



Алматы 24 апреля 2015 г.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Тусупбекова Г.М.

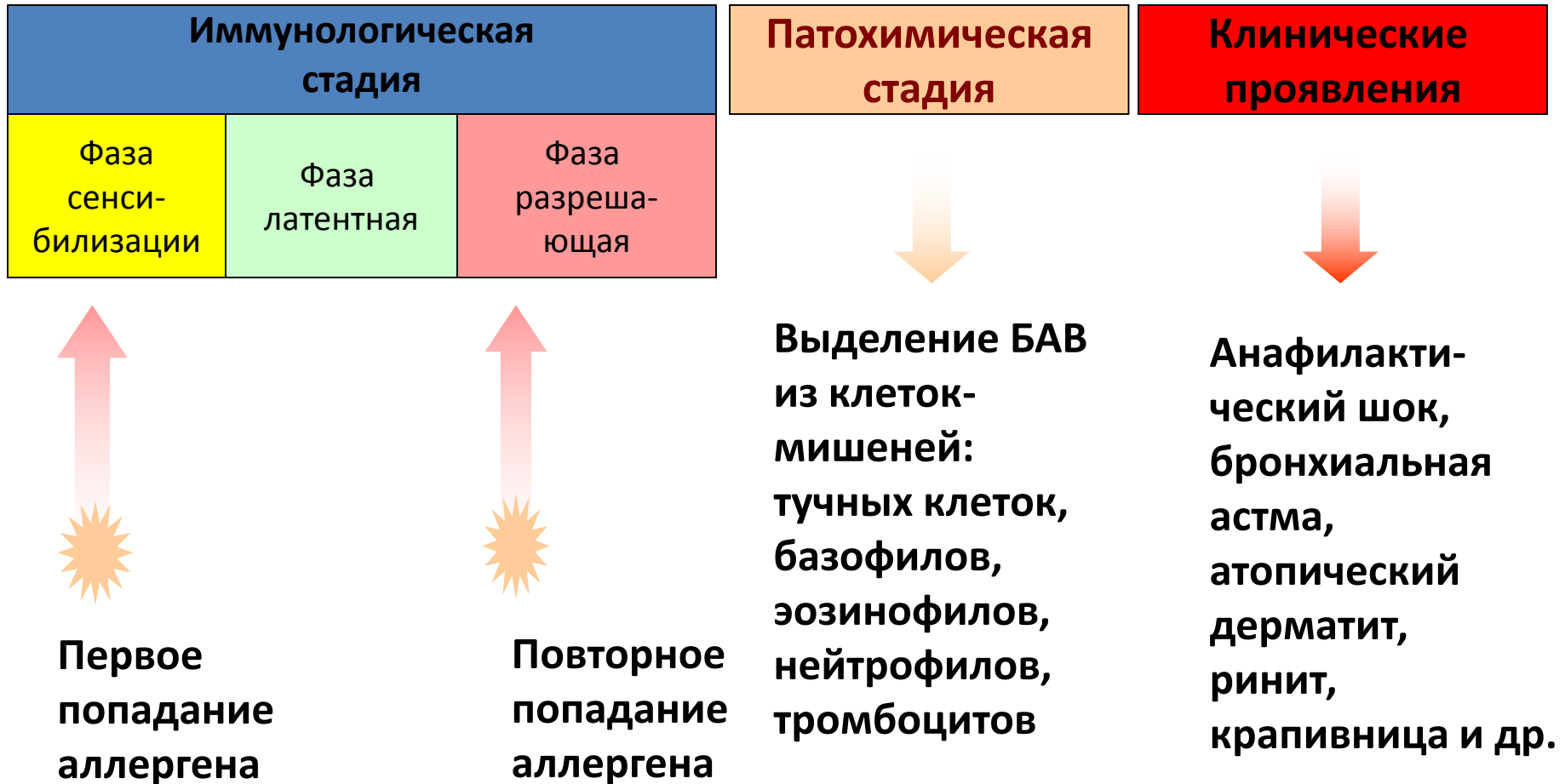
кандидат медицинских наук, Доктор Phd,
Главный аллерголог ГУЗ г. Астаны,
директор Астанинского филиала ОО «Ассоциация
аллергологов и клинических иммунологов РК»,
руководитель аллергологической службы
Больницы Управления Делами Президента РК
г. Астана, Казахстан



Распространенность аллергических заболеваний прогрессирует, несмотря на то, что применение противоаллергических и противоастматических средств значительно возросло в течение последнего десятилетия

- По данным ВОЗ, более 40% населения планеты страдает различными аллергическими заболеваниями**
- У каждого 5-го человека на Земле хотя бы однажды в жизни возникали аллергические реакции**
- Каждый 10-ый человек в мире страдает от аллергии**

Стадии патогенеза АЗ



Основные медиаторы аллергической реакции

Хорошо изучены 2 основных класса химических медиаторов, ответственных за реакции ГНТ.

✓ Первичные медиаторы являются молекулами, которые уже накоплены в гранулах ТК и базофилов, и начинают секретироваться сразу после контакта клетки с антигеном. Гистамин играет наиболее важную роль.

✓ Вторичные медиаторы являются молекулами, синтезируемыми de novo после контакта клеток с антигеном. В основном вторичные медиаторы представляют собой метаболиты арахидоновой кислоты (АК) – эйкозаноиды (лейкотриены)

Медиаторы аллергических заболеваний

Заболевание и симптомы	Патофизиологический механизм	Предполагаемые медиаторы
<i>Аллергический ринит</i>		
Зуд Заложенность носа	Стимуляция нервных окончаний Отек слизистой	Гистамин (H1), простагландины Гистамин (H1-), кинины, LTC4, LTD4, LTE4
Чиханье Ринорея	Стимуляция нервных окончаний Стимуляция секреции слизи	Гистамин (H1-), LTC4, LTD4, LTE4 Гистамин (H1-): прямое действие и через мускариновый эффект; LTC4, LTD4, LTE4
Неспецифическая гиперреактивность	Поздняя фаза ответа	Эйкозаноиды, хемокины
<i>Бронхиальная астма</i>		
Приступ удушья	Бронхоспазм Отек слизистой Гиперсекреция слизи Поддержание аллергического воспаления	Гистамин (H1-), LTC4, LTD4, LTE4, PGD2, тромбоксан A2, ФАТ Гистамин (H1-), LTC4, LTD4, LTE4, PGE2, ФАТ, брадикинин Гистамин (H1-, H2-), LTC4, LTD4, LTE4, эйкозаноиды, ПГ-генерирующий фактор Хемокины для эозинофилов, LTB4, ФАТ
<i>Крапивница</i>		
Отек Гиперемия Зуд	Повышение проницаемости сосудов Вазодилатация Стимуляция нервных окончаний	Гистамин (H1-), PGD2, ФАТ, брадикинин, LTC4, LTD4, LTE4 Гистамин (H1-), ПГ, ФАТ, брадикинин Гистамин (H1-)

Синтез лейкотриенов ЛТ в каскаде арахидоновой кислоты



Примечание. 5-ЛО — 5-липоксигеназа; ПЛАБ — 5-липоксигеназа-активирующий белок; PG — простагландин; LT — лейкотриен; 5-ГПЭТЕ — 5-гидропероксиэйкозатетраеновая кислота.

Основные биологические эффекты лейкотриенов

Эйкозаноид	Биологическое действие
ЛТВ4	Является сильным хемотаксическим агентом для нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов. Индукцирует адгезию лейкоцитов к эндотелиальным клеткам, их агрегацию и дегрануляцию. Способствует аккумуляции лейкоцитов в тканях. Способствует секреции радикалов кислорода, лактоферрина и гидролитических ферментов нейтрофилами. Синергично с другими медиаторами увеличивает проницаемость сосудов (особенно в присутствии ПГЕ2). Способствует адгезии гранулоцитов к эндотелиальным клеткам. Индукцирует сокращение легочной паренхимы (путем стимуляции освобождения TxA2). Вызывает бронхоспазм. Участвует в иммунных реакциях.
SRS-A: ЛТ C4 ЛТ D4 ЛТ E4	Вызывает бронхоконстрикцию. Усиливает бронхоконстрикторное действие гистамина. Повышает секрецию слизи в бронхиальном дереве. Вызывает вазоконстрикцию. Повышает проницаемость системных сосудов (вследствие сокращения терминальных артериол и дилатации венул). Повышает проницаемость мелких сосудов. Участвует в иммунных реакциях.
5-ГЭТЕ 15-ГЭТЕ	Вызывает вазоконстрикцию. Активирует нейтрофилы и эозинофилы. Стимулирует хемокинез и хемотаксис эозинофилов и нейтрофилов. Потенцирует освобождение медиаторов из тучных клеток. Повышает проницаемость сосудов. Стимулирует секрецию слизи
LXA4 LXB	Является антагонистом в отношении бронхоконстрикции, вызванной LTC4. Точно не установлено.

ЛТ С4, D4, E4 – основной «медленный компонент анафилактической реакции»

- ✓ Вызывает эффект в **1000 раз** в меньшей концентрации (в отличие от гистамина)
- ✓ Участвует в образовании новых молекул гистамина
- ✓ Действует на мелкие и крупные бронхи (в отличие от гистамина)
- ✓ Лт С4 снижает в **600-9500 раз** максимальную скорость выдоха (по сравнению с гистамином)
- ✓ Бронхоконстрикторный эффект LTD4 в **5900 раз** сильнее гистамина

Мощные медиаторы воспаления и бронхоконстрикции

ЛЕЙКОТРИЕНЫ



**УСИЛЕНИЕ
СЕКРЕЦИИ СЛИЗИ**



Гиперсекреция слизистыми
железами и бокаловидными
клетками

**БРОНХО-
КОНСТРИКЦИЯ**



Спазм гладких
мышц бронхов

ХЕМОТАКСИС



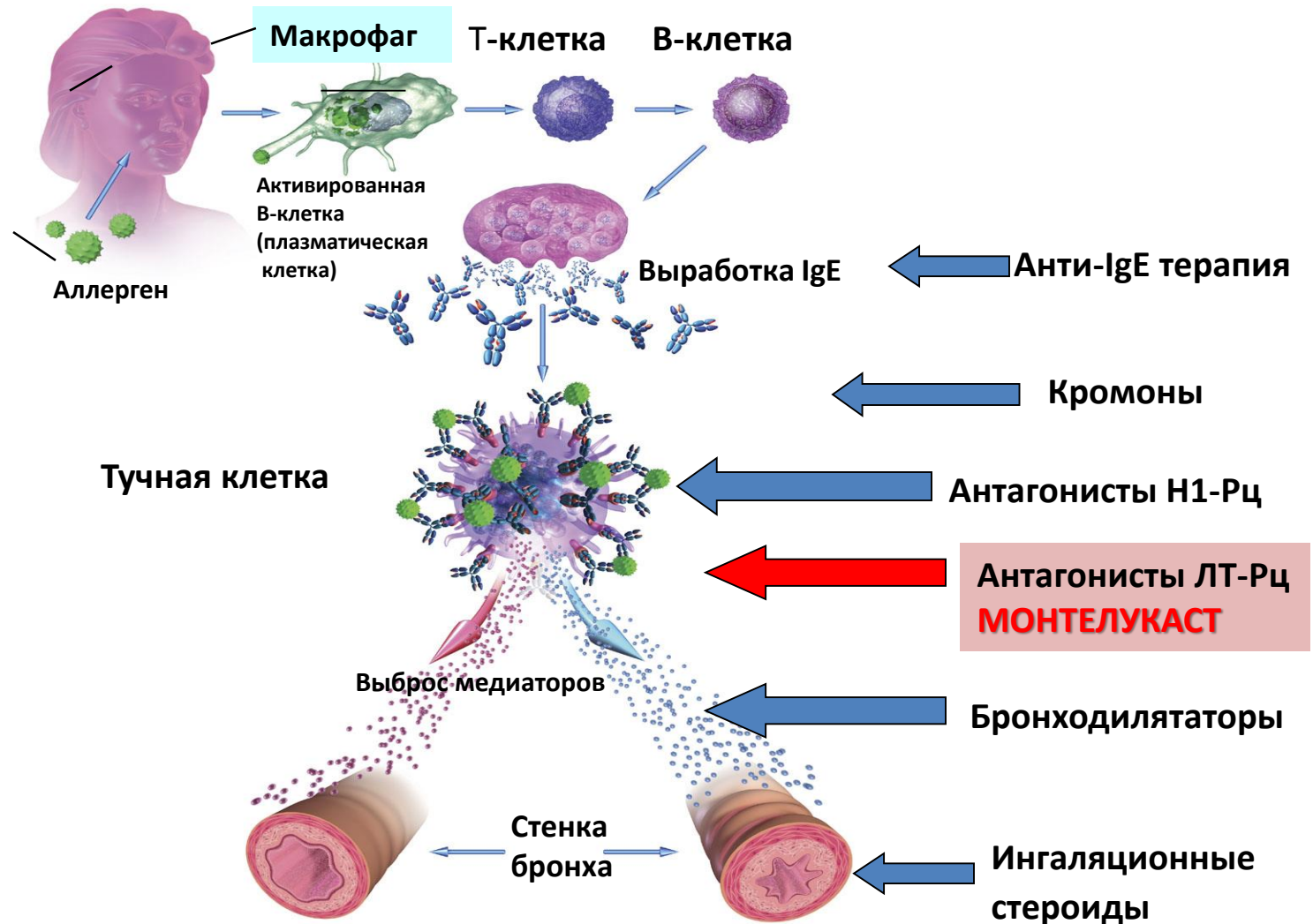
Концентрация клеток
воспаления в слизистой
бронха

ВАЗОАКТИВНОЕ



Повышение проницаемости
кровеносных капилляров

Каскад аллергического воспаления при IgE-опосредованных заболеваниях



- ✓ Применение АЛП, обладающих **системным противовоспалительным эффектом**, обосновано в рамках современной концепции аллергии как воспалительного заболевания
- ✓ Особое значение имеет тот факт, что цис-ЛТ и ГКС-чувствительные медиаторы представляют собой два механизма воспалительного процесса при аллергических заболеваниях, вследствие чего ГКС в любых дозах не способны блокировать эффекты цис-ЛТ

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МОНТЕЛУКАСТА

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ

Бронходилатирующий

Уменьшение назальной и
бронхиальной гиперреактивности

Уменьшение структурных изменений
(ремоделирования) бронхов

Уменьшение
гиперсекреции слизи

Уменьшение движения
эозинофилов в очаг воспаления

МОНТИГЕТ

Не является гормоном!

POCKET GUIDE FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION

(for Children 5 Years and Younger)



A Guide for Health Care Professionals
Revised 2014

BASED ON THE GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA
MANAGEMENT AND PREVENTION

Дети 5 лет и младше

POCKET GUIDE FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION

(for Adults and Children Older than 5 Years)



A Pocket Guide for Physicians and Nurses
Revised 2014

BASED ON THE GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA
MANAGEMENT AND PREVENTION

Взрослые и дети старше 5 лет

Монтелукаст и Аллергический Ринит

Автор	Метод	Время	Дизайн	Критерии	Результаты
COMPACT Price DB, Hernandez D, Magyar P et all. Thorax 2003;58:211-216 БА+АР	Двойное слепое плацебоконтр олируемое исследование	16 нед	1 группа n=448 монтелукаст 10 мг/сут + будесонид 800 мкг/сут 2 группа n=448 будесонид 1600 мкг/сут	ПСВ	Лучшая эффективность М+Б у пациентов БА+АР, по сравнению с удвоенной дозой будесонида. Быстрый прирост ПСВ в группе комбинированной терапии (+20,1 л/мин), чем в группе с удвоенной дозой будесонида (+9,6 л/мин, $p < 0,001$).
J. van Adelsberg et all (2003),	Рандомизиро ванное контролируе мое	2 нед	n=1214 1 группа – Монтелукаст 2 группа - плацебо	Дневные и ночные, назальные и глазные симптомы	Улучшение по всем показателям, глобальной оценке АР и качестве жизни
V. Modgill et all, 2010	Проспективно е рандомизиро ванное контролируе мое		n=90 1 группа Флутиказон 2 группа – Флутиказон + Цетиризин 3 группа – Флутиказон + Монтелукаст	Общие симптомы, ночные	Терапия Монтелукстом не уступает по эффективности контроля общих симптомов АР и более действенна в отношении контроля ночных симптомов. Не вызывает психомоторных нарушений.

Монтелукаст и Аллергический Ринит

- ✓ Уровни доказательности А по применению Монтелукаста при АР (интермиттирующий, персистирующий)
- ✓ Обеспечивает длительный стабильный эффект и имеет существенное преимущество на ночные симптомы, что значительно улучшает качество жизни больных
- ✓ Доказана наилучшая эффективность при неаллергическом эозинофильном рините (НПВП)
- ✓ АР и назальные полипы характеризуются рядом общих признаков, включая эозинофильную инфильтрацию и присутствие таких медиаторов воспаления, как интерлейкин-5 и лейкотриены (LTC₄/D₄/E₄) (Bachert C. et al., 2000).

Уровень контроля	Лечебное мероприятие
Контроль	Поддержание текущего контроля и поиск самой низкой ступени
Частичный контроль	Рассмотрение нарастающего пошагового подхода для достижения контроля
Отсутствие контроля	Усиление лечения до достижения контроля
Обострение	Лечение обострений



**Для детей старше
5 лет, подростков,
взрослых**

Шаг 1	Шаг 2	Шаг 3	Шаг 4	Шаг 5
Обучение пациентов Контроль среды обитания				
β_2 -агонисты короткого действия «по требованию»	β_2 -агонисты короткого действия «по требованию»			
Выбор базисной терапии	Выбрать один	Выбрать один	Добавить один или больше	Добавить один или больше
	Низкодозовый ИГКС*	Низкодозовый ИГКС + β_2 -агонист длительного действия	ИГКС средние или высокие дозы + β_2 -агонист длительного действия	Пероральный кортикостероид (самые низкие дозы)
	Модификатор лейкотриенов**	ИГКС средние дозы или высокие дозы	Модификатор лейкотриенов	Лечение IgE-антителами
		Низкодозовый ИГКС + Модификатор лейкотриенов	Теofilлин пролонгированного действия	
		Низкодозовый ИГКС + Теofilлин пролонгированного действия		

МЕСТО МОНТЕЛУКАСТА В ТЕРАПИИ АСТМЫ (GINA, PRACTALL)

Ступень 1 - В качестве монотерапии у больных с легкой персистирующей астмой (особенно при наличии постнагрузочного бронхоспазма)

Альтернативный препарат 1-го ряда в педиатрии (PRACTALL)

Ступень 2 - Комбинированная терапия астмы у больных, получающих ИГКГ в низкой дозе

Ступень 3 - Комбинированная терапия астмы у больных, получающих ИГКГ в средней дозе

Ступень 4 - Комбинированная терапия астмы у больных, получающих ИГКГ в высокой дозе

Монтелукаст позволяет уменьшить дозирование ИГКГ в 2 раза (на 47-63%)

Особенно эффективен при:

- Аспириновая астма
- Сезонная астма (+поллиноз)
- Астма, индуцированная физическими нагрузками
- ОРВИ-индуцированная
- Для одновременного контроля астмы и сопутствующего АР, крапивницы

КАК ДОЛГО ПРИМЕНЯТЬ при АСТМЕ?

Базисная терапия с использованием
Монтелукаста должна быть

ДЛИТЕЛЬНАЯ:

- От 3 мес до 4 мес при легкой БА
- От 4 мес до 6 мес при
среднетяжелой БА
- От 8 мес до 12 мес при тяжелой БА

Согласно данным исследований 15%
больных показали лучший отклик на
монтелукаст, чем ИГКС

Исследования эффективности монотерапии Монтелукаста при легкой астме

Автор	Метод	Время	Дизайн	Критерии	Результаты
Mclvor et all, 2009	Открытое исследование	6 недель	n=534, 1 группа – низкие дозы ICS, 2 группа – Монтелукаст 10 мг/сут	Показатель контроля астмы	75% дней без астмы
Bjermer L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM and all, BMJ. 2003 Oct	Двойное слепое рандомизированно е сравнительное	1 год	1 группа – Флутиказон+С альметерол 2 группа – Флутиказон + Монтелукаст 10мг/сут	ФВД, ОФВ1, показатели контроля	В группе Ф+С лучши показатель контроля астмы, в группе Ф+М ниже частота обострений астмы

Доказанный аддитивный эффект Монтелукаста у больных астмой, получающих ИГКС

Автор	Метод	Время	Дизайн	Критерии диагностики	Показатели результатов
CASIOPEA, Clinical Observation of Montelukast as a Partner Agent for Complementary Therapy, 2003	Многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование	16 нед	Взрослые с БА (n = 639) с ОФВ1 >55 % и сохран-ся симптомами на фоне лечения будесонидом (в дозе 400–1600 мкг/сут)	ПСВ, ОФВ1, показатели контроля	↓35% дней с обострением астмы”, ↑56% дней “свободных от астмы”, ↓20% ночные симптомы
MONIKA The MONTelukast In Chronic Asthma (MONICA) study, 2011	Открытое исследование	12 мес	Взрослые со средне-тяжелой астмой n = 1681, ICS или ICS+LABA. Добавлен Монтелукаст 10 мг/сутки.	Asthma Control Test (ACT), FEV1/PEF	Средняя оценка АСТ улучшение на 5,7 единиц

Доказанный аддитивный эффект Монтелукаста у больных БА, получающих ИГКС

Автор	Метод	Время	Дизайн	Критерии диагностики	Показатели результатов
Bjermer L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM and all, 2003	Двойное слепое рандомизированное сравнительное	1 год	1 группа – Флутиказон+Сальметерол 2 группа – Флутиказон + Монтелукаст	ФВД, ОФВ1, показатели контроля	В группе Ф+С лучший показатель контроля астмы, в группе Ф+М ниже частота обострений астмы
IMPACT Investigation of Montelukast as a Partner Agent for Complementary Therapy-trial), 2000	Двойное плацебоконтролируемое	48 нед	Взрослые, базовый Флутиказон 200 мкг/сутки. Добавлен 1 группа – Сальметерол 100 мкг/сутки 2 группа – Монтелукаст 10 мг.	ПСВ, ОФВ1, показатели контроля	Приступы астмы и госпитализаций наблюдались чаще при сочетании с АР. Две группы между собой существенно не отличаются.

Монтелукаст и кашлевая форма астмы

Allergology International. 2010;59:185-192
DOI: 10.2332/allergolint.09-OA-0112

ORIGINAL ARTICLE



Antitussive Effects of the Leukotriene Receptor Antagonist Montelukast in Patients with Cough Variant Asthma and Atopic Cough

Toshiyuki Kita¹, Masaki Fujimura², Haruhiko Ogawa³, Yasuto Nakatsumi⁴, Satoshi Nomura⁴, Yoshihisa Ishiura⁵, Shigeharu Myou² and Shijji Nakao²

Research

Open Access

A real – life observational pilot study to evaluate the effects of two-week treatment with montelukast in patients with chronic cough

Roxana K Mincheva⁺, Tanya Z Kralimarkova⁺, Miroslava Rasheva⁺, Zlatko Dimitrov⁺, Denislava Nedeva⁺, Maria Staevska⁺, Vera Papochieva⁺, Penka Perenovska⁺, Karina Bacheva⁺, Vasil D Dimitrov⁺ and Todor A Popov⁺*

Montelukast for postinfectious cough in adults: a double-blind randomised placebo-controlled trial



Kay Wang, Surinder S Birring, Kathryn Taylor, Norman K Fry, Alastair D Hay, Michael Moore, Jing Jin, Rafael Perera, Andrew Farmer, Paul Little, Timothy G Harrison, David Mant, Anthony Harnden



Монтелукаст и астма, индуцированная физической нагрузкой

Автор	Метод	Время	Дизайн	Критерии	Результаты
Malmstrom K, Rodriguez-Gomez G, Guerra J, Villaran C, and all, Ann Intern Med. 1999	Открытое рандомизированное плацебоконтролируемое	12 нед	1 группа – беклометазон низкие дозы 2 группа – Монтелукаст 10 мг/сутки, легкая и умеренная астма	ФВД, ОФВ1, показатели контроля	↓ в2-агонистов коротких, частоты обострений, эозинофилии
Raissy HH, Harkins M, Kelly F, Kelly HW Pharmacotherapy. 2008 Mar;	Открытое сравнительное	3 мес	1 группа – ИГКС + сальметерол 2 группа – ИГКС + монтелукаст	ФВД, ОФВ1, показатели контроля	В группе монтелукаста ниже частота астмы физического усилия, лучший превентивный эффект

Монтелукаст и астма, индуцированная физической нагрузкой

- **Альтернатива применению в 2-агонистов**
- **Бронхопротективный эффект в течение 20-24 часов**
- **Отсутствие развития толерантности**
- **На фоне завершения длительной терапии (3 месяца) отсутствие ухудшения течения астмы**

Edelman, JM Ann Intern Med. 2000;132:97–104.

Аспириновая астма

- Выявлено значительное повышение уровней цис-ЛТ в слюне, мокроте, моче и крови у пациентов с аспириновой астмой.

Gaber F, Daham K, Higashi A, Higashi N, and all. Thorax. 2008 Dec; 63(12):1076-82.

- Блокаторы антилейкотриеновых рецепторов более эффективны при аспирин-индуцированном бронхоспазме, соответственно они являются методом выбора при лечении этих пациентов.

Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002314)

Диагностика и лечение острой и хронической крапивницы – обновление 2014

Practice parameter

The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update

Chief Editors: Jonathan A. Bernstein, MD, David M. Lang, MD, and David A. Khan, MD

Workgroup Contributors: Timothy Craig, DO, David Dreyfus, MD, Fred Hsieh, MD, Javed Sheikh, MD, David Weldon, MD, and Bruce Zuraw, MD

Task Force Reviewers: David I. Bernstein, MD, Joann Blessing-Moore, MD, Linda Cox, MD, Richard A. Nicklas, MD, John Oppenheimer, MD, Jay M. Portnoy, MD, Christopher R. Randolph, MD, Diane E. Schuller, MD, Sheldon L. Spector, MD, Stephen A. Tilles, MD, and Dana Wallace, MD

These parameters were developed by the Joint Task Force on Practice Parameters (JTFPP), representing the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI); the American College of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI); and the Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology. The AAAAI and ACAAI have jointly accepted responsibility for

establishing “The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update.” This is a complete and comprehensive document at the current time. The medical environment is a changing environment, and not all recommendations will be appropriate for all patients. Because this document incorporated the efforts of many participants,

Алгоритм терапии Крапивницы

Диагноз хронической крапивницы



Неседативные H_1 -антигистаминные препараты второго поколения (АГП II)



Если симптомы продолжаются более 2-х недель

Увеличение дозы неседативных АГП II (вплоть до 4-х кратной)



Если симптомы продолжаются более 4-х недель

Выбор альтернативной терапии: антагонисты лейкотриеновых рецепторов, системные стероиды коротким курсом 3–7 дней



Симптомы не контролируются

Выбор альтернативной терапии: H_1 -антигистаминные препараты, циклоспорин А, дапсон, анти-Ig E
системные стероиды коротким курсом 3–7 дней

EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria
Allergy 2009;64:1427-1443

Монтелукаст и крапивница

Эффективен при хронической крапивнице, вызванной НПВП или повышенной чувствительностью к пищевым добавкам или с аутореактивностью к внутрикожным инъекциям сыворотки, при применении с антигистаминами - при средне-тяжелой хронической идиопатической крапивнице.

Di Lorenzo Clin Exp Dermatol 2006; 31(3):327-34



REVIEW

Open Access

Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review

Nipun Lakshitha de Silva¹, Hasitha Damayanthi², Anoja Chamarie Rajapakse³, Chaturaka Rodrigo¹ and Senaka Rajapakse^{1*}

NCBI Resources ☒ How To ☒

PubMed.gov

US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed



Advanced

Abstract ▾

Inflamm Allergy Drug Targets. 2012 Jun;11(3):235-43.

Efficacy of montelukast as added therapy in patients with chronic idiopathic urticaria.

Khan S¹, Lynch N.

Author information

Treatment of the “difficult case” of chronic urticaria

Malcolm W Greaves

St John's Institute of Dermatology

London

Монтелукаст и крапивница

Allergy

EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY
AND CLINICAL IMMUNOLOGY

Successful treatment of delayed pressure urticaria with montelukast

Y. Berkun and M. Shalit

Article first published online: 9 OCT 2008

DOI: 10.1034/j.1398-9995.2000.00538.x

Issue



Allergy

Volume 55, Issue 2, pages
203–204, February 2000

Dermatologic and ocular diseases

The leukotriene receptor antagonist montelukast in the treatment of chronic idiopathic urticaria: A single-blind, placebo-controlled, crossover clinical study

Zülal Erbagci, MD *Gaziantep, Turkey*

Respiratory Medicine (2011) 105 S1, S84-S88



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/rmed



ASZA DERMATOLOGIA Online
OUR DERMATOLOGY Online

ROLE OF LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONIST MONTELUKAST IN THE TREATMENT OF CHRONIC URTICARIA: A HOSPITAL BASED STUDY

Iffat Hassan, Taseer Ahmad Bhatt, Hinah Altaf, Farah Sameem,
Qazi Masood

Department of Dermatology, STD and Leprosy, Government Medical College, Srinagar (University of Kashmir), J&K, India

Corresponding author: Associate Professor Iffat Hassan

hassaniffat@gmail.com

Source of Support:

Nil

Competing Interests:

None declared

Add-on montelukast in antihistamine-resistant chronic idiopathic urticaria

Mitja Kosnik*, Tjasa Subic

University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases, Golnik, Slovenia

Монтелукаст и Атопический Дерматит

- Возможно повышенное образования цистеинил-лейкотриенов в коже при АД
- CysLT повышают проницаемость сосудов и расширяют кровеносные сосуды кожи
- LTRAs имеют краткосрочную эффективность в уменьшении нарушений сна и интенсивности атопического дерматита (SOR B)

Stello, A Am Fam Physician 2008;78(1):112-114

Монтелукаст и Атопический Дерматит

АВТОР/ДАТА	МЕТОД	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	СУБЪЕКТЫ	ПРЕПАРАТЫ	ВЫВОДЫ
Yanase D. and David-Bajar, K. (2001)53	Рандомизированное двойное плацебоконтролируемое перекрестное исследование	8 недель	8 взрослых пациентов с средней степенью тяжести АД	Монтелукаст 10мг/день	Улучшение в группе Монтелукаста: площади поражения и сухости кожи ($p = 0,003$), лихенизации ($p = 0,009$), уплотнения кожи ($p = 0,016$), эритемы ($p = 0,024$), эрозий ($p = 0,027$)
Kagi, (2001)4	Case Series	8 месяцев	4 пациента, рефрактерных к стандартной терапии	Монтелукаст 10мг/день	Значительные улучшения зуда кожи и изменения в группе лечения и контрольной. Значительная разница в степени проявления дерматита между группой лечения и контрольной
Eustachio et al., (2002)54	Рандомизированное одинарное слепое исследование	6 недель	32 пациента с тяжелой формой АД	1 группа - монотерапия Монтелукаст 10 мг/день, 2 группа - Цетиризин, топические стероиды, увлажняющие препараты	Сокращения показателей SCORAD в обеих группах. ($p < 0,05$) ECP, EPX уровнях Значительное снижение в пределах каждой группы ($p < 0,05$)
Capella G.L., (2001)31	Рандомизированное двойное плацебоконтролируемое исследование	6 недель	20 мужчин в возрасте 18-28 лет с тяжелой формой АД (индекс SCORAD)	Монтелукаст 10мг/день 10 пациентов и плацебо 10 пациентов. Другое лечение АД не проводилось	Значительное снижение активности заболевания (измеряемая по индексу SCORAD) в группе Монтелукаста по сравнению с группой плацебо ($p < 0,02$)

РЕЗЮМЕ: Доказана высокая эффективность Монтелукаста в терапии АД, что может значительно уменьшить клинические проявления АД и снизить расходы и госпитализации по поводу обострений.

Montiget®

**Первый в Казахстане
с 5-летним опытом применения!**



**Гранулы педиатрические
4 мг №14 с 6 месяцев до 5 лет**



**Жевательные таблетки
4 мг №14 с 2-5 лет**



**Жевательные таблетки
5 мг №14 с 6-14 лет**

**Таблетки, покрытые оболочкой
10 мг №14
Старше 15 лет и взрослым**



**Внутри 1 раз в сутки
вечером**

МОНТЕЛУКАСТ – высокая эффективность лечения и профилактики

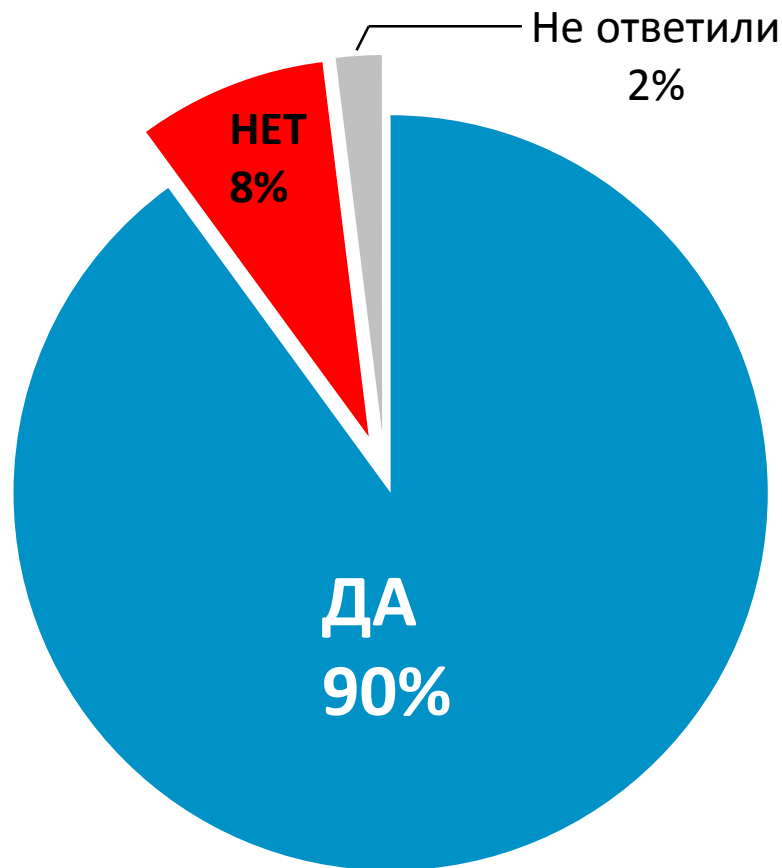


* $p < 0,01$ (по сравнению с исходным уровнем).

† $p < 0,001$ (по сравнению с исходным уровнем).

Рис. 6. Изменение доли больных, отмечавших приступы БА, обращавшихся с экстренными визитами к врачу, имевших госпитализации и применявших пероральные ГКС по поводу БА, до и после дополнительной терапии монтелукастом

90% пациентов готовы продолжать принимать Монтелукаст независимо от возраста



ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ - ОСНОВА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЗ

- ✓ Монтелукаст «принадлежит к уникальному классу лекарств», активно внедряемых в клиническую практику
- ✓ В Международных рекомендациях по лечению астмы и аллергического ринита (GINA, PRACTALL, ARIA) представлен как альтернатива в определенных клинических ситуациях назначаемым местно ГКС
- ✓ Цис-лейкотриены и ГКС-чувствительные медиаторы представляют собой 2 механизма воспалительного процесса при АЗ, вследствие чего ГКС в любых дозах не способны блокировать эффекты Цис-ЛТ
- ✓ Монтелукаст может использоваться при легкой форме персистирующей астмы в качестве базисной терапии у больных со "стероидофобией" или стероидорезистентности (нечувствительности) и в качестве дополнительной терапии у больных с более тяжелым течением заболевания

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ - ОСНОВА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЗ

- ✓ **Монтелукаст является препаратом выбора при лечении больных с первичным лейкотриеновым механизмом развития бронхиальной астмы, в особенности, при так называемой «аспириновой астме» и неаллергическом эозинофильном рините**
- ✓ **Монтелукаст уменьшает активность аллергического воспаления, улучшает контроль симптомов у пациентов и уменьшает частоту развития обострений заболевания**
- ✓ **Таблетированная форма выпуска обеспечивает легкость применения Монтелукаста, кратность применения 1 раз в сутки позволяет добиться высокой комплаентности**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

