

140 — имеют уровень систолического АД < 140 мм рт.ст.;
5 — имеют общий холестерин < 5 ммоль/л;
3 — имеют ХС ЛПНП < 3 ммоль/л;
0 — не страдают сахарным диабетом или избыточным весом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков, Ю.Н. Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Рабочая тетрадь врача: рекомендации / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов. — М., 2006. — 53 с.
2. Карпов, А.М. Самозащита от саморазрушения / А.М. Карпов. — М.: Мед-Пресс, 2005. — С.60—84.
3. Крулев, К.А. Заболевания сердца и сосудов. Профилактика и лечение / К.А. Крулев. — СПб.: Питер Пресс, 2008. — 157 с.
4. Левшин, В.Ф. Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 7, № 14. — С.917—921.
5. Марцевич, С.Ю. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов / С.Ю.Марцевич,

Н.П.Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2009. — № 4. — С.80—84.

6. Недогода, С.В. Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I. Снижение веса и нормализация артериального давления / С.В. Недогода, И.Н. Барыкина, У.А. Брель, Л.В. Бутрина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 5. — С.105—115.
7. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 211 с.
8. Шальнова, С.А. Артериальная гипертония и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонии / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.В. Константинов [и др.] // Consilium Medicum. — 2007. — № 9 (11). — С.31—34.
9. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 6. — 30 с. (прил. 2).
10. Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — № 6. — 54 с. (прил. 3).

© Н.В. Овсянников, Н.В. Багешева, С.М. Ищенко, 2009

УДК 616.248-085.234(Biasten)+615.032.23

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА БИАСТЕН В КАЧЕСТВЕ ЕДИНОГО ИНГАЛЯТОРА

НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ ОВСЯННИКОВ, канд. мед. наук, главный пульмонолог г. Омска,

зав. пульмонологическим отделением МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»

НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА БАГИШЕВА, канд. мед. наук, врач-пульмонолог,

МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»

СЕРГЕЙ МИХАЙЛОВИЧ ИЩЕНКО, зам. генерального директора ЗАО «Пульмомед», Омск

Реферат. Цель исследования — изучение эффективности, переносимости и удобства применения комбинированного препарата *биастен* у 36 пациентов, страдающих бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести, при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии. Исследование включало клиническую и функциональную оценку симптомов. Доказано, что использование единого ингалятора *биастен* в эквивалентных дозах значительно сокращает выраженность одышки, кашля, частоту приступов удушья, улучшает показатели ОФВ1 при хорошей переносимости препарата.

Ключевые слова: бронхиальная астма, концепция «единого ингалятора», эффективность лечения.

EFFICIENCY AND SAFETY OF APPLICATION OF DOMESTIC COMBINED PREPARATION *BIASTEN* AS THE UNIFORM INHALER FOR THERAPY OF THE BRONCHIAL ASTHMA

N. V. OVSYANNIKOV, N. V. BAGISHEVA, S. M. ISHCENKO

Abstract. Studying of efficiency, shipping and convenience of application of a preparation of the combined preparation of *biasten* at 36 patients, easy bronchial asthma easy, average and heavy severity level at its use as a uniform inhaler for basic and symptomatic therapy was a research objective. Research included a clinical and functional estimation of symptoms. It is proved that use of a uniform inhaler of *biasten* in adequate doses considerably reduces expressiveness of a short wind, cough, frequency of attacks of asthma, improves indicators ОФВ1 at good shipping of a preparation.

Key words: a bronchial asthma, the concept of «a uniform inhaler», efficiency of treatment.

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, тяжелым социальным и экономическим бременем, ложащимся на плечи общества [5]. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн больных БА [6]. Иммунное воспаление, являющееся главным механизмом патогенеза БА, обуславливает возникновение симптомов

этого заболевания. Контроль над степенью выраженности воспаления обеспечивает контроль над симптомами, а значит и «контроль БА». Это новое понятие задачи терапии предложено в редакции GINA 2006 г.

Вопросы рациональности терапии, направленной на обеспечение контроля БА, становятся все более актуальными, поскольку увеличение распространен-

ности заболевания и смертности от него происходит одновременно с увеличением потребления противоастматических препаратов [14].

Независимо от использованных критериев оценки уровень контроля БА в клинических исследованиях составляет 25—68% [8, 10]. В повседневной клинической практике уровень контроля БА существенно ниже. Так, даже в странах Западной Европы с высокоразвитой системой здравоохранения он приближается к 5%. В России «золотой стандарт» контроля над симптомами БА достигнут у 6,6% больных, получавших базисную терапию, и у 3,3%, получавших только симптоматическую терапию [3, 4]. Различия между результатами клинических исследований и реальной клинической практикой имеет множество причин, важнейшими из которых являются: а) низкий комплаенс больных, которые отдают предпочтение сиюминутному эффекту от β_2 -агониста короткого действия регулярному приему ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов (иГКС); б) фармакологические особенности этих групп препаратов, в том числе и не вызывающие расслабления гладких мышц дыхательных путей.

К таким эффектам β_2 -агонистов относят уменьшение экссудации плазмы и уменьшение отека слизистой оболочки бронхов за счет воздействия на клетки эндотелия посткапиллярных венул, стабилизацию тучных клеток и уменьшение высвобождения медиаторов воспаления, торможение выделения активных форм кислорода. В то же время терапия β_2 -агонистами сопровождается развитием эффекта тахифилаксии, что связано с десенситизацией и интерконверсией β_2 -рецепторов.

Ингаляционные ГКС являются основными препаратами, ингибирующими иммунное воспаление при БА. Этот эффект иГКС реализуется через активацию ГКС-рецепторов в цитоплазме клеток эпителия бронхов, супрессию воспалительных генов, активированных провоспалительными факторами транскрипции. При этом эти эффекты иГКС реализуются быстро (за часы).

В то же время при лечении иГКС развиваются микотические поражения слизистой оболочки полости рта, гортани, пищевода, урогенитальный микоз, при лечении системными ГКС чаще возникают комбинированные (по локализации) поражения слизистых [7, 9].

Доказано положительное взаимодействие при совместном применении иГКС и β_2 -агонистов. В частности, ГКС способствуют повышению экспрессии β_2 -рецепторов на поверхности клеток, предупреждают развитие down-регуляции β_2 -рецепторов легких, восстанавливают сопряжение β_2 -рецепторов после длительной терапии β_2 -агонистами. β_2 -агонисты в свою очередь усиливают транслокацию ГКС-рецепторов, усиливают противовоспалительные эффекты ГКС в клетках гладких мышц дыхательных путей. Существующая двусторонняя взаимосвязь этих групп препаратов способствует увеличению эффективности терапии при снижении нежелательных эффектов, обусловленных ею [15].

Разработка и внедрение в клиническую практику комбинированных ингаляторов, содержащих иГКС и β_2 -агонисты, позволили добиться улучшения контроля БА при использовании меньших доз иГКС и β_2 -агонистов. Такая комбинация эффективна и с точки зрения повышения комплаенса больных БА, поскольку обеспечивает регулярный прием иГКС. Разработанная концепция «единого ингалятора», применяемого в режиме SMART (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) за счет использования «окна возможностей», показала сокраще-

ние числа тяжелых обострений БА [2, 16]. В то же время такая терапия является более безопасной [1, 11].

В 2003 г. в НИИ пульмонологии Минздрава РФ было проведено исследование комбинированного препарата отечественного производства *биастен*, содержащего 100 мкг иГКС будесонида и 200 мкг β_2 -агониста короткого действия сальбутамола гемисукцината. В качестве средства доставки препарата использовался индивидуальный порошковый ингалятор циклохалер. Исследование было открытым, параллельным, в нем участвовало 10 взрослых больных БА среднетяжелого течения. Исследование показало высокую клиническую эффективность и безопасность этого препарата [12, 13]. Однако в то время этот комбинированный ингалятор не позиционировался как единый для базисной терапии и купирования приступов удушья. Развитие представлений о терапии БА последних лет позволило предположить возможность использования *биастена* как единого ингалятора для лечения БА.

Целью настоящего исследования явилось сравнение эффективности, переносимости и удобства применения препарата *биастен* в различных соотношениях будесонида/сальбутамола гемисукцината 100 мкг/200 мкг и 400 мкг/100 мкг у пациентов, страдающих БА легкой, средней и тяжелой степени тяжести при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА.

Материал и методы. В исследовании приняли участие пациенты, соответствующие следующим критериям:

- в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести;
- отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний;
- способность правильно выполнять рекомендации врача.

Критериями исключения были:

- острые инфекции дыхательных путей (пневмонии, синуситы, отиты);
- повышенная чувствительность к компонентам препарата;
- беременность, лактация;
- наличие онкологических, эндокринологических, сердечно-сосудистых заболеваний, почечной, печеночной недостаточности и других тяжелых сопутствующих заболеваний.

Во время исследования разрешался прием следующих препаратов:

- β_2 -агонисты короткого действия;
- М-холинолитики короткого или длительного действия;
- отхаркивающие препараты;
- препараты для коррекции сопутствующих заболеваний (ИБС, АГ).

Запрещался прием:

- теofilлинов;
- системных ГКС;
- β -блокаторов;
- НПВП.

Исследование имело проспективный открытый дизайн. Период наблюдения составил 4 нед. Исследование включало 2 периода:

1. Клинико-диагностический период (2 нед).
2. Период наблюдения (4 нед).

Во время первого периода проводилось дополнительное обследование больных с целью уточнения

степени тяжести, характера и эффективности ранее проводимой терапии, при необходимости — купирование обострения. Далее в зависимости от степени тяжести пациенты были разделены на 2 группы, I группа принимала *биастен* 100/200, II группа — *биастен* 400/100 течение 4 нед. Препарат *биастен* на период наблюдения был предоставлен всем пациентам компанией ЗАО «Пульмомед».

Исследование проводилось на базе городского пульмонологического центра МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова» г. Омска, Областной клинической больницы г. Омска и МУЗ «ГКБ № 11» с наблюдением в круглосуточном стационаре, дневном пульмонологическом стационаре и амбулаторно. Перед началом использования порошкового ингалятора с каждым больным врачом проводилось индивидуальное занятие по обучению технике проведения ингаляции с последующим неоднократным контролем в течение первых дней.

Контрольные визиты проводились каждые 2 нед в течение периода наблюдения с клинической оценкой субъективного состояния, мониторинга дневных и ночных симптомов, спирографии, потребности в ингаляциях β_2 -агонистов короткого действия, оценкой переносимости, удобства применения и наличия побочных эффектов.

Исключение из исследования предусматривалось при:

- отказе больного от участия на любом из этапов;
- развитии побочных эффектов;
- ухудшении состояния пациента, требующем госпитализации или назначения системных ГКС;
- присоединении ОРВИ или обострении сопутствующей патологии, делающими невозможным явки больного на контрольные визиты или проведение индивидуального мониторинга.

Измерения

Клиническое исследование проводилось на контрольных визитах (2-я, 4-я нед) и включало:

- субъективную оценку кашля пациентами по 4-балльной шкале: 0 баллов — нет симптомов, 1 — незначительно выраженные симптомы, 2 — умеренно выраженные симптомы, 3 — значительно выраженные, ограничивающие жизнедеятельность и требующие обращения за медицинской помощью симптомы;
- одышку по 10-балльной шкале (10 баллов — максимальная выраженность, 0 баллов — отсутствие одышки);
- приступы удушья (количество в сут).

Объективная оценка функции внешнего дыхания проводилась с помощью компьютерной спирографии (в начале и по окончании наблюдения), где использовались показатели, определяющие состояние бронхиального дерева: объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1). Оценка полученных результатов проводилась в сравнении с должными величинами.

Оценка уровня контроля над симптомами БА со стороны пациента проводилась с помощью индивидуального теста по контролю над астмой (АСТ), который заполнялся пациентами самостоятельно и предусматривал ответы на 5 вопросов:

1. Как часто за последние 4 нед астма мешала выполнять обычный объем работы или учебы?
2. Как часто за последние 4 нед Вы отмечали у себя затруднение дыхания?
3. Как часто за последние 4 нед Вы просыпались ночью из-за симптомов астмы?

4. Как часто за последние 4 нед Вы использовали быстродействующий ингалятор?

5. Как Вы оценивали, насколько хорошо Вам удалось контролировать астму?

Ответы предусматривали оценку состояния по 5-балльной шкале (при максимуме — 25 баллов, минимуме — 5 баллов).

Оценка переносимости, удобства применения препарата и побочных эффектов проводилась при каждом визите и оценивалась по 4-балльной шкале (0 баллов — отличная, 1 — хорошая, 2 — удовлетворительная, 3 — плохая).

Статистический анализ

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «BIOSTAT» и «EXEL». Данные представлены как $\text{mean} \pm \text{SD}$. Достоверность различий количественных показателей между группами определялась с помощью критериев χ^2 и Манна—Уитни, достоверность различий внутри одной группы определялась с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Характеристика больных. В исследование было включено 40 больных, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести (легкая, среднетяжелая и тяжелая). Завершили 4-недельный курс наблюдения 36 (90%) человек, 4 были исключены из-за невыполнения рекомендаций врача и неявки на контрольные визиты. Мужчин было 16, женщин — 20 в возрасте от 21 до 74 лет [средний возраст $(50,64 \pm 1,69)$ года]. По степени тяжести: легкая — 5 (13,9%) человек, среднетяжелая — 26 (72,2%), тяжелая — 5 (13,9%) больных. Средняя длительность заболевания по анамнезу от появления первых симптомов бронхообструкции до настоящего времени составляла от 1 до 20 лет [в среднем — $(10,47 \pm 2,07)$ года], с частотой обострений от 1 до 5 в год.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 19 больных БА легкой и средней степени тяжести. Во 2-ю — 17 больных среднетяжелой и тяжелой БА (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Характеристика больных

Показатели	1-я группа (биастен 100/200)	2-я группа (биастен 400/100)
Кол-во больных	19	17
Мужчин/женщин	6/13	10/7
Средний возраст, лет	53,63 $\pm$ 4,5	46,18 $\pm$ 4,2
Длительность заболевания по анамнезу, год	10,79 $\pm$ 1,8	10,12 $\pm$ 0,9
Степень тяжести БА:		
легкая	5	0
среднетяжелая	14	12
тяжелая	0	5

Клиническая эффективность. В течение всего периода наблюдения у большинства больных отмечена положительная динамика (в разной степени выраженности) со стороны клинических симптомов. Пациенты отмечали уменьшение выраженности приступообразного сухого кашля, одышки, частоты приступов удушья, потребности в дополнительных ингаляциях *биастена* «по требованию» (табл. 2).

Таблица 2

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
Кашель	1,2	1	2,14	0,93*	2,08	0,75*	1,6	0,8*
Одышка	3,8	2,5*	3,78	2,14	6,67	1,83*	9,2	4,8*
Приступы удушья (кол-во в день)	1,8	1	2,57	0,71*	4,08	0,92*	8,4	2,2*
Потребность в дополнительных ингаляциях биастена (кол-во в день)	0,71	0,4	3,64	1,14*	3,08	0,5*	8,8	2,8*

* $p < 0,05$.

Таблица 3

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
АСТ-тест, баллы	13	17,25*	18,14	20,21	13,58	20,33*	13,8	17,4*
ОФВ1, %	70,8	86,2	52,6	58,76	57,5	69,58	34,2	38,0

* $p < 0,05$.

Таблица 4

Переносимость биастена у пациентов, страдающих бронхиальной астмой

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)		2-я группа (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Переносимость, баллы	2	1	1,67	1,2
Побочные эффекты, баллы	1,8	0,07	0,92	0
Удобство применения, баллы	2	1,07	1,58	1,4

Таблица 5

Побочные эффекты, связанные с приемом биастена

Признаки	Кол-во больных			
	1-я (биастен 100/200)		2-я (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Кашель	2	0	4	0
Першение в горле	2	0	1	0
Приступы удушья	0	0	1	0
Сердцебиение	0	1	0	0

В исследовании участвовали врачи из городских и областных лечебных учреждений амбулаторного и стационарного звена (табл. 6).

Таблица 6

Учреждения, где наблюдались пациенты

Учреждение	Кол-во наблюдаемых больных
ОКБ (стационар)	10
МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н.Кабанова» (стационар)	5
(поликлиника)	10
МУЗ «ГКБ № 11» (стационар)	11

В стационаре наблюдение проводилось врачами-пульмонологами, в поликлинике — терапевтами. Городские и областные лечебные учреждения имеют различное финансирование и уровень обеспечения лекарственными препаратами. Из-за этого требования, предъявляемые к лекарственным препаратам со стороны врачей, различны. Использование порошковых ингаляторов требует

Следует отметить значительное сокращение приступов удушья и сокращение суточной потребности в дополнительных ингаляциях биастена (с 8 до 2 в среднем ингаляций в сутки) у пациентов с тяжелой БА, без превышения допустимых суточных доз ИГКС и КДБА.

С целью объективной оценки состояния пациентов нами проводились спирография и АСТ-тест (табл. 3).

Во всех группах отмечено увеличение уровня контроля БА по АСТ-тесту. У пациентов со среднетяжелой БА в обеих группах удалось достичь хорошего уровня контроля. Кроме того, у 2 пациентов 46 и 74 лет, имеющих стаж приема сГКС более 10 лет, на фоне приема биастена за 4 нед удалось снизить дозу сГКС на 50%. Следовательно, регулярный прием в качестве базисной терапии комбинированных препаратов позволяет повысить уровень контроля над заболеванием.

Во время исследования по 4-балльной шкале оценивались переносимость препарата, наличие побочных эффектов и удобство применения исследуемого препарата.

Большая часть пациентов оценивали удобство и переносимость как хорошую или удовлетворительную. Учитывая выраженный положительный бронхолитический и противовоспалительный эффект, некоторые неудобства или неприятные ощущения при приеме биастена не повлекли за собой отмены препарата.

Во время исследования побочные эффекты, связанные с приемом биастена были отмечены у 8 пациентов (табл. 5) и проявлялись кашлем, першением в горле, приступами удушья. Наибольшее количество их встречалось в 2-й группе у среднетяжелых больных.

особого подхода к использованию и контролю техники выполнения ингаляций пациентом, что требует дополнительного времени и определенного настроя от врача для достижения партнерского отношения с пациентом. Количество побочных эффектов (табл. 7), развившихся у пациентов различных лечебных учреждений на один и тот же препарат, отражает особенности субъективного восприятия врачей и больных БА процесса лечения.

Таблица 7
Частота встречаемости побочных эффектов
у пациентов различных лечебных учреждений

Учреждение	Кол-во больных, у которых развились побочные эффекты	% от числа пролеченных в данном ЛПУ
ОКБ (стационар)	8	80
МУЗ «ОГКБ № 1»	(стационар) 1 (поликлиника) 1	20 10
ГБ № 11 (стационар)	1	9

Заключение. Данные, полученные в результате проведенного исследования, показывают эффективность и безопасность использования комбинированного препарата биастен (будесонид+сальбутамол) отечественного производства в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА. Различные варианты дозировок иГКС и β_2 -агониста короткого действия в комбинированном препарате биастен удобны для подбора дозы при проведении ступенчатой терапии согласно рекомендациям GINA. Субъективные пристрастия врачей могут иметь значение в оценке эффективности и безопасности применения конкретного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

- Архипов, В.В. Насколько безопасны современные агонисты β_2 -адренорецепторов? / А.Н. Цой, В.В. Архипов // Бронхиальная астма. Новые решения. — М., 2007. — С.133—147.
- Архипов, В.В. Новые концепции терапии бронхиальной астмы: применение одного ингалятора для базисной терапии и устранения симптомов заболевания / А.Н. Цой, В.В. Архипов // Бронхиальная астма. Новые решения. — М., 2007. — С.103—132.
- Белевский, А.С. По следам публикации / А.С. Белевский // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 2 (17). — С.40—41.

- Белевский, А.С. Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию / А.С. Белевский, Н.А. Вознесенский // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 4 (19). — С.42—44.
- Биличенко, Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // Бронхиальная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. — М., 1997. — Т. 1. — С.400—424.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 / пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2007. — 103 с.
- Голевцова, З.Ш. Проблема аллергических пневмококков в практике врача-интерниста / З.Ш. Голевцова, Л.В. Овсянникова, Н.В. Овсянников // Омский научный вестник. — 2000. — № 10. — С.124—126.
- Овсянников, Н.В. Исследование эффективности безфреонового бекламетазона дипропионата в форме ингалятора Легкое Дыхание у больных бронхиальной астмой / Н.В. Овсянников, Н.В. Багешева, Т.А. Проскура // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2006. — № 3 (22). — С.56—60.
- Овсянникова, Л.В. Оппортунистические микозы у больных бронхиальной астмой на фоне базисной терапии / Л.В. Овсянникова, З.Ш. Голевцова, Н.В. Овсянников // Проблемы медицинской микологии. — 2003. — Т. 5, № 2. — С.32—33.
- Овсянников, Н.В. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта / Н.В. Овсянников [и др.] // Пульмонология. — 2007. — № 1. — С. 100—105.
- Смоленов, И.В. Безопасность ингаляционных глюкокортикостероидов: новые ответы на старые вопросы / И.В. Смоленов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2002. — № 3. — С.10—14.
- Соколов, А.С. Биастен — комбинированный отечественный препарат для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, Т.Н. Гаркавая // Пульмонология. — 2003. — № 5. — С.97—99.
- Соколов, А.С. Эффективность и безопасность Биастена — комбинированного препарата для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, В.М. Павлов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2004. — № 2 (13). — С.58.
- Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. — СПб.: Нордмедиздат, 2006. — 308 с.
- Barnes, P.J. Scientific rationale for using a single inhaler for asthma control / P.J. Barnes // Eur.Respir. J. — 2007. — Vol. 29. — P.587—595.
- O'Byrne, P.M. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma. The OPTIMA randomized trial / P.M. O'Byrne, P.J. Barnes, R. Rodrigues-Roisin [et al.] // Amer. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2000. — Vol. 164. — P.1392—1397.

© Р.Г.Сайфутдинов, З.М.Галеева, З.А.Шайхутдинова, Д.Г.Исхакова, А.Р.Гилязова, 2009

УДК 616.33-002.44

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрав»

ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрав»

ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА ШАЙХУТДИНОВА, зам. гл. врача по медицинской части

МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани», главный внештатный гастроэнтеролог

Управления здравоохранением г. Казани

ДИЛЯРА ГАБДРАШИТОВНА ИСХАКОВА, заведующая отделением гастроэнтерологии

МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани»

АЛЬБИНА РАШИДОВНА ГИЛЯЗОВА, клинический ординатор кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрав»

Реферат. В данной статье описывается клинический случай длительно незаживающей язвы желудка, тактика обследования и ведения данной категории пациентов.

Ключевые слова: длительно незаживающие язвы желудка, диагностика, лечение, цитопротекторы.