



Новое слово в лечении аллергического ринита

Лечение аллергического ринита и предупреждение развития сопутствующих заболеваний имеют медицинское, социальное и экономическое значение. Диагностика и лечение заболевания основаны на комплексном подходе, включающем применение современных лабораторно-инструментальных и фармацевтических методов. В рамках симпозиума, организованного компанией «Гленмарк», эксперты рассмотрели актуальные вопросы эпидемиологии, классификации, диагностики и лечения аллергического ринита.



Профессор, д.м.н.
Т.Г. Федоскова

Доклад д.м.н., ведущего научного сотрудника Института иммунологии ФМБА России, профессора кафедры иммунологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Татьяны Германовны ФЕДОСКОВОЙ был посвящен эпидемиологии, патогенезу и современным методам диагностики и лечения аллергического ринита (АР).

Современное состояние проблемы аллергического ринита

Аллергический ринит – заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа двумя или более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosmией. АР – атопическое заболевание, свидетельствующее о наличии атопического статуса¹.

Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость АР за прошедшее столетие возросла в десятки раз. В настоящее время распространенность АР в мире достигает 4–32%, в России – 12,7–24%².

Профессор Т.Г. Федоскова подчеркнула необходимость комп-

лексного подхода к диагностике и лечению АР. Многие пациенты с АР не имеют возможности своевременно обратиться к специалисту-аллергологу или годами не обращаются за медицинской помощью. Согласно результатам исследований, период от появления первых признаков болезни до постановки диагноза АР в среднем составляет 8,1 года. При этом только в 12% случаев АР диагностируется в первый год от начала заболевания, в 50% – в первые пять лет³.

Нередко АР сопутствует аллергическим заболеваниям, таким как аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма (БА), атопический дерматит. Персистирующий АР может способствовать развитию риносинусита, в том числе полипозного, экссудативного отита, приводить к нарушению когнитивных функций. Аномалия прикуса

¹ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. М., 2013.

² Богова А.В., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет // Российский аллергологический журнал. 2008. № 6. С. 3–14.

³ Курбачева О.М., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Аллергический ринит: анализ качества диагностики, рациональности и обоснованности выбора терапии // Аллергология. 2003. № 3. С. 51–54.



Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

встречается в четыре раза чаще у пациентов с нарушением носового дыхания. При персистирующем течении АР изменяется реактивность слизистых оболочек дыхательных путей, присоединяются вторичная бактериальная флора, вирусная инфекция. Как следствие – частые острые респираторные вирусные инфекции. Доказано, что АР и БА – взаимосвязанные заболевания. При АР триггерами бронхиальной обструкции являются:

- ✓ назобронхиальный рефлекс, проявляющийся бронхokonстрикцией при раздражении слизистой оболочки полости носа медиаторами аллергического воспаления и ирритантами;
- ✓ блокада носовых ходов, приводящая к увеличению контакта с провоцирующими факторами;
- ✓ единый характер воспалительного процесса верхних и нижних дыхательных путей.

Воздействие аллергена и увеличение продукции гистамина приводят к формированию бронхиальной гиперреактивности и бронхokonстрикции⁴. Именно поэтому пациенты с персистирующим АР должны быть тщательно обследованы на наличие БА. В зависимости от природы патогенетически значимого аллергена АР может быть сезонным и круглогодичным. Сезонный АР возникает в период цветения растений, вызывающих аллергию (обычно весной или летом), и развивается у гиперчувствительных лиц при концентрации пыльцы в воздухе 10–20 зерен на 1 м³ воздуха. Для возникновения поллиноза пыльца должна обладать легкостью и летучестью (характерно для ветроопыляемых растений), зерна должны иметь диаметр 0,0025–0,25 мм, принадлежать к широко распространенным видам растений. На концентрацию пыльцы в воздухе влияют погодные условия.

Своевременная диагностика, рациональная терапия и профилактика аллергического ринита предупреждают развитие ряда серьезных осложнений. Алгоритм лечения аллергического ринита предусматривает комплекс лечебно-профилактических мероприятий, согласно стандартам, изложенным в международных согласительных документах, с использованием современных препаратов, характеризующихся доказанной безопасностью и эффективностью

Сказанное обуславливает необходимость пыльцевого мониторинга. При круглогодичном АР симптомы могут проявляться в течение всего года. В этом случае к этиологическим факторам формирования АР относятся бытовые (аллергены клещей домашней пыли), эпидермальные (животные), грибковые (споры непатогенных плесневых и дрожжевых грибов), инсектные (слюна, экскременты тараканов, клопов, комаров и др.), пищевые (продукты питания), пыльцевые (пыльца растений). Триггерами АР служат атмосферные поллютанты (выхлопные газы, озон, оксид азота, диоксид серы), табачный дым, вызывающие структурные и функциональные изменения мерцательного эпителия.

По характеру и тяжести течения выделяют интермиттирующий АР (симптомы беспокоят пациента менее четырех дней в неделю или менее четырех недель в году) и персистирующий (симптомы беспокоят пациента более четырех дней в неделю или более четырех недель в году). Легкая форма АР характеризуется незначительными признаками болезни, не нарушающими дневную активность и/или сон. При среднетяжелой/тяжелой форме нарушаются сон,

нормальная активность в течение дня, при занятиях спортом, во время отдыха, значительно снижаются работоспособность, качество жизни⁵.

Алгоритм дифференциальной диагностики АР включает оценку данных анамнеза, клинического и аллергологического обследований, сопутствующей патологии и применяемых медикаментов, способных спровоцировать развитие симптомов ринита¹.

Больные АР, а также часто и длительно болеющие пациенты с подозрением на АР должны быть направлены к аллергологу для проведения клинико-лабораторного и специфического аллергологического обследования. Для выявления причинно-значимого аллергена проводят специальные тесты – кожные пробы, определение специфического IgE в крови, назальный провокационный тест. К обязательным лабораторным методам относят исследования гемограммы, цитологии назального секрета. В ряде случаев дополнительно выполняют переднюю риноманометрию, компьютерную томографию, рентгенографию придаточных пазух носа, эндоскопию. Цель лечения – полный контроль над симптомами АР. В большинстве случаев лечение проводят

аллергология и иммунология

⁴ Ильина Н.И. Трудная астма // Российский аллергологический журнал. 2005. № 1. С. 48–53.

⁵ Баранов А.А., Хаитов Р.М., Чучалин А.Г. и др. Аллергический ринит и его влияние на астму (ARIA 2008). Возможности использования в России новой версии документа // Российский аллергологический журнал. 2008. № 5. С. 3–8.



в амбулаторно-поликлинических условиях. Госпитализация в стационар показана при тяжелом и/или осложненном течении заболевания, а также при необходимости проведения ускоренного курса аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Основу терапии АР составляют патогенетический подход, комплексность и этапность. Для повышения эффективности лечения АР необходимо прекратить или максимально сократить контакт с причинно-значимыми аллергенами (гипоаллергенный быт и диета). При АР применяют симптоматическую (купирование обострения и базисное лечение) и патогенетическую терапию – АСИТ. Больным АР в обязательном порядке требуется санация очагов хронической инфекции для предотвращения развития осложнений.

Кроме того, при элиминационных мероприятиях нужно учитывать перекрестные реакции между пыльцевыми и пищевыми аллергенами. Пациентам с АР с осто-

рожностью назначают лекарственные средства растительного происхождения.

АСИТ проводят больным АР с пятилетнего возраста при возникновении клинических симптомов респираторной аллергии, если выполнение элиминационных мероприятий не представляется возможным. Этот метод терапии предупреждает переход заболевания в более тяжелую стадию аллергического процесса, снижает потребность в применении лекарственных препаратов, позволяет добиться многолетней ремиссии.

Согласно международной инициативе ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму) 2008–2010 гг. и Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению аллергического ринита, подготовленным Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, при лечении пациентов с АР

используются ступенчатые схемы с включением в них пероральных и местных (интраназальных, внутриглазных) блокаторов H_1 -рецепторов, интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС), антагонистов лейкотриеновых рецепторов, местных кромонов (интраназальных, глазных капель).

В заключение профессор Т.Г. Федоскова еще раз подчеркнула, что симптомы АР свидетельствуют о наличии у больного атопического статуса, способствующего вовлечению в воспалительный процесс различных органов и систем. Своевременная диагностика, рациональная терапия и профилактика АР предупреждают развитие ряда серьезных осложнений. При лечении АР необходимо применять весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, согласно стандартам, изложенным в международных согласительных документах, с использованием современных препаратов с доказанной безопасностью и эффективностью.



Профессор, д.м.н.
Е.В. Носуля

Комбинированная терапия аллергического ринита: обоснования и перспективы

онального образования, д.м.н. Евгений Владимирович НОСУЛЯ подчеркнул, что АР играет важную роль в патогенезе целого ряда заболеваний. По данным исследований, рецидивирующий острый синусит, рефрактерный к лечению, может быть обусловлен аллергией. В одном из исследований положительный ответ на аллергологический тест зафиксирован у 57,4% пациентов с рецидивирующим острым ринитом. Большинство из них были чувствительны более чем к одному аллергену. Среди пациентов с положительными результатами тестирования 92% продемон-

стрировали чувствительность к аллергенам плесени и клещей домашней пыли⁶.

Аллергический ринит является потенциальным фактором риска развития орбитальных осложнений остро риносинусита у детей. В исследовании D. Holzmann и соавт. из 102 детей с орбитальным отеком у 56,7% результаты аллергологического тестирования оказались положительными. При этом распространенность АР в сезон пыления (февраль – август) была значительно выше, чем с сентября по январь⁷.

Кроме того, у детей с АР повышается риск развития гипер-

⁶ Gutman M., Torres A., Keen K.J., Houser S.M. Prevalence of allergy in patients with chronic rhinosinusitis // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2004. Vol. 130. № 5. P. 545–552.

⁷ Holzmann D., Willi U., Nadal D. Allergic rhinitis as a risk factor for orbital complication of acute rhinosinusitis in children // Am. J. Rhinol. 2001. Vol. 15. № 6. P. 387–390.



Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

трофии глоточной миндалины. По данным исследований, 80% детей с АР не имели удовлетворительных преимуществ от удаления аденоидов. У них отмечались персистирующий или рецидивирующий ринит либо частичное уменьшение рецидивов инфекций дыхательных путей. По мнению ряда исследователей, операция не может быть первоочередной задачей лечения таких детей. Важно снизить местное воспаление с помощью противоаллергической терапии, чтобы купировать носовые симптомы и предупредить разрастание лимфоидной ткани⁸. Еще одна проблема – распространенность АР среди беременных. Частота аллергических состояний у женщин репродуктивного возраста достигает 20–30%. У 10–30% беременных с аллергией наблюдаются увеличение аллергических симптомов во время беременности и возвращение к нормальному состоянию после родоразрешения⁹. Современная стратегия лечения АР базируется на понимании патогенетических особенностей развития аллергического воспаления. В настоящее время стратегия ступенчатой терапии АР, закрепленная в документе ARIA, подразумевает профилактику контакта с аллергенами, фармакотерапию, АСИТ и обучение пациентов¹⁰. При АР применяют антигистаминные препараты (АГП), а также системные, топические (интраназальные) ГКС.

Эффективность АГП в купировании таких симптомов, как зуд, чихание и ринорея, обеспечивается гистамин-опосредованным воздействием на ранней фазе аллергической реакции. В комплексном лечении АР используют препараты, блокирующие H₁-гистаминовые рецепторы, поскольку в патогенезе заболевания ведущую роль играет гистамин. Азеластин – эффективный блокатор H₁-гистаминовых рецепторов. Он уменьшает проницаемость капилляров и экссудацию, тормозит дегрануляцию тучных клеток, подавляет синтез и ингибирует экспрессию биологически активных веществ (гистамин, серотонин, лейкотриены, тромбоцит-активирующий фактор), участвующих в патогенезе аллергического воспаления¹¹. В сравнительных исследованиях показано преимущество азеластина перед другими АГП в лечении АР. Так, по сравнению с цетиризином азеластин продемонстрировал более высокую эффективность в купировании чихания и заложенности носа¹². F. Horak и соавт. сравнивали эффективность азеластина в форме назального спрея (по одному впрыскиванию 0,2 мг в каждый носовой ход) и дезлоратадина 5 мг для приема внутрь. Азеластин продемонстрировал более быстрое начало действия и более высокую эффективность¹³. Топические ГКС блокируют аллергическую реакцию на более поздней фазе, снижая количест-

во тучных клеток (и выделяемого ими гистамина), эозинофилов и секреции слизистой оболочки. Докладчик отметил, что топический ГКС для лечения АР должен характеризоваться высокой местной активностью, быстрым началом и достаточной длительностью действия, низким риском развития системных и местных нежелательных эффектов, удобством применения. Этим характеристикам соответствует представитель класса ГКС мометазона фуруат. Интраназальный ГКС мометазона фуруат оказывает противовоспалительное, противоотечное и мембраностабилизирующее действие. Применение мометазона фуруата сопровождается быстрым наступлением клинического эффекта у пациентов с АР. Высокая местная активность препарата обусловлена его влиянием на ключевые механизмы аллергического воспаления. Применение мометазона фуруата при АР способствует снижению эозинофильной инфильтрации, сосудистой проницаемости и продукции провоспалительных медиаторов. Препарат обладает высокой местной противовоспалительной активностью и системной безопасностью. Современный интраназальный ГКС мометазона фуруат, характеризующийся низкой системной биодоступностью ($\leq 1\%$), обеспечивает низкий уровень системных побочных эффектов. Важной характеристикой интраназальных ГКС является терапевтический индекс – отношение

аллергология и иммунология

⁸ Colavita L., Miraglia Del Giudice M., Strocchio G. et al. Allergic rhinitis and adenoid hypertrophy in children: is adenoidectomy always really useful? // J. Biol. Regul. Homeost. Agents. 2015. Vol. 29. № 2. Suppl. 1. P. 58–63.

⁹ Incaudo G.A. Diagnosis and treatment of allergic rhinitis and sinusitis during pregnancy and lactation // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2004. Vol. 27. № 2. P. 159–177.

¹⁰ Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.

¹¹ Bernstein J.A. Azelastine hydrochloride: a review of pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy and tolerability // Curr. Med. Res. Opin. 2007. Vol. 23. № 10. P. 2441–2452.

¹² Berger W., Hampel F., Bernstein J. et al. Impact of azelastine nasal spray on symptoms and quality of life compared with cetirizine oral tablets in patients with seasonal allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2006. Vol. 97. № 3. P. 375–381.

¹³ Horak F., Ziegelmayer U.P., Ziegelmayer R. et al. Azelastine nasal spray and desloratadine tablets in pollen-induced seasonal allergic rhinitis: a pharmacodynamic study of onset of action and efficacy // Curr. Med. Res. Opin. 2006. Vol. 22. № 1. P. 151–157.



Как показали результаты рандомизированных клинических исследований и реальная клиническая практика, последовательное применение препаратов Момат Рино Адванс и Момат Рино в ступенчатой терапии сезонного аллергического ринита обеспечивает устойчивый контроль течения заболевания, позволяет избежать полипрагмазии и снизить медикаментозную нагрузку на пациента

общего балла эффективности к общему баллу побочных эффектов. Мометазона фуроат отличается от других интраназальных ГКС наиболее благоприятным терапевтическим индексом¹⁴.

Одним из перспективных направлений медикаментозной терапии АР, позволяющих успешно контролировать симптомы заболевания, считается применение комбинированных топических препаратов, в частности АГП и интраназальных ГКС.

В последнее десятилетие поиску новых эффективных комбинированных препаратов для лечения АР был посвящен ряд исследований и разработок. Так, на фоне применения комбинированного интраназального препарата (азеластина гидрохлорид и флутиказона пропионат – МР29-02-Dymista) отмечалось существенное снижение клинически значимых симптомов АР, которое наступало быстрее, чем при изолированном использовании интраназальных АГП или ГКС¹⁵. В России зарегистрирован комбинированный препарат Момат Рино Адванс (компания «Гленмарк», Индия) в форме на-

зального дозированного спрея для лечения сезонного АР у пациентов с 18 лет. Одна доза препарата содержит азеластина гидрохлорид 140 мкг и мометазона фуроат 50 мкг. Способ применения интраназальный, два раза в день в каждый носовой ход. Препарат Момат Рино Адванс оказывает выраженное противовоспалительное действие и влияет как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа у больных АР.

Результаты многоцентрового рандомизированного исследования эффективности Момат Рино Адванс в лечении сезонного АР по сравнению с оригинальными препаратами азеластина гидрохлорида и мометазона фуроата в виде назального спрея показали высокую эффективность исследуемого препарата и препаратов сравнения в отношении назальных и неназальных симптомов АР. Для анализа показателей применяли общую шкалу назальных (TNSS – Total Nasal Symptom Score) и неназальных симптомов (TNNSS). Динамика выраженности этих симптомов служила первичной конечной точкой эффективности, которая

была успешно достигнута в ходе исследования. Абсолютное большинство пациентов и врачей оценили эффективность терапии исследуемыми препаратами как отличную и хорошую¹⁶.

Далее профессор Е.В. Носуля рассмотрел клинический случай. При аллергологическом обследовании пациента 22 лет с сезонным АР выявлена сенсибилизация к пыльце березы и другим аллергенам растительного происхождения. При обращении за медицинской помощью больной предъявлял жалобы на типичные субъективные признаки и риноскопические проявления АР. Выраженность назальной обструкции – 4–6 баллов, ринореи – 3–4 балла. В течение полутора лет пациент постоянно пользовался деконгестантами, эпизодически интраназальными ГКС. Периодически промывал носовые ходы солевыми растворами с временным слабо выраженным положительным эффектом.

Исходя из принципов ступенчатой терапии АР и учитывая наличие персистирующих симптомов средней тяжести, пациенту назначили комбинированный препарат Момат Рино Адванс по одной дозе спрея в каждый носовой ход два раза в день (утром и вечером) в течение двух недель. После снижения выраженности симптомов АР, при наличии легких интермиттирующих симптомов пациенту назначили интраназальный ГКС Момат Рино (компания «Гленмарк»), содержащий мометазона фуроат, по две инсуффляции в каждый носовой ход один раз в сутки в течение последующих двух недель для снижения отека и улучшения носового дыхания.

¹⁴ Schafer T., Schnoor M., Wagenmann M. et al. Therapeutic Index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis // Rhinology. 2011. Vol. 49. № 3. P. 272–280.

¹⁵ Bernstein J.A. МР29-02: a breakthrough for the treatment of allergic rhinitis // Expert. Opin. Pharmacother. 2013. Vol. 14. № 15. P. 2101–2113.

¹⁶ Ненашева Н.М. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фуроата и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования // Российская оториноларингология. 2016. № 2. С. 137–147.



Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

Таким образом, на основании результатов реальной практики и рандомизированных клинических исследований лечение среднетяжелой/тяжелой формы сезонного АР целесообразно начинать с назначения назального спрея Момат Рино Адванс. По

достижении контроля клинических симптомов сезонного АР применяют препарат Момат Рино, характеризующийся доказанной эффективностью в достижении длительной ремиссии заболевания, в течение 2–4 недель. Последовательное применение

препаратов Момат Рино Адванс и Момат Рино в ступенчатой терапии сезонного АР обеспечивает устойчивый контроль течения заболевания, позволяет избежать полипрагмазии и снизить медикаментозную нагрузку на пациента с сезонным АР.

Момат Рино. Результаты клинического исследования

По мнению профессора кафедры клинической аллергологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Натальи Михайловны **НЕНАШЕВОЙ**, несмотря на то что АР не относится к числу тяжелых заболеваний, он является причиной существенного снижения качества жизни больных, нарушения сна, ограничений в обучении и профессиональной деятельности. Кроме того, социально-экономическое бремя АР усугубляется его тесной связью с БА, острым и хроническим риносинуситом, аллергическим конъюнктивитом, экссудативным средним отитом. Не случайно целями лечения АР являются контроль симптомов, профилактика осложнений, отсутствие ограничений в повседневной активности, влияния симптомов заболевания на когнитивные функции и профилактика развития других респираторных аллергических патологий. Достижение этих целей способствует повышению качества жизни пациентов. Интраназальные ГКС признаны наиболее эффективными препаратами для контроля назальных симптомов АР и рекомендованы в качестве терапии первой линии сезонного и круглогодичного АР средней и тяжелой степени¹⁷.

Профессор Н.М. Ненашева представила результаты открытого рандомизированного многоцентрового сравнительного исследования III фазы, посвященного оценке эффективности и безопасности препарата Момат Рино (мометазона фуруат в виде спрея назального дозированного) у взрослых пациентов с круглогодичным АР¹⁸. Исследование проводили в шести клинических центрах РФ с 15 октября 2013 г. по 29 июля 2014 г. В исследовании участвовали пациенты в возрасте 18–65 лет с установленным диагнозом круглогодичного аллергического ринита, анамнезом заболевания не менее двух лет и положительными результатами кожных тестов либо определением уровня специфических IgE к бытовым аллергенам, выполненным в течение 12 месяцев до скрининга. Кроме того, критерии включения в исследование предусматривали наличие назальных симптомов круглогодичного АР (заложенность носа, ринорея, зуд в носу, чихание): сумма баллов по шкале TNSS – не менее шести, заложенность носа – не менее двух. Основной целью исследования стала оценка эффективности препарата Момат Рино (компания «Гленмарк», Индия) в форме спрея назального дозированного и оригинального мометазона



Профессор, д.м.н.
Н.М. Ненашева

фуруата в виде спрея назального дозированного у взрослых пациентов с АР.

Дополнительной целью была оценка безопасности и переносимости препарата Момат Рино и оригинального мометазона фуруата. Задача исследования заключалась в том, чтобы доказать не меньшую эффективность препарата Момат Рино по сравнению с оригинальным препаратом мометазона фуруата у пациентов с круглогодичным АР.

120 пациентов с круглогодичным АР были рандомизированы на две равные группы. Пациенты первой группы получали назальный дозированный спрей Момат Рино. Одна доза составляла две инсуффляции в каждый носовой ход один раз в сутки с интервалом между применениями 24 часа в течение четырех недель. Суточная доза мометазона фу-

¹⁷ Segundo G.R., Gomes F.A., Fernandes K.P. et al. Local cytokines and clinical symptoms in children with allergic rhinitis after different treatments // *Biologics*. 2009. Vol. 3. P. 469–474.

¹⁸ Ненашева Н.М., Ильина Н.И., Бердникова Н.Г. Эффективность и безопасность препарата Момат Рино (мометазона фуруат в виде спрея назального дозированного) у взрослых пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования // *Consilium Medicum*. 2016. Т. 18. № 11. С. 102–109.



Препарат Момат Рино (спрей назальный дозированный) обеспечивает выраженное снижение тяжести назальных и неназальных симптомов аллергического ринита, способствует повышению качества жизни пациентов, обладает одинаковой с оригинальным препаратом эффективностью и безопасностью

роата – 200 мкг. Пациенты второй группы применяли оригинальный препарат мометазона фууроата в виде дозированного назального спрея в той же дозе в течение четырех недель. Эффективность проводимой терапии оценивали в ходе визитов пациентов на 8-й, 15-й и 29-й день.

Заключение

Препарат Момат Рино Адванс (компания «Гленмарк», Индия) представляет фиксированную комбинацию блокатора H_1 -гистаминовых рецепторов азеластина гидрохлорида и интраназального ГКС мометазона фууроата в форме назального спрея (140 мкг + 50 мкг/доза) и применяется для лечения сезонного АР у взрослых. Азеластин оказывает антигистаминное, противоаллергическое и мембраностабилизирующее действие, снижает проницаемость капилляров и экссудацию, стабилизирует мембраны тучных клеток и препятствует высвобождению из них биологически активных веществ (гистамина, серотонина, лейкотриенов), способствующих развитию аллергических реакций и воспаления. Мометазона фууроат оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие, тормозит высвобождение медиаторов воспаления, развитие реакции не-

Препарат Момат Рино (спрей назальный дозированный) продемонстрировал хорошую клиническую эффективность, сопоставимую с таковой оригинального мометазона фууроата (спрей назальный дозированный). Оба способа терапии обеспечили выраженное снижение суммарной оценки тяжести назальных симптомов через четыре недели терапии. При этом в отношении утренних назальных симптомов АР наблюдалось статистически значимое преимущество препарата Момат Рино. Оба препарата способствовали выраженному снижению суммарной оценки тяжести неназальных симптомов через четыре недели терапии: $0,70 \pm 2,05$ в контрольной группе и $0,40 \pm 1,06$ – в основной (Момат Рино). Статистически значимых различий между группами в отношении утренних и вечерних

неназальных симптомов не зарегистрировано.

По окончании терапии 52 (86,7%) пациента группы препарата Момат Рино и 47 (78,4%) пациентов группы оригинального мометазона фууроата оценили терапию как «очень хорошую» и «отличную». По оценке врачей-исследователей, терапия в группе препарата Момат Рино была «очень хорошей» и «отличной» у 52 (86,7%) больных, в группе оригинального препарата – у 45 (75%). Изучаемые препараты продемонстрировали высокую безопасность и хорошую переносимость.

Согласно результатам исследования, препарат Момат Рино (спрей назальный дозированный) обладает не меньшей эффективностью и безопасностью, чем оригинальный мометазона фууроат (спрей назальный дозированный).

паления. Показаниями к применению препарата являются сезонный и круглогодичный АР у взрослых, подростков и детей с двух лет, острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет – в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками, острый риносинусит с легкими и умеренно выраженными симптомами без признаков тяжелой бактериальной инфекции у пациентов в возрасте 12 лет и старше. Момат Рино применяют для профилактического лечения сезонного АР среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет. Препарат Момат Рино (спрей назальный дозированный) обеспечивает выраженное снижение тяжести назальных и неназальных симптомов АР, способствует повышению качества жизни пациентов. Момат Рино характеризуется одинаковой с оригинальным препаратом эффективностью и безопасностью. 🌟

МОМАТ Рино

МОМЕТАЗОН

К СВОБОДЕ

ОТ АЛЛЕРГИИ И ВОСПАЛЕНИЯ¹

- Аллергический ринит
- Острый и хронический синусит
- Острый риносинусит
- Полипоз носа



**ПОДХОДИТ
ВЗРОСЛЫМ
И ДЕТЯМ¹**



10-16-RUS-001-MR Реклама.

¹ Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Момат Рино. **Торговое название:** Момат Рино. **Международное непатентованное наименование:** Мометазон. **Лекарственная форма:** спрей назальный дозированный. **Состав:** 1 доза спрея содержит: действующее вещество: мометазона фураат — 50 мкг. **Фармакотерапевтическая группа:** глюкокортикостероид для местного применения. **Фармакологическое действие:** мометазон является синтетическим глюкокортикостероидом (ГКС) для местного применения, оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. **Показания к применению:** сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста; острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками; острый риносинусит с легкими и умеренно выраженными симптомами без признаков тяжелой бактериальной инфекции у пациентов в возрасте 12 лет и более; профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления); полипоз носа, сопровождаемый нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процесс заживления); детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергическом ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью:** туберкулезная инфекция (активная и латентная) респираторного тракта, нелеченная грибковая, бактериальная, системная вирусная инфекция или инфекция, вызванная Herpes simplex с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача), наличие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. **Применение при беременности и в период кормления грудью:** препарат следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения и дозы:** интраназально. Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита: взрослые и подростки с 12 лет — 2 ингаляции (по 50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день, дети 2-11 лет — 1 ингаляция в каждую ноздрю 1 раз в день. Вспомогательное лечение острого синусита или обостренного хронического синусита: 2 ингаляции (по 50 мкг каждая) в каждую ноздрю 2 раза в день. Лечение острого риносинусита без признаков тяжелой бактериальной инфекции: 2 ингаляции (по 50 мкг в каждую ноздрю) 2 раза в сутки. Лечение полипоза носа: 2 ингаляции (по 50 мкг каждая) в каждую ноздрю 2 раза в день. **Побочное действие:** фарингит, инфекции верхних дыхательных путей, реакции повышенной чувствительности, головная боль, повышение внутриглазного давления, глаукома, катаракта, носовые кровотечения, ощущение жжения в носу, перфорация носовой перегородки, нарушение вкуса и обоняния, чихание. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Влияние на способность управлять транспортными средствами и заниматься другими видами деятельности:** нет данных. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Регистрационный номер:** ЛП-003870 от 28.09.2016.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МОМАТ РИНО, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.

ООО «Гленмарк Импэкс». Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, бизнес-центр «Вивальди Плаза»
Тел.: +7 (499) 951-00-00. Факс: +7 (499) 951-00-00, доб. 7702/7703. www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru

glenmark