

**Кудрявцева В.А., Калинин Е.П., Дербасова Н.Н., Кабиева А.А.**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**  
**У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Клинико-диагностический центр г. Владивостока*

**Цель:** изучить эффективность комбинированной терапии форадиллом и будесонидом у больных бронхиальной астмой (БА) среднего и тяжелого течения.

**Материалы и методы:** обследовано 30 больных в возрасте с 35 до 70 лет. Ингаляции форадиллом проводились по 1 капсуле (12 мг) 2 раза в день и будесонит — 800 мг в сутки через спейсер в течение 3-х месяцев.

Оценивались клинические симптомы, потребность в В2-агонистах короткого действия (беротек, салбутамол), а также пико-

вая скорость выдоха (ПСВ) суточная и недельная вариабельность этого показателя.

**Результаты:** отмечалось увеличение ПСВ на 11% и переход из желтой зоны в зеленую; уменьшились потребности в салбутамоле до 1 раза в сутки, у 23% сохранились ночные пробуждения до 1 раза в две недели.

**Выводы:** сложившиеся стереотипы лечения БА требуют активной коррекции. Комбинированная терапия форадиллом и будесонидом позволяет контролировать БА среднего и тяжелого течения в амбулаторных условиях.

**Кузнецова Т.А., Книжникин М.Ф., Петраковская В.А., Буякова Е.Д., Семеновых Л.Г.,**  
**Суханова Г.И., Беседнова Н.Н., Эпштейн Л.М.**

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУНИТЕТА И ГЕМОСТАЗА**  
**ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЕГКИХ**  
**ПЕПТИДНЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ ТИПРОСТИМОМ**

*НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток*  
*Владивостокский государственный медицинский университет*  
*Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток*

**Цель:** изучение влияния иммунокорректора полипептидной природы тинростима на иммунную и свертывающую системы больных хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы:** обследовано 108 больных ХОБЛ со среднетяжелым и тяжелым течением основного заболевания. Обследование больных проводили до и по окончании курса лечения. В комплекс обследования включали оценку следующих показателей иммунного статуса: субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови, изучаемого с помощью моноклональных антител к маркерам CD3, CD4, CD8, CD20, CD25, иммунорегуляторного индекса, фагоцитарного показателя (ФП) и фагоцитарного числа (ФЧ) нейтрофилов; уровня цитокинов IL-1, IL-4, TNF- $\alpha$ , IL-10 в сыворотке крови. Также у больных исследовали ряд параметров коагулограммы: тромбиновое время (ТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), фенантролиновый тест (ФТ), уровень фибриногена (ФГ), содержание антитромбина III (АТ-III), фибринолитическую активность (ФА). В первую (I) группу вошли больные, которые помимо базисного курса лечения принимали тинростим два раза в сутки в течение 15 дней, вторая (II) группа представлена пациентами, которые получали аналогичный курс терапии без тинростима.

**Результаты:** в результате лечения с применением тинростима у больных (I группа) наблюдалось статистически значимое возрастание исходно сниженных показателей Т-клеточного зве-

на иммунитета: а именно, относительного содержания CD3<sup>+</sup> (p=0,016) и CD4<sup>+</sup> лимфоцитов (p=0,018) и фагоцитарной активности нейтрофилов: ФП (p=0,0027) и ФЧ (p=0,000). У больных этой группы выявлена тенденция к снижению уровня воспалительных цитокинов в сыворотке крови. Полученные результаты свидетельствуют об иммунокорректирующем эффекте тинростима, выражающемся в нормализации ряда показателей иммунной системы. Кроме того, у больных, принимавших тинростим, выявлено снижение исходно высоких значений ФТ (p=0,025) и увеличение ФА крови (p=0,020), что свидетельствует о снижении интенсивности гиперкоагуляционного синдрома и повышении фибринолитического потенциала крови. Это способствует предотвращению процессов фиброобразования в бронхиальном дереве и является признаком купирования латентного ДВС-синдрома. У больных, получавших только базисную терапию (II группа), коррекции отмеченных показателей иммунограммы и коагулограммы не наблюдалось.

**Выводы:** применение полипептидного иммуномодулятора тинростима в составе комплексного лечения больных ХОБЛ оказывает положительный эффект на состояние системы иммунитета и гемостаза. Корректирующий эффект тинростима открывает новые возможности для управления механизмами регуляции иммунопатологических процессов, протекающих с нарушением иммунитета и гемостаза.

**Крылова Ю.О., Пирогов А.Б.**

**РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К СТАНДАРТНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ**  
**АСТМЫ С ПОЗИЦИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ЛЕГОЧНОГО**  
**КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА**

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск*

**Цель исследования:** установить резистентность к базисной терапии астмы (difficult/therapy-resistant) с учетом изменений показателей легочной гемомикро-циркуляторной системы на фоне оценки клинико-функциональных тестов у больных бронхиальной астмой (БА).

**Материалы и методы:** в течение 24 недель под наблюдением находилось 38 больных БА среднетяжелого (24) и тяжелого (12) течения, чувствительных к стероидной терапии. Обследование пациентов проводилось перед началом лечения и по окончании 12- и 24-недельного курса терапии и включало в себя: мониторинг клинико-функциональных показателей, оценку функции внешнего дыхания и анализ изменений капиллярного легочного кровотока (КЛК) методом перфузионной радионуклидной пульмоноангиосцинтиграфии. В качестве препаратов базисной терапии применялись — фликсотид в суточной дозе 750-1000 мг + антилейкотриеновый препарат (аколат — 40 мг 2 раза в день). В качестве бронходилататоров все больные получали серевент 100 мг в сутки; в режиме по требованию назначались  $\beta_2$ -агонисты короткого действия. Уровень контроля над симптомами БА выполнен по критериям, предложенным E. Vatemан и соавт., 2001 г.

**Результаты:** по окончании 12 недель лечения и тем более 24-недельного курса 25 (65,8%) пациентов соответствовали критериям «хорошо контролируемой» астмы, 13 (34,2%) пациентов отнесены к числу больных с неконтролируемым течением БА. Ретроспективный анализ клинической характеристики и комплекса показателей КЛК (характер распределения легочной перфузии в пользу верхних отделов, уровень перфузионного дефицита капиллярного русла, функциональные резервные возможности малого круга кровообращения, микроструктура каждого легкого) показал, что у неконтролируемых больных наряду с отрицательной динамикой клинико-функциональных тестов зарегистрировано неуклонное снижение числа структур, характерных для скинтиграмм легких с тяжелой степенью нарушений. Таким образом, данные показатели могут быть использованы в качестве прогностических, позволяющих выделить пациентов с плохо контролируемой БА.

**Выводы:** одной из причин развития вторичной резистентности больных к стандартной базисной терапии являются стойкие изменения капиллярной легочной перфузии.

**Курлеева Т.Ю., Пузина О.К.**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН С ИППП**

*Владивостокский государственный медицинский университет*  
*Клинико-диагностический центр г. Владивостока*