

3. Turner K.B., 1997. Gentile D.A., 2001 Scanner D.P., Curr Allergy Asthma Rep, 2001, 1, 227-234
4. Couch R.B., Rhinoviruses by Fields B.M virology 3(rd) edition, Philodelphia: lippinkott – Naven, 1996, 713-735
5. Reinecke S. Tschalkin M. Wintersuchung der wirksamkeit von oxymetazolin bei der Rhinitisdauer, MMW – Fortschritt der Medizin Originalien, 2005, 3(147jg), 113-118
6. Schmidke M., Sauebm A., Wutder P., Besitzen oxymetazolinhaltige Nasen – Sprays line antiviral Wirkung gegenüber Influenzaviren. Chemother J, 2005, 14: 207-11
7. Ledford R.M., et al., J Virol., 2004, 78, 3663-3674
8. B.Glatthaar – Saalmuller, A.Saalmuller, Skalch Oxymetazoline exerts antiviral activity against human rhinovirus – 14 and downregulates expression of its receptor ICAM-1 in human umbilical cells.
9. Ярилин А.А., Основы иммунологии, М., медицина, 1999
10. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И. Элиминационная терапия в лечении аденоидита у детей с острым синуситом. Вестник оторинолар. 2004. №4. с. 46-48
11. Богомильский М.Р., Круговская Н.Л. Элиминационная терапия при аллергических аденоидитах у детей.
12. Брежнева Ю.В. Применение элиминационного препарата Хьюмер 150 в комплексном лечении аллергического ринита у детей. Клиническая иммунология и аллергология. №4 (15). - 2008.
13. Волошина И.А., Туровский А.Б. Ирригационная терапия атрофического ринита. Русский медицинский журнал. Том 16, - №29, - 2008.

УДК 615.235.03:616.211

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО МУКОЛИТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ**Ж. А. Асильбекова, Т. В. Федосова****Медицинский центр «Медикер», г. Алматы**

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа встречаются довольно часто. Заболеваемость риносинуситами до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Острый синусит встречается у 10-20% от всех ЛОР-заболеваний у детей, хронический синусит - от 16 до 34%. Среди взрослых 15 -36% составляют люди, страдающие синуситами.

Развитию процесса в околоносовых пазухах способствуют условия общего и местного характера. Причинами острого воспаления пазух чаще всего бывают ОРВИ, грипп, переохлаждение, травмы. При остром насморке в той или иной мере вовлекаются в острое воспаление и околоносовые пазухи.

Хронические синуситы возникают в результате затяжного течения или частого повторения острого процесса под влиянием различных неблагоприятных факторов. Среди местных факторов это те, которые нарушают дренажную функцию выводных отверстий. Это шипы и гребни носовой перегородки, гипертрофия нижних и средних носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки и полипы.

Все это ведет к нарушению вентиляции околоносовых пазух, давление воздуха в них приводит к отеку слизистой оболочки, затем появляется секрет слизистых желез, активация условно патогенной микрофлоры. Начинаются экссудативные процессы, при присоединении бактериальной инфекции экссудат становится гнойным. Исследования последних лет показывают, что наиболее частыми возбудителями острых риносинуситов являются *Str. pneumoniae* (25 - 30%), *H. influenzae* (15 - 20%), *M. catarrhalis* (15 - 20%), *Str. piogenes* (2 - 5%), *Staf. aureus* (2%), иные возбудители (20%).

Синуситы могут являться причиной тяжелых осложнений со стороны орбиты вплоть до слепоты, со стороны черепа - с развитием менингита, абсцесса головного мозга, что может привести к летальному исходу.

Важнейшими целями терапии острого риносинусита являются восстановление дренажа и вентиляции околоносовых пазух, для чего необходимы препараты, проявляющие противовоспалительный и секретолитический эффекты. Действенным средством при риносинусите является растительный лекарственный препарат с комбинированным действующим веществом BNO 101,

получаемым из травы вербены, корня горечавки, травы щавеля, цветков бузины и цветков первоцвета, который обладает секретолитическим, противовоспалительным и противовирусным эффектами.

Секретолитическое действие и устранение отека при воспалении слизистых оболочек - основные патофизиологические аспекты терапии острого риносинусита, позволяющие смягчить симптомы, предотвратить развитие осложнений и переход заболевания в хроническую форму. При остром риносинусите, который чаще всего возникает вследствие вирусной инфекции верхних дыхательных путей, имеет место воспалительный отек слизистой оболочки; это ведет к сужению или даже полному закрытию отверстий между околоносовыми пазухами и носовыми ходами. В результате этого происходит застой секрета в пазухах, что наряду с нарушением мукоцилиарного клиренса способствует присоединению бактериальной инфекции.

Фитопрепарат Синупрет, содержащий комбинированное растительное действующее вещество BNO 101, эффективно влияет на несколько патогенетических механизмов риносинусита. Было доказано, что Синупрет оказывает секретолитический и противовоспалительный эффекты, а также противомикробное и противовирусное действие. Благодаря секретолитическому эффекту происходит физиологическое разжижение носовой слизи и поддерживается мукоцилиарный клиренс. За счет противовоспалительной активности препарат обеспечивает уменьшение отека слизистой оболочки, вызванного воспалением. Носовое дыхание снова становится свободным, дренаж и вентиляция околоносовых пазух улучшаются.

В медицинском центре «Медикер» нами было обследовано 32 пациента разного возраста (с 15 по 42 лет). Почти все больные получали антибиотик (амоксциллин), а также капли в нос (називин, ксимелин и т.д.). Из них 16 пациентов дополнительно принимали комбинированное растительное вещество Синупрет (1 группа). В качестве критериев оценки состояния пациентов рассматривались такие клинические признаки выздоровления, как отсутствие ряда субъективных жалоб с одновременным устранением объективных симптомов

заболевания, а также улучшение отделения назального секрета.

Через 10 дней от начала лечения 61% пациентов, которые получали Синупрет (1 группа) заявили о полном выздоровлении. Во 2 группе, несмотря на лечение антибиотиками и применение противоотечных средств, выздоровление отмечали лишь 34% пациентов. Эти данные были подтверждены риноскопией – уменьшение отека слизистой оболочки носа и вязкости носового секрета, а также результатами рентгенологического исследования.

Таким образом, комбинированное действующее вещество растительного происхождения VNO 101 (Синупрет) оказывает выраженное влияние на патофизиологические механизмы острого риносинусита, что позволяет достичь основных целей терапии и добиться клинически значимого смягчения симптоматики и улучшения состояния пациента. Благодаря противовоспалительному, противоотечному и секретолитическому эф-

фектам, достигаемым при применении указанного вещества, устраняется возникшее в результате отека закрытие отверстий между придаточными пазухами и носовыми ходами, улучшается мукоцилиарный клиренс и обеспечивается дренаж и вентиляция околоносовых пазух. В том случае, когда состояние больного требует применения антибиотиков, дополнительное назначение Синупрета способно оптимизировать лечение.

Литература:

1. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Русский медицинский журнал, - Т.8, - №5, - 2000. - С. 223 – 226.
2. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха // Российская ринология, - №3, - 2002. - С. 38 – 42.
3. Рязанцев С.В. Острый риносинусит: подходы к терапии. – М.: – 2003. - С. 55 – 81.

УДК 616.248-08.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

М.Т. Абишев

КГКП «2-я городская клиническая больница», г. Астана

Лечение БА имеет ступенчатый или поэтапный подход. Целью ступенчатой терапии является достижение эффективности терапии путем применения минимума лекарственных веществ.

Все препараты для медикаментозного лечения БА подразделяются на два вида: препараты для использования по потребности и купирования обострений и препараты для длительного контроля заболевания.

Персистирующий характер воспаления при БА требует назначение противовоспалительной терапии. Наиболее эффективными препаратами для облегчения симптомов БА – являются агонисты с быстрым началом действия. Также эффективным средством базисной терапии при БА относятся системные и ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС).

Ключевые слова: бронхиальная астма (БА), ингаляционные глюкокортикостероиды, бета₂-агонисты

Бронх демікпесінің емі баспалдақты және этапты. Емнің мақсаты терапияның тиімділігін дәрілік препараттарды аз қолдана отырып арттыру. Бронх демікпесін емдеуге қолданылатын препараттар екі топқа бөлінеді. Бронх демікпесінің қайталамалы қабынумен жүретін түрі қабынуға қарсы препараттарды тағайындауды қажет етеді. Тез әсер ететін агонистер тиімділігі жоғары препараттар ретінде қаралады. Ингаляциялық глюкокортикостероидтар бронх демікпесінің емінің тиімді базисті дәрісі ретінде саналады.

Түйінді сөздер: бронх демікпесі, ингаляциялық глюкокортикостероидтар, бета₂-агонистер

Несмотря на значительные успехи в понимании этиопатогенеза бронхиальной астмы (БА) и возможностей лечения, во всех странах мира отмечается увеличение этой патологии. Тревожным остается вопрос увеличения тяжести БА.

В соответствии с современной концепцией ключевым звеном патогенеза бронхиальной астмы (БА) является воспаление [1].

Классифицировать БА в настоящее время целесообразно в первую очередь по степени тяжести воспалительного процесса, так как именно это определяет тактику ведения больного. При оценке тяжести течения учитывается также объем противовоспалительной терапии.

Степень тяжести определяется по следующим показателям:

- количество ночных симптомов в неделю;
- количество дневных симптомов в день и в неделю;
- частота применения бета₂-агонистов короткого действия;
- выраженность нарушений физической активности и сна;

- значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) и ее процентное соотношение с должным или наилучшим значением;

- суточные колебания ПСВ;
- объем проводимой терапии.

Существует 4 степени тяжести течения БА: легкая интермиттирующая, легкая персистирующая, средней тяжести персистирующая, тяжелая персистирующая. В России также выделяется тяжелая персистирующая стероидозависимая БА.

Основная цель терапии БА- восстановление и поддержание нормальной или возможно близкой к норме функции легких. Лечение больных БА является комплексным, оно включает медикаментозное и немедикаментозное лечение с соблюдением противоаллергического режима. Общеизвестно, что персистирующий характер и тяжесть течения БА зависит от хронического воспаления дыхательных путей. В этой связи, базисная терапия персистирующей астмы должна быть направлена на постоянную борьбу с воспалением. Наиболее эффективным средством базисной терапии относятся препараты, обладающие противовоспалительным эффектом, в частности системные и ингаляционные (иГКС). Длительное правильное применение иГКС не