ТҮЙІН

Д.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, О.А. МАМЛИН, А.А. ЕРЕКЕШОВ, Б.И. СЕЙДАХМЕТОВ, Ш.А. УМБЕТОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ КӨК ЕТ ЖАРЫҒЫН ТОРАКОСКОПИЯЛЫҚ ЖОЛЫМЕН БІРІНШІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Ана мен бала денсаулығының ұлттық орталығы, Астана қаласы

Балалардағы жалған көк ет жарығын торакоскопия жолымен емдеудегі қол жеткен жетістіктердің мысалдары келтірілген.

SUMMARY

D.B. DZHENALAYEV, O.A. MAMLIN, A.A. YEREKESHOV, B.I. SEIDAKHMETOV, SH.A. UMBETOV

THE FIRST EXPERIENCE OF THORACOSCOPY USE IN TREATMENT OF DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDREN

National scientific center of maternity and childhood, Astana city

The case of successful treatment of congenital false diaphragmatic hernia in child with thoracoscopy interventions is presented in the article.

З.С. ХАЙРУЛЛИНА, Ж.Ж. СУИНТАЕВА, Н.А. АЛИМБАЕВА, Р.Ж. ЖУМАНИЯЗ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОВАНИКА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Областной аллергологический центр,
Актюбинский филиал, АО «Медицинская служба транспорта» железнодорожной больницы, г. Актобе

Актуальность. Аллергический ринит – это заболевание, характеризующееся Jg E (имуноглобулин Е) – опосредованным воспалением, которое развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа и приводит к развитию характерных симптомов: выделения из носа, чихания, зуда в полости носа, заложенности носа [1].

По данным эпидемиологических исследований, частота аллергических заболеваний в последние два десятилетия неуклонно растет и колеблется в пределах 10 - 40 % в разных странах. В Казахстане аллергическими ринитами страдает около 24 % населения [2].

Трудно не согласится с некоторыми высказываниями А.А. Богомольца (1936) и других крупных ученых: «Аллергия это рукотворная болезнь, которая развивается параллельно с ростом цивилизации», «В XXI веке будут побеждены все инфекции и человечество останется один на один только с аллергией» [3].

В настоящее время доказано, что аллергический ринит не является безобидным заболеванием, поскольку он не только сам по себе резко снижает качество жизни больных, но и является предвестником и предрасполагающим фактором развития тяжелых инвалидизирующих заболеваний, таких как бронхиальная астма [4].

Согласно классификации ARIA BO3 (2001) – Allergic Rhinitis and its Jmpact on Asthma различают следующие степени тяжести аллергических ринитов интермитирующего или персистирующего течения: легкая, средней тяжести и тяжелая.

Кроме того, выделяют:

- сезонный аллергический ринит;
- круглогодичный аллергический ринит;
- профессиональный аллергический ринит [5].

В международных клинических рекомендациях по диагностике и лечению указано, что лечение аллергического ринита в настоящее время можно разделить на три основных метода (ARIA). К ним относятся: элиминация аллергенов, медикаментозное лечение и аллергенспецифическая иммунотерапия [6].

На современном этапе развития аллергологии существует довольно много средств фармакологического лечения аллергических ринитов. В международных рекомендациях, разработанных рабочей группой ARIA в 2001 году, констатируется, что средствами первого выбора при лечении аллергических ринитов являются современные антигистаминные препараты. Они обладают высокой эффективностью, быстрым достижением терапевтического эффекта и продолжительностью лечебного действия. А также имеют минимальные побочные эффекты и могут приниматься длительное время, не требуя замены не другой препарат. Это так называемые антигистаминные препараты 2-го поколения.

Терапевтический индекс антигистаминных препаратов 2-го поколения достаточно высок, и их следует считать средствами первого ряда в лечении аллергического ринита [1].

Одним из таких лекарственных средств является лоратодин. Лоратодин быстро и хорошо всасывается из желудочно-кишечном тракта в кровь и подлежит экстенсивному метаболизму первого прохождения, в основном ферментами CYP3A4 и CYP2D6. Основной метаболит – дезлоратадин (ДЛ) является фармакологически активным и отвечает за большую часть фармакокинетического действия. Лоратодин и ДЛ достигают максимальной концентрации в плазме (Tmax) через 1 - 1,5 часа и 1,5 - 3,7 часа соответственно после приема препарата. Одновременный прием пищи может задержать всасывание лоратадина, но не влияет на клиническое действие. Лоратадин связывается с белками плазмы от 97 % до 99 %, а его активный метаболит от 73 % до 76 %. Средний период полувыведения составляет 8,4 часа (спектр действия от 3 до 20 часов) для лоратадина, 28 часов - для дезлоротадина (спектр действия от 8,8 до 92 часов).

Приблизительно 27 % дозы выводится с мочой в течение первых 24 часов. Около 40 % дозы выводится с мочой и 42 % - с калом в течение 10-дневного периода.

Лоратодин является трициклическим антигистаминным веществом с избирательным, периферическим действием на Н1 рецепторы, в результате чего и проявляется его антиаллергическое действие. Лоратадин при использовании в рекомендуемой дозе не оказывает значительного действия на Н2 – рецепторы, не обладает клинически значительным седативным или антихолинергическим свойствами. Лоратадин не подавляет поступление норэпинефрина и не влияет на сердечно-сосудистую систему [7].

Цель исследования - изучение клинической эффективности и переносимости антигистаминного препарата 2-го поколения – лованик (лоратадин, STADA НИЖ ФАРМ, Германия) у детей с аллергическим ринитом.

Материалы и методы исследования. В наше клиническое исследование были включены 40 больных детей с аллергическим ринитом в возрасте от 8 до 12 лет, из них девочек - 23, мальчиков - 17. Все пациенты направлены на лечение участковыми педиатрами, либо обратились к аллергологам самостоятельно. 15 пациентов страдали интерметирующей и 25 персистирующей формой аллергического ринита средней тяжести течения согласно классификации ВОЗ ARIA. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 3 лет. Все пациенты находились на амбулаторном лечении и в течение 30 дней наблюдались аллергологом и отоларингологом. В ходе исследования было запланировано 3 визита: визит 1 - исходный; визит 2 - оценка эффективности лечения в течении первых 14 дней; визит 3 - окончательная оценка эффективности через 30 дней. На момент включения пациентов в исследование они не получали никаких лекарственных препаратов. Всем больным проведено углубленное клиническое и аллергологическое обследование, включавшее исследование общего анализа крови, биохимических показателей крови, ЭКГ, иммунологическое исследование - общего иммунного статуса, показателей клеточного и гумарального факторов иммунитета, определение аллергенспецифических Jg E в сыворотке крови, риноскопию, микробиологическое исследование мазков со слизистой носа, а также аллергодиагностические исследования (скарификационные пробы с аллергенами).

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании у большинства больных была выявлена сенсибилизация к аллергенам: из них у 10 пациентов преобладала повышенная

чувствительность к пищевым аллергенам, уровень эозинофилии в пределах 10 - 12 % в общем анализе крови, уровень аллергенспецифических Jg E в сыворотке в пределах от 221 - 910 Ме/мл. у 17 пациентов - к пыльцевым аллергенам, уровень эозинофилии в пределах 8 - 15 %, уровень аллерген -специфических Jg E в сыворотке крови в пределах от 198 - 1320 Ме/мл, у 13 - к бытовым аллергенам, уровень эозинофилии в пределах 14 - 22 %; уровень аллергенспецифических Jg E в сыворотке крови в пределах от 321 - 1002 Ме/мл.

Пациенты жаловались на чихание, заложенность носа, выделения из носа, зуд в носу. Помимо типичных симптомов, пациенты имели симптомы, отражающиеся на качестве жизни: нарушение сна из-за затрудненного носового дыхания (пробуждение, плохое засыпание) и нарушение дневной активности, включавшее проблемы при занятиях спортом и активным отдыхом, а также проблемы с учебой.

Риноскопическая картина до лечения характеризовалась наличием бледной и отечной слизистой оболочки носа, набуханием носовых раковин, водянисто-слизистыми выделениями в общем носовом ходе, имелись все симптомы «аллергического салюта». Микробиологические исследования: в мазках из носа определялась стафилококковая флора в 21 % случаев, стрептококковая - в 10 %.

Учитывая тяжесть обострения, поливалентный характер сенсибилизации, всем пациентам был назначен препарат Лованик по 1 таблетке (10 мг) один раз в сутки, на весь период лечения - 30 дней в комплексе с деконгенсантами - тизином.

Анализ клинических симптомов на фоне проводимого лечения показал, что уже через две недели от начала лечения у больных отмечалось значительное улучшение общего состояния, исчезли клинические проявления ринита в виде чихания и зуда в носу.

Снизились лабораторные показатели уровня эозинофилии до 5 - 8 %, в общем анализе крови, уровень аллергенспецифических Jg E в сыворотке крови от 162 - 621 Ме/мл, улучшилась риноскопическая картина слизистой оболочки носовых ходов (уменьшение отечности слизистой оболочки).

На третьем визите (контрольном) у 40 больных исчезли все клинические проявления аллергического ринита - зуд в носу, чихание, выделения из носа, заложенность. Улучшился ночной сон и дневная активность. Лабораторные показатели – уровень эозинофилии в общем анализе крови в переделах 0 -5 %, в сыворотке крови отмечалось значительное снижение аллергенспецифических Jg E до 141 - 423 Ме/мл. Риноскопическая картина характеризовалась приобретением бледнорозовой окраски слизистой носовых ходов, отсутствием водянистых выделений из носа. Кроме того, при длительном приеме лованика, ни у одного больного не было отмечено нарушений функции сердечно-сосудистой системы, что подтверждено результатами ЭКГ. Побочных реакций, значительных изменений биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние почек и печени, не зарегистрировано.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты, позволяют отметить высокую клиническую эффективность лованика в дозе 10 мг в сутки при лечении аллергических ринитов у детей. Анализ динамики клинико-лабораторных показателей свидетельствует о выраженном подавлении симптомов ринита и улучшении показателей иммунного статуса. Уже по истечении 2-х недель терапии были достигнуты значительные положительные изменения в отношении большинства симптомов аллергического ринита. Продолжение терапии до 4-х недель позволило добиться практически полного контроля симптомов как при интермитирующем, так и персистирующем течении ринита. Кроме того, не зарегистрированы нарушения функций сердечно-сосудистой системы, каких-либо других побочных реакций и изменений биохимических показателей крови.

Литература:

1. Лопатин А.С., Гущин И.С., Емельянов А.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергологического ринита. - Москва. - Consilium Medicum - Аллергия. - 2001. - С. 33-44.
2. Бутко Т.Н., Шепелева Н.Ш., Ермеккалиева С.Б. Эффективность лованика в лечении аллергического ринита. Материалы республиканской научно-практической конференции. - Актобе. - 2006. - С. 176 - 178.
3. Машкевич Е.С. Поллиноз. - Алматы. - 2004. - С. 5.
4. Новиков Д.К. Клиническая аллергология. - Минск: «Высшая школа». - 1991. - С. 511.
5. Bousguet J., Van Cauvenberge P., Khaltaw N., Who Allergic rhinitis and its Jmpact on Asthma ABIA (in colla boration with the Word Health Organization). - Alltrrgy. - 2002. - P. 57: 841 - 855.
6. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомосова А.В. Аллергические заболевания. - Москва: «Медицина». - 1991. - С. 566.
7. Видаль специалист Казахстан. Справочник «Педиатрия». - Москва: «Астра Форм Сервис». - 2008. - С. 240 - 241.

ТҮЙІН

З.С. ХАЙРУЛЛИНА, Ж.Ж. СҮЙІНТАЕВА, Н.А. ӘЛІМБАЕВА, Р.Ж. ЖҰМАНИЯЗ

БАЛАЛАРДАҒЫ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РЕНИТ ТЕРАПИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛОВАНИКТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Облыстық аллергология орталығы,
Ақтөбе филиалы, теміржол ауруханасының «Медициналық тасымал қызметі» АҚ, Ақтөбе қаласы

Мақала авторларының алған зерттеу нәтижелері лованиктің балалардың аллергиялық ринитін емдеу кезінде жоғарғы тиімділік көрсететіні бар препарат екендігін дәлелдейді.

SUMMARY

Z.S. KHAIRULLINA ZH. ZH. SUINTAYEVA, N.A. ALIMBAYEVA, R.ZH. ZHUMANIYAZ

CLINICAL EFFICIENCY OF LOVANIK IN TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

Regional allergologic center, Aktyubinsk branch,
OS «Medical service of transport» of hospital attached to the railway service, Aktobe city

The received results of investigation showed that lovanik was the preparation having high clinical efficiency in treatment of allergic rhinitis in children.

Ш.И. МАРАСУЛОВ, С.В. ГОРБАЧЕВСКИЙ, Н.С. ТЛЕПОВ, Б.Ж. КАСЫМОВ, О.С. САХОВ, Т.Б. КАЛИЕВ, И.Х. БЕБЕЗОВ, М.А. ТУРЕБЕКОВ

ПРЕДСЕРДНЫЕ ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ВОЗРАСТЕ 40 И БОЛЕЕ ЛЕТ

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва,
Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – один из самых распространенных врожденных пороков сердца (ВПС) [1]. По частоте встречаемости он составляет 30-40 % от числа всех случаев ВПС, обнаруживаемых у взрослых пациентов [2]. Хотя клиническое течение у большинства является бессимптомным, у возрастных пациентов вследствие длительной объемной перегрузки правых отделов сердца и левого предсердия (ЛП) происходит изменение электрофизиологических свойств ЛП и правого предсердия (ПП) [3]. Помимо этого происходит нарастание критической массы миокарда предсердий вследствие развития ее гипертрофии и увеличения площади. Подобные изменения приводят к увеличению риска возникновения вторичных нарушений ритма сердца. Немаловажную роль играет наличие анатомического субстрата в легочных венах (ЛВ) – мышечных муфт - в генезе аритмии [4]. Преимущественно это пароксизмы тахиаритмии, ухудшающие сердечную гемодинамику, приводящую к уменьшению толерантности к физическим нагрузкам и, в конечном счете, к прогрессированию сердечной недостаточности (СН) [2, 7-11, 13]. Среди тахиаритмий наиболее значимыми и частыми видами являются фибрилляция и трепетание предсердий. Сочетание ДМПП с указанными выше нарушениями ритма сердца не только ухудшает качество жизни больных, но и значительно усугубляет естественное течение порока,