

Перспективи використання комбінації інтраназальних кортикостероїдів та інтраназальних антигістамінних засобів у лікуванні пацієнтів з алергічним ринітом

11-12 вересня в рамках проєкту «Життя без алергії» відбулася науково-практична конференція у форматі онлайн під назвою «Сучасна світова практика ведення пацієнтів з алергічними захворюваннями в період COVID-19». Захід проводився за підтримки Всеукраїнської громадської організації «Асоціація алергологів України» та Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України. До уваги читачів – огляд доповіді провідного вітчизняного експерта щодо особливостей ведення пацієнтів з алергічним ринітом (АР) в умовах пандемії COVID-19.



Заступник керівника Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха ДУ «Інститут отоларингології ім. професора О.С. Колемійченка НАМН України», доктор медичних наук Інна Володимирівна Гогунська в своєму виступі

охарактеризувала перспективи використання комбінації інтраназальних кортикостероїдів (КС) з інтраназальними антигістамінними засобами в лікуванні пацієнтів з АР.

За визначенням, АР являє собою хронічне опосередковане імуноглобулінами Е запалення слизової оболонки порожнини носа, яке з'являється після впливу алергену (Pawankar R. et al., 2011). До загальних симптомів АР належать закладеність носа, ринорея, напади чхання та/або свербіж у порожнині носа (Dykewicz M.S. et al., 2017). Сезонний АР (САР) з'являється в період цвітіння певних рослин (однак у тропічному чи теплом кліматі може спостерігатися весь рік).

Натомість цілорічний АР (ЦАР) характеризується безперервною наявністю проявів хвороби незалежно від сезону (в деяких випадках – із загостреннями в сезон цвітіння певних рослин). Відрізнити САР від ЦАР іноді складно, оскільки в хворих може спостерігатися як одне, так і інше захворювання, а присутність алергенів у повітрі також може бути як сезонною, так і цілорічною (Seidman M.D. et al., 2015; Dykewicz M.S. et al., 2017).

Актуальність питання АР продовжує зростати. Лише в США на АР страждають близько 5,6 млн дітей та 19,9 млн дорослих (Black L. et al., 2019; Blackwell D.L., Villarroel M.A., 2017). Очікується, що у зв'язку зі змінами клімату чутливість до амброзії в Європі збільшиться більше ніж удвічі: з 33 млн осіб на сьогодні до 77 млн осіб у 2041-2060 рр.

Не викликає сумніву, що АР несприятливо впливає на якість життя, зокрема, сприяє появі розладів сну, депресії, дратівливості, зниженню продуктивності (Meltzer E.O. et al., 2016). Крім того, АР часто супроводжується такими коморбідними станами, як астма, середній отит, обструктивне апное сну, алергічний кон'юнктивіт, синусит (Hadley J.A. et al., 2012; Dalal A.A. et al.,

2008). Не менш важливий і той факт, що АР є суттєвим тягарем для економіки: загальні витрати на лікування цього захворювання в США у 2005 р. склали 11,2 млрд дол., а це майже вдвічі перевищує витрати 2000 р.; більше половини цих витратків припадає на ліки, що відпускаються за рецептом.

Патогенез АР полягає у тому, що коли на людину, котра страждає на алергію, повторно впливає алерген, в організмі запускаються ранні та пізні реакції, які спричиняють клінічні прояви. Ранні реакції розвиваються впродовж перших кількох хвилин після повторного впливу алергену; до них належать свербіж і закладеність носа, ринорея. Пізні реакції розвиваються через 4-8 годин, до яких належать повна закладеність носа, погіршення нюху, посилення секреції слизу, стійке запалення слизової оболонки, гіперреактивність слизової оболонки щодо вже відомих і нових алергенів.

Для клінічної оцінки АР застосовуються шкали загальної оцінки назальних симптомів (TNSS) та очних симптомів (TOSS). Ці шкали мають по 4 симптоми, які оцінюються за 4-бальною шкалою (від 0 – відсутність симптому до 4 – тяжкі прояви). За допомогою таких шкал можна оцінювати як негайні симптоми (впродовж 10 хв до тестування), так і симптоми за попередні 12 год. Регулярна оцінка за цими шкалами часто застосовується і в клінічних дослідженнях, і в практичній діяльності, оскільки допомагає у прийнятті рішення стосовно ескалації чи деескалації активності терапії. Крім того, використовується стандартизований опитувальник якості життя при ринокон'юнктивіті, який містить 8 запитань із 7 сфер (активність, сон, позаочні / позаочні симптоми, назальні симптоми, очні симптоми, проблеми в повсякденному житті, емоційні проблеми).

У своєму лікуванні більшість пацієнтів з АР використовують безрецептурні та/або рецептурні препарати, причому симптоми часто неадекватно контролюються при використанні одного лікарського засобу (Meltzer E.O. et al., 2012; Marple B.F. et al., 2007). Майже половина хворих повідомляють про використання двох і більше окремих методів лікування. Відомо, що комбіновані інтраназальні препарати, які містять КС і антигістамінний засіб, є ефективнішими за монотерапію (Prenner V.M. et al., 2016; Price D. et al., 2013). Призначення комбінованого інтраназального спрею із фіксованою одноразовою дозою може знизити витрати на охорону здоров'я та поліпшити прихильність до лікування порівняно з одночасним лікуванням кількома препаратами.

В рекомендаціях ARIA зазначено про доцільність застосування інноваційної технології MASK – інформаційної та технологічної комунікаційної системи, в центрі якої перебуває пацієнт; на жаль, наразі українською мовою вона не облаштована. Система MASK дає змогу монітувати стан хворого та підтримувати оптимальний контроль симптомів, мінімізуючи побічні ефекти і витрати. В основі MASK лежить підрахунок пацієнтом балів для власних симптомів і скарг за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) з подальшою ескалацією або деескалацією терапії. На думку професора І.В. Гогунської, недоліком цієї системи є те, що антиген-специфічна імунотерапія призначається лише тоді, коли стан хворого є незадовільним, а оцінка за ВАШ кілька разів перевищує порогове значення в 5 балів. Оскільки цей

метод лікування є надзвичайно високоєфективним, раннє його призначення здатне суттєво змінити перебіг захворювання та покращити якість життя пацієнта з АР.

Експертна група ARIA розробила для хворих з АР алгоритм з метою обрання фармакотерапії та посилення / зменшення об'єму лікування залежно від контролю симптомів. Було запропоновано таку класифікацію лікування АР: рівень Т1 – неседативні Н₁-антигістамінні засоби (оральні, інтраназальні, очні), антагоністи лейкотрієнових рецепторів і кромони (інтраназальні й очні); рівень Т2 – інтраназальні КС; рівень Т3 – комбіновані інтраназальні препарати (КС + антигістамінний засіб); рівень Т4 – оральні КС у вигляді короткого курсу для доповнення лікування; рівень Т5 – розглянути скерування до вузького спеціаліста, а також імунотерапію алергенами. Доповідач наголосила, що в разі застосування системних КС не варто використовувати депо-форми.

Наукові розробки в галузі фармакотерапії АР продовжують прогресувати; незабаром на фармацевтичному ринку буде представлено новий комбінований препарат для інтраназального застосування – поєднання олопатадину та мометазону. Рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження F.C. Hampel і співавт. (2019) було присвячено оцінці ефективності, безпеки та переносимості назального спрею GSP301 (олопатадин 665 мкг + мометазон 25 мкг) 2 р/добу протягом 14 днів у пацієнтів із САР (дорослі та підлітки) порівняно із плацебо і монотерапією окремими компонентами препарату в тих самих дозах. Всього було рандомізовано 1180 пацієнтів. Первинною кінцевою точкою дослідження була зміна від вихідного рівня середнього 12-годинного показника за шкалою TNSS. За цим показником олопатадин/мометазон суттєво перевершував плацебо (p<0,001) та олопатадин (p=0,003), а також наблизився до статистичної значимості переваги порівняно з мометазоном (p=0,059). Автори відзначили зменшення вираженості всіх окремо взятих назальних симптомів при застосуванні олопатадину/мометазону порівняно з плацебо. Важливо, що стан хворих покращувався досить швидко (ймовірно, за рахунок швидкої дії олопатадину) та продовжував покращуватися протягом курсу лікування (завдяки протизапальному впливу мометазону). Початок дії олопатадину/мометазону спостерігався вже через 15 хвилин після застосування, за швидкістю початку дії олопатадину/мометазону перевершував не тільки плацебо, а й обидва варіанти монотерапії (p<0,05 для всіх порівнянь). Аналіз впливу на очні симптоми за шкалою TOSS (як сумарно, так і для кожного симптому окремо) виявив значиміше покращення в групі олопатадину/мометазону порівняно з групою плацебо (p<0,01). І нарешті, комбінований препарат достовірно покращив загальну якість життя порівняно з плацебо (p<0,01). Питання безпеки призначуваної терапії є винятково важливим. Частота побічних явищ на тлі застосування олопатадину/мометазону достовірно не відрізнялася від аналогічних показників плацебо чи монотерапії. Найчастішими побічними ефектами були дисгевзія (3,3%) та головний біль (0,7%).

Отже, було зроблено висновки, що комбінація олопатадину та мометазону (2 р/добу) спричиняла значне, стійке і клінічно значиме зменшення назальних й очних симптомів САР у пацієнтів віком від 12 років порівняно із плацебо. Початок дії був швидким (в межах 15 хв), а ефект – стійким. Препарат переносився добре (із частотою побічних явищ у межах показників плацебо).

Загалом, незважаючи на пандемію COVID-19, пацієнтам з АР слід продовжувати призначену раніше терапію та суворо дотримуватися карантинно-обмежувальних заходів.

Підготувала Лариса Стрільчук

