

Бронхиальна астма: как достичь контроля заболевания?

19 апреля в конференц-зале ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» состоялась научно-практическая конференция «Всемирный день астмы: как достичь контроля над заболеванием?». Участие в мероприятии приняли ведущие эксперты отечественного здравоохранения, представившие доклады, посвященные возможностям современной терапии и контроля бронхиальной астмы (БА), а также значимого фактора риска ее развития – аллергического ринита (АР).

Заведующая отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт пульмонологии и фтизиатрии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Людмила Александровна Яшина ознакомила врачей с современными принципами диагностики, терапии и клинической фармакологии БА.



— В основе БА лежат воспаление и гиперреактивность дыхательных путей (ГДП); важную роль в патогенезе воспаления играют различные клетки (тучные, макрофаги, эозинофилы и др.). Условно выделяют два основных фенотипа БА, таких как эозинофильная (обусловлена преимущественно аллергенами) и нейтрофильная (вызывается воздействием поллютантов, вирусов, эндотоксинов и др.) астма. У большинства астма хорошо поддается лечению.

Между тем следует помнить, что в случае купирования обострения исчезают симптомы, тогда как воспаление продолжает персистировать, вследствие чего воздействие мощных триггеров способно спровоцировать повторный приступ. Потребность в использовании скоромощных препаратов свидетельствует об отсутствии контроля заболевания.

В качестве терапии персистирующей БА как первый шаг лечения рекомендуется использовать ингаляционные кортикостероиды (ИКС), на последующих этапах оправдано использование комбинации ИКС и β_2 -агонистов длительного действия (БАДД), возможно расширение объема терапии за счет препаратов других классов.

Среди лекарственных средств для терапии БА ИКС, ИКС+БАДД обладают наиболее обширной доказательной базой. Они уменьшают выраженность воспаления в дыхательных путях, ГДП, улучшают функцию легких, купируют симптомы, снижают частоту и выраженность обострений, минимизируют риск летального исхода, что подтверждено результатами ряда исследований. Несмотря на то что многие специалисты высказывают опасения относительно возможного развития побочных эффектов, научные данные убеждают в обратном. Комбинация ИКС и БАДД, ИКС в монотерапии в дозах, используемых для лечения бронхообструктивных заболеваний, продемонстрировали положительное влияние на сердечно-сосудистую систему: антиатерогенный дозозависимый эффект у больных БА (Otsuki et al., 2010); нормализацию эндотелиальной функции у курящих (Mendez et al., 2008) и пациентов с ХОЗЛ; уменьшение частоты ишемических событий на 43% по сравнению с таковой на фоне терапии плацебо (Lofdahl et al., 2007); снижение уровня кардиоваскулярной смертности (Lee et al., 2008). Также следует учитывать, что при использовании ИКС эффективность терапии имеет прямую зависимость от дозы препарата только до определенного порога (затем следует фаза плато), тогда как риск побочных эффектов при ее повышении возрастает.

Не вызывает сомнений, что в достижении противовоспалительного эффекта важны как ИКС, так и БАДД, поскольку эта комбинация эффективно влияет на оба патогенетических звена БА и оказывает взаимопотенцирующее действие. Длительная базисная терапия позволяет устранить симптомы, препятствует развитию обострений, ремоделированию дыхательных путей, развитию фиброза бронхов. Установлено, что комбинация сальметерола и флутиказона пропionato оказывает более выраженное противовоспалительное действие по сравнению с монотерапией флутиказона пропionato 200 и 500 мкг. В испытании Orsida и соавт. (2001) продемонстрирована возможность предупреждения с помощью комбинированной

терапии ремоделирования дыхательных путей, развития их структурных изменений, ассоциирующихся со снижением бронхиальной обратимости и терапевтического эффекта.

Важным компонентом ремоделирования бронхов представляется ангиогенез: в отношении этого фактора более значимый положительный эффект оказывала комбинированная терапия (ИКС+сальметерол 50 мкг 2 раза в сутки).

То есть комбинированная терапия БА имеет как непосредственный, так и отдаленный положительный эффект.

Начиная с 2006 г. во всех версиях GINA как главная цель лечения БА определяется достижение и поддержание контроля над заболеванием; данная концепция является основополагающей в течение уже многих лет. Лечение БА предусматривает оценку контроля над заболеванием (в первую очередь инициальную оценку состояния больного) и назначение соответствующей терапии, регулярную переоценку объема терапии в зависимости от достижения контроля (нельзя получать лечение по одной схеме всю жизнь; в отношении дозы следует использовать стратегию «от большего к меньшему», определять эффективную минимальную дозу).

Как правило, сами больные переоценивают уровень контроля над БА: из 2337 пациентов с неконтролируемой БА 6 и 34% соответственно классифицировали уровень контроля над заболеванием как «полный» и «хороший» (Desforges et al., 2007). Согласно GINA контролируемой можно считать БА в отсутствие дневных симптомов (≤ 2 эпизодов в неделю), ограничения активности, ночных симптомов/пробуждений по причине БА, потребности в использовании скоромощных препаратов (≤ 2 эпизодов в неделю), обострений, а также при наличии нормальных показателей функции внешнего дыхания; частично контролируемой — при ≥ 2 эпизодах дневных симптомов в неделю, ограничении активности, ночных симптомах/пробуждениях, потребности в использовании скоромощных препаратов > 2 эпизодов в неделю, 1 и более обострений; наличие 3 и более признаков частично контролируемой БА в течение любой недели и/или любая неделя с обострением позволяет расценивать заболевание как неконтролируемое.

Важность и целесообразность оценки контроля БА не вызывает сомнения и требует более широкого обсуждения, в частности среди врачей первичного звена системы здравоохранения.

Что же стало поворотным пунктом в изменении подходов к лечению БА? В мультицентровом (326 центров 44 стран 6 континентов) рандомизированном двойном слепом исследовании GOAL, включавшем различные этнические группы взрослых и детей, изучалась возможность достижения полного контроля БА. Полученные результаты свидетельствовали о более значимом эффекте в отношении контроля заболевания комбинации сальметерола и флутиказона пропionato (Серетид) по сравнению с таковым на фоне монотерапии ИКС (под полным контролем БА подразумевали отсутствие симптомов, потребности в использовании скоромощных препаратов, ночных пробуждений, обусловленных патологией, обострений, обращений за неотложной помощью, нежелательных проявлений противоастматической терапии, утреннюю пиковую скорость выдоха $> 80\%$).

Следует понимать БА, как, например, артериальная гипертензия, требует пожизненной терапии. Период до наступления первой недели полного контроля в группе приема Серетид составил 21 нед, в группе монотерапии флутиказона пропionato — 45 нед. Полный контроль БА достигался к концу исследования у 44% больных, получавших Серетид (при этом у 32% из них — уже в начальную фазу подбора дозы). Доказано, что стремление к полному контролю и назначение комбинированной терапии положительно влияют на частоту

обострений (в группе терапии Серетидом их количество уменьшилось в 5 раз, тогда как монотерапия флутиказона пропionato не оказала значимого влияния на этот показатель). На момент завершения испытания контроль заболевания как «полный» и «хороший» оценивали 75% пациентов, получавших Серетид.

Руководство GINA также дает четкий ответ на вопрос, какие мероприятия должны быть первоочередными в случае первого визита пациента: у большинства пациентов с персистирующими симптомами, ранее не получавших лечение, следует применять ИКС в низких дозах, при наличии признаков тяжелой неконтролируемой БА — ИКС в низких дозах и БАДД. Хочу отметить, что препараты для поддерживающей терапии обеспечивают улучшение состояния уже в первые дни лечения, однако максимально выраженный эффект наблюдается спустя 3-4 мес (при тяжелом течении БА и неэффективной предшествующей терапии этот период может быть более длительным — 6-12 мес). Следует подбирать минимальные поддерживающие дозы путем ступенчатого снижения доз и длительного наблюдения.

Уменьшать объем терапии до доз препаратов, на которых сохраняется контроль, можно только в том случае, когда он поддерживается в течение 3 мес: если использовались ИКС и БАДД, предпочтительно проводить коррекцию терапии за счет снижения дозы ИКС на 50% при продолжении терапии БАДД (уровень доказательности В). Тактика снижения доз ИКС с последующей отменой БАДД должна использоваться крайне осторожно (возможно усугубление симптомов), имеет низкий уровень доказательности — D. В испытании Godart и соавт. (2006) продемонстрированы преимущества снижения дозы ИКС по сравнению с отменой БАДД.

Прекрытие поддерживающей терапии возможно исключительно в случае сохранения контроля над заболеванием при использовании минимальной поддерживающей дозы и отсутствии рецидивов симптомов в течение года (однако с низкой степенью доказательности D).

Сроки улучшения клинических параметров БА различны: если ночные симптомы, нормализация ОФВ₁ и пиковой скорости выдоха могут быть нормализованы в течение нескольких дней/месяцев, то устранение гиперреактивности бронхов требует длительной (сроком несколько лет) терапии (Lundback et al., 2009).

ГДП оценивается только в условиях специализированных учреждений. Признак ГДП — снижение функции легких после ингаляции гистамина или метахолина в концентрациях, в норме не вызывающих изменений бронхиальной проходимости (< 8 мг/мл для гистамина). В испытании Lundback и соавт. (2006) было выявлено, что независимо от наличия симптомов через год от начала терапии ГДП сохраняется; наиболее выраженное подавляющее влияние на этот показатель оказывала терапия Серетидом. Через 3 года терапии этим препаратом ГДП, оцениваемая с помощью пробы с метахолином, была устранена у трети пациентов, что убедительно демонстрирует возможность достижения полного контроля БА с помощью препарата Серетид на фоне прогрессирующего во времени снижения ГДП.

Согласно данным Ward и соавт. (2002) оценка эффективности комбинированной терапии БА должна производиться не только на основании показателя ОФВ₁; в случае длительного лечения ОФВ₁ достигает фазы плато, тогда как выраженность воспаления продолжает уменьшаться.

Нерегулярная поддерживающая терапия (использование препаратов «от случая к случаю») может усугублять течение патологии. Свидетельством ненадлежащего контроля БА служит потребность в частом (более 2 раз в неделю) использовании скоромощных препаратов. Подтвердить отсутствие контроля можно с помощью САТ-теста. Какого результата ждут от терапии сами пациенты? Ответ прост: нормальной жизни и отсутствия обострений. Практические

специалисты должны приложить максимальные усилия, чтобы обеспечить пациентом жизнь, свободную от симптомов. Этот тезис созвучен с доктриной ведения БА по GINA, определяющей полный контроль заболевания как достижимую цель, а инвалидизацию по причине патологии — как редкое исключение.

Большое социальное и медицинское (с учетом приверженности к лечению) значение в аспекте ведения украинских пациентов с БА имеет стоимость терапии. С целью повышения доступности современных препаратов в рамках программы «Оранжевый кард» цена на сальметерол/флутиказона пропionato (Серетид) была снижена на 60-70%. Подавляющее большинство участников программы — взрослые пациенты с БА.

К сожалению, необходимо констатировать, что базисное лечение БА не проводится в должной мере (в среднем больной с таким диагнозом приобретает всего 3-4 упаковки препарата в год и прекращает лечение после устранения симптомов), в связи с чем требуется активное участие специалистов — пульмонологов, аллергологов и врачей общей практики — для улучшения ситуации.

На преимуществах небулайзерной терапии БА акцентировала внимание присутствующих главный внештатный пульмонолог главного управления здравоохранения г. Киева, заместитель главного врача городской клинической больницы № 17 Татьяна Витальевна Барановская.



— Благодаря широкому внедрению в практику небулайзеров ингаляционная терапия БА вышла на качественно новый уровень развития. Данный метод приобрел высокую популярность в мире. В Великобритании около 40 тыс. небулайзеров используются для лечения в домашних условиях; в Швейцарии 215 из 100 тыс. взрослых жителей имеют небулайзеры; в Новой Зеландии около 40% больных БА с тяжелым течением отдают предпочтение небулайзерной терапии (NT) (Pohl et al., 1997).

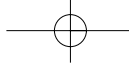
Небулайзер является единственным средством доставки лекарственного препарата в нижние дыхательные пути и альвеолы (при его использовании создается дисперсный аэрозоль, состоящий из частиц размером 1-5 мкм). Согласно данным Г.Д. Тарасовой (2007) всасывание лекарств через слизистую оболочку дыхательных путей происходит в 20 раз быстрее, чем при приеме таблетированных форм.

К абсолютным показаниям для проведения NT относят невозможность доставки действующего вещества в дыхательные пути иными видами ингаляторов, необходимость доставки препарата в альвеолы, потребность в быстром достижении эффекта, инспираторный поток менее 30 л/мин, неспособность пациента задерживать дыхание в течение ≥ 4 с; к относительным — практическое удобство, предпочтение больного, потребность в использовании высоких доз препарата.

Длительность ингаляции с помощью небулайзера должна составлять в среднем 5 мин — преимущества увеличения ее продолжительности до 10 мин не доказаны (А.А. Баранов, 2005). С помощью указанного устройства может осуществляться введение небулайзерных форм β_2 -агонистов короткого действия, ИКС и др.; напротив, нельзя использовать с этой целью масляные растворы (по причине риска развития фибротических изменений легочной паренхимы), отвары трав (размеры частиц превышают таковые респираторной фракции), растворы системных кортикостероидов (КС), теофиллин.

NT характеризуется рядом преимуществ (А.И. Синопольников и соавт., 2003), таких как:

- отсутствие необходимости координации движений и вдоха;
- возможность применения высоких доз бронхолитика при тяжелом приступе БА и ХОЗЛ;
- создание однородного высокодисперсного аэрозоля;



- можливість включення в контур подачі кислого або ІВЛ;
- відсутність пропеллента та лактози.

Н.П. Княжеская і соавт. (2007) також акцентують увагу на перевагах НТ у дітей, похилих, ослаблених та тяжкобольних пацієнтів, високому проценту легочної депозиції, зручності в використанні.

На фармацевтичному ринку України представлений β_2 -агоніст короткого дії салбутамол для НТ (Вентолин™ Небулы, «ГлаксосмітКляйн»). Препарат використовується для купірування приступів БА (початкова доза для інгаляції – 2,5 мг, можливо її підвищення до 5 мг, кратність – 4 рази в сутки). Дані міжнародного дослідження Rossing et al. (1980) підтвердили, що ефективність НТ салбутамолом вище такої внутрішньовенної введення еуфіліліну (прирост ОФВ₁ склав +790 мл в порівнянні з +230 мл при в/в введенні еуфіліліну). Крім того, застосування еуфіліліну супроводжується підвищенням ризику виникнення аритмії, тремору, тошноти/рвоти (Parameswaran et al., 2000).

Рациональною альтернативою назначенню системних КС з метою купірування приступу БА у пацієнтів групи ризику представляється НТ флютиказона пропіонатом (Фликсотид™ Небулы, «ГлаксосмітКляйн»). Рекомендовано застосування препарату при обостренні БА, що дозволяє знизити дози пероральних КС або відмовитися від їх застосування.

Після купірування приступу терапію слід продовжити як мінімум в течение 4-7 днів.

У пацієнтів, не приймавших раніше інгаляційних КС, терапевтичний ефект спостерігається вже через 24 ч від початку лікування.

По моєму мнению, небулайзерна терапія представляє собою майбутнє в купіруванні обострених БА в якості альтернативи системним КС, прибирання пацієнтів к ефективному та якісному лікуванню.

Согласно статистическим данным у 87% пацієнтів спостерігається поєднання БА і АР; АР передшестує розвитку БА в 67% випадків. Сучасні підходи к ліченню даного захворювання освітили **главного вештатного алерголога главного управления здравоохранения г. Киева, руководителя городского аллергологического центра, кандидата медицинских наук Лилия Ивановна Романюк.**

– В масштабном исследовании ECRHS, объединившем 34 клинических центра, было доказано, что АР является независимым фактором риска развития БА: частота развития указанной патологии у пациентов с и без АР составила 16,2 и 1,0% соответственно.

Руководство ARIA определяет АР как воспаление слизистой оболочки носа, характеризующееся назальными симптомами (предшествующей и последующей ринореей, чиханием, заложенностью носа и/или зудом в носу) и в ряде случаев сопровождающееся глазными симптомами (слезотечением, покраснением, зудом в глазах).

АР подразделяют на интермиттирующий (симптомы менее 4 дней в неделю или менее 4 недель) и персистирующий (симптомы более 4 дней в неделю или более 4 недель); при отсутствии нарушений сна и выраженных симптомов, сохранении дневной, профессиональной активности и способности к обучению течение заболевания классифицируют как легкое, в противном случае его трактуют как среднетяжелое/тяжелое.

Руководство ARIA рекомендует использовать для лечения АР интраназальные КС, антигистаминные препараты, антихолинэргические, антилейкотриеновые препараты, деконгестанты, кромоны (наблюдается тенденция к минимизации использования двух последних групп лекарственных средств). Первым препаратом в линейке топических КС является беклометазон дигипропионат, затем были выпущены будесонид, флютиказон пропіонат, мометазон фураат, в 2007 г. на фармацевтичному ринку был представлен флютиказон фураат. В эти десятилетия разработки велась в направлении снижения системной биодоступности, повышения активности рецепторов, модификации форм доставки.

На украинском фармацевтическом рынке представлен флютиказон фураат в виде назального спрея под торговым названием Авамис («ГлаксосмітКляйн», Великобритания) в упаковках по 30 и 120 доз. В условиях *in vitro* флютиказон фураат длительно (около 30 ч) сохраняется в эпителии легких; биодоступность препарата ниже таковой других интраназальных КС (согласно данным Allen и соавт. (2007) при использовании флютиказона фураата в суточной дозе, в 24 раза превышающей терапевтическую, его биодоступность составила 0,5%), что минимизирует риск развития побочных эффектов. В испытании Maspero и соавт. (2010) было продемонстрировано выраженное влияние флютиказона фураата в отношении всех симптомов АР – как назальных, так и глазных. Созвучные результаты были получены в метаанализе 35 исследований (Keith et al.), подтвердившем стойкое и статистически достоверное

положительное влияние препарата в отношении глазных симптомов у больных сезонным АР. В клиническом аспекте это ассоциируется с повышением приверженности пациентов к терапии и уменьшением затрат на лечение.

В 52-недельном исследовании Rosenblut и соавт. (2007) снижение индекса назальных симптомов на фоне использования флютиказона фураата составило 55%; количество нежелательных явлений было сопоставимо с таковым при использовании плацебо. Ожидаемого увеличения частоты носовых кровотечений при длительном использовании препарата не отмечалось.

Известно, что значимое влияние на compliance оказывает и доставочное устройство. В этом отношении Авамис имеет ряд преимуществ: доставочное устройство удобно в использовании, предполагает контроль уровня содержимого, имеет короткий носик, боковое расположение

клавиши впрыска; кроме того, спрей не обладает запахом.

Учитывая значимую роль АР как фактора риска развития БА, следует обеспечивать адекватный контроль заболевания с помощью различных групп лекарственных препаратов, в том числе интраназальных КС, в частности препарата Авамис.

В завершение конференции профессор Л.А. Яшина поздравила присутствующих со Всемирным днем астмы и отметила, что бронхиальная астма является, образно говоря, благодарным заболеванием, вознаграждающим врача в ответ на рациональную терапию очень хорошими клиническими результатами.

Подготовила **Ольга Радучич**

Статья напечатана при поддержке компании **ГлаксосмітКляйн**

SRTD/10/UA/27.04.2012/6122

3

СЕРЕТИД™
сальметерол/флютиказон пропіонат

Допоможіть Вашим пацієнтам з астмою побачити яким прекрасним може бути життя

Коротка інформація для медичного застосування препарату Серетид™:

SRTD/01/UA/25.04.2012/6114

ФОРМА ВИПУСКУ. В Україні препарат Серетид™ представлений наступними формами випуску: Серетид™ Евохалер™ (сальметерол 25 мкг, флютиказон пропіонат 50 або 125 або 250 мкг); Серетид™ Діскус™ (сальметерол 50 мкг, флютиказон пропіонат 100 або 250 або 500 мкг). **ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ.** Регулярне лікування оборотних обструктивних захворювань дихальних шляхів, включаючи астму у дітей та дорослих, у випадках, коли необхідне застосування комбінації бронходилататора та інгаляційного кортикостероїду. **ПРЕПАРАТ ПРИЗНАЧЕНИЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ:** пацієнтів, що отримують ефективні підтримуючі дози селективних агоністів β_2 -адренорецепторів тривалої дії та інгаляційні кортикостероїди; пацієнтів, у яких на фоні лікування інгаляційними кортикостероїдами спостерігаються симптоми захворювання; пацієнтів, що регулярно отримують бронходилататори та потребують застосування інгаляційних кортикостероїдів. Базисна терапія хронічних обструктивних захворювань легень, у тому числі хронічного бронхіту та емфіземи легень. **СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ.** Серетид призначений лише для інгаляційного застосування. Пацієнти повинні усвідомлювати, що Серетид застосовується для профілактики захворювання і тому повинен застосовуватися регулярно, навіть у період відсутності нападів астми. Пацієнти повинні регулярно проходити медичне обстеження, їм необхідно підбирати оптимальну дозу Серетиду, змінювати її можна лише за призначенням лікаря. Якщо симптоми астми недостатньо контролюються при застосуванні інгаляційних кортикостероїдів самостійно, такий контроль може покращитися при заміні інгаляційної кортикостероїдної терапії на Серетид з терапевтично еквівалентною дозою кортикостероїду. Для пацієнтів, симптоми астми яких контролюються достатньо нірою при самостійному застосуванні кортикостероїдів, заміна їх на Серетид може дозволити зменшити дозу кортикостероїдів при збереженні контролю за симптомами астми. **РЕКОМЕНДОВАНІ ДОЗИ:** СЕРЕТИД™ ЕВОХАЛЕР™ Дорослі та підлітки віком 12 років і старші: дві інгаляції 25 мкг сальметеролу/50 мкг флютиказону пропіонату двічі на добу; або дві інгаляції 25 мкг сальметеролу/125 мкг флютиказону пропіонату двічі на добу; або дві інгаляції 25 мкг сальметеролу/250 мкг флютиказону пропіонату двічі на добу. Дорослі віком 18 років і старші: коли дорослому пацієнту необхідна короткострокова (до 14 днів) додаткова терапія інгаляційним кортикостероїдом, йому можна застосовувати подвійну дозу будь-якої форми Серетиду Евохалеру, що за профілем безпеки та переносимості буде порівняна із застосуванням звичайної дози Серетиду Евохалеру 2 рази на добу. Діти віком 4 років і старші: дві інгаляції 25 мкг сальметеролу/50 мкг флютиказону пропіонату двічі на добу. Немає даних щодо застосування Серетиду Евохалеру у дітей віком до 4 років. СЕРЕТИД™ ДІСКУС™ Дорослі та підлітки 12 років і старші: одна інгаляція 50 мкг сальметеролу/100 мкг флютиказону пропіонату двічі на добу; або одна інгаляція (50 мкг сальметеролу/250 мкг флютиказону пропіонату) двічі на добу; або одна інгаляція (50 мкг сальметеролу/500 мкг флютиказону пропіонату) двічі на добу. Дорослі 18 років і старші: коли дорослому пацієнту необхідна короткострокова (до 14 днів) додаткова терапія інгаляційним кортикостероїдом, йому можна застосовувати подвійну дозу будь-якої форми Серетиду, що за профілем безпеки та переносимості

буде порівняна із застосуванням звичайної дози Серетиду 2 рази на добу. Діти 4 років і старші: одна інгаляція (50 мкг сальметеролу/100 мкг флютиказону пропіонату) двічі на добу. Немає даних щодо застосування Серетиду у дітей віком до 4 років. **ПОБІЧНІ ДІЯ.** Оскільки Серетид містить сальметерол та флютиказон пропіонат, можна очікувати побічних реакцій тих типів та ступеня тяжкості, які характерні для кожного компонента. Додаткові побічні ефекти при одночасному застосуванні двох компонентів не спостерігаються. Як і при інших виді інгаляційної терапії, може спостерігатися парадоксальний бронхоспазм із негайним збільшенням задишки після інгаляції. Цей стан слід терміново лікувати за допомогою інгаляційного бронходилататора швидкої та короткої дії. Препарат Серетид слід негайно відмінити, пацієнта обстежити та при необхідності призначити альтернативну терапію. Звичайно повідомлялось про такі побічні дії: закриптість гомосуду/дисфонія, подразнення гортані, головний біль, кандидоз рота і гортані, відчуття серцебиття. У пацієнтів із ХОЗЛ можливі розвиток пневмонії. Частота проявів закриптість та кандидозу може бути зменшена полосканням рота та гортані водою після застосування препарату. Симптоматичний кандидоз можна лікувати місцевими протигрибковими препаратами, не припиняючи при цьому застосування Серетиду Діскусу. Можливі системні ефекти включають синдром Кушинга, кушингоїдні ознаки, пригнічення надниркових залоз, затримку росту у дітей та підлітків, зниження мінералізації кісток, катаракту та глаукому (див. «Спеціальні застереження»). Існують поодинокі повідомлення про випадки гіперлікемії. Є поодинокі повідомлення про несподівану смерть та зміни поведінки, включаючи гіперактивність та збудження (головним чином у дітей). **ПРОТИПОКАЗАННЯ.** Гіперчувствливість до будь-якого з компонентів препарату. **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ.** Серетид не є препаратом для зняття гострих симптомів, при яких потрібне застосування швидко- та короткочасних бронходилататорів (наприклад, салбутамолу). Слід порадити пацієнту завжди мати при собі препарат для полегшення симптомів. Збільшення використання бронходилататорів короткої дії для полегшення симптомів астми свідчить про погіршення контролю над астмою. З огляду на ризик виникнення загострення астми лікування Серетидом не можна припинити раптово, дозу слід зменшувати поступово під наглядом лікаря. Вагітність та лактація. Призначення медикаментів під час вагітності та лактації доцільне лише у випадках, коли очікувана користь для матері перевищує будь-який можливий ризик для плоду. **ВЗАЄМОДІЯ З ІНШИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ.** Слід уникати одночасного призначення неселективних та селективних β_1 -блокаторів, крім випадків, коли для цього є серйозні підстави. Слід уникати одночасного застосування флютиказону пропіонату та ритонавіру, за винятком випадку, коли користь від такого застосування буде більшою за ризик системного впливу кортикостероїдів. **УМОВИ ВІДПУСКУ.** За рецептом. **ВИРОБНИК.** ГлаксосмітКляйн, Юл Лімітед (Великобританія). **ПЕРЕД ПРИБИРАЧЕМ ТА ЗАСТОСУВАННЯМ ОЗВЯЖУВАЮЧОЮ СІДІМІТІТЬСЯ З ПОВ'ЯЗАНИМ ТЕКСТОМ ІНСТРУКЦІЙ ДО ПРЕПАРАТІВ СЕРЕТИД™ ЕВОХАЛЕР™ ТА СЕРЕТИД™ ДІСКУС™!!!** Рл. № UA/8524/01/01/02/03 від 01.07.2008. Рл. № UA/4827/01/01/02/03 від 05.05.2011.

«Оранж Кард»

Телефон БЕЗКОШТОВНОЇ гарячої лінії: 0800 50-50-71

Повідомити про небажане явище або скаргу на якість препарату Ви можете в ТОВ ГлаксосмітКляйн Фармасьютикалс Україна за тел. (044) 585-51-85.

За додатковою інформацією звертайтеся в ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютикалс Україна»: 03038, м. Київ, вул. Лінійна, 17. Тел./факс: (044) 585-51-85-86. www.gsk.ua



GlaxoSmithKline

