

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФЕНІСТИЛ» В КРАПЛЯХ ТА ГЕЛІ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ*

Ю.В. Марушко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. В роботі узагальнені дані щодо застосування препарату «Феністил» у педіатричній практиці. Показано фармакологічні властивості та клінічний досвід використання різних форм препарату — у вигляді крапель та гелю. Феністил — високоефективний та безпечний препарат, який може широко застосовуватися у дітей віком понад 1 місяць.

Ключові слова: алергія, харчова алергія, atopічний дерматит, діагностика, лікування, антигістамінні препарати, диметиндену малеат, Феністил.

Вступ

Алергічні захворювання стають глобальною медико-соціальною проблемою сучасності. Це обумовлено поширеністю та швидкими темпами зростання алергічних станів в усьому світі. Алергічна патологія може починатись уже в ранньому дитинстві та супроводжувати людину тривалий час або протягом всього життя. Для дітей раннього віку найбільш суттєвою є харчова алергія (ХА) з первинними шкірними проявами клінічної симптоматики. З урахуванням характеру патогенезу atopії, перші симптоми ХА у дитини можуть бути ознаками розвитку «алергічного маршруту»: atopічний діатез — atopічний дерматит — бронхіальна астма — алергічний риніт — дерматореспіраторний синдром. ХА в популяції реєструється на рівні 0,1–8,0% дітей, особливо тих, які мешкають у містах [1,3,14].

Сьогодні різні шкірні проблеми, що супроводжуються свербінням, є частою причиною звернення пацієнтів як до лікарів загальної практики (педіатрів, терапевтів, сімейних лікарів), так і до вузьких спеціалістів (дерматологів, алергологів). Клінічні прояви у вигляді нестерпного свербіж у висипань істотно погіршують якість життя пацієнтів і потребують активного та ефективного лікування, підбір якого можливо здійснити, володіючи знаннями з патогенезу та особливостей терапії. Шкірний свербіж супроводжує різні шкірні захворювання, найбільш поширеними з яких є atopічний дерматит і кропив'янка [12].

Atopічний дерматит (АТД) (синоніми: синдром atopічної екземи / дерматиту (САЕД), atopічна екзема, дитяча екзема, конституціональна екзема, нейродерміт, пруріго Бен'є) — алергічне захворювання шкіри, що виникає, як правило, у ранньому дитячому віці в осіб зі спадковою схильністю до atopічних захворювань, має хронічний рецидивний перебіг, вікові особливості локалізації і морфології вогнищ запалення, що характеризується шкірним свербінням та обумовлений гіперчутливістю як до алергенів, так і до неспецифічних подразників [12].

Встановлено, що АТД клінічно маніфестує у 75–81% дітей, якщо хворі обоє батьків, у 59% — якщо хворий тільки один із батьків, а інший має алергічну патологію дихальних шляхів, і у 56% — якщо хворий тільки один з батьків [11,16]. За даними різних джерел, АТД є найбільш поширеним шкірним захворюванням. Так, у дитячій дерматологічній практиці до 90% пацієнтів, які звертаються по консультацію, страждають на ті чи інші прояви АТД. Є загальна тенденція зростання числа випадків АТД у населення Землі. Причини збільшення захворюваності АТД різні і пов'язані з впливом алергенних і неалергенних екзогенних факторів у той чи інший період життя пацієнта. Загальна поширеність захворювання в розвинених кра-

їнах становить 15–20% серед дітей і 2–10% серед дорослих (Л.С. Намазова та співавт., 2006, А.А. Кубанова, 2008).

Клінічні прояви АТД та кропив'янки мають різну картину, однак підходи до діагностики (з метою виявлення всіх причинно-значущих і тригерних факторів) і терапії (обумовлені наявністю спільного провідного симптому — свербіж) — подібні (О.М. Курбачова, К.С. Павлова, 2011).

Сучасна діагностика алергічних станів, АТД та кропив'янки має на меті виявлення всіх причинно-значущих і тригерних факторів для подальшого обмеження їх впливу на організм. Пацієнти із сверблячими дерматозами потрапляють на консультацію до дерматологів, це дає правильний підбір зовнішньої терапії. Однак, враховуючи системність алергічних захворювань (загальний вплив алергенних факторів на організм, наявність супутньої алергопатології, зміни в імунній системі, що призводять до хронізації та прогресування алергічного запалення), з метою виявлення причинно-значущих алергенів і розробки тактики протиалергічного лікування цим пацієнтам показана консультація алерголога-імунолога. Алергологічне обстеження включає: збір алергоанамнезу, з 5 років при стабільному стані шкіри можлива постановка prick-тестів з atopічними алергенами, дослідження рівня загального IgE; визначення специфічних IgE антитіл до харчових, побутових, епідермальних, пилоквих, грибкових та бактеріальних алергенів (О.М. Курбачова, К.С. Павлова, 2011).

При загальноклінічному обстеженні (клінічний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі) можна виявити еозинofilію периферичної крові (непрямо може свідчити про наявність atopії, глистяної інвазії або грибкового ураження шкіри і слизових у пацієнта), гострі запальні реакції (важливо в диференціальній діагностиці кропив'янки), запідозрити функціональні порушення органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та наявність іншої супутньої патології.

Глистяні інвазії є одним з найпотужніших чинників сенсibilізації. Наявність гельмінтозу або лямбліозу здатна провокувати появу симптомів сверблячого дерматозу, а за наявності atopічного дерматиту — посилювати його перебіг.

Супутня патологія органів ШКТ (гастрит поверхневий або ерозивний, асоційований з *H. pylori*, виразкова хвороба шлунка або 12-палої кишки, кандидози слизової оболонки ротової порожнини і кишечника, дискінезія жовчовивідних шляхів, ферментопатія, дисбактеріоз кишечника тощо) в тій чи іншій мірі визначається у 70–90% хворих на АТД і кропив'янку.

Враховуючи можливу участь інфекційних агентів й аутоімунних процесів у патогенезі atopії, цим пацієнтам показано: проведення серологічної діагностики (гепатити

* Оpubлiковано «Современная педиатрия». — 2011. — №4(38).

А, В, С, вірус Епштейна—Барра та ін.), консультація інфекціоніста (за показаннями); пошук вогнищ хронічної інфекції; виключення аутоімунної патології, визначення компонентів комплементу і С1-інгібітора при кропив'янці (з метою виключення спадкового ангіоневротичного набряку).

Виснажливий свербіж істотно погіршує якість життя цих хворих і якість сну, знижує працездатність. Косметологічні дефекти шкіри посилюють психологічний дискомфорт пацієнтів з АТД і хронічною рецидивною кропив'янкою, обмежуючи пацієнтів у спілкуванні і порушуючи соціальну адаптацію. Невротизація цих хворих на тлі хвороби формує порочне коло патогенезу свербежу, посилюючи перебіг і призводячи до хронізації захворювання (О.М. Курбачова, К.С. Павлова, 2011) [12].

Лікування свербячих дерматозів залежить насамперед від клінічного діагнозу і наявності супутньої патології. Для гострих процесів з нетривалим і легким перебігом обсяг діагностики і терапії буде істотно відрізнятися від такого у разі тяжких рецидивних і торпідних до стандартної терапії дерматозів (Л.С. Намазова та співавт., 2006, А.А. Кубанова, 2008, Д.А. Касирова, 2010).

Елімінаційні заходи, спрямовані на мінімізацію впливу причинно-значущих алергенів і тригерних факторів, включають в себе розробку індивідуальної елімінаційної дієти і створення гіпоалергенних умов (більшою мірою це необхідно для хворих з побутовою, епідермальною та грибковою сенсibiлізацією).

Структура харчової сенсibiлізації у дітей раннього віку неоднорідна. Найчастіше алергенний характер для організму дитини в собі несуть казеїн коров'ячого молока; курячий білок, жовток курячого яйця; риба — хек, короп; м'ясо — свинина, яловичина, курка; морква; крупи — вівсяна, гречана, рисова; борошно пшениці; цитрусові; яблука; виноград тощо [5,18].

Значення грудного вигодовування для профілактики та захисту підростаючого організму дитини не визиває дискусії. У дітей з підвищеним ризиком розвитку атопії відлучення від грудного вигодовування є небезпечним в плані сенсibiлізації до харчових алергенів. За неможливості вигодовування материнським молоком використовуються гіпоалергенні формули на основі гідролізованих білків.

Основною метою терапії алергічних станів повинно бути зменшення виразності симптомів хвороби, забезпечення тривалого контролю над захворюванням шляхом запобігання або зниження тяжкості загострень і зміна природного перебігу захворювання [7].

Системна фармакотерапія АТД та кропив'янки включає: антигістамінні засоби (H1-блокатори); системні ГКС (дексаметазон, преднізолон, метилпреднізолон) у разі тривалого вираженого загострення поширених форм або важкого дифузного АТД при неефективності зовнішньої терапії та системні імунодепресанти (циклоспорин) при наполегливому перебігу АТД / кропив'янки і неефективності інших видів терапії. За наявності показань проводиться системна антибактеріальна (переважно макроліди) і протигрибкова (кетоконазол, флуконазол та ін.) терапія тощо [11,12,16].

Зовнішня лікувальна терапія включає в себе застосування різних мазей (Феністил гель тощо), топічних глюкокортикостероїдів, антибіотиків та інших засобів.

У випадку загострення симптомів ХА, АТД, кропив'янки патогенетичним є призначення антигістамінних препаратів. Оскільки гістамін є одним з основних медіаторів, які беруть участь у реакціях алергічної відповіді, у тому числі ХА, доцільним є застосування антигістамінних

препаратів з метою найшвидшої ліквідації патологічного процесу (Б.Г. Коганов та співавт., 2005).

Практично всі антигістамінні препарати (АГП) першого покоління, крім антагоністичної дії по відношенню до H1-рецепторів, блокують й інші рецептори, зокрема мускаринові, серотонінові (піперадини), допамінові (фенотіазини), що призводить до розвитку ряду побічних ефектів. Найбільш часто побічними ефектами є седатія, сонливість, запаморочення — внаслідок проникнення лікарських засобів через гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) і зв'язування там гістамінових рецепторів. Гістамін є важливим медіатором у тканині головного мозку, він бере участь у регуляції циклу сну і безсоння, загальноомозкової активності, психічних функцій і апетиту.

Ряд дослідників вважають позитивним наявність побічної седатії у АГП в терапії дерматозів, що супроводжуються порушенням сну.

Антигістамінні препарати — засоби, дія яких реалізується через зв'язування з рецепторами гістаміну на клітинах різних тканин. Дія антагоністів має зворотний характер. Відповідно до міжнародної класифікації АГП, прийнято ділити їх на седативні, або першого покоління (класичні), та неседативні, або другого покоління (С. Гуцало, 2007). Антигістамінні препарати 2 покоління широко застосовуються в алергологічній практиці.

Антигістамінним препаратом першої групи антагоністів з високою спорідненістю (афінністю) на рівні гістамінових H1-рецепторів є Феністил (диметиндену малеат), що забезпечує ефективність дії даного препарату.

Диметинден має антикінінову, седативну дію, сприяє значному зниженню підвищеної проникності капілярів. Використання седативного компоненту дії Феністилу є особливо необхідним при підвищеній збудливості дітей з алергічною патологією. Феністил має слабо виражену спорідненість до мускаринових рецепторів, в результаті чого при його застосуванні, на відміну від інших АГП, рідше виникають побічні ефекти холінолітичної дії — сухість в роті і горлі, збудливість, нудота (К.І. Бендер, А.Н. Лукцевич, 1998, М. Greaves, 1987). Невелика афінність Феністилу до α -адренорецепторів, з урахуванням відсутності кардіотоксичної дії, дає можливість використовувати препарат у пацієнтів з кардіологічними проблемами, яким протипоказано застосування інших АГП. Безпечність препарату установлює низький віковий ценз прийому Феністилу — у краплях можна використовувати вже з 1-місячного віку.

Слід підкреслити ряд принципових положень (групи пацієнтів і різні клінічні аспекти), при яких Феністил має пріоритетну значимість порівняно з різними формами АГП I і II поколінь (Т.М. Конишкова, 2005):

1. Хворі з атопічним дерматитом, екземою, нейродермітом та іншими захворюваннями, що супроводжуються сильним свербінням, в патогенезі якого, як відомо, певну роль відіграють центральні механізми. Помірний вплив Феністилу на ЦНС доповнює його виражену протиалергічну дію, чим посилює лікувальний ефект.

2. Хворі, у яких застосування АГП II покоління виявляється неефективним.

3. Хворі, у яких в результаті тривалого або повторного прийому найбільш поширених АГП I покоління розвинулася нечутливість до них (ефект тахіфілаксії).

4. Діти з місячного віку, хворі на різні форми алергічних захворювань (форма випуску — краплі для прийому всередину).

5. Всі АГП II покоління дозволені до застосування у дітей старше 2 років, а створені останніми роками — тіль-

Таблиця

Режим дозування Феністилу (краплі)*

Вік	Добова доза, крапель
1 міс. – 1 рік	10–30
1–3 роки	30–45
3–12 років	45–60
Діти старше 12 років, дорослі	60–120

Примітка: * 20 крапель = 1 мл = 1 мг диметиндену малеату.

ки з 12 років. Тому вибір АГП у цій віковій групі найбільш обмежений. У той час, як саме в цьому віці особливо часто зустрічаються алергічні реакції, пов'язані з харчовою, вакцинальною, лікарською алергією. Зокрема Феністил успішно використовується у дітей з перших місяців життя, що мають ризик поствакцинальних алергічних реакцій (перед вакцинацією і в поствакцинальному періоді).

За даними О.Б. Полосьянець (Інформація «Новартіс Консьюмер Хелс»), диметинден (Феністил) – найбільш близький (від 1 групи) до АГП II покоління, від АГП I покоління відрізняється значно меншою виразністю седативного і мускаринового ефекту, високою протиалергічною активністю і тривалістю дії.

За даними В.А. Ревакиної (НДІ харчування РАМН, 2011), до недоліків більшості АГП I покоління належить феномен тахіфілаксії (звикання), що вимагає зміни препарату кожні 7–10 днів, однак для диметиндену малеату (Феністил) показана ефективність протягом 20 днів без розвитку тахіфілаксії (С.Н. Kirchhoff et al., 2003).

Слід пам'ятати про взаємопотенціюючу дію препаратів I покоління з анальгетиками і антипіретиками, що дозволяє зменшити дози кожного препарату. Необхідно враховувати і антиблювотний (димедрол, піпольфен, клемастин, диметиндену малеат) ефекти при лікуванні гострозапальних і токсичних станів (Н.А. Коровина і соавтр., 2001).

За висновком В.А. Ревакиної (2011), перевагами АГП I покоління є: тривалий досвід застосування (протягом 70 років), достатня вивченість, можливість дозованого застосування їх у дітей грудного віку (для диметиндену малеату), при гострих алергічних реакціях на харчові продукти, лікарські препарати, укуси комах, при проведенні премедикації в хірургічній практиці.

Феністил®, як антигістамінний засіб, представлений в Україні двома фармакологічними формами – краплі та гель. Оральна форма – Феністил-краплі – може застосовуватися у дітей з 1-го місяця життя (табл.).

Феністил®-гель використовується для локальної терапії алергічних захворювань (контактна екзема, укуси комах, легкі термічні і сонячні опіки).

Феністил-гель, окрім антигістамінного, має ще і виражений місцевоанестезуючий ефект. Від інших протисверб'язних препаратів для зовнішнього застосування він відрізняється відсутністю запаху, не забруднює одяг і шкіру, що є важливим для профілактики піодермії [9].

За даними британських вчених F. Humphreys, S. Shuster (1997), диметинден достовірно ($p=0,02$) блокує дію гістаміну, що введений підшкірно, навіть в дозі 8 мг [21].

За узагальненими даними (Т.М. Конишкіна, 2005), успішність вилікування захворювань, що супроводжуються свербіжем, після перорального прийому Феністилу склала 74% [10]. У 66% випадків Феністил® показує гарну ефективність при лікуванні алергічного риніту.

Матеріали та методи дослідження

Нами (Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, 2008) проведено вивчення ефективності застосування препарату «Феністил» у дітей раннього віку з проявами харчової алергії [15].

Феністил призначався 28 дітям (16 хлопчиків і 12 дів-

чаток) у віці від 6 місяців до 3 років з проявами алергічної реакції на харчові продукти у вигляді алергічного дерматиту – 26 випадків, гострої кропив'янки – 2. Тривалість захворювання становила від 3 днів до 6 місяців. Всім пацієнтам проводили повне клініко-лабораторне обстеження з метою верифікації діагнозу. Супутня патологія виявлена у 15 дітей (у 8 – дисбактеріоз кишок, у 4 – диспанкреатизм, у 3 – аномалії жовчного міхура).

При обстеженні встановлена алергія на різноманітні харчові продукти. Переважала чутливість до наступних харчових алергенів: коров'яче молоко – 7 випадків, жовток курячого яйця – 6, соки – 6, цитрусові – 4, яблука – 2, томати – 2, огірки – 1.

Всім дітям з ХА проводилась терапія препаратом «Феністил» курсом від 4 до 14 днів. Добова доза Феністилу у дітей віком з 1 міс. до 1 року при пероральному використанні становила 10–30 крапель, з 1 року до 3 років – 30–45 крапель і вводилася за три прийоми; гель наносили на ушкоджені ділянки шкіри 2–4 рази на добу. Комплексна терапія ХА включала індивідуальну гіпоалергенну дієту, сорбенти, еубіотики; ферменти за необхідності.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно отриманих даних, лікування препаратом Феністил було ефективним у всіх дітей з ХА. У більшості випадків було достатньо застосування Феністилу в пероральній формі (12 хворих) у ситуаціях, коли помірні місцеві прояви алергії супроводжувались значним неспокоєм дитини, порушенням сну. Зовнішньо Феністил використовувався на обмежених ділянках при помірно вираженому шкірному синдромі (10 хворих). Комбінованого використання Феністилу (краплі+гель) вимагали ситуації з вираженою загальною та місцевою симптоматикою ХА.

Препарат «Феністил», як у вигляді крапель, так і у вигляді гелю, добре переносився дітьми, побічних наслідків його використання нами не встановлено.

За даними С.В. Кухтеріна (кафедра госпітальної педіатрії, Новосибірський державний медичний університет), Феністил є препаратом вибору, ефективний в лікуванні алергодерматозів у дітей (Інформація «Новартіс Консьюмер Хелс»).

Н.Ф. Дорохова, С.Г. Шмакова (НДІ педіатрії РАМН) застосовували Феністил у вигляді крапель у дітей з гострими респіраторними вірусними інфекціями на фоні обтяженого алергологічного анамнезу з проявами atopічного дерматиту. На фоні лікування краплями Феністил спостерігалось різке зменшення свербіжу, гіперемії та набряку шкіри. За рекомендаціям авторів, висока антигістамінна активність, швидке нівелювання симптомів алергодерматозів і добра переносимість дітьми наближають Феністил до ідеального препарату, який упевнено можна використовувати в амбулаторній практиці у малюків після першого місяця життя.

Ефективність застосування Феністилу (краплі, гель) при atopічному дерматиті, кропив'янці, харчовій алергії показана в ряді дослідницьких робіт – О.І. Ласиці та співавт., (2004), Т.М. Конишкової (2005), Ю.В. Марушка та Г.Г. Шефа (2009) та ін.

У дослідженні Werner Englisch end Carl-Peter Bauer (Novartis Consumer Health GmbH, Мюнхен, та дитяча клініка IVA Верхня Баварія, Гайссах) з використанням двох різних доз диметиндену малеату та плацебо вивчалися ефективність та переносимість диметиндену малеату (CAS 3614-69-5, DMM, Феністил®) у краплях при лікуванні свербіжу у дітей, що страждають на вітряну віспе. Це плацебо-контрольоване дослідження мало на меті довести загальну ефективність DMM при симптоматич-

ному лікуванні сверблячки у дітей з вітряною віспою, а також підтвердити рекомендовані дози препарату.

Подвійне сліпе рандомізоване плацебо-контрольоване багатоцентрове клінічне дослідження IV фази проводилося в паралельних групах з трьома групами лікування, у яке були включені 128 амбулаторних пацієнтів європейської раси у віці від 1 до 6 років. Дослідження проводилося в 12 педіатричних центрах у Німеччині, відповідно до Європейського керівництвом по GCP, державного закону захисту даних і при дотриманні державних та європейських приміток до керівництва, а також Гельсінської Декларації та її поправок.

Пацієнти методом випадкової вибірки були розподілені в одну з трьох груп. Пацієнти в різних групах отримували або DMM краплі в концентрації 1 мг/мл (DMM 1, серія #V8A), або 0,5 мг/мл (DMM 0,5, серія #V9A), або плацебо (серія #V10). Кількість крапель, яку вони повинні були приймати, відповідали масі тіла пацієнтів. В результаті дозування DMM склала 0,1 мг/кг на добу у 0,05 мг/кг на добу відповідно.

За демографічними даними у 128 пацієнтів в DMM 1 групи, DMM 0,5 групи і групи плацебо середній вік склав 3,7, 3,6 і 4,0 року відповідно, при розкиді від 1 до 6 років у всіх групах. Середня маса тіла пацієнтів становила 17,3 кг, 17,5 кг і 18,4 кг відповідно, при розкиді від 10 до 35 кг. Середній зріст дітей становив 104,7 см, 104,0 см і 106,7 см відповідно, при розкиді від 75,0 см до 126,0 см.

В групі DMM 1 був 41 пацієнт (15 хлопчиків і 26 дівчаток), в групі DMM 0,5 було 42 пацієнти (18 хлопчиків та 24 дівчинки), і в групі плацебо було 45 пацієнтів (22 хлопчика та 23 дівчинки).

Лікування пацієнтів було заплановано на один тиждень (8 ± 2 днів), відповідно до природної зміни інтенсивності відчуття свербіж, викликаного інфекцією VZV. Лікування починалося в межах 24 годин після включення в дослідження. Усі дослідники були педіатрами. Вони повинні були виключити всіх дітей, які страждали на свербіння, не обумовлене VZV-інфекцією, і всі складні випадки.

Пацієнти зустрічалися з дослідником двічі. При включенні у дослідження (візит 1) і в кінці фази лікування (візит 2) дослідник проводив загальний огляд кожного пацієнта і оцінював свербіж, сліди від розчосів і суперінфекції на шкірі. Наприкінці участі пацієнта в дослідженні дослідник також оцінював загальну ефективність і переносимість певних препаратів.

У групі DMM 1 вивчаємий препарат приймали в середньому протягом 6,3 днів, в групі DMM 0,5 протягом 6,0 днів і в групі плацебо протягом 6,2 днів відповідно. Аналізи за наміром лікуватися і за протоколом дали однакові результати за основним критерієм ефективності, який являє собою зміну бальної оцінки важкості свербіння в

кінці періоду лікування порівняно з початковим рівнем. Лікування обома концентраціями препарату DMM, DMM 1 і DMM 0,5 за зниженням важкості свербіжу статистично значимо перевищувало лікування плацебо ($p=0,03$ і $0,01$ відповідно). Статистично достовірних відмінностей між двома групами лікування препаратом DMM не було, але в групі DMM 0,5 спостерігався трохи кращий ефект, ніж у групі DMM 1.

Додаткові критерії ефективності, засновані на щоденниках пацієнтів, заповнених батьками, виявили перевагу активного лікування DMM над плацебо щодо свербіння, починаючи з третього дня і далі, щодо порушень сну і апетиту — з другого дня і далі. Оцінки дослідника не виявили відмінностей між групами лікування щодо свербіння (день 1 і день 8), глибини слідів від розчосів і суперінфекції на шкірі, але щодо кількості слідів від розчосів перевага була у групі DMM 0,5.

Загальна оцінка ефективності, що проводилася дослідником в кінці дослідження, виявила значну перевагу групи DMM 0,5 (критерій Манна–Вітні 0,60; $p=0,04$, U-тест, односторонній).

Аналіз безпеки, проведений авторами, виявив у цілому побічні ефекти, пов'язані з препаратом, у 2 пацієнтів. Це були випадки сильної слабкості, які були розцінені як ймовірно або дуже ймовірно пов'язані з досліджуванним препаратом. Обидва пацієнти належали до групи DMM 1. Всі інші побічні ефекти були відображенням специфічних симптомів вітряної віспи і не були розцінені як пов'язані з досліджуванним препаратом. Серйозних побічних ефектів не було. Оцінка безпеки, виконана дослідником, не виявила жодних відмінностей між групами лікування, і була визначена як добра або відмінна у 121 з 128 пацієнтів.

За результатами дослідження, відносно основного параметра ефективності — зниження бальної оцінки важкості свербіння — обидві групи активного лікування (DMM 1 і DMM 0,5) статистично значимо перевершують плацебо. Це дозволяє зробити висновок про те, що обидва дозування препарату DMM є сильними й ефективними терапевтичними підходами для зменшення відчуття свербіж у дітей, які страждають на вітряну віспу. Беручи до уваги доведену відмінну переносимість, яка відповідає багаторічному досвіду застосування цього препарату, особливо в педіатрії, можна констатувати, що цим дослідженням підтверджується раніше запропонований стандартний лікувальний режим даного захворювання.

Висновки

Таким чином, Феністил — вискоєфективний та безпечний препарат, який може широко використовуватися у педіатричній практиці у дітей віком понад 1 місяць. У дітей, які страждають на алергічні реакції, можливе сумісне вико-

ЛІТЕРАТУРА

- Акопян А. З. Распространенность аллергических заболеваний в г. Киеве по программе ISAAC / А. З. Акопян // Имунол. та алергол. — 1999. — № 3. — С. 11.
- Антигистаминные препараты в практике детского врача : рук-во для врачей / Коровина Н. А., Чебуркин А. В., Захарова И. Н. [и др.]. — М., 2001. — 48 с.
- Балаболкин И. И. Пищевая аллергия у детей / И. И. Балаболкин // Аллергология. — 1999. — № 1. — С. 12—18.
- Бендер К. И. Фармакокинетика антигистаминных препаратов / К. И. Бендер, А. Н. Лукцевич. — М., 1998.
- Гомберг М. А. Атопический дерматит (обзор литературы) / М. А. Гомберг, А. М. Соловьев, В. А. Аковбян // РМЖ. — 1998. — № 20. — С. 1328—1335.
- Гуцало Є. Современные представления об аллергии. Зиртек в лечении аллергических заболеваний / Є. Гуцало // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. — 2007. — № 3 (08). — С. 58—67.
- Кассирова Д. А. Применение крема с Дерма-Мембранной Структурой при атопическом дерматите // РМЖ. — 2010. — 12 — №777.
- Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов (РОДВ) / под ред. А. А. Кубановой. — М. : Дэкс-Пресс, 2008.
- Коган Б. Г. Современная терапия аллергических дерматозов / Б. Г. Коган, В. Б. Терлецкий, Р. В. Терлецкий // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2005. — № 3. — С. 22—24.
- Коньшкіна Т. М. Место Фенистила (диметиндена малеата) — антигистаминного препарата I поколения — в современной терапии аллергических заболеваний / Т. М. Коньшкіна // Ремедиум Поволжья. — 2005. — № 3.
- Кочергин Н. Г. Основные аспекты патогенеза, клиники и современной терапии атопического дерматита : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н. Г. Кочергин. — М., 2001.
- Курбачева О. М. Принципы диагностики и лечения больных с кожными проблемами, сопровождающимися зудом / О. М. Курбачева, К. С. Павлова // РМЖ — 2011 — 11 — №.682.
- Ласица О. И. Опыт применения препарата «Фенистил» у детей с алергодерматозами / О. И. Ласица, Н. Ю. Яковлева, В. Т. Леуш // Совр. педиатрия. — 2004. — № 2 (3). — С. 61—64.
- Ласица О. И. Современные аспекты фармакотерапевтического воздействия на течение аллергического марша / О. И. Ласица, Е. Н. Охотникова, М. Ю. Гудзий // Совр. педиатрия. — 2006. — № 3 (12). — С. 56—61.
- Марушко Ю. В. Ефективність застосування препарату Феністил у дітей раннього віку з харчовою алергією / Ю. В. Марушко, Г. Г. Шеф // Совр. педиатрия. — 2008. — № 4 (21). — С. 182—183.
- Намазова Л. С. Атопический дерматит у детей — проблемы и решения / Л. С. Намазова, Н. И. Вознесенская, Л. П. Мазитова // РМЖ. — 2006. — № 14 (19). — С. 44—49.
- Ревякина В. А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Дискуссионные вопросы. Взгляд врача на привычные препараты / В. А. Ревякина // Лечащий врач. — 2011. — № 4. — С. 13—18.
- Ревякина В. А. Роль этиологически значимых аллергенов в развитии атопического дерматита у детей / В. А. Ревякина // Аллергология. — 1998. — № 4. — С. 15—20.
- Effects of dimethindene maleate nasal spray on the quality of life in seasonal allergic rhinitis / Kirchhoff C. H., Kremer B., Haaf-von Below S. [et al.] // Rhinology. — 2003. — Sep. — Vol. 41(3). — P. 159—166.
- Greaves M. Advances in Dermatology : reports from XII World Congress / M. Greaves. — Berlin, 1987.
- Humphreys F. Dimethindene maleate significantly reduces weal reactions induced by intradermal histamine / F. Humphreys, S. Shuster // Br. J. Clin. Pharmacol. — 1987. — № 23. — P. 234—236.
- Leung D. Y. M. Food allergy / D. Y. M. Leung, A. Bock // Medical / scientific update. — 1992. — Vol. 10 (7). — P. 1024—1028.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФЕНИСТИЛ» В КАПЛЯХ И ГЕЛЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю. В. Марушко

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев

Резюме. В работе обобщены данные относительно применения препарата «Фенистил» в педиатрической практике. Показаны фармакологические свойства и клинический опыт применения разных форм препарата — в виде капель и геля. Фенистил — высокоэффективный и безопасный препарат, который может широко применяться у детей, начиная с месячного возраста.

Ключевые слова: аллергия, пищевая аллергия, атопический дерматит, диагностика, лечение, антигистаминные препараты, диметиндена малеат, Фенистил.

EXPERIENCE OF USE OF «FENISTIL» IN THE FORM OF DROPS AND GEL IN PEDIATRIC PRACTICE

Marushko Yu.V.

A.A. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Summary. The data about the use of «Fenistil» in pediatric practice is summarized in the work. The pharmacological properties and clinical experience with different forms of the drug — in the form of drops and gels are shown. Fenistil — a highly effective and safe preparation that can be widely used in children from the first year of life.

Key words: allergy, food allergy, atopic dermatitis.

Сведения об авторах:

Марушко Юрий Владимирович — д-р мед. н., проф. каф. педиатрии №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца.
Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. 483-91-96