

Антигистаминные препараты в лечении зуда

Зуд – это распространенный кожный симптом, приводящий к чесательному рефлексу и сопровождающий значительное количество местных и системных заболеваний. Любой зуд в основе имеет рефлекторную дугу, включающую три уровня: кожу с находящимися в ней рецепторами, проводящие пути, нейроны спинного мозга и центральную нервную систему (ЦНС). Патологический процесс на каждом из уровней может приводить к зуду, поэтому, когда появляется необходимость в назначении терапии, важно четко понимать, на каком этапе возникает патологическое возбуждение, знать его причину и способ устранения патологического процесса.

Первый уровень относится к коже с находящимися в ней рецепторами, которые раздражаются при разнообразных дерматитах, ксерозе, полициемии, холестазе, почечной недостаточности. Это наиболее обширная группа заболеваний, включающая в себя многие хронические дерматозы, которые могут не относиться к аллергическим заболеваниям.

В обычной практике педиатра и детского аллерголога чаще встречается локализованный зуд, традиционно связываемый с ксерозом кожи, атопическим дерматитом (АтД) и экземой, острой крапивницей, пищевой аллергией, лекарственными и вирусными экзантемами. Остановимся на показаниях к применению антигистаминных препаратов (АГП) для купирования зуда при двух нозологиях – АтД и крапивнице.

¹Смолин Ю.С., Балаболкин И.И., Горланов И.А., и др. Согласительный документ АДАИР: атопический дерматит у детей – обновление 2019 (краткая версия). Часть 2. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2020;61(2):4-26.

АтД. АтД с сопровождающим его ксерозом кожи является типичным примером воспалительного многофакторного заболевания кожи с облигатным зудом. При АтД формируется порочный круг: воспаление в коже усиливает сухость из-за выработки цитокинов ИЛ-4/13 и стимулирует расчесы. Расчесы вторично усиливают воспаление в виде массивной инфильтрации кожи иммунными клетками, которая ассоциирована с высоким уровнем воспалительных цитокинов, поддерживающих зуд. Поврежденная кожа склонна к большей потере влаги, сухости, повышенной проницаемости для аллергенов и микробов. Гистамин в патогенезе дерматита играет роль в случае сенсибилизации, после контакта аллергена с тучной клеткой.

При АтД эмоменты даже в монотерапии снижают интенсивность зуда, количество обострений и рецидивов, а основу терапии АтД составляют топические противовоспалительные агенты: стероиды и ингибиторы кальциневрина. Необходимость использования АГП при этом заболевании остается спорной. Тем не менее традиционно принято начинать терапию зуда при АтД с назначения АГП.

В основном в арсенале современного аллерголога находятся АГП II поколения, обладающие высокой селективностью в отношении H₁-рецепторов, низкой серотонинергической и холинергической активностью, отсутствием проникновения через гематоэнцефалический

барьер. Известно, что блокада обратного захвата серотонина может снижать выраженность зуда, поэтому отсутствие серотонинергической активности в контексте этой статьи – это скорее недостаток. Препараты хинуклоидов (хифенадин и сехифенадин) обладают двойным действием в отношении гистаминовых и серотониновых рецепторов, не проникая или незначительно проникая в ЦНС в отличие от «старых» седативных блокаторов H₁-рецепторов. Это обеспечивает более выраженное действие на зуд кожи по сравнению с селективными АГП II поколения, но без недостатков традиционных H₁-блокаторов I поколения.

В согласительном документе АДАИР, посвященном АтД¹, сформулированы следующие рекомендации:

1. В первые дни обострения и при интенсивном зуде с нарушением сна коротким курсом могут быть использованы АГП, обладающие способностью уменьшать кожный зуд. К ним относят АГП II поколения и АГП комбинированного действия II поколения.

2. Случаи длительного использования АГП при АтД ограничиваются наличием сопутствующей патологии, когда контакт с аллергеном исключить невозможно.

3. Для пациентов с редкими обострениями и без сенсибилизации, с ведущей ролью ксероза кожи роль гистамина в развитии обострений дерматита ничтожна, применение АГП не требуется.

Крапивница. Острая крапивница характеризуется появлением уртикарной, волдырной сыпи с выраженным зудом, который связан с выделением гистамина после дегрануляции тучной клетки. В отличие от АтД, когда АГП в основном назначают при аллергическом генезе обострений, при крапивнице любой этиологии АГП являются терапией 1-й линии.

Большинство публикаций посвящено терапии рефракторной хронической крапивницы, для которой разные научные общества создали многочисленные рекомендации, в основе которых лежит принцип увеличения доз АГП. При крапивнице АГП обладают прямым дозозависимым эффектом в отношении размера волдыря. Этот феномен активно используется в практике, допускается увеличение дозы до 4-кратной off-label при хроническом течении и упорных высыпаниях. При острой крапивнице механизм сыпи тот же, однако клинических рекомендаций по увеличению дозы нет. Для специалиста важно иметь возможность индивидуального подбора терапии, особенно если от увеличения доз есть клинический эффект.

Препараты большинства неседативных АГП могут быть использованы только согласно инструкции, в утвержденной суточной дозировке. В педиатрической практике допускается увеличение дозировки в 2 раза при хронической крапивнице, но тем не менее применение препарата происходит off-label и требует дополнительного оформления и подписания информированного согласия. С 12 лет становится возможным использование эбастина и фексо-

фенадина в повышенных дозировках в рамках имеющихся лекарственных форм: 20 мг/сут и 180 мг/сут соответственно. Раньше не было препаратов, которые можно назначать в повышенных дозах у детей в возрасте до 12 лет без нарушения действующего законодательства при крапивнице и пищевой аллергии с уртикарными высыпаниями.

Фенкарол (хифенадин) может быть назначен в 2 приема с 3 лет в таблетированной форме в дозе 20 мг/сут, с 7–12 лет доза может варьироваться от 20 до 45 мг/сут, с 12–18 лет – от 50 до 75 мг/сут, а с 18 лет терапевтическая широта действия становится максимальной и составляет 50–200 мг/сут. Прием препарата несколько раз в сутки и возможность гибкого дозирования позволяют назначать фенкарол в зависимости от эффективности, добавляя дозу при усилении сыпи или контакте с аллергеном в течение дня. Подобный ритм приема препарата делает хифенадин единственным на рынке неседативным АГП для пациентов с 3 лет с возможностью приема нескольких таблеток в день и с разрешенным увеличением суточной дозировки согласно действующей инструкции.

Ю.С. Смолин, д-р мед. наук, проф.
Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России;
ФГБУ «Государственный научный центр
«Институт иммунологии»» ФМБА;
Научно-клинический консультативный центр
аллергологии и иммунологии



OMNIDOCTOR.RU