

Ведення пацієнтів із крапив'янкою відповідно до міжнародних рекомендацій та доказової медицини

Науково-практична конференція «Актуальні питання алергології та пульмонології в практиці сімейного лікаря», що відбулася 26 лютого в Харкові, охопила найголовніші проблеми з точки зору лікаря загальної практики: лікування риносинуситів та кашлю, раціональна антибіотикотерапія, сучасні світові рекомендації з лікування алергічних захворювань тощо.



Заслужений лікар України, доктор медичних наук Інна Володимирівна Гогунська (Центр алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів ДУ «Інститут отоларингології

ім. О.С. Коломійченка НАМН України», м. Київ) у своєму виступі чітко та лаконічно охарактеризувала ведення пацієнтів із крапив'янкою відповідно до міжнародних рекомендацій та доказової медицини.

Хронічна крапив'янка (ХК) – це важкий тягар, що не дає змоги пацієнту почуватися комфортно. Вплив ХК на якість життя людини набагато суттєвіший, ніж лише погіршення стану шкіри: згідно з дослідженням M.M. Balo та співавт. (2015), 32,8% пацієнтів із ХК повідомляють про депресію, 50,9% – про тривожність, 58% – про розлади сну, 39,7% – про проблеми у сфері праці.

У 2017 р. було видано Рекомендації з визначення, класифікації, діагностики та лікування крапив'янки, розроблені сумісно Європейською академією алергології та клінічної імунології (EAACI), Європейською спільнотою з алергії та астми (GA2LEN), Європейським дерматологічним форумом (EDF) та Все-світньою організацією з алергії (WAO). Відповідно до цих рекомендацій, крапив'янка характеризується появою спонтанних пухирів, ангіоневротичного набряку або обох цих симптомів. Пухирі в пацієнтів із крапив'янкою мають три характерні ознаки: центральне набухання мінливого розміру, майже завжди оточене рефлекторною еритемою; відчуття свербіння чи печіння; минущий характер з поверненням шкіри до нормальногляду через 30 хв – 24 год.

За тривалістю перебігу крапив'янку поділяють на гостру (<6 тиж.) та хронічну (>6 тиж.), за особливостями виникнення – на спонтанну (без конкретного провокуючого фактора) та індусибельну (зі специфічним провокуючим фактором). До індусибельної крапив'янки, наприклад, належать такі різновиди, як холодовий, сонячний, тепловий, аква-генний, холінергічний (при підвищенні температури тіла), контактний тощо.

Щоб оцінити активність хронічної спонтанної крапив'янки, використовують відповідний індекс – Urticaria Severity Index 7 (UAS7), для розрахунку якого слід полічити кількість пухирів (<20 за добу – 1 бал, 20-50 – 2 бали, >50 чи великі пухирі, що зливаються – 3 бали) та оцінити вираженість свербіння (легка – 1 бал, середня – 2 бали, інтенсивне свербіння, що перешкоджає денній активності та сну – 3 бали). Отже, впродовж дня можливо отримати від 0 до 6 балів. При подальшому оцінюванні активності ХК використовують суму балів за тиждень (максимум – 42 бали).

Ангіоневротичний набряк, своєю чергою, характеризується раптовим вираженим набряком (ерітематозним чи кольору шкіри) нижнього шару дерми та підшкірно-жирової клітковини (іноді болючим). При цьому він зникає довше, ніж пухирі (до 72 год). Слід пам'ятати, що ангіоневротичний набряк може бути небезпечним для життя хворого.

Терапевтичний підхід до ХК повинен включати виявлення та усунення основних причин висипань, уникнення провокуючих факторів, індукцію толерантності та/або застосування фармакотерапії для запобігання виділенню та/або впливу медіаторів мастоцитів. Лікування повинно тривати якомога менше, однак стільки, скільки потрібно для повного зникнення симптомів. На жаль, деякі пацієнти потребують пожиттєвого прийому антигістамінних препаратів (АГП), оскільки після їх відміни спостерігаються рецидиви симптоматики.

Слід зауважити, що значна частина пацієнтів із ХК не досягає повного зникнення суб'єктивно неприємних симптомів. Наприклад, у дослідженні M. Maurer і співавт. (2009) на свербіння чи дискомфорт скаржилися 69% респондентів, які потребували лікування. I.B. Гогунська

зазначила, що більшість цих проблем можна було б розв'язати завдяки переходу до раціональної терапії.

Відповідно до сучасних алгоритмів лікування ХК слід розпочинати з АГП 2-го покоління. У разі відсутності адекватного контролю (симптоми не зникли через 2-4 тиж) необхідно збільшити дозу (якщо потрібно, навіть до чотирохкратної). АГП 2-го покоління потрібно приймати регулярно, вживання кількох різних АГП одночасно не рекомендується.

Якщо така терапія не дала результату, до АГП додають омалізумаб; за відсутності контролю симптомів через 6 місяців замість омалізумабу призначають циклоспорин. Ці дві стадії лікування пацієнт повинен проходити під спостереженням вузького спеціаліста. При тяжких загостреннях застосовують короткі курси глюкокортикоїдів.

Для дітей використовують аналогічний алгоритм лікування з корекцією доз відповідно до віку та маси тіла. У педіатрії слід застосовувати лише препарати з доведеною безпечністю та ефективністю, у т. ч. вивчені при довготривалому застосуванні: цетиризин, дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин, рупатадин, біластин та лоратадин.

Доповідач наголосила на тому, що не слід призначати АГП 1-го покоління, оскільки тривалість їх прийому обмежена (до 5 днів). Okрім того, цим засобом властивий широкий спектр побічних реакцій.

Ключове значення для розвитку побічних ефектів з боку центральної нервової системи, зокрема сонливості, когнітивних порушень, зниження концентрації уваги, має здатність АГП проникати через гематоенцефалічний бар'єр та зв'язуватися з H_1 -гістаміновими рецепторами центральної нервової системи. Відповідно до даних позитронно-емісійної томографії різні H_1 -гістаміноблокатори здатні окуповувати різну частку рецепторів головного мозку. Найбільш виражені зв'язувальні властивості, а отже, найвищий ризик побічних явищ з боку центральної нервової системи мають кетотифен, гідроксизин, дифенгідрамін, хлорфенамін, астемізол, які при цьому часто призначаються сімейними лікарями. Показано, що біластин у дозі 20 мг демонструє найменшу здатність зв'язуватися з мозковими H_1 -рецепторами (Jashregul I. et al., 2016; рис. 1).

Також важливо, що біластин можна приймати одночасно з алкоголем та психотропними препаратами, оскільки він не посилює депресивної дії. Загалом біластину властива виражена антигістамінна активність за відсутності холінергічної дії та седативного ефекту (рис. 2). Це робить біластин препаратором вибору в лікуванні гострої та хронічної крапив'янки.

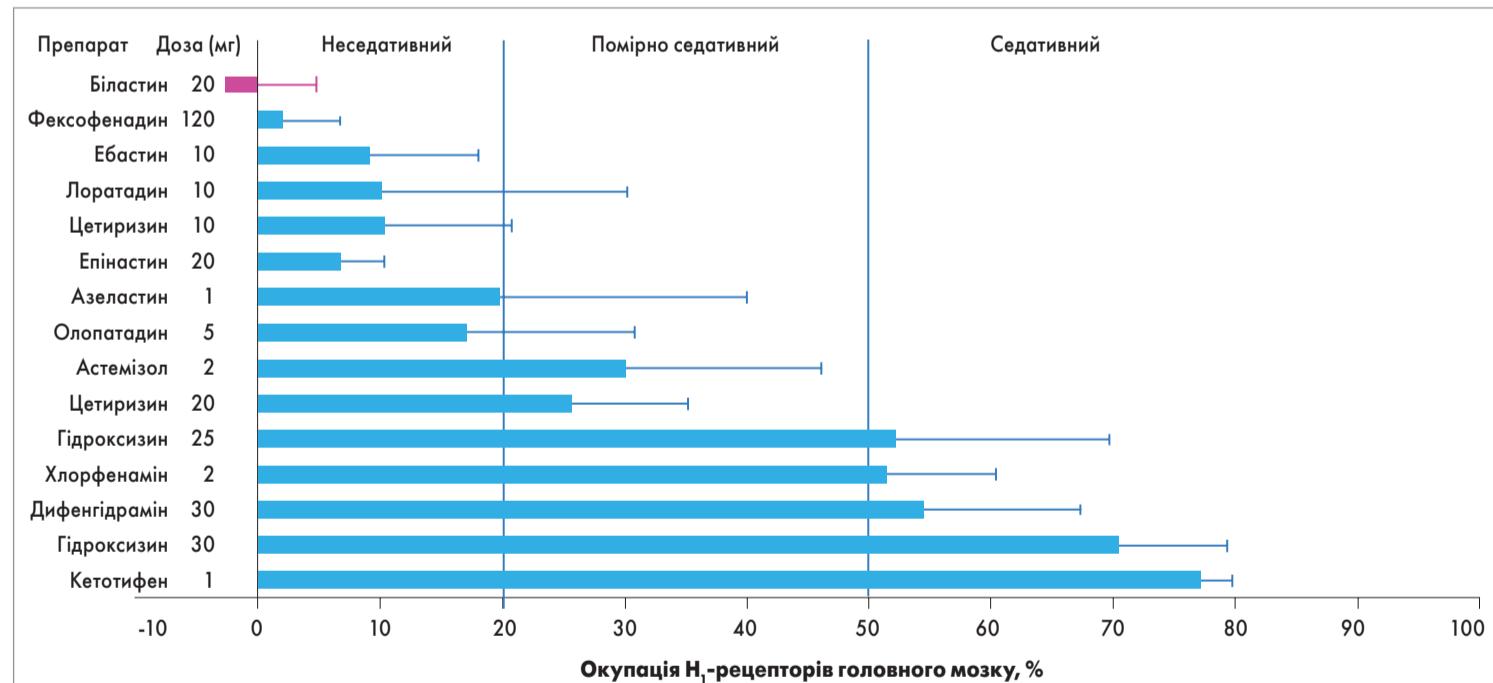


Рис. 1. Дані позитронно-емісійної томографії. Окупація H_1 -рецепторів головного мозку пероральними АГП



Рис. 2. Еволюція розвитку АГП (Kuna P. et al., 2016)

Довідка «ЗУ»

Лікарський засіб Ніксар («Берлін-Хемі АГ», Німеччина) є єдиним на українському фармацевтичному ринку препаратом біластину. Ніксар – медикамент європейської якості; представлений у дозі 20 мг. Показання до застосування Ніксару включають не лише крапив'янку, а й алергічний рино-кон'юнктивіт (сезонний та цілорічний). Рекомендована доза – 1 таблетка (20 мг) 1 р/добу. Пацієнти літнього віку, хворі з порушенням функції нирок та печінки не потребують корекції дози.

Підготувала Лариса Стрільчук



НИКСАР®

Неседативний антигістамінний препарат
для усунення симптомів сезонного та цілорічного
алергічного ринокон'юнктивіту та крапив'янки*



Біластин покращує якість життя¹⁻³

* Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР® від 01.12.2016.

¹ Jáuregui I et al. J Invest Allergol Clin Immunol 2011; 21:16-23

² Bachert C et al. Allergy 2010;65:1-13

³ Zuberbier T et al. Allergy 2010;65:516-528

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

Склад. 1 таблетка містить біластину 20 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код ATX R06A X29. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та крапив'янки. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини (біластин) або до будь-якої з допоміжних речовин. **Побічні реакції.** У ході клінічних досліджень у пацієнтів, які страждали від алергічного ринокон'юнктивіту або хронічної ідіопатичної крапив'янки, побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 20 мг виникали приблизно з тією ж частотою, що й на тлі застосування плацебо (12,7 % та 12,8 %). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. **Особливості застосування.** Пацієнтам із середніми або тяжкими порушеннями функції нирок біластин одновчасно з інгібіторами Р-глікопротеїду застосовувати не слід. **Виробники.** Менарін-Фон Хейден ГмбХ. А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. **Місцезнаходження.** Лейпцигер штрасе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина. Віа Кампо ді Піле, 67100 Л'Аквіла (АК), Італія.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату НІКСАР® від 01.12.2016 № 1299 Р.П. № UA/13866/01/01

UA_NIX-001-2018_V1_Visual. Затверджене до друку 17.01.2018.

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ».

Адреса: м. Київ, вул. Березнівська, 29, тел.: (044) 354-17-17, факс: (044) 354-17-18



BERLIN-CHEMIE
MENARINI