

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

вызывает побочных эффектов, которые могут наблюдаться при лечении ГКС вводимые системно. Также, базисные средства, применяемые длительно позволяют контролировать течение БА. Контроль заболевания предусматривает:

- минимальная выраженность симптомов астмы, в том числе ночные;
- редкие нетяжелые обострения;
- отсутствие побочных эффектов;
- минимальная потребность бета₂-агонистов.

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. Они являются наиболее эффективными бронходилататорами и препаратами выбора для купирования острых симптомов БА. При лечении БА в настоящее время применяют «ступенчатый» подход. Усиление интенсивности терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести.

Таким образом, в настоящее время иГКС являются самыми эффективными противовоспалительными препаратами для лечения БА.

Контролируемые исследования, проведенные с учетом требований медицины доказательств, показали их эффективность в плане улучшения функции дыхания, уменьшения гиперреактивности дыхательных путей, выраженности симптомов, частоты и тяжести обострений (уровень доказательности А). ИГКС приводят к стабилизации клеточных мембран, уменьшают проницаемость сосудов, улучшают функцию бета₂-рецепторов как путем синтеза новых, так и повышая их чувствительность, стимулируют эпителиальные клетки. ИГКС отличаются от системных ГКС своими фармакологическими свойствами: липофильностью, быстротой инактивации, коротким периодом полувыведения из плазмы крови. А также местное (топическое) применение иГКС обеспечивает выраженное противовоспалительное эффекты непосредственно в бронхиальном дереве. Количество иГКС, доставляемое в дыхательные пути зависит от номинальной дозы препарата, типа ингалятора, а также техники выполнения ингаляции. До 80% пациентов испытывают сложности при использовании дозированных аэрозолей. Существует четкая связь между дозой иГКС и профилактикой обострений БА. Однако контролируемые клинические исследования также продемонстрировали, что длительная терапия высокими дозами иГКС может сопровождаться некоторыми системными эффектами. При этом профиль безопасности высоких доз иГКС более благоприятный, чем у пероральных ГКС. Для повышения эффективности лечения и уменьшения дозы иГКС используют бета₂-агонисты длительного действия [2].

Ряд фундаментальных исследований показал, что включение ингаляционных бета₂-агонистов длительного действия (сальметерола и формотерола) в схему лечения больных, у которых БА не удается полностью контролировать различными дозами иГКС, позволяет достичь лучшего контроля над заболеванием, чем просто увеличение дозы иГКС в два раза и более. Комбинация иГКС с бета₂-агонистом длительного действия в настоящее время является основой терапии у взрослых со

среднетяжелым и тяжелым течением БА и у детей с тяжелым течением БА. Следует рассматривать данные классы препаратов (иГКС и бета₂-агонисты длительного действия) как синергисты, что обусловлено их комбинированным воздействием на молекулярном и рецепторном уровнях. Контролируемые исследования также показали, что введение иГКС и бета₂-агонистов длительного действия в виде комбинированного препарата столь же эффективно, как и раздельное введение каждого из них (уровень доказательности В). Ингаляторы с фиксированными комбинациями препаратов более удобны для пациентов, повышают комплаенс, обеспечивают одновременное введение бета₂-агониста и иГКС. Для длительного контроля над симптомами БА применяется Серетид [3].

Компоненты, входящие в состав, применяются достаточно давно: флютиказон пропионат – с 1993 г., сальметерола ксинафоат – с 1990 г.

Сальметерола ксинафоат относится к ингаляционным бета₂-агонистам длительного действия с медленным началом действия. Исследования конца 90-х годов показали, что применение бета₂-агонистов длительного действия, к которым относятся сальметерол и формотерол, позволяет не только предупредить ночные симптомы и постнагрузочный бронхоспазм, но и уменьшает почти вдвое дозу иГКС, необходимую для достижения адекватного контроля над БА. Бета₂-агонисты длительного действия оказывают стабилизирующее влияние на тучные клетки, ингибируют IgE-опосредованное высвобождение ими гистамина, что приводит к уменьшению системной и местной концентрации гистамина. Они также уменьшают проницаемость легочных капилляров, причем в большей степени, чем иГКС.

Важно отметить, что противовоспалительные эффекты бета₂-агонистов длительного действия не могут играть определяющей роли у больных БА, так как снижение чувствительности бета₂-адренорецепторов (десенситизация) и “down”-регуляция (уменьшение количества рецепторов) в клетках воспаления возникает быстрее, чем в миоцитах бронхов [4]. Поэтому при систематическом приеме стимуляторов бета₂-адренорецепторов толерантность к их противовоспалительным эффектам развивается достаточно быстро.

Сальметерол назначается только в качестве препарата для базисной терапии и не применяется по потребности. Следует использовать только рекомендованные дозы, а для купирования симптомов использовать бета₂-агонисты короткого действия [5].

Клинические исследования, проведенные с препаратом Серетид, доказали его высокую эффективность, более того, его эффективность при БА выше, чем у его компонентов, назначаемых по отдельности. Данное ингаляционное устройство позволяет не только точно дозировать препарат, но и подсчитывать дозы. Следует помнить, что Серетид не назначают для купирования симптомов БА. Для этого предпочтительно назначать бета₂-агонисты короткого действия. В нашей стране проведено исследование по качеству жизни больных БА, принимающих Серетид (ИКАР). Результаты его продемонстрировали, что прием Серетида улучшает показатели качества жизни пациентов, повышает сотрудничество пациента с врачом, он удобен в применении. Изучение предпочтений пациентов также показало преимущество комбинированного препарата [6].

Общезвестно, что клинический эффект иГКС при БА имеет дозозависимый характер. Так, низкие дозы (200-400 мкг) достаточно эффективны у большинства больных с легким течением заболевания. При среднетяжелой и тяжелой БА величина суточных доз воз-

растает до 600-800 и более 1000 мкг соответственно [7,8,9].

Таким образом, благодаря ограниченной биодоступности и активной биотрансформации ингаляционный путь введения кортикостероидов позволяет создать их высокую концентрацию непосредственно в бронхиальном дереве [10-16]. Отчетливо выраженные противовоспалительные свойства ИГКС обуславливают при их назначении больным БА с разной степенью тяжести независимо от возраста.

Хорошо известные клинические эффекты ИГКС: повышение функциональных показателей внешнего дыхания, снижение бронхиальной гиперреактивности, уменьшение частоты обострения и выраженности симптомов астмы, улучшение качества жизни пациентов.

Литература:

1. Айсанов З. Р., Стулова О. Ю., Калманова Е. Н. и др. Оценка эффективности комбинированной терапии фликсотидом и серевентом у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 1998. № 3. С. 14-18.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института "Сердце, Легкие, Кровь" и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология. 1996. Прил. С. 1-166.
3. Гущин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М.: Фармарус Принт.
4. Ильина Н. И. Ингаляционные глюкокортикостероиды // Астма.ru. 2001. № 0. С. 10-15.
5. Огородова Л. М., Петровский Ф. И. Серетид - препарат для комбинированной терапии бронхиальной астмы: четыре "почему?" // Аллергология. 2001. №3. С. 19-27.
6. Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С., Мещерякова Н. Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Астма.ru. 2001. № 0. С. 25-29.
7. А. Н. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. 1996. № 2. С. 85-90.

8. Черняк Б. А., Воржева И. И. Новый этап комбинированной терапии бронхиальной астмы. Серетид: клиническая эффективность и безопасность // Аллергология. 2000. № 1. С. 32-39.

9. Bateman E. D., Bousquet J., Braunstein G. L. Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study // Eur. Respir. J. 2001. Vol.17. P. 589-595.

10. Greening A. P., Ind P. W., Northfield M., Shaw G. Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid // Lancet. 1994. Vol. 344. P. 219-222.

11. Kumar J., Mohan A., Sharma S. K., Pande J. N. Recent concepts in the pathogenesis of bronchial asthma // Indian J. Chest Dis. allied Sci. 1997. Vol.39. P. 27-45; Информ. сб. ПААКИ. 1997. № 9. С. 1-2.

12. Markham A., Adkins J.C. Inhaled salmeterol/fluticasone propionate combination review of use in the management of asthma // Pharmacoeconomics. 2000. Vol. 105. P. 162-166.

13. Nielsen L. P., Dahl K. Therapeutic ratio of inhaled corticosteroids in adult asthma. A dose-range comparison between fluticasone propionate and budesonide, measuring their effect on bronchial hyperresponsiveness and adrenal cortex function // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000. Vol. 162. P. 2053-2057.

14. Pedersen S., Byrne P.O. A comparison of the efficacy and safety of inhaled corticosteroid in asthma // Eur. J. Allergy. 1997. Vol. 52. P. 1-34.

15. Shrewsbury S., Pyke S., Britton M. A meta-analysis of increasing inhaled steroid or adding salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA) // B. M. J. 2000. Vol. 320. P. 1368.

16. Verberne A., Frost C., Duiverman E. et al. Addition of salmeterol versus doubling the dose of beclomethasone in children with asthma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1998. Vol. 158. P. 213-219.

УДК 616.24-002.5-097-003.2

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Р. С. Игембаева, К. С. Игембаева, Л. П. Бритенкова, О. А. Горковенко,

Г. Ф. Кассирова, А. А. Еникеев, Г. Г. Дюсембаева, К. Сексенбаев

Государственный медицинский университет г. Семей,

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

Инфильтративті өкпе туберкулезі кезіндегі иммунитеттің көрсеткіштері

Туберкулезге байланысты адам ағзасында түзілетін иммунитетке интерлейкин – 2 – нің (ИЛ-2) тікелей қатысы бар. Осы ИЛ-2 затына фитогемоагглютининмен әсер еткенде, оның ағзада түзілу деңгейінің, туберкулез ауруының ағымының өзгеруімен тығыз байланысты екенін дәлелдейді. Туберкулез микобактериясының биологиялық қасиеттері туберкулез ауруларының иммуногенетикалық көрсеткіштеріне әсер ете алады. Осы иммуногенетикалық көрсеткіштерді, аурудың ағымының қалай аяқталатынын болжау үшін қолдануға болады.

Immunological parameters in infiltrative pulmonary tuberculosis

The revealed correlation communications of production IL - 2 with character of the immune answer testify about special roles IL - 2 in formation of immunity of an organism at a tuberculosis that confirms and the found out direct correlation of production IL - 2, at induction FGA with dynamics of specific process. Thus, results of the executed research force to pay special attention immunogenetic value of biological properties MBT. The received data can be used for the forecast of current of specific process.

Значение клеточного иммунитета при туберкулезе хорошо известно. Изменения клеточного и гуморального приобретенного иммунитета сочетаются с изменениями естественного иммунитета, причем для каждой клинико-

морфологической формы туберкулеза эти сочетания характерны. Речь идет не только о степени выраженности иммунологических реакций, но и об их цитокиновой регуляции. Так угнетение синтеза интерлейкина-2 (ИЛ-