

Литература:

1. Боровская Т. Ф., Козлов В. К., Курпас Э. Х., Наумова Л. А. Состояние клеточного иммунитета при хронических воспалительных заболеваниях // Тихоокеанский мед. журн. — 1999. — № 2. — С. 13-15.
2. Вельтищев Ю. Е. Проблемы эконатологии детского возраста. Иммунологические аспекты // Педиатрия. — 1991. — № 12. — С. 74-79.
3. Воскресенский А. М., Аркадьева Г. Е. Макрофаги в неспецифическом взаимодействии с инфекционными агентами // Иммунология. — 1984. — № 3. — С. 10-16.
4. Иммунология инфекционного процесса: Руководство для врачей / Под ред. В. И. Покровского и др. — М., 1994. — 85 с.

Александрова В. С., Шуляк И. П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ СЕЛЕКТИВНЫХ β_2 -АГОНИСТОВ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГОУ ВПО УГМА, г. ЕКАТЕРИНБУРГ

Бронхиальная астма (БА) — широко распространенное заболевание, частота которого в детской популяции, по данным различных авторов составляет от 2 % до 10 % с тенденцией к росту в течение последнего десятилетия. Подобная тенденция отражает усиление воздействия факторов внешней среды — аллергенов и различных неспецифических повреждений агентов на наличие предрасположенных к данному заболеванию.

Ингаляционное применение глюкокортикостероидов (иГКС) стало методом терапии I ряда. Однако существует обеспокоенность в отношении длительного применения иГКС, обладающих побочным действием, не предупреждающих бронхоконстрикторный эффект при физической нагрузке и действии холодного воздуха.

Эта проблема побуждает к поиску альтернативных бронхорасширяющих средств, воздействующих на дыхательные пути, эффективных и обладающих хорошей переносимостью.

У некоторых больных с БА целесообразно применять β_2 -агонисты длительного действия, но, в отличие от взрослых, данных документирующих их эффективность, недостаточно, чтобы рекомендовать широкое использование.

Появление бронхорасширяющих препаратов, сочетающих высокую эффективность с высокой β_2 селективностью и пролонгированным действием, показывает новые возможности терапии БА у детей, поскольку одно или двухкратное использование лекарств повышает комплаентность, что отражается на течении болезни.

Целью данной работы явилась оценка эффективности применения Форадила у детей с тяжелой БА.

Материалы и методы исследования: клиничко-anamnestические, спирометрия, пикфлоуметрия.

В исследование включили 16 больных с тяжелой БА от 10 до 15 лет. Преобладали мальчики. Давность заболевания в среднем составила пять лет. Треть детей имела сопутствующую патологию в виде atopического дерматита; половина

детей имели проявления аллергического ринита, паразитозные и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (хр. гастродуоденит). Почти у половины детей отмечались ночные приступы бронхиального спазма, реакция на физическую нагрузку, экстренные госпитализации 1-3 раза в год.

Установлена следующая последовательность в появлении аллергических заболеваний: с первых месяцев жизни на фоне пищевой аллергии отмечалась клиника атопического дерматита, затем аллергического ринита (70,4 %), через 1-2 года – БА. Все дети I группы получали иГКС.

Нами был применён препарат Форадил (формотерол фуммат) в виде аэролайзера. Форадил является селективным агонистом β_2 – адренорецепторов. Благодаря уникальному строению молекулы в формотероле объединены лишь лучшие свойства, характерные для коротко действующих β_2 -агонистов, действие которых начинается быстро (в пределах 1-3 минут после ингаляции) и длительно действующих β_2 -агонистов, эффект которых продолжается 12 часов, т. о. Форадил является препаратом наиболее оптимальным и универсальным с точки зрения быстроты и продолжительности действия. Форадил обладает также и противовоспалительным эффектом.

Препарат назначался в дозе 12 мкг 2 раза в сутки 10 больным (I группа), имеющим признаки бронхоспазма по данным клинического осмотра и ФВД. Длительность приёма Форадилы составила 7-14 дней. 6 детей с БА (II группа) получали только иГКС и β_2 -агонисты короткого действия.

Проведённые наблюдения показали, что практически у всех детей, получающих препарат, отмечалась отчетливая положительная динамика (исчезновение кашля, сухих хрипов в лёгких, улучшение показателей ФВД: ОФВ1, ПСВ, ФЖЕЛ и др.). На фоне приёма препарата у наблюдаемых детей исчезли почти приступы астмы, существенно повышалась толерантность к физическим нагрузкам.

Для оценки эффективности проводимой терапии помимо клинических данных (исчезновение одышки, урежение дневных и ночных приступов, исчезновение сухих хрипов в лёгких), исследовались функции внешнего дыхания (ФВД) и ПСВ, определяемые в исходном состоянии и после курса терапии на 7-14 день в I и II группах. На основании утренних и вечерних значений анализировались суточная вариабельность бронхиальной проходимости. Анализировались: форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) и форсированные экспираторные потоки на различных уровнях (МОС50 и МОС75), степень выраженности обратимости бронхиальной обструкции изучали по изменению показателя ОФВ1 в ответ на ингаляцию Форадилы 12 мкг.

Анализ результатов обследования показал, что у больных I группы БА характеризовалась хорошо контролируемым течением, об этом свидетельствует низкая степень обратимости и вариабельность бронхиальной обструкции. Во II группе у больных БА, не получавших Форадил, а только один иГКС течение заболевания сопровождалось высокой частотой симптомов заболевания, высокой степенью обратимости и вариабельности бронхиальной обструкции.

Динамика функциональных и лабораторных изменений у больных БА в I и II группах на фоне 7-14 дневной терапии Форадилом и без него представлена в таблице.

Динамика функциональных и лабораторных изменений у больных БА в I и II группах на фоне терапии Форадилем и без него.

Показатели	Группа больных	Вводный период	Сроки наблюдения (ч/з 7-14 дней)
Эозинофилы	1 (n = 6)	2,2 ± 0,60 p<0,001	2,8±0,54 p<0,001
	2 (n=10)	12,7 ± 0,98 p<0,001	9,1±0,98 p<0,001
ЖЕЛ, %	1	28,1 ± 1,79 p<0,001	62,0±0,47 p<0,001
	2	27,4 ± 1,49 p<0,001	51,4±0,19 p<0,001
ОФВ1 исход.	1	1,47 ± 0,5 p<0,001	3,87±0,33 p<0,001
	2	1,33 ± 0,39 p<0,001	2,04±0,14 p<0,001
ПСВ утром л/с	1	280 ± 4,1 p<0,001	360±7,1 p<0,001
	2	260 ± 3,7 p<0,001	270±4,1 p<0,001
ПСВ вечером	1	340 ± 6,05 p<0,001	360±3,9 p<0,001
	2	310 ± 4,1 p<0,001	370±3,1 p<0,001
ФЖЕЛ	1 (n=10)	2,5 ± 0,3 (№ 2,98) p<0,001	3,05±0,6 p<0,001
	2 (n = 6)	2,3 ± 0,2 p<0,001	2,41±0,24 p<0,001

Выводы:

1. У больных с тяжелой формой БА, длительно применяющих иГКС, включение в терапию Форадиле обеспечивает контролируемое течение заболевания и является альтернативой увеличению дозы гормональных препаратов.
2. Монотерапия иГКС у больных с тяжелой БА не обеспечивает достаточного контроля над течением заболевания.
3. Для улучшения «комплаентности врач-больной» и снижения риска побочных эффектов при длительной терапии иГКС, возможно продолжение базисной терапии БА Форадилем.

Литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. Москва, «Атмосфера», 2002. С.68-71
2. Новый препарат Форадил в терапии детей с БА. Ревякина В. А., Кузмиченко Т. В. и др. НЦЗД РАМН, Москва, 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва 11-15 ноября 2002 г. С.101.
3. Опыт использования Серетиды при терапии детей с БА. Москва, 11-15 ноября 2002 г. 12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. С.101.

А. Н. Узунова, Е. В. Курилова

РОЛЬ МЕСТНОЙ АНТИМИКРОБНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

Проблема инфекции мочевой системы (ИМС) у детей продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем детской нефрологии.

Как известно, пиелонефрит отнесен к микробно-воспалительным процессам мочевой системы. Однако, в связи с бурным развитием иммунологии, бактериологии за последнее десятилетие патогенез данного заболевания нельзя интерпретировать с позиций исключительно микробного воспаления. Существует ги-