

УДК:616.248+616.329/.33–008.17)–036–085.24

Т. В. Бездетко, Л. А. Овчаренко, Л. А. Бойко, Г. В. Еременко
Харьковский национальный медицинский университет,
КУОЗ «ЦЭМП и МК» ОКБ г. Харьков

Клинический опыт применения комбинированного препарата на основе фенотерола и ипратропия бромида в комплексной терапии бронхиальной астмы в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Ключевые слова: астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, качество жизни.

Патология органов дыхания занимает в современном мире одно из первых мест в структуре заболеваний взрослого населения [13]. Несмотря на успехи последних лет, достигнутые в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания, во всем мире отмечается тенденция к увеличению распространенности болезней легких [12].

Увеличивается и число больных бронхиальной астмой (БА), страдающих сопутствующей внелегочной патологией, в том числе лиц с БА, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). По разным источникам [2, 3, 9] сочетание этих заболеваний наблюдается у 34–89 % пациентов, при этом в 24 % случаев рефлюкс клинически не проявляется. Установлено, что у больных БА, сочетающейся с ГЭРБ, процент тяжелых астматических приступов, возникающих после приема пищи, значительно выше, чем у пациентов с БА без ГЭРБ [1, 4].

Многочисленными исследованиями было доказано, что в основе возникновения приступа БА лежит повышенная чувствительность дыхательных путей к различным раздражающим факторам, под действием которых развиваются и усугубляются отек слизистой оболочки бронхов, скопление слизи в их просвете и бронхоспазм [4, 9]. Приступы БА могут возникать в любое время суток, однако чаще отмечаются ночью, что, по-видимому, связано не только с повышением (преобладанием) тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и ослаблением регулирующего влияния коры головного мозга на подкорковые вегетативные центры. Данные изменения, очевидно, являются следствием ассоциации приступов БА с желудочно-пищеводным рефлюксом [5]. В повседневной терапевтической практике на вероятную роль ГЭРБ в развитии и утяжелении симптомов БА указывают сле-

дующие факторы: позднее начало астмы, усугубление симптомов астмы после еды, особенно при переедании, в положении лежа, при наклонах, после физической нагрузки, усиление симптомов в ночное время, совпадение приступов кашля, хрипов, диспноэ с симптомами ГЭРБ (изжога).

Предполагается несколько возможных механизмов патогенеза возникновения приступов БА, сочетающейся с ГЭРБ: 1) посредством активации желудочным содержимым пищевода-желудочного рефлюкса, индуцирующего вагальные пути бронхообструкции [14]; 2) путем непосредственной активации содержимого желудка, приводящей к экссудативному воспалению слизистой оболочки бронхов [15]. Непосредственно БА, как полагают другие исследователи [1, 10], формирует порочный круг, приводя к развитию и поддержанию желудочно-пищеводного рефлюкса из-за возрастания градиента давления между грудной клеткой и брюшной полостью. Прогрессирование БА обычно приводит к появлению и дальнейшему развитию распространенной обструкции бронхиального дерева различной степени выраженности [4].

Данные о выраженности бронхоконстрикторного эффекта у пациентов с рефлюкс-эзофагитом указывают на возможность вовлечения в патологический механизм вагусных рецепторов при наличии воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода. Ряд авторов высказывают предположение о наличии специфических рецепторов повреждения слизистой оболочки пищевода, так называемых ноцицепторов [9].

Выбор препаратов для лечения БА и ГЭРБ у таких больных требует особого подхода. Сочетанная патология — БА и ГЭРБ — сопровождается увеличением потребности в использовании бронходилататоров короткого действия в среднем в 1,5 раза по сравнению

с пациентами без симптомов ГЭРБ. Терапия БА и ГЭРБ должна быть рациональной (следует по возможности избегать полипрагмазии) и максимально щадящей с учетом сопутствующих заболеваний, как правило, требующих применения дополнительных лекарственных средств. В лечении больных БА широко используются ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) и бронхолитики.

Известно, что Беродуал Н — комбинированный бронхолитический препарат, включающий фенотерол и ипратропия бромид, обладает положительным действием на гладкие мышцы бронхов. Существует мнение, что основным компонентом антирефлюксного механизма является нижний пищеводный сфинктер (НПС) — гладкая мышца. Снижение тонуса НПС обнаруживается у 20–80 % больных ГЭРБ [2], причем степень снижения коррелирует с тяжестью заболевания. Не исключено положительное влияние Беродуал Н на гладкие мышцы НПС у больных, страдающих БА в сочетании с ГЭРБ.

Цель исследования — изучить эффективность препарата Беродуал Н в базисной терапии больных БА в сочетании с ГЭРБ.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 32 пациента. Диагноз БА устанавливался по критериям GINA на основании характерных жалоб, анамнеза, наличия обратимой бронхиальной обструкции по данным увеличения объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$) на 13 % и после приема бронходилататора — 200 мкг сальбутамола. При опросе и изучении анамнеза среди больных БА была выделена группа пациентов, имеющих симптомы ГЭРБ (прежде всего, изжогу, отрыжку кислым) и/или документальное подтверждение наличия ГЭРБ в анамнезе. Больные были разделены на две группы. В группах преобладали лица со средней степенью тяжести течения БА, их доля составила 72,1 %. Все больные БА получали патогенетическую терапию согласно приказу МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 «Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Пульмонология» [8]. В 1-ю группу вошли 23 (72 %) больных (БА + ГЭРБ), средний возраст — $69,4 \pm 8,9$ года, продолжительность заболевания колебалась от 1 до 46 лет, в среднем — $17,4 \pm 0,8$ года. В группу сравнения (2-я группа) были включены 9 (18 %) больных, страдавших БА + ГЭРБ. Их средний возраст был равен $65,6 \pm 11,8$ года, средняя продолжительность заболевания — $14,8 \pm 9,3$ года. Выраженность клинических симптомов ГЭРБ оценивалась по 5-балльной шкале Лайкерта, где 0 — отсутствие симптома, 4 — максимальное проявление. Комплексное инструментальное обследование включало: определение увеличения $ОФВ_1$, проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Функция внешнего дыхания изучена у всех больных. При этом рассчитывались и анализировались следующие показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), $ОФВ_1$, максимальные объемные скорости выдоха на уровнях 75 %, 50 % и 25 %, форсированной жизненной емкости легких — ФЖЕЛ (соответственно

МОС75, МОС50 и МОС25), характеризующие бронхиальную проходимость по крупным, средним, мелким бронхам. ЭГДС проведена всем больным, рентгенологическое исследование пищевода и желудка по общепринятой методике — 24 пациентам. Наблюдение за больными продолжалось в течение месяца. Участники двух групп получали плановую базисную терапию (ИГКС и β_2 -агониста короткого действия по потребности), ингибиторы протонной помпы (ИПП), антисекреторную терапию по потребности. Вторая группа больных дополнительно получала Беродуал Н в виде дозированного бесфреонового ингалятора в дозе 1 ингаляция утром и вечером. Дозированный ингалятор Беродуала Н содержит в одной дозе ипратропия бромид (20 мкг) и фенотерола гидробромид (50 мкг).

В соответствии с тяжестью течения ГЭРБ (степенью выраженности изжоги, поражения пищевода по Лос-анджелесской классификации) назначалась антисекреторная терапия омепразолом в дозе 40 мг (32 пациента) и антациды (маалокс) в режиме по требованию. Эффективность терапии оценивали по изменению клинического течения ГЭРБ, купированию изжоги в ходе лечения, динамике заживления эрозивно-язвенных дефектов по данным ЭГДС. Влияние терапии на течение БА оценивали по динамике дневных и ночных симптомов астмы, потреблению бронхорасширяющих препаратов в течение суток, динамике значений $ОФВ_1$ и ЖЕЛ.

Результаты и их обсуждение

Накопление данных и их математическую обработку проводили при помощи лицензионных программных продуктов, которые входят в пакет «Microsoft Office 2007». Статистическая обработка выполнялась при помощи математических и статистических возможностей «MS Excel» и состояла в определении частей (процентов) и их средней погрешности с дальнейшим сравнением [6].

Анализ результатов обследования 32 больных выявил следующие особенности. При анализе такого показателя течения БА, как наличие ночных симптомов (приступов затрудненного дыхания, кашля), выявлено его преобладание в 1-й группе у 21 (91,3 %) пациента. Во 2-й группе — число лиц с ночными симптомами астмы составило лишь 8 (88,8 %) человек. Таким образом, это согласуется с данными других авторов, которые склонны рассматривать ГЭРБ как вероятный триггер ночных симптомов БА.

Основными симптомами ГЭРБ у наблюдавшихся больных были: изжога (89,3 %), отрыжка кислым (54,2 %), регургитация (15,1 %). Причем лишь у 4 (12,5 %) пациентов отмечалась тяжелая изжога (3–4-я степень по шкале Лайкерта), у большинства же имела место умеренно выраженная и легкая изжога — соответственно в 14 (43,8 %) и 12 (37,5 %) случаях. Всем больным было проведено комплексное инструментальное обследование. Согласно Лос-анджелесской классификации в двух исследуемых группах эзофагит легкой степени тяжести (А) наблюдался у 28 (87,5 %) больных, стадии эзофагита В и С диагностированы соответственно в 3 (9,3 %) и 1 (3,2 %) случаях.

Таблиця
Распределение пациентов по показателям течения бронхиальной астмы (до и после лечения)

Показатель	Группа 1 (до лечения)	Группа 2 (до лечения)	Группа 1 (после лечения)	Группа 2 (после лечения)
ОФВ ₁ , % от должного	65,31 ± 14,12	67,22 ± 10,12	69 ± 3,15	72,31 ± 9,12*
ЖЕЛ, % от должного	73,2 ± 9,34	76,2 ± 6,34	79,2 ± 3,24	81,2 ± 6,34
МОС25, %	54,3 ± 13,21	52,4 ± 12,3	43,0 ± 17,4	35,6 ± 11,5*
Количество дневных приступов	2,77 ± 0,98	2,68 ± 0,81	1,96 ± 0,25	1,54 ± 0,06*
Количество ночных приступов	0,78 ± 0,21	0,81 ± 0,51	0,58 ± 0,11	0,38 ± 0,18*
Потребление бронхолитиков в сутки	6,1 ± 2,53	5,3 ± 1,94	4,97 ± 3,5	3,9 ± 1,24*

Примечание: * – отмечены данные, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличающиеся от аналогичных до лечения.

Обследуемые больные вели дневник, в котором ежедневно оценивали тяжесть и частоту имеющихся симптомов. Для определения степени выраженности каждого симптома использовалась шкала Лайкерта.

Анализ результатов обследования больных до лечения позволил выявить следующие изменения. Средние значения ОФВ₁, МОС25 у пациентов 1-й и 2-й групп статистически не различались (таблица). При анализе ночных, дневных симптомов (приступов затрудненного дыхания, кашля) также не было выявлено статистических различий.

Ответ на проведенную терапию оценивали по динамике дневных и ночных симптомов, потреблению бронхорасширяющих препаратов в течение суток, изменению функциональных показателей легких ОФВ₁, ЖЕЛ. Анализ результатов двух групп продемонстрировал положительное влияние терапии ГЭРБ у больных БА на вышеуказанные критерии (см. таблицу). Наиболее выраженный эффект был получен в отношении ночных приступов, меньший эффект терапия оказала на количество дневных приступов, потребление бронходилататоров сократилось в двух группах. Различия в динамике дневных и ночных приступов затрудненного дыхания, потребности бронходилататоров у больных 2-й группы оказались статистически значимыми. В этой группе статистически достоверно улучшились также показатели ФВД.

Выводы

Обобщая полученные данные, можно заключить, что комбинированное лечение больных БА, ассоциированной с ГЭРБ, включающее назначение ингибиторов протонной помпы в сочетании с базисной противоастматической терапией, приводит к уменьшению выраженности клинических проявлений обоих заболеваний, улучшению качества жизни пациентов и улучшению функциональных показателей легких (ОФВ₁, ЖЕЛ). Включая в стандартную схему терапии БА в сочетании с ГЭРБ Берадуал Н, мы можем добиться достоверного уменьшения частоты ночных приступов, дневных приступов и улучшения показателей ОФВ₁.

Литература

1. Арутюнов, А. Г. Механизмы взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы и тактика ведения больных [Текст] / А. Г. Арутюнов, С. Г. Бурков, Е. П. Шерба // Клини. персп. гастроэнтерол., гепатол. – 2004. – № 2. – С. 5–9.
2. Барламов, П. Н. Гастроэзофагеальный рефлюкс при бронхиальной астме [Текст] / П. Н. Барламов // Клини. персп. гастроэнтерол., гепатол. – 2003. – № 3. – С. 90–93.
3. Васильев, Ю. В. Бронхиальная астма, сочетающаяся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [Текст] / Ю. В. Васильев // Лечащий врач. – 2004. – № 9. – С. 14–18.
4. Заварзин, О. В. Прогнозирование функциональных нарушений в гастродуоденальной зоне у больных бронхиальной астмой [Текст] / О. В. Заварзин // Мат. 13-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2003. – С. 118.
5. Корабельник, Д. И. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания органов пищеварения [Текст] / Д. И. Корабельников, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2002. – № 1. – С. 87–92.
6. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
7. Маев, И. В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. [Текст] / Маев И. В., Юренев Г. Л., Бурков С. Г. [и др.] // Терапевт. архив. – 2007. – № 3. – С. 57–66.
8. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Чинний від 2007.03.19] [Текст]. – К.: МОЗ України, 2007. – 146 с.
9. Плешко, Р. И. Тяжелая бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс: морфофункциональные аспекты сопряженности [Текст] / Плешко Р. И. [и др.] // Пульмонология. – 2006. – № 1. – С. 60–63.
10. Юренев, Г. Бывает ли астма от проблем с желудком? [Текст] / Г. Юренев // Астма и аллергия. – 2007. – № 3. – С. 3–4.
11. Фещенко, Ю. І. Хвороби респіраторної системи [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. – Київ–Львів, 2008. – 495 с.
12. Corey, D. Nonspecific cough in children and adult [Текст] / D. Corey, M. D. Fogleman // Am. Family Physician. – 2011. – Vol. 84 (5). – P. 502–504.
13. Isaac, Kristi M. The Relationship Between GERD and Asthma [Электронный ресурс] / Kristi M. Isaac. – Режим доступа: <http://www.uspharmacist.com/content/d/featured%20articles/c/14116>.
14. Matyášová, Z. The relation of GERD, bronchial asthma and the upper respiratory tract [Электронный ресурс] / Matyášová Z. [et al.]. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16430100>.
15. The gastroesophageal flap valve: in vitro and in vivo observations [Текст] / L. D. Hill [et al.] // Gastrointestinal. Endoscopy. – 1996. – Vol. 44 (s). – P. 541–547.
16. Wong, C. H. Gastro-esophageal Reflux Disease in 'Difficult-to-Control' Asthma: Prevalence and Response to Treatment with Acid Suppressive Therapy [Электронный ресурс] / Wong C. H. [et al.]. – Режим доступа: <http://www.medscape.com/viewarticle/529514>.



**20 мл
в одному флаконі**



**200 доз
в одному флаконі**

Коротка інструкція для медичного застосування препарату БЕРОДУАЛ® (BERODUAL®)

ПОКАЗАННЯ. Профілактика та симптоматичне лікування хронічних обструктивних захворювань дихальних шляхів з оборотним обмеженням дихання, таким як бронхоспазм, який виникає при бронхіальній астмі та здебільшого при хронічному бронхіті з еміфіземою легень або без неї. При лікуванні пацієнтів з бронхіальною астмою та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), яке реагує на терапію стероїдами, слід розглянути можливість призначення супутньої протизапальної терапії.

Склад: діючі речовини: іпратропій бромід, фенотеролу гідробромід; 1 мл (20 крапель) розчину для інгаляцій містить іпратропій бромід 261 мкг еквівалентно 250 мкг іпратропію броміду безводного; фенотеролу гідробромід 500 мкг; Лікарська форма. Розчин для інгаляцій. Фармакотерапевтична група. Протиастматичні засоби. Адренергічні засоби в комбінації з іншими протиастматичними препаратами. Код АТС R03A K03. Клінічні характеристики. Протипоказання. Підвищена чутливість до фенотеролу гідроброміду, атропіноподібних речовин або до інших компонентів препарату, гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія, тахіаритмія. Спосіб застосування та дози. (20 крапель = 1 мл). (1 мл містить 250 мкг іпратропію броміду безводного та 500 мкг фенотеролу гідроброміду). Дозу слід підбирати індивідуально. Під час лікування пацієнти повинні перебувати під медичним наглядом. За відсутності інших призначень рекомендують такі режими дозування (терапію завжди слід починати з найменшої рекомендованої дози). Дорослі (включаючи людей літнього віку) та діти старше 12 років. Гострі напади бронхіальної астми. Для швидкого усунення симптомів при легких та помірних загостреннях у багатьох випадках достатньо 1 мл (20 крапель). У тяжких випадках, наприклад у пацієнтів, які перебувають у відділенні інтенсивної терапії і не реагують на висхідні дози, можливе призначення вищих доз – до 2,5 мл (50 крапель). В особливо тяжких випадках можливе застосування максимальної дози до – 4 мл (80 крапель) за умови медичного нагляду за станом пацієнта. У разі бронхоспазму середньої тяжкості або при проведенні вентиляції легень рекомендовано дозу, нижчий рівень якої становить 0,5 мл (10 крапель). Діти віком 6 – 12 років. Гострі напади бронхіальної астми. У багатьох випадках для швидкого усунення симптомів рекомендується 0,5 – 1 мл (10 – 20 крапель). У тяжких випадках можливе призначення вищих доз до – 2 мл (40 крапель). В особливо тяжких випадках можливе застосування до – 3 мл (60 крапель) за умови медичного нагляду за станом пацієнта. У випадках бронхоспазму середньої тяжкості або при проведенні вентиляції легень рекомендовано дозу, нижчий рівень якої становить 0,5 мл (10 крапель). Діти віком до 6 років (з масою тіла менше 22 кг). З огляду на те, що інформація про застосування препарату у цій віковій групі обмежена, рекомендується застосовувати препарат у нижчезазначеній дозі лише за умови медичного нагляду за станом пацієнта: приблизно 25 мкг іпратропію броміду та 50 мкг фенотеролу гідроброміду на 1 кг маси тіла на одну дозу, що відповідає до 0,5 мл (10 крапель). Побічні реакції. Більшість нижчезазначених небажаних ефектів можна пояснити антихолінергічними та бета-адренергічними властивостями БЕРОДУАЛУ. Як і при іншій інгаляційній терапії, БЕРОДУАЛ може викликати симптоми місцевого подразнення. Побічні реакції на препарат виявлені на основі даних, отриманих під час клінічних досліджень та фармакологічних досліджень після його ретестації. Найпоширенішими побічними ефектами, виявленими під час клінічних досліджень, були кашель, відчуття сухості у роті, головний біль, тремор, фарингіт, нудота, запаморочення, дисфонія, тахікардія, прискорене серцебиття, блювання, підвищення систолічного артеріального тиску та нервозність.* Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка. БЕРОДУАЛ містить два активні бронхолітичні інгредієнти: іпратропій бромід, що має антихолінергічний ефект, та фенотеролу гідробромід, який є бета-адренергічним засобом. Іпратропій бромід є четвертинною амонієвою сполукою з антихолінергічними (парасимпатолітичними) властивостями. Під час доклінічних досліджень виявлено, що він інгібує вагусні рефлекси як антагоніст ацетилхоліну – медіатора, який забезпечує передачу імпульсу блукаючого нерва. Фенотеролу гідробромід спричиняє релаксацію бронхіальних і судинних гладких м'язів та захищає від таких стимуляторів бронхоконстрикції, як гістамін, метаколін, холодне повітря й алергени (реакції негайного типу). Після одnorазового введення фенотеролу блокує звільнення бронхоконстрикторних та прозапальних медіаторів зі стовбурових клітин. Окрім того, після введення високих доз фенотеролу (0,6 мг) спостерігається покращення мукосиліарного кліренсу. При гострій астмі комбінація фенотеролу та іпратропію ефективна відразу після застосування препарату і виявляється ефективнішою, ніж кожен компонент окремо.

Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Істітуте де Анжелі С.р.л., Італія.

* Для докладної інформації дивись Інструкцію для медичного застосування препарату Беродуал

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Беродуал. Інформація для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я та призначена для розповсюдження під час семінарів, конференцій, симпозиумів та інших наукових заходів з медичної тематики.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату БЕРОДУАЛ® Н (BERODUAL® Н)

ПОКАЗАННЯ. Профілактика та симптоматичне лікування хронічних обструктивних порушень прохідності дихальних шляхів із оборотним обмеженням дихання, при бронхіальній астмі та при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ). Пацієнтам з нападами астми та з чутливим до стероїдів хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) необхідно призначати супутню протизапальну терапію.

Склад: діючі речовини: іпратропій бромід, фенотеролу гідробромід; 1 доза містить іпратропій бромід 21 мкг еквівалентно іпратропію броміду безводного 20 мкг; фенотеролу гідробромід 50 мкг. Лікарська форма. Аерозоль дозований. Фармакотерапевтична група. Протиастматичні засоби. Адренергічні засоби в комбінації з іншими протиастматичними препаратами. Код АТС R03A K03. Протипоказання. Підвищена чутливість до фенотеролу гідроброміду або до атропіноподібних речовин чи будь-яких допоміжних речовин цього препарату. Гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія та тахіаритмія. Спосіб застосування та дози. Дозу слід підбирати індивідуально. Для дорослих та дітей віком від 6 років рекомендують нижчезазначені режими дозування. Гострий напад бронхіальної астми. У багатьох випадках для купірування симптомів достатньо 2 інгаляцій. У тяжких випадках, якщо за 5 хвилин дихання значно не покращується, можна зробити ще дві додаткові інгаляції. Якщо немає ефекту після проведення 4 інгаляцій, може виникнути необхідність у проведенні додаткових заходів. У таких випадках пацієнт повинен негайно звернутися до лікаря. Переривчасте та довготривале лікування. (При астмі дозований аерозоль БЕРОДУАЛ Н слід застосовувати лише за необхідності) 1–2 інгаляції для кожного введення, максимум 8 інгаляцій на день (в середньому 1–2 інгаляції 3 рази на день). Дітям дозований аерозоль БЕРОДУАЛ Н слід застосовувати тільки за рекомендацією лікаря й під наглядом дорослих. Побічні реакції. Більшість нижчезазначених небажаних ефектів можна пояснити антихолінергічними та бета-адренергічними властивостями БЕРОДУАЛ Н. Як і при іншій інгаляційній терапії, БЕРОДУАЛ Н може спричинити симптоми місцевого подразнення. Найпоширенішими побічними ефектами, виявленими під час клінічних досліджень, були кашель, відчуття сухості у роті, головний біль, тремор, фарингіт, нудота, запаморочення, дисфонія, тахікардія, прискорене серцебиття, блювання, підвищення систолічного артеріального тиску та нервозність*. Діти. Застосовувати дітям віком від 6 років за призначенням лікаря та під наглядом дорослих. Фармакологічні властивості. БЕРОДУАЛ Н містить два активні бронхолітичні інгредієнти: іпратропій бромід, що має антихолінергічний ефект, та фенотеролу гідробромід, який є бета-адренергічним засобом. Іпратропій бромід є четвертинною амонієвою сполукою з антихолінергічними (парасимпатолітичними) властивостями. Він інгібує вагусні рефлекси за рахунок антагоністичної взаємодії з ацетилхоліном, медіатором, який забезпечує передачу імпульсу блукаючого нерва. Розширення бронхів після інгаляційного введення іпратропію броміду зумовлено переважно місцевою, специфічною дією препарату, що не є системною. Не виявлено негативного впливу іпратропію броміду на секрецію слизу у дихальних шляхах, мукосиліарний кліренс та газообмін у ході доклінічних та клінічних досліджень. Фенотеролу гідробромід являє собою прямий симпатоміметик, який у терапевтичному діапазоні селективно стимулює бета2-адренорецептори. Фенотеролу гідробромід спричиняє релаксацію бронхіальних і судинних гладких м'язів та захищає від стимуляторів бронхоконстрикції, таких як гістамін, метаколін, холодне повітря й алергени (реакції негайного типу). При гострому бронхоспазмі для БЕРОДУАЛ Н починається відразу після введення, тому препарат може бути застосований для лікування гострих нападів бронхіальної астми.

Категорія відпуску. За рецептом.

* Для докладної інформації дивись Інструкцію для медичного застосування

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я та призначена для розповсюдження під час семінарів, конференцій, симпозиумів та інших наукових заходів з медичної тематики.

**КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО
ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ ФЕНОТЕРОЛУ І ІПРАТРОПІУ
БРОМІДУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ У ПОЄДНАННІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ
РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**

*Т. В. Бездітко, Л. А. Овчаренко,
Л. О. Бойко, Г. В. Єрьоменко*

Резюме. Обстежено 32 хворих на бронхіальну астму (БА), поєднану з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Хворих було розподілено на дві групи. Обидві групи приймали базисну антиастматичну терапію, інгібітори протонної помпи, антисекреторну терапію за потреби. Пацієнти другої групи додатково щоденно вранці та ввечері приймали препарат Беродуал Н. Отримані дані свідчать про позитивний вплив Беродуалу Н на перебіг ГЕРХ у хворих на БА.

Ключові слова: астма, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, якість життя.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2013, №3

Т. В. Бездітко

Обласна клінічна лікарня,

61202, Україна, м. Харків, вул. Ахсарова, 20^А,

тел.: 38067 732 0627,

e-mail: alergologia@yandex.ru

**CLINICAL EXPERIENCE WITH THE COMBINED DRUG
BASED ON FENOTEROL AND IPRATROPIUM BROMIDE
IN THE TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA
IN COMBINATION WITH GASTROESOPHAGEAL
REFLUX DISEASE**

*T. V. Bezditko, L. A. Ovcharenko,
L. A. Boyko, G. V. Eremenko*

Summary. Thirty two patients having bronchial asthma (BA) complicated by gastroesophageal reflux disease (GERD) have been examined. The patients have been divided into two groups, each one receiving comprehensive anti-asthmatic therapy, proton pump inhibitors and, if required, antisecretory treatment. The second group was additionally taking Berodual N every day in the morning and evening. The data testifying a positive effect of Berodual N upon GERD clinical course in patients with BA, have been obtained.

Key words: asthma, gastroesophageal reflux disease, quality of life.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2013, 3

T. V. Bezdetko

Regional Hospital

61202, Ukraine, Kyiv, 20^A, Ahsarova str.

tel.: 38067 732 0627

e-mail: alergologia@yandex.ru
