

УДК:616.248-06-085

Э. М. ХодошХарьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковская городская клиническая больница № 13

Влияние некоторых коморбидных заболеваний на выбор базисной терапии бронхиальной астмы

Ключевые слова: бронхиальная астма, модификаторы лейкотриенов, аллергический ринит, коморбидность, монтелукаст, Сингуляр®.

Как известно, у больных с бронхиальной астмой (БА) воздействие триггерных факторов (например, табакокурение) или наличие коморбидных заболеваний (например, хронический ринит) могут ассоциироваться с большей частотой неконтролируемого течения данного заболевания. По некоторым сообщениям, у взрослых пациентов с БА отмечаются назальные симптомы в 78 % случаев [9]. Не менее высокая частота данного нозологического сочетания отмечена японскими авторами, сообщавшими, что у 44–68 % пациентов с БА наблюдается аллергический ринит (АР) [14].

В других исследованиях изучалась связь между АР и степенью тяжести БА [3, 5]. Было показано, что пациенты, страдающие БА и АР, чаще госпитализируются, чаще внепланово посещают врачей и требуют больших затрат на лечение по сравнению с пациентами, которые имеют только БА [16, 21]. То есть, ухудшение течения БА при наличии АР получило доказательное обоснование. Согласно работам E. P. Groot и соавторов (2012), пациенты с БА в сочетании с АР имели достоверно более выраженный воспалительный процесс, чем пациенты без АР. Также наблюдалось повышение уровня оксида азота в 2 раза и уровня общего IgE у пациентов с сопутствующим АР по сравнению с пациентами без АР. У больных, которые получали адекватное лечение АР, астма контролировалась так же, как и у пациентов, не имеющих АР [10]. Таким образом, проведенные исследования позволили сделать вывод, что устранение симптомов АР способствует достижению контроля БА. Таким образом, то что одним из направлений в преодолении реакций гиперреактивности со стороны трахеобронхиального дерева является лечение АР – бесспорный клинический факт.

Рассмотренная зависимость выявлена и у детей с АР, который повышает риск развития БА, особенно в тех случаях, когда манифестировала бронхиальная гиперреактивность. Более того, многие исследования убедительно демонстрируют, что у детей с АР в три раза чаще возникает БА в более зрелые годы.

Согласно анализу популяционных данных 32 исследовательских центров по всему миру у более чем 50 % пациентов с БА выявлен АР, 35 % среди пациентов с астмой оказались курильщиками [2]. На основании приведенных данных в предыдущих версиях GINA был включен раздел под названием «фенотип», который описывал взаимодействие между индивидуальными генетическими характеристиками и воздействием факторов окружающей среды. Подобные клинико-генетические различия приводят к варьированию ответа на различные варианты базисного лечения БА.

Актуальность данной проблемы обусловлена и тем, что БА является распространенным социально значимым заболеванием, которое у многих больных сочетается с АР, симптоматика и патогенез которого обусловлены аллергическими реакциями немедленного и замедленного типа. Таким образом, появилось клиническое понимание того, что необходимо устранять симптомы АР для достижения контроля БА. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), хоть и являются краеугольным камнем в базисной терапии БА, однако они не способны купировать воспаление верхних дыхательных путей при АР. В то же время, первой линией терапии у пациентов с изолированным АР являются антигистаминные препараты или эндоназальные кортикостероиды, что зависит от степени тяжести ринита. Эти группы препаратов успешно уменьшают симптомы АР, однако не улучшают контроль астмы.

В соответствии с рекомендациями GINA (2011–2013) основными препаратами, используемыми для контроля БА, определены ИГКС. Тем не менее, в некоторых клинических ситуациях антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР), например монтелукаст натрия (Сингуляр®, МСД), стали альтернативой группой препаратов для монотерапии у некоторых больных, например, при сочетании БА и АР [17, 23]. Более того, присоединение монтелукаста к базисному лечению ИГКС является клинически эффективной альтернативой

ТАБЛЕТКА НА ДОБУ СИНГУЛЯР®[†]

(монтелукаст натрія, MSD)

НЕГОРМОНАЛЬНА БАЗИСНА ТЕРАПІЯ АСТМИ¹



Коротка інформація з безпеки препарату Сингуляр (в дозуванні 10 мг)

Характеристика. Сингуляр® (Монтелукаст натрія) – селективний і перорально активний блокатор лейкотрієнових рецепторів. **Показання.** Сингуляр® показаний як додаткове лікування бронхіальної астми у пацієнтів з персистою астмою від легкого до помірного ступеня тяжкості, яка недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдами, а також при недостатньому клінічному контролі астми за допомогою β-агоністів короткострокової дії, які застосовують за потребою. Сингуляр® також показаний пацієнтам для профілактики астми, домінуючим компонентом якої є бронхоспазм, індукований фізичним навантаженням. Сингуляр® показаний для полегшення симптомів сезонного та цілорічного алергічного риніту. Симптоматичне лікування сезонного алергічного риніту у хворих на бронхіальну астму. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. Дитячий вік до 15 років (для дозування 10 мг). **Побічні реакції.** Інфекції верхніх дихальних шляхів, головний біль, абдомінальний біль, спрага. **Запобіжні заходи/Особливості застосування.** Сингуляр® (в дозуванні 10 мг) застосовують дорослим та дітям віком від 15 років.

Сингуляр® не слід застосовувати пацієнтам із рідкісними спадковими захворюваннями непереносимості галактози та лактози. Пацієнтів необхідно попередити, що Сингуляр® для перорального застосування ніколи не використовують для лікування гострих нападів астми, а також що вони повинні завжди мати при собі відповідний препарат екстреної допомоги. Не слід різко замінювати монтелукастом терапію інгаляційними або пероральними кортикостероїдними препаратами.

Виробник. Мерк Шарп і Доум Лтд., Великобританія. Мерк Шарп і Доум Б.В., Нідерланди. **Місцезнаходження.** Шоттон Лейн, Крамлінгтон, Нортумберленд NE23 3JU, Великобританія. Ваардерверг 39, 2031 БН Хаарлем, Нідерланди.

Література: 1. Eric D. Bateman, Louis-Philippe Boulet, Alvaro A. Cruz et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2010 (update); website www.ginaasthma.com 2. Сингуляр 10 мг Інструкція для медичного застосування препарату. Р/н №UA/10208/01/03 від 13.09.12 №715.

[†] Сингуляр® – Зареєстрована торгова Марка Merck Sharp&Dohme Corp. ТОВ «МСД Україна».

Матеріал схвалений до розповсюдження: березень 2014 р.

Матеріал придатний до: грудень 2014 р.

Авторські права © 2014 Мерк Шарп і Доум, Інк. Всі права захищені. Матеріал призначений для спеціалістів сфери охорони здоров'я і тільки для поширення на спеціалізованих медичних заходах або для публікації в спеціалізованих виданнях.

Перед призначенням Сингуляру, будь ласка, ознайомтесь з повною інструкцією по його застосуванню.

За додатковою інформацією звертайтеся в ТОВ «МСД Україна»:

03680, м. Київ, вул. Амосова, 12, буд. 1, 3-й пов. Тел./факс: + 38 (044) 393-74-80/-81. medinfo@merck.com • www.msd.ua



ТАБЛЕТКА НА ДОБУ

RESP-1062394-0000

увеличения дозировки ИГКС или добавления к последнему β -агонистов длительного действия (ДДБА) у больных с умеренно выраженной тяжестью БА [18]. Наблюдательные (обсервационные) данные, полученные из нескольких исследований, убедительно показали, что присоединение монтелукаста к базисному лечению ИГКС или ИГКС + ДДБА позволяет значительно лучше контролировать БА и повышать качество жизни у данной группы больных [8, 11, 24, 25]. Более того, монтелукаст предоставляет эффективную возможность для достижения оптимального контроля БА и АР у пациентов с отсутствием контроля БА [2].

Результаты большого европейского обсервационного исследования у 5855 пациентов показали эффективность монтелукаста (Сингуляра®) в контроле БА и АР: 86,5 % и 88,5 % пациентов отметили менее выраженную дневную и ночную симптоматику соответственно, большой процент пациентов (77–84 %) отметил уменьшение симптомов АР [24]. Также у 88,1 % пациентов уменьшился объем медикаментов для лечения АР через 4 и 6 недель лечения монтелукастом, а оценка пациентов по поводу удовлетворенности результатами лечения («хорошо и «очень хорошо») относительно симптомов и качества жизни составила 88,8 % для БА и 83,5 % – для АР.

Говоря о фармакодинамике монтелукаста натрия, доказано, что он блокирует лейкотриеновые рецепторы первого типа CysLT1 и предотвращает обусловленные лейкотриенами воспалительные эффекты. Указанные рецепторы преимущественно расположены в эндотелии сосудов, гладкомышечных клетках бронхов, а также на клетках, играющих важную роль в патофизиологии аллергического воспаления, таких как эозинофилы, тучные клетки, базофилы и дендритные клетки. Лейкотриены, связываясь с лейкотриеновыми рецепторами, вызывают воспаление дыхательных путей и принимают участие в патогенезе как БА, так и АР. Эти медиаторы вызывают бронхоспазм (в 1000 раз сильнее, чем гистамин), бронхиальную гиперреактивность, отек, гиперсекрецию и привлекают воспалительные клетки (в частности эозинофилы) в дыхательные пути, а также активируют дендритные клетки, которые принимают участие в аллергической сенсибилизации. При усилении тяжести БА, обострениях астмы, провокации аллергенами возрастает количество лейкотриенов в бронхоальвеолярной лаважной жидкости. То же самое происходит и в назальной лаважной жидкости у пациентов с АР после аллергенной нагрузки. У пациентов при вдыхании табачного дыма и других аэроаллергенов повышается количество лейкотриенов LTE4, LTC4, LTD4 в моче. Благодаря способности монтелукаста натрия блокировать лейкотриеновый путь воспаления, препарат улучшает контроль БА и уменьшает симптомы АР.

Использование *post hoc* анализа в исследовании D. Price и соавторов показало эффективность добавления монтелукаста к ИГКС будесонида по сравнению с удвоением дозы будесонида у больных, страдающих БА и АР [17]. Группа монтелукаста и будесонида составила 216 пациентов с БА и АР, а группа с двойной дозой будесонида – 184. У пациентов оценивали процент улучшения утренней

пиковой скорости выдоха (ПСВ). Результаты исследования показали статистически значимую разницу в эффективности лечения в группе монтелукаста и будесонида по сравнению с увеличением дозы ИГКС. То есть, после 12 недель лечения увеличение утренней ПСВ составило 9,2 % в группе монтелукаста и будесонида, а в группе с двойной дозой будесонида – 6 % ($p = 0,028$). Эти результаты подтверждают рекомендации ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) и демонстрируют преимущество добавления монтелукаста (Сингуляра®) в схему лечения больных БА и АР.

В другом открытом двухмесячном исследовании P. Keith и соавторы оценивали эффективность монтелукаста у больных с БА и АР, клиническое течение которых не контролировалось ИГКС или ИГКС + ДДБА. В этом исследовании присоединение к текущей терапии монтелукаста (Сингуляра®) значительно улучшало контроль БА и АР ($p < 0,001$) [11]. У большинства пациентов удалось достичь контроля БА как в группе ИГКС, так и в группе ИГКС + ДДБА, а также улучшить качество жизни, связанное с АР.

Нет никакого сомнения в том, что для обоснования фармакологической эффективности лекарственных средств рассматривается дизайн длительного исследования на большой выборке пациентов. Так, в открытом клиническом исследовании (MONICA), длившемся 12 месяцев, J.C. Virchow и соавторы изучали эффективность монтелукаста (10 мг), добавленного к базисной терапии ИГКС или ИГКС + ДДБА [18]. Целью этого исследования было определение эффективности данной комбинации в различных подгруппах больных, страдающих БА. В общей сложности в исследование был включен 1681 пациент. Контроль БА оценивали в начале исследования, на 3-м, 6-м, 9-м и 12-м месяце с помощью теста контроля. Первичной конечной точкой была оценка контроля астмы в исследуемой группе больных. Проведенный вторичный постфакториальный анализ позволил разделить исследуемых больных на подгруппы в зависимости от возраста, пола, наличия сопутствующего АР, длительности БА, а также получаемого лечения ИГКС или ИГКС + ДДБА. Результаты исследования убедительно показали значительное улучшение среднего балла контроля БА в группе общей популяции. После 6 месяцев лечения монтелукастом процент пациентов с полным контролем БА возрос с 1,2 до 11,4 %, а с хорошо контролируемой астмой – с 13,9 до 47,5 %. Процент пациентов с неконтролируемой астмой уменьшился с 57,5 до 17,6 %.

В приведенном исследовании больные с сопутствующим АР в возрасте до 30 лет имели лучшие количественные показатели, чем без сопутствующего АР. Также сообщалось о более значительном достижении контроля БА у больных с длительностью заболевания менее 5 лет и у пациентов, получавших монотерапию ИГКС без ДДБА. Как правило, у всех обследуемых больных добавление монтелукаста показало значительное уменьшение симптомов БА и улучшение функции легких, в том числе у пациентов с сопутствующим АР.

Существует еще одна группа больных, для которых подход к базисной терапии недостаточно индивидуализирован

в рекомендательных документах по лечению БА. Речь идет о пациентах с длительным анамнезом курения. И действительно, в рекомендациях по лечению БА ИГКС рассматриваются в качестве стандарта для лечения БА, основываясь на данных об их эффективности в уменьшении симптомов, улучшении функции легких и уменьшении воспаления. Однако эти рекомендации базируются на данных, полученных из клинических исследований, в которых исключались курящие больные, а они составляют значительную часть популяции пациентов с астмой [20, 22]. Имеющиеся данные показывают, что в этой группе больных БА менее контролируется в сравнении с некурящими, так как у них ухудшается как общий контроль, так и отдельные показатели контроля. Значительно увеличивается количество ночных пробуждений, дневных симптомов, использование скорпомощных препаратов. У курящих пациентов наблюдается более выраженное ограничение физической активности, выше частота обострений, возрастает бронхиальная гиперреактивность, снижается объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), и прогрессивно падает функция легких, что в значительной мере связано с курением. Учитывая, что распространенность курения среди пациентов с БА такая же, как в общей популяции и составляет от 30 до 50 % по данным различных авторов, актуальность этой проблемы высока.

Для более детального понимания указанной проблемы следует напомнить, что на сегодняшний день знаний об эффективности кортикостероидов у пациентов-курильщиков с БА недостаточно. Данные, которыми мы располагаем, доказывают лишь то, что эффективность кортикостероидов у пациентов, которые курят или имеют длительную историю курения, снижается [12, 15]. В этих исследованиях у активных курильщиков с БА кортикостероидная терапия не улучшала функцию легких в сравнении с пациентами, которые не курили. R. Chaudhuri и соавторы определили, что курение ухудшает ответ на кортикостероидную терапию. В группе пациентов, которые являлись активными курильщиками, и в группе больных, которые прекратили курить, не было достоверного улучшения функции легких и контроля БА по данным астма-контроль опросника в ответ на прием преднизолона. Улучшение этих показателей наблюдалось только в группе пациентов с БА, которые не курили [7].

Механизмы резистентности к кортикостероидной терапии, которые обусловлены курением, непонятны. Предположительно это связано с усиленным выведением ИГКС из-за повышенной продукции мокроты у пациентов-курильщиков, снижением активности гистондиацетилазы, ухудшением проникновения ингаляционных препаратов через воспаленные ткани [6, 26]. И что чрезвычайно важно, результаты исследований подтверждают тот факт, что у курильщиков повышается продукция цистеиниловых лейкотриенов, из-за чего также утяжеляется проявление симптомов БА.

Вот почему пациенты с БА, которые курят, могут иметь преимущества при терапии ЛТРА. Эти данные были подтверждены в исследовании D. Price и соавторов, опубликованном в 2013 году. Авторы изучали эффективность монтелукаста (10 мг в сутки) и флутиказона пропионата

(250 мг 2 раза в сутки) в сравнении с плацебо у активных курильщиков с БА, которые не могут бросить курить. В исследовании приняли участие пациенты 18–55 лет с длительностью БА как минимум один год, с ОФВ₁ от 60 до 90 % от должного и обратимостью обструкции более 12 %, а объем курения составил от 0,5 до 2 пачек в день. Пациенты после 3 недель вводного периода с плацебо были рандомизированы в плацебо-контролируемое двойное слепое исследование по 3 параллельным группам на 6 месяцев (рисунк).

Рандомизированное плацебо-контролируемое двойное слепое исследование

131 центр, 29 стран, 1019 пациентов

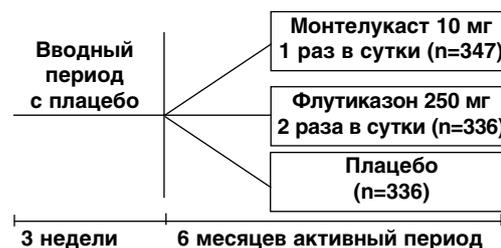


Рисунок. Дизайн исследования

В исследовании изучался процент дней с контролем БА у всех пациентов, а также процент дней с контролем БА в подгруппах больных с различным периодом курения. Оба вида лечения – как в группе монтелукаста, так и в группе флутиказона – были эффективнее плацебо. Не было достоверной разницы между активными группами лечения ($p = 0,140$). Однако у пациентов с анамнезом курения менее 11 пачек/лет большую эффективность показал ИГКС, а у пациентов с анамнезом курения больше 11 пачек/лет более эффективен был монтелукаст. Таким образом, с учетом снижения эффективности ИГКС при БА у пациентов, имеющих длительную историю курения, монтелукаст является эффективной альтернативой повышению дозы глюкокортикостероидов при отсутствии контроля БА на текущей терапии.

Выводы

Представленные исследования различной продолжительности (от 2 до 12 месяцев), в которых участвовали пациенты от 15 до 80 лет с варьирующей длительностью БА, а также с сопутствующим АР или длительной историей курения, доказали клиническую эффективность монтелукаста в виде монотерапии или добавления к ИГКС или к ИГКС и ДДБА. Применение монтелукаста достоверно снижало потребность в «скорпомощных» бронхолитиках, улучшало клинический контроль и качество жизни у больных с БА и АР. Монтелукаст (Сингуляр®) улучшал функцию внешнего дыхания и уменьшал бронхиальную гиперреактивность, что принципиально важно у пациентов с БА. Учитывая отмеченные выше факты, монтелукаст является неотъемлемым компонентом базисной терапии БА у пациентов с сопутствующим АР или длительным анамнезом курения.

Список літератури

1. Amlani, S. Montelukast for the treatment of asthma adult population [Text] / S. Amlani, T. Nadarajah, R. A. McIvor // Expert Opin. Pharmacother. – 2011. – Vol. 12 (13). – P. 2119–2128.
2. Basagana, X. European Community Respiratory Health Survey. Socioeconomic status and asthma prevalence in young adults: the European Community Respiratory Health Survey [Text] / X. Basagana et al. // Am. J. Epidemiol. – 2004. – Vol. 160. – P. 178–188.
3. Bjermer, L. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults; one year, double blind, randomized, comparative trial [Text] / L. Bjermer et al. // BMJ. – 2003. – Vol. 327 (7420). – P. 891.
4. Bresciani, M. Rhinosinusitis in severe asthma [Text] / Bresciani M. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2001. – Vol. 107. – P. 73–80.
5. Brinke, A. Chronic sinusitis in severe asthma is related to sputum eosinophilia [Text] / A. Brinke et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2002. – Vol. 109. – P. 621–626.
6. Brozek, J. L. Global Allergy and Asthma European Network, Grading of recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. Allergic Rhinitis and Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision [Text] / J. L. Brozek et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2010. – Vol. 126. – P. 466–476.
7. Chandhuri, R. et al. Medicine Compendium UK. Summary of Product Characteristics Singular [Electronic resource]. – Available from: http://www.medicines.org.uk/emc/and_medicine/17718/SPC#INDICATIONS.
8. Corn, D. Efficacy of old-on montelukast in patients with non-controlled asthma: a Belgian open-label study [Text] / D. Corn et al. // Curr. Med. Res. Opin. – 2009. – Vol. 25 (2). – P. 489–497.
9. Global Initiative for Asthma (GINA) 2011. Global strategy for asthma management and prevention [Electronic resource]. – Available from: <http://www.ginasthma.org>.
10. Groot, E. Allergic rhinitis is associated with poor asthma in children with asthma [Text] / E. Groot, A. Nijcamp et al. // Thorax. – 2012. – Vol. 67. – P. 582–587.
11. Keith, P. K. Montelukast as add-on therapy with inhaled corticosteroids alone or inhaled corticosteroids and long-acting beta-2-agonists in the management of patients diagnosed with asthma and concurrent allergic rhinitis (the RADAR trial) [Text] / P. K. Keith et al. // Can. Respir. J. – 2009. – Vol. 16, Suppl. A. – P. 17–31.
12. Lazarus, S. C. Smoking affects response to inhaled corticosteroids or leukotriene receptor antagonists in asthma [Text] / S. C. Lazarus et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2007. – Vol. 175. – P. 783–790.
13. Lima, J. J. Treatment heterogeneity in asthma: genetics of response to leukotriene modifiers [Text] / J. J. Lima // Mol. Diagn. Ther. – 2007. – Vol. 11. – P. 97–104.
14. Okada, M. Frequency of seasonal allergic rhinitis, bronchial asthma dermatitis and atopic dermatitis in adult females in the Area of Osaka, Rinsho to Kenkyu [Text] / M. Okada, P. F. Names // J. Clin. Pract. Res. – 2009. – Vol. 79. – P. 134–137.
15. Pedersen, B. Eosinophil and neutrophil activity in asthma in a one-year trial with inhaled budesonide. The impact of smoking [Text] / B. Pedersen et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1996. – Vol. 153. – P. 1519–1529.
16. Price, D. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthma-related health care use by adults [Text] / D. Price et al. // Clin. Exp. Allergy. – 2005. – Vol. 35. – P. 282–287.
17. Price, D. B. Effect of montelukast on lung function in asthma patients with allergic rhinitis: analysis from the COMPACT trial [Text] / D. V. Price et al. // Allergy. – 2006, Jun. – Vol. 61 (6). – P. 737–742.
18. Price, D. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy [Text] / D. Price et al. // N. Engl. J. Med. – 2011, May 5. – Vol. 364 (18). – P. 695–707.
19. Rabinovitch, N. Exposure to tobacco smoke increases leukotriene E4-related albuterol usage and response to montelukast [Text] / Rabinovitch et al. // J. Allergy Clin. Immunol. – 2008. – Vol. 121. – P. 1365–1371.
20. Silverman, R. A. Cigarette smoking among asthmatic adult presenting to 64 emergency departments / R. A. Silverman et al. // Chest. – 2003. – Vol. 123. – P. 1479.
21. Sole, D. Is rhinitis alone or associated with atopic eczema a risk factor for severe asthma in children? [Text] / D. Sole et al. // Pediatr. Allergy Immunol. – 2005. – Vol. 16. – P. 121–125.
22. Tomlinson, J. E. Efficacy of low and high dose inhaled corticosteroid in smokers versus nonsmokers with mild asthma [Text] / J. E. Tomlinson et al. // Thorax 2005. – Vol. 60. – P. 282–287.
23. Virchow, J. C. A subgroup analysis of the MONICA study: a 12-month, open-label study of add-on montelukast treatment in asthma patients [Text] / J. C. Virchow et al. // J. Asthma. – 2010. – Vol. 47 (9). – P. 986–993.
24. Virchow, J. C. Efficacy and safety of Montelukast in adults with asthma and allergic rhinitis [Text] / J. C. Virchow, C. Bachert // Respir. Med. – 2006. – Vol. 100 (11). – P. 1952–1959.
25. Virchow, J. C. MONICA study group. Add-on montelukast in inadequately controlled asthma patients in a 6-month open-label study: the montelukast in Chronic Asthma (MONICA) study [Text] / J. C. Virchow et al. // Respir. Med. – 2010. – Vol. 104 (5). – P. 644–651.
26. Wilson, A. M. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and metaanalysis [Text] / A. M. Wilson, P. M. O'Birne, K. Parameswaran // Am. J. Med. – 2004. – Vol. 116. – P. 338–344.

ВПЛИВ ДЕЯКИХ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ВИБІР БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Е. М. Ходош

Резюме. У статті розглядається роль алергічного риніту (АР) та інших специфічних факторів чи коморбідних станів (тютюнопаління), що часто поєднуються з неконтрольованою бронхіальною астмою (БА). Ці стани погіршують перебіг БА через посилення лейкотрієнового механізму запалення. Автори проаналізували дані багаточисельних досліджень, в яких доведена терапевтична ефективність монтелукасту (Сингуляр®) при поєднанні БА з АР та іншими коморбідними станами. Показано, що базисне лікування монтелукастом має оптимальне клінічне обґрунтування у хворих з астмою, що поєднується з АР або курінням.

Ключові слова: бронхіальна астма, модифікатори лейкотрієнів, алергічний риніт, коморбідність, монтелукаст, Сингуляр®.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2014, № 2

Е. М. Ходош,

канд. мед. наук, доцент кафедри фізіотерапії та пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти 61050 Харків, вул. Шота Руставелі, 46/48, кв. 18 тел. (067)254 88 55 e-mail: gen_khodosh@mail.ru

IMPACT OF SOME COMORBIDITIES ON THE CHOOSE OF BASIC ASTHMA MANAGEMENT

Е. М. Khodosh

Abstract. This article examines the role of allergic rhinitis (AR) and other specific factors or comorbidities (smoking), which are often combined with uncontrolled asthma. These conditions can impair the progress of asthma by enhancing leukotriene-associated inflammation. We have analysed data from multicenter trials that demonstrated the clinical efficacy of montelukast (Singulair®) in patients with combination of asthma and AR or other comorbidities. It is shown that basic treatment with montelukast in patients with asthma and concomitant AR or smoking has good clinical evidence.

Key words: asthma, leukotriene modifiers, allergic rhinitis, comorbidity, montelukast, singulair®

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2014, 2

Е. М. Khodosh,

MD, Associate Professor, Department of Phtisiology and Pulmonology Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education 61050 Kharkiv, Shota Rustaveli str., 46/48, 18 tel. (067) 254 88 55 e-mail: gen_khodosh@mail.ru

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. RESP-1120218-0000

Издания для врача-практика



«**Рациональная фармакотерапия**» — научно-практический журнал об эффективности, безопасности и целесообразности применения лекарственных препаратов.

В издании представлены результаты новых клинических исследований, данные доказательной медицины, фармакоэкономического анализа и многое другое.

Для терапевтов, семейных врачей и других медицинских специалистов, интересующихся вопросами рационального использования лекарственных препаратов.

Журнал издается 4 раза в год. Тираж журнала — 10 000 экземпляров.

«**Острые и неотложные состояния в практике врача**» — междисциплинарное издание, на страницах которого излагается необходимая врачу информация о принципах оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, проведении интенсивной терапии, о стратегии и тактике восстановительного лечения в стационаре и на амбулаторном этапе пациентов с политравмой, острой болью, острыми хирургическими и другими заболеваниями.

Размещаются новейшие клинические рекомендации, которые по опросам аудитории являются наиболее рейтинговыми в соотношении «интерес-польза» (Европейские, Американские и отечественные клинические руководства и комментарии к ним).

Для хирургов, анестезиологов, реаниматологов, травматологов, неврологов, ревматологов, врачей общей практики.

Периодичность выхода журнала — 6 раз в год.

Тираж — 12 000 экземпляров.



«**Астма и аллергия**» — издание о новейших достижениях в лечении больных бронхиальной астмой, хроническим обструктивным заболеванием легких, аллергическим ринитом, другими аллергическими заболеваниями. Рассматриваются особенности течения бронхиальной астмы у детей и взрослых на фоне различной соматической и эндокринной патологии. Излагаются принципы достижения контроля бронхиальной астмы.

Для пульмонологов, аллергологов, врачей общей практики.

Периодичность выхода журнала — 4 раза в год. Тираж — 2 500 экземпляров.