ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

© Биккинина Гузель Минираисовна, Фатихова Альсина Индусовна, Фазлыева Диля Ришатовна, Хусниярова Алеся Ринатовна

Башкирский государственный медицинский университет. 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3. E-mail: bikkinina.ru@mail.ru

Ключевыеслова: аллергическийринит; дети; антигистаминныепрепараты; аллергологическое отделение

Введение. В настоящее время отмечается рост частоты и выраженности аллергических заболеваний. По данным литературы, аллергическими заболеваниями страдают от 10 до 15% населения [1, 2]. В структуре всех аллергических заболеваний в мире 20–40% занимает аллергический ринит (АР) и около 7–10% — бронхиальная астм (БА). Частота симптомов АР в Российской Федерации составляет 18–38% [4]. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность АР наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте. Эти состояния требуют активного терапевтического вмешательства, которое должно быть эффективным, безопасным и хорошо переносимым пациентами.

Наиболее широкое применение в клинической практике при симптомах аллергии нашли препараты с антигистаминным действием. Среди них наиболее часто используются антигистаминные препараты второго поколения, так как они имеют большую биодоступность (около 95%), практически не подвергаются пресистемной элиминации и быстрее достигают максимальной концентрации в плазме крови. Для левоцитиризина среднее время для достижения максимальной концентрации (Cmax) составляет 1–1,2 ч., а для цетиризина 0,8–2. Нужно отметить, что Cmax зависит возраста ребенка и дозы препарата. Например, при однократном приеме цетиризина в дозе 25мг/кг у детей в возрасте от 6 до 24 мес Cmax составляет 2,0±1,2 ч., у детей 5–12 лет при назначении препарата в дозе 5 мг/кг Cmax=1,4±1 ч.. Все антигистаминные препараты первого поколения и многие препараты второго поколения метаболизируются в печени под воздействием ферментов системы цитохром Р450. В процессе декарбоксилирования лоратадина в печени образуется активный конъюгированный метаболит дезлоратадин, который выводится мочой. Цетиризин, левоцетиризин и фексофенадин не метаболизируются в печени и выделяются в неизменном виде с калом или мочой. Однако при замедлении метаболизма препаратов ферментами печени (CYP3A4 системы цитохрома Р450) происходит накопление неметаболизированных исходных форм, что приводит к нарушению сердечного ритма (желудочковая «веретенообразная» тахикардия, на ЭКГ — удлинение интервала QT). Указанный побочный эффект характерен для терфенадина, астемизола (применение запрещено в США, России и некоторых других странах), в значительно меньшей степени — лоратадина.

Цель исследования. Оценить лекарственное обеспечение антигистаминными лекарственными средствами, используемых для лечения аллергического ринита в специализированном отделении.

Материалы и методы. Нами представлены клинико-анамнестические данные 505 пациентов с аллергическим ринитом (далее — АР), находившихся на обследовании и лечении в аллергологическом отделении ГБУЗ РДКБ г. Уфа за 2017 год. Для исследования использовали данные оборотных ведомостей по аллергологическому отделению за 2017 год. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью с пакета программы «Statistica 10,0». С учетом отсутствия нормальности распределения по критериям Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса, Шапиро-Уилка большинства переменных для оценки результатов исследования использовали непараметрические критерии ранговой корреляции Спирмена, Тау и Гамма. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Средний возраст обследованных детей с АР составил 11,16±3,31 лет Исследование показало, что как среди пациентов с АР преобладание мальчиков до 59% (n=299). Аллергический анамнез был отягощен проявлением эксудативно-катарального диатеза в раннем возрасте у 53,5% детей с АР (n=270).

Первые проявления риноконъюнктивального синдрома у детей с АР отмечались в возрасте 5,5±3,3 лет. Возраст постановки диагноза АР составил 8,6±3,4 лет, в среднем через 3 года после появления первых признаков заболевания. Коморбидный фон пациентов с АР был осложнен проявлениями атопического дерматита у 19,20% детей (n=97), наличием эпизодов обструктивного синдрома без верификации диагноза БА у 30,29% детей (n=153). При анализе спектра сенсибилизации у пациентов с АР было выявлено, что превалировала сенсибилизация к бытовым аллергенам у 78,6% детей (n=397). Сенсибилизация к пыльцевым аллергенам была выявлена у 53,9% детей с АР (n=272). Методом оценки ранговой корреляции Спирмена, Тау и Гамма установлено наличие достоверной прямой связи возраста постановки диагноза АР (rs = 0,783501), риноконъюнктивального синдрома (rs = 0,449783) и обструктивного синдрома (rs = 0,329725) с возрастом пациентов. Статистически значимая прямая связь выявлена между возрастом постановки диагноза АР и риноконъюнктивальным синдромом (rs = 0,783501), проявлениями диатеза в детстве и АтД (rs = 0,665733).

С целью определения целесообразности назначений у пациентов с АР, получавших антигистаминные препараты в аллергологическом отделении была дана оценка фармакотерапии, по итогам которой можно считать, что данные лекарственные средства были использованы в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов в специализированном отделении многопрофильного стационара. В соответствии с клиническими рекомендациями для базисной терапии аллергического ринита применяются антигистаминные лекарственные средства. Так в отделение в 2017 году было закуплено 4 торговых наименования медикаментов. Из них «первое поколение» составили — 42,4% от закупа. Первое поколение было представлено хлоропирамином, дифенгидрамином для перорального и парентерального использования. Хлоропирамин является одним из самых широко применяемых седативных антигистаминных препаратов в стационаре, что обусловлено быстрым наступлением эффекта. Второе поколение антигистаминных средств представлено только 2 лекарственными средствами: лоратадин. цетиризин, доля закупа которых составило -52,8% от всех закупленных антигистаминных препаратов.

Заключение. При анализе фармакотерапии аллергического ринита доступны 4 наименования антигистаминных препаратов. Высокая специфичность и высокая селективность к Н1-рецепторам, достаточно быстрое развитие клинического эффекта и продолжительность действия препаратов второго поколения более предпочтительны для лечения аллергического ринита. Полученные данные можно использовать как для определения стратегии закупок более современных препаратов.

Список литературы:

1. Аллергический ринит и его влияние на астму, 2008. В сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения // Рос. аллерголог. журн. 2010. Т.1. С. 74—86.2.
2. Международный консенсус в лечении аллергическогоринита (версия Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, 2000) // Рос. ринол. 2000. No 3. С. 5–23.3. Ревякина В. А.
3. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. Москва: Оригинал-макет, 2015. С. 51.