

Резолюція Раду експертів з респіраторної патології: мультидисциплінарний підхід, дані доказової медицини і практичний досвід

За матеріалами міждисциплінарного засідання експертів з респіраторної патології

Продовження. Початок на стор. 20.

аденомії, повторні поліпектомії. Наявність АР слід припустити в дітей із хронічним кашлем, який виникає в результаті постназального затікання слизу і подразнення гортані та глотки (Lack G., 2001). Сучасні методи алергодіагностики дозволяють встановити правильний діагноз у дітей з раннього віку. Згідно з рекомендаціями Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA, 2010), як базисну терапію можна призначати інтраназальні глюкокортикоїди, крім того (протягом останніх років застосовуються значно рідше), антагоністи лейкотрієнів, неседативні H₁-антигістамінні препарати (АГП), деконгестанти для інтраназального (<10 днів) або перорального введення. Уваги педіатрів заслуговує препарат Гленспрей (виробництва фармацевтичної компанії «Гленмарк»). Результати дослідження засвідчили, що на фоні терапії препаратом Гленспрей знижується вираженість основних симптомів АР (закладення носа, ринореї, свербіння, чхання), як і після застосування оригінального засобу мометазону фуurato (Ненашева Н. М. і соавт., 2016). Ефективним препаратом для лікування сезонного АР у дітей

з 12 років є дозований назальний спрей мометазону фуurato з азеластином (Гленспрей Актив) виробництва компанії «Гленмарк». Азеластин гідрохлорид забезпечує тривалу протиалергічну дію за рахунок селективного антагонізму щодо H₁-гістамінових рецепторів та інгібування вивільнення хімічних медіаторів на ранніх і пізніх стадіях алергії. Мометазону фуurato чинить виражений протизапальний ефект, зменшує кількість мастоцитів, базофілів і Т-лімфоцитів, інгібує продукцію Ig E. З метою підвищення ефективності лікування при коморбідному перебігу БА й АР доцільним є застосування препарату Гленсет Едванс (компанія «Гленмарк»), який містить монтелукаст натрію в дозі, еквівалентній 10 мг монтелукасту, та 5 мг левоцетиризину дигідрохлориду. Використання фіксованої комбінації активних речовин дозволяє одночасно вплинути на гістамінзалежні фази і лейкотрієнові шляхи запалення дихального тракту. У пацієнтів з АР, БА та коморбідним перебігом БА й АР часто виникає потреба в тривалій протизапальній терапії, зокрема, антилейкотрієновими препаратами. Достойним представником цієї фармакологічної групи є препарат монтелукасту Глемонт виробництва

компанії «Гленмарк». На відміну від бронхолітиків і муколітиків, цей лікарський засіб має виражений протизапальний ефект, знижує частоту та тяжкість обструкції. Виробництво препарату Глемонт проходить щорічну інспекцію Управління з контролю продуктів харчування і лікарських засобів США (FDA), що є безсумнівним підтвердженням його високої якості. Отже, АР є важливою медико-соціальною проблемою. Сьогодні на українському фармацевтичному ринку представлені ефективні сучасні лікарські засоби для лікування дітей з алергічними захворюваннями, проте призначення терапії потребує верифікованого діагнозу. Тому в разі виникнення симптомів, які можуть вказувати на алергічну природу захворювання, необхідно своєчасно встановити коректний діагноз, щоб запобігти прогресуванню патології та розвитку ускладнень.



Сучасні рекомендації та доказову базу щодо лікування дорослих пацієнтів з кашлем було представлено в повідомленні члена-кореспондента НАМН України, ректора ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктора медичних наук, професора



Проблемним моментом ведення БА була присвячена доповідь «Бронхіальна астма: вибір терапії для досягнення контролю», яку представив завідувач кафедри фізіятрії і пуль-

монології Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Миколайович Островський. Він відзначив, що БА є одним з найпоширеніших захворювань людини, що вражає всі вікові категорії населення та при неефективному контролі призводить до значного погіршення якості життя, а в частині випадків – до смерті хворих. Визначальною клінічною та патогенетичною рисою БА є розвиток бронхообструктивного синдрому, котрий на початкових етапах складається зі зворотних компонентів (бронхоспазм, набряк слизової оболонки бронхів і гіперсекреція слизу), що значно погіршують якість життя хворих і переважно є причиною формування та прогресування незворотних змін в організмі – перибронхіального фіброзу й емфіземи легень. Згідно з міжнародними рекомендаціями щодо принципів діагностики та лікування БА контроль астми є пріоритетним завданням практичного лікаря, проте в реальному житті це залишається складною проблемою. З огляду на сучасні поняття ведення астми, засновані на оцінці ступеня контролю (GINA 2018), лікування коригується відповідно до безперервного циклу оцінки терапії і перегляду контролю симптомів, а також оцінки майбутніх ризиків (загострень і побічних ефектів). За останніми європейськими даними, незважаючи на лікування, близько 50% пацієнтів мають частково контрольовану або неконтрольовану астму згідно з АСТ і критеріями GINA, що значно впливає на якість їхнього життя. Лікарі мають розуміти та, відповідно, пояснювати своїм пацієнтам, що БА є хронічним і, на жаль, невиліковним

ГЛЕНСПРЕЙ АКТИВ ЩОБ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ НЕ ВІДПРАВИВ У НОКАУТ

ВДАЛА КОМБІНАЦІЯ ПРОТИ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

ГЛЕНСПРЕЙ АКТИВ
Мометазону фуurato і Азеластину гідрохлорид
Спрей назальний, дозований
150 доз
1 флакон містить 14,175 г препарату
glenmark

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГЛЕНСПРЕЙ АКТИВ (ГЛЕНСПРЕЙ АКТИВ)
Гленспрей Актив є комбінованим препаратом, який містить мометазону фуurato та азеластину гідрохлорид. Це дозволяє одночасно впливати на гістамінзалежні фази і лейкотрієнові шляхи запалення дихального тракту. Гленспрей Актив показав високу ефективність у лікуванні сезонного алергічного риніту та астми. Препарат є безпечним і добре переноситься. Для отримання повної інформації про препарат зверніться до лікаря або прочитайте інструкцію до препарату. Гленспрей Актив є зареєстрованим препаратом в Україні та інших країнах Європи. Для отримання додаткової інформації зверніться до фармацевтичної компанії «Гленмарк».

захворюванням і що метою базисної терапії є не повне одужання і не тимчасове зникнення симптомів, а контроль захворювання, тобто профілактика майбутніх загострень та уповільнення прогресування хвороби. Отже, припинення прийому препаратів базисної терапії після покращення стану хворого є неприпустимим. Також слід пам'ятати, що, хоча препарати підтримувальної терапії забезпечують поліпшення стану вже в перші дні лікування, їх повний ефект розвивається через 3-4 міс, а при тяжкому перебігу захворювання – навіть через півроку чи рік. Короткий прийом препаратів базисної терапії, що нерідко спостерігається на практиці, не може забезпечити достатньої ефективності.

Основою підтримувальної терапії БА на сьогодні є інгалаційні кортикостероїди (ІКС) і β_2 -агоністи тривалої дії (БАТД). Їх комбінація дозволяє досягти стійкого контролю в значній частині хворих на БА, але, на жаль, не у всіх. Наразі найефективнішою базисною терапією БА вважається комбінована терапія: будесонід + формотерол або флутиказон + сальметерол. У зв'язку із цим на базі ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» і ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» було проведено дослідження можливостей базисної інгалаційної терапії у хворих на БА (на підставі досвіду застосування препарату Аіртек) (Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Перцева Т.О., Полянська М.О., Кіреєва Т.В.).

Відповідно до висновків цього дослідження, комбінація флутиказону пропіонату і сальметеролу (Аіртек) по 2 інгалації 2 р/добу сприяла достовірному:

- покращенню контролю симптомів астми;
- збільшенню днів без симптомів і вільних від прийому препаратів швидкої допомоги;
- поліпшенню бронхіальної прохідності;
- підвищенню якості життя.

Таким чином, комбінований препарат Аіртек, що містить у своєму складі ІКС флутиказону пропіонат та БАТД сальметерол, є ефективним для терапевтичного контролю БА середнього та тяжкого ступеня, зручний у використанні та безпечний при дотриманні встановлених доз. Постійний прийом терапії в правильно підібраній дозі швидко й ефективно покращує контроль захворювання. Щодо прихильності до лікування в цій підгрупі, то плановий моніторинг хворих з контролем виконання призначень лікарів значно покращив комплаєнс пацієнтів, що позитивно відобразилося на підвищенні ефективності терапії.



Важливим аспектом терапії хворих з поєднанням алергологічних патологій присвятила свою доповідь «Ефективність комбінації антигістамінних і лейкотрієнових препаратів у пацієнтів з полінозом і клінічними проявами бронхіальної астми» завідувач м'ського алергологічного центру (м. Дніпро), доктор медичних наук, професор Євгенія Михайлівна Дитятковська.

Поєднання АР і БА пояснюють анатомо-фізіологічним, функціональним і гістологічним взаємозв'язком верхніх

і нижніх дихальних шляхів, наявністю спільних тригерних факторів, загальних клітин (мастоцити, еозинофіли) і медіаторів (IgE, гістамін, цитокіни, лейкотрієни), які беруть участь у розвитку запального процесу. Взаємозв'язок цих захворювань полягає головним чином в існуванні назобронхіального рефлексу і єдиного алергічного запалення в слизовій оболонці дихальних шляхів. Саме тому хворі на АР потребують обстеження на наявність БА і призначення специфічної планової терапії, що дозволить попередити виникнення БА надалі. І навпаки, пацієнтів, які страждають на БА, слід обстежити на наявність АР з подальшим його лікуванням у разі виявлення, оскільки інакше не можна отримати належної відповіді на терапію БА. Тому для лікування хвороб верхніх і нижніх дихальних шляхів має застосовуватися комбінована стратегія. Для цієї мети підходять антилейкотрієнові препарати, що використовуються в різних комбінаціях та ефективні при обох цих захворюваннях. Протизапальний ефект монтелукасту реалізується через селективне інгібування $CysLT_1$ -рецепторів. У лікуванні БА важливе місце займають і АГП. Вони показані пацієнтам із супутнім АР, і, оскільки основний медіатор симптомів полінозу – гістамін, призначення АГП цим хворим цілком обґрунтоване. Перевагу слід надавати АГП останньої генерації (наприклад, левоцетиризину). Вони характеризуються пролонгованою дією, відсутністю седативного ефекту і не взаємодіють із системою цитохрому P450.

Сьогодні на фармацевтичному ринку доступна комбінація левоцетиризину 5 мг і монтелукасту 10 мг – препарат Гленцет Едванс®. Ця комбінація має високий терапевтичний індекс ефективності/безпеки і забезпечує хороший комплаєнс, оскільки в одній таблетці міститься відразу дві ефективні діючі речовини, що впливають на симптоми обох захворювань при кратності прийому 1 раз на добу. У препараті Гленцет Едванс® сприятлива фармакокінетика, високий профіль безпеки, а також швидка, виражена і стійка відповідь на лікування.

Результати власного дослідження професора Є.М. Дитятковської з вивчення ефективності комбінованого препарату Гленцет Едванс® у хворих на поліноз з клінічними проявами БА продемонстрували, що динаміка зменшення вираженості основних симптомів (нападів ядухи, задишки, закладеності носа, кашлю), поліпшення середніх показників обсягу форсованого видиху за 1-шу секунду і пікової швидкості видиху, зниження показників рівнів гістаміну і загального імуноглобуліну Е (IgE) в сироватці крові під впливом терапії була значно кращою в пацієнтів, які приймали Гленцет Едванс® по 1 таблетці увечері протягом місяця, в порівнянні з хворими, яким була призначена місцева терапія і β_2 -агоністи короткої дії для купірування нападів.

Таким чином, Гленцет Едванс® – доступна ефективна комбінація, проста і безпечна технологія лікування АР, в тому числі поєданого з клінічними проявами БА.

За підсумками Ради експертів було ухвалено й підписано резолюцію. Дотримання рекомендацій цієї резолюції дозволить покращити надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями дихальних шляхів.

Резолюція Ради експертів з респіраторної патології щодо окремих питань оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями дихальних шляхів

27 травня 2018 року

1. Серед нагальних проблем надання медичної допомоги хворим на ГРЗ на етапі первинної ланки є поліпрагмазія, зокрема широке використання антибіотиків при вірусних інфекціях і нестандартизованих препаратів рослинного походження, що не призводить до пришвидшення одужання хворих, проте сприяє розвитку медикаментозної алергії, формуванню антибіотикорезистентності, а також збільшує фінансове навантаження на сім'ю.

2. Пацієнтам з ГРЗ і трахеобронхітом з метою скорочення терміну хвороби, зниження ризику формування бактеріальних ускладнень та пов'язаних з ними інших ризиків (розвитку медикаментозної алергії, антибіотикорезистентності, додаткових фінансових витрат) як можливу початкову мукоактивну терапію доцільно рекомендувати комбінацію бромгексину, гвайфенезину, сальбутамолу для одночасного впливу на основні ланки патогенезу, налаштування ефективної експекторації (евакуації мокротиння з дихальних шляхів).

3. Розглянути необхідність включення фіксованої комбінації бромгексину, гвайфенезину, сальбутамолу (в одному препараті) до клінічних рекомендацій з лікування пацієнтів із трахеобронхітом на тлі ГРЗ.

4. Персистуючий та хронічний кашель, бронхообструктивний синдром та закладеність носа потребують особливої уваги лікарів первинної ланки надання медичної допомоги щодо можливої наявності АР та БА.

5. За підозри на наявність АР або БА необхідно спрямувати пацієнта на консультацію до лікарів вторинної ланки для встановлення діагнозу та визначення стратегії лікування.

6. Для пацієнтів із середньотяжким та тяжким перебігом БА слід розглянути включення фіксованої комбінації флутиказону пропіонату та сальметеролу ксинафоату до Національного переліку лікарських засобів та в Державну програму «Доступні ліки», враховуючи високий ступень доказовості переваг застосування комбінованих препаратів ІКС та БАТД.

7. Для пацієнтів із коморбідними АР і БА необхідно рекомендувати застосування фіксованої комбінації монтелукасту та левоцетиризину для швидшого досягнення контролю симптомів АР та полегшення симптомів БА. Після досягнення контролю розглянути можливість відміни комбінації препаратів та продовження застосування монтелукасту не менш ніж на 3 міс.

8. У пацієнтів із середньою та тяжкою формою сезонного АР для прискорення настання ефекту як стартову терапію слід рекомендувати застосування комбінації топічного інтраназального кортикостероїда (ІнКС) та інтраназального АГП (ІНАГП) (наприклад, комбінацію мометазону фураату й азеластину гідрохлориду). Використання цих препаратів в одному пристрої має клінічну перевагу в порівнянні з монотерапією ІнКС або ІНАГП.

9. Розробити рекомендації для лікарів первинної ланки з метою підвищення рівня їх обізнаності про сучасні алгоритми діагностики та раціональної терапії ГРЗ, АР, БА.

Учасники Ради експертів вважають за доцільне рекомендувати вищезазначену резолюцію в практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейної медицини, педіатрів, терапевтів, алергологів, пульмонологів. Цю резолюцію може бути взято до уваги при створенні клінічних настанов, стандартів і рекомендацій щодо відповідних розділів надання медичної допомоги населенню України.

Ю.І. Фещенко, академік НАМН України, д.м.н., професор, президент Асоціації фізіатрів і пульмонологів України

Ю.Г. Антипкін, академік НАМН України, д.м.н., професор, президент Асоціації педіатрів України

В.Г. Майданник, академік НАМН України, д.м.н., професор, віце-президент Асоціації педіатрів України

Н.Г. Горovenko, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор

Т.О. Перцева, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор

Є.М. Дитятковська, д.м.н., професор

М.М. Островський, д.м.н., професор

В.Ф. Лапшин, д.м.н., професор

Г.В. Бекетова, д.м.н., професор

О.М. Охотнікова, д.м.н., професор

С.М. Недельська, д.м.н., професор

Т.Р. Уманець, д.м.н.

О.О. Крахмалова, д.м.н.

О.К. Яковенко, к.м.н.