

ПЕРЕНОСИМОСТЬ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17567478>

Пулатова Дурдона Баходировна

доцент кафедры клинической фармакологии ТГМУ

Аннотация

Бронхиальная астма является хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, требующим длительной противовоспалительной терапии. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) занимают центральное место в лечении бронхиальной астмы, однако их применение может сопровождаться развитием местных и системных побочных эффектов.

Целью настоящего исследования явилась оценка переносимости и частоты побочных эффектов при применении будесонида и флутиказона у пациентов с лёгкой персистирующей бронхиальной астмой. В исследовании участвовали 23 пациента, получавшие терапию будесонидом (200 мкг 2 раза в сутки) или флутиказона пропионатом (250 мкг 2 раза в сутки) в течение 12 недель. Оценивались показатели функции внешнего дыхания, выраженность симптомов и частота нежелательных явлений. Результаты показали, что оба препарата обладают сопоставимой клинической эффективностью, однако частота местных побочных эффектов (кандидоз полости рта, дисфония) была ниже в группе будесонида. Таким образом, будесонид характеризуется более благоприятным профилем безопасности и может рассматриваться как предпочтительный ИГКС при лечении бронхиальной астмы лёгкой и средней степени тяжести.

Ключевые слова

бронхиальная астма, ингаляционные глюкокортикостероиды, будесонид, флутиказон, побочные эффекты, переносимость.

Цель исследования

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

Методы исследования:

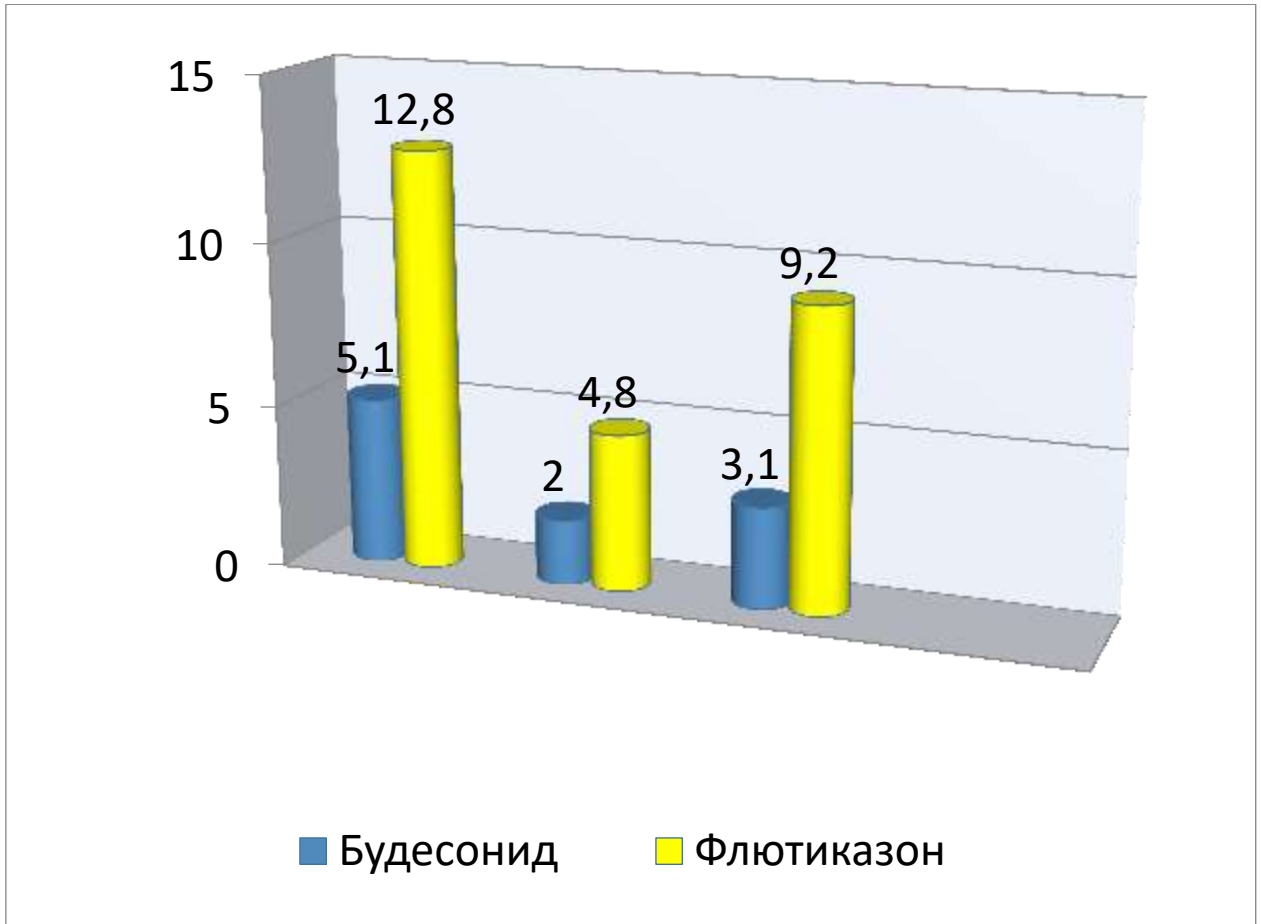
В данном исследовании пациенты получали будесонид (Будектон) 200 мкг 1 раз в сутки и флутиказон (Флексотид) 250 мкг 2 раза в сутки в течение 12 недель. Первичным критерием эффективности была ОФВ1; вторичные критерии – пиковая скорость выдоха (ПСВ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), баллы астматических симптомов, использование средств резервной терапии. Как будесонид, 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 будесонид 200 мкг 2 раза в сутки или флутиказона пропионата 250 мкг 2 раза в сутки в течение 12 недель. Полученные результаты показали, что будесонид, 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 будесонид (200 мкг) и флутиказона пропионатом (250 мкг) в течение 12 недель показало, что в группе будесонида 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 будесонида – в 2,0% (1). Охриплость выявлялась у 9,2% (3) пациентов, получавших ФП, и у 3,1% (1) в группе будесонида.

Табл. Частота возникновения кандидоза полости рта



Высокий профиль безопасности будесонид (200 мкг 2 раза в сутки) по сравнению с флютиказоном пропионатом (250 мкг 2 раза в сутки): частота нежелательных явлений (НЯ) в области ротоглотки (23)

Таким образом, сочетание высокой эффективности и безопасности будесонида, а также возможность применения препарата 1 раз в сутки позволяют добиться лучшего клинического результата лучшего контроля БА при высокой приверженности к лечению. Будесонид (Будектон) 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:

- Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024 Update. Available from: <https://ginasthma.org>
- O'Byrne P.M., Fitzgerald J.M., Reddel H.K. et al. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids in asthma: 2023 update. *Eur Respir J.* 2023;61(4):2201905.

- Hekking P.-P., Wenzel S.E. et al. Adverse effects of inhaled corticosteroids in asthma management: clinical relevance and prevention. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12(1):34–45.
- Pavord I.D., Beasley R., Busse W.W. et al. Role of inhaled corticosteroids in mild asthma: current evidence and clinical implications. *Lancet Respir Med.* 2024;12(3):215–228.
- Peters S.P., Szeffler S.J. Advances in inhaled corticosteroid formulations for improved tolerability and efficacy. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2025;17(2):89–102.
- Kostikas K., Roche N. et al. Comparison of budesonide and fluticasone in asthma: meta-analysis of recent clinical trials. *Pulm Pharmacol Ther.* 2023;80:102192.
- Архипов В.В., Ильина Н.И. Современные подходы к применению ингаляционных кортикостероидов в терапии бронхиальной астмы. *Пульмонология.* 2024;34(2):105–112.
- Козлова М.А., Князева О.С. Побочные эффекты ингаляционных глюкокортикостероидов и методы их профилактики. *Клиническая медицина.* 2023;101(9):45–51.