

**РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ**

Р. А. Азизова

З. Н. Шерова

Н. Т. Агзамходжаева

К.Ю.Норматова

Кафедра Семейная терапия 2, клинической фармакологии, Ташкентский  
Педиатрический медицинский институт

**Актуальность:**

Во всем мире в последнее время среди населения различного возраста ежегодно регистрируется более 100 миллионов случаев с заболеваниями дыхательной системы. (2,4,8,12). По статистическим данным отмечается высокий рост заболевания пневмонии не только среди детей дошкольного и школьного возраста, но и у взрослого населения. Большое значение имеет непрерывное рецидивирование бронхо-легочной патологии как у взрослых, так и у детей, которое в последующем может привести к заболеванию с хроническим бронхообструктивным синдромом или бронхиальной астмой. (1,3,6,14,15). Непрерывное рецидивирование заболевания в последующем имеет большое социальную значимость и может привести к инвалидации, поэтому это проблема все же остается одним из важных проблем нашего времени. (2,5,7,11,13).

**Цель исследования:** Проведение рационального комплексной терапии по стандарту лечения пневмонии и определение его эффективности у детей различного возраста.

**KIRISH**

**Материалы и методы исследования:** Нами было изучены 28 историй болезни детей, в возрасте от 1,5 года до 10 лет, лечившихся в пульмонологическом отделении клиники ТашПМИ с диагнозом острая пневмония, различной локализации. При исследовании истории болезни у больных детей разделили на 2 группы из них 1 группы больные дети до 5 лет -16 больных, и 2 группы дети от 6 до 10 лет - 12 больных. Полученные данные статистически обработаны. Были проведёны анализы литературных данных.

В комплекс лечебных мероприятий по стандарту лечения подключаются препараты различных групп и в первую очередь учитывая что больные дети поступают в клинику на 3- 5 день заболевания после амбулаторного симптоматического лечение по месту жительства и участие микроорганизмов при развитии пневмонии у детей, было проведению этиотропная терапия в соответствии стандарта антибиотиками в основном цефалоспоринового ряда. В связи стем, что больные течении нескольких дней применяли другие антибиотики, препаратом выбора как противоиные выбирают из группы цефалоспоринов 2 - 3го порядка.

Для проведения патогенетической и симптоматической терапии пневмонии применяются нестероидные противовоспалительные и/или антигистаминные препараты с целью снижения температуры тела, но по последним литературным данным

жаропонижающие препараты не назначают, так как, это может затруднить оценку эффективности лечения; исключения составляют предрасположенность к фебрильным судорогам. Большинство случаев применяют из антигистаминных препаратов димедрол, и нам хотелось подробно остановиться на этом препарате. (3,6, 8,11)

При патологических состояниях биологически активный гистамин высвобождается под воздействием при ряде патологических состояний (ацидоз, гипоксия, ожог, физическая травма, шок и др.) в ответ на реакцию антиген-антитело. Гистамин вызывает сокращение гладкой мускулатуры бронхов, артериол, венул, особенно пред- и посткапиллярных сфинктров, кишечника, матки, оказывают седативное (угнетение центральной нервной системы) и М-холинолитическое (атропиноподобное) действие. При освобождении больших количеств гистамина возникает бронхоспазм и это приводит к ограничению возврата крови к сердцу, уменьшается сердечный выброс и минутный объем. При гиперреактивном или «извращенном» иммунном ответе, применяют гистамино блокаторы 1- го поколения - дифенгидрамин (димедрол). Кроме того он обладает местно анестезирующим эффектом и может блокировать передачу возбуждения в вегетативных ганглиях и это может вызвать расслабление гладкомышечных органов.

Наряду с противогистаминным действием они обладают и седативным действием - (угнетение центральной нервной системы) и М-холинолитическое - (атропиноподобное) действием.

Они хорошо всасываются из желудочно-кишечного тракта, но биоусвояемость препарата составляет всего около 40%, так как они подвергается биотрансформации в печени до попадания в системный кровоток, а их метаболиты частично сохраняют фармакологическую активность. Связь с белками плазмы крови более 90%, терапевтическая концентрация сохраняется до 4—6 ч, назначается 3 - 4 раза в сутки, соответственно. Биотрансформируется в печени путем метилирования и он превращается в нитрооксид, повреждающее клеточные белки, и они в свою очередь превращаются в антигены. Экскреция неактивных метаболитов в неизменном виде происходит с помощью почек и печени. Поэтому, при печеночной недостаточности требуется коррекция режима дозирования.

Большинство из них хорошо проникают в разные ткани, в том числе и через гематоэнцефалический барьер (исключение — мебгидролин (диазолин) и фенкарол). Дифенгидрамин (димедрол) взаимодействуя с местными анестетиками, жаропонижающими средствами и холинолитикам усиливают их действия. Дифенгидрамин (димедрол) индуктор микросомальных ферментов гепатоцитов, поэтому он ускоряют биотрансформацию ряда лекарств, ослабляя их эффекты.

Гистаминолитики дифенгидрамин - димедрол вызывают не только седативное действие, атаксию, головокружение, звон ушах, двоение в глазах и т.п., но и оказывают М-холинолитическое действие, которое проявляется в виде сухость во рту, сгущением секрета в дыхательных путях и носоглотке, запором, дизурическими явлениями, обострением глаукомы, тремором конечностей и т.п. У детей младшего возраста после приема данных препаратов могут возникать, наоборот, возбуждение и бессонница.

Он используется как противорвотное средство (при морской и воздушной болезни, синдроме Меньера) и снотворное препарат, но его самостоятельно не должны использовать.

Димедрол самостоятельно для лечения атопического синдрома бронхиальной обструкции не применяются а в комбинации с бронходилататорами, используется для устранения отека слизистой оболочки бронхов, если имеются признаки роли гистамина в происхождении данного синдрома (высокое содержание эозинофилов в крови и секретах, положительные провокационные ингаляционные и гиперергические кожные пробы с гистамином). Надо помнить, что гистаминол-итики не применяют при астматическом статусе.

### **Результаты исследования:**

Анализ проводимой фармакотерапии в историях болезни у больных детей показали, что больные дети 1 группы до 5 лет -16 больных, и 2 группы дети от 6 до 10 лет - 12 больных. Из них дети с сопутствующими заболеваниями при патологии пневмонии 1 группы составляют: с острым тонзиллитом 19%, катаральный ринофарингит наблюдался у 13% больных, гнойный риносинусит- у 6%; лямблиоз у 14%; у 8% детей отмечался энцефалопатия, больные с сопутствующей TORCh инфекцией составили 8%; а дети с сопутствующей железодефицитной анемией составили 32%. Во второй группе больных сопутствующие заболевания были распределены следующим образом: катаральный ринофарингит – 10 %; катаральный ринит - 16%, TORCh инфекцией – 6 %, хронический В листах назначениях в лечении включено 5-6 препаратов с учётом стандарта лечения. Путь введения препаратов в основном, парентеральное (80%). В фармакотерапию на ряду включены препараты основного заболевания со стандарта лечения антигистаминные препараты с курсом лечения 3-5 дней - димедрол – 80%;, 80%, - нош-па – 65%;, 66%, супрастин 0%;, 8%;, кальций глюконат – 10%;, 13%, соответственно в соответствующей дозе, внутривенно и внутримышечно. У всех больных проведены клиничко-лабораторные, биохимические анализы, инструментальные исследования. Изменения тонуса гладких мышц бронхов и высвобождение гистамина тучными клетками зависит от степени выраженности симпатической и парасимпатической влияния, то есть, от соотношения концентрации циклических нуклеотидов в этих клетках (ц-ГМФ и ц-АМФ). Антигистаминные препараты уменьшают выборожку (высвобождения) тучными клетками, снижают отёки (за счёт блокирования гистаминорецепторов) в слизистой бронхов. Препараты 1- поколения, в частности димедрол повышают активность фермента гистаминазы и способствуют распаду гистамина. Кроме того димедрол оказывает мембраностабилизирующее действие, но понижает порог судорожной готовности. Оценка эффективности и безопасности гистаминолитиков производится по изменению состояния больных с учетом лечебных эффектов и нежелательных реакций препаратов. Последние в данной группе препаратов являются главным критерием её выбора при применении. Таким образом, исходя из выше изложенного можно отметить следующие выводы.

**Выводы:**

1. Учитывая литературные данные и анализ фармакотерапии по историям болезни при пневмонии у детей можно рекомендовать назначение антигистаминных препаратов.
2. Недопустимо одновременное назначение 2 и более антигистаминных препаратов в одно время, так как они могут усилить угнетающее действие на МНС вплоть до остановки дыхания.
3. Применение больших доз или даже стандартные дозы димедрол у больных с эпилептическим синдромом может провоцировать развития приступов.
4. Больным с судорожной готовностью или с эпилептическим синдромом лучше назначать препараты 2 поколения.

**Литература**

1. Азизова Р.А., Мухитдинова М.И., Карабекова Б.А., Шоабидова К.Ш. Rational pharmacoterpiya in children with bronchitis Chin J Ind Hyg Occup Dis, 2021, Vol. 39 No.13 С. 313-318.
2. Всемирная организация здравоохранения. Шестидесят вторая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения. Рациональное использование лекарственных средств (резолюция WH A60/16). Женева.2009.6 с./ Серия технических докладов ВОЗ.№950.Чучалин А. Г. и соавт. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей// Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2010. №4
3. Куделя Л.М., Сидорова Л.Д., Мельникова Е.М., Можина Л.Н., Попова Н.В.. Опыт применения индукторов интерферона в комплексной терапии бронхиальной астмой в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.//Консилиум медикум. №1 (64). Приложение пульмонология.- 2008.
4. Мусина А.З., Сейтмаганбетова Н.А., Жамалиева Л.М. Индикаторы оценки рациональности лекарственной терапии.// Наука и здравоохранение.2016.№2.С. 29-46.
5. Мухитдинова М.И.,Азизова Р.А., Касымова Ш.Ш., Хакбердиева Г.Э.Нежелательные действия антибиотиков в фармакотерапииСборник научных трудов XIV Международной научно-практической конференции:10 апреля 2019г. Сертификат № 014-000530
6. Овчаренко С.И. Лещенко В.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: Руководство для практикующих врачей / под ред. А.Г.Чучалина.М.,2016.С.129.
7. Постников С.С. Педиатрические аспекты клинической фармакологии//Лечебное дело. 2012. №3.с.4-13 Чучалин А.Г. и др. Пульмонология. 2014. №3.С.15.
8. Albert RH. Diagnosis and treatment of acute bronchitis. Am Fam Physician. 2010; 82(11):1345-1350 2. www.medscape.com
9. Celli B.R.,MacNeeW.EurRespir J. 2004; 23:Hoog J.C. // Lancet. 2004. V.364 .P.709.
10. Le Jemtel T.H. Padeletti M., Jelic S. Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coe[istent chronic jbstructive pulmonary disease and chronic heart failure // J.Am. Coll. Cardiol. 2007; 49: 171-180.
11. Pediatric Dosage Handbook (Including Neonatal Dosing. Drag Administration and Extempora-neous Preparations) American Pharmacists ,7

- 
12. Health Care Analysis (2020) 28:1-3 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00392-z>  
Governing the Global Antimicrobial Commons: Call for commentaries/ Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020. Health Care Analysis
  13. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00389-3> Original Article
  14. Susan Rogers Van Katwyk (1,2)ID, Alberto Giubilini (3,4)ID, Kirshelle (3,5)ID, Isaac Weldon (1,6)ID, Mark Harrison (3,5), Angela Mclean (3,7)ID, Julian Savulescu (3,8)ID, Steven J. Hoffman (1,2,3,9,10)ID.
  15. World Health Organization WHO-recommended surveillance standard of pertussis. [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/passive/pertussis\\_standards/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis_standards/en/) Accessed January 15, 2017.