

28. Vincken W., van Noord A.P.M., Greeffrost Th. A. et al. Improvement health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. *Eur. Respir. J.* 2002; 19 (2): 209–216.
29. D'Urzo A.D., De Salvo M.C., Ramirea-Rivera A. et al. In patients with COPD, treatment with a combination of formoterol and ipratropium is more effective than a combination of salbutamol and ipratropium: a 3 week, randomized, double blind, within-patient, multicenter study. *Chest* 2001; 119 (5): 1347–1356.
30. van Noord J.A., Smeets J.J., Custers F.L.J. et al. Pharmacodynamic steady state of tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.* 2002; 19 (4): 639–644.
31. O'Donnel D.E., Lam M., Webb K.A. Spirometric correlated of improvement in exercise performance after cholinergic therapy in chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999; 160: 542–549.
32. Sin D.D., Tu J.V. Lack of association between ipratropium bromide and mortality in elderly patients with chronic obstructive airway disease. *Thorax* 2000; 55 (3): 194–197.
33. Ayers M.L., Mejia R., Ward J. et al. Effectiveness of salmeterol versus ipratropium bromide on exertional dyspnoea in COPD. *Eur. Respir. J.* 2001; 17 (6): 1132–1137.

Поступила 18.11.03

## Новое о лекарственных препаратах

© БЕТАНЕЛИ Т.Ш., ЗАРУБИНА Н.Г., 2004

УДК 616/24–036/12–085/281

Т.Ш.Бетанели, Н.Г.Зарубина

### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МОКСИФЛОКСАЦИН (АВЕЛОКС) В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ

Кафедра госпитальной терапии Самарского государственного медицинского университета;  
кафедра терапии Самарского военно-медицинского института

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В России по результатам подсчетов с использованием эпидемиологических маркеров гипотетически около 11 млн больных ХОБЛ. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают 4-е место среди причин смерти. Поэтому работы, посвященные поиску новых схем лечения данной патологии, являются актуальными для пульмонологии.

Целью проведенного исследования явилось изучение эффективности препарата Авелокс ("Bayer") в таблетках по 400 мг при лечении обострений ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить действие препарата Авелокс на клинические проявления ХОБЛ;

2. Сравнить клиническую эффективность препарата Авелокс при обострениях ХОБЛ различной степени тяжести.

Основная группа — пациенты в возрасте от 42 до 63 лет с клиническими симптомами обострения ХОБЛ — всего 205 человек.

В 1-ю группу вошло 98 больных с обострениями ХОБЛ средней (51 человек) и тяжелой степени (47 человек), лечившиеся в пульмонологическом стационаре: 65 мужчин и 33 женщины, в схему лечения которых включался авелокс. Средний возраст пациентов этой группы составил  $55,6 \pm 1,2$  года.

Во 2-ю группу были отнесены 58 человек (40 мужчин и 18 женщин), также лечившихся стационарно, но без применения авелокса. Из них с обострением средней степени тяжести был госпитализирован 31 и с тяжелым обострением — 17 человек. Средний возраст пациентов 2-й группы составил  $54,7 \pm 2,1$  лет.

3-ю группу составили 29 пациентов (15 мужчин и 14 женщин), лечившихся амбулаторно с применением авелокса. У всех пациентов были зарегистрированы обострения ХОБЛ легкой степени. Средний возраст пациентов этой группы составил  $51,6 \pm 1,6$  года.

В 4-ю группу вошло 20 пациентов (14 мужчин и 6 женщин) с легкими обострениями ХОБЛ, лечившихся амбулаторно без применения авелокса. Средний возраст больных данной группы составлял  $51,7 \pm 1,5$  года.

Особенности клинического течения обострений ХОБЛ в группах обследованных представлены в табл.1 и 2.

Среди обследованных больных ХОБЛ почти 98,9% длительно курили, при этом у 76,3% из них

## Клинические и лабораторно-инструментальные признаки ХОБЛ у больных 1-й и 2-й групп

Клинические и лабораторные признаки	1-я группа (n=98)		2-я группа (n=58)	
	обострение ХОБЛ средней степени тяжести	тяжелое обострение ХОБЛ	обострение ХОБЛ средней степени тяжести	тяжелое обострение ХОБЛ
Кашель	Постоянный, наиболее выражен по утрам	Постоянный	Постоянный, наиболее выражен по утрам	Постоянный
Мокрота	Слизисто-гнойная	Гнойная	Слизисто-гнойная	Гнойная
Одышка	При умеренной нагрузке	В покое	При умеренной нагрузке	В покое
Число дыхательных движений в 1 мин	24–26	26–30	25–26	26–30
Аускультативные симптомы	Разнотембровые сухие хрипы	Разнотембровые сухие хрипы, эпизоды дистанционных хрипов, разнокалиберные влажные хрипы	Разнотембровые сухие хрипы	Разнотембровые сухие хрипы, эпизоды дистанционных хрипов, разнокалиберные влажные хрипы
Цианоз	После нагрузки разлитой цианоз слизистых постоянно	Постоянный	После нагрузки разлитой цианоз слизистых постоянно	Постоянный
Эритроциты	$4,9 \pm 0,3 \cdot 10^{12}/л$	$5,9 \pm 0,5 \cdot 10^{12}/л$	$4,7 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/л$	$5,8 \pm 0,4 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин, г/л	$146,2 \pm 1,3$	$167,2 \pm 2,3$	$145,7 \pm 1,4$	$167,5 \pm 2,5$
ЭКГ	После нагрузки признаки перегрузки правых отделов сердца	Легочное сердце	После нагрузки признаки перегрузки правых отделов сердца	Легочное сердце
ФВД ОФV <sub>1</sub> , %	$52,4 \pm 1,1$	$38,9 \pm 1,6$	$52,5 \pm 1,2$	$39,9 \pm 1,5$
Сатурация, %	$84,6 \pm 2,4$	$72,4 \pm 2,3$	$83,9 \pm 2,7$	$74,1 \pm 2,0$
Рентгенография легких	Усиление и деформация легочного рисунка	Низкое стояние купола диафрагмы, ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочной ткани	Усиление и деформация легочного рисунка	Низкое стояние купола диафрагмы, ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочной ткани

индекс пачек/лет был выше 25, что соответствует категории "злостных курильщиков", а у 16,7% находился в интервале от 10 до 15 — группа "безусловных курильщиков".

Пациенты 1-й и 3-й групп в качестве противовоспалительной терапии принимали авелокс в дозе 400 мг *per os* однократно курсами по 5 (3-я группа) и 7 (1-я группа) дней.

У пациентов 2-й и 4-й групп для купирования явлений воспаления использовались такие антибиотики, как ампициллин, в дозе 1 г (у пациентов 2-й группы) или по 0,5 г (у пациентов 4-й группы) 3 раза в день внутримышечно в течение 7 дней; роксид ("Alembic") по 300 мг (2-я группа) или по 150 мг (4-я группа) 2 раза в сутки *per os* курсами по 10 дней; ципринол ("KRKA") по 400 мг (2-я группа)

или по 200 мг (4-я группа) 2 раза в день *per os* курсами по 7 дней.

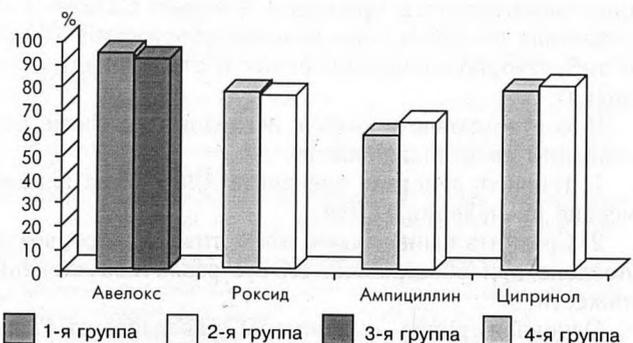


Рис.1. Клиническая эффективность использованных антибиотиков у больных ХОБЛ.

## Клинические и лабораторно-инструментальные признаки ХОБЛ у больных 3-й и 4-й групп

Клинические и лабораторные признаки	3-я группа (n=29)	4-я группа (n=20)
Кашель	Непостоянный, наиболее выражен по утрам	Непостоянный, наиболее выражен по утрам
Мокрота	Слизисто-гнойная	Слизисто-гнойная
Одышка	При интенсивной нагрузке	При интенсивной нагрузке
Число дыхательных движений в 1 мин	22–24	22–24
Аускультативные симптомы	Разнотембровые сухие хрипы у 76,8% обследованных	Разнотембровые сухие хрипы у 74,2% обследованных
Цианоз	Легкий цианоз носогубного треугольника после физической нагрузки	Легкий цианоз носогубного треугольника после физической нагрузки
Эритроциты	$4,5 \pm 0,2 \cdot 10^{12}/л$	$4,4 \pm 0,4 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин, г/л	139,6 $\pm$ 1,4	135,9 $\pm$ 1,5
ЭКГ	Норма	Норма
ФВД ОФВ <sub>1</sub> , %	72,7 $\pm$ 1,8	73,4 $\pm$ 1,7
Сатурация, %	90,6 $\pm$ 3,4	89,9 $\pm$ 2,6
Рентгенография легких	Признаки основного заболевания	Признаки основного заболевания

В результате проведенной терапии было установлено, что у лиц, принимавших авелокс, отмечалась более быстрая обратная клиническая динамика симптомов воспаления: в среднем на 3,2 дня раньше, чем в группах сравнения, снижалась интенсивность кашля, на 2,6 сут сокращался период выделения гнойной мокроты, на 2,4 сут уменьшался период временной нетрудоспособности. При этом клиническая эффективность препарата в стационарных и амбулаторных условиях достоверно не отличалась друг от друга и составляла в 1-й и 3-й группах наблюдения 94,9%. У 5,1% больных потребовалось продлить курс лечения авелоксом до 10 дней. У пациентов 2-й и 4-й групп клиническая эффективность лечения была достоверно ниже и составляла в среднем для лечившихся ампициллином 65,7%, для принимавших



Рис.2. Биодоступность различных антибиотиков, используемых при лечении обострений ХОБЛ.

роксид 78,9% и для лиц, проводивших терапию ципринолом, — 82,2%. В остальных случаях требовалось назначение второго антибиотика или смена препарата (рис.1).

Более высокая клиническая эффективность авелокса у больных с ХОБЛ по сравнению с антибиотиками других групп связана, по нашему мнению, с целым рядом факторов. Во-первых, авелокс обладает высокой биодоступностью (см.рис.2), которая не зависит от времени приема препарата: до или после еды, как например у роксида, биодоступность которого падает в 2 раза, если препарат употребляется после еды.

Вторым фактором, определяющим более высокую клиническую эффективность авелокса, является то, что он создает в тканях высокие концентрации, в том числе и в легком. Особенно следует подчерк-

Таблица 3

## Концентрация препаратов в крови больных

Препарат	Время достижения максимальной концентрации ( $C_{max}$ ), ч	$C_{max}$ , мг/л	Период полувыведения $T_{1/2}$ , ч
Авелокс	0,5–2	3,1	12
Роксид	1–2	2,5	8,4
Ампициллин	1–2	1,5	3
Ципринол	1–2	2,1	3–5

нуть высокие концентрации препарата в макрофагах, что обеспечивает высокую эрадикацию микроорганизмов.

Кроме того, авелокс по сравнению с другими антибиотиками имеет более широкий спектр антимикробного действия, действуя на резистентные к пенициллинам и макролидам штаммы возбудителей. Еще одним важным фактором является длительно сохраняющиеся "рабочие" концентрации препарата в крови больных (табл.3).

Таким образом, авелокс при лечении обострений ХОБЛ, как в стационарных, так и в поликлинических условиях, зарекомендовал себя высокоэффективным препаратом, что связано с быстротой и продолжительностью его бактерицидного действия, высокой биодоступностью таблетированной формы, облегчающей его применение в амбулаторной практике, а также высокими концентрациями в легочной ткани, позволяющими применять его короткими курсами при однократном приеме в сутки.

Поступила 6.01.04

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.211-002-056.3-085.27

*А.С.Соколов, Н.П.Княжеская, И.А.Баранова, В.М.Павлов*

## ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ: ВНИМАНИЕ НА БЕНАРИН

НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва

Современная терапия аллергических ринитов основана на представлении о том, что хронический воспалительный процесс возникает в результате IgE-опосредованной реакции, вызванной попаданием на слизистую оболочку носа аллергенов. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что в развитых странах аллергическими ринитами страдают в среднем от 10 до 25% населения. В медикаментозной терапии сезонного (интермиттирующего) и круглогодичного (постоянного, персистирующего) ринитов в основном используются антигистаминные (пероральные и интраназальные) препараты, деконгестанты, глюкокортикостероиды (топические и пероральные).

Препаратами первого выбора у больных с выраженными и персистирующими симптомами аллергического ринита являются интраназальные глюкокортикостероиды. В Российской Федерации для лечения аллергического ринита создан и успешно прошел клинические испытания препарат Бенарин — 0,05% раствор будесонида (капли назальные).

Изучение эффективности и переносимости бенарина (будесонида) в каплях для носа у взрослых пациентов с аллергическими ринитами было проведено в открытом несравнительном исследовании в НИИ пульмонологии Минздрава РФ.

### Критерии отбора пациентов

В исследование включали следующих пациентов:

- мужчин и женщин в возрасте от 16 лет до 50 лет,
- с клиническим диагнозом круглогодичного аллергического ринита в течение не менее 2 лет, находящихся под наблюдением аллерголога не менее 1 года,

- с положительными кожными пробами на бытовые, эпидермальные, пыльцевые аллергены,
  - наличием специфических IgE к atopическим аллергенам в сыворотке крови,
  - общим индексом симптомов ринита не менее 6 баллов по 12-балльной шкале оценки назальных симптомов на момент начала исследования,
  - способными выполнять рекомендации врача-исследователя,
  - при наличии информированного согласия больных и решения Этического комитета.
- Противопоказания к обследованию:
- повышенная чувствительность к активному веществу или другим компонентам препарата,
  - оперативное вмешательство на носу и околоносовых пазухах в течение последнего года,
  - неаллергический ринит,
  - острые инфекции дыхательных путей (синуситы, отиты, обострение бронхиальной астмы),
  - полипозный процесс в носу и околоносовых пазухах,
  - беременность, период лактации,
  - почечная, печеночная недостаточность,
  - наличие онкологических, эндокринологических заболеваний и других заболеваний, алкоголизм, наркомания,
  - прием антагонистов H<sub>1</sub>-рецепторов (местных и системных) в течение 1 нед до первого визита к врачу, при лечении астемизолом — 1 мес,
  - прием ГКС в любой лекарственной форме (топические ГКС, системные, депонированные) в течение 2 мес,
  - прием кромгликата и недокромила натрия в течение 2 нед,