

Современные тенденции в лечении аллергического ринита

Схемы терапии аллергического ринита (АР) за последнее десятилетие претерпели существенные изменения и в настоящее время продолжают совершенствоваться. В настоящей статье освещены наиболее актуальные проблемы и подходы к лечению этого заболевания, а также рассмотрены возможности повышения эффективности терапии с помощью использования современных препаратов с улучшенными фармакологическими характеристиками.

Аллергический ринит и бронхиальная астма: две стороны одной медали

На сегодня доказано существование этиологической, патогенетической и патофизиологической взаимосвязи АР и бронхиальной астмы (БА). Многие авторы эти две нозологические единицы рассматривают как частные проявления единого аллергического воспалительного синдрома дыхательных путей. Но, к сожалению, практикующие врачи нередко упускают из виду эту взаимосвязь и не учитывают ее при обследовании пациентов и составлении плана их лечения.

Как свидетельствует опрос более 300 членов Британской ассоциации отоларингологов и хирургов головы и шеи (British Association of Otorhinolaryngologists – Head and Neck Surgeons), проведенный R.S. Natt et al. (2011), несмотря на то что каждый из респондентов понимает, что между АР и БА существует взаимосвязь, только 63% из них знакомы с рекомендациями ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Среди опрошенных отоларингологов 25% занимаются лечением пациентов с АР, у 20–30% из которых наблюдаются симптомы БА или даже установлен диагноз этого заболевания. Но только 3% опрошенных используют спирометрию на этапе обследования. Чуть более половины респондентов, назначив лечение, советуют продолжить его под контролем врача общей практики, в то время как только 1% считает необходимым после назначения лечения направить больного на консультацию к пульмонологу. Также в ходе исследования было установлено, что субингивальную десенсибилизацию проводят только 15% опрошенных врачей, и лишь 5% респондентов прибегают к подкожному введению аллергенов, несмотря на то что эти методы достаточно эффективны и у части больных позволяют достичь длительной ремиссии. В то же время 99% опрошенных пациентов с АР назначают интраназальные кортикостероиды (ИНКС). В ряде клинических исследований было показано, что это наиболее эффективные с клинической и фармакоэкономической точки зрения препараты первой линии для лечения АР, в том числе у пациентов с БА. Установлено, что использование ИНКС (но не антигистаминных препаратов) при АР способствует сокращению частоты обострений БА (R.J. Adams et al., 2002). В свою очередь, результаты рассматриваемого британского исследования позволяют сделать вывод о том, что применение ИНКС не только привлекательно с позиции доказательной медицины, но и соответствует потребностям и ожиданиям пациентов и специалистов.

Инициатива ВОЗ по аллергическому риниту и его влиянию на бронхиальную астму

С учетом актуальности проблемы АР и его влияния на БА в 1999 г. экспертной группой ВОЗ были разработаны рекомендации ARIA («Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму»). Этот согласительный документ пропагандирует идею о том, что указанные два заболевания следует рассматривать в едином ключе, причем АР с определенной долей вероятности может способствовать развитию БА. При сочетании АР и БА не стоит ожидать эффекта исключительно от терапии, проводимой для купирования воспалительного процесса в полости носа. В этом случае при выборе тактики необходимо учитывать рекомендации по лечению БА. Поэтому прежде чем делать назначения

пациенту с АР, врач должен убедиться в том, что патологический процесс у больного ограничен исключительно верхними дыхательными путями.

В 2010 году вниманию врачей и специалистов в области здравоохранения были представлены обновленные рекомендации ARIA. В новой редакции руководства представлена уточненная на основании результатов исследований последних лет информация об особенностях терапевтических вмешательств у больных АР. Кратко рассмотрим ключевые рекомендации и внесенные в 2010 г. изменения.

Основными целями лечения АР являются уменьшение тяжести симптомов заболевания, сокращение риска развития осложнений и повышение качества жизни. Эти задачи актуальны как у взрослых, так и у детей.

Залогом успешного лечения АР является точная диагностика. Для нее необходим тщательный сбор жалоб и анамнеза, включая тяжесть, продолжительность и время появления симптомов, возможные провоцирующие факторы, информацию о наследственной предрасположенности. Также необходимо провести полный осмотр носовой полости, глаз, ушей и ротовой полости пациента.

В рекомендациях ARIA выделяют интермиттирующий АР (симптомы наблюдаются <4 дней в неделю или <4 недель в год) и персистирующий АР (симптомы отмечаются ≥4 дней в неделю и ≥4 недель в год). Также предусмотрена классификация по степени тяжести – легкий или среднетяжелый/тяжелый.

Лечение АР должно включать следующие мероприятия:

- устранение контакта с аллергеном (если возможно);
- оптимизация факторов окружающей среды и социальных факторов, чтобы пациент мог вести нормальный образ жизни;
- аллергенспецифическая иммунотерапия, в ряде случаев – лечение моноклональными анти-IgE антителами;
- обучение пациента;
- фармакотерапия.

Для медикаментозной терапии АР используют шесть основных групп препаратов:

- антигистаминные средства;
- кортикостероиды, прежде всего интраназальные, а также в редких случаях системные;
- стабилизаторы мембран тучных клеток (препараты хромоглициевой кислоты);
- сосудосуживающие препараты (деконгестанты);
- антихолинергические средства;
- модификаторы лейкотриенов.

Роль некоторых лекарственных средств в лечении АР была пересмотрена в новой версии рекомендаций ARIA. После публикации ряда статей по антигистаминным средствам, в которых было четко показано, что седативные препараты первого поколения крайне опасны при передозировке, вызывают лекарственную зависимость, являются причиной несчастных случаев и травм, приводят к снижению успеваемости, то есть обуславливают высокий риск осложнений при их назначении, были введены существенные ограничения для их использования:

- детям до 6 мес антигистаминные препараты первого и второго поколения не рекомендуются;
- детям в возрасте от 6 мес до 6 лет разрешаются только антигистаминные препараты второго поколения;

• антигистаминные препараты первого поколения не могут продаваться без рецепта и используются только в разрешенных возрастных группах по назначению врача.

В пересмотренной версии ARIA 2010 в отношении антигистаминных препаратов даны следующие рекомендации:

«П. 11. У пациентов с АР мы рекомендуем пероральные H₁-блокаторы нового поколения, которые не вызывают седации и не взаимодействуют с цитохромом P450.

П. 13. Мы полагаем, что клиницисты не должны назначать, а родители не должны использовать пероральные антигистаминные препараты для профилактики свистящих хрипов или БА у детей раннего возраста с атопическим дерматитом и/или семейным анамнезом аллергии или БА (с высоким риском развития БА). Примечание: рекомендация не использовать пероральные антигистаминные препараты у детей распространяется только на профилактику БА или свистящих хрипов, но не распространяется на случаи лечения других аллергических заболеваний, требующих назначения антигистаминных средств (например, крапивницы).

П. 15. Мы полагаем, что пероральные H₁-блокаторы нового поколения предпочтительнее, чем интраназальные антигистаминные средства, у взрослых с сезонным АР. Мы также полагаем, что у детей с интермиттирующим или персистирующим АР пероральные H₁-блокаторы нового поколения предпочтительнее, чем интраназальные H₁-блокаторы. Рекомендации базируются на высоком профиле безопасности пероральных H₁-блокаторов нового поколения».

Для кромонов (в силу их низкой эффективности) и антихолинергических препаратов при АР в руководстве ARIA 2010 (п. 24, п. 26) сохраняется слабая практическая рекомендация – «мы предлагаем (возможно использовать)».

Вспомогательную роль в лечении АР играют деконгестанты. Относительно применения этих препаратов дана следующая рекомендация:

«П. 27. У взрослых пациентов с АР и тяжелой назальной обструкцией может быть использован короткий курс (не более 5 дней, лучше короче) деконгестантов в комбинации с другими лекарственными средствами. Мы полагаем, что клиницисты не должны назначать, а родители не должны использовать деконгестанты у дошкольников (взвешивать риск/пользу)».

Рекомендации в отношении пероральных антагонистов лейкотриеновых рецепторов (в основном исследовался монтелукаст) ограничиваются отдельными категориями пациентов – детьми и взрослыми с сезонным АР, а также детьми дошкольного возраста с персистирующим АР:

«П. 16. Мы предлагаем применять антилейкотриеновые препараты при персистирующем АР у детей дошкольного возраста. У подростков и взрослых при персистирующем АР антилейкотриеновые препараты не рекомендуются».

Все клинические руководства, в том числе ARIA, позиционируют ИНКС как самые эффективные средства лечения аллергического и неаллергического ринита. В ARIA 2010 назначение ИНКС имеет статус сильной практической рекомендации, что нашло отражение в следующих заключениях:

«П. 19. У взрослых и детей с сезонным или персистирующим АР мы рекомендуем отдавать предпочтение ИНКС перед

пероральными антигистаминными препаратами».

П. 20. У пациентов с АР мы рекомендуем отдавать предпочтение ИНКС перед интраназальными антигистаминными препаратами».

П. 21. У пациентов с сезонным АР мы рекомендуем отдавать предпочтение ИНКС перед пероральными антагонистами лейкотриеновых рецепторов».

Таким образом, ИНКС являются препаратами первой линии в терапии АР и с каждым годом все чаще применяются для лечения различных форм этого заболевания как у взрослых, так и у детей. В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины появился флютиказона фураат, действующее вещество которого характеризуется высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности. Оригинальный препарат флютиказона фураата выпускается компанией «ГлаксоСмитКляйн» под брендовым названием Авамис. Флютиказона фураат отличается высокой аффинностью к кортикостероидным рецепторам и практически не взаимодействует с минералокортикоидными и прогестероновыми рецепторами, что обеспечивает, с одной стороны, высокую клиническую эффективность, а с другой – хороший профиль безопасности. Такого результата удалось достичь благодаря уникальной структуре молекулы – эфир 17-альфа фураата полностью соответствует «карману» глюкокортикоидного рецептора. Еще одним преимуществом флютиказона фураата является длительность действия, благодаря чему он применяется один раз в сутки. Системная биодоступность препарата Авамис минимальна и не превышает 0,5%.

В ряде исследований было убедительно показано, что флютиказона фураат эффективно купирует назальные симптомы. Однако важно помнить о том, что больных АР беспокоят не только заложенность носа, ринорея и чихание. Очень часто, особенно при сезонном АР, существенное неудобство для пациентов создают офтальмологические проявления заболевания (G.W. Canonica et al., 2007). В клинических исследованиях было продемонстрировано, что применение флютиказона фураата в виде назального спрея для лечения АР стабильно устраняет глазные симптомы АР (H.B. Kaiser et al., 2007; B.G. Martin et al., 2007; W.J. Fokkens et al., 2007; P. Ratner et al., 2007).

Также пациенты с АР часто отмечают, что симптомы заболевания особенно беспокоят их в ночное время, что приводит к ухудшению сна. Благодаря действию Авамиса удается устранить ночной дискомфорт и облегчить страдания, причиняемые АР.

Эффективность лекарства не всегда является решающим фактором, способным обеспечить признание пациентов. В ряде случаев актуальны органолептические свойства препарата. Авамис практически не имеет запаха и не оставляет неприятного послевкусия. Высокая концентрация действующего вещества позволяет минимизировать количество жидкости, которая поступает при впрыскивании в полость носа. Поэтому маловероятно ее вытекание или попадание в носоглотку, что также положительно сказывается на приверженности пациента к терапии. Еще одним преимуществом препарата Авамис является его доставочное устройство, обеспечивающее удобство в применении.

Подготовила **Ирина Гамова**

Статья публикуется при поддержке
ГлаксоСмитКляйн.

AVMS/10/UA/16.09.2011/5442

3y