

Повышение температуры тела при инфекционно-воспалительных заболеваниях является неспецифической защитной реакцией организма, активизирующей систему иммунитета. В то же время при истощении компенсаторно-приспособительных механизмов либо при повышенной реактивности организма лихорадка может стать причиной возникновения патологических состояний (фебрильные судороги, отек головного мозга, декомпенсация хронических заболеваний), а значит, требует применения жаропонижающих препаратов [1, 2]

ЖАРОПОНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ



По номенклатуре к группе анальгетиков-антипиретиков относятся нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ЛС с центральным механизмом действия (ацетаминофен, амизон), монопрепараты периферического действия (метамизол, кеторолак) и их комбинации, а также спазмоанальгетики. В свою очередь, для устранения лихорадки при простудных заболеваниях наиболее часто применяются ацетилсалициловая кислота (АСК), ацетаминофен (парацетамол), метамизол и ибупрофен [3].

АЦЕТАМИНОФЕН

Ацетаминофен (парацетамол) обладает жаропонижающим, анальгезирующим и очень слабым противовоспалительным эффектом. Он реализует свой механизм действия, блокируя обе формы циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2) преимущественно в центральной нервной системе, влияя на центры боли и терморегуляции, и не обладает периферическим действием, что объясняет практически полное отсутствие противовоспалительного эффекта [1].

Ацетаминофен показан при лихорадочном синдроме на фоне инфекционных заболеваний, а также при болевом синдроме слабой и умеренной выраженности.

Риск гепатотоксического действия повышен у пациентов с поражениями печени, обусловленным злоупотреблением алкоголя. При длительном приеме описаны случаи нефротоксичности. Применение ацетаминофена может исказить результаты лабораторных исследований при количественном определении содержания глюкозы и мочевой кислоты в сыворотке крови. При проведении длительного курса лечения необходим обязательный контроль состава периферической крови и функционального состояния печени.

Для снижения риска развития нежелательных побочных реакций следует принимать препарат в минимально эффективной дозе максимально возможным коротким курсом. При лихорадочном синдроме, не купируемом на протяжении более трех дней на фоне применения ацетаминофена, и при наличии болевого синдрома в течение более пяти дней требуется консультация врача [3].

ИБУПРОФЕН

Ибупрофен имеет более выраженный жаропонижающий, анальгетический и противовоспалительный эффект по сравнению с таковым ацетаминофена, что определяется как центральным, так и периферическим его действием [1]. Таким образом, применение ибупрофена предпочтительнее при лихорадке, сопровождающейся воспалительными процессами, например, при ангине, отите, артрите и др. [4].

Преимуществом ибупрофена перед другими антипиретиками является быстрое (в течение 15 мин) развитие жаропонижающего эффекта и его большая длительность (8 ч) [5]. Обезболивающее действие проявляется уже при приеме в дозе 5 мг/кг и является более выраженным, чем у ацетаминофена [1]. Вывод о превосходстве ибупрофена над ацетаминофеном по антипиретическому и анальгезирующему действию у взрослых и детей был сделан на основании метаанализов данных многочисленных сравнительных клинических исследований этих препаратов [4].

Частота нежелательных эффектов на фоне применения ацетаминофена и ибупрофена в качестве жаропонижающих средств примерно одинакова и составляет 8–9% [6]. Противопоказания и возможное возникновение риска при применении ибупрофена, как и у других представителей этой группы ЛС, включают



гиперчувствительность, эрозивно-язвенные заболевания органов пищеварительного тракта, нарушение свертывания крови, желудочно-кишечное кровотечение, тяжелую почечную недостаточность, воспалительные заболевания кишечника, III триместр беременности, возраст до 2 лет (капсулы для приема внутрь), до 3 мес (суспензия для приема внутрь для детей), до 12 лет (капсулы и капсулы пролонгированного действия) [3].

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА

АСК широко применяется при различных простудных и ревматических заболеваниях в качестве противовоспалительного, жаропонижающего и анальгезирующего средства как самостоятельно, так и в сочетании с другими ЛС. Кроме того, при регулярном применении АСК значительно снижается риск возникновения инфаркта миокарда, а также рака толстой кишки.

Еще одной важной особенностью АСК является ее способность оказывать антиагрегационное действие, ингибировать спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов [3].

Противопоказаниями к применению АСК и других салицилатов являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также гастродуоденальные кровотечения, венозный застой (в связи с понижением резистентных свойств слизистой оболочки желудка), нарушения свертывания крови. Препараты АСК нельзя назначать детям до 12 лет при вирусных заболеваниях из-за риска развития синдрома Рея [2].

Для снижения вероятности ulcerогенного действия и желудочных кровотечений АСК и другие салицилаты следует принимать только после еды. Таблетки рекомендуется тщательно измельчать и запивать большим количеством жидкости (лучше молоком). В то же время есть сведения, что желудочное кровотечение может наблюдаться и при приеме АСК после еды. При длительном применении салицилатов следует учитывать возможность развития анемии, поэтому необходимо систематически проводить анализ крови и исследовать кал на наличие крови [3].

МЕТАМИЗОЛ

Отличительной чертой метамизола являются слабый противовоспалительный эффект, выраженное анальгезирующее, жаропонижающее и спазмолитическое действие в отношении гладких мышц мочевых и желчевыводящих путей. Эффект развивается через 20–40 мин после приема внутрь и достигает максимума через 2 ч [3].

Обезболивающий эффект усиливается при одновременном приеме с транквилизаторами, седативными препаратами, кодеином, блокаторами H_2 -гистаминовых рецепторов и пропранололом. Одновременное применение метамизола с другими ненаркотическими анальгетиками, трициклическими антидепрессантами, контрацептивными гормональными средствами и аллопуринолом может привести к усилению токсичности метамизола. Тиамазол и сарколизин повышают риск развития лейкопении при применении одновременно с метамизолом.

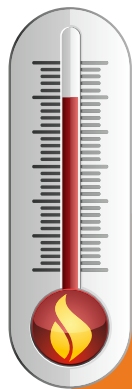
Метамизол с осторожностью применяют у детей в возрасте до 3 мес, при заболеваниях почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, в т.ч. в анамнезе) и длительном злоупотреблении этанолом.

Не рекомендуется внутривенное введение метамизола пациентам с систолическим АД ниже 100 мм рт. ст. или при нестабильности кровообращения (например, на фоне инфаркта миокарда, множественной травмы, начинающегося шока). Препарат противопоказан в период беременности и кормления грудью [3].

КОМБИНИРОВАННЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ-АНТИПИРЕТИКИ

В настоящее время выпускается целый ряд комбинированных препаратов, содержащих помимо анальгетиков-антипиретиков другие ЛС, которые усиливают их анальгезирующий эффект, повышают биодоступность и снижают риск нежелательных реакций [7].

К примеру, применение ацетаминофена в комбинации с кодеином фосфатом позволяет реализовать принцип мультимодальной (разнонаправленной) анальгезии,



Для устранения лихорадки при простудных заболеваниях наиболее часто применяются ацетилсалициловая кислота (АСК), ацетаминофен (парацетамол), метамизол и ибупрофен

рекомендованный специалистами ВОЗ для более эффективной борьбы как с острой, так и с хронической болью. Кодеин — противокашлевое средство, которое в рамках своих фармакологических механизмов снижает активность кашлевого центра. Поэтому данную комбинацию целесообразно использовать в ситуациях, когда лихорадка сопровождается непродуктивным кашлем [8].

В свою очередь, жаропонижающие препараты ацетаминофена в сочетании с пропиофеназоном и кофеином характеризуются высокой биодоступностью и быстрым развитием анальгезирующего эффекта. В то же время комбинация ацетаминофена, пропиофеназона, кофеина, фенобарбитала и кодеина фосфата при частом использовании, особенно в повышенной дозе, может вызывать ощущение усталости и сонливости, а также лекарственную зависимость.

Следует отметить, что применение комбинированных препаратов, содержащих фенилбутазон и аминафеназон, в большинстве стран запрещено [7].

Несмотря на то, что во многих странах существует негативное отношение к применению монопрепаратов, содержащих метамизол, в настоящее время его комбинированные лекарственные формы (несколько десятков) довольно активно используются, особенно при самолечении. В то же время следует помнить, что комбинация метамизола с питофеноном и фенпивериниумом противопоказана при глаукоме и аденоме предстательной железы [3].

Подготовила Александра Демецкая, канд. биол. наук

Литература

1. Барсукова М.В., Ключников С.О. Некоторые особенности применения жаропонижающих препаратов у детей // РМЖ Педиатрия. — 2012; 2.
2. Таточенко В.К. О безопасном применении жаропонижающих средств у детей // Детский Доктор. — 1999; 1.
3. Викторов А.П., Шевченко Т.Л., Кашуба О.В. Анальгетики-антипиретики: безопасность при медицинском применении // Здоровье Украины. — 2010; 9–10 (38):39–54.
4. Ушкалова Е.А. Выбор оптимального жаропонижающего средства в педиатрической практике // Лечащий врач. — 2012; 8.
5. Autret E et al. Evaluation of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever // Eur. J. Clin. — 1997; 51: 367–371.
6. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б. Жаропонижающие препараты в лечении инфекционных заболеваний у детей // Лечащий врач. — 2008. — 9.
7. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Нестероидные противовоспалительные средства (методическое руководство). Смоленск: СГМУ, 2000. — 54 с.
8. Пчелинцев М.В. Новые клинико-фармакологические аспекты симптоматической терапии ОРВИ и гриппа // РМЖ Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Избранные лекции для семейных врачей. — 2009; 14.