



# Хлоропирамин (Супрастин): НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТРАДИЦИОННЫХ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Э.В. Супрун – д.м.н., профессор  
Кафедра общей фармации и безопасности лекарств  
Института повышения квалификации специалистов  
фармации, Национальный фармацевтический  
университет, г. Харьков

**Аллергические заболевания представляют собой актуальную проблему современности, значение которой будет только возрастать в будущем. Одним из наиболее распространенных является аллергический ринит – интермиттирующее или постоянное воспаление слизистой оболочки носа и его пазух, вызываемое причинно-значимым аллергеном. Клинически аллергический ринит (АР) проявляется назальными симптомами: отек, затруднение носового дыхания, гиперсекреция и выделения из носа, зуд и жжение в полости носа. Аллергический ринит является одним из проявлений поллиноза. Поллиноз – это аллергическое заболевание, вызываемое пыльцой растений и имеющее четкую сезонность, совпадающую с периодами цветения различных растений.**

*Cujusvis hominis est errare; nullius, nisi insipientis in errore perseverare.*

*Каждому человеку свойственно ошибаться, но только глупцу свойственно упорствовать в ошибке.*

**Цицерон**

Часто врач сталкивается с уже осложненным ринитом (поллиноз, синусит, поллиноз, бронхиальная астма). По данным статистики, у 80% больных с бронхиальной астмой (БА) диагностируется АР, в то же время БА развивается у 50% пациентов с аллергическим ринитом. Поэтому достижение контроля за симптомами АР и его поддержание является одной из самых важных задач современной медицины и фармации.

Согласно рекомендациям современного соглашения EAACI (Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии) / ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) и локальных Протоколов, АР подразделяется на:

1. **сезонный** (САР) или **интермиттирующий** (ИАР) – пыльцевой или грибковый;
2. **круглогодичный** (КАР) или **персистирующий** (ПАР) – бытовой; эпидермальный или пищевой.

Сезонным АР считают заболевание, при котором сим-

птомы беспокоят больного менее 4 дней в неделю и менее 4 недель в год. Круглогодичным АР считают заболевание, при котором симптомы встречаются более 4 дней в неделю и более 4 недель в год.

Причиной САР является сезонное появление аллергенных частиц в воздухе (пыльца растений, споры простейших грибов), для КАР наиболее значимыми аллергенами являются клещи домашней пыли и перхоть домашних животных.

По тяжести заболевания выделяют **варианты течения АР** – легкое; среднетяжелое; тяжелое течение. При **легком течении АР** не наблюдается явного отрицательного влияния на общее состояние пациентов, трудоспособность или отдых, т.е. не нарушается сон и дневная активность, работоспособность, занятия спортом и обучение в школе, поэтому прием лекарственных средств требуется эпизодически. **Среднетяжелое течение АР** отличается более выраженными симптомами, которые ликвидируются при курсовом использовании соответствующих лекарственных средств. При **тяжелом течении АР** отмечается нарушение сна и дневной активности, что мешает занятиям спортом, снижает работоспособность и успеваемость в школе. При этом применение лекарственных средств не влияет (или влияет незначительно) на клинические проявления и не улучшает качество жизни больных,

при этом возможно присоединение осложнений.

**Клинические проявления АР** характеризуются 4 классическими назальными симптомами (возможно наличие только нескольких из перечисленных):

- щекотание в носу;
- приступообразное чихание;
- водянистые выделения из носа (ринорея);
- заложенность носа.

К назальным симптомам нередко присоединяются глазные симптомы (зуд, слезотечение, проявления конъюнктивита) и общие: головная боль, снижение обоняния, реже – чувство распирания и боли в придаточных пазухах носа, уха, снижение слуха, изменение голоса, частые фаринготрахеиты, снижение внимания и работоспособности. Характерен вид больного, растирающего кончик носа ладонью (симптом называют «Аллергический салют»). При осмотре у пациентов часто выявляют классические симптомы, такие как приоткрытый рот, темные круги под глазами, возникающие из-за стаза в периорбитальных венах в результате постоянно нарушенного носового дыхания («аллергические очки»), «шмыганье» носом и покраснение кожи вокруг крыльев носа.

Тяжесть заболевания и степень клинических проявлений зависят от концентрации аллергена и его структурной принадлежности. Ча-

сто единственной жалобой может быть заложенность носа, из-за чего возникают проблемы носоглотки и появляются храп, отит, сухой кашель (преимущественно в утренние часы), носовые кровотечения у детей. Часто пациенты с АР жалуются на повышенную утомляемость, головную боль, сердцебиение и потливость. Могут наблюдаться также дисфункции слуховой трубы и синуситы. При тяжелом течении у некоторых больных определяется скрытый бронхоспазм. У 30–70% больных с АР развивается бронхиальная астма.

### Особенности АР у детей

Отмечаются стертые признаки ринита или риносинусита (особенно в дошкольном возрасте), без классических приступов чихания и обильных выделений из носа на фоне затруднения носового дыхания из-за отека носовых раковин и щекотания в носу. У детей школьного возраста возможно протекание АР так же, как у взрослых. Часто отмечается присоединение вторичной инфекции, при этом типичные признаки АР меняются, что может затруднять постановку диагноза. Также у детей АР часто сочетается с аденоидами, что способствует вторичному инфицированию синусов, а также с аллергическими проявлениями в гортани (особенно уязвимы ткани пространства, расположенного под голосовыми складками). Именно у маленьких детей на фоне АР может возникнуть такое опасное заболевание, как подскладочный ларингит (круп).

### Лечение АР

Ведущие специалисты мира считают, что терапия АР должна быть комбинированной и включать как специфическую иммунотерапию (СИТ) аллергенами, так и фармакотерапию, при этом в зависимости от характера течения заболевания у конкретного больного, его тяжести и давности последовательность компонентов лечения должна меняться. Важнейшей целью фармакотерапии АР является 24-часовой



контроль симптомов заболевания. Так как в развитии АР значительную роль играет гистамин, важное место в лечении больных, страдающих АР, отводится антигистаминным препаратам.

В основе АР лежит IgE-опосредованная аллергическая реакция первого типа на повторный контакт с аллергеном с развитием аллергического воспаления. Главными действующими «лицами» аллергического воспаления, которые определяют раннюю и позднюю фазы воспаления, выступают тучные клетки, эозинофилы, базофилы, лимфоциты и эндотелиальные клетки. При первом попадании в организм значимых аллергенов происходит выработка аллергенспецифического IgE (например, к клубнике), который фиксируется на высокоаффинных рецепторах тучных клеток (тканевых базофилах), локализующихся в слизистой оболочке носа – это иммунологическая стадия. При повторном контакте с этим аллергеном наступает его связывание с IgE, фиксированным на тканевых базофилах, что запускает активацию и последующую дегрануляцию тучных клеток с выделением в межклеточное вещество огромного количества медиаторов аллергии и воспаления – гистамина, лейкотриенов, простагландинов, брадикинина, тромбоцитарноактивирующего фактора и др. Именно эти медиаторы и способствуют развитию симптомов острого ринита. Новый контакт с аллергеном только усиливает активность аллергического воспаления. Поэтому остро развившееся воспаление имеет все шансы приобрести затяжной и даже хронический характер. Таким образом, ключевым звеном в развитии аллергического воспаления являются указанные медиаторы, в первую очередь **гистамин**.

Этот медиатор способен оказывать влияние на дыхательные пути (вызывая отек слизистой носа, бронхоспазм, гиперсекрецию слизи), кожу (зуд, уртикарно-гиперемическую реакцию), желудочно-кишечный тракт (кишечные колики, стимуляцию желудочной секреции),



сердечно-сосудистую систему (расширение капилляров, повышение проницаемости сосудов, гипотензию, нарушение сердечного ритма), гладкую мускулатуру (спазм).

Наиболее важным в механизме действия **антигистаминных препаратов (АГП)** считается блокирование  $H_1$ -рецепторов клеточных мембран по принципу обратной конкуренции с гистамином. В результате гистамин освобождается в очаге аллергического воспаления, но не имеет возможности связываться с заблокированным  $H_1$ -рецептором, а значит поддержать или развить данный процесс. При этом активность воспалительного процесса в очаге снижается и создаются условия для выздоровления пациента и ремиссии аллергического заболевания.

Антигистаминные препараты (антагонисты  $H_1$ -рецепторов) представляют собой азотистые основания, содержащие алифатическую боковую цепь (как и в молекуле гистамина) замещенного этиламина, обеспечивающую противогистаминную активность. Боковая цепь присоединена к одному или двум циклическим или гетероциклическим кольцам, в качестве которых могут выступать пиридин, пиперидин, пирролидин, пиперазин, фенотиазин, имидазол. Присоединение боковой цепи осуществляется через «соединительный» атом (X) азота, углерода или кислорода. В отличие от гистамина атом азота в группе



этиламина является двузамещенным (R1 и R2).

Первый антигистаминный препарат был внедрен в клиническую практику терапии аллергических заболеваний в 1942 г. С этого времени список данных средств постоянно пополняется, синтезируются новые соединения блокаторов  $H_1$ -гистаминовых рецепторов. В последние годы они нашли широкое применение в фармакотерапии не только аллергических заболеваний. Эти препараты используются в терапии псевдоаллергических реакций, комплексном лечении острых респираторных вирусных инфекций у детей-атопиков, при введении рентгеноконтрастных средств, переливании крови и кровезаменителей, в терапии острых состояний аллергии и особенно анафилаксии. В некоторых случаях антигистаминные препараты применяются для профилактики побочных эффектов вакцинации. Несмотря на столь длительный опыт и широкое использование данных препаратов в клинической практике, постоянно возникает ряд вопросов, касающихся

ся их применения, что возобновляет интерес к ним.

Одним из важнейших вопросов, касающихся антигистаминных препаратов, является их классификация, предложенная Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии (ЕААСИ, 2003). По этой классификации все антигистаминные препараты делятся на препараты «классические» («старые») и «нового» поколения. Следует заметить, что данное деление не вполне корректно, поскольку у большинства врачей создается мнение, что «классическое» хуже «нового». На самом деле не существует «плохих» или «хороших» антигистаминных препаратов. Они различны по механизмам действия, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, а выбор врачом наиболее подходящего препарата для пациента определяется конкретной клинической ситуацией, его знаниями характеристики препарата и опытом применения.

В клинической практике по-прежнему используются термины «АГП 1-го поколения» и «АГП 2-го поколения». В основе такого разделения лежит их способность вызывать седативный эффект. Препараты 1-го поколения хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер и взаимодействуют с  $H_1$ -гистаминовыми рецепторами в коре головного мозга, обуславливая развитие седативного эффекта и блокируя физиологический эффект эндогенного гистамина. Седативный эффект может варьировать от легкой сонливости до глубокого сна.

АГП 1-го поколения («классические») в настоящее время занимают прочные позиции в аллергологической практике, особенно в педиатрии и гериатрии. Наличие инъекционных форм данных ЛС делает их незаменимыми в острых и неотложных ситуациях. Преимуществами АГП 1-го поколения являются: длительный опыт (в течение 70 лет) применения и постоянное получение на основании этого опыта новых клинических

данных по дифференцированному подходу к их назначению, хорошая изученность, возможность их использования у детей грудного возраста в соответствующих дозах, при острых аллергических реакциях на пищевые продукты, ЛС, укусы насекомых, при проведении премедикации в хирургической практике. Эти препараты остаются ЛС широкого клинического применения благодаря относительно низкой стоимости.

Одним из ярких представителей  $H_1$ -антагонистов 1-го поколения является Супрастин (хлоропирамин) – производное этилендиамина, блокатор  $H_1$ -рецепторов гистамина с периферической холиноблокирующей активностью. Супрастин быстро (спустя 15 минут после приема внутрь) устраняет острые проявления аллергии, действует 6–7 часов, обладает хорошим профилем безопасности. Оказывает умеренное седативное и выраженное противозудное действие. Обладает противорвотным эффектом, периферической антихолинергической активностью, умеренными спазмолитическими свойствами.

Побочные эффекты возникают, как правило, крайне редко, носят временный характер и проходят после отмены препарата.

Супрастин (хлоропирамин) является классическим антигистаминным препаратом первого поколения, обладающим выраженным антигистаминным и М-холинолитическим эффектами. В последние годы появились новые данные о механизмах действия хлоропирамина, благодаря которым он нашёл широкое применение в практике врачей различных специальностей. Так, в 2003 г. был опубликован мета-анализ сравнительных исследований по изучению седативного действия  $H_1$ -блокаторов второго и первого поколений, по результатам которого разница по частоте седативного действия между антигистаминными препаратами первого и второго поколений не является столь существенной,

как считалось ранее. Данные 18 клинических исследований показали, что результаты исследований значительно варьировали, причём уровень седации в некоторых исследованиях у препаратов первого поколения был ниже, чем в группе пациентов, принимавших плацебо, или в другой группе, где в лечении использовались антигистаминные препараты второго поколения.

Появились новые данные по фармакокинетике антигистаминных препаратов первого поколения: в частности, было доказано, что скорость наступления выраженного антиаллергического эффекта максимальная именно у хлоропирамина – уже через 15 минут Супрастин предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций.

Препарат особенно эффективен при кожных проявлениях аллергии, он купирует выраженный кожный зуд, что уменьшает вероятность усиления сосудистого отека, а также риск присоединения вторичной бактериальной инфекции, возникающей при расчесывании больным кожных покровов.

Кроме того, появились публикации об эффективности Супрастина при других патологиях, например, при таких состояниях, когда назначение этого препарата является патогенетически обоснованным.

**ОРВИ.** В отличие от  $H_1$ -блокаторов второго поколения и препаратов первого поколения, не обладающих холинолитической активностью (мебгидролин и хифенадин), механизм действия хлоропирамина связан как с его способностью блокировать  $H_1$ -гистаминовые рецепторы, так и с конкурентным антагонизмом по отношению к мускариновым рецепторам, которые опосредуют парасимпатическую стимуляцию секреции назальных желез и вазодилатацию. Кроме того, благодаря способности проникать через гематоэнцефалический барьер, Супрастин оказывает влияние на рецепторные образования продолговатого мозга и гипоталамуса и воздействует на

центр чихания, блокируя парасимпатический каскад в отношении назальных желез и сосудов. Именно потому хлоропирамин эффективно уменьшает такие симптомы ринита, как отёк слизистой оболочки и заложенность носа, ринорею, зуд и чихание при ОРВИ.

Назначение хлоропирамина дважды в день в возрастной суточной дозе в течение пяти дней уже на второй день приёма уменьшает заложенность и выделения из носа, чихание. На четвёртые-пятые сутки лечения хлоропирамином практически восстанавливается носовое дыхание, прекращаются выделения из носа, чихание и зуд в носу. Проведённый анализ динамики заболевания в сопоставимых по полу, возрасту и характеру патологического процесса группах показал, что у пациентов, получающих Супрастин, симптомы ринита регрессируют в 1,6–2,3 раза быстрее, по сравнению с группой пациентов, получавших витамины и растительные препараты. На фоне купирования проявлений ринита происходит улучшение общего состояния пациента, снижается интенсивность болей в горле, уменьшается выраженность кашлевого синдрома, обусловленного затеканием в гортань и трахею отделяемого из носовой полости. Также применение Супрастина позволяет в определённых случаях избежать использования назальных сосудосуживающих препаратов, которые при продолжительном применении могут явиться причиной медикаментозного ринита. Пациентам, уже использующим назальные деконгестанты, удаётся значительно снизить кратность их применения (на 40%).

**Бронхиальная астма.** Вопрос о возможном применении антигистаминных препаратов при бронхиальной астме (БА) возник вскоре после их внедрения в клиническую практику (1940–1950 гг.): их стали применять при любых аллергических процессах, включая БА. Однако вскоре появились работы, не только указывающие на отсутствие клинического эффекта антигистаминных препаратов при БА, но и вызываю-

щие ухудшение состояния больных, затрудняя отделение мокроты (1950–1955 гг.). Сегодня позиция Американской академии аллергии и иммунологии в отношении использования антигистаминных препаратов при лечении БА такова: не являясь препаратами первой линии, препараты тем не менее не противопоказаны больным с бронхиальной астмой с сопутствующими аллергическими заболеваниями (например, с аллергическим ринитом). В последние годы стало известно, что многие



антигистаминные препараты, в том числе оказывающие двойное (холинолитическое и антигистаминное) действие, при применении у больных с БА дают положительный эффект в связи с их бронхолитическими свойствами. Кроме этого, БА у детей до пятилетнего возраста сопровождается гиперсекрецией мокроты, связанной с физиологическими особенностями раннего возраста. В такой ситуации многие практикующие врачи рекомендуют использовать Супрастин для уменьшения выделения мокроты.

**Атопический дерматит и другие зудящие аллергодерматозы.** Мучительный кожный зуд, возникающий в таких ситуациях, существенно снижает качество жизни, нередко являясь предпосылкой бессонницы и развития невротических расстройств. В таких случаях

оказывается полезным седативный эффект АГП 1-го поколения. Ведущий американский дерматолог, профессор Гарвардского университета Т. Фицпатрик также рекомендует при выраженном зуде отдавать предпочтение антигистаминным препаратам с седативным действием. При лечении пациентов с данной патологией можно сочетать хлоропирамин с антигистаминными препаратами второго поколения, например, с цетиризином (Эролин, Эгис, Венгрия).

По мнению французского аллерголога Алана Дидье, для лечения аллергии является необходимым не только антигистаминное, но и антихолинергическое действие, которое блокирует позднюю фазу анафилактической реакции (отсутствует у селективных антигистаминов, например, у цетиризина).

**Профилактика острого подскладочного ларингита («ложный круп»)** у детей при острых респираторных инфекциях. Супрастин как антигистаминный препарат назначается при острых респираторных вирусных инфекциях, поскольку в механизме развития отёка слизистой оболочки гортани, особенно при «ложном крупе», аллергический компонент играет важную роль. Кроме того, хлоропирамин обладает М-холинолитическим эффектом, за счёт которого он также

# Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства СУПРАСТИН®

УТВЕРЖДЕНА Приказом председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 03.12.2014 г. № 822

**Торговое название** Супрастин®

**Международное непатентованное название** Хлоропирамин

**Лекарственная форма** Таблетки

**Состав** Одна таблетка содержит активное вещество – хлоропирамина гидрохлорид 25 мг,

**вспомогательные вещества:** лактозы моногидрат, крахмал картофельный, натрия карбоксиметилкрахмал (тип А), тальк, желатин, кислота стеариновая.

**Описание** Белые или серовато-белые таблетки в виде диска с фаской, с гравировкой «SUPRASTIN» на одной стороне и риской – на другой стороне таблетки, без или почти без запаха.

**Фармакотерапевтическая группа** Антигистаминные препараты системного действия. Этилендиамины замещенные. Хлоропирамин. Код АТХ R06AC03

**Фармакологические свойства** **Фармакокинетика** После приема внутрь хлоропирамин быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Его терапевтический эффект развивается в течение 15-30 минут после приема внутрь. Хорошо распределяется в организме, включая центральную нервную систему. Связывание с белками плазмы – 7,9%. Пик связывания отмечен при pH 7,4. Метаболизируется в печени. Выводится преимущественно почками в виде метаболитов. У детей выведение препарата происходит быстрее, чем у взрослых пациентов.

У пациентов с нарушением функции печени и почек метаболизм хлоропирамина понижается, поэтому может возникнуть необходимость понижения дозы.

**Фармакодинамика** Хлоропирамин – хлорированный аналог трипеленамина (пирибензамина) – антигистаминный препарат первого поколения, принадлежащий к группе этилендиаминовых антигистаминных препаратов. Результаты доклинических и клинических исследований указывают, что также как и трипеленамин, хлоропирамин может эффективно применяться для лечения сенной лихорадки и других аллергических заболеваний. Максимальный эффект развивается в течение 1 часа и продолжается примерно 3-6 часов.

**Показания к применению** Аллергические заболевания, в т.ч. крапивница, сезонный аллергический ринит, аллергические конъюнктивиты, пищевая и лекарственная аллергия; аллергические реакции на укусы насекомых; контактный дерматит, дерматографизм; адрювантная терапия системной анафилактической реакции и ангионевротического отека

**Способ применения и дозы** Таблетки следует принимать во время еды, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости.

Взрослым: рекомендуемая доза – 25 мг (1 таблетка) 3-4 раза в сутки, при необходимости суточную дозу увеличивают до 100 мг (4 таблетки).

Детям в возрасте: 1-6 лет: по ¼ табл. (6,25 мг) 3 раза в сутки или ½ табл. (12,5 мг) 2 раза в сутки (в растертом виде до порошка); 6-14 лет: по ½ табл. (12,5 мг) 2-3 раза в сутки.

Дальнейшая терапия и/или увеличение дозы в значительной степени определяются реакцией пациента и наличием побочных эффектов.

Максимальная суточная доза не должна превышать 2 мг/кг массы тела.

При анафилактическом шоке или острой тяжелой аллергической реакции лечение рекомендуется начать с осторожной медленной внутривенной инъекции Супрастина, после чего продолжать внутримышечные инъекции, затем перейти на прием препарата внутрь.

**У пациентов пожилого возраста и истощенных больных** применение препарата Супрастин требует особой осторожности, так как у этих пациентов антигистаминные препараты чаще вызывают побочные эффекты

(головокружение, сонливость, снижение артериального давления).

**При нарушении функции печени** может потребоваться снижение дозы в связи со снижением метаболизма активного компонента препарата при заболеваниях печени.

**При нарушении функции почек** может потребоваться изменение режима приема препарата и снижение дозы в связи с тем, что активный компонент в основном выделяется через почки.

**Продолжительность лечения:** Продолжительность лечения зависит от характера симптомов, времени и их проявления.

**Побочные действия** **Редко** ( $\geq 1/10\ 000$  и  $<1/1000$ ) Лейкопения, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, другие дискразии со стороны системы крови

**Очень редко** ( $<1/10\ 000$ ) Аллергические реакции; седативный эффект, утомляемость, головокружение, атаксия, тремор, нервное возбуждение, судороги, головная боль, эйфория, энцефалопатия; повышение внутриглазного давления, приступ глаукомы, нарушения остроты зрения; артериальная гипотензия, тахикардия, аритмия; потеря аппетита (анорексия) или повышение, неприятные ощущения или боль в эпигастральной области, сухость во рту, тошнота, рвота, диарея, запор; фотосенсибилизация; миопатия; затрудненное мочеиспускание, задержка мочи. При назначении препарата следует учитывать возможность развития седативных побочных реакций.

**Противопоказания** Повышенная чувствительность к активному или другому вспомогательному компоненту препарата; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (фаза обострения); пилородуоденальный стеноз; острый приступ бронхиальной астмы; недоношенные и новорожденные дети; беременность и период лактации.

**Лекарственные взаимодействия** Ингибиторы моноаминоксидазы (MAO), например, моклобемид или селегилин усиливают и удлиняют антихолинергические эффекты Супрастина®.

Следует соблюдать особую осторожность при одновременном применении Супрастина® с барбитуратами, анксиолитическими седативными средствами, транквилизаторами, опиоидными анальгетиками, трициклическими антидепрессантами, атропином и другими мускаринергическими парасимпатолитиками (Супрастин® и любой из этих препаратов могут усиливать эффекты друг друга).

Антигистаминные препараты подавляют кожные реакции в ответ на аллергические кожные пробы, таким пациентам за несколько дней до проведения таких кожных проб следует отменить применение этого препарата.

При сочетании с ототоксическими препаратами Супрастин® может маскировать ранние признаки ототоксичности.

Во время лечения следует исключить употребление алкогольных напитков (алкоголь усиливает угнетающий эффект Супрастина® на центральную нервную систему).

**Особые указания** В связи с наличием антихолинергического и седативного эффектов следует с осторожностью назначать Супрастин® у пациентов пожилого возраста, а также при нарушении функции печени, сердечно-сосудистой системы, при закрытоугольной глаукоме, задержке мочи, гипертрофии простаты.

Применение препарата в поздние вечерние часы может усилить симптомы гастро-эзофагальной рефлюксной болезни.

При сочетании с ототоксическими препаратами Супрастин® может маскировать ранние признаки ототоксичности.

Длительное применение антигистаминных препаратов в редких случаях может вызывать нарушения со стороны системы кроветворения (лейкопению, агранулоцитоз, тромбоцитопению, гемолитическую анемию).

При возникновении лихорадки неясного происхождения, ларингита, изъязвления слизистой оболочки рта, бледности, желтухи, кровоизлияний, необычных или трудно останавливаемых кровотечений, при длительном применении препарата следует определять количество форменных элементов крови, а при обнаруже-

нии нарушений со стороны системы кроветворения прием препарата следует прекратить.

Алкоголь усиливает седативный эффект антигистаминных препаратов на центральную нервную систему, поэтому во время лечения Супрастином® запрещается употребление алкогольных напитков.

Каждая таблетка содержит 116 мг лактозы моногидрата. Этот препарат не следует назначать пациентам с редкой наследственной непереносимостью галактозы, наследственным дефицитом лактазы или синдромом мальабсорбции глюкозы/галактозы.

**Беременность и период лактации** Отсутствуют данные контролируемых клинических исследований по применению препарата во время беременности. Однако у новорожденных, матери которых принимали антигистаминные препараты на последних месяцах беременности, были описаны случаи развития ретролентальной фиброплазии.

В связи с отсутствием достаточных данных препарат не следует применять при грудном вскармливании.

**Особенности влияния на способность управлять транспортным средством и потенциально опасными механизмами** Препарат может вызывать, особенно в начальном периоде лечения, сонливость и нарушение психомоторных функций. В начальном, индивидуально определяемом, периоде применения Супрастина® запрещается управление транспортным средством и занятия другими потенциально опасными видами деятельности, требующими быстрой психомоторных реакций. В процессе дальнейшего лечения степень ограничений определяется индивидуально в зависимости от переносимости препарата.

**Передозировка** **Симптомы:** развиваются симптомы и признаки, характерные для отравления атропином: галлюцинации, беспокойство, атаксия, нарушения координации движений, атетоз, судороги. У детей раннего возраста преобладает возбуждение. Иногда возникает сухость во рту, фиксированное расширение зрачков, гиперемия кожи лица, синусовая тахикардия, задержка мочи, лихорадка. У взрослых лихорадка и гиперемия кожи лица могут отсутствовать, а после периода возбуждения следуют судороги и послесудорожная депрессия, с возможным развитием комы и кардиореспираторной недостаточности, которые могут привести к смерти пациента в течение 2-18 часов.

**Лечение:** В связи с развитием антихолинергического эффекта задерживается продвижение пищи из желудка, поэтому в течение 12 часов после передозировки необходимо промывание желудка и назначение активированного угля внутрь. Рекомендуется мониторирование показателей сердечно-сосудистой системы и дыхания, а также симптоматическая терапия. Специфический антидот не известен.

**Форма выпуска и упаковка** По 10 таблеток в контурной ячейковой упаковке из пленки ПВХ и фольги алюминиевой. По 2 контурных ячейковых упаковок (20 таблеток) в картонной коробке вместе с инструкцией по медицинскому применению на государственном и русском языках.

**Условия хранения** Хранить при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте!

**Срок хранения** 5 лет. Не использовать по истечении срока годности.

**Условия отпуска из аптек** По рецепту

**Производитель** ЗАО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЗАВОД ЭГИС», 1106 БУДАПЕШТ, ул. Керестури, 30-38 Венгрия Телефон: (36-1) 803-5555, факс: (36-1) 803-5529

**Владелец регистрационного удостоверения** ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС», Венгрия

**Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара)**

Представительство в РК  
ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС»  
050060 г. Алматы, ул. Жарокова, 286 Г  
тел: + 7 (727) 247 63 34, + 7 (727) 247 63 33,  
факс: + 7 (727) 247 61 41  
E-mail: egis@egis.kz

EGIS

устраняет отёк слизистой оболочки. Существенно для детской практики то, что Супрастин разрешён к использованию у детей начиная с первого месяца жизни.

**Острые аллергические реакции** (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок). В случаях острых аллергических реакций, когда необходимо парентеральное введение антигистаминных лекарственных препаратов для получения быстрого эффекта, наличие инъекционной формы Супрастина определяет его выбор в качестве препарата первого ряда. При анафилактическом шоке после введения адреналина хлоропирамин вводится в/в медленно (по 1–2 мл 2% раствора), обязательным условием является контроль уровня артериального давления.

Таким образом, лечение пациентов с аллергическим ринитом и другими аллергическими заболеваниями является актуальной и весьма непростой задачей. Эти пациенты нуждаются в комплексной терапии с обязательным включением антигистаминных препаратов не менее чем на 7–10 дней. При наличии столь широкого круга АГП врач имеет возможность выбирать лекарственное средство в зависимости от возраста пациента, конкретной клинической ситуации, диагноза.

Конечно, специалисты помнят о том, что появление АГП 2-го поколения первоначально значительно сузило сферу применения препаратов «классического» 1-го поколения. Однако, как писал один из величайших древнеримских политиков и философов Цицерон, настаивать на своих ошибках может только полный болван, и поэтому стоит еще раз пересмотреть подходы к выбору тактики противоаллергического лечения. Всегда стоит взвешивать целесообразность применения того или иного лекарственного средства в терапии аллергических заболеваний исходя не из его новизны, а с учетом этиопатогенетических, клинических особенностей забо-

левания и индивидуальных данных больного.

Использование в клинической практике АГП 1-го поколения не утратило своей актуальности – они остаются неотъемлемой частью комплексного лечения аллергического ринита и других аллергических заболеваний у детей и взрослых. При этом необходимо учитывать следующие аспекты терапевтических возможностей Супрастина:

- Наличие инъекционной формы препарата, у антигистаминных средств второго поколения она отсутствует. Это является неоспоримым преимуществом препарата при использовании его в экстренных клинических случаях, когда необходим немедленный лечебный эффект. Заметный клинический эффект при приеме per os антигистаминных препаратов второго и третьего поколения (цети-

ризин, дезлоратадин, фексофенадин) наступает не ранее чем через 50 мин.

- Наличие седативного эффекта хлоропирамина необходимо в некоторых клинических случаях: при сильном, изнуряющем зуде, нарушениях сна из-за болезни, чувстве тревоги и беспокойства. В данном случае седативный эффект препарата является терапевтическим.

В выборе рациональной противоаллергической терапии, особенно для детей, необходимо руководствоваться принципами безопасности и эффективности. Многолетний опыт применения Супрастина (хлоропирамин) свидетельствует о том, что препарат хорошо контролирует симптомы аллергии, способствует улучшению качества жизни пациента и может быть рекомендован как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии аллергических заболеваний у детей и взрослых.

#### Список литературы

1. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Антигистаминные препараты в современной клинической практике: проблемы выбора // РМЖ. – 2011. – С. 2102–2107.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. – М.: Бином, 2012. – Т. 1. – С. 173–180.
3. Лусс Л.В. Выбор антигистаминных препаратов в лечении аллергических и псевдоаллергических реакций // Российский аллергологический журнал. – 2009. – №1. – С. 1–7.
4. Мельниченко А.Б., Григорян Н.С., Кочергин Н.Г. Фенотипический подход к гетерогенности атопического дерматита // Аллергология и дерматология. – 2011. – №3 (62). – С. 56–59.
5. Гуцин Н.С. Антигистаминные препараты: пособие для врачей. – М., 2000.
6. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6. – №1. – С. 137–139.
7. Никитин К.А., Шавгулидзе М.А. К вопросу об антигистаминной терапии аллергического ринита // Медицинский совет. – 2014. – С. 64–66.
8. Общая аллергология / Под ред. Г.Б. Федосеева. – СПб, 2001. – Т. 1. – С. 9–169.
9. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в практике поликлинического врача // Лечащий врач. – 2011. – №4 (<http://www.lvrach.ru/2011/04/15435162/>).
10. Стремоухов А.А., Мищенко Е.Б. Лечение ринита при острых респираторных вирусных инфекциях антигистаминными препаратами первого поколения // Лечащий врач. – 2003. – №2. – С. 77.
11. Царев С.В. Хлоропирамин (Супрастин) в лечении аллергических заболеваний // Российский аллергологический журнал. – 2006. – №6. – С. 63–64.
12. Bach J.F. Infections and autoimmune diseases // J. Autoimmun. – 2005. – Vol. 25 (Suppl). – P. 74–80.
13. Bender B.G., Berning S., Dudden R. et al. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis. – 2003. – Vol. 111. – №4. – P. 770–776.
14. Cotterill J.A., Cunliffe W. Suicide in dermatological patients // Brit. Assoc. Dermatologists. – 1997. – Vol. 137. – P. 246–250.
15. Muether P.S., Gwaltney J.M. Jr. Variant effect of first- and second-generation antihistamines as clues to their mechanism of action on the sneeze reflex in the common cold // Clin. Infect. Dis. – 2001. – Vol. 33. – №9. – P. 1483–1488.
16. Schneider G., Driesch G., Heuft G. et al. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch // Clin. Experim. Dermatol. – 2006. – Vol. 31 (6). – P. 762–767.