

превосходя допустимые) может оказать желаемый эффект, то при более глубоких нарушениях бронхиальной проходимости целесообразно применение небулайзеров. Неоспоримым достоинством Беродуала является наличие форм не только ингаляционных (в индивидуальном дозирующем ингаляторе), но и раствора для применения через небулайзер, что делает Беродуал приемлемым при любой тяжести обострения ХОБЛ.

Резюмируя приведённые материалы, можно подчеркнуть несомненные достоинства препарата Беродуал в лечении обострений ХОБЛ:

- высокая клиническая эффективность препарата благодаря сочетанию β_2 -стимулирующего и антихолинергического эффектов, дающего возможность компенсации бронхиальной обструкции на всех уровнях бронхиального дерева;
- большая безопасность при сочетании с кардиальной патологией, чем мототерапия β_2 -агонистами;
- возможность применения как с помощью дозирующего аэрозоля, так и небулайзера;
- сохранение эффективности при длительном использовании;

- относительно короткий период действия препарата, что создает условия для изменения лечебной тактики, необходимой при обострении ХОБЛ;
- удобство применения в амбулаторной практике;
- многолетний положительный опыт применения препарата в разных клинических ситуациях.

В настоящее время имеется большой арсенал более или менее новых средств компенсации бронхиальной обструкции, позволяющих успешно лечить болезни органов дыхания, среди которых достойное место занимает Беродуал, который и с годами не утрачивает, а укрепляет свои позиции, особенно в неотложной терапии и амбулаторной практике.

Рекомендованная литература

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Федеральная программа. М.: 2004.
2. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь лёгких / Под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательство "Атмосфера", 2003.
3. Шмелев Е.И. Хроническая Обструктивная болезнь лёгких. М.: 2003.
4. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. WHO, updated 2006.

Применение назальных глюкокортикостероидов в терапии аллергического ринита (клинико-экономическая оценка)

К.И. Нестерова^{1,2}, Н.В. Багишева³,
И.А. Нестеров²

¹Омская государственная медицинская академия

²Омская областная клиническая больница

³Омская городская клиническая больница № 1
им. проф. А.Н. Кабанова

В Омской области за последние 5 лет отмечается рост обращаемости пациентов к оториноларингологу и аллергологу по поводу аллергического ринита в 1,5 раза.

У пациентов снижается качество жизни: ухудшается сон, ограничивается социальная активность, ухудшается эмоциональное благополучие. Единственной группой препаратов, оказывающих воздействие на все фазы аллергического воспаления, являются топические глюкокортикостероиды (ТГКС). Основным достоинством ТГКС является низкая биодоступность. Это позволяет применять мощные стероидные препараты без риска развития осложнений и системных эффектов.

Одним из современных представителей группы ТГКС является 0,05 % раствор будесонида (Бенарин) для интраназального применения. Он обладает выраженным и быстропроявляющимся про-

тивовоспалительным действием, уменьшает количество тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов и выделяемых ими медиаторов. Ингибирует синтез архидоновой кислоты, уменьшает продукцию лейкотриенов и простагландинов, снижая за счёт этого экссудацию плазмы, тканевую отёк. Препарат выпускается в капельной форме, применяется 2 раза в сутки по 2 капли в каждую половину полости носа, в течение двух недель.

Нами было проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности раствора будесонида. Лечение проведено 104 пациентам с сезонным аллергическим ринитом в стадии манифестации. Большинство пациентов находились в наиболее работоспособном возрасте от 18 до 35 лет (75 человек – 72,1 %). Длительность заболевания составила в среднем $5,4 \pm 0,6$ года при максимуме – 30 лет, минимуме – 3 месяца и количестве обострений за сезон палинации от 1 до 3, в зависимости от календаря цветения.

Во всех случаях диагноз подтверждён положительными кожными тестами с атопическими аллергенами. Всем пациентам проводилась объективная и субъективная оценка клинических симптомов, общего состояния, переносимости препарата и нежелательных побочных эффектов по 3-балльной шкале, где 0 баллов обозначало отсутствие симптомов, 1 балл – незначительно выра-

Рис. 1. Самооценка пациентов в процессе лечения будесонидом (Бенарином) в баллах

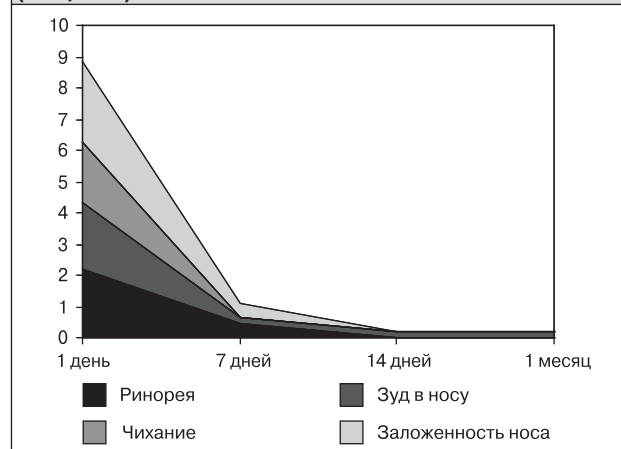
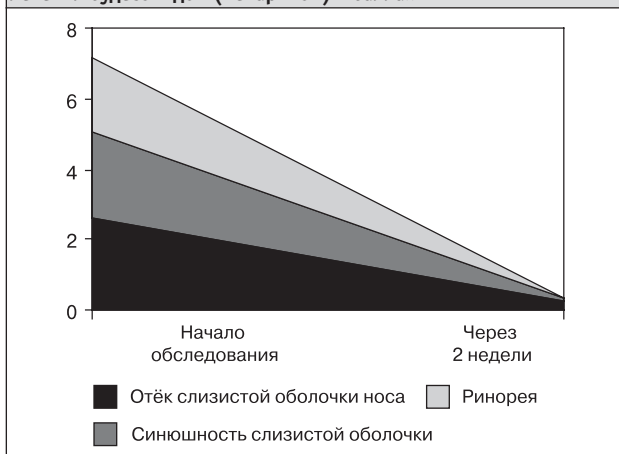


Рис. 2. Объективная оценка состояния больных в процессе лечения будесонидом (Бенарином) в баллах



женные симптомы, 2 – умеренно выраженные симптомы, 3 – выраженные симптомы.

Анализ эффективности

Клинический эффект при лечении будесонидом (Бенарином) проявляется уже на 2–3 сутки, достигая своего максимума на 7–10 день. При этом на 7 сутки ринорея и заложенность носа уменьшаются в 5 раз, зуд в носу в 10 раз, чихание перестает беспокоить пациентов совсем (рис 1).

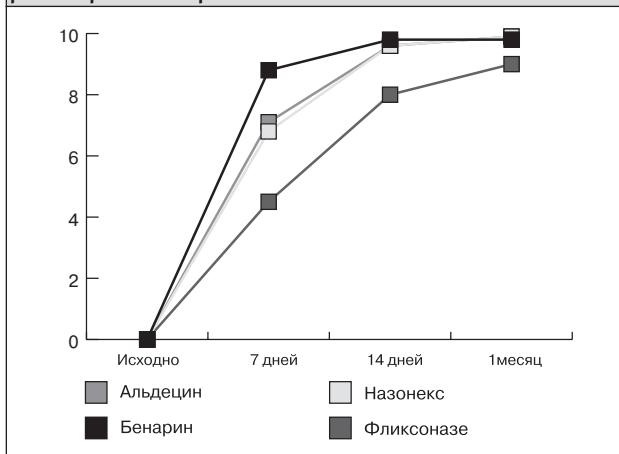
При объективной оценке также отмечено быстрое уменьшение отека и застойной окраски слизистой оболочки полости носа, прекращение ринореи и купирование эозинофилии по данным риноцитограммы (рис. 2).

Скорость регрессии симптомов сезонного аллергического ринита на фоне лечения будесонидом по итогам самооценки составила 87,8 % на 7 день, 98,1 % – на 14 и 28 дни (рис. 3). Показаний для увеличения объема терапии у наблюдаемых больных не было. На рисунке 3 представлена эффективность лечения различными ГКС в зависимости от времени приема препарата.

Анализ безопасности

Безопасность применения топических ГКС складывается из уровня системной биодоступности этих препаратов и связанными с ней общими побочными эффектами, и выраженности раздражающего действия на слизистую оболочку дыхательных путей. Биодоступность при лечении будесонидом составляет до 34 %, что меньше, чем у беклометазона дипропионата (альдецина), но значительно больше, чем у флутиказона проп

Рис. 3. Скорость регрессии симптомов сезонного аллергического ринита при лечении различными назальными ГКС



ПУЛЬМОМЕД®

Аллергический ринит Полипозный риносинусит Бенарин®

Будесонид капли назальные

Глюкокортикостероид для интраназального применения
0,05% раствор будесонида
В одной капле 15 мкг будесонида

Показания к применению

- Сезонный и круглогодичный аллергический ринит
- Полипозный риносинусит
- Профилактика и лечение аллергических ринитов и полипозных риносинуситов
- Высокая противовоспалительная и противоаллергическая эффективность
- Отсутствие побочных эффектов*
- Удобная схема применения 1-2 раза в сутки
- Привычная для пациента лекарственная форма
- Улучшение качества жизни

* в рекомендуемых дозах



Бенарин® - быстро и эффективно улучшает носовое дыхание

Бенарин® - характеризуется высокой клинической эффективностью

Способ применения и дозы.

Симптомы*	Дозы	
Легкие	1 капля Бенарин®	1-2 раза в сутки
Среднетяжелые	1-2 капли Бенарин®	1-2 раза в сутки
Тяжелые	3 капли Бенарин®	2 раза в сутки

*ARIA, 2001

Состав препарата. Действующее вещество Бенарин® - будесонид (0,05 г на 100 мл раствора).

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость будесонида. Грибковые, бактериальные и вирусные инфекции органов дыхания. Туберкулез органов дыхания. Беременность, период лактации.

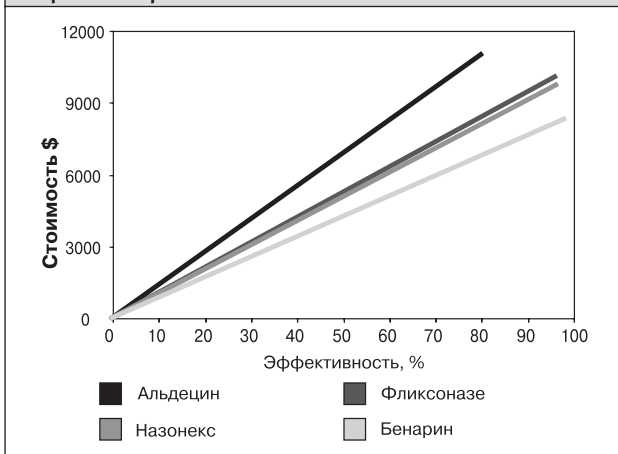
Меры предосторожности. Избегать попадания в глаза. **Побочное действие.** Жжение. В редких случаях раздражение слизистой носа, чихание, кандидомикоз.

Передозировка. При длительном применении высоких доз, а также при одновременном приеме других системных ГКС могут проявляться симптомы гиперкортицизма. В этом случае прием Бенарина® следует прекратить, постепенно снижая дозу. **Взаимодействие с лекарственными препаратами других групп.** Фенобарбитал, фенитоин, рифампицин снижают эффективность препарата (индукция ферментов микросомального окисления). Метандростенолон, эстрогены усиливают действие будесонида.

Форма выпуска. Бенарин® капли назальные по 5 мл в пластмассовых флаконах-капельницах

Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить в компании "ПУЛЬМОМЕД"
119071, Москва, Ленинский пр-т, д. 33, стр. 3, оф. 31-39
Тел/факс (495) 954-65-50
hq@pulmomed.ru www.pulmomed.ru

Рис. 4. Соотношение стоимости и эффективности при использовании различных эндоназальных ГКС при сезонном аллергическом рините



ната (фликсоназе) и особенно у мометазона фууроата (назонекса).

Из побочных эффектов наиболее часто отмечалось быстро проходящее жжение в носу сразу после введения препарата (у 17 % больных), головная боль и тошнота, которые сопровождают применение других ТГКС, при приёме будесонида практически не встречались. Головная боль является наиболее частой причиной самостоятельного отказа от лечения. Сухость в носу отмечалась у 3 % больных (при приёме мометазона фууроата – 16 %, беклометазона дипропионата и флутиказона пропионата – у 65–70 % больных).

Анализ «затраты-эффективность»

Мы изучали фармако-экономические показатели применения ТГКС. Из результатов проведённого исследования следует, что коэффициент затратной эффективности наиболее оптимален при использовании капельной формы будесонида. Он на 20 % лучше, чем аналогичное соотношение при использовании флутиказона пропионата и мометазона фууроата и на 40 % лучше, чем при использовании беклометазона дипропионата (рис. 4).

Ультразвуковая терапия аллергического ринита будесонидом (Бенарином)

Подготовка рабочего раствора: к 1 мл будесонида (Бенарина) добавляют 2 мл стерильного раствора дистиллированной воды или физиологического раствора. Полученные 3 мл рабочего раствора, содержат три суточные дозы будесонида по 160 мкг каждая и рассчитаны на лечение трёх пациентов.

При проведении процедуры пациенту в каждую половину носа вводят по 0,5 мл полученного рабочего раствора через ультразвуковой волновод – распылитель, присоединённый к акустическому узлу одного из генераторов низкочастотного ультразвука – УРСК-7Н, Тонзиллор-2, Тонзиллор-М. Дозирование и подача раствора в канал волновода производится с помощью шприца с гибким переходником.

Лечение проводится курсом из 7–10 процедур, по 1 процедуре в сутки.

Использование низкочастотного ультразвука для лечения аллергических ринитов препаратом Бенарин оказывает более выраженный клинический эффект по сравнению с капельной формой, позволяет сократить сроки лечения и курсовую дозу препарата.

Меньшая длительность применения препарата, в целом меньшая доза на курс, а также переход к однократному введению препарата позволяют уменьшить вероятность развития побочных эффектов препарата.

Разработанная методика дозирования и введения препарата рекомендуется к применению в клинической практике.

Выводы

1. Наибольший эффект при 2-недельном курсе лечения лёгкой и средней степени тяжести сезонного аллергического ринита имеют капельная форма будесонида (Бенарин) – 98 % и назальные спреи ГКС мометазона фууроата (назонекс) и флутиказона пропионата (фликсоназе) – 96 %.

2. Нежелательные эффекты менее всего выражены у мометазона фууроата и флутиказона пропионата (8 и 13,9 % соответственно), в несколько большей степени у будесонида (18 %).

3. Несмотря на более часто встречающиеся нежелательные эффекты применения будесонида и низкую комплаентность, он обладает наименьшим коэффициентом затратной эффективности при коротких 14 дневных курсах лечения сезонного аллергического ринита, т. е. применение его более выгодно как для пациента, так и врача.

4. Разработанный метод низкочастотной ультразвуковой терапии сезонного аллергического ринита будесонидом позволяет уменьшить вероятность развития побочных эффектов препарата и повышает его эффективность.

В клинической апробации Бенарина участвовали врачи г. Омска: Алексеев В.А., Копченкова Н.А., Додонова Е.Ю., Грунвальд О.В., Беккер Е.Е., Бакишева Т.А., Кузьмина Н.С., Сокольникова В.П., Кротова А.Ю.