

Н.П. Княжеская, к.м.н., А.С. Белевский, д.м.н., профессор, кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

## Особенности применения Саламола Эко Легкое Дыхание при хронических обструктивных заболеваниях легких

Продолжение. Начало на стр. 31.

### Саламол Эко Легкое Дыхание

Саламол Эко Легкое Дыхание — это активируемый вдохом ДАИ с пропеллентом гидрофторалканом, содержащий в 1 дозе 100 мкг салбутамола. Экологически безопасный пропеллент гидрофторалкан не только не снижает эффективность лекарственных препаратов, применяемых с помощью ДАИ, но и обеспечивает им определенные преимущества. Меньшая скорость струи аэрозоля и более высокая температура аэрозольного облака облегчают проведение ингаляции.

Устройство Легкое Дыхание позволяет использовать этот ингалятор даже тогда, когда инспираторный поток недостаточен для применения других ингаляционных устройств, в частности при тяжелой бронхиальной обструкции. При этом существенно увеличивается респираторная фракция препарата и уменьшается его оседание в полости рта и глотки.

Эффективность и безопасность Саламола Эко Легкое Дыхание, а также легкость и удобство его использования продемонстрированы в различных исследованиях. В многоцентровой Всероссийской программе «СВОБОДА» исследователи анализировали технику ингаляции бронходилататоров с помощью обычных ДАИ и ингалятора Легкое Дыхание, а также изучали эффективность и безопасность Саламола Эко Легкое Дыхание у больных БА и ХОБЛ. В исследовании

вошло 8475 взрослых больных БА и ХОБЛ, которым была показана бронхолитическая терапия  $\beta_2$ -агонистами короткого действия.

Исходно пациенты допускали в среднем по 2,2 ошибки при выполнении ингаляции из обычного ДАИ, а при применении Саламола Эко Легкое Дыхание среднее число ошибок снизилось до 0,3 ( $p < 0,001$ ). Пациенты считали, что пользоваться Саламол Эко Легкое Дыхание проще, чем обычным ингалятором. После 30 дней применения Саламола Эко Легкое Дыхание 89,3% пациентов оценили технику использования ингалятора как легкую, а 97,2% выразили желание использовать именно Саламол Эко Легкое Дыхание для купирования и профилактики эпизодов одышки.

У подавляющего большинства больных БА и ХОБЛ при назначении Саламола Эко Легкое Дыхание происходило улучшение состояния: достоверно уменьшалось число приступов удушья, ночных пробуждений из-за симптомов заболевания и потребность во внеплановом применении  $\beta_2$ -агониста, существенно улучшалась аускультативная картина. К концу исследования большинство больных отметили ускорение наступления бронхолитического эффекта и удлинение его продолжительности. Вдвое уменьшилась потребность в ингаляциях бронхолитиков.

Саламол Эко Легкое Дыхание также продемонстрировал высокую безопасность терапии в режиме по потребности. После перевода пациентов с бронхолитиков в виде обычных ДАИ на Саламол Эко Легкое

Дыхание происходило достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение числа сердечных сокращений (с 78,9 до 74,9 в 1 мин), величины систолического (с 137,2 до 130,6 мм рт. ст.) и диастолического артериального давления (с 84,7 до 80,2 мм рт. ст.), значительно реже наблюдался тремор рук (у 2,8 против 29,6%).

Таким образом, применение Саламола Эко Легкое Дыхание эффективно контролировало клиническую симптоматику бронхиальной обструкции у пациентов с БА и ХОБЛ. Подавляющее большинство больных легко выполняли ингаляции, допуская меньшее количество ошибок, чем при использовании обычных ДАИ, и выражали желание продолжить терапию Саламол Эко Легкое Дыхание, что свидетельствует о высоком комплаенсе данного типа ДАИ. Исследование показало также высокую безопасность Саламола Эко Легкое Дыхание. Препарат может широко использоваться для купирования приступов затрудненного дыхания у больных БА и ХОБЛ. Легкость использования и возможность купирования симптомов меньшими дозами препарата особенно важны для пожилых пациентов и детей.

### Заключение

Врач должен помнить, что наряду с контролем за проведением базисной терапии важно обучать пациента правильному использованию бронхорасширяющих препаратов по потребности. Неадекватное применение этих препаратов может привести

к усилению симптомов заболевания, передозировке и нежелательным эффектам.

Преимуществом ингаляционной терапии является создание высокой концентрации лекарства в дыхательных путях при минимальных системных нежелательных эффектах, а недостатком — необходимость осваивать особую технику ингаляции для каждого из ингаляционных устройств. Различные ингаляционные устройства имеют свои преимущества и недостатки, однако их разнообразие затрудняет выбор для врача. В настоящее время для адекватной противовоспалительной и бронхолитической терапии хронических обструктивных заболеваний легких существуют ингаляторы, позволяющие избежать ошибок при выполнении ингаляции, — это активируемые вдохом ДАИ Легкое Дыхание. Для проведения эффективной ингаляции с помощью этого устройства достаточно небольшой объемной скорости вдоха (10–25 л/мин), поэтому ДАИ Легкое Дыхание рекомендуют в качестве предпочтительных устройств у детей и взрослых, имеющих трудности с использованием обычных ДАИ.

### Литература

1. Цой А.Н., Архипов В.В. // Рус. мед. журн. 2001. Т. 9. С. 930.
2. Шмелев Е.И. // Consilium Medicum. 2007. Т. 9. С. 58.
3. Dolovich M.B. et al. // Chest. 2005. V. 127. P. 335.
4. Fink J.B., Rubin B.K. // Respir. Care. 2005. V. 50. P. 1360.
5. June D. // Eur. Respir. Rev. 1997. V. 7. P. 32.
6. Lenney J. et al. // Respir. Med. 2000. V. 94. P. 496.
7. Liggett S.B. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 1997. V. 156. P. S156.
8. Lipworth B.J. et al. // Chest. 1999. V. 115. P. 324.
9. Matthis H. // Eur. Respir. Rev. 1997. V. 7. P. 29.
10. Rubin B.K., Fink J.B. // Respir. Care. 2005. V. 50. P. 1191.

«Атмосфера. Пульмонология и аллергология», № 3, 2009 г.

## Беклазон Эко Легкое Дыхание — эффективный и безопасный способ улучшить контроль бронхиальной астмы

По материалам III Национального астма-конгресса

**Несмотря на то что на фармацевтическом рынке сегодня представлено немало эффективных лекарственных средств для терапии бронхиальной астмы (БА), достижение контроля у большинства пациентов с этим заболеванием пока остается нереализованной задачей не только в нашей стране, но и в экономически развитых странах Европы и Северной Америки. В рамках III Национального астма-конгресса главный аллерголог г. Киева, заведующая городским аллергоцентром, кандидат медицинских наук Лилия Ивановна Романюк рассказала об одной из возможностей, которая позволяет быстро и безопасно достичь контроля над БА.**



— В целом только 8% пациентов с БА в Европе достигают полного контроля заболевания по критериям современных руководств. Из 32 млн. больных БА в Европе у 29,4 млн. астма не контролируется полностью: у 72% отмечаются симптомы по крайней мере один раз в неделю, у 39% — каждый день или практически каждый день, 27% испытывают ограничения в активности, 42% считают свою повседневную жизнь нарушенной. У пациентов с неконтролируемой БА мы не всегда можем увеличивать дозу ингаляционных кортикостероидов (ИКС) или пролонгированных  $\beta_2$ -агонистов, так как при этом повышается риск развития нежелательных реакций. Каким же образом в таком случае можно достичь контроля заболевания?

Контроль БА в значительной степени зависит от трех основных факторов — комплаенса, выбора действующего вещества и доставочного устройства. Даже высокоэффективные препараты из группы современных ИКС не могут в полной мере оказать свое терапевтическое действие, если действующее вещество не достигнет необходимых отделов бронхиального дерева. Поэтому еще раз хочу подчеркнуть, что доставочные устройства играют важную роль в контроле БА.

В начале 60-х годов прошлого столетия начали применять стандартные дозированные ингаляторы под давлением (Standard pMDI),

что позволило перейти от применения системных препаратов к топическим. На смену им вскоре пришли сухопорошковые однодозовые ингаляторы, активируемые вдохом (Rotahaler, Spinhaler), а в 80-х годах прошлого столетия уже были созданы сухопорошковые мультидозовые ингаляторы, активируемые вдохом (Diskhaler, Turbohaler, Diskus). В 90-е годы появились более эффективные доставочные устройства — дозированные аэрозольные ингаляторы, активируемые вдохом, известные под названием Easy Breathe (Легкое Дыхание).

Эффективность ингаляционных препаратов также во многом зависит от правильности выполнения ингаляции. Около 70% пациентов допускают ошибки в технике ингаляции, более половины из них не в состоянии синхронизировать вдох с нажатием на баллончик, и при этом только 15% больных БА оценивают свою технику ингаляции как плохую или очень плохую (V. Giraud et al., 2002; M.G. Cochrane et al., 2000). Врачи хорошо знают, что чем больше ошибок пациент допускает при использовании ингалятора, тем более нестабильным является течение БА.

Не менее важным условием достижения контроля над БА, как уже отмечалось, является выбор действующего вещества. Уже на протяжении нескольких десятилетий золотым стандартом терапии БА является беклометазон. В клинических исследованиях его чаще всего сравнивают с другими ИКС. Следует отметить, что применение беклометазона дипропионата с помощью фреонсодержащего дозированного аэрозольного ингалятора (CFC-BDP) приводило к преимущественному накоплению препарата в ротовой полости

и глотке (82%) и незначительному поступлению в легкие (11,5%). Применение того же ИКС с помощью современного доставочного устройства Беклазон Эко Легкое Дыхание обеспечивает попадание 50–60% действующего вещества в легкие, и только 28% задерживается в ротоглотке (C.L. Leach, 1998; P.J. Thompson et al., 1998). Для сравнения только 32% будесонида и 26% флутиказона пропаноата при применении сухопорошковых ингаляторов достигает легких. Таким образом, использование препарата Беклазон Эко Легкое Дыхание обеспечивает максимальное поступление препарата в легкие (Bench, 2000).

Необходимо помнить также о том, что применение некоторых современных ингаляторов может быть ограничено физическими возможностями пациентов. Например, использование ингалятора Diskus требует сильного вдоха с высокой скоростью, что не под силу многим пациентам, особенно пожилым и ослабленным. При использовании ингалятора Беклазон Эко Легкое Дыхание скорость вдоха должна составлять всего 10–15 литров в минуту, что делает его удобным для применения у пожилых лиц и пациентов, плохо владеющих техникой ингаляции. Так как ингалятор Беклазон Эко Легкое Дыхание активируется вдохом, техника его использования проста — необходимо встряхнуть ингалятор, снять крышку, сделать легкий выдох, обхватить мундштук губами, сделать медленный вдох, задержать дыхание на 10 с и закрыть ингалятор. Нет необходимости координировать вдох с нажатием на баллончик.

В исследовании G. Crompton (2000) у больных БА спрашивали, какому из доставочных

устройств они отдают предпочтение. Оценку каждому ингалятору выставляли по 3-балльной шкале. Преимущественное большинство пациентов отдали предпочтение ингалятору Легкое Дыхание в качестве доставочного устройства первого выбора (127 баллов). Ингаляторы Аутохалер, Кликхалер и Акухалер были оценены в 83, 81 и 76 баллов соответственно. Отмечено, что больные, как правило, отдавали предпочтение устройствам, которые они расценивают как наиболее легкие в применении.

В исследовании D. Price (2001) оценивалась возможность снижения стоимости лечения БА при переводе пациентов на другие ингаляторы. Одна группа больных была переведена на ингалятор Легкое Дыхание, вторая — на другие дозированные аэрозольные ингаляторы. В группе пациентов, применявших ингалятор Легкое Дыхание, необходимость в применении ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия снизилась на 25%, пероральных кортикостероидов — на 64%, антибактериальных препаратов — на 55% по сравнению с пациентами второй группы. Таким образом, применение ингалятора Легкое Дыхание позволило существенно сократить расходы на лечение больных БА.

Подводя итог, следует отметить, что применение препарата Беклазон Эко Легкое Дыхание обеспечивает высокий комплаенс, лучший контроль симптомов заболевания, уменьшение количества обострений, снижение частоты нежелательных реакций и в целом лучший контроль БА. Недаром доставочное устройство Легкое Дыхание было отмечено в 1997 году наградой принца Уэльского «За новаторство», в 1998 году — наградой Академии прикладных наук «За инновацию в технических разработках», в 1999 году — наградой Совета по опытно-конструкторским разработкам Великобритании «Продукт тысячелетия».

Подготовил Вячеслав Килимчук