

**Таз дене түршігуінен қоздырылған
демікпені емдеудегі микосист
О.А. Митковская**

Мақалада таз дене түршігуі демікпесін емдеуде микосисті пайдаланудың жоғары тиімділігі көрсетілген.
Түйінді сөздер: демікпе, таз дене түршігуі, қолқа жүйесінің микрофлорасы, аллергендер.

**Mikosist in treatment of the bronchial
asthma, caused fungous сенсбилизацияей.
О.А. Mitkovskaya**

High efficiency of the using микосиста is presented In article in treatment of the bronchial asthma with fungous сенсбилизацияей.

Key words: bronchial asthma, fungous сенсбилизация, микрофлора bronchial system , аллергены.

УДК 616-08:616.248/615.451.3.5

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
СУХИМИ АЭРОЗОЛЯМИ**

О.А. Митковская

Казахстанский медицинский университет

В статье показаны результаты лечения больных бронхиальной астмой сухими аэрозолями.

Ключевые слова: бронхиальная астма, терапевтическая эффективность, аллергия, больной.

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность сочетанного применения различных ингаляционных препаратов; оценка результативности лечения бронхиальной астмы сухими аэрозолями: серетид(бронхолитик + кортикостероид).

Количество больных БА изучено во многих странах мира. В США зарегистрировано более 15 миллионов больных, в Москве БА выявлена у 7% взрослых, в Алматы – у 8%. Инвалидизация от БА в Германии отмечена у 15% больных, в Узбекистане – у 38%, в Алматы – у 16%. Смертность от БА в высокоразвитых странах равна 0,3% от поступивших в стационары больных.

За последние 10 лет смертность от БА увеличилась во всех странах в 2 раза и продолжает расти (Ж.Ж.Рапопорт и др., 1980).

Актуальность проблемы изучения с целью оптимизации современных методов лекарственного лечения бронхиальной астмы признана всеми.

Методы и материалы

Согласно современной классификации БА мы разделили всех больных на три группы: экзогенная (атопическая), эндогенная (инфекционно-аллергическая) и сочетанная формы.

Методика обследования

Обследование больных проводилось в несколько этапов: сбор аллергоанамнеза, осмотр больного, клинические, инструментальные, лабораторные и иммунологические методики исследования. Постановка диагностических кожных и провокационных проб с аллергенами проводится только в период ремиссии БА. Поэтому у больных мы использовали результаты проб, проведенных ранее, в период ремиссии БА, что позволило установить правильный диагноз.

Эффективность проведенной комбинированной схемы лечения оценивалась по пятибалльной системе (В.С.Мошкевич, 1989) через 1, 4, 6 мес., а некоторых больных и через 12 месяцев после окончания лечения.

Всех больных мы разделили на три группы по тяжести течения БА: 77,0% -77 человек– средняя степень тяжести, 21,% -21 человек– тяжелая степень течения. С легкой степенью течения было 2% больных -2 человека.

Клинико-инструментальные обследования

В работе применялись следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография,

спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия каждого больного.

Рентгенография органов грудной клетки при бронхиальной астме показывала низкое стояние купола диафрагмы, повышение прозрачности легочных полей, расширение межреберных промежутков.

Спирографию при БА использовали для характеристики проходимости бронхов различного калибра, измеряли динамику, обструкции на различных уровнях бронхиального дерева. Определяли несколько основных показателей проходимости бронхов: $ОФВ_1$ – объем форсированного выхода за 1 сек (л/сек), индекс Тиффно, снижение $ОФВ_1$, МСВП – максимальная скорость воздушного потока на выдохе или ПТМ выдоха, пиковая скорость выдоха (ПСВ, л/мин), ЭП – 25, 50, 75% - экспираторные потоки малых, средних и крупных объемов.

Определение гормонального фона

Больные бронхиальной астмой, получавшие наш метод лечения, до этого нередко лечились короткими курсами оральных кортикостероидов – 66,6% больных, дипроспан получали 14,9% больных, зависимость от гормонов – выявлена у 18,4% больных. Известно, что длительный прием гормонов нарушает функцию эндокринной системы (гипофиз – кора надпочечников) при БА. Среди наших больных, согласно патогенетической классификации Г.Б.Федосеева, дисгормональный вариант БА был у (20,1%) больных.

Больным проводилось иммунологическое обследование до и после лечения, так как описаны нарушения иммунитета при БА.

Мы назначали комбинированный метод лечения: бронхорасширяющие препараты совместно с топическими кортикостероидами в виде аэрозолей (серетид).

Бронхорасширяющие препараты, назначавшиеся нами, были селективные β_2 -агонисты: сальгим (сальбутамол: 1-(4-гидрокси-метилфенил)-2-(третбутиламино) этанола гемисукцинат) - мелкокристаллический порошок в ткрбохалере; глюкокортикостероид-бенакорт (будесонид)-порошок(турбохалер) – сухие аэрозоли.

Комбинированное последовательное назначение бронхорасширяющих симпатомиметиков и топических кортикостероидов в виде ингаляций позволяет снять воспаление нижних дыхательных путей.

Применение аэрозолей в виде порошковых распылителей – сухие аэрозоли – имеет, по сравнению с дозировочными влажными ингаляторами, то преимущество, что частички лекарства ингалируются постепенно за счет вдоха пациента. Они

меньше оседают в ротоглотке в связи с отсутствием большого ускорения, которое наблюдается при высвобождении частиц из аэрозольных баллончиков. Кроме того, исключено токсическое действие фреонов на слизистую оболочку дыхательных путей, что неизбежно при использовании дозировочных баллончиков с влажными аэрозолями.

Степень тяжести течения БА снизилась через 6 месяцев комбинированного метода лечения, в основном за счет средней степени течения БА, легкая степень течения отмечена у 19,0% больных.

Перед началом лечения гормонозависимость к системным КС выявлена была у 67 (18,4%) больных, а после 6 месяцев лечения оставалась только у 8 (2,3%) больных. При этом дозу КС большинство больных резко снизили. Таким образом, у 16,1% больных были полностью отменены системные КС.

Рентгенография органов грудной клетки при БА показывала до лечения усиление прозрачности легочных полей, эмфизему легких – 76,7% больных, а при обследовании больных через 6 месяцев после лечения ингаляционным комбинированным методом по всем схемам – эмфизема выявлена только у 53,8% больных, а через 12 месяцев – у 49,3% больных.

Электрокардиография перед началом лечения в период обострения БА показала: тахикардию, отклонение вертикальной оси сердца – у 21,6% больных, а при обследовании через 6 месяцев после лечения схемами 1 и 5 – такая патология была у 19,1% больных, а через 12 месяцев – у 17,3%.

Применение комбинированного метода лечения сухими аэрозолями (дискхалер)) достоверно больше нормализовало функцию легких у больных БА по сравнению с двумя контрольными группами (только бронхолитики или только кортикостероиды).

Риноцитограмма определялась при обследовании больных БА в сочетании с хроническим аллергическим ринитом. Развитие обострения ринита часто совпадало с обострением БА, поэтому при лечении обострения БА наблюдается также снижение симптомов ринита, т.к. слизистая носа функционально и анатомически связана со слизистой бронхов.

Из обследованных больных 18,5% были гормонозависимыми (принимали полькортолон более года); 66,7% принимали короткие курсы кортикостероидов *per os*; 14,9% больных в процессе лечения принимали внутримышечно дипроспан. В этой группе определялось содержание количества кортизола в крови, АКТГ, 11-ОКС в плазме и 17-ОКС в моче и в плазме до лечения, в период и после лечения.

Мы изучали также динамику содержания кортизола в плазме крови после лечения. Как видно из рисунка, при лечении сухими аэрозолями (схема 5) до лечения содержание кортизола в крови было несколько снижено – $7,0 \pm 0,3$ мкг/мл, а после лечения повысилось до $25,5 \pm 0,18$ мкг/мл. При лечении влажными аэрозолями до лечения - $6,8 \pm 0,18$ мкг/мл, после лечения - $23,6 \pm 0,18$ мкг/мл. При лечении контрольной группы вентолином до лечения - $7,2 \pm 0,28$ мкг/мл, после лечения - $24,6 \pm 0,2$ мкг/мл. По данным показателям наиболее эффективны при лечении оказались сухие аэрозоли КС, по сравнению с применением вентолина и лечением влажными аэрозолями.

Гормонозависимость от пероральных кортикостероидов определялась до лечения, а также через 2, 6, 12 месяцев в процессе лечения. Доза системных КС определялась в мг/сут. Отмечено, что до лечения средняя суточная доза полькортолона

была 8-9 мг, в период лечения снизилась: через 1 месяц - 6 мг, через 6 месяцев – 3-6 мг/сут, через 12 месяцев – 2-3 мг/сут

Гормонозависимость к системному

Показатели у больных, лечившихся комбинированными методами ингаляции серетидом. Оценка лечения проведена по вышеупомянутым 5-баллам (по методу Мошкевича В.С.) после обобщения объективных, клинико-лабораторных, инструментальных методов обследования больных. Таблица показывает достаточно высокий эффект лечения комбинированным дискхалером-серетидом, основной средний балл был «хорошо», подчеркивает улучшение. Наибольшее улучшение было у больных гормонозависимой формой БА, т.к. параллельно наблюдалось снижение или отмена КС per os и замена их сухими аэрозолями (представлено в таблицах 1, 2).

Таблица 1 - Зависимость к системным КС у больных БА до и после лечения (n = 100)

Зависимость к системным КС	Короткие курсы КС per os		КС per os больше года		Дипроспан в/м		Итого	
	к-во больных	%	к-во больных	%	к-во больных	%	к-во больных	%
До лечения	33	33	13	13	41	41	87	87
Через 6 месяцев	12	12	7	7	8	8	27	27

Таблица 2 - Результаты ингаляционной терапии серетидом (по 5-балльной шкале Мошкевича В.С.)

№ схемы	Ингаляционная терапия	Средней степени тяжести	Тяжелое течение	P
1	серетид			
	Атопическая БА	$4,2 \pm 0,15$	$3,2 \pm 0,03$	$\leq 0,03$
	Инфекционно-зависимая БА	$3,8 \pm 0,06$	$3,1 \pm 0,14$	$\leq 0,03$
	Смешанная	$3,9 \pm 0,03$	$3,1 \pm 0,06$	$\leq 0,03$
	Гормонозависимая	$3,5 \pm 0,11$	$3,0 \pm 0,05$	$\leq 0,03$

На основании полученных нами результатов, считаем, что наиболее эффективно применение при различных формах бронхиальной астмы (атопическая форма, инфекционно-зависимая, гормонозависимая форма), при среднетяжелом и тяжелом течении бронхиальной астмы, комбинированной терапии сухим аэрозодем- дискхалером- серетидом.

Выводы

1. Применение сочетанного комплексного сухого ингаляционного метода лечения бронхиальной астмы приводило к стойкой ремиссии, к снижению или снятию гормонозависимости к системным

кортикостероидам, повышению уровня жизни больных.

2. Клинические симптомы улучшения состояния здоровья больных бронхиальной астмой подтвердились достоверным улучшением функции дыхания, нормализацией функции коры надпочечников, нормализацией ряда показателей гуморальной и клеточной систем иммунитета, слизистой оболочки бронхов, снижением гормонозависимости и другими клиническими показателями.

3. Доказано преимущество сухих комплексных аэрозолей бронхолитиков и кортикостероидов при тяжелом течении заболевания и у гормонозависимых

мых больных. Применение комплексных сухих аэрозолей позволяет быстрее достичь стойкой ремиссии для последующего назначения иммуностимуляторов и реабилитации больного до нормального уровня жизни.

Литература

1. Новиков Д.К., Новикова В.И. Клеточные методы иммунодиагностики. Мн., 1979.
2. Ногаллер А.М. Пищевая аллергия. М., 1983.
3. Нугманова Ж.С., Нугманова Д.С., Беклемишев Н.Д. и др. // Иммунология. -1985. -№1. – С. 54-56.
4. Нурпеисов Т.Н., Мошкевич В.С. Аллергологические методы специфической диагностики бронхиальной астмы //Терапевтический архив.-1980.- Т. 52.- №10. – С. 96-102.
5. Мошкевич В.С. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей //Алма-Ата, 1984. – 28 с.
6. Мошкевич В.С. Диагностика и клиника аллергических заболеваний верхних дыхательных путей в Казахстане //Алма-Ата, 1974. – 28 с.
7. Мошкевич В.С. Динамика содержания гистамина, ацетилхолина и их ингибиторов у больных аллергическим ринитом //Вестник оториноларингологии.- 1977.- №2. – С. 74 – 83.
8. Мошкевич В.С. Лекарственные аэрозоли при лечении аллергических заболеваний дыхательных путей //Алма-Ата, 1980. – 30 с.
9. Мошкевич В.С. Специфическая диагностика хронических аллергических ринитов //Журнал ушных, носовых и горловых болезней.- 1979.-№2. – С. 29-34.
10. Мошкевич В.С. Эпидемиология аллергических заболеваний дыхательных путей в Казахской ССР //Журнал гигиены, эпидемиологии, микробиологии и иммунологии. -1985. - Т. 29.- №1. – С. 51-56.
11. Мошкевич В.С. Этиология аллергических заболеваний верхних дыхательных путей в Казахстане //Вестник оториноларингологии.- 1976.-№1. – С. 49-55.
12. Мошкевич В.С., Кравцова Т.К. Специфическое лечение поллиноза аэрозолями антигенов //Клиническая медицина.-1976.- №12. – С. 58-63.
13. Casale T.B., Bowman S., Kaliner M. Induction of human cutaneous mast cell degranulation by opiates and endogenous opioid peptides: Evidence for opiate and nonopiate receptor participation //J Allergy Clin Immunol.- 1984.- V. 73.- P. 775-781.
14. Cates C.J., Jefferson T.O., Bara Al, Rowe B.H., Vaccines for preventing influenza in people with asthma //Cocnrane Database Syst. Rev.- 2000; 2.
15. Centner J., de Week A.L. //Atlas of Immuno-Allergology 3rd ed. Horgrefe&Huber Publishers.- 1995.- P. 99-100.
16. Horn C.R., Cochrane G.M. Management of asthma in general practice //Respir. Med.- 1989; 83:67-70.
17. Horn C.R., Essex E., Hill P., Cochrane G.M. Does urinary salbutamol reflect compliance with the aerosol regimen in patients with asthma? //Respir. Med.- 1989; 83:15-8.
18. Host A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy //Pediatr Allergy Immunol.- 1994.- V. 5.- P. 5-36.
19. Moshkevich V.S. Local immunotherapy in chronic allergic rhinitis and bronchial asthma with bacterial allergen aerosol //Allergol. Et Immunopathol. 14 (4): 277-285.- 1986.-Oehling A., Jeez A. «Bacterial immunotherapy in bronchial asthma» //Allergol. Et Immunopathol. 7 : 47 - 54, 1979.
20. Moshkevich V.S. Epidemiology of allergic diseases of the respiratory passages in the Kazakh SSR //J. of Hygiene, epidemiology, microbiology and immunology.- 29 (1): 77 - 96, 1985.

Демікпені құрғақ аэрозолдармен түйдектете емдеу

О.А. Митковская

Мақалада демікпемен ауырытын науқастарды құрғақ аэрозолдармен емдеудің нәтижелері көрсетілген.

Түйінді сөздер: демікпе, терапевтикалық тиімділік, аллергия, науқас.

Multifunction treatment of the bronchial asthma dry aerosol

О.А. Mitkovskaya

In article are shown results of the treatment by sick bronchial asthma dry aerosol.

Key words: bronchial asthma, therapeutic efficiency, allergy, sick.