

Респираторный саммит-2013: достигнув вершины, продолжай восхождение

Таинственный полумрак, дымчатая завеса, мелькающие тени, энергичная мелодия, яркие лазерные блики на огромном экране... Именно в такой художественной, креативной и непринужденной манере, свойственной голливудским кинофильмам, 8-9 июня в конференц-зале отеля InterContinental (г. Киев) при поддержке компании MSD произошло открытие Респираторного саммита, объединившего около 200 авторитетных экспертов и практических специалистов в области пульмонологии, аллергологии, педиатрии, терапии из Украины и Российской Федерации (РФ).

По праву считающийся одним из наиболее значимых событий в жизни медицинской общественности, саммит в который раз стал ярким примером удачного сочетания науки и практики, объективности в освещении вопросов, единство мнений в отношении которых на сегодня не достигнуто, продуктивного диалога между клиницистами, исследователями и представителями фармацевтической отрасли, оригинального и творческого подхода к организации мероприятия и новаторского формата.

В частности, инновацией саммита стала возможность интерактивного общения: как присутствующие на нем доктора, так и их коллеги, принимавшие заочное участие в саммите с помощью онлайн-трансляции, могли прислать вопрос докладчику в *prime-time* на специальный электронный адрес. По завершению выступления уже присланные и продолжающие поступать вопросы появлялись на экране и обсуждались лектором в партнерстве с аудиторией, что позволило существенно сэкономить время и рассмотреть все волнующие моменты.

В рамках форума были проанализированы принципиальные вопросы, касающиеся тактики ведения больных бронхиальной астмой (БА), рассмотрены последние научные данные, проведена экстраполяция мировых достижений на украинскую систему здравоохранения — затрагивались все темы, представляющие интерес для отечественных специалистов, поле деятельности которых охватывает лечение аллергопатологии.

Приятно отметить, что состоявшийся саммит стал 3-м по счету, что дает основания говорить о новой традиции в отечественном здравоохранении.

Nunquam petrorum, semper ingrediendum



Медицинский советник компании MSD по респираторному направлению в Украине Анна Койчева остановилась на исторических этапах развития компании MSD (в США и Канаде известна как Merck), основных направлениях деятельности, спектр которых включает фармацевтические препараты, вакцины, биологические препараты, ветеринарию. Респираторный портфель компании в мире формируют такие известные средства, как Назонекс®, Эриус®, Сингуляр®, Асманекс®, Дулера®; на этапе разработки находятся иммунологические средства МК-7243, МК-3641, МК-8237 (область применения — аллергический риноконъюнктивит).

Для компании MSD в Украине респираторное направление является одним из приоритетных и уверенно расширяется.

Цифры и факты

- Количество сотрудников компании в мире составляет **82 000**.
- **7,9 млрд долларов** потрачено MSD на научно-исследовательские разработки в 2012 г.
- **20 продуктов** находится на последней стадии разработки.
- Авторитетное руководство по клинической медицине Merck Manual, основанное на данных доказательной медицины и не включающее рекламную информацию, издается уже более 100 лет, содержит **6000 страниц** и переведено на 19 языков мира.

Возможности диагностики БА: вчера, сегодня, завтра



Заведующая отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких Национального института пульмонологии и фтизиатрии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Александровна Яшина сосредоточилась на современных достижениях в области диагностики воспаления дыхательных путей (ДП) при БА.

БА независимо от тяжести является хроническим воспалительным заболеванием. Наличие симптомов БА свидетельствует о сохраняющемся воспалении в ДП (Woolcock, 2001; Lundback et al., 2006). Результатом длительно существующего воспаления в бронхах является гиперреактивность бронхов (ГРБ) и ремоделирование ДП.

Традиционно подбор терапии основывается на вариативности бронхиальной обструкции, ее обратимости, достижениях контроля, то есть в основе диагностики заболевания у большинства пациентов лежат клинические проявления и данные спирометрии, которые не всегда коррелируют с активностью воспаления.

«Необходимо понимать, что активность заболевания далеко не всегда созвучна с его тяжестью, — подчеркнула докладчик. — Потенциально значимую роль в этом аспекте имеют биомаркеры».

Для оценки воспаления используются следующие методы (Z. Diamant et al., 2010):

- инвазивные (требуют бронхоскопии):
 - биопсия;
 - бронхоальвеолярный лаваж — БАЛ (некоторые ученые относят его к полуинвазивным методам);
- полуинвазивные (изучение индуцированной мокроты);
- неинвазивные:
 - биомаркеры выдыхаемого конденсата;
 - уровень оксида азота (NO) в выдыхаемом воздухе;
 - «электронный нос»;
 - уровень лейкотриенов в моче.

Инвазивные методы оценки позволяют дифференцировать фенотип БА, информативны в отношении ремоделирования ДП. Изучение индуцированной мокроты является более безопасным, доступным и простым в выполнении методом в сравнении с инвазивными, однако требует наличия обученного персонала и специального оборудования. Он предполагает получение мокроты из нижних ДП после стимуляции гипертоническим солевым раствором, ее центрифугирование (в результате получают твердую и жидкую фазы). К биомаркерам жидкой фазы относят протеины, протеазы, цитокины, хемокины, эйкозаноиды (лейкотриены), твердой — эозинофилы, нейтрофилы. Для разрыва дисульфидных связей в мокроту добавляют дитиотреитол, способный разрушать медиаторы, что может сказаться на точности исследования.

В последние годы все большее распространение получают неинвазивные техники, они признаны наиболее безопасными, доступными и простыми в выполнении. При оценке летучей органической смеси в выдыхаемом воздухе изучают 2 фазы конденсата: летучую (определяют NO, диоксид углерода) и нелетучую (ионы, протеины, 8-изопропионат, лейкотриены, pH).

Новейшая разработка — система «электронный нос», исследующая молекулярный состав выдыхаемого воздуха (для дифференциальной диагностики хронического obstructive заболевания легких, рака легких, легочной гипертензии, фенотипов БА и пр.).

Как наиболее простые и доступные биомаркеры БА рекомендуются:

- количество эозинофилов в мокроте (уровень $\geq 3\%$ расценивается как повышенный);
- концентрация NO в выдыхаемом воздухе;
- уровень лейкотриенов в моче (LTE₄/NO).

Оправданно сочетание различных методик (например, определение концентрации NO и использование системы «электронный нос» почти в 100% случаев дает возможность верифицировать БА; при тяжелом течении БА диагностическую ценность имеют БАЛ и определение молекул в выдыхаемом воздухе).

Применение в практике метода оценки концентрации NO в выдыхаемом воздухе регламентируется согласительным документом Американского торакального общества, созданным в 2011 г. Данный параметр рекомендуется использовать для выявления эозинофильного воспаления, с целью прогнозирования ответа на лечение стероидами, в качестве вспомогательного метода для верификации диагноза БА. Показатели теста необходимо сопоставлять с симптомами заболевания и ответом на лечение, например, если уровень NO низкий, но есть клинические проявления, следует рассмотреть вопрос об альтернативном диагнозе, улучшение от повышения дозы ингаляционных глюкокортикоидов (ИГК) маловероятно.

Соотношение LTE₄/NO свыше 1 ассоциируется с лучшим ответом на лечение антагонистами лейкотриеновых рецепторов (ЛТРА) у детей и взрослых с БА (S.J. Szefler et al., 2005; C. Cai et al., 2007). Это важно, когда пациенты стероиднаивные, имеют легкое течение БА и противопоказания к использованию ИГК (особенно дети, курильщики) и начинают лечение с ЛТРА.

Использование биомаркеров позволяет предположить ответ на терапию стероидами (чем больше выражено эозинофильное воспаление, тем лучше ответ), антилейкотриеновыми препаратами (АЛП), обоснованно выбрать дозы лекарственных средств, оценить рациональность step-down терапии, установить активность заболевания, определить приверженность к лечению, подтвердить диагноз БА в случае хронического кашля.

Использование биомаркеров позволяет решить трудные клинические задачи: провести дифференциальную диагностику, принять решение о назначении, прекращении или изменении интенсивности терапии.

МФ: в фокусе — качество ИГК



Роли монотерапии ИГК, в особенности мометазона фууроатом (МФ), в лечении БА уделил внимание заведующий кафедрой пульмонологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург, РФ), профессор Александр Викторович Емельянов.

Докладчик подробно описал эффекты глюкокортикоидов (ГК) и подчеркнул, что в настоящее время преимущественно используются ГК с негеномным влиянием, характеризующиеся лучшей переносимостью (к ним относится МФ).

Ныне на российском фармацевтическом рынке представлено 5 ИГК: беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат, циклезонид, МФ (Асманекс®). В США последний используется больше 10 лет, разрешен к применению с 4-летнего возраста (в РФ и Украине — с 12 лет).

В настоящее время исследователи занимаются поиском ответов на следующие вопросы: как влияют ИГК на снижении проходимости бронхов при БА? Могут ли они модифицировать исходно тяжелое течение патологии? Обладает ли эта группа препаратов профилактическим воздействием в отношении БА у детей раннего возраста?

Продолжение на стр. 36.

13: достигнув вершины, продолжай восхождение

Докладчик представила примерный алгоритм (G.P. Curgie et al., 2005) ведения пациента с частично контролируемой БА, получающего монотерапию ИГК 400-800 мкг/сут. Первоочередно следует оценить возможные причины недостаточного контроля — правильность техники ингаляции, комплаенс, наличие сопутствующей патологии и триггерных факторов. Если нет обструкции бронхов или присутствуют проявления АР, назначают АЛП. Контроль симптомов оценивают спустя 3 мес от начала лечения, если он не достигнут, дополнительно рекомендуют БАДД. В случае, когда выявлена персистирующая БА с обструкцией бронхов, к терапии стероидами добавляют БАДД, при недостаточном контроле присоединяют АЛП.

Л.А. Горячкина остановилась на данных некоторых исследований, в которых оценивалась эффективность монтелукаста (Сингуляра). Так, в исследовании СОМРАСТ оценивалась эффективность добавления монтелукаста к терапии ГК. 16-недельная работа D.V. Price и соавт. (2003) предполагала 2 этапа: 4-недельный вводный период (прием будесонида 400 мкг 2 р/сут) с последующим разделением при неполном контроле БА на прием монтелукаста 10 мг 1 р/сут + будесонид 400 мкг 2 р/сут (n=448) и группу, использующую высокую — 800 мкг 2 р/сут — дозу будесонида (n=441). Комбинированное лечение характеризовалось сопоставимой с высокодозовой терапией стероидом эффективностью лечения.

Двойное слепое многоцентровое рандомизированное исследование IMPACT продолжительностью 48 нед, было направлено на оценку результативности назначения монтелукаста (Сингуляр®) в качестве второго препарата в сравнении с добавлением салметерола 100 мкг/сут к ингаляционной терапии флутиказоном 200 мкг/сут у пациентов с недостаточным контролем обострений БА. Монтелукаст не уступал салметеролу по уменьшению риска возникновения обострений БА.

Согласительные документы содержат указания на то, что монтелукаст обеспечивает дополнительный терапевтический эффект, может быть альтернативной низким дозам ИГК, имеет высокий уровень безопасности.

«К сожалению, в жизни не всегда удается достичь результатов, сопоставимых с таковыми в клинических испытаниях. Вероятно, причина в том, что мы лечим «повседневных» пациентов — с вредными привычками (в частности курением), тяжелой соматической патологией и пр., тогда как в испытаниях такие больные не включаются», — прокомментировала Л.А. Горячкина. В рамках саммита Европейского парламента, состоявшегося в 2007 г. в г. Брюсселе и объединившего политиков, врачей, ученых, больных БА, было высказано мнение о необходимости проведения исследований, максимально приближенных к условиям реальной клинической практики, в связи с чем были инициированы исследования ELEVATE, MONICA, MARS, RADAR. Оценку эффективности назначения монтелукаста 10 мг 1 р/сут как дополнения к текущей терапии пациентам с БА, которая не контролируется на фоне лечения ИГК или комбинированной терапии ИГК + БАДД, ученые выполнили в многоцентровом открытом проспективном исследовании MONICA. В нем принимали участие 290 клинических центров Германии и пациенты в возрасте старше 18 лет, длительность наблюдения составила 12 мес. Выявлено, что количество пациентов с полностью и хорошо контролируемой БА к моменту завершения испытания существенно увеличилось (более значимо — в подгруппе, исходно получающей монотерапию ИГК), улучшились качество их жизни, функция легких.

Противовоспалительная базисная терапия: подходы, особенности, мнения



Практические аспекты противовоспалительной базисной терапии, механизмы действия ИГК и ЛТРА были детально освещены в выступлении доцента кафедры внутренней медицины им. проф. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктора медицинских наук Надежды Егоровны Моногаровой.

Докладчик продемонстрировала фильм «Лейкотриеновый вояж», посвященный роли лейкотриенов в патогенезе БА, и констатировала, что, несмотря на мощное многогранное действие ИГК, полное подавление с их помощью воспалительного процесса невозможно: в работе S. Mondino и соавт. (2004) прием 200 мкг флутиказона пропионата в течение 4 нед ассоциировался со снижением LTE₄ в выдыхаемом воздухе всего на 18%; в исследовании с участием 50 стероиднаивных пациентов в возрасте 5-11 лет с легким течением БА терапия беклометазоном 100, 200 или 400 мкг курсом 6 мес способствовала снижению уровня LTE₄ на 60% и не уменьшила концентрации ЛТВ₄ (J.O. Steiss et al., 2008); P. Gyllfors и соавт. (2006) указали, что ингаляционная терапия флутиказона пропионатом 1000 мкг/сут достоверно снижала ГРБ и уровень NO в выдыхаемом воздухе, но не сказывалась на концентрациях LTD₄ в моче. На основании результатов выполненных испытаний были сделаны следующие выводы относительно свойств ИГК (J. Negri et al., 2008):

- подавляющее влияние на синтез лейкотриенов (моноцитами, Т-лимфоцитами, эозинофилами) отсутствует;
- снижения количества и активности лейкотриеновых рецепторов на фоне приема ИГК не отмечено;
- предполагается опосредованное влияние средств этой группы на синтез лейкотриенов путем уменьшения количества РНК, необходимой для их синтеза.

Эффективность сочетанного применения ИГК и ЛТРА сравнивалась с таковой монотерапии ИГК в стандартной и двукратной дозировке в метаанализе С. Yong и соавт. (2012), объединившем результаты рандомизированных контролируемых исследований, результаты которых были опубликованы до 20 августа 2011 г. Критериям включения соответствовали 8 работ, в которых использовались ИГК + ЛТРА и монотерапия ИГК стандартными дозами, и 5 испытаний по применению ИГК + ЛТРА и удвоенных дозировок ИГК. Сочетанное использование 2 противовоспалительных средств продемонстрировало преимущества в сравнении с монотерапией ИГК в стандартных дозах по следующим исследуемым параметрам: изменению объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФV₁) от исходного уровня, пиковой скорости выдоха (утренней и вечерней). Сопоставимая результативность приема высоких доз ИГК и ИГК+ ЛТРА наблюдалась в отношении ОФV₁ и уменьшении эозинофильного воспаления, тогда как потребность в использовании β-агонистов короткого действия реже ощущали пациенты из группы комбинированного лечения.

Метаанализ 17 сравнительных исследований, завершенных до 2010 г., сопоставил результаты лечения фиксированной комбинацией ИГК + БАДД и сочетанного назначения ИГК + ЛТРА (F.M. Ducharme et al., 2011). Показано, что хотя добавление БАДД к низким дозам стероидов и ассоциировалось с достоверно более высокой клинической

эффективностью, чем назначение ЛТРА, однако различия были незначительными. При этом если оценивать параметры безопасности, то частота серьезных нежелательных явлений была в 1,36 раза выше в группе использования БАДД.

Докладчик подчеркнула, что необходимо принимать во внимание характерные для астмы воспалительные изменения. «К сожалению, сегодня в Украине оценка воспаления с помощью таких биомаркеров, как NO в выдыхаемом воздухе и уровень лейкотриенов в моче, доступна только в рамках клинических испытаний, — отметила Н.Е. Моногарова. — Необходимо использовать достаточные дозы ИГК, и поскольку данные средства не подавляют все механизмы воспаления, сочетать их с ЛТРА. Такой взвешенный подход к противовоспалительной терапии обеспечит контроль симптомов, предотвратит ремоделирование бронхов и снизит риск обострений БА».

Активность воспаления при БА следует учитывать во время планирования снижения объема базисной терапии, в случае сохранения симптомов заболевания на фоне интенсивного лечения, обострения на фоне отсутствия значимых причинных факторов, неудовлетворительном контроле БА.

БА и АР: две стороны одной медали



Заслуженный врач Украины, главный аллерголог г. Днепрпетровска, заведующая городским аллергологическим центром, доктор медицинских наук Евгения Михайловна Дитятковская обсудила рекомендации ARIA в свете современных представлений о патофизиологии АР.

«АР и БА — единое сложное иммунологическое воспаление, развивающееся в единых дыхательных путях, — подчеркнула докладчик. — Сложный оркестр, состоящий из множества воспалительных клеток и медиаторов, создает произведение в виде аллергического воспаления. «Первой скрипкой» в нем является тучная клетка».

После сенситбилизации развивается ранняя фаза аллергического воспаления, которая характеризуется дегрануляцией тучных клеток и высвобождением преформированных (гистамина, триптазы, химазы) и вновь синтезированных (цистеинил-лейкотриены, интерлейкины) медиаторов, клинически проявляется заложенностью носа, чиханием, зудом, ринореей. Поздняя фаза, которая развивается спустя несколько часов, ассоциируется с вовлечением и миграцией других воспалительных клеток (эозинофилов, лимфоцитов, макрофагов) и стойкой заложенностью носа.

Важным, но пока малоизученным элементом иммунной системы являются дендритные клетки, без которых невозможна передача сигнала Т-хелперу и активация аллергического каскада. Выявлено, что они выполняют ключевую роль в нескольких фазах аллергического ответа: стимулируют первичный иммунный ответ на ингаляционные антигены, поддерживают эозинофильное воспаление. В настоящее время с учетом этого факта произошло некоторое переосмысление патогенеза аллергии.

Продолжение на стр. 38.

ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ
СИНГУЛЯР®
(монтелукаст натрия, MSD)

І НЕХАЙ ДІТИ БУДУТЬ ДІТЬМИ

- Негормональна базисна терапія астми¹⁻³
- Альтернатива низьким дозам ІГК* при легкій персистуючій астмі⁴

Сингуляр® (монтелукаст натрія) — селективний і перорально активний блокатор лейкотриєнових рецепторів¹

Показання:
• додаткове лікування бронхіальної астми у пацієнтів з персистою астмою від легкого до помірного ступеня, що недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдними препаратами, а також при недостатньому клінічному контролі астми за допомогою β-агоністів короткого дії, що застосовуються при необхідності¹;
• як альтернативний спосіб лікування по відношенню до низьких доз інгаляційних кортикостероїдів у пацієнтів з персистою астмою легкого ступеня, в яких не було необхідності серйозних нападів астми, що потребують пероральної терапії кортикостероїдами, а також для пацієнтів, у яких виникло інтересування інгаляційними кортикостероїдними препаратами²;
• профілактика астми, довготривале використання після бронхоспазму, надзвичайні фізичні навантаження³;
• підвищення світлової сезону та цілодобового вітряного рівня⁴;
• симптоматичне лікування сезонного алергічного риніту у дітей на бронхіальному рівні⁵

Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату¹

Важливі ефекти: інфекції верхніх дихальних шляхів, головний біль, біль у животі, свербіж¹

Особливі вказівки: Сингуляр® не слід застосовувати для лікування гострих астматичних нападів. Не слід різко змінювати монотерапевтичне лікування інгаляційними кортикостероїдними препаратами¹

Література: 1. Сингуляр® 4 мг Інструкція для медичного застосування препарату. UA/10208/01/01. 2. Сингуляр® 5 мг Інструкція для медичного застосування препарату. UA/10208/01/02. 3. Сингуляр® 10 мг Інструкція для медичного застосування препарату. UA/10208/01/03. 4. Sic S. Valente, Louis-Pierre Boulay, Anne A. Cox et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2010 (update). website: www.ginaasthma.com

ІГК — інгаляційні глюкокортикостероїди
ЛТРА — інгаляційні long-acting β₂-агоністи
Сингуляр® 4 мг — р/к МР/А/10208/01/01, Сингуляр® 5 мг — р/к МР/А/10208/01/02, Сингуляр® 10 мг — р/к МР/А/10208/01/03.
© 2012 MSD Україна. Матеріал виготовлений вересень 2012 р. Матеріал придатний до вересня 2014 р. Авторські права © 2011 Мерк & Ко, Девон, США. Ін. Влітати заборонено.

Важливі повідомлення для спеціалістів первинної допомоги і тільки для розповсюдження на спеціалізованих медичних закладах, або для публікації в спеціалізованих виданнях. Перед призначенням Сингуляр®, будь-якою, ознайомтеся з повною інструкцією по його застосуванню.

Якщо у Вас є питання по препаратам компанії MSD, Ви можете звернутися до нас за адресою:
MSD Україна: БЦ «Горизонт Парк», вул. М. Амосова, 12, 3 поверх, м. Київ, Україна, 03038.
Тел.: +38 (044) 393-74-80. Факс: +38 (044) 393-74-81.
medinfo@merck.com www.msd.ua

MSD

Респираторный саммит-2013: достигнув вершины, продолжай восхождение

Продолжение. Начало на стр. 35.

В соответствии с ARIA выделяют 2 варианта АР – интермиттирующий (легкий и среднетяжелый) и персистирующий (среднетяжелый и тяжелый). В качестве лечебных мероприятий при АР рекомендуются:

- устранение аллергена («правило чистого дома»);
- назначение фармакотерапии (интраназальные ГК, современные антигистаминные средства).

Следует учитывать, что блокаторы H₁-рецепторов не используются с целью профилактики обострений БА.

Одним из известных представителей интраназальных ГК является МФ назальный спрей (МФНС) – Назонекс®. Среди его преимуществ – отсутствие влияния на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему в краткосрочных и длительных исследованиях при приеме нормальных и повышенных (в том числе в 20 раз) доз (R.G. Davies et al., 1997), отсутствие воздействия на уровень кортизола плазмы у взрослых в течение 1 года лечения, отсутствие подавляющего эффекта на рост детей с персистирующим АР на фоне терапии 100 мкг/сут курсом 1 год (M.D. Brannan et al., 1997; E.O. Meltzer et al., 1999; E.J. Schenkel, 2000; L. Agertoft et al., 1999).

Как свидетельствуют Minshall и соавт. (1998) и ряд других экспертов, терапия МФНС 200 мкг/сут в течение года не сопровождалась назальной атрофией у больных персистирующим АР, способствовала снижению количества эозинофилов в слизистой оболочке носа в 2,6 раза (по данным назальной биопсии), увеличению количества пациентов с полным отсутствием клеток воспаления в слизистой оболочке носа с 9,8 до 35,3% в течение 12 мес.

В качестве фармакотерапии АР рекомендуются:

- интраназальные H₁-антигистаминные средства взрослым и детям с интермиттирующим АР (но не в случае персистирующего АР);
- современные пероральные H₁-антигистаминные средства более предпочтительны в сравнении с интраназальными формами;
- АЛП взрослым и детям с интермиттирующим АР и детям дошкольного возраста с персистирующим АР;
- интраназальные ГК у детей (позволяют контролировать воспаление и препятствуют трансформации АР в БА).

При АР противопоказаны пероральные ГК, недостаточно эффективны интраназальные кромоны. Интраназальный ипратропий бромид при АР применяется только для устранения ринореи. Также возможен короткий курс интраназальных деконгестантов (за исключением детей дошкольного возраста), местно H₁-антигистаминные средства, а кромоны – только для купирования глазных симптомов.

Чтобы получить хороший клинический эффект при АР, необходимо переключить ответ с Th2 на Th1. С этой целью используется специфическая иммунотерапия (СИТ). По мнению исследователей, целесообразно проведение подкожной иммунотерапии в случае поллиноза и аллергии на клеща домашней пыли у детей и взрослых, сублингвальной – при поллинозе и аллергии на клеща домашней пыли у взрослых, а также у детей

(за исключением случаев аллергии на клеща домашней пыли); интраназальной терапии – у взрослых и детей при поллинозе. Последней перспективной разработкой является интралимфатическая иммунотерапия, реализующая более быстрый и выраженный эффект. Доказано, что ее использование с экстрактами аллергенов пыльцы трав и пыльцы березы уменьшает симптомы АР, не вызывая побочных реакций (T. Hylander et al., 2013; G. Senti et al., 2012).

В документ ARIA (2010), регламентирующий тактику ведения АР, внесены следующие изменения: рекомендуется использование интраназальных ГК на всех ступенках терапевтической лестницы АР (включая интермиттирующий АР легкого течения), как и пероральных H₁-блокаторов; местно назначаются H₁-блокаторы, АЛП, кромоны; отмечается тенденция к более раннему назначению СИТ.

«Использование интраназальных ГК, в частности препарата Назонекс®, позволяет достичь блиставательных результатов в лечении АР», – эмоционально резюмировала Е.М. Дитятковская.

АР: взгляд отоларинголога



Заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик представил показатели распространенности АР, особенности дифференциальной диагностики АР и других форм ринита, подчеркнув, что предположить АР может семейный врач, терапевт, педиатр, отоларинголог, тогда как окончательный диагноз устанавливается только после получения аллергологического подтверждения. По мнению докладчика, идеальный тандем в диагностике и лечении АР составляют аллерголог и отоларинголог.

К несвоевременному выявлению АР могут привести ошибки как врачей, так и самих пациентов и их родителей (в частности наиболее распространено восприятие симптомов АР как острого респираторного вирусного заболевания).

«В детском возрасте чаще всего встречается АР, сочетающийся с аденоидитом. По моим наблюдениям, количество пациентов с данными патологиями составляет около 70%», – отметил С.М. Пухлик. Относительно дифференциальной диагностики с бактериальным процессом докладчик порекомендовал клиницистам обращать внимание на сроки течения процесса («бактериальное воспаление не может длиться недели и месяцы»), как информативную оценил тактику местного применения современных ГК ex juvantibus и указал, что, на его взгляд, абсолютно точных диагностических критериев АР и бактериального риносинусита нет, а рентгенография в случае острого процесса нецелесообразна. «По моему мнению, роль эозинофилии носовой слизи как 100% биомаркера аллергического воспаления несколько преувеличена: этот признак может присутствовать на фоне неаллергического эозинофильного ринита (в дальнейшем трансформируется в аспириновую триаду), грибковых риносинуситов. Достоверным я считаю выявление эозинофилии в сочетании с повышением уровня тучных клеток», – отметил С.М. Пухлик.

АР крайне редко манифестирует во второй половине жизни пациентов; как правило, проявляется назальной обструкцией, ринореей, пароксизмами чихания, возникает после смены места жительства, работы, переезда в другую местность и т. п. Чаще всего заболевание вызывается плесневыми грибами. Докладчик представил результаты собственных наблюдений, согласно которым значимую роль играет также сенсibilизация к клещам домашней пыли (19,57%; основные – Acarus siro (34,8%), Dermatophagoides farinae (54,7%), D. pteronyssinus (78,8%); домашней пыли и плесневым грибам (25,51%); только плесневым грибам (12,12%), что созвучно с данными В. Guerin (1994), определяющим как наиболее аллергенные клещи домашней пыли, аллергены домашних животных, плесневые грибы и насекомые. Максимально высокое содержание спор грибов зарегистрировано в квартирах, расположенных на 1-м этаже зданий, и в сырых помещениях.

Как подчеркнул С.М. Пухлик, лечение АР может проводить терапевт, педиатр, семейный врач, отоларинголог при участии аллерголога. Подходы к терапии регламентируются документом ARIA.

С.М. Пухлик отметил, что часто использует в терапии АР МФНС (Назонекс®) и перечислил его преимущества: «Препарат разрешен к использованию с 2 лет, что важно для детей с аденоидитом, обеспечивает хороший клинический результат и характеризуется высокой безопасностью. Почти у половины пациентов с аденоидитом после применения препарата Назонекс® исчезает потребность в выполнении аденотомии».

Менеджер по медицинской информации Восточной Европы компании MSD Галина Иванкова предоставила информацию о сервисе «Мединфо». На сайте <http://medical-msd.com/> специалисты могут ознакомиться с содержанием инструкций к лекарственным средствам, выпускаемым компанией, данными относительно эффективности и безопасности терапии; оставить информацию о случаях побочных явлений, наблюдавшихся в собственной практике; получить консультацию медицинских советников, оставив соответствующий запрос. Экспертную информационно-научную поддержку врачам сотрудники компании оказывают и посредством общения с помощью электронной почты – medinfo@merck.com.

«Компания MSD чрезвычайно ответственно относится к подготовке информационных материалов для медицинских специалистов, стараясь избегать описательных эпитетов и нечетких формулировок. Наше главное оружие – аргументы, цифры, выборки, факты. Только доказательные данные являются значимыми при сравнении различных терапевтических режимов», – подчеркнула медицинский менеджер компании MSD Наталья Ларионова, подводя итоги саммита.

Твердая позиция компании MSD в этом отношении и эффективность ее партнерства с медицинской общественностью как нельзя лучше иллюстрируют слова Альберта Эйнштейна: «Единственный разумный способ обучать людей – подавать им пример».

Подготовила **Ольга Радучич**

Данная информация предоставлена в качестве информационной поддержки врачам. Мнения, изложенные в материале, отражают точку зрения авторов и не обязательно совпадают с точкой зрения компании MSD.

НАДІЙНИЙ ПАРТНЕР У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З АЛЕРГІЧНИМ РИНОМ, ПОЛІПОЗОМ, ГОСТРИМ РИНОСИНУСИТОМ

ТЕПЕР ЗАКЛАДЕНІСТЬ НОСА МЕНЕ НЕ ТУРБУЄ



НАЗОНЕКС® (мометазон фуроат) – синтетичний кортикостероїд для місцевого застосування, який чинить виражене протизапальне дію.
Показання: лікування сезонного або щорічного алергічного риніту у дорослих та дітей віком від 2 років.
Лікування сезонного гострого ринітусу без ознак такої бактеріальної інфекції у дорослих і дітей віком від 12 років. Лікування назального поліпозу у пацієнтів віком від 18 років.
Протипоказання: підвищена чутливість до активних речовин або будь-якого неактивного компонента препарату.
Побічні ефекти: головний біль, носова кровотеча, фарингіт, відчуття печіння в носі, подразнення та подразнені зміни слизової оболонки носа.
Особливі вказівки: застосування препарату у дітей молодшого віку повинні відбуватися за дозволом дорослих.
Дієречка: 1 інструкція для медичного призначення Назонекс®, спрей назальний, дозований 50 мкг/дозу, 140 доз, 60 доз.
Матеріал призначений для спеціалістів охорони здоров'я і тільки для розповсюдження на спеціалізованих медичних закладах, або для друкування в спеціалізованих виданнях. Перед призначенням Назонексу®, будь-яким, ознайомитися з повною інструкцією по його застосуванню.
Торгова марка Merck Sharp & Dohme Corp.
Назонекс® – р-с МНУ/7491/01/01. Назонекс Сінус® – р-с МНУ/11204/01/01.
© 2013 ТОВ «МСД Україна».
Матеріал виготовлений вересень 2012 р. Матеріал придатний до вересня 2014 р.



Якщо у Вас є питання по препаратам компанії MSD,
Ви можете звернутись до нас за адресою:
МСД Україна: БЦ «Горизонт Парк», вул. М. Алмазова, 12, 3 поверх, м. Київ, Україна, 03038.
Тел.: +38 (044) 393-74-80. Факс: +38 (044) 393-74-81.
medinfo@merck.com • www.msd.ua

