

Фексофенадин в терапии хронической идиопатической крапивницы.

А.Г. Новиков, З.В. Логунова, Н.Н. Потекаев.

*Кожно-венерологический диспансер №4, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.
Опубликовано в журнале: Клиническая дерматология и венерология, №2 2003, стр. 53-54.*

Крапивница – это токсико-аллергический дерматоз, который может вызываться разнообразными этиопатогенетическими факторами: очаговая инфекция, пищевая аллергия, семейная атопия, физическая, ингаляционная аллергия, глистные инвазии, парапротеинемия, желудочно-кишечные нарушения, дискинезия желчевыводящих путей, медикаментозная аллергия и т.д. Заболевание встречается хотя бы 1 раз в жизни у 20% населения Земли. При этом оно нередко переходит в хроническую форму. Частота возникновения крапивницы составляет от 15,3 до 31%, по данным отечественных авторов [1].

При всем разнообразии этиологических факторов всем разновидностям крапивницы присущ общий патогенетический механизм – повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека в области верхних отделов дермы. В основе заболевания лежит гиперчувствительность немедленного типа. У больных крапивницей увеличивается содержание гистамина в сыворотке крови, что и приводит к расширению капилляров и повышению проницаемости сосудов. Клиническая картина характеризуется образованием волдырей и эритемы, сопровождающихся зудом. Высыпания чаще возникают на туловище, лицах, кистях, стопах, а также местах, подверженных давлению, инсоляции. Волдыри представляют собой бесполостные эфемерные элементы, отечные плотные, ярко-розового цвета, приподнимающиеся над уровнем кожи, округлых или крупнофестончатных очертаний, нередко с зоной побледнения в центре. Элементы могут быть различных размеров (от 0,5 до 10-15 см в диаметре). Волдыри исчезают бесследно.

Единой обще принятой классификации крапивницы не существует. По данным большинства авторов, выделяют основные группы состояний, сопровождающихся появлением волдырей [2]: обычная крапивница – подразделяется на острую и хроническую рецидивирующую; физическая крапивница, возникающая в результате воздействия на кожу различных физических факторов, – на механическую, холодovou, тепловую, аквагенную, холинергическую, солнечную, крапивницу от вибрации; контактная крапивница – развивается в следствие непосредственного контакта кожи, с каким либо аллергеном растительного, животного, лекарственного и другого происхождения; наследственная крапивница или наследственный ангиоотек – редко встречающаяся разновидность крапивницы, проявляющаяся гигантскими волдырями; психогенная крапивница – диагностируется, когда отсутствуют клинические данные, указывающие на иные разновидности крапивницы.

Базисная симптоматическая терапия любых видов крапивницы, за исключением холинергической и наследственного ангионевротического отека, заключается в приеме антигистаминных препаратов действующих на H-1 рецепторы.

Выбор антигистаминного препарата зависит от его эффективности переносимости и возможного развития побочных действий.

На российском фармацевтическом рынке сравнительно недавно появился антигистаминный препарат III поколения – фексофенадин, в значительной степени отвечающий вышеназванным критериям [3].

Фексадин (фексофенадин) – антигистаминный препарат, не обладающий седативным действием, селективный антагонист периферических H-1 рецепторов. Фексадин ингибирует высвобождение гистамина из тучных клеток, не обладает антихолинергической активностью. Фексадин всасывается практически сразу после

приема внутрь, максимальная концентрация в плазме достигается через 1-3 часа. Клинический эффект отмечен спустя 1 час после приема и достигает максимума через 6 часов. Препарат связывается белками плазмы, практически не метаболизируется, выводится через желудочно – кишечный тракт с желчью. Период полувыведения 14 часов. Препарат не влияет на психомоторные реакции, не вызывает сонливости, снижения трудоспособности. Фексадин эффективно устраняет симптомы хронической крапивницы, аллергического ринита и конъюнктивита. Переносимость фексофенадина хорошая, большинство побочных реакций ограничивается желудочно – кишечными (тошнота, диарея, головокружение). Для лечения хронической идиопатической крапивницы выпускается в виде таблеток, покрытых оболочкой, в дозе 180 мг.

Нами наблюдалось 22 пациента обоего пола (10 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 19 до 56 лет, с хронической идиопатической крапивницей. Диагноз хронической идиопатической крапивницы ставился на основании жалоб больных, данных осмотра, анамнеза заболевания, данных клинических методов обследования.

Препарат назначался в дозе 180 мг. однократно. Курс лечения составлял 4 недели. Динамика симптомов заболевания оценивалась при каждом визите на 14-й и 28-й дни лечения.

При оценке эффективности фексофенадина были получены следующие результаты: извлечение удалось добиться у 4 (18,2 %) больных, улучшение отмечалось у 16 (72,7 %) пациентов, не отмечалось эффекта у 2 (9,1 %).

Следует отметить, что основным положительным эффектом лечения фексофенадином пациенты, в первую очередь, отмечали снижение интенсивности кожного зуда. В подавляющем большинстве случаев к 6-7 дню приема препарата, а к 14 дню отмечалось полное исчезновение клинических проявлений крапивницы. Нежелательных явлений, связанных с приемом фексофенадина не наблюдалось.

Таким образом, препарат фексофенадин в дозе 180 мг. при пероральном приеме оказывает выраженный терапевтический эффект при хронической рецидивирующей крапивницей и его можно рекомендовать к широкому применению в практике лечения этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Феденко Е. С. Современные представления о крапивнице. *Consilium medicum*, 2000, т. 2, № 5.
2. Аравийская Е. Р., Соколовский Е. В., Крапивница. Сотис. СПб, 2000
3. Сергеева Т. А. Рябова С. В., Петровская Т. Ю. Поликлиника № 1; Центральная клиническая больница МЦ УД Президента РФ.
4. Лопатин А. С. Фексофенадин – новые возможности в терапии сезонного аллергического ринита. *РМЖ*, т. 10, № 3, 2002.