

## **ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**Халикова Азиза**

старший преподаватель кафедры клстудент 5 курса лечебного факультета Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ташкент  
Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Пулатова Дурдона Баходировна**

научный руководитель, старший преподаватель кафедры клинической фармакологии Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Бронхиальная астма – заболевание дыхательной системы, характеризующееся:

- сужением дыхательных путей обратимым (но не у всех) спонтанно или под влиянием лечения;
- воспалением дыхательных путей;
- гиперреактивностью бронхов на различные раздражители.

В последнее десятилетие при лечении бронхиальной астмой стали успешно использовать ингаляционные глюкокортикостероиды. Но, к сожалению, в некоторых случаях наблюдаются побочные эффекты. Поэтому актуальностью нашего исследования явилось исследовать переносимость и частоту встречаемости побочных эффектов при использовании ингаляционных ГКС.

Ингаляционные стероиды являются наиболее эффективными средствами для уменьшения воспаления дыхательных путей и образования слизи. Использование ингаляционных стероидов ведет к: повышению контроля болезни, уменьшению обострения симптомов и приступов, снижению необходимости в госпитализации.

### **Цель исследования**

Целью данного исследования явилось сравнение эффективности, удобство применения ИГКС и частоту встречаемости побочных эффектов у больных бронхиальной астмой.

### **Методы исследования:**

В данном исследовании пациенты получали циклесонид (Альвеско) 320 мкг 1 раз в сутки и флутиказон (Флексотид) 250 мкг 2 раза в сутки в течение 12 недель. Первичным критерием эффективности была ОФВ<sub>1</sub>; вторичные критерии – пиковая скорость выдоха (ПСВ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), баллы астматических симптомов, использование средств резервной терапии. Как Альвеско, так и флутиказон значительно улучшили состояние больных по сравнению с исходными показателями.

**Результаты исследования.** В сравнительном исследовании с участием 23 взрослых пациентов с легкой персистирующей БА изучалось влияние проводимой терапии на функцию мелких дыхательных путей и содержание эозинофилов в индуцированной мокроте. Пациенты были распределены на группы, принимавшие циклесонид 320 мкг 1 раз в сутки или

флутиказонапропионата 250 мкг 2 раза в сутки в течение 12 недель. Полученные результаты показали, что циклесонид, по сравнению с флутиказоном, достоверно уменьшал степень эозинофильного воспаления, сопротивление МБ и их гиперреактивность. При сравнении частоты местных нежелательных явлений (орального кандидоза и дисфонии) у 23 пациентов с легкой персистирующей БА в возрасте 21–55 лет при проведении терапии циклесонидом (320 мкг) и флутиказонапропионатом (250 мкг/сут) в течение 12 недель показало, что в группе циклесонида достоверно реже возникали местные нежелательные эффекты.

#### Местная переносимость

Сравнительный анализ частоты возникновения кандидоза полости рта продемонстрировал, что у пациентов из группы ФП грибковое поражение полости рта отмечалось в 4,8% (2) случаев, в то время как в группе циклесонида – в 2,0% (1). Охриплость выявлялась у 9,2% (3) пациентов, получавших ФП, и у 3,1% (1) в группе циклесонида.



- Высокий профиль безопасности циклесонида (160 мкг 2 раза в сутки) по сравнению с флутиказонапропионатом (250 мкг 2 раза в сутки): частота нежелательных явлений (НЯ) в области ротоглотки (23).

**Таким образом,** сочетание высокой эффективности и безопасности циклесонида, а также возможность применения препарата 1 раз в сутки позволяют добиться лучшего клинического результата лучшего контроля БА при высокой приверженности к лечению.

Циклесонид (Альвеско®) открывает новые возможности для применения ИГКС в качестве базисной терапии БА любой степени тяжести для обеспечения полного контроля заболевания, в том числе среднетяжелого частично контролируемого варианта течения

данной социально значимой патологии.

### **Список литературы:**

1. Papadopoulos N.G., Arakawa H., Carlsen K.-H. et al. // Allergy. – 2012. – Vol.67. – P.976-997.
2. Жерносек В.Ф. // Семейный доктор. – 2012. – №1. – С.51-56.
3. Casale T.B. Severe asthma // Global atlas of asthma. – Zurich, 2013. – P.112-114.
4. Papadopoulos N.G. Asthma in childhood // Global atlas of asthma. – Zurich, 2013. – P.57-60.
5. Архипов В.В., Архипова Д.Е. // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2012. – №2. – С.6-11.