

моноцитов и фагоцитов, ослабляя их роль в удалении ЦИК. Другим объяснением повышенного уровня ЦИК, вероятно, может служить дефект функционирования кининовой системы у пациентов с БА, длительно получающих ИКС. Постоянно высокие концентрации IgE у наблюдаемых больных могут свидетельствовать о генетической обусловленности его повышенного синтеза. В целом, пациенты в динамике наблюдения оставались иммунокомпетентными. Отклонений в фагоцитарном, клеточном и гуморальном звеньях иммунитета на фоне лечения ИКС не обнаружено.

Резюме

Длительная терапия ИКС, уменьшая активность воспалительного процесса у пациентов с БА, не оказывает отрицательного влияния на иммунные функции. Сохраняющийся высокий уровень IgE диктует необходимость длительного применения ИКС при этом заболевании.

Литература

1. Беспалова А.Н. Применение ингаляционных кортикостероидов у больных бронхиальной астмой //Национальная конференция Российской Ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, 1-я: Сборник трудов. — М., 1997. — С. 195.
2. Суточникова О.А. Ингаляционные глюкокортикостероиды - наиболее эффективные и безопасные противовоспалительные препараты для лечения БА // Русский медицинский журнал. — 1997. — Т. 5, №17. — С. 1115-1120.
3. Цой А.Н. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. — 1996. — №2. — С. 85-90.
4. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. — М., 1997, Т. 2. — 392 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АТРОВЕНТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

С.М. Чапурина, И.В. Лещенко, Н.Д. Новикова

Бронхообструктивные заболевания, особенно хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и эмфизема легких (ЭЛ), как известно, приводят к частой потере трудоспособности и ранней инвалидизации. Нередко это обусловлено трудностями диагностики и поздно

начатой терапией в связи с малым количеством симптомов на ранних стадиях ХОБ и адаптацией к медленно развивающимся проявлениям болезни. Кроме того, необходимо отметить и традиционный подход у врачей к терапии больных ХОБ, когда лечение назначается в периоды обострений (теофиллинами и антибактериальными препаратами), в периоды же ремиссии пациенты, как правило, остаются без медикаментозной помощи. Иллюстрацией этому служит анализ специализированного пульмонологического приема в городском Центре по диагностике и лечению хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ). Среди обратившихся на прием к пульмонологу больные ХОБ составили 54%, из них имели инвалидность — 36,7%. Средний возраст — 60 лет. Все пациенты, обратившиеся на прием впервые, указывали в анамнезе на антибактериальную терапию в периоды обострений и отсутствие систематической медикаментозной поддержки в периоды ремиссий заболевания. Единичные больные эпизодически использовали β_2 -агонисты и теофиллины по поводу одышки, как правило, по рекомендации знакомых. Несмотря на то, что ХОБ является необратимым и прогрессирующим заболеванием и существуют доказательства «гипотезы порочного круга респираторных заболеваний» [1], имеются все основания для оказания полноценной помощи больным ХОБ во все периоды течения болезни. Уменьшение выраженности симптомов, профилактика обострений и сохранение оптимальной вентиляционной функции являются основными целями при лечении ХОБ [3]. Существует ступенчатый подход к фармакотерапии: у больных ХОБ легкой степени тяжести возможно назначение β_2 -агонистов ситуационно, препаратом выбора у больных с постоянной симптоматикой является атровент фирмы «Boehringer Ingelheim» [2]. При отсутствии эффекта возможно сочетание атровента с β_2 -агонистами и (или) теофиллинами, и (или) глюкокортикостероидами (ГКС) [3].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности и безопасности атровента при длительной терапии больных ХОБ.

Пациенты и методики

Условием включения в исследование являлось наличие у больных непрерывного кашлевого синдрома продолжительностью не менее 3-х месяцев в течение двух лет, стойкой умеренной или тяжелой обструкции дыхательных путей со значениями показателей объема форсированного выдоха (ОФВ₁) ниже 70% от должных величин, отсутствие применения в течение предыдущих трех месяцев ГКС, возраст не стар-

ше 70 лет. Для исследования была отобрана группа больных ХОБ в количестве 16 человек. Возраст пациентов, включенных в исследование, колебался от 44 до 65 лет (средний возраст $55,6 \pm 1,5$). Все больные были курящими мужчинами со стажем курения более 10 лет. Продолжительность заболевания в среднем составила около 20 лет ($19,9 \pm 1,7$ лет). У пяти (0,31) больных имелась в анамнезе профессиональная вредность. У 8 (0,50) пациентов была установлена вторая группа инвалидности. По степени тяжести больные распределились следующим образом: с ХОБ легкой степени — 4 (0,25), с ХОБ средней степени тяжести — 2 (0,13), с ХОБ тяжелой степени — 10 (0,62). У 12 (0,75) пациентов диагностированы эмфизема легких (ЭЛ) и хроническое легочное сердце (ХЛС). Всем больным проводилось лечение атровентом в дозе 160 мг/сут через спейсер. Оценивались клинические симптомы заболевания по 10-балльной шкале: физическая активность, интенсивность кашля, одышки, хрипов в грудной клетке, выраженность цианоза, наличие признаков недостаточности кровообращения. Функция внешнего дыхания (ФВД) изучалась на спироанализаторе фирмы «Fukuda». Определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), ОФВ₁, максимальная объемная скорость на уровне мелких бронхов (МОС 75) в абсолютных значениях и в процентах от должных величин. Обратимость бронхообструктивного синдрома оценивалась по бронхолитическому тесту с беродуалом и изменениям ОФВ₁ до и после ингаляции двух доз беродуала через 40 мин. О состоянии гемодинамики малого круга кровообращения судили по величине среднего давления в легочной артерии (СрДЛА), которое определялось методом доплерэхокардиографии на аппарате «Toshiba». Исследования проводились через 4, 8 и 12 недель непрерывной терапии атровентом. Полученные результаты сравнивались с данными, зарегистрированными до лечения.

Результаты и их обсуждение

Динамика клинических симптомов у больных ХОБ представлена в таблице 1. Все исследуемые имели исходно наиболее выраженные следующие симптомы: одышка, цианоз, кашель, ограничение физической активности, хрипы в грудной клетке. На фоне терапии атровентом отмечались достоверное уменьшение одышки, кашля, хрипов в грудной клетке, цианоза и увеличение физической активности, начиная с 4-й недели лечения, и сохранялось на протяжении последующих 8 недель. Признаки недостаточности кровообращения имели тенденцию к достоверному уменьшению к 12-й неделе лечения.

Таблица 1

Динамика клинических симптомов у больных ХОБ

Клинические симптомы	До лечения	Через 4 недели	Через 8 недель	Через 12 недель
Одышка	8.50±0.21	3.50±0.49*	5.50±0.78*	4.44±0.79*
Кашель	7.6±0.21	4.50±0.71*	4.00±0.79*	4.30±0.44*
Хрипы в грудной клетке	5.75±0.28	3.38±0.49*	2.40±0.33*	3.00±0.02*
Цианоз	8.6±0.28	3.69±0.71*	4.90±0.79*	3.1±0.78*
Ограничение физической активности	7.8±0.22	3.06±0.48*	4.2±0.79*	3.88±0.79*
Признаки недостаточности кровообращения	2.15±0.58	2.18±0.49	2.8±0.79	0.77±0.79

Примечание: * — $p < 0,01$.

За время лечения достоверных изменений в изучаемых параметрах ФВД и величине СрДЛА не произошло (табл.2). Однако установлена тенденция к улучшению рестриктивных показателей ФВД с нарастанием соответственно ЖЕЛ и ФЖЕЛ на 11,0 и 7,8%. Тенденцию к положительной динамике имеют и скоростные показатели у наблюдаемых больных. Так ОФВ₁ и МОС₂₅ увеличились соответственно на 3,9 и 2,8%. Обращает внимание прирост ОФВ₁ после пробы с беродуалом на 2,9% к 12-й неделе лечения по сравнению с приростом данного показателя на 0,7% до лечения. Следовательно, можно предполагать, что в результате непрерывно проводимой терапии атровентом в течение 12 недель у больных с ХОБ имеется тенденция к восстановлению рецепторного аппарата бронхиального дерева, даже несмотря на сохраняющийся фактор курения.

Безопасность лечения была установлена путем мониторингирования самочувствия и ЭКГ. Побочных эффектов и осложнений у больных во время лечения атровентом, как и отказов в сотрудничестве, не зарегистрировано.

Таблица 2

Динамика показателей ФВД и СрДЛА

Показатели	До лечения	Через 12 недель
ЖЕЛ (л) %	3,02±0,19 77,3±4,75	3,06±0,4 88,3±9,1
ФЖЕЛ (л) %	2,34±0,26 60,5±6,1	2,53±0,39 68,3±10,1
МОС ₇₅ (л/сек) %	0,57±0,07 37,3±4,75	0,59±0,15 40,1±8,3
ОФВ ₁ [до пробы] (л/сек ⁻¹) %	1,48±0,21 46,0±6,1	1,54±0,69 49,9±10,1
ОФВ ₁ [после пробы] (л/сек ⁻¹) %	1,52±0,20 46,7±5,88	1,63±0,34 52,8±6,7
СрДЛА (мм рт.ст.)	18,6±1,34	18,2±1,46

По нашим данным, за весь период наблюдения монотерапия атровентом привела к достоверно положительной динамике клинических симптомов ХОБ: уменьшению кашля, одышки, цианоза, хрипов в грудной клетке, улучшению физической активности. Признаки недостаточности кровообращения имели тенденцию к достоверному уменьшению через 12 недель. Основные обструктивные и рестриктивные показатели ФВД достоверно не изменились. Легочная артериальная гипертензия также существенных изменений не претерпела и является компенсаторной.

Резюме

Лечение атровентом оказывает положительное влияние на течение ХОБ и предупреждает прогрессирование респираторных и гемодинамических нарушений. Улучшение качества жизни больных ХОБ происходит несмотря на продолжение ими курения. Атровент является безопасным базисным препаратом для лечения ХОБ.

Литература

1. Рабочая группа Канадского торакального общества. Основные направления исследования и лечения ХОЗЛ. // Тер. арх. — 1995. — № 3. — С. 55-58.

2. Реннард С.И. Длительная терапия ипротропиумом бромидом при ХОЗЛ // Материалы международного семинара. Севилья (Испания), 1995. — С. 46-49.
3. Chapman K.R. Algorithmic therapeutic for COPD treatment // Amer.J.Med. — 1995. — Vol.61. — P. 6-12.

НАРУШЕНИЯ ОКОЛОМЕСЯЧНЫХ РИТМОВ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ЖЕНЩИН: ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ

С.А. Шардин, Е.А. Медведский

Последние 25–30 лет характеризуются повсеместным снижением индекса здоровья населения, включая лиц женского пола. Ухудшение этого показателя идет за счет прежде всего внутренней патологии, в частности болезней органов дыхания. Из числа последних многим свойственен половой диморфизм, т.е. различия между мужским и женским полом по механизмам развития, клиническому течению, исходам и т.д. В связи с этим можно допускать, что в росте болезней органов дыхания наряду с другими факторами (инфекционным, экологическим и т.д.) важную, а порой и определяющую роль играют сдвиги в балансе половых стероидов (эстрогенов, гестагенов, андрогенов). Клиническим же отражением дисгормоноза у женщин бывают как явные, так и скрытые нарушения околосекулярных ритмов (НОМР). В аспекте изложенного пристального внимания заслуживают статистические данные о подъеме у женщин уровня гинекологических заболеваний, особенно тех, которые проявляются НОМР (вирильный, климактерический и предменструальный синдромы, миома матки и другие).

Среди заболеваний органов дыхания с выраженным половым диморфизмом видное место по своей распространенности и клинко-патогенетической значимости занимает бронхиальная астма (БА). По нашим данным, соотношение женщин и мужчин, страдающих БА, до 40 лет составляет 1,3:1, а в более старшем возрасте, особенно в 46–50 лет и 51–55 лет, оно становится соответственно равным 7,7:1 и 14:1. Одним из вероятных факторов, определяющих лидирующее положение женщин в контингенте больных БА, являются половые гормоны — прежде всего эстрогены и прогестерон, — уровень которых у женщин во много раз превышает таковой у мужчин.

Нетрудно заметить, что значительный рост заболеваемости БА у женщин укладывается в рамки второго периода половой зрелости, т.е.