

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волкова О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Аллергический ринит (АР) является наиболее распространенным аллергическим заболеванием и одним из самых распространенных хронических заболеваний. Он затрагивает приблизительно 25-30% населения и может существенно ухудшить качество жизни [1].

Терапия стремится ослабить клинические симптомы, предотвратить осложнения и улучшить психосоциальные и физические последствия для организма ребенка.

Лечение аллергического ринита включает в себя несколько доступных средств фармакотерапии, таких как α -симпатомиметики, антихолинэргические средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, местные и системные антигистаминные препараты, местные глюкокортикостероиды, антагонисты лейкотриеновых рецепторов и моноклональные антитела. Только аллерген-специфическая иммунотерапия является единственным вариантом лечения, который вмешивается в естественный ход заболевания и, кроме того способствует ликвидации аллергена. Имеющийся широкий выбор препаратов создает проблему выбора наиболее подходящего фармакологического средства [2].

Все более популярными становятся второе поколение антигистаминных средств из-за их сопоставимой эффективности, низкой частоты побочных эффектов, а также безопасности применения. Применение этих препаратов относительно безопасно и эффективно в снижении симптомов, связанных с АР у детей.

По некоторым исследованиям наиболее эффективным средством для контроля симптомов АР является применение интраназальных глюкокортикостероидов. Клинические испытания продемонстрировали большую эффективность интраназальных глюкокортикостероидов по сравнению с плацебо и антигистаминными препаратами для облегчения всех назальных симптомов, особенно заложенности носа. Пациенты должны быть проинформированы, что улучшение симптомов можно ожидать после 2-4 дней применения при сезонном рините и после 2-3 недель при круглогодичном рините. Препарат должен приниматься регулярно, а не «по требованию». Недавние исследования безопасности показали, что новые интраназальные глюкокортикостероиды улучшили профили безопасности по сравнению с более старыми и имеют минимальное неблагоприятное воздействие на рост и функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у детей. Однако количество исследований, посвященных

отдаленным последствиям длительного применения интраназальных глюкокортикоидов, весьма незначительно [3].

Альтернативными средствами для лечения АР у детей являются антилейкотриеновые препараты. Большинство, но не все исследования показали, что антагонисты лейкотриенов эффективны при лечении аллергического ринита. Антигистаминные препараты не очень эффективны в снижении заложенности носа, тогда как антилейкотриеновые препараты способны ослаблять этот симптом. Кроме того, ряд исследований демонстрирует аддитивный эффект в лечении аллергического ринита при использовании комбинации антилейкотриеновых и антигистаминных препаратов [4].

Монтелукаст является мощным антагонистом рецепторов лейкотриенов, который применяется один раз в день, что обеспечивает клинический эффект при лечении астмы и аллергического ринита у детей и взрослых. Из-за его широкого использования существует необходимость для дальнейшего рассмотрения безопасности и переносимости монтелукаста у детей.

Цель исследования: оценить безопасность, переносимость и эффективность применения антилейкотриенового препарата монтелукаст для купирования симптомов аллергического ринита у детей с бронхиальной астмой.

В исследовании принимали участие 69 пациентов 8-15 лет с верифицированным диагнозом бронхиальная астма, имеющие клинические признаки аллергического ринита. 49 пациентов страдали легкой интермиттирующей или легкой персистирующей астмой. У них монтелукаст применялся в качестве монотерапии бронхиальной астмы и аллергического ринита. У 20 пациентов со среднетяжелой персистирующей астмой применялась комбинированная терапия ингаляционных кортикостероидов для лечения астмы и антилейкотриенового препарата монтелукаст. Все дети получали монтелукаст в дозе 5 мг 1 раз в день. Эффективность купирования симптомов аллергического ринита, а также безопасность и переносимость оценивали на 15 и 30 день применения монтелукаста. Оценка эффективности производилась по уменьшению выраженности клинических признаков аллергического ринита. Для этого детям предлагалось оценить степень выраженности проявлений аллергического ринита по 4 клиническим признакам (чувство щекотания, зуд в носу, чихание, заложенность носа, выделения из носа) используя субъективную шкалу, где каждый признак оценивался от 0 до 5 баллов согласно степени выраженности. Оценка проводилась до начала терапии, а также на 15 и 30 день применения.

В результате 30-дневного приема монтелукаста аллергических и других побочных реакций не было выявлено ни у одного из пациентов. Препарат хорошо переносился. Также было отмечено родителями пациентов и самими пациентами удобство приема препарата в виде жевательной таблетки 1 раз в день (таблица 1).

Таблица 1 - Оценка эффективности приема препарата

Симптом	Выраженность симптома до начала лечения (баллы)	Выраженность симптома на 15 день приема (баллы)	Выраженность симптома на 30 день приема (баллы)
чувство щекотания/ зуд в носу	2,3	2,3	2,1
чихание	1,9	1,8	1,9
заложенность носа	4,3	2,8	1,7
выделения из носа	3,8	2,9	2,3

Существенное уменьшение заложенности носа (более чем на 2 балла) на 30 день от начала применения монтелукаста было отмечено 89,8% пациентов, значительное уменьшение выделений из носа отметили 60,8% детей. В то же время выраженность 2 других симптомов изменилась незначительно.

Заключение. Антилейкотриеновый препарат монтелукаст хорошо переносится пациентами 8-15 лет с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Пациенты и их родители отмечают удобство приема препарата в виде жевательной таблетки 1 раз в день. Также преимуществом является то, что монтелукаст может применяться в качестве монотерапии у детей с бронхиальной астмой легкой степени тяжести в сочетании с аллергическим ринитом. Особенно антилейкотриеновый препарат монтелукаст показан детям с выраженной заложенностью носа и ринореей. Если же основными клиническими признаками аллергического ринита являются чихание и зуд в носу, то следует обратить внимание на другие современные фармакологические средства для лечения этого заболевания.

Литература:

1. Жерносек, В.Ф. Аллергические заболевания у детей: рук. для врачей / В.Ф.Жерносек, Т.П.Дюбкова. – Минск, 2003. – 335 с.
2. Жерносек В.Ф. Новые возможности лечения аллергического ринита / В.Ф.Жерносек // Мед. новости. – 2010. – № 10. – С. 31-35.
3. Международный консенсус в лечении аллергического ринита (Версия Европейской академии алергологии и клинической иммунологии, 2000 // Рос. ринология. – 2000. – № 3. – С. 5-27.
4. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with World Health Organization, GALLEN and AllerGen) // Allergy. – 2008. – Suppl. 86. – P. 8-160.