

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скрипкин Ю.В., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни. 1999. Том 2. – С. 399-401; 2. Емельянов В.В., Сатвалдинова А.И. Препарат азелаиновой кислоты в терапии угревой болезни. Научный практический журнал. Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2. – С. 43-44; 3. Самцов А.В., Барбинова В.В. Кожные и венерические болезни. 2002. – С. 223-227; 4. Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение, 2006. – С. 98-104.

ТҰЖЫРЫМ

БЕЗЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ж.А. Сыздыкова

«Сұңқар» диагностикалық орталығы, Алматы қ.

2011 жылдың қазаны мен 2012 жылдың қаңтары аралығында Алматы қаласының (бас корпус) Сұңқардың емдеу – диагноз қою орталығының базасында 11 – 47 жас аралығындағы 20 пациентті DS –пен безеуден емдеу жүргізілді. Орташа жас шамасы 19-20 құрады. 18 адам, яғни 90% папулопустулезді формасында; 2 адам, 10% конглобаттік формасында. 7 адамда, 35% жақсы

әсері байқалды (теріге, тамырға антибиотиктер салу, дәрумендер, асқазан –ішек қызметін қалпына келтіруші және т.б.) 10 адамда, 50% тері процессінің шамалы жақсартуы байқалды.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACNE COURSE

ZH.A. Syzdykova

Diagnostic and Treatment Centre «Sunkar», Almaty c.

There were treatment of 20 patients from 11 to 47 years old with diagnose of DS acne in a base of Medical-Diagnostic Center "Sunkar" Almaty (main building) during the period of October 2011- January 2012. The average age of patients was 19-20 years. In this amount 90% or 18 people were with papule form; 10% or 2 people were with conglobate form. During the implementation of complex therapy including antibiotics intramuscularly, orally, locally as well as vitamins, hyposensitization drugs and preparation of normalizing gastrointestinal tract function, etc., there was positive dynamics within 35% or 7 persons. 50% or 10 persons have achieved moderate improvement of skin.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

К.Н. КУРМАНТАЕВА

*ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4»,
г. Астана*

В соответствии с современной концепцией ключевым звеном патогенеза бронхиальной астмы (БА) является воспаление, и в качестве наиболее эффективных базисных средств международным и национальными руководствами по ее лечению рассматриваются ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС). Ингаляционный путь введения КС позволяет создать их высокую концентрацию непосредственно в бронхиальном дереве, а благодаря ограниченной биодоступности и активной биотрансформации, системное действие, характерное для перорально или парентерально вводимых препаратов, не развивается или резко снижено. Отчетливо выраженные противовоспалительные свойства иГКС обуславливают при их назначении больным БА с разной степенью тяжести и, независимо от возраста, хорошо известные клинические эффекты: повышают функциональные показатели внешнего дыхания, снижают бронхиальную гиперреактивность, уменьшают частоту обострений и выраженность симптомов астмы, улучшают качество жизни [1, 2, 3, 9].

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 возрастает до 600-800 и более 1000 мкг, соответственно. Вместе с тем кривая доза-ответ при назначении иГКС имеет нелинейный характер, а в определенной точке достигает плато («flat part»), когда дальнейшее наращивание дозы иГКС не приводит к усилению клинического эффекта. Учитывая не всегда достаточный (субоптимальный) контроль над симптомами заболевания даже при повышенных дозах иГКС, современные руководства по терапии БА рекомендуют

на 3-5 ступенях лечения дополнительно использовать длительно действующие бронхолитики и, в частности, ингаляционные β-агонисты [1, 2, 9, 10].

Наиболее важными моментами для практикующих врачей являются: оценка степени тяжести заболевания с учетом объема проводимой базисной терапии, выделение препаратов первой линии и препаратов резерва с учетом данных последних клинических исследований. При оценке тяжести течения учитывается также объем противовоспалительной терапии [2, 3, 4, 11, 12].

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.

Лечение больных БА является комплексным, оно включает медикаментозное и немедикаментозное лечение с соблюдением противоаллергического режима.

Все препараты для медикаментозного лечения БА подразделяются на два вида: препараты для использования по потребности и купирования обострений и препараты для длительного контроля заболевания. В настоящее время, учитывая персистирующий характер воспаления при БА, основой лечения является противовоспалительная терапия.

В GINA-2002 изложены основные положения терапии БА, которые базируются на данных фундаментальных исследований, показывающих, что основными препаратами, влияющими на воспалительный процесс, являются ИГКС. Их назначение рекомендовано при персистирующей БА любой степени тяжести. Длительная терапия ИГКС значимо снижает частоту и тяжесть обострений, не приводя к увеличению частоты развития остеопороза или переломов костей.

Наиболее эффективные препараты для облегчения симптомов – бета2-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, при котором интенсивность терапии увеличивается по мере увеличения степени тяжести БА.

Итак, 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 [4, 5, 7, 13].

ИГКС отличаются от системных ГКС своими фармакологическими свойствами: липофильностью, быстротой инактивации, коротким периодом полувыведения из плазмы крови. Важно учитывать, что лечение ИГКС является местным (топическим) – это обеспечивает выраженные противовоспалительные эффекты непосредственно в бронхиальном дереве при минимальных системных проявлениях. Бесполезно назначать ингаляции системных ГКС (гидрокортизона, преднизолона и дексаметазона): эти препараты вне зависимости от способа применения обладают только системным действием.

Количество ИГКС, доставляемое в дыхательные пути, зависит от номинальной дозы препарата, типа ингалятора, наличия или отсутствия пропеллента, 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. 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 (уровень доказательности А). 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 [6, 7, 14].

Следует рассматривать данные классы препаратов (ИГКС и бета2-агонисты длительного действия) как

синергисты, что обусловлено их комплементарным 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. Рассмотрим Серетид как препарат для длительного контроля над симптомами БА. Компоненты, входящие в состав Серетида, применяются достаточно давно: флютиказона пропионат – с 1993 г., сальметерола ксинафоат – с 1990 г.

Флютиказона пропионат – один из самых высокоактивных противовоспалительных препаратов на сегодняшний день. Эквивалентные терапевтические (эквивалентные) дозы флютиказона почти в два раза меньше, чем у беклометазона дипропионата (БДП).

Препарат представлен в виде дозированного ингалятора (Фликсотид 50, 125 и 250 мкг/доза). Препарат имеет низкую системную биодоступность (~1%).

Флютиказон обладает высоким сродством к глюкокортикоидным рецепторам и имеет длительную связь с рецептором. Для предотвращения осиплости голоса и развития кандидоза при использовании флютиказона следует соблюдать те же правила, что и при приеме других ИГКС, т.е. полоскать рот и горло водой после ингаляции. В связи с высоким противовоспалительным действием флютиказон также показан больным с тяжелым течением БА и зависимостью от системных ГКС. Дозы флютиказона должны подбираться строго индивидуально в зависимости от тяжести течения БА, ответа на противовоспалительную терапию и индивидуальной чувствительности пациента.

Сальметерола ксинафоат (торговое название – Серевент) 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 уменьшить 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. Поэтому при систематическом приеме стимуляторов бета2-адренорецепторов толерантность к их противовоспалительным эффектам развивается достаточно быстро. Однако благодаря тому, что ИГКС способны увеличивать число и стимулировать функцию бета2-адренорецепторов, снижая их десенситизацию и “down”-регуляцию, при совместном назначении ИГКС и бета2-агонистов противовоспалительная активность бета2-агонистов длительного действия может проявляться клинически [8, 15, 16].

Сальметерол назначается только в качестве препарата для базисной терапии и не применяется по потребности. Следует использовать только реко-

мендованные дозы, а для купирования симптомов использовать бета2-агонисты короткого действия. Клинические исследования, проведенные с препаратом Серетид, доказали его высокую эффективность, более того, его эффективность при БА была выше, чем у его компонентов, назначаемых по отдельности. Серетид выпускается в порошковых ингаляторах Мультидиск. Данное ингаляционное устройство позволяет не только точно дозировать препарат, но и подсчитывать дозы. Результаты многочисленных исследований 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.

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. 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. ПРАКИ. 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 hyper-responsiveness 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.

ТҰЖЫРЫМ

БРОНХИАЛЬДЫ ДЕМІКПЕ ЕМІНІҢ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАЛАРЫ

К.Н. Курмантаева

№4 қалалық емханасы, Астана қ.

Көптеген тексерулер серетидтің науқас өмірінің жағдайын жақсартатынын, науқас пен дәрігер қарым қатынасын жоғарылататынын және қолдануға ыңғайлы екенін көрсетті. Науқастардың сұранысы бойынша да қосарланған дәрінің жоғарылығы дәлелденді.

SUMMARY

THE MAIN PRINCIPLES OF AN ASTHMA TREATMENT

K.N. Kurmantayeva

City polyclinic № 4, Astana c.

Numerous studies have shown that taking Seretide improves the quality of life of patients and increases patient co-operation with the doctor, it is easy to use. Learning preferences of patients also showed an advantage of the combined drug.

Статья опубликована при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Мнение автора может не совпадать с мнением компании. ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения прав третьих сторон.

CIS/SFC/0030/12

ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ТАМИПУЛ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ НЕФРОЛОГИИ И ГЕМОДИАЛИЗА ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. ГЛЫЗИНА

Областная больница, г. Петропавловск

У пациентов с почечной недостаточностью имеется высокий риск нарушения всасывания из-за сочетанных катаболических изменений и снижения поступления нутритивных компонентов. Пациенты в критическом состоянии, находящиеся на заместительной почечной терапии, имеют сниженные концентрации витаминов С, Е, фолиевой кислоты и пиридоксина фосфата (метаболизированная и фосфорилированная форма витамина В₆). В процессе гемодиализа, наряду с потерями витаминов группы В, отмечается и дефицит других водо-

растворимых витаминов, что связано с развитием оксидативного стресса. Оксидативный стресс, определяемый как дисбаланс между кислород-реактивными свободными радикалами (КРСР) и защитными антиоксидантными механизмами (АМ), хорошо известен у больных, находящихся на поддерживающем гемодиализе (Loughrey C.M. и соавт., 1994), и представляет важнейший фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При этом существенно изменяются уровни гидрофильных и липофильных витаминов, обуславливающих антиоксидантную