

Опыт клинического применения лекарственного средства Синглон® (монтелукаст)

◆ Роль антилейкотриенового препарата монтелукаста в лечении детей с бронхиальной астмой

Романова И.С., Кожанова И.Н., Гавриленко Л.Н., Давидовская Е.И., Сачек М.М.

Антилейкотриеновые препараты включают антагонисты рецепторов цистеиниловых лейкотриенов 1-го субтипа (монтелукаст, зафирлукаст) и ингибитор 5-липоксигеназы (зилеутон). Позиция этих препаратов в лечении бронхиальной астмы как у взрослых, так и у детей определена в основополагающем документе по диагностике, профилактике и лечению этого заболевания – GINA «Глобальная стратегия по лечению и профилактике бронхиальной астмы». Клиническая эффективность монтелукаста (может назначаться детям с двухлетнего возраста) доказана более чем в 50 контролируемых исследованиях, включающих в общей сложности более 25 тысяч пациентов. В представленной статье обсуждаются наиболее значимые клинические исследования монтелукаста у детей дошкольного и школьного возрастов, страдающих бронхиальной астмой.

Медицинские новости. – 2012. – №9. – С. 62–69.

◆ Анализ «затраты–эффективность» применения монтелукаста у детей, больных бронхиальной астмой, в условиях системы здравоохранения Республики Беларусь

Кожанова И.Н., Романова И.С., Гавриленко Л.Н., Чмырева А.А., Сачек М.М.

Проведена оценка соотношения «затраты–эффективность» (СЕР) при применении монтелукаста у детей с персистирующей астмой легкой и средней степени тяжести в Беларуси. На основе рандомизированных клинических исследований и локальных данных построена годичная модель дерева решений астмы для гипотетической когорты из 100 детей с астмой, не получающих базисную терапию или принимающих монтелукаст или ингаляционный глюкокортикостероид. У детей старше 6 лет СЕР применения флутиказона составило 1,45\$ на «один день без ухудшений астмы, обострений, использования короткодействующих β₂-агонистов» по сравнению с СЕР монтелукаста – 2,62\$. У детей 2–6 лет при применении монтелукаста СЕР составило 4,1\$, суспензии будесонида – 5,6\$, при отсутствии базисной терапии – 6,9\$. В Республике Беларусь у детей в возрасте 2–6 лет с персистирующей бронхиальной астмой легкой и средней степени тяжести приоритетной тактикой лечения является использование перорального монтелукаста по сравнению с суспензией будесонида или отсутствием базисной терапии. У детей старше 6 лет, которые способны овладеть техникой ингаляции, приоритетным лекарственным средством является ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС).

Медицинские новости. – 2012. – №5. – С. 8–13.

◆ Использование монтелукаста (Синглон) – новая стратегия лечения аллергических заболеваний

Василевский И.В.

Приведены современные данные по использованию нового перспективного лекарственного средства для лечения аллергических заболеваний (бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР), рецидивирующей крапивницы) – ингибитора

Синглон®

- уменьшает активность воспаления в дыхательных путях
- уменьшает выраженность симптомов бронхиальной астмы и аллергического ринита
- предотвращает развитие бронхоспазма – обеспечивает эффективный контроль бронхиальной астмы в течение 24 часов
- улучшает функцию легких
- снижает частоту обострения бронхиальной астмы
- удобство приема – 1 таблетка 1 раз в день
- может использоваться у детей с 2 лет



ГЕДЕОН РИХТЕР

лейкотриеновых рецепторов – монтелукаста. Рассматривается применение в клинической практике дженерика – Синглона. Препарат выпускается в виде жевательных таблеток по 4 мг и 5 мг и в таблетках, покрытых оболочкой, по 10 мг. Монтелукаст (Синглон) обладает пероральной активностью, с высокой степенью сродства и избирательностью связывается с CysLT₁-рецептором. В клинических исследованиях монтелукаст ингибировал бронхоспазм при вдыхании LTD-4 в весьма низких дозах (5 мг). На основании литературных данных и результатов собственных исследований нами сформулированы условия (ситуации), когда предпочтительно назначение антилейкотриеновых лекарственных средств (монтелукаста, Синглона) у детей. Среди них следует подчеркнуть неправильное выполнение пациентами с БА техники ингалирования ИГКС; наличие фенотипических особенностей системы лекарственного метаболизма (выявлена большая эффективность монтелукаста у детей младшего возраста и у девочек); сопутствующие моменты, приводящие к усилению бронхиальной реактивности при попытке ингаляционной терапии (выраженный негативный паторецепторный механизм); негативную реакцию больных и их родителей на назначение стероидов (стероидофобия), что существенно затрудняет (и часто исключает) их использование для базисной терапии согласно общепринятым протоколам (нарушение комплаентности); наличие БА у детей группы ЧДБ; фенотип пациентов, обозначаемый как «вирусиндуцированная астма»; астму физического усилия; астму у лиц, занимающихся спортом; БА у пациентов с пристрастием к никотину, поскольку возможно развитие вторичной стероидной резистентности на фоне воздействия табачного дыма (никотина) и снижение эффекта ИГКС; формирование у пациентов с аллергическим ринитом полипов носа.

При сочетании сезонного АР с БА антагонисты лейкотриеновых рецепторов (Синглон) могут быть лекарственными средствами выбора, так как они положительно влияют на симптомы обоих заболеваний (в отличие от H₁-блокаторов, которые не показаны для лечения астмы).

Применение монтелукаста (Синглон) в рассмотренных клинических ситуациях представляет собой новую медицинскую технологию, соответствующую современному развитию знаний. J.A. Lagos и G.D. Marshall на основании анализа многочисленных литературных данных об использовании монтелукаста пришли к выводу о том, что данный препарат «принадлежит к уникальному классу лекарств», активно внедряемых в клиническую практику в последнее время.

Медицинские новости. – 2013. – №12. – С. 36–42.

◆ **Аллергический ринит у детей: современное понимание проблемы, возможности контроля ринита резистентного типа**
Жерносек В.Ф.

Приведены современные представления об аллергическом рините, диагностике, подходы к его терапии у детей, принятые в мире. Особое внимание уделено лечению резистентных форм аллергического ринита. Приведена информация о антилейкотриеновом препарате Синглон. Представлена ступенчатая терапия аллергического ринита у детей с учетом лекарственных средств, зарегистрированных в Республике Беларусь.

Ступень I (легкий интермиттирующий ринит), длительность терапии подбирается индивидуально, варианты терапии на выбор:

– один из антигистаминных препаратов внутрь на выбор (хифенадин с первых дней жизни, дезлоратадин с 6 мес., цетиризин с 6 мес., лоратадин с 2 лет, левоцетиризин с 2 лет, фексофенадин с 6 лет, эбастин с 6 лет);

– один из интраназальных антигистаминных препаратов (азеластин с 6 лет; диметинден/фенилэфрин с 1 года);

– монтелукаст (Синглон) 1 раз в сутки (2–5 лет – 4 мг, 6–14 лет – 5 мг, старше 15 лет – 10 мг).

Ступень II (умеренно тяжелый интермиттирующий, легкий персистирующий). При персистирующем рините при улучшении в течение 2–4 недель продолжить лечение 1 мес., при отсутствии эффекта перейти на ступень вверх. Один из вариантов терапии на выбор:

– один из антигистаминных препаратов внутрь (хифенадин с первых дней жизни, дезлоратадин с 6 мес., цетиризин с 6 мес., лоратадин с 2 лет, левоцетиризин с 2 лет, фексофенадин с 6 лет, эбастин с 6 лет);

– один из интраназальных антигистаминных препаратов (азеластин с 6 лет; диметинден/фенилэфрин с 1 года);

– монтелукаст (Синглон) 1 раз в сутки (2–5 лет – 4 мг, 6–14 лет – 5 мг, старше 15 лет – 10 мг);

– один из интраназальных кортикостероидов (мометазона фураат с 2 лет, флутиказона фураат с 2 лет, флутиказона пропионат с 4 лет, беклометазон с 6 лет);

– препараты кромоглициловой кислоты в виде назального спрея 4–5 раз в сутки.

Ступень III (умеренно тяжелый персистирующий ринит). При улучшении в течение 2–4 недель ступень вниз и продолжить лечение в течение 1 мес.

Препарат выбора – один из интраназальных кортикостероидов (мометазона фураат с 2 лет, флутиказона фураат с 2 лет, флутиказона пропионат с 4 лет, беклометазон с 6 лет).

Альтернативные препараты на выбор:

– один из антигистаминных препаратов внутрь (хифенадин с первых дней жизни, дезлоратадин с 6 мес., цетиризин с 6 мес., лоратадин с 2 лет, левоцетиризин с 2 лет, фексофенадин с 6 лет, эбастин с 6 лет);

– монтелукаст (Синглон) 1 раз в сутки (2–5 лет – 4 мг, 6–14 лет – 5 мг, старше 15 лет – 10 мг).

При отсутствии эффекта (терапия на выбор с учетом преобладания симптомов):

– увеличить в 2 раза дозу интраназального кортикостероида;

– при некупирующейся блокаде носа к интраназальным стероидам добавить антилейкотриеновый препарат (Синглон) 1 раз в сутки (2–5 лет – 4 мг, 6–14 лет – 5 мг, старше 15 лет – 10 мг);

– при некупирующихся зуде, чихании и ринореи к интраназальным стероидам добавить один из H₁-гистаминоблокаторов внутрь (хифенадин с первых дней жизни, дезлоратадин с 6 мес., цетиризин с 6 мес., лоратадин с 2 лет, левоцетиризин с 2 лет, фексофенадин с 6 лет, эбастин с 6 лет).

Медицинские новости. – 2013. – №10. – С. 34–40.

◆ **Место антилейкотриеновых препаратов в лечении детей с бронхиальной астмой**

Беляева Л.М., Микульчик Н.В., Войтова Е.В., Панулина Н.И.

Рассматриваются основные вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза бронхиальной астмы у детей. Описан патогенетический механизм лейкотриенов в развитии и поддержании аллергического воспаления. Дана характеристика антилейкотриеновых препаратов и очерчена их терапевтическая роль в рамках глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA, 2009). GINA предусматривает ступенчатый подход к терапии с разделением лекарств на средства базисной терапии и скорой помощи. Способы доставки лекарственных средств могут быть как ингаляционными, так и пероральными и инъекционными. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) являются самыми эффективными из имеющихся средств базисной терапии. К препаратам выбора скорой помощи и профилактики бронхоспазма при физической нагрузке относятся β₂-агонисты короткого действия. **Ступень 1** терапии включает использование только β₂-агонистов короткого действия по потребности – этого достаточно для контроля заболевания. **Ступень 2** предлагает альтернативный выбор между ИГКС в низких дозах (предпочтительно) или антилейкотриеновыми препаратами. **Ступень 3** предполагает использование одной из следующих стратегий: низкие дозы ИГКС+β₂-агонист длительного действия; средние или высокие дозы ИГКС; низкие дозы ИГКС+антилейкотриеновый препарат; низкие дозы ИГКС+теофиллин замедленного высвобождения. **Ступень 4** – добавление к предыдущему лечению одного из вариантов: средние или высокие дозы ИГКС+β₂-агонист длительного действия; антилейкотриеновый препарат; теофиллин замедленного высвобождения. **Ступень 5** включает использование минимально возможной дозы перорального глюкокортикостероида или антител к IgE. Такой подход позволяет добиться положительных результатов у большинства пациентов с сочетанными формами кожной и респираторной аллергии. В качестве базисной терапии после купирования острых проявлений БА применяют противовоспалительные препараты. В настоящее время среди средств противовоспалительной терапии астмы у детей широко используется антилейкотриеновый препарат монтелукаст (Синглон): в ряде ситуаций в качестве монотерапии или в комбинации с ИГКС.

Медицинские новости. – 2013. – №5. – С. 28–34.

◆ **Аллергический ринит у детей: современная тактика диагностики, лечения и профилактики**

Беляева Л.М., Микульчик Н.В., Панулина Н.И.

Представлены современные взгляды на причины и факторы риска развития аллергических ринитов. Приведена современная классификация, определены ведущие этиологические факторы и механизмы патогенеза, тактика диагностики и дифференциального диагноза, лечения, определена роль и место антилейкотриеновых препаратов в лечении детей с аллергическим

ринитом. Для базисной терапии АР в настоящее время активно применяются препараты четырех основных групп: препараты кромоглициевой кислоты; антигистаминные препараты; топические интраназальные глюкокортикостероиды; антилейкотриеновые препараты. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов могут применяться для лечения сезонного АР у детей и взрослых, а также у дошкольников с персистирующим АР.

Проведен ряд исследований у пациентов с сезонным АР с применением монтелукаста; результаты сравнивали с плацебо. Доказана эффективность монтелукаста в отношении всех назальных и глазных симптомов. Комбинированная терапия монтелукастом и цетиризином, начатая до 6 недель до начала пыления, оказалась эффективной в профилактике симптомов АР; она также уменьшала аллергическое воспаление в слизистой оболочке носа в период контакта с аллергенами. У пациентов с сезонным АР в сочетании с БА монтелукаст (Синглон) значительно улучшал назальные и бронхиальные симптомы, уменьшая потребность в применении β_2 -агонистов короткого действия. Для лечения сезонного АР антагонисты лейкотриеновых рецепторов более эффективны, чем плацебо, сравнимы с антигистаминными препаратами. Использование монтелукаста (Синглора) в сочетании с антигистаминными препаратами 2-го поколения рядом авторов рассматривается как имеющее сопоставимые результаты по фармакологическому эффекту с назальными ГКС.

Медицинские новости. – 2013. – №2. – С. 34–39.

◆ Клиническая эффективность монтелукаста (Синглора) в контроле легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей 6–14 лет

Жерносек В.Ф., Войтович Т.Н., Пивоварова Н.П., Гаганова Н.В.

Обобщен клинический опыт применения монтелукаста (Синглон) в достижении и поддержании контроля легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей 6–14 лет жизни. Установлено, что лечение монтелукастом (Синглон) в форме жевательных таблеток по 5 мг у детей 6–14 лет с легкой персистирующей астмой через 3 месяца терапии эффективно снижает вероятность возникновения дневных симптомов с 80 до 7%, ночных симптомов – с 43 до 7%; потребность в средствах неотложной помощи – с 67 до 13%, а также снижает вероятность обострения бронхиальной астмы с 77 до 10%. Эффективность монтелукаста (Синглон) в форме жевательных таблеток по 5 мг в достижении полного клинического контроля у детей 6–14 лет с частично контролируемой легкой бронхиальной астмой составила 83%, общая эффективность у детей с контролируемой и частично контролируемой астмой, заключающаяся в достижении и удержании клинического контроля, – 87%.

Медицинские новости. – 2014. – №9. – С. 70–73.

◆ Антилейкотриеновые препараты в лечении бронхиальной астмы

Баранова И.А.

Обсуждаются распространенность, патофизиология, классификация, фенотипы и подходы к терапии бронхиальной астмы. Рассмотрена роль лейкотриенов в процессах воспаления и ремоделирования. Особое внимание уделено клиническим рекомендациям по применению ингибиторов лейкотриенов в терапии бронхиальной астмы. Обсуждаются проблема приверженности пациентов назначенному лечению, а также важная роль снижения стоимости лечения благодаря применению биоэквивалентных генерических препаратов монтелукаста (Синглон).

Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16, №11. – С. 18–22.

◆ Показатели функции внешнего дыхания у детей 6–14 лет с легкой персистирующей бронхиальной астмой на фоне терапии монтелукастом (Синглоном)

Жерносек В.Ф., Войтович Т.Н., Пивоварова Н.П., Гаганова Н.В.

Представлены данные по динамике показателей функции внешнего дыхания у детей 6–14 лет жизни с легкой персистирующей бронхиальной астмой, не соответствующей критериям контролируемой, на фоне трехмесячного курса терапии Синглоном. Показано, что лечение монтелукастом (Синглон) в форме жевательных таблеток по 5 мг детей 6–14 лет с легкой персистирующей астмой, не соответствующей критериям контролируемой, в течение трех месяцев позволяет стабилизировать и удерживать показатели функции внешнего дыхания, характеризующие бронхиальную проходимость (ОФВ-1, ПОСВ, МОС-25, 50, 75) на исходном уровне. У пациентов 6–14 лет с легкой персистирующей астмой, не соответствующей критериям контролируемой, к концу 3 месяцев терапии Синглоном регистрируется достоверное нарастание показателя МВЛ.

Педиатрия. Восточная Европа. – 2014. – №3. – С. 82–88.

◆ Современные подходы к терапии больных бронхиальной астмой

Ревакина В.А.

Обсуждаются проблемы улучшения контроля над бронхиальной астмой (БА) у детей. Подробно рассмотрены такие вопросы, как роль лейкотриенов в патогенезе БА и аллергического ринита и возможность длительного применения антагонистов лейкотриеновых рецепторов у детей с БА. Обсуждаются результаты исследований, свидетельствующих о высокой эффективности антилейкотриеновых препаратов, в частности монтелукаста (Синглон), у больных с легким течением БА.

Практическая пульмонология. – 2014. – №1. – С. 83–88.

◆ Роль антилейкотриеновых препаратов в терапии бронхиальной астмы

Горячкина Л.А., Насунова А.Ю.

Патогенез и причины возникновения бронхиальной астмы (БА) все же до конца не изучены, между тем заболеваемость БА растет во всем мире. Согласно рекомендациям Глобальной стратегии лечения и профилактики БА (GINA – The Global Initiative for Asthma, 2011 г.) современное определение БА выглядит следующим образом: БА – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения. Еще до недавнего времени лечение БА заключалось только в назначении ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и β_2 -агонистов короткого действия с минимальным применением таких препаратов, как кромоны и теофиллины. На современном этапе для лечения БА используются разные варианты комбинированной терапии, в том числе и антилейкотриеновые препараты, так как они избирательно способны влиять на механизм связывания лейкотриенов (ЛТ) с рецепторами, который является частью аллергического воспаления при БА. Представления о ЛТ как о медиаторах воспаления позволили разработать концепцию создания класса лекарственных препаратов, получивших название

«антилейкотриеновые субстанции». Основным представителем этой группы лекарственных средств является препарат монтелукаст. Он обладает пероральной активностью и с высокой степенью сродства и избирательностью связывается с CysLT₁-рецепторами и препятствует взаимодействию с ними цистеиниловых ЛТ. Клиническая эффективность монтелукаста доказана более чем в 50 контролируемых исследованиях, включающих в общей сложности более 25 тысяч пациентов. Результаты этих исследований доказали высокую клиническую эффективность, безопасность и хорошую переносимость монтелукаста как у взрослых, так и у детей. Особое практическое значение антилейкотриеновые препараты имеют при БА физического усилия, аспириновой БА, а также в тех случаях, когда у пациента с астмой одновременно наблюдается аллергический ринит. Кроме того, монтелукаст необходимо назначать при отсутствии возможности применения ИГКС, например, у пациентов со стероидофобией или невозможностью обучения технике ингаляции.

Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16, №9. – С. 9–13.

◆ Безопасность и переносимость монтелукаста (Синглон) у детей 6–14 лет при контроле легкой персистирующей бронхиальной астмы

Жерносек В.Ф., Войтович Т.Н., Пивоварова Н.П., Гаганова Н.В.

Приведены данные о переносимости монтелукаста (Синглон) детьми 6–14 лет с легкой персистирующей бронхиальной астмой в течение трех месяцев терапии. За время лечения Синглоном у пациентов не было отмечено клинически значимых изменений мониторируемых биохимических параметров крови. Установлено, что препарат Синглон у пациентов в возрасте 6–14 лет с легкой персистирующей бронхиальной астмой по лабораторным и клиническим показателям характеризуется высокой безопасностью применения и хорошей переносимостью. Полученные результаты могут служить основанием для клинического применения лекарственного средства (Синглон жевательные таблетки 5 мг) у детей 6–14 лет с легкой персистирующей бронхиальной астмой.

Медицинские новости. – 2014. – №10. – С. 31–34.

◆ Антагонисты лейкотриеновых рецепторов – противовоспалительные препараты для лечения бронхиальной астмы

Княжеская Н.П.

Бронхиальная астма и АР имеют одинаковые патогенетические и иммунологические механизмы, включая накопление тучных клеток и эозинофилов, активацию Т-лимфоцитов и увеличение продукции цитокинов. Как и при БА, ЛТ играют важную роль в патофизиологии АР. В исследованиях у больных сезонным АР в сочетании с БА монтелукаст снижал выраженность не только назальных симптомов, но и симптомов БА, уменьшал необходимость использования β_2 -агонистов короткого действия. В группе пациентов с БА и сопутствующим АР комбинированная терапия оказывала более значимое положительное влияние на проявления АР и функцию легких, чем большая доза ИГКС. Проведенные исследования продемонстрировали высокую эффективность монтелукаста в лечении сезонного и круглогодичного АР, уменьшении основных симптомов ринита при АР. Следует особо подчеркнуть, что монтелукаст хорошо сочетается с другими препаратами, применяемыми для лечения АР (с антигистаминными и топическими стероидами).

Монтелукаст является эффективным противовоспалительным препаратом, позволяющим достичь контролируемого течения БА в виде монотерапии при легком персистирующем течении, а также

в комбинации с ИГКС или ИГКС+ДДБА при более тяжелых формах заболевания. Особую эффективность препарат демонстрирует при аспириновой, «холодовой», аллергической астме и астме физического усилия, а также при сочетании БА и АР. Все это позволило расширить показания к применению данной группы препаратов, что нашло свое отражение в рекомендациях новой версии GINA.

Генерик монтелукаста под торговым названием Синглон прошел необходимые клинические исследования и подтвердил свою эквивалентность оригинальному препарату. Дозировки препарата для детей от 2 до 5 лет – жевательные таблетки по 4 мг, для детей 6–14 лет – жевательные таблетки по 5 мг, от 15 лет и старше – таблетки по 10 мг. Препарат принимается 1 раз в сутки.

Астма и аллергия. – 2014. – №1. – С. 25–28.

◆ Терапия антагонистами лейкотриеновых рецепторов с учетом фенотипических особенностей бронхиальной астмы

Выхристенко Л.Р.

Рассматриваются патогенетические аспекты бронхиальной астмы, роль лейкотриенов в формировании гиперреактивности дыхательных путей, фенотипы и эндотипы астмы. Представлены современные рекомендации и подходы к применению антагонистов лейкотриеновых рецепторов, в том числе биоэквивалентного генерического препарата монтелукаста (Синглон), при различных фенотипах астмы. Препарат применяется внутрь 1 раз в сутки, длительно, лечебная и поддерживающая дозы не отличаются. Выпускается в дозах 4 мг (детям в возрасте 2–5 лет), 5 мг (детям в возрасте 6–15 лет), 10 мг (15 лет и старше), по 28 таблеток в упаковке. Имеет высокий профиль безопасности, хорошо переносится, в том числе при длительном применении. Доказанная клинико-фармакоэкономическая эффективность и высокая безопасность Синглона позволили включить его в Республиканский формуляр лекарственных средств и протокол лечения БА у детей старше 2 лет и взрослых. Показания для назначения препарата Синглон согласно инструкции по применению: персистирующая БА любой степени тяжести у взрослых и детей с 2 лет, нежелание или неспособность пациента применять ИГКС, БА с повышенной чувствительностью к ацетилсалициловой кислоте, астма физического усилия. Доказанные в последние годы эффекты монтелукаста при других фенотипах БА (атопической БА в сочетании с аллергическим ринитом, кашлевой астме, астме у курящих, астме, ассоциированной с ожирением, вирусиндуцированной астме) являются основанием для более широкого его применения.

Медицинские новости. – 2015. – №10. – С. 7–13.

◆ Эффективность лечения больных бронхиальной астмой с использованием антилейкотриенового препарата монтелукаст

Межебовский В.Р.

Изучена эффективность монтелукаста в комплексной плановой терапии бронхиальной астмы среднетяжелого течения. В рандомизированное, проспективное, контролируемое, 3-месячное исследование в параллельных группах были включены 30 взрослых мужчин и женщин в возрасте от 20 до 60 лет со среднетяжелой бронхиальной астмой смешанной этиологии. Пациенты основной группы (n=15) получали монтелукаст в дозе 10 мг один раз в сутки в сочетании со стандартными антиастматическими средствами, пациенты группы сравнения (n=15) – только стандартные препараты. Критериями оценки эффективности лечения были частота обострений бронхиальной астмы в течение

трех месяцев, продолжительность межприступного периода и суточные колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ). Во время наблюдения одна пациентка основной группы была исключена из исследования в связи с появлением диспепсии. Все остальные больные завершили исследование. Хотя доля пациентов, у которых наблюдались обострения бронхиальной астмы, достоверно не отличалась между основной и контрольной группами (50,0 и 73,3% соответственно), частота обострений в течение 3 месяцев была достоверно ниже при лечении монтелукастом. Кроме того, в основной группе выявили достоверное увеличение длительности межприступного периода с $1,3 \pm 0,4$ до $2,6 \pm 0,6$ мес. ($p < 0,05$). Суточные колебания ПСВ в основной группе достоверно снизились с $32,5 \pm 15,3$ до $15,5 \pm 10,5\%$ ($p < 0,05$) и не изменились в группе сравнения ($35,5 \pm 15,5$ и $38,8 \pm 11,5\%$). Таким образом, применение монтелукаста в качестве дополнительной терапии у взрослых больных бронхиальной астмой среднетяжелого течения приводит к уменьшению частоты обострений заболевания, увеличению продолжительности межприступного периода и снижению суточных колебаний ПСВ.

Клиническая фармакология и терапия. – 2015. – Т.24, №1. – С. 44–46.

◆ Крапивница: патогенез, клиника, терапия

Левончук Е.А.

Рассмотрены современные представления о патогенезе крапивницы. Отмечена роль лейкотриенов в возникновении воспаления. Приведены основные клинические формы заболевания, включая аутоиммунную крапивницу. Описаны диагностические критерии крапивницы. В терапии крапивницы выделяют три линии. Первая линия – это неседативные антигистаминные препараты (АГП) – блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов. Среди препаратов второй линии обращается внимание на антилейкотриеновый монтелукаст (Синглон), который в сочетании с антигистаминными препаратами особенно эффективен у пациентов при непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов. Монтелукаст (Синглон) может быть эффективным в борьбе с хронической крапивницей (ХК) у пациентов, которые не отвечают ни на один из АГП. Он селективно блокирует лейкотриеновые рецепторы, специфически ингибирует CysLT1-рецепторы цистеиниловых лейкотриенов (ЛТС-4, ЛТД-4 и ЛТЕ-4) – наиболее мощных медиаторов хронического персистирующего воспаления. Имеются также сведения, что АЛР могут предотвратить НПВП-индуцированные обострения у пациентов с ХК. Монтелукаст в сочетании с дезлоратадином превосходил монотерапию дезлоратадином при ХК. S.E. Vagenstose и соавт. также сообщили, что добавление антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) к цетиризину было значительно более эффективным, чем монотерапия цетиризином в лечении пациентов с ХК и положительным тестом с аутологичной сывороткой, но не у больных с ХК и отрицательным тестом. Терапия третьей линии предназначена для пациентов с крапивницей, не отвечающих на терапию первой и второй линий и, как правило, включает в себя использование иммуномодулирующих агентов (циклоспорин, такролимус, метотрексат, циклофосфамид, микофенолат мофетила и внутривенные иммуноглобулины). Пациенты, которые нуждаются в третьей линии терапии, часто имеют аутоиммунную форму хронической крапивницы. Другие методы лечения третьего ряда, которые могут быть полезными, включают плазмаферез, колхицин, дапсон, альбутерол

(сальбутамол), транексамовую кислоту, тербуталин, сульфасалазин, гидроксихлорохин и варфарин. Ведение пациентов с крапивницей требует индивидуальных подходов, учитывающих особенности патогенеза и клиники заболевания.

Медицинские новости. – 2015. – №12. – С. 3–6.

◆ Антилейкотриеновые препараты в лечении atopического дерматита и крапивницы у детей

Жерносек В.Ф.

Представлен обзор литературы по возможности применения антилейкотриеновых препаратов в контроле симптомов atopического дерматита и крапивницы у детей. Обобщен опыт применения монтелукаста в лечении atopического дерматита и крапивницы. Показано, что применение монтелукаста (Синглон) расширяет возможности успешного контроля течения у детей как atopического дерматита, так и крапивницы. Установлено, что монтелукаст оказывает дополнительный противовоспалительный эффект при среднетяжелом atopическом дерматите у детей 6–16 лет, уменьшает зуд, нарушение сна, тяжесть болезни, степень эозинофилии крови, уровни сывороточного IgE. Некоторые считают, что антилейкотриеновые препараты могут применяться как дополнительная терапия у пациентов с atopическим дерматитом, рефрактерным к традиционной терапии.

Медицинские новости. – 2015. – №11. – С. 4–7.

◆ Эффективность Синглона (монтелукаст) в лечении atopического дерматита у детей

Муратова Ж.К.

Представлены новые сведения по использованию ингибитора лейкотриеновых рецепторов – монтелукаста при лечении atopического дерматита у детей. В Кыргызской Республике зарегистрирован дженерик монтелукаста – Синглон. Препарат для детей выпускается в виде жевательных таблеток по 4 и 5 мг. Монтелукаст (Синглон) обладает пероральной активностью, с высокой степенью сродства и избирательно связывается с CysLT1-рецептором.

Под нашим наблюдением находились 32 пациента, страдающих atopическим дерматитом (АД). После проведенной терапии у всех пациентов было отмечено уменьшение зуда, эритемы, отека на 10-й день применения Синглон, в дальнейшем регресс высыпаний постепенно продолжался.

Синглон, назначаемый в виде жевательных таблеток, эффективен у 72,3% пациентов в возрасте от 6 до 14 лет, страдающих atopическим дерматитом.

Клиническая эффективность Синглон сопровождается снижением индекса SCORAD, сокращением периода обострения и продлением ремиссии atopического дерматита. Комплексная терапия atopического дерматита с включением Синглон детьми переносится хорошо, побочных реакций и нежелательных явлений ни в одном случае отмечено не было. Не наблюдалось какого-либо отрицательного воздействия проводимой терапии на показатели периферической крови, мочи.

Полученные нами данные позволяют рекомендовать Синглон для продолжительной терапии обострений atopического дерматита у детей в различных возрастных группах

Проблемы современной науки и образования. – 2015. – №2. – С. 103–108.