, тонзиліту, аденонозилярної гіпертрофії, рецидивного синуситу, вазомоторного риніту, при плануванні або проведенні специфічної гіпосенсибілізації, тяжкому перебігу захворювання (порушення сну, денної активності, успішності у школі, виражені симптоми), необхідності в місцевій кортикостероїдній терапії. Критеріями виключення також були: наявність бронхіальної астми, вживання місцевих кортикостероїдів протягом 2 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 3 днів перед включенням.

Після попереднього відбору (початковий період) батькам/пацієнтам видавали щоденник симптомів алергічного риніту, що включав по 4 основні ознаки захворювання з боку носової порожнини (ринорея, назальна обструкція, свербіж у носовій порожнині та чхання) та очей (сльозотеча, свербіж, почервоніння, набряк), які оцінювались за 4-бальною шкалою: 0 — нема симптому, 1 — незначний симптом, 2 — помірний симптом, 3 — сильно виражений симптом. Протягом 0, 1 і 2-го тижня спостереження визначали сукупну активність захворювання як суму всіх балів за тиждень (4 назальних або очних симптомів • 3 бали • 7 днів = максимально по 42 бали відповідно).

Надалі дітям призначали сироп левоцетиризину 2,5 мг/мл (L-цет) у дозі 10 мг щоденно протягом 4 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, за наявності алергічного кон'юнктивіту — очні краплі кромоглікату натрію (20 мг/мл, по 1 краплі в кожне око 4 рази на день) за аналогічний період. За потребою протягом початкового періоду основного й контрольного лікування пацієнтам дозволяли використовувати назальні судинозвужувальні краплі.

Первинним критерієм ефективності лікування була зміна суми назальних та очних симптомів протягом 1-го і 2-го тижня лікування порівняно із —1-м тижнем скринінгового періоду. Вторинними критеріями ефективності служили зміна вираженості ринореї, назальної обструкції, свербіжу в носовій

порожнині, чхання, сльозотечі, свербіжу, почервоніння й набряку очей.

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

У роботі застосовано статистичний аналіз наміру лікуватись (*intent-to-treat* аналіз) усіх пацієнтів, які пройшли однотижневий курс лікування одним із препаратів та після цього мали хоча б один заповнений тижневий щоденник симптомів. У розрахунках вірогідності вважали, що левоцетиризин не менш дієвий порівняно з кромоглікатом натрію в межах 20% ефекту за первинним критерієм ефективності. Безперервні показники аналізувались за критерієм Стьюдента, непараметричні — за тестом Манна — Уїтні. Обробка статистичного матеріалу виконувалася за допомогою програми Statistica 5.

## Результати дослідження та обговорення

Усього в дослідження були включені по 34 пацієнти в кожену групу. В основній групі 2 пацієнти (6 %) вибули внаслідок захворювання на гостру респіраторну вірусну інфекцію, 1 (3 %) — унаслідок необхідності вживання місцевого глюкокортикостероїдного гормону, 1 (3 %) — унаслідок застосування системного деконгестанту. У групі порівняння 1 пацієнт (3 %) вибув унаслідок захворювання на гостру респіраторну вірусну інфекцію, 1 (3 %) — унаслідок вживання місцевого глюкокортикостероїдного гормону. Статистична різниця щодо вибуття хворих була невірогідною.

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

Переважаю більшість пацієнтів становили діти молодших класів із майже однаковим розподілом за статтю. Середня тривалість захворювання в обох групах — приблизно 4 роки. На момент обстеження у значного відсотка пацієнтів виявлено майже всі симптоми алергічного риніту. Серед хворих, які страждали від алергічного кон'юнктивіту, основними скаргами були свербіж, почервоніння очей, меншою мірою — набряк і сльозотеча.

Протягом лікування спостерігалася неоднакова динаміка зменшення симптомів в основній і контрольній групах (рис. 1).

Протягом основного та контрольного лікування спостерігалась позитивна динаміка симптомів захворювання (рис. 1).

Зокрема, наприкінці 1-го тижня лікування левоцетиризином загальна вираженість назальних

Таблиця 1. Демографічні та клінічні особливості досліджуваних дітей

Характеристика	Основна група (n = 30)	Контрольна група (n = 32)	P*
Вік, років	8,55 ± 1,80**	8,32 ± 1,40	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, років	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

Примітки: \* — різниця між основною і контрольною групами; \*\* — результати подані як середнє ± стандартне відхилення.

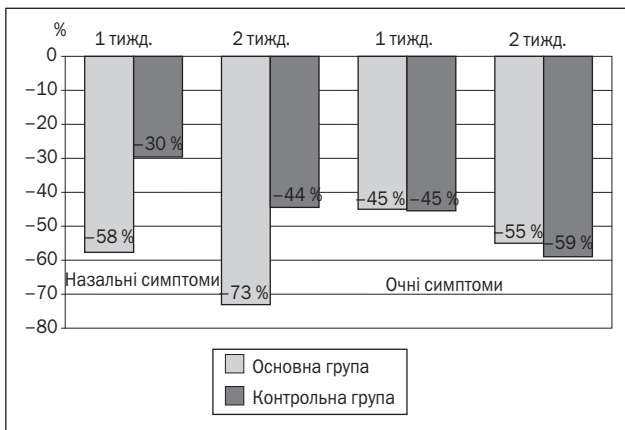


Рисунок 1. Відносна зміна назальних та очних симптомів у дітей основної та контрольної групи наприкінці 1-го та 2-го тижнів лікування

симптомів зменшилася більше ніж у 2 рази, тоді як при застосуванні кромоглікату натрію — на 30 %, різниця між групами становила 18 % ( $p < 0,05$ ). Упродовж 2-го тижня у дітей, які отримували основну та контрольну терапію, виявлено подальше послаблення проявів АР: порівняно з 1-м тижнем лікування інтенсивність захворювання зменшилася на 15 і 14 % відповідно ( $p < 0,05$ ), але різниця між групами була невірною.

Динаміка очних симптомів також була позитивною в обох групах. Протягом 1-го тижня інтенсивність проявів зменшилася на 45 %, протягом 2-го тижня — на 55 і 59 % в основній і контрольній групах відповідно. Різниця у 4 % між групами дітей, які отримували левоцетиризин перорально або очні краплі кромоглікату натрію, була невірною ( $p = 0,63$ ).

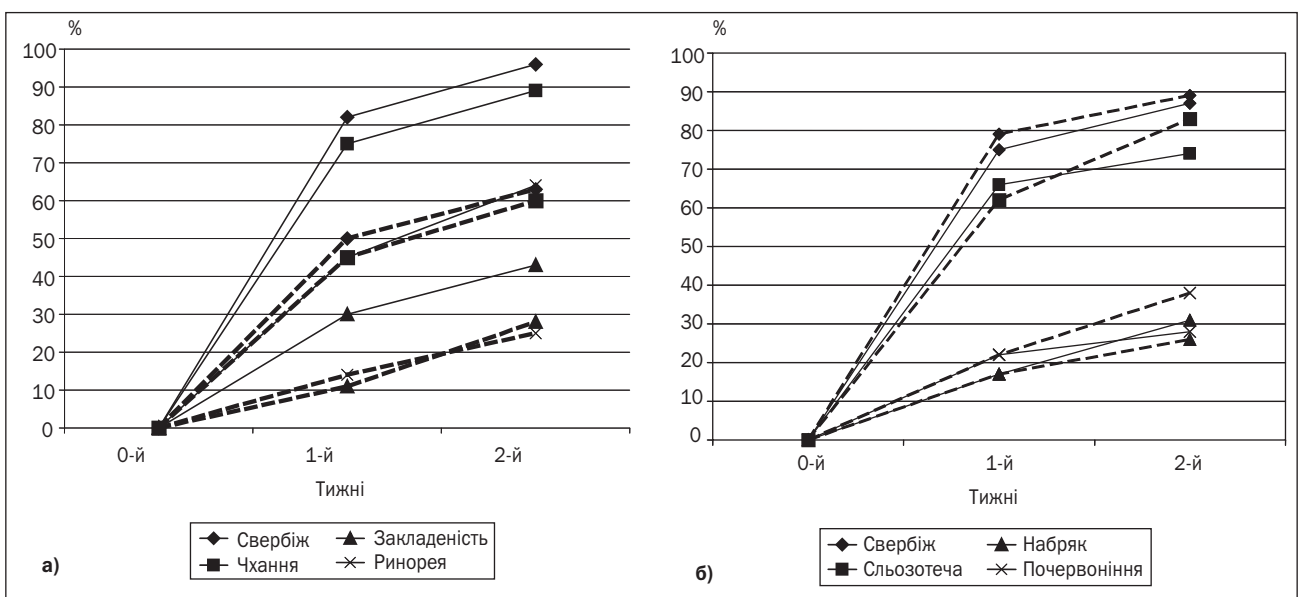


Рисунок 2. Динаміка назальних (а) і очних симптомів (б) в основній (суцільна лінія) та контрольній (пунктирна лінія) групах

Детальний аналіз складових назальних та очних симптомів виявив їх варіабельність залежно від типу отриманого лікування (рис. 2).

У групі левоцетиризину найбільшу ефективність препарату відзначено щодо свербіж (82 і 96 %) у носовій порожнині і чхання (75 і 89 %) на 1-му і 2-му тижні відповідно. Дещо меншими були зміни виділень із носа (45 і 64 %), найменші — при назальній обструкції (30 і 43 %). Хворі, які отримували кромоглікат натрію, відмічали ослаблення свербіж в носовій порожнині на 50 і 63 %, чхання — на 45 і 60 %, ринореї — на 14 і 25 %, закладеності носа — на 11 і 28 % протягом 1-го і 2-го тижнів відповідно. При цьому важливо підкреслити, що різниця між групами сягала вірогідних значень за всіма переліченими симптомами ( $p < 0,05$ ).

Серед очних симптомів у групі левоцетиризину найбільшу ефективність відмічено щодо свербіж (75 і 87 %) і сльозотечі (66 і 74 %) на 1-му і 2-му 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 ослаблення свербіж на 79 і 89 %, сльозотечі — на 62 і 83 %, набрякості — на 17 і 26 %, гіперемії очей — на 22 і 38 % протягом 1-го і 2-го тижнів відповідно. Різниця між групами не сягала вірогідних значень за жодним із перелічених симптомів ( $p > 0,05$ ).

З огляду на тісний зв'язок між АР й алергічним кон'юнктивітом та дискутабельність вживання системних або місцевих антиалергічних препаратів нами було проведено аналіз системності уражень при алергічному риніті: сили зв'язку назальних та очних симптомів (табл. 2).

Зокрема, кореляційний аналіз виявив сильні вірогідні зв'язки між симптомами з боку носа та очей, такими як свербіж, чхання, сльозотеча ( $p < 0,01$ ), дещо слабші, до невірогідних — для ринореї, закладеності носа, набряку й почервоніння очей. Отже, указані кореляції свідчать про більшу доцільність системної терапії порівняно з локальною.

На початку дослідження спостерігалось незначне і невірогідне погіршення якості життя в дітей,

які отримували місцеву форму кромоглікату натрію, як за окремими показниками, так і загальною оцінкою (табл. 3).

Наприкінці 2-го тижня лікування в пацієнтів основної групи вірогідно покращився згаданий показник активності дитини, якості сну, назальних/очних та супутніх симптомів, успішності. Невірогідно змінився порівняно із групою кромоглікату натрію 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 2 років або більше не впливала на ефективність лікування АР. Іншими незначущими його характеристиками були наявність супутнього алергічного кон'юнктивіту, алергічного синуситу або сезонного риніту. Ефективність левоцетиризину була вірогідно високою як у групі пацієнтів із легким персистуючим перебігом, так і серед дітей із помірно тяжким інтермітуючим АР.

Більша ефективність левоцетиризину проявлялась й у меншому застосуванні симптоматичних препаратів. Зокрема, протягом 2 тижнів лікування 13 % ( $n = 4$ ) дітей основної і 25 % ( $n = 8$ ) контрольної групи були вимушені вживати назальні судинозужувальні препарати ( $p < 0,05$ ). Частота впорскування останніх також вірогідно відрізнялась:  $3,2 \pm 1,2$  і  $7,5 \pm 3,4$  у групі левоцетиризину і кромоглікату натрію відповідно. Протягом лікування в основній та контрольній групах не виявлено небажаних ефектів, пов'язаних із проведенням лікуванням.

Наше відкрите контрольоване дослідження свідчить про переваги перорального використання левоцетиризину порівняно з місцевими формами кромоглікату натрію при легкому персистуючому або помірно тяжкому інтермітуючому АР у дітей. Переваги системних антигістамінних препаратів над кромонами наведені в міжнародному консенсусі ARIA [3]. Зокрема, вказується, що за впливом на чхання, ринорею, свербіж блокатори гістаміну у 3 рази ефективніші від кромонів, а вплив на очні

**Таблиця 2. Коефіцієнти кореляції між назальними й очними симптомами в основній і контрольній групах**

Назальні/очні	Свербіж	Сльозотеча	Почервоніння	Набряк
<i>Основна група</i>				
Свербіж	0,79*	0,67**	0,58**	0,24
Чхання	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
<i>Контрольна група</i>				
Свербіж	0,77*	0,65**	0,56**	0,27
Чхання	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:** \* — вірогідність коефіцієнта кореляції  $0,001 < P < 0,01$ ; \*\* —  $0,01 < P < 0,05$ .

**Таблиця 3. Зміна якості життя дітей з алергічним ринітом в основній і контрольній групах**

Показник	0-й тиждень	2-й 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	

**Примітки:** \* — вірогідність різниці зміни показника якості життя дітей з алергічним ринітом основної та контрольної груп наприкінці 2-го тижня лікування.

**Таблиця 4. Прогностичне значення клінічних характеристик алергічного риніту і супутньої респіраторної патології для оцінки ефективності левоцетиризину\***

Показник	ВШ (95% ДІ)**	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
Помірно тяжкий інтермітуючий АР	1,43 (0,66–3,11)	0,05
Сезонний риніт	1,22 (0,56–2,68)	0,32

**Примітки:** \* — зменшення назальних симптомів на 40 % і більше протягом 1-го або 2-го тижня лікування; ВШ — відношення шансів; ДІ — довірчий інтервал.

симптоми є однаково помірним. Ні кромони, ні антигістамінні препарати не мають впливу на назальну обструкцію або цей вплив не має клінічного значення.

У наведеному дослідженні левоцетиризин майже у два рази був ефективнішим за назальну форму кромоглікату натрію на першому тижні лікування, дещо менша різниця спостерігалась на другому тижні, а вираженість очних симптомів не була відмінною, що концептуально збігається з наявними літературними даними [3]. Дещо менша відмінність між основною та контрольною групами на 2-му тижні лікування також може бути пов'язана з більш повільним 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 в дітей біодоступність місцевих препаратів є значно меншою внаслідок вузьких носових ходів і меншої кооперації під час введення препарату. Іншою проблемою під час застосування кромонів місцевої дії є необхідність частого їх уведення, що впливає на виконавчу дисципліну. У нашому дослідженні 38 % (n = 12) дітей контрольної групи або їх батьків відмічали проблематичність регулярного 4-разового впорскування кромоглікату натрію в носову порожнину і додатково його застосування для кон'юнктиви очей, особливо під час відвідування

школи. В основній групі такі скарги не зустрічались у жодного пацієнта ( $p < 0,001$ ). Натомість 77 % ( $n = 23$ ) сімей із групи левоцетиризину сповістили про зручність одноразового прийому препарату ( $p < 0,001$ ). Унаслідок цього у середньому в контрольній групі 16 % ( $n = 5$ ) дітей недоотримали більше ніж 95 % курсової дози, тоді як в основній — лише 7 % ( $n = 2$ ) ( $p < 0,001$ ).

Клінічна значущість ефектів левоцетиризину позначилася й на якості життя дітей. При цьому статистично вірогідно змінилися всі основні показники, крім емоційного стану, що, очевидно, залежить від мікросоціальних, а не клінічних показників. Зменшення симптоматичних середників упродовж лікування разом із добрим профілем безпечності дає підстави рекомендувати терапію із використанням пероральної форми левоцетиризину як пріоритетну у лікуванні легкого персистуючого або помірно тяжкого інтермітуючого АР у дітей.

## Висновки

1. Пероральна форма левоцетиризину (L-цет сироп) на 28 і 29 % ( $p < 0,05$ ) перевищує ефективність назальної форми кромоглікату натрію при лікуванні легкого персистуючого або помірно тяжкого інтермітуючого АР у дітей на 1-му і 2-му тижнях лікування.

2. Левоцетирин однаково активний на 1-му і 2-му тижнях лікування, як і 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 з пацієнтами, які застосовували 4-разове введення назальної та очної форми кромоглікату натрію.

4. Порівняно з місцевими формами кромоглікату натрію левоцетирин на 46 % покращує якість життя дітей із цілорічним алергічним ринітом ( $p < 0,05$ ).

5. Пероральна форма левоцетиризину у формі сиропу є референтною при використанні в дітей із легким персистуючим або інтермітуючим цілорічним алергічним ринітом.

## Список літератури

1. Nathan R.A., Meltzer E.O., Selner J.C. et al. Prevalence of allergic rhinitis in the United States // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 1997. — 99. — s808-14.
2. Vuurman E.R., Van Veggel L.M., Uiterwijk M.M. et al. Seasonal allergic rhinitis and antihistamine effects on children's learning // *Ann. Allergy.* — 1993. — 71. — 121-6.
3. Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 2001 Nov. — 108(5 Suppl.). — S147-334.
4. Juniper E.F., Thompson A.K., Ferrie P.J., Roberts J.N. Validation of the standardized version of the rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 1999. — 104. — 364-369.
5. Greiner A.N., Meltzer E.O. Overview of the treatment of allergic rhinitis and nonallergic rhinopathy // *Proc. Am. Thorac. Soc.* — 2011. — 8(1). — 121-131.

Отримано 22.04.13 □

Няньковский С.А., Герасимов С.В., Секретар Л.Б., Возняк А.В., Садова О.Р.  
Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого  
Громик Н.Е.  
Коммунальная поликлиника № 4, г. Львов

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ

**Резюме.** Проблеме предпочтительного лечения легкого персистирующего или умеренно тяжелого интермиттирующего аллергического ринита посвящено исследование, в котором приняли участие 62 ребенка младшего школьного возраста. Детям назначали левоцетирин перорально (5 мг/день) или назальную/глазную форму кромогликата натрия (20 мг/мл, 1–2 впрыскивания/капли 4 раза в день) в течение 2 недель. В конце исследования был сделан вывод о том, что левоцетирин на 1-й и 2-й неделе лечения был соответственно на 28 и 29 % ( $p < 0,05$ ) эффективнее кромогликата натрия. Препараты были сопоставимы в уменьшении выраженности глазных симптомов у детей с сопутствующим конъюнктивитом ( $-45$  vs  $-45$  % и  $-55$  vs  $-59$  % соответственно,  $p > 0,05$ ). При использовании левоцетиризина комплаенс повышался на 38 %, качество жизни — на 46 % ( $p < 0,05$ ) по сравнению с натрием кромоглицатом. Авторы исследования пришли к заключению, что при лечении легкого персистирующего или умеренно тяжелого интермиттирующего аллергического ринита у детей предпочтение следует отдавать левоцетиризину.

Nyankovsky S.L., Gerasymov S.V., Sekretar L.B., Wozniak A.V., Sadova O.R.  
Lviv National Medical University named after Danylo Galytsky  
Gromyk N.Ye.  
Municipal Outpatient Clinic № 4, Lviv, Ukraine

### THE EFFICACY OF LEVOCETIRIZINE IN ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

**Summary.** Controversies about the preferred treatment of mild persistent or mild-to-moderate intermittent allergic rhinitis were considered in the study involved 62 primary school children. They were randomized to receive oral formulation of levocetirizine (5 mg/daily) or nasal/ophthalmologic form of sodium cromoglycate (20 mg/ml, 1–2 sprays/drops 4 times daily) for 2 weeks. At the end of the trial levocetirizine was 28 and 29 % more effective on the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> week of the treatment respectively ( $p < 0.05$ ) comparing to sodium cromoglycate group. The drugs were comparable in reduction eye symptoms in children with associated allergic conjunctivitis ( $-45$  % vs  $-45$  % and  $-55$  % vs  $-59$  % respectively,  $p > 0.05$ ). The use of levocetirizine improved compliance by 38 %, and quality of life by 46 % ( $p < 0.05$ ) as compared to sodium cromoglycate treatment. The research concluded that levocetirizine is preferred in treatment of mild persistent or mild-to-moderate intermittent allergic rhinitis in children.