

С.В. Зайков, д.м.н., профессор, Вінницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова

Антигистаминные препараты в лечении ОРВИ у детей с атопией

На сегодняшний день опубликовано значительное количество исследований, которые свидетельствуют о более частом развитии острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) у пациентов с атопией по сравнению с лицами без атопии.

Некоторые авторы предлагают рассматривать вирусную инфекцию, особенно перенесенную в раннем возрасте, как вероятный риск развития атопии, прежде всего у генетически предрасположенных к ней лиц. Так, доказана связь между ОРВИ у детей до года и развитием астмы, атопии и обструктивных болезней легких у детей после 5 лет, а наблюдения в течение пяти лет за 95 тыс. детей младшего возраста подтвердили связь между ОРВИ и бронхиальной астмой. Также установлено, что одновременное воздействие на организм детей вирусов и аллергенов в 20 раз повышает риск их госпитализации из-за обострения астмы (в сравнении с другими комбинациями различных факторов риска), а концентрация гистамина и эозинофилов у детей с аллергическим ринитом (и/или астмой) значительно повышается при риновирусной инфекции.

Все это свидетельствует о высоком риске обострения аллергических заболеваний (АЗ) на фоне ОРВИ и определенной схожести механизмов вирусного и аллергического воспаления.

Аллергическое воспаление (присутствует в организме как минимум в персистирующем варианте даже в процессе ремиссии АЗ), в котором повреждающим фактором является комплекс «антиген-антитело», занимает особое место в патогенезе респираторных инфекций. Несмотря на явное различие вызывающих воспалительную реакцию факторов при ОРВИ и атопии, процессы, происходящие в тканях, в принципе однотипны, поскольку заканчиваются дегрануляцией тучных клеток соединительной ткани и высвобождением различных биологически активных веществ и прежде всего гистамина. При этом основные эффекты гистамина (расширение сосудов микроциркуляторного русла, повышение их проницаемости, активизация экссудативных процессов) при ОРВИ и атопии идентичны. В связи с общими механизмами патогенеза респираторных АЗ и ОРВИ их основные клинические проявления (заложенность носа, зуд в носу, ринорея, чихание, кашель, бронхообструктивный синдром, одышка) аналогичны.

! Следует обратить внимание, что у пациентов с атопией вирусная инфекция протекает, как правило, более агрессивно и чаще вызывает развитие осложнений. С учетом похожей роли гистамина в патогенезе и ОРВИ, и атопии рациональным является применение антигистаминных препаратов (АГП) в схемах лечения соответствующих категорий больных.

Вышеприведенное положение подтверждается результатами ряда работ.

Было установлено, что гистамин играет значительную роль в возникновении и выраженности симптомов гриппа. Уже со второго дня от его начала на пике симптомов

заболевания у пациентов отмечался достоверно высокий уровень гистамина в крови, который сохранялся в течение 2-5 дней болезни. Кроме того, оказалось, что суточное количество гистамина и его метаболитов в моче при гриппе аналогично такому, которое наблюдается при обострении АЗ (Питтсбург, США, 2001).

Результаты проведенного в 2003 г. метаанализа по изучению клинической эффективности АГП для лечения больных с гриппом и ОРВИ показали, что использование АГП в комплексной терапии имеет клиническую эффективность, проявляющуюся улучшением носового дыхания, уменьшением ринореи, чихания (22 рандомизированных клинических исследования, в которых АГП выступали в качестве монотерапии, и 13 испытаний, при которых АГП применялись в комбинации с деконгестантами, общее количество исследуемых – 8930 человек, включая детей разного возраста и взрослых).

Несмотря на появление АГП II поколения и их активных метаболитов, препараты I поколения и впредь будут оставаться в арсенале практикующего врача благодаря следующим свойствам:

- их доказанной эффективности;
- возможности дифференцированного подхода к назначению благодаря наличию инъекционных и пероральных лекарственных форм;
- возможности применения в раннем детском возрасте;
- наличию у H₁-антагонистов I поколения дополнительных фармакологических эффектов (антисеротониновая активность, седативное действие, антихолинергическое действие и др.);
- усилению жаропонижающих свойств антипиретиков.

Именно к таким АГП относится хлоропирамин (Супрастин), механизм действия которого связан как с его способностью блокировать H₁-гистаминовые рецепторы, так и с конкурентным антагонизмом по отношению к мускариновым рецепторам.

Клинически хлоропирамин (Супрастин) при ОРВИ эффективно уменьшает такие симптомы ринита, как отек слизистой оболочки и заложенность носа, ринорея, зуд и чихание. Кроме того, хлоропирамин (Супрастин) логично назначать при ОРВИ еще и потому, что в механизме развития отека слизистой оболочки гортани, особенно при ложном крупе, важную роль играет аллергический компонент.

Хлоропирамин (Супрастин) разрешен к применению у детей начиная с первого месяца жизни (инъекционная форма), а наличие инъекционной формы позволяет использовать препарат в ургентной терапии, включая некупируемую лихорадку (в составе литической смеси).

В этих случаях применение хлоропирамина (Супрастина) основывается на его способности усиливать действие анальгетиков и оказывать противорвотный эффект.

В литературе имеются многочисленные данные об эффективности применения хлоропирамина (Супрастина) у детей и взрослых с АЗ, ОРВИ и их сочетанием.

Назначение хлоропирамина (Супрастина) в течение пяти дней при ОРВИ уже на второй день приема уменьшало заложенность и выделения из носа, чихание. На 4-5-е сутки лечения у пациентов с ОРВИ практически полностью восстанавливалось носовое дыхание, прекращались выделения из носа, чихание и зуд в носу. Проведенный анализ динамики заболевания в сопоставимых по полу, возрасту и характеру патологического процесса группах показал, что у больных, получавших хлоропирамин (Супрастин), симптомы ринита регрессировали в 1,6-2,3 раза быстрее по сравнению с группой пациентов, получавших витамины и фитопрепараты. На фоне уменьшения симптомов ринита отмечалось улучшение общего состояния больных, снижалась интенсивность болей в горле, уменьшалась выраженность кашлевого синдрома, обусловленного затеканием в гортань и трахею отделяемого из носовой полости. Кроме того, применение хлоропирамина (Супрастина) позволило в ряде случаев избежать использования назальных деконгестантов, которые при продолжительном применении могут вызывать побочные эффекты и являться причиной медикаментозного ринита. Пациентам, уже использующим назальные деконгестанты, удалось значительно (на 40%) снизить кратность их применения. Также больным на фоне приема хлоропирамина (Супрастина) реже и в меньшей дозе назначались антипиретики. Препарат не вызывал побочных эффектов и позволил значительно повысить эффективность лечения пациентов с ОРВИ.

Результаты применения хлоропирамина (Супрастина) при лихорадке у больных с ОРВИ показали, что комбинация препаратов ибупрофен или парацетамол с хлоропирамином (Супрастином) давала более быстрое, выраженное и стойкое снижение температуры тела у детей в возрасте до 6 лет и взрослых, болеющих ОРВИ, чем применение монотерапии жаропонижающим препаратом (ибупрофеном или парацетамолом). Исследование показало положительное влияние хлоропирамина (Супрастина) в составе комбинированного лечения ОРВИ как на снижение лихорадки, так и динамику катаральных явлений (уменьшение затруднения носового дыхания и ринореи), а также симптомов интоксикации.

Назначение хлоропирамина (Супрастина) в комплексной терапии позволило значительно снизить частоту приема современных жаропонижающих препаратов в первые дни болезни, что важно, несмотря на высокий уровень их безопасности.

Таким образом, проведенные исследования показали положительное влияние хлоропирамина (Супрастина) в составе комбинированного лечения ОРВИ как на снижение лихорадки, так и динамику катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей.

Приведенные выше данные свидетельствуют об эффективности применения АГП, в частности хлоропирамина (Супрастина), в комплексной терапии детей с ОРВИ и атопией, что позволяет ускорить выздоровление пациентов с ОРВИ и уменьшить риск возможного обострения АЗ.

Список литературы находится в редакции.



Супрастин®
хлоропірамін

1 таб. містить 25 мг хлоропіраміну гідрохлориду

1 мл (ампула) містить 20 мг хлоропіраміну гідрохлориду

5 ампул по 1 мл Для внутрішнього

Супрастин®
Хлоропіраміну гідрохлорид

20 таблеток

EGIS

ПОКАЗАННЯ:

- Алергічні захворювання (алергічний риніт, кропив'янка, дерматит, харчова, інсектна алергія, алергія на ліки);
- У складі комплексної терапії системних анафілактичних реакцій та ангіоневротичного набряку.

Швидке полегшення симптомів алергії

Максимум терапевтичного ефекту в межах першої години після прийому

Виражена протисвербіжна дія

Дітям від 1 місяця*

Вік	Доза
Діти 1-12 міс.	1/4 ампули (0,25 мл)*
1-3 років	1/2 ампули (0,5 мл)*
3-6 років	1/2 ампули (0,5 мл)*, ½ таблетки 2 рази на добу
6-14 років	1/2-1 ампула (0,5-1,0 мл)*, ½ таблетки 2-3 рази на добу
Дорослі	1-2 ампули (1,0-2,0 мл)*, 1 таблетка 3-4 рази на добу

Дозу можна підвищувати в залежності від реакції пацієнта. Добова доза не повинна перевищувати 2 мг/кг маси тіла. Максимальна добова доза 100 мг.

*Розчин для ін'єкцій. Супрастин® вводиться внутрішньом'язово. При гострих, тяжких алергічних реакціях рекомендовано розпочинати лікування з внутрішньовенного введення Супрастину®, потім переходити на внутрішньом'язове або пероральний прийом таблеток.

Побічні реакції. Седативний ефект, стомленість, запаморочення, головний біль, ейфорія, артеріальна гіпотензія, тахікардія, аритмія, біль та дискомфорт в епігастричній ділянці, сухість у роті, фоточутливість та ін. Умови відпуску: за рецептом. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Виробник. Фармацевтичний завод Егіс. Супрастин® таб. Р.П. № UA/9251/01/01 від 14.05.2010, ампл. Р.П. № UA/0322/01/01 від 12.02.2009.

Представництво «Егіс Нюрт.» в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

EGIS 100
1913-2013
Здоров'я. Якість. Життя.