

Опыт применения монтелукаста в комбинированной терапии крапивницы

Мухамадиева К.М., Ал-маамари Ахмед Мухиддин Абдуруб

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Медицинский Центр г. Сана республика Йемен

Актуальность. Среди заболеваний аллергического генеза ведущее место занимает крапивница, представляющая не только важную медицинскую, но и серьезную социальную проблему в связи с высокой распространенностью, отсутствием унифицированных подходов к диагностике и лечению, снижением качества жизни пациентов. В 80-95% случаев диагностируется идиопатическая крапивница, что создает трудности в терапии этих больных и профилактике рецидивов [1]. По данным эпидемиологических исследований, крапивница является одним из самых распространенных заболеваний и встречается хотя бы один раз в жизни у 15–25% населения. Причем у 70–75% заболевание протекает остро, а у 25–30% приобретает хронический характер [1,2,3].

Базисной терапией крапивницы является назначение системных антигистаминных препаратов [1,2,4]. Преимуществом классических антигистаминных препаратов является наличие парентеральных форм введения, что позволяет практически сразу получить необходимый клинический эффект. Препаратами первого выбора в лечении крапивницы являются неседативные препараты, имеющих длительный период полувыведения, что позволяет их использовать однократно в сутки на протяжении длительного времени. Несмотря на широкий круг антигистаминных препаратов, имеющих в арсенале дерматолога для лечения крапивницы, не всегда достигается желаемый терапевтический эффект. В последнее время важное место в терапии больных крапивницей занимают антилейкотриеновые препараты, которые названы третьей линией в терапии данного дерматоза. Российские согласительные документы указывают, что использование антилейкотриеновых препаратов в

комбинации с антигистаминными средствами значительно улучшает эффективность терапии и прогноз заболевания [1,3]. Эффективность препаратов этой группы у больных крапивницей связана с селективной блокадой ими лейкотриеновых рецепторов LTC₄ , LTD₄ и LTE₄, которые участвуют в патогенезе формирования дерматоза, высвобождаясь из активированной тучной клетки. В отличие от гистамина, являющегося преформированным медиатором, лейкотриены образуются в ходе метаболизма арахидоновой кислоты под действием фермента 5-липоксигеназы и являются вторичными медиаторами воспаления. Именно они могут поддерживать и усиливать уртикарную реакцию у больных крапивницей за счет вазодилатации и повышения проницаемости сосудов [4].

В связи с вышеизложенным, целью проведенного исследования оценка эффективности терапии крапивницы с применением монтелукаста в комбинации с цетиризином.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 больных с идиопатической крапивницей в возрасте от 25 до 38 лет (средний возраст - $21,4 \pm 0,12$) , среди которых острое течение наблюдалось у 8 больных, хроническое – 12. Продолжительность заболевания у 4-х больных с хронической идиопатической крапивницей составила от 6-и месяцев до 3 лет, у 8-ми -от 3 до 5 и более лет. Для оценки степени тяжести заболевания использовали балльную систему оценки признаков и симптомов, предложенной Адаскевичем В.П. в 2004 году.

Результаты. Основными жалобами у обследуемых больных являлись: кожный зуд – у 18 пациентов; сыпь - у 20; отеки лица, кистей рук - у 6. При объективном обследовании у 7-ми пациентов были выявлены единичные уртикарии, у 7-ти - генерализованная уртикарная сыпь, у 6 - отеки параорбитальных областей, губ, кистей рук. У больных с острой крапивницей были выявлены этиологические факторы, среди которых пищевые продукты

(6) и контакт с косметическими средствами (2). У больных хронической идиопатической крапивницей не удалось выяснить основную причину заболевания, однако были выявлены сопутствующие заболевания, среди которых: гастродуоденит (3), хронический холецистит (6), вирусные инфекции (3).

Диагностика степени тяжести крапивницы показала, что легкая и тяжелая степени не наблюдалась ни в одном случае. У всех обследуемых больных диагностирована средняя степень тяжести течения крапивницы, которая по балльной оценке составила $3,2 \pm 0,4$ балла и характеризовалась выраженным зудом и наличием более 50 волдырей различных размеров. При этом, из 12 больных хронической крапивницей у 5-ти наблюдался умеренный, у 7-ми выраженный зуд. У всех больных острой крапивницей отмечался выраженный зуд, наличие единичных и сливных уртикарных элементов, преимущественно на коже лица. У 4-х больных с острой крапивницей отмечался кашель и чувство дискомфорта в носоглотке. Все больные с острой крапивницей отмечали явления данного дерматоза впервые в жизни. Из 12 больных хронической крапивницей ранее проведенная терапия заключалась в применении лоратадина (4), фенкарола (4), супрастина (2), дексаметазона (2). Применение антилейкотриеновых препаратов в ранее проведенной терапии не отмечалось ни в одном случае.

Все наблюдаемые нами больные получали комплексную терапию, включающую гипоаллергенную диету, коррекцию сопутствующей патологии, а также препарат Лесон, представляющий собой комбинацию антагониста гистамина цетиризина и антилейкотриенового препарата монтелукаста.

Анализ клинической эффективности лечения проводили с учетом динамики купирования основных симптомов заболевания, а также по отдаленным результатам лечения через 3 месяца.

Оценка клинических симптомов на фоне проводимого лечения показала, что на 3-и сутки терапии зуд и количество уртикарных элементов уменьшились в 1,2 раза у 14 (70%) больных обеих групп. Несмотря на уменьшение количества волдырей на третьи сутки терапии, больных продолжал беспокоить зуд кожи, который вызывал появление новых высыпаний. Однако, на 7-е сутки отмечена значительная положительная динамика, заключающаяся в существенном сокращении количества уртикарных элементов и ликвидации кожного зуда. К концу первой недели лечения показатели зуда и количества высыпаний уменьшилось соответственно до $0,8 \pm 0,4$ и $1,1 \pm 0,7$ баллов. Всем больным терапия препаратом Лесон была продлена до 14 дней. Больные отмечали хорошую переносимость препарата, ни в одном случае не наблюдалось отмены препарата за счет побочных эффектов (диаграмма)

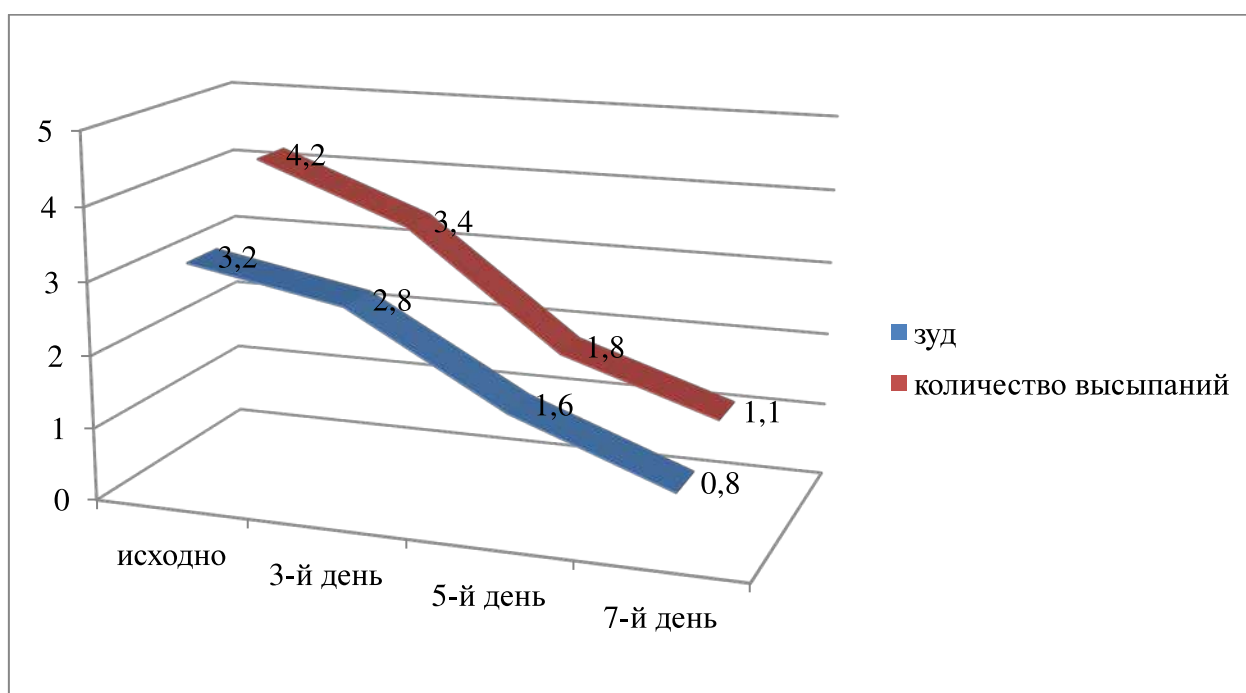


Диаграмма 1. Динамика симптомов крапивницы в процессе лечения препаратом Лесон

Под влиянием проведенного лечения клиническое выздоровление было достигнуто у 6-ти из 8-ми больных острой крапивницей. Необходимо

отметить, что чувство дискомфорта в носоглотке и сухой кашель, которые имели место у 4-х больных острой крапивницей, исчезли после первого приема препарат Лесон. Рецидивов в течение 3-х месяцев в этой группе больных не наблюдалось.

В группе больных хронической крапивницей, клиническое выздоровление было достигнуто у 8-ми пациентов, значительное улучшение у 3-х больных, незначительный эффект – у 1 больного. У 10-ти больных с хронической крапивницей (12) отмечалась ремиссия в течение 3-х месяцев, а с рецидивом в течение 1 месяца обратились двое больных этой группы.

Таким образом, применение препарата Лесон, в связи с наличием в его действующем составе цетиризина и монтелукаста не только позволяет купировать симптомы заболевания, но и обеспечивает достаточно длительную ремиссию. Уменьшение клинических симптомов заболевания у 70% больных в первые дни лечения в 1,2 раза по сравнению с исходными показателями, позволяет рекомендовать данный препарат в комплексной терапии данного дерматоза. Необходимо отметить, что тактика терапии крапивницы предусматривает целый комплекс терапевтических мероприятий, включающий элиминацию этиологических и триггерных факторов, провоцирующих заболевание, лечение сопутствующей патологии, а также проведение фармакотерапии с применением высокоэффективных, безопасных антигистаминных и антилейкотриеновых препаратов, одним из которых является препарат Лесон.

Литература:

1. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практикующих врачей. Российский национальный согласительный документ. — М.: Фармус Принт Медиа, 2007. — 127 с.
2. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Клинические рекомендации. Аллер-гология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 104-115.

3. Riccioni G., Di Ilio C., Conti P. et. al. Advances in therapy with antileukotriene drugs // Ann. Clin. Lab. Sci. — 2004. — Vol. 34. — P. 379-387.
4. Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. et. al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria // Allergy. — 2009. — № 64. — P. 1427-1443.