

АНТАГОНІСТИ ЛЕЙКОТРИЄНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

М. В. Савохіна

Кафедра фармакотерапії

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

marinadoc10@gmail.com

Вступ. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в даний час на бронхіальну астму (БА) страждає 1-18% населення у всьому світі і щорічно захворювання забирає життя більше 250 тис. чоловік.

Методи досліджень. У міжнародних рекомендаціях GINA (Global Initiative for Asthma, 2015) в якості препаратів для базисної терапії рекомендуються інгаляційні кортикостероїди (ІГКС), b_2 -агоністи тривалої дії. антилейкотриєнові препарати та ін. Застосування антилейкотриєнових препаратів сьогодні розглядають як альтернативний метод терапії БА, що дозволяє знизити обсяг гормональної терапії завдяки впливу на лейкотриєновий шлях розвитку запалення, на який не впливають ІГКС, забезпечити високу прихильність пацієнтів лікуванню і досягти стійкої і тривалої ремісії.

Результати досліджень. Згідно міжнародних погоджувальних документів антагоністи лейкотриєнових рецепторів використовуються починаючи з 1-го ступеня терапії в якості монотерапії або з 2-ї ступені терапії в комбінації з ІГКС.

Роль лейкотриєнів у патогенезі БА полягає в посиленні секреції слизу, придушенні її кліренсу, збільшенні вироблення катіонних білків, що ушкоджують епітеліальні клітини. Цістеїнілові лейкотриєни (CysLT) (LTC4, LTD4, LTE4) володіють потужною бронхоконстрикторною дією, є потужними хемоатрактантами для еозинофілів, тому один з ключових ефектів антагоністів лейкотриєнових рецепторів при БА пов'язаний з гальмуванням еозинофільного запалення.

Монтелукаст є одним з перших представників антілейкотриєнових препаратів, селективно блокує лейкотриєнові рецептори і специфічно інгібує рецепто-

ри CysLT₁. Здатність монтелукаста зменшувати еозинофілію в дихальних шляхах продемонстрована в ряді експериментальних та клінічних досліджень. Так, монтелукаст при 4-тижневій терапії у хворих БА призвів до зменшення числа еозинофілів в мокротинні на 48%. Монтелукаст викликає бронходиллятацію протягом двох годин після прийому всередину і може доповнювати бронходиллятацію, викликану β_2 -агоністами. Тривалість блокади LTD₄-специфічних рецепторів складає 24 години, що дозволяє призначати препарат один раз на добу. Монтелукаст опосередковано впливає на експресію інтерлейкіну-5, а також опосередковано контролює процеси ремоделювання дихальних шляхів.

Монтелукаст зареєстрований під торговою назвою (Сінгуляр®) в дозуваннях 5 мг і 10 мг. Монтелукаст призначають по 10 мг на ніч (перед сном) первинно як препарат першого ряду для лікування БА у дорослих з легкою персистуючою БА. Монтелукаст дозволяє знизити дозу ІГКС при спільному прийомі при БА середньої тяжкості і важкому перебігу.

Хороша переносимість і простий спосіб введення монтелукаста дозволяють використовувати його для початкового контролючого лікування легкої астми у дітей, астми у поєднанні з алергічним ринітом, вірусіндукованої астми (подвійне сліпе багатоцентрове дослідження Prevention of Virally Induced Asthma (PREVIA)) як у вигляді монотерапії, так і у комбінації з іншими препаратами.

Висновки. Таким чином, новий напрямок в лікуванні БА на основі застосування препаратів, що є інгібіторами лейкотриєнових рецепторів, продемонструвало високу терапевтичну ефективність та ефективність при лікуванні пацієнтів, які страждають легкою і помірно вираженою бронхіальною астмою. Це є виключно важливим з погляду запобігання прогресування захворювання і розвитку важких форм бронхіальної астми.