



Применение современных методов ингаляционной терапии у пациентов с бронхолегочными заболеваниями в реальной клинической практике

В рамках XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания Российское респираторное общество и компания «Натива» представили специалистам респираторной медицины объединенный интерактивный стенд для проведения образовательных лекций и дискуссий в формате «Респираторная сцена». Ведущие российские специалисты и участники конгресса поделились профессиональным опытом, а также обсудили методы диагностики и терапии, в том числе с использованием современных российских лекарственных препаратов, у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких.



К.м.н. Н.Г. Колосова

Доцент кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета (МГМУ) им. И.М. Сеченова, к.м.н. Наталья Георгиевна КОЛОСОВА рассказала о способах и методах ингаляционной доставки лекарственных средств у детей.

В настоящее время у детей с заболеваниями респираторного тракта предпочтительна ингаляционная терапия с помощью небулайзера. Небулайзер – средство доставки

Способы ингаляционной доставки лекарственных средств в педиатрии

лекарственного препарата в разные отделы респираторного тракта. В небулизированном растворе образуются частицы размером 1–5 мкм, что оптимально для поступления в дыхательные пути. Небулайзеры позволяют использовать широкий спектр лекарственных средств (в виде растворов) и их комбинаций.

Небулайзерную терапию применяют при ряде обструктивных заболеваний респираторного тракта у детей. Показаниями для применения небулайзеров являются тяжелое течение заболевания и обострения. Низкая скорость респираторного потока ограничивает использование других ингаляционных форм. Небулайзеры особенно эффективны у детей раннего возраста.

Широкое распространение получили компрессорные, ультразвуковые и мембранные (mesh) небулайзеры. Ультразвуковой небулайзер генерирует аэрозоль путем вибрации

пьезоэлектрического кристалла, в результате чего ультразвуковые волны продуцируют гетеродисперсный первичный аэрозоль над поверхностью жидкости, вдыхаемый пациентом через загубник. К недостаткам ультразвуковых небулайзеров относят влияние на ингалируемый раствор в ходе небулизации и, как следствие, изменение свойств и/или разрушение лекарственного препарата (в частности, суспензии будесонида).

В компрессорном небулайзере поток сжатого воздуха, проходящий через узкое отверстие, создает отрицательное давление (принцип Вентури), что в свою очередь способствует абсорбированию жидкости через специальные каналы в системе небулайзера. Небулайзеры такого типа считаются универсальными средствами доставки. Их отличают оптимальные характеристики, такие как средний размер частиц (3,0 мкм), малый ос-



Совместный проект Российского респираторного общества и компании «Натива»: респираторная сцена

таточный объем препарата (0,7 мл) и достаточная респираторная фракция. С помощью компрессорных небулайзеров можно распылять практически любые растворы, предназначенные для ингаляции. Мембранные небулайзеры объединили в себе свойства и преимущества ультразвуковых и компрессорных небулайзеров. Однако необходимо учитывать, что на мембрану воздействует пьезоэлектрический кристалл, приводящий ее в движение (вибрация), что также может негативно влиять на суспензию для ингаляций (об этом упоминается в ряде зарубежных публикаций). Небулайзеры такого типа эффективны при малом объеме лекарственного средства – от 0,5 мл, характеризуются минимальным остаточным объемом и позволяют наиболее экономно расходовать препарат. При этом легочная депозиция достигает 76%.

У пациентов с заболеваниями дыхательных путей широко применяются компрессорные небулайзеры и небулайзеры мембранного типа. Докладчик отметила, что небулайзеры должны быть сертифицированы в соответствии с европейским стандартом prEN 13544-1.

Основные характеристики современных небулайзеров:

- 50% и более генерируемых частиц аэрозоля имеют размер менее 5 мкм (так называемая респираторная фракция);
- остаточный объем лекарственного вещества после ингаляции не превышает 1 мл;
- рекомендуемый воздушный поток – 6–10 л/мин;
- производительность – не менее 0,2 мл/мин¹.

Выбор систем доставки аэрозоля зависит от характеристик используемого лекарственного средства и индивидуальных особенностей пациента. Не следует использовать препараты, не предназначенные для небулайзерной терапии. Речь, в частности, идет о растворах, в состав которых входят масла, суспензиях и растворах, содержащих взвешенные частицы, в том числе отварах и настоях трав, растворах теофиллина, папаверина, платифиллина, дифенгидрамина, не имеющих точек приложения на слизистой оболочке дыхательных путей. Объем жидкости, рекомендуемый для распыления, в большинстве небулайзеров составляет 3–5 мл. При необходимости к лекарственному препарату добавляют только физиологический раствор. Вода в этих целях не используется, поскольку гипотонический раствор у больных бронхиальной астмой (БА) может спровоцировать бронхоспазм.

Сегодня в педиатрической практике, особенно у детей раннего возраста, небулайзерная терапия используется для купирования обострений БА и бронхообструктивного синдрома различного генеза. При назначении ингаляционной лекарственной терапии детям необходимо прежде всего минимизировать риск развития побочных эффектов. Можно использовать несколько растворов в одной ингаляции, например бронхолитики, муколитики и ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). При этом сначала нужно проверить переносимость каждого препарата в отдельности. Комбинация препаратов позволяет уменьшать респираторную нагрузку.

Последнее время в различных лечебно-профилактических учреждениях Москвы, в частности Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, успешно используется отечественный комбинированный бронхолитик Ипратерол-натив (МНН: ипратропия бромид + фенотерол, 0,25 мг + 0,5 мг, раствор для ингаляций). Препарат, применяемый уже несколько лет в нашей клинической практике у детей разного возраста (старше года), эквивалентен иностранному аналогу Беродуал в отношении эффективности

и безопасности при различных обструктивных заболеваниях легких (БА, обструктивный бронхит и др.). Подтверждение тому – клиническое исследование препарата Ипратерол-натив, проведенное в Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова под руководством директора профессора Н.А. Геппе. Результаты данного исследования продемонстрировали эквивалентные показатели клинической эффективности и профиля безопасности отечественного препарата Ипратерол-натив и иностранного аналога Беродуал. Причем отечественный препарат экономически выгоднее: его стоимость на 20% ниже стоимости иностранного аналога. Ипратерол-натив совместим при одновременном использовании с помощью небулайзера с будесонидом (суспензия) и амброксолом (раствор), что удобно при проведении ингаляций.

Таким образом, к преимуществам небулайзерной терапии относятся:

- эффективность и качество – управляемый процесс ингаляции (непрерывная подача лекарственного средства и точная дозировка, возможность использования больших доз и комбинирования препаратов, отсутствие осложнений и побочных эффектов);
- универсальность использования – широкий спектр лекарственных препаратов, в том числе не применяемых с дозированными аэрозольными ингаляторами (ДАИ) и дозированными порошковыми ингаляторами (ДПИ);
- простота и легкость проведения ингаляции в режиме естественного дыхания;
- оптимальный воздушный поток для детей, ослабленных и пожилых лиц;
- экономичность – минимальные потери лекарственного средства во время ингаляции;
- малый остаточный объем лекарственного средства после ингаляции.

Пулмонология

¹ Колосова Н.Г. Эффективность небулайзерной терапии у детей // РМЖ. 2015. № 18. С. 1086–1090.



К.м.н.
Н.Н. Мещерякова

По мнению научного сотрудника НИИ пульмонологии ФМБА России, доцента кафедры пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Натальи Николаевны МЕЩЕРЯКОВОЙ, такому понятию, как качество жизни больных, в нашей стране уделяется незаслуженно мало внимания. Показатели качества жизни дополняют показатели клинического состояния и предоставляют более полную картину состояния здоровья населения. При этом показатели качества жизни служат надежным индикатором при оценке эффективности лечения. В связи с актуальностью данной проблемы в 2003 г. в России впервые было проведено широкомасштабное многоцентровое исследование качества жизни в России (проект ИКАР). Его целью стала оценка качества жизни условно здорового населения, пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и БА, взаимосвязь качества жизни с клинико-функциональным состоянием больных ХОБЛ и БА. Полученные показатели сравнивали с популяционными. Результаты исследования продемонстрировали, что ХОБЛ негативно влияет на все компоненты качества жизни больных, включая физический, пси-

Легочная реабилитация как способ изменения качества жизни пациента с хронической обструктивной болезнью легких

хоэмоциональный и социальный статусы. Общий показатель качества жизни больных ХОБЛ средней степени на 40% ниже по сравнению со среднепопуляционными показателями по России в группах населения в возрасте 55–64 лет².

В мире качество жизни оценивают с помощью стандартизированных вопросников. Последнее время наметилась тенденция к созданию и использованию простых и удобных тестов, в том числе для самостоятельного заполнения пациентами с заболеваниями органов дыхания. Так, в Великобритании САТ (COPD Assessment Test) является надежным инструментом оценки качества жизни у больных ХОБЛ для использования в рутинной практике. Исходя из оценки пациентом собственного состояния, можно косвенно определить показатели его качества жизни. САТ позволяет улучшить взаимодействие врача и пациента и оптимизировать терапию. САТ отличают надежность оценки состояния пациента, простота заполнения и возможность использования в разных странах мира. Одним из факторов, влияющих на течение заболевания и качество жизни, является кооперативность пациента. Под ней понимают комплексное выполнение больным рекомендаций врача в отношении метода лечения, приверженность проводимой терапии, мнение пациента о заболевании, характере терапии и, главное, ее доступности. Желание и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям можно оценить на основании вопросника ИК БА-50. Это оригинальный вопросник кооперативности, состоящий из 50 пунктов (102 вопроса) и включающий восемь основных критериев для больных БА³.

В настоящее время взаимосвязь между приверженностью пациента терапии и ее эффективностью сомнения не вызывает. К сожалению, нередко низкая приверженность лечению, неэффективность базисной терапии у пациентов с ХОБЛ обусловлены особенностями ингаляторов (в частности, в отношении использования) и зачастую высокой стоимостью лекарственных препаратов, что резко ограничивает возможность их приобретения (в настоящее время далеко не все пациенты обеспечены лекарственными препаратами в рамках льготного лекарственного обеспечения). В связи с этим необходимо расширять применение более доступных генерических, особенно отечественных, препаратов для базисной терапии ХОБЛ с подтвержденной терапевтической эквивалентностью оригинальным лекарственным средствам. Н.Н. Мещерякова привела два клинических примера из собственной практики.

Клинический случай 1. Пациент М., 34 года. С 2014 г. диагностирована БА смешанной формы (атопическая, опосредованная иммуноглобулином (Ig) E, эндогенная) средней тяжести, неконтролируемая. Аллергический ринит. Аллергическая реакция к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. Ларингофарингеальный рефлюкс. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, подтвержденная результатами эзофагогастроуденоскопии. По данным спирометрии 2014 г., нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу тяжелой степени. Объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) – 46% должного значения. Коэффициент бронхо-

² Мещерякова Н.М. Качество жизни – важнейший интегральный показатель состояния здоровья // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2005. № 2. С. 37–40.

³ Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Сравнительная характеристика изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей // Пульмонология. 2003. № 2. С. 42–48.



Совместный проект Российского респираторного общества и компании «Натива»: респираторная сцена

дилатации – 23%. Общий IgE – 254 МЕ/мл. В мае 2016 г. пациенту назначили терапию Симбикортом 4,5/160 мкг по две ингаляции два раза в сутки. Спирометрия в декабре 2016 г.: ОФВ₁ – 91%, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – 110%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 72%, МОС₂₅ – 91%, МОС₅₀ – 57%, МОС₇₅ – 26%, МОС₂₅₋₇₅ – 45% должного значения. В январе 2017 г. пациента перевели на ингаляции препаратом Формисонид-натив 4,5/160 мкг/доза по две ингаляции два раза в день. Спирометрия в мае 2017 г.: ОФВ₁ – 92%, ФЖЕЛ – 114%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 71%, МОС₂₅ – 90%, МОС₅₀ – 58%, МОС₇₅ – 27%, МОС₂₅₋₇₅ – 46%. На фоне регулярной терапии препаратом Формисонид-натив состояние пациента значительно улучшилось, БА перешла в разряд контролируемой. Перевод пациента М. на отечественные генерики не повлиял на контроль БА. *Клинический случай 2.* Пациентка П., 69 лет. С 2015 г. диагностирована ХОБЛ средней тяжести смешанной формы, преимущественно бронхитический тип с эозинофильным воспалением. Синдром ожирения – гиповентиляции (индекс массы тела (ИМТ) – 50,2 кг/м²). Хроническое легочное сердце. Хроническая дыхательная недостаточность, гипоксическая. Артериальная гипертензия 2-й степени, сахарный диабет 2-го типа, субкомпенсированный. Маниакально-депрессивный психоз, медикаментозная ремиссия. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Данные спирометрии: ОФВ₁ – 52%, ФЖЕЛ – 76%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 62%. Коэффициент бронходилатации – 64%, МОС₂₅₋₇₅ – 20% должного значения. Пациентка курит (26 пачко-лет). Обратилась с жалобами на одышку при ходьбе, стало трудно передвигаться по квартире из-за сильной одышки и слабости. Находилась на терапии длительно действующим антихолинэргическим препаратом и бета-2-агонистом длительного

действия. Пациентке назначили Симбикорт 9/320 мкг по одной дозе два раза в сутки и тиотропия бромид 18 мкг (Спирива), физическую тренировку верхней и нижней группы мышц, инспираторный тренинг при помощи дыхательных тренажеров Threshold IMT. С мая 2017 г. пациентку перевели на Формисонид-натив 320 мкг/доза по одной ингаляции утром и вечером и Тиотропиум-натив 18 мкг/доза по одной ингаляции утром. Спирометрия в сентябре 2017 г.: ОФВ₁ – 69%, ФЖЕЛ – 81%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 71%, МОС₂₅ – 61%, МОС₅₀ – 41%, МОС₇₅ – 27%, МОС₂₅₋₇₅ – 38%. В феврале 2018 г.: ОФВ₁ – 68%, ФЖЕЛ – 80%, ОФВ₁/ФЖЕЛ – 75%, МОС₂₅ – 59%, МОС₅₀ – 39%, МОС₇₅ – 35%, МОС₂₅₋₇₅ – 41%. Пациентка активно занимается тренировкой верхней и нижней группы мышц, гуляет с активной нагрузкой до двух часов в день, свободно передвигается по квартире. Отмечается снижение массы тела (ИМТ – 47,2 кг/м²). Таким образом, сочетанная терапия двумя отечественными препаратами (Формисонид-натив и Тиотропиум-натив) ХОБЛ средней тяжести продемонстрировала эффективность, несмотря на первоначальную терапию иностранными аналогичными лекарственными средствами. К основным симптомам ХОБЛ относятся одышка при физической нагрузке, снижение ее переносимости, хронический кашель. Существенную роль в патогенезе ХОБЛ играют бронхиальная обструкция, легочная гиперинфляция, системное воспаление. Лечение пациентов с ХОБЛ направлено на купирование симптомов и улучшение качества жизни, профилактику обострений, замедление прогрессирования заболевания. Терапия пациентов с ХОБЛ подразумевает не только применение медикаментозных средств, но и психологическую помощь, обучение навыкам физической активности. В основе реабилитации

пациентов лежит изменение образа жизни, отказ от курения, вакцинапрофилактика.

Одной из форм воздействия на течение ХОБЛ в нашей стране традиционно считается легочная реабилитация, в частности физическая реабилитация – тренировка дыхательной и скелетной мускулатуры, упражнения, направленные на увеличение объемов движения в суставах. Физическая реабилитация влияет на толерантность к физической нагрузке. В основе легочной реабилитации лежит воздействие на все патологические звенья системных проявлений заболевания, тренировка дыхательной мускулатуры, а именно активных инспираторных мышц (межреберные, грудно-ключично-сосцевидные, трапециевидные, грудные, диафрагма). Основной инспираторной мышцей является диафрагма, именно от нее зависит паттерн (рисунок) дыхания. Экспираторные мышцы (группа абдоминальных мышц) являются пассивными, активно включаются в работу только при физической нагрузке или дыхательной недостаточности. Не случайю тренировка дыхательных мышц начинается с применения дыхательных тренажеров, направленных на сопротивление при вдохе. Тренажер должен иметь ступенчато возрастающую нагрузку. Таким свойством характеризуются тренажеры Threshold IMT и Powerbreath⁴. Тренировка инспираторных мышц приводит к снижению гиперинфляции легких по остаточному объему легких до 690 мл. Кроме тренировки дыхательных мышц необходима тренировка верхней и нижней группы мышц, важно улучшать объем движения в суставах и работать с мелкой моторикой. При дыхательной недостаточности помимо тренировки скелетной и дыхательной мускулатуры пациентам с кахексией необходимо поддерживать нутритивный статус, в случае развития депрессии

пульмонология

⁴ Мещерякова Н.Н. Принципы легочной реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких // cyberleninka.ru/article/n/printsipy-legochnoy-reabilitatsii-bolnyh-hronicheskoy-obstruktivnoy-boleznyu-legkih.



целесообразна психологическая поддержка. Кроме того, пациенты должны проходить обучение в специальных школах.

Таким образом, в целях повышения качества жизни и приверженности лечению врач не только подбирает эффективную и доступную тера-

пию, но и проводит работу по поддержке нутритивного статуса и увеличению физической нагрузки для тренировки дыхательной системы.



К.м.н.
С.И. Шаталина

В продолжение темы к.м.н., ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Светлана Игоревна ШАТАЛИНА отметила, что уровень проникновения лекарственного средства в дыхательные пути при ингаляции зависит прежде всего от размера частиц аэрозоля. Условно распределение частиц аэрозоля в дыхательных путях можно представить следующим образом: крупные частицы размером более 10 мкм осаждаются в носоглотке, гортани и трахее, частицы размером менее 1–5 мкм – в нижних дыхательных путях, частицы размером 0,5–1 мкм – в альвеолах. Частицы размером менее 0,5 мкм не осаждаются в легких и выходят при выдохе.

При выборе ингаляционного устройства для детей необходимо учитывать их возраст. У детей в возрасте старше пяти – семи лет для доставки лекарственного средства применяют ДАИ и ДПИ, у детей более раннего возраста (младше четырех лет) – комбинации ДАИ и спейсеров. У детей первых лет жизни используют спейсеры вместе с лицевой маской. В последних европейских руководствах сказано, что даже дети старшего возраста (после пяти – семи лет) должны применять спейсеры, чтобы необходимое количество препарата попадало в нижние дыха-

Ингаляционная терапия в педиатрической практике: средства доставки лекарственных средств

тельные пути. Достаточно простая техника использования спейсеров делает возможным их применение у пациентов практически всех возрастных категорий, включая детей. У детей ранней возрастной группы (менее двух лет) для ингаляции различных растворов и суспензий используют небулайзеры. Кроме того, применение небулайзеров для доставки лекарственных средств показано пациентам любого возраста, которые по разным причинам не могут использовать спейсер или спейсер с лицевой маской.

Задача ингаляционной терапии с помощью небулайзера – продукция аэрозоля с высокой пропорцией (> 50%) респираторных частиц (менее 5 мкм) в течение короткого промежутка времени, обычно не более 10–15 минут. Показаниями к применению небулайзерной терапии считаются тяжелое течение заболевания или обострение хронического заболевания, в том числе БА у детей.

К преимуществам небулайзеров относят отсутствие необходимости координации движений и вдоха, возможность проведения высокодозной бронхорасширяющей терапии при тяжелом приступе БА, генерации относительно однородного высокодисперсного аэрозоля, включение в контур подачи кислорода или осуществление искусственной вентиляции легких, а также отсутствие пропеллента и лактозы. Недостатки – шумность, громоздкость, необходимость в источнике питания, специальное обучение пациентов или их родственников работе с прибором, значительная продолжительность ингаляции (три – пять минут), возможность микробной контаминации аппаратуры.

Известно три основных типа небулайзеров: струйный, или компрессор-

ный, ультразвуковой и мембранный. К преимуществам ультразвуковых небулайзеров относятся их компактность, бесшумность (по сравнению с компрессорными), высокий процент аэрозоля, попадающего на слизистую оболочку дыхательных путей (более 90%). Недостатком данного типа небулайзеров является высокий риск разрушения под воздействием ультразвука антибиотиков, гормональных и муколитических препаратов. В целях влияния на мелкие бронхи и нижние дыхательные пути в данном типе небулайзеров целесообразно использовать лекарственное средство в форме соляного раствора. Преимущество компрессорных небулайзеров заключается в их универсальности, распылении практически любых растворов и суспензий. К преимуществам небулайзеров мембранного типа относятся компактный размер, работа от батареек или аккумуляторов, клиническая апробированность практически со всеми лекарственными препаратами, предназначенными для ингаляции.

Эффективность небулайзерной терапии зависит от ряда факторов, прежде всего от ингалируемого препарата – его активности, номинальной дозы и объема, физико-химических свойств (суспензия, раствор, размер частиц), вспомогательных компонентов. На эффективность небулайзерной терапии влияют тип небулайзера, получаемого аэрозоля, размер частиц, а также их способность достигать необходимых отделов дыхательной системы.

Алгоритм неотложной терапии при обструктивном бронхите у детей в случае развития бронхообструктивного синдрома предусматривает применение бета-2-агонистов короткого действия или ипратропия бромида с помощью ДАИ со спейсером или



Совместный проект Российского респираторного общества и компании «Натива»: респираторная сцена

небулайзера. Эффективность терапии оценивается каждые 20–30 минут. При эффективности препаратов терапия проводится в домашних условиях. Впоследствии можно добавить раствор амброксола и продолжить прием бронхолитиков каждые четыре – шесть часов в течение одних-двух суток. При недостаточном воздействии бета-2-агонистов повторяют ингаляции с бета-2-агонистами или комбинированными бронхолитиками, добавляют будесонид через небулайзер, системные ГКС парентерально или перорально, инфузии раствора эуфиллина внутривенно. В таких случаях пациентов госпитализируют.

Пульмонологические препараты российской компании «Натива», уже несколько лет успешно применяемые при бронхообструктивных заболеваниях у детей, получают все более широкое распространение в регионах России. Пульмонологический портфель компании включает бета-2-агонисты короткого действия Ипратерол-натив, Ипратерол-аэронатив (МНН: ипратропия бромид + фенотерол, 0,25 + 0,5 мг, раствор и соответственно аэрозоль для ингаляций), Ипратропиум-аэронатив (МНН: ипратропия бромид, 20 мкг, аэрозоль для ингаляций), Сальбутамол-натив (МНН: сальбутамол, 1 мг/мл, раствор для ингаляций), ИГКС Беклометазон-аэронатив (МНН: беклометазона дипропионат, 50/100/250 мкг/доза, аэрозоль для ингаляций) и впервые появившиеся в прошлом году комбинированные препараты Формисонид-натив (МНН: формотерол + будесонид, 80 + 4,5 мкг и 160 + 4,5 мкг, порошок для ингаляций), Салтиказон-натив (МНН: флутиказон + салметерол, 100 + 50 мкг и 250 + 50 мкг, порошок для ингаляций), которые доступны и в рамках льготного лекарственного обеспечения, и в детских стационарах и поликлиниках. Эти препараты также можно приобрести в любой аптеке. Причем стоимость данных отечественных лекарственных препаратов на 20–25% ниже стоимости иностранных аналогов, что способствует увеличению комплаенса и кооперативности

и значимо способствует повышению обеспеченности детей необходимой лекарственной терапией. Порошки для ингаляций компании «Натива» Формисонид-натив и Салтиказон-натив применяются с оригинальным ингалятором Инхалер CDM. Ингалятор капсульного типа разработан немецким и английским инженерами (запатентован в 2007 г. в Евросоюзе) и представляет собой простой, понятный, удобный и надежный механизм, в котором ингаляция осуществляется из капсулы (прозрачная капсула из современного эластичного прочного химически нейтрального материала гипромеллозы), что обеспечивает 100%-ное получение маленьким пациентом назначенной врачом дозы. Согласно результатам клинических и фармацевтических исследований, а также исходя из клинического опыта, в том числе ведущих научных и клинических центров России (Университетская детская клиническая больница Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Институт иммунологии ФМБА России), показатели эффективности, безопасности, однородности дозирования и респираторности фракций отечественных препаратов компании «Натива» соответствуют таковым иностранных аналогов (Беродуал, Беклазон, Симбикорт Турбухалер, Серетид Мультидиск). Препараты компании «Натива», стоимость которых ниже стоимости иностранных аналогов, становятся более доступными для большого количества пациентов и расширяют возможности врача при назначении терапии.

Препараты компании «Натива» уже несколько лет эффективно используются в пульмонологической практике. В частности, в рамках клинического исследования доказаны эффективность и безопасность препарата Салтиказон-натив (салметерол + флутиказон, порошок для ингаляций; 50/100, 5/250, 50/500 мкг/доза) у пациентов с БА. Препарат разрешен к применению у детей с четырех лет. При использовании препарата Салтиказон-натив в форме порошка для ингаляций бронходилатирую-

щее действие развивается в течение одной – трех минут и сохраняется не менее 12 часов после ингаляции. У пациентов с БА препарат предотвращает развитие симптомов бронхоспазма и улучшает легочную функцию. Салтиказон-натив – один из двух российских комбинированных препаратов для базисной терапии БА у детей.

Другой препарат компании «Натива» Ипратерол-натив содержит два компонента с бронхолитической активностью – ипратропия бромид – М-холиноблокатор и фенотерол – бета-2-адреномиметик. Ипратерол-натив (раствор для ингаляций ипратропия бромид+фенотерол 0,25+0,5 мг/мл, флакон 20 мл) – эффективный комбинированный препарат, часто назначаемый пациентам с заболеваниями органов дыхания. Препарат показан для профилактики и симптоматического лечения БА, ХОБЛ, хронического обструктивного бронхита при наличии или отсутствии эмфиземы легких. Ипратерол-натив характеризуется началом действия в течение 15 минут и длительностью эффекта до шести часов. Ипратерол-натив разрешен к применению у детей в возрасте младше шести лет. В Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова уже три года успешно используется и Ипратерол-аэронатив (ипратропия бромид + фенотерол 20 + 50 мкг/доза, аэрозоль для ингаляций, аэрозольный баллон 10 мл 200 доз).

Все пульмонологические препараты компании «Натива» входят в стандарты оказания медицинской помощи, федеральные клинические рекомендации и Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Таким образом, адекватное применение бронхолитиков и комбинированных лекарственных препаратов в педиатрической практике предполагает, в частности, своевременную замену и/или переход с иностранных лекарственных средств на отечественные. При этом терапия обострений у детей должна быть в основном небулайзерной.

Пульмонология



Д.м.н.
Л.В. Шульженко

Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Краснодарского края и Южного федерального округа, заведующая пульмонологическим отделением ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края, д.м.н. Лариса Владимировна ШУЛЬЖЕНКО подчеркнула, что распространенность хронических бронхолегочных заболеваний во многом обусловлена поздним обращением больных к квалифицированному специалисту-пульмологу. Несмотря на кажущуюся на первый взгляд позитивную картину распределения пульмонологической помощи в регионах, большинство специалистов принимают больных в стационарах, расположенных в крупных городах. Так, из 19 амбулаторных пульмологов Краснодарского края в Краснодаре сконцентрировано 13. Это означает, что за пределами городских поселений специализированная пульмонологическая помощь резко ограничена. При первичном обращении за медицинской помощью пациент попадает к участковому терапевту, который принимает решение о направлении больного на консультацию к пульмологу. Иными словами, успех лечения во многом зависит от уровня компетентности терапевта. Следует учитывать, что время ожидания пациентом

Ошибки в ведении пациентов с бронхиальной астмой на амбулаторном и стационарном этапах (анализ клинической практики)

специализированной амбулаторной пульмонологической помощи – не менее десяти дней.

Кроме того, после получения рекомендаций по диагностике и лечению у пульмонолога больной вновь оказывается под наблюдением участкового терапевта. К сожалению, в ряде случаев реальный контроль терапии и течения хронических заболеваний, таких как БА и ХОБЛ, отсутствует.

Л.В. Шульженко отметила, что доступность адекватной медицинской помощи, включая своевременную постановку диагноза, понимание тактики ведения пациента с хроническими заболеваниями дыхательных путей, помогает избежать неблагоприятных исходов и осложнений. Однако на сегодняшний день выявляемость БА, особенно легкой формы, низкая, причем именно на уровне оказания медицинской помощи врачами первичного звена.

Лечение пациентов с БА представляет серьезную проблему и требует высокого профессионализма врачей. До сих пор в нашей стране имеет место недостаточное обеспечение больных БА эффективными лекарственными средствами. Мало внимания уделяется обучению пациентов технике ингаляций.

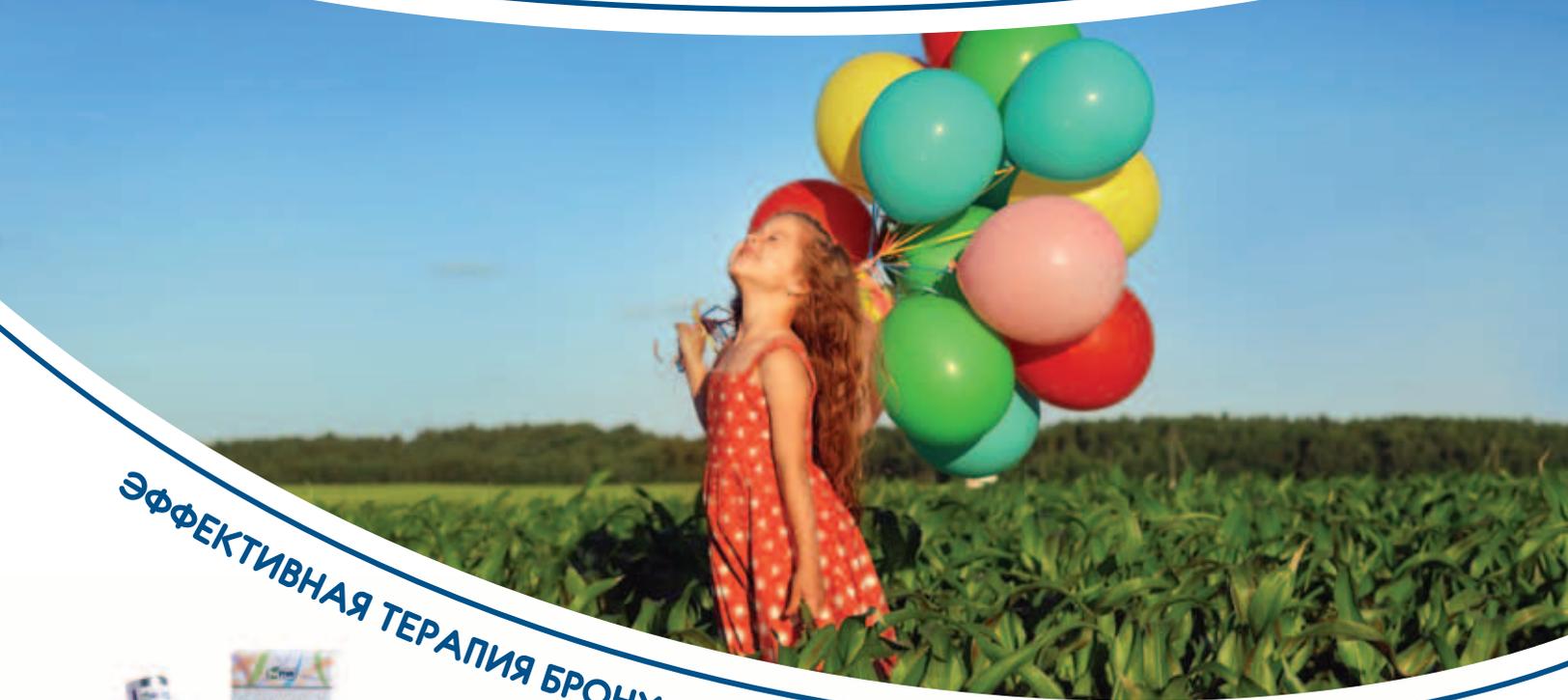
Л.В. Шульженко привела примеры из собственной клинической практики.

Клинический случай 1. Пациентка 72 лет поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на частый, надсадный, удушающий, непродуктивный кашель, в том числе в ночное время. Около десяти лет назад в ходе обследования пациентке установили диагноз хронического бронхита. Последние два месяца отмечалось ухудшение состояния. Пациентка самостоятельно принимала препараты Амбробене и АЦЦ. После

обращения к терапевту ей были назначены антибиотик, муколитики. Не получив желаемого эффекта от терапии, пациентка впервые обратилась к пульмонологу в частную клинику, где и был подтвержден диагноз хронического бронхита, период обострения. При исследовании функции внешнего дыхания патология не выявлена. Рекомендована пробная терапия формотеролом/будесонидом. Однако больная, усомнившись в целесообразности приема гормональных препаратов, рекомендации врача проигнорировала.

При поступлении в пульмонологическое отделение клиническая картина состояния пациентки и результаты спирометрии показали признаки симптомов легкой персистирующей БА. Назначена ингаляционная терапия будесонидом/формотеролом 160/4,5 мкг (Формисонид-натив, порошок для ингаляций) по одной дозе два раза в сутки. Врач объяснил пациентке необходимость лечения комбинированными ингаляционными препаратами. Пациентка прошла обучение технике ингаляции с помощью ингалятора Инхалер СДМ. На фоне ингаляционной терапии комбинированным препаратом Формисонид-натив кашель регрессировал, общее состояние улучшилось. На седьмые сутки от начала базисной терапии больная выписана из стационара. Рекомендован постоянный прием препарата Формисонид-натив в амбулаторном режиме (160 + 4,5 мкг/доза по одной дозе утром и вечером).

Клинический случай 2. Пациент 23 лет доставлен в приемное отделение клинической больницы в крайне тяжелом состоянии: уровень сознания – кома I, аускультативно – «немое легкое», сатурация – 50%. Пациент интубирован,



ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ



РУ: ЛП-002051



РУ: ЛП-003125



РУ: ЛП-003359



РУ: ЛП-003744



РУ: ЛП-002166



РУ: Р N000442/02



ПРОИЗВОДСТВО ПОЛНОГО ЦИКЛА, СЕРТИФИЦИРОВАННОЕ
В СООТВЕТСТВИИ СО СТАНДАРТАМИ GMP



Компания «Натива» является исполнителем государственных контрактов Министерства промышленности и торговли Российской Федерации в рамках федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»

Информация предназначена только для специалистов здравоохранения
Для получения дополнительной информации обращайтесь в ООО «Натива» по адресу: 143402, Московская область, Красногорский р-н, г. Красногорск, ул. Октябрьская, д. 13, (495) 608-33-80, (495) 644-37-67, e-mail: info@nativa.pro, www.nativa.pro

Реклама



начата искусственная вентиляция легких. Переведен в отделение анестезиологии и реанимации. Назначены ингаляционные и системные ГКС, адреналин. На фоне лечения через пять часов состояние стабилизировалось с положительной динамикой. В качестве средства для купирования приступов и базисной терапии к схеме лечения добавлен препарат Формисонид-натив (будесонид + формотерол, 160/4,5 мкг, порошок для ингаляций, по две дозы утром и вечером). Из анамнеза известно, что пациент страдает БА с детства. С 18-летнего возраста перестал наблюдаться у пульмонолога. Антиастматические препараты применял нерегулярно.

Терапия препаратом Формисонид-натив дала положительные результаты в течение первых двух дней. После купирования симптомов обострения БА назначена поддерживающая терапия препаратом Формисонид-натив 160/4,5 мкг по две дозы два раза в день. Через месяц пациент самостоятельно перешел на дозу 160/4,5 мкг утром и вечером с положительными результатами. Пациент выписан с рекомендацией продолжать постоянный прием препарата Формисонид-натив 160/4,5 мкг в амбулаторном режиме.

Формисонид-натив – первый и единственный отечественный комбинированный препарат, содержащий формотерол и будесонид. Выпускается в форме капсул с порошком для ингаляций, средство доставки – ингалятор Инхалер CDM (оригинальный для России). Благодаря разным механизмам действия веществ, входящих в состав препарата, отмечается аддитивный эффект в отношении выраженности симптомов БА, улучшения функции легких и снижения частоты обострений БА и ХОБЛ. При БА Формисонид-натив одновременно применяют в качестве поддерживающей терапии. Препарат включен в перечень ЖНВЛП.

Стоимость Формисонида-натива на 20–25% меньше стоимости иностранного аналога (Симбикорт Турбухалер), что значимо для пациентов и повышает доступность терапии. Оригинальный ингалятор капсульного типа Инхалер CDM позволяет оценить на 100% контроль принятия дозы препарата (при вдохе капсула вибрирует; во рту ощущается слабо сладкий привкус лактозы; благодаря прозрачной эластичной нехрупкой капсуле из гипромеллозы можно видеть, остался ли препарат после вдоха; и при необходимости можно сделать повторный вдох). Как следствие – повышается приверженность пациента назначенной терапии.

Таким образом, залогом успеха в лечении БА служат и своевременно поставленный диагноз, и адекватная комплексная терапия. Кроме того, ухудшение контроля заболевания связано с неправильной техникой ингаляции и устройством ингалятора. Как показывает практика, ошибки при использовании ингаляционных устройств допускают более половины пациентов. Не случайно в обязанности медицинского работника входит обучение технике ингаляции всех пациентов

с занесением информации о проведенном инструктаже в карту. Только после подробного наглядного инструктажа и выполнения ингаляции в присутствии врача пациент может проводить ингаляции в домашних условиях. Обучение пациента технике ингаляции может проводить и медицинская сестра после соответствующей подготовки под контролем специалиста. Очень важно организовывать астмашколы во всех поликлиниках и стационарах, где все эти вопросы можно решить с каждым пациентом.

В заключение Л.В. Шульженко констатировала, что качество работы амбулаторно-поликлинического этапа во многом определяет течение БА, успех терапии и уровень контроля заболевания. Раннее выявление и последующее регулярное наблюдение за пациентом с его обучением технике ингаляции, исключение аллергенов из повседневной жизни – основные составляющие правильной тактики ведения пациентов с БА. Сотрудничество и обмен опытом между врачами первичного звена и пульмонологами служат залогом успешного лечения больных БА.

Заключение

Применение методов ингаляционной терапии при бронхолегочных заболеваниях является одним из наиболее значимых направлений современной медицинской практики. Сегодня ингаляционная терапия с использованием современных комбинированных препаратов признана эффективным методом лечения острых и хронических респираторных заболеваний, таких как бронхиальная астма, хронический бронхит, муковисцидоз, хроническая обструктивная болезнь легких. Компания «Натива» производит широкий спектр препаратов для терапии обструктивных заболе-

ваний легких. Формисонид-натив, Тиотропиум-натив, Салтиказон-натив, Ипратерол-натив – эффективные комбинированные средства для профилактики и лечения хронических заболеваний дыхательных путей.

Клиническая эффективность и безопасность генерических препаратов компании «Натива» для лечения пациентов с социально значимыми заболеваниями органов дыхания аналогичны таковым оригинальных препаратов. При этом препараты компании «Натива» используются с удобным, простым, надежным ингалятором и более доступны по цене. ☺