

ЛУКАСТ®

Дихайте глибше!



- ЛУКАСТ покращує довгостроковий контроль астми.*
- ЛУКАСТ - ефективний вибір для лікування алергічного риніту і загострення інтермітуючої бронхіальної астми.*
- ЛУКАСТ добре переноситься та володіє високим профілем безпеки.*

* Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина. Результати дослідження застосування модифікаторів лейкотриєнів у хворих на бронхіальну астму//Астма та алергія. - 2011, №4, с. 5-12.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Лукаст.

Фармакотерапевтична група. Антагоністи лейкотриєнових рецепторів. Код АТХ R03D C03. Показання: профілактика та тривале лікування бронхіальної астми, включаючи запобігання денних та нічних симптомів захворювань; лікування бронхіальної астми у пацієнтів з підвищеною чутливістю до ацетилсаліцилової кислоти; попередження бронхоспазму, спричиненого фізичним навантаженням; зняття симптомів сезонного алергічного риніту. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 15 років призначають 1 таблетку 10 мг на добу. Побічні реакції. Побічні ефекти зазвичай незначні і, як правило, не потребують відміни лікування, при цьому частота побічних ефектів препарату порівнянна з такою для плацебо. Алергічні реакції: анафілаксія, ангіоневротичний набряк, висип, свербіж, кропивниця; рідко – еозинофільні інфільтрати печінки; з боку

центральної нервової системи: патологічні сновидіння, галюцинації, сонливість, дратівливість, збудження, агресивна поведінка, втомлюваність, безсоння, парестезія; рідко – судомні напади; з боку травної системи: нудота, блювання, диспепсія, діарея, сухість у роті, підвищення АЛТ і АСТ і, дуже рідко, холестатичний гепатит; з боку опорно-рухового апарату: артралгія, міалгія, м'язові судоми; інші: тенденція до посилення кровоточивості, утворення підшкірних крововиливів; прискорення серцебиття; набряки. Передозування. Симптоми: біль в абдомінальній ділянці, сонливість, спрага, головний біль, блювання та гіперактивність. Лікування: симптоматична терапія.

Р.п.: №UA/10555/01/01

МЕГАКОМ
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Роль селективных антагонистов лейкотриеновых рецепторов в терапии бронхиальной астмы, аллергического ринита и бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой

Признание важности лейкотриенов в патогенезе бронхиальной астмы (БА) в 70-80-х годах XX века привело к разработке нового класса препаратов для лечения данного заболевания – модификаторов лейкотриенов. Первый из представителей этого класса – зафирлукаст – был зарегистрирован в середине 90-х годов прошлого века. А наиболее изученным препаратом из группы антагонистов лейкотриеновых рецепторов в настоящее время является монтелукаст, возможности и преимущества которого в лечении ряда заболеваний рассмотрены в данной статье.

Монтелукаст – флагман класса антагонистов лейкотриеновых рецепторов

Несмотря на продолжающиеся дискуссии и исследования, антагонисты лейкотриеновых рецепторов прочно вошли в протоколы лечения БА в разных странах, в том числе в Украине. За четверть века проведено более 100 клинических исследований эффективности препаратов этой группы при различных типах течения БА, а также при ряде других патологических состояний. При этом наибольшей доказательной базой из этого класса препаратов обладает монтелукаст, который впервые был одобрен в 1998 году Агентством по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (FDA) США для лечения БА взрослых, а позднее – у детей. С этого времени препарат получил широкое признание как в качестве дополнения к терапии БА ингаляционными кортикостероидами (ИКС) и агонистами бета-адренорецепторов, так и в виде монотерапии при легкой БА. В дальнейшем к перечню показаний к приему монтелукаста были добавлены такие состояния, как аллергический ринит (АР) и бронхоспазм, индуцированный физической нагрузкой. В настоящее время изучается возможность его применения еще при ряде заболеваний, в патогенезе которых важную роль играют лейкотриены.

Монтелукаст обладает высоким сродством и селективностью по отношению к цистеиниловым лейкотриеновым рецепторам CysLT₁. Обратно связываясь с ними, он ингибирует физиологическое действие лейкотриенов D₄, C₄ и E₄.

Роль лейкотриенов в патогенезе БА и АР

Ключевым фактором патогенеза БА и АР являются реакции воспаления в дыхательных путях, в развитии которых принимают участие многочисленные провоспалительные медиаторы. Среди них особое место занимают цистеиниловые лейкотриены (CysLTs), которые являются общими медиаторами для БА и АР.

Цистеиниловые лейкотриены (C₄, D₄ и E₄) представляют собой семейство воспалительных липидных медиаторов, синтезируемых из арахидоновой кислоты различными типами клеток, в том числе тучными клетками, эозинофилами, базофилами и макрофагами. Цистеиниловые лейкотриены образуют связь с двумя подтипами рецепторов – CysLT₁ и CysLT₂. Эти рецепторы присутствуют на поверхности интерстициальных и железистых клеток слизистой оболочки дыхательных путей, гладкомышечных клеток

бронхов, воспалительных клеток (базофилов, нейтрофилов, эозинофилов, макрофагов, тучных клеток). Большинство биологических эффектов цистеиниловых лейкотриенов, имеющих отношение к БА и АР, реализуются посредством стимуляции рецепторов CysLT₁. CysLTs выступают хемоаттрактантами для эозинофилов в дыхательных путях, повышают реактивность дыхательных путей и индуцируют развитие бронхоспазма, стимулируют гиперсекрецию слизи и ухудшают мукоцилиарный клиренс.

В исследовании Krell и соавт. (1990) было показано, что ингаляции лейкотриенов C₄ и D₄ являются в 1000 раз более мощными и более продолжительно действующими триггерами бронхообструкции по сравнению с гистамином. При этом в исследовании Davidson и соавт. (1987) установлено, что дыхательные пути пациентов с астмой во много раз чувствительнее к ингаляциям лейкотриенов, чем дыхательные пути здоровых людей. Повышенный уровень лейкотриенов был идентифицирован в плазме, моче, в мокроте и бронхоальвеолярной жидкости у пациентов с обострением БА, а также после проведения антигенной стимуляции. Другие исследования (de Graaf-in't Veld et al., 1996; Kim et al., 2008) продемонстрировали, что уровень цистеиниловых лейкотриенов значительно повышен в назальном секрете у пациентов с симптомами АР по сравнению со здоровыми добровольцами.

Совокупность представленных данных подтверждает, что лейкотриены являются одними из ключевых медиаторов и модуляторов воспалительного ответа при БА и АР, что делает целесообразным включение в схемы их лечения антагонистов лейкотриеновых рецепторов.

Доказательная база эффективности монтелукаста при БА, АР и бронхоспазме, индуцированном физической нагрузкой

В ряде клинических исследований продемонстрировано, что прием монтелукаста приводит к улучшению показателей контроля БА, в том числе объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), выраженности симптомов, потребности в бронхолитиках короткого действия. Параметры функции внешнего дыхания начинают улучшаться уже через 15 мин после перорального приема препарата, при этом эффект сохраняется не менее 24 ч.

Так, D. Verube и соавт. (2014) сообщили о результатах крупного многоцентрового 12-недельного открытого наблюдательного исследования, посвященного изучению эффективности

монтелукаста в виде монотерапии или в комбинации с ИКС у педиатрических больных с неконтролируемой БА (показатель опросника контроля астмы ACQ более 0,75 балла). В исследовании приняли участие 328 детей в возрасте 6,9±3,4 года. Из них 76 (23,2%) получали монтелукаст в качестве монотерапии и 252 (76,8%) в сочетании с ИКС. Через 4 нед у 61,3% пациентов в группе монотерапии и у 52,9% в группе комбинированного лечения удалось достичь контроля над астмой. Через 12 нед число пациентов, которые достигли контроля заболевания, увеличилось до 75 и 70,9% соответственно. При этом наблюдалось клинически и статистически значимое снижение баллов по опроснику ACQ: в группе монотерапии с 1,67±0,69 до 0,71±0,70 в течение 4 нед и с 0,50±0,52 через 12 нед; в группе комбинированной терапии – с 2,02±0,83 до 0,90±0,86 через 4 нед и 0,64±0,86 через 12 нед. Улучшение клинического состояния 22,6% пациентов в группе комбинированной терапии позволило снизить дозу ИКС через 12 недель лечения монтелукастом.

Эффективность и безопасность монтелукаста в лечении АР были изучены в систематическом обзоре Nayak и соавт. (2007). В него было включено восемь крупных рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых клинических исследований, посвященных оценке эффективности монтелукаста в качестве монотерапии и в комбинации с антигистаминными препаратами у пациентов с сезонным и круглогодичным АР в сочетании или без БА. Результаты анализа свидетельствуют о том, что назначение монтелукаста привело к улучшению состояния в значительно большей степени, чем в группе плацебо, а добавление антагониста лейкотриеновых рецепторов к антигистаминным препаратам обеспечивало более высокую эффективность, чем монотерапия. При этом монтелукаст хорошо переносился и продемонстрировал благоприятный профиль безопасности.

В ряде исследований изучена роль монтелукаста в предотвращении бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой, у детей и взрослых. В частности, J.M. Edelman и соавт. (2000) в результате проведенного 8-недельного многоцентрового рандомизированного двойного слепого исследования пришли к выводу, что пероральный прием препарата монтелукаста один раз в день обеспечивает защиту от развития бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой, в течение суток. В исследовании принял участие 191 взрослый пациент с БА с документированным бронхоспазмом, индуцированным физической нагрузкой. Пациенты были разделены на две группы, одна из которых получала

монтелукаст (10 мг один раз вечером), вторая – сальметерол (50 мкг две ингаляции в сутки). Уже с 3-го дня исследования у пациентов обеих групп отмечалось статистически значимое улучшение функции внешнего дыхания, которую оценивали по степени снижения ОФВ₁ после физической нагрузки. Однако через 4 и 8 нед протективный эффект сальметерола значительно уменьшился, в то время как в группе монтелукаста улучшение было устойчивым. Так, на 8-й неделе в группе монтелукаста снижение ОФВ₁ после физической нагрузки было на 57,2% меньше по сравнению с исходными показателями, а в группе сальметерола – только на 33% (p=0,002).

Лукаст – эффективность, безопасность и доступность

Одним из препаратов монтелукаста, представленных на украинском рынке и доступных широкому кругу пациентов, является Лукаст®. Он рекомендовал себя как эффективный и безопасный препарат. Так, например, хорошие результаты были получены в отечественном исследовании, проведенном на базе Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского, в котором были изучены эффективность и переносимость препарата Лукаст® у стероид-наивных пациентов с неконтролируемым течением БА.

В этом клиническом испытании принимали участие 30 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет, не получавшие стероиды на протяжении последних трех месяцев перед включением в исследование. В течение трех месяцев все пациенты получали препарат Лукаст® в таблетках по 10 мг один раз в сутки в качестве базисной терапии и сальбутамол по потребности. Такое лечение привело к существенному уменьшению выраженности симптомов астмы, сокращению потребности в бронхолитике короткого действия и улучшило контроль БА по результатам тестов контроля астмы АСТ и ACQ. Кроме того, проведенная терапия привела к снижению гиперреактивности бронхов и уменьшению симптомов сопутствующего АР. Препарат хорошо переносился пациентами, нежелательных реакций отмечено не было.

Авторы этого исследования сделали вывод, что проведение противовоспалительной терапии препаратом Лукаст® эффективно и безопасно у стероид-наивных пациентов с легким течением БА.

Таким образом, имеющиеся сегодня научные данные указывают на важную роль лейкотриенов в патогенезе БА, АР и бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой. В свою очередь включение антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста (Лукаст) в схемы лечения этих патологических состояний значительно улучшает их контроль.

Подготовила Елена Васильева

