

Л.І. Островська

Вінницький державний медичний  
університет

## СУПРАСТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

**Ключові слова:** СУПРАСТИН, атопічний дерматит, сенсibiliзація, запально-інфільтративні прояви, екскоріація, везикуляція, ліхеніфікація.

**Резюме.** Проводили порівняльну оцінку ефективності і переносимості СУПРАСТИНУ в лікуванні дітей з атопічним дерматитом. У дослідженні брали участь 48 дітей з атопічним дерматитом. Основну групу склали 26 дітей, яким в комплексі з місцевим та фізіотерапевтичним лікуванням призначали СУПРАСТИН у вікових дозах. Відзначено позитивний ефект і хорошу переносимість СУПРАСТИНУ дітьми з атопічним дерматитом. Завдяки застосуванню СУПРАСТИНУ швидше вдалося досягти ремісії, вже на початку лікування спостерігалось покращання самопочуття, зменшення свербіжесу, нормалізація сну, апетиту, що дозволяє використовувати його в педіатрії при алергічних станах.

### ВСТУП

Атопічний дерматит (АД) — хронічне рецидивуюче запальне захворювання шкіри, яке супроводжується інтенсивним свербіжем, папульозним висипом із симпатергічною реакцією шкіри, ліхеніфікацією та іншими проявами алергії.

Останнім часом захворюваність на АД невпинно зростає. Атопічний дерматит складає від 6 до 33% від загальної кількості хворих дерматологічного профілю. У дітей ця патологія складає близько 22%. У половини випадків АД починається у віці від 2 до 6 міс, в 30% — до 5 років. У більшості дітей прояви АД зберігаються в подальшому (Суворова К.Н. і соавт., 1989; Тодорова Н.П., Синяковская О.А., 1993; Зверькова Я.А., 1994).

Частіше дерматит виникає на ґрунті ексудативно-катарального діатезу та природженого імунного дефіциту. Причин, які призводять до захворювання, досить багато: обтяжена спадковість щодо атопії, нераціональне харчування дітей, порушення функції центральної та вегетативної нервової системи, розлади діяльності внутрішніх органів, інтоксикація, негативний вплив факторів навколишнього середовища. АД часто поєднується з атопічною бронхіальною астмою, алергічним ринітом.

У патогенезі АД має місце І тип імунопатологічних реакцій — реагiновий. При цьому відбувається поєднання алергенів з фіксованими на клітинах гістобазофільної системи реагінами, викид вазоактивних речовин (гістамін, серотонін, ацетилхолін, брадикінін) з подальшою дією на гладкі м'язи (Пухлик Б.М., 1992; Rampini E.J., 1992).

Комплекс патохімічних та патофізіологічних реакцій призводить до розвитку типової картини АД.

На початку захворювання уражується шкіра обличчя, потім — кінцівок та інших частин тіла. Шкіра стає дифузно сухою, вкривається лускою, обличчя

червоніє, з'являється сильний свербіж, нерідко приєднується гноячкова інфекція. Згодом із первинних морфологічних елементів розвиваються епідермодермальні папули, які за кольором не відрізняються від здорової шкіри. Зони ураження спостерігають на обличчі, шиї, внутрішніх поверхнях кінцівок, на сідницях. Висипи супроводжуються сильним свербіжем, невротичними розладами і білим дермографізмом.

Лікування АД полягає в попередженні контакту з причинними факторами (наприклад, харчові алергени), у корекції фонових порушень. Профілактичні заходи проводять з метою зниження ризику підвищення сенсibiliзації і запобігання розширенню її спектра.

Важливою складовою терапії є призначення антигістамінних та седативних засобів, особливо в період загострення. Використання цих засобів у комплексному лікуванні дозволяє зменшити вираженість як об'єктивних (гіперемія, набряк, висип), так і суб'єктивних симптомів (неспокій, свербіж, безсоння).

Препаратом, який поєднує антигістамінний та седативний ефект, є СУПРАСТИН (хлоропіраміну гідрохлорид) виробництва «Егіс А.Т.» (Угорщина). СУПРАСТИН належить до групи блокувальників Н<sub>1</sub>-рецепторів. Зменшуючи реакцію організму на гістамін, він ліквідує спазм гладких м'язів, зменшує проникність капілярної стінки, попереджує розвиток набряку тканин, знижує токсичність гістаміну. СУПРАСТИН виявляє седативний і снодійний ефект.

Метою роботи є порівняльна оцінка ефективності і переносимості СУПРАСТИНУ в лікуванні дітей з АД.

### ОБ'ЄКТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ефективність препарату вивчали у подвійному відкритому контрольованому дослідженні, яке про-

## КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

водили на базі міської дитячої поліклініки № 1 м. Вінниці та Вінницької обласної дитячої лікарні з березня 2000 р. до травня 2001 р.

Під спостереженням перебували 48 дітей (21 дівчинка та 27 хлопчиків) з АД, віком від 4 міс до 10 років.

Основну групу склали 26 дітей з АД, які разом з місцевою терапією та фізіотерапією отримували СУПРАСТИН у вікових дозах, контрольну групу — решта 22 хворих, які отримали тільки місцеве та фізіотерапевтичне лікування. Всім дітям була призначена гіпоалергенна дієта з урахуванням виявлених харчових алергенів. Алергени визначали скарифікаційним методом в період ремісії.

У всіх дітей шкірний висип був поширеним, у вигляді дрібних ліхеноїдних папул рожево-червоного кольору з локалізацією переважно на обличчі, бокових поверхнях великих суглобів, тильній поверхні кистей і стоп, спостерігався також дифузний ксероз. Лінійні екскоріації під серозно-геморагічними кірочками виявлялися як у зоні ураження, так і за її межами. Всі діти скаржилися на свербіж помірної чи вираженої інтенсивності, неспокій, дратівливість, поганий апетит та порушення сну.

Давність захворювання коливалась від 2 до 8 років. Більшість дітей — 33 (69%) захворіли на першому році життя.

Серед чинників, які обумовили розвиток захворювання, слід зазначити порушення дієти, гострі інфекційні захворювання, психоемоційні стреси, застосування лікарських препаратів. У 15 (31%) пацієнтів виявлено обтяжений акушерський анамнез (токсикоз, загроза переривання вагітності, соматичні захворювання та використання ліків у період вагітності). У 42 (87,5%) хворих рідні мали прояви atopії — поліноз, бронхіальна астма, алергічний риніт, харчова алергія.

Із супутніх захворювань у 10 (38%) дітей основної і 6 (27%) контрольної групи виявлено дисбактеріоз кишечника, у 4 (15%) і 2 (9%) відповідно — алергічний ринокон'юнктивіт, у 2 (75%) і 1 (45%) — поліноз, у 3 (11%) і 2 (9%) дітей — дискінезію жовчовивідних шляхів. У дослідження не включали дітей з гострими інфекційними і психічними захворюваннями. Розподіл дітей за статтю, віком і важкістю хвороби в основній і контрольній групах був репрезентативним.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На кожну дитину було заведено протокол обстеження. Інтенсивність і динаміку основних клінічних симптомів оцінювали за 3-бальною шкалою значень SKORAD. Загальний ефект оцінювали за регресом висипу: 90–100% — повне одужання, 50–70% — значне покращання, 30–50% — покращання, менше 30% — відсутність ефекту. Ефективність терапії була оцінена в усіх випадках (таблиця).

Таблиця

Результати лікування хворих з АД

Результат лікування	Основна група (n=26)		Контрольна група (n=22)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Клінічна ремісія	12	46,1	8	36,4
Значне покращання	8	30,7	4	18,2
Покращання	6	23,1	10	45,4
Без ефекту	—	—	—	—
Погіршення	—	—	—	—

Ремісії досягнуто у 12 (46%) дітей основної групи і у 8 (36%) — контрольної. Позитивну клінічну динаміку у досліджуваних основної групи виявлено в 1-й день лікування, значне покращання — до кінця 1-го тижня на відміну від дітей контрольної групи, в яких покращання стану відбувалось до 10-го дня лікування. Зменшувались гіперемія, набряк, екскоріації. Крім того, у дітей основної групи вже на початку лікування змінювалася поведінка, відзначалося зменшення свербіжу, неспокою, покращувалися сон та апетит. У 15 (57,7%) дітей основної групи запально-інфільтративні зміни зникли на 9-й день лікування. Насамперед зникали мокнуття і везикуляції, які повністю регресували на 6-й день. Свербіж повністю зник на 6-й день терапії. Повну ремісію відзначено у дітей основної групи на 14-й день, контрольної — на 21-й день.

Частка дітей з повною ремісією є достовірно більшою в основній групі, ніж в контрольній ( $p < 0,05$ ).

Під час дослідження виникали наступні побічні ефекти: у 2 дітей основної групи — розлади з боку травного тракту, в 1 — виражений снодійний ефект, у 2 дітей основної і у 4 — контрольної групи — місцеві побічні ефекти (печіння, телеангіектазії, спричинені місцевими методами лікування).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, СУПРАСТИН є ефективним та безпечним препаратом в комплексному лікуванні АД. Застосування СУПРАСТИНУ дозволяє швидше досягнути регресії симптомів захворювання, покращити самопочуття, нормалізувати сон і апетит, скоротити тривалість лікування до 14–15 днів.

Наведені дані щодо високої ефективності антигістамінного препарату СУПРАСТИН в комплексному лікуванні АД свідчать про патогенетичну обумовленість та необхідність призначення його в терапії алергічних захворювань в педіатрії.

### ЛІТЕРАТУРА

- Зверькова Я.А. (1994) Болезни кожи у детей раннего возраста. СПб, с. 57.
- Пухлик Б.М. (1992) Руководство по практической иммунодиагностике и иммунотерапии. Винница, с. 24
- Суворова К.Н., Антонов А.А., Довжанский С.И., Писаренко М.Ф. (1989) Атопический дерматит. Саратов, с. 168.
- Тодорова Н.П., Сияковская О.А. (1993) Экзема и нейродермит у детей. Екатеринбург, с. 447.

Rampini E.J. (1992) Methylprednisolone aceponate (MPA) — use and clinical experience in children. J. Dermatol. Treat., 3(Suppl. 2): 27–29.

## СУПРАСТИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Л.И. Островская

**Резюме.** Проводили оценку эффективности и переносимости СУПРАСТИНА в лечении детей с атопическим дерматитом. В исследовании принимали участие 48 детей с атопическим дерматитом. В основную группу вошли 26 детей, которым в комплексе с местным и физиотерапевтическим лечением назначали СУПРАСТИН в возрастных дозах. Отмечен положительный эффект и хорошая переносимость СУПРАСТИНА детьми с атопическим дерматитом. Благодаря применению СУПРАСТИНА быстрее удалось добиться ремиссии, уже в начале лечения наблюдалось улучшение самочувствия, уменьшение зуда, нормализация сна, аппетита, что позволяет использовать его в педиатрии при аллергических состояниях.

**Ключевые слова:** СУПРАСТИН, атопический дерматит, сенсibilизация, воспалительно-инфильтративные проявления, эксфолиация, везикуляция, лихенификация.

## КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### SUPRASTIN IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

L.I. Ostrovska

**Summary.** The purpose of the work is an assessment of efficacy and acceptability of SUPRASTIN in treatment of children with atopic dermatitis. 48 children with atopic dermatitis were investigated. 26 children, whom in a complex with regional and physiotherapeutic treatment SUPRASTIN in age dosages was used, consisted main group. It is marked a positive effect and a good acceptability of SUPRASTIN in children with atopic dermatitis. Due to SUPRASTIN it was possible to achieve a remission faster, already in the beginning of treatment the state of health was improved, itch decreased, sleep, appetite were normalized that allows its application in pediatrics at allergic statuses.

**Key words:** SUPRASTIN, atopic dermatitis, sensibilization, proliferative inflammatory, excoriation, vesiculation, lichenification.

#### Адреса для листування:

Островська Людмила Іванівна  
21018, Вінниця, вул. Пирогова, 56  
Вінницький державний медичний університет  
ім. М.І. Пирогова, кафедра дитячих хвороб



## Конкурс закінчено!

### Шановні колеги!

Представництво фармацевтичного заводу «ЕГІС А.Т.» (Угорщина) та редакційна колегія журналу «Український медичний часопис» оголошують результати конкурсу на кращу статтю, присвячену клінічному застосуванню препарату Супрастин (хлоропіраміну гідрохлориду) в терапії алергічних станів.

Вітаємо переможця конкурсу Л.І. Островську, стаття якої «Супрастин у комплексному лікуванні дітей з атопічним дерматитом» визнана кращою.

Друге і третє місця у конкурсі не виборів ніхто.

