

Л.П. Шелудько, А.М. Рыжих, Т.Д. Фомина

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)
МУЗ ГПЦР (Чита)
1027 ЦГСЭН СибВО(Чита)**

Под наблюдением находилось 125 больных бронхиальной астмой среднетяжелого течения, из них 25 % мужчин и 75 % женщин в возрасте от 18 до 70 лет. 51,2 % пациентов имели рентгенологически подтвержденный риносинусит.

Всем пациентам было проведено обследование микрофлоры носа. У 85 % больных выявлена условно-патогенная микрофлора в диагностическом титре. Проведена санация с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам с последующим бактериологическим контролем.

Пациентам первой группы была назначена базисная терапия топическими глюкокортикостероидами на фоне базисной терапии астмы, соответствующей третьей ступени. Больные контрольной группы получали только базисную терапию.

В группе больных, получающих базисное лечение топическими глюкокортикостероидами (беклометазон 50 мкг 4 раза в день в каждый носовой ход или флутиказон 50 мкг 2 раза в день) в течение года, отмечено улучшение течения бронхиальной астмы у 90 % больных. Случаев ухудшения состояния выявлено не было.

В контрольной группе у 60 % пациентов отмечено ухудшение течения астмы, у 40 % состояние не изменилось. В контрольной группе течение хронического риносинусита осложнилось в 40 % случаев образованием кист верхнечелюстных пазух.

Полученные нами данные указывают на целесообразность проведения ежегодного рентгенологического обследования придаточных пазух носа для своевременного выявления хронического риносинусита у больных бронхиальной астмой.

Пациентам, страдающим бронхиальной астмой с ринитом, показано проведение базисной терапии назальными топическими глюкокортикостероидами: на 3 — 4 месяца для профилактики хронического риносинусита и на год всем больным хроническим риносинуситом для профилактики его осложнений и предупреждения ухудшения течения астмы.

Всем больным хроническими риносинуситами обязательно исследовать микробный пейзаж полости носа один раз в год и проводить своевременную санацию условно-патогенной микрофлоры для профилактики осложнений.

Н.В. Шкодина, А.М. Бедин, Л.А. Балеевских, Е.А. Лапшина, Ю.Ю. Смирнова**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОФЕНОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА БАЗЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ****МУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)**

Результат лечения пациентов с острым инфарктом миокарда значительно улучшился после внедрения в клиническую практику таких препаратов, как тромболитики, b-блокаторы, ацетилсалициловая кислота. В частности, ранняя активация RAAS и ее вовлечение в патогенез сердечной недостаточности свидетельствуют в пользу применения ингибиторов АПФ при инфаркте миокарда. Сейчас имеются веские доказательства, что использование ИАПФ связано со значительными преимуществами. Мета-анализ четырех исследований, в которых оценивались эффективность и безопасность раннего назначения ИАПФ больным с острым инфарктом миокарда (CONSENSUS II, GISSI-3, ISIS-4, CCS-1), включивший данные по 98 496 пациентам с инфарктом миокарда, позволил выделить группу больных, у которых отмечено наиболее благоприятное влияние препаратов на течение и исход заболевания: возраст — 65 — 74 года, инфаркт миокарда передней стенки, уровень систолического артериального давления — более 150 мм рт. ст., ЧСС — более 100 уд. в мин., сахарный диабет, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда в анамнезе и очень высокий риск неблагоприятного исхода. При этом наибольший эффект наблюдается в первую неделю заболевания. Сообщалось, что среди различных ИАПФ зофеноприл являлся высокоэффективным в моделях экспериментальной ишемии с использованием животных, а также у пациентов с инфарктом миокарда и ИБС. Было показано, что зофеноприл, помимо своих собственных всему классу ИАПФ эффектов, в большей степени подавляет АПФ в миокарде, улучшает ко-

ронарный кровоток, увеличивает периферическую вазодилатацию и повышает эффективность нитратов. Эти преимущества обусловлены в основном высокой способностью зофеноприла ингибировать продукты ангиотензина II (Li, Chen, 1987) и предотвращать деградацию брадикинина (Scholkens, 1998), а также антиоксидантными свойствами, связанными с наличием в структуре препарата свободной сульфгидрильной группы (Bagchi et al., 1989). Проект Долгосрочной Оценки Выживаемости при Инфаркте Миокарда (SMILE) является большой исследовательской программой и имеет целью изучить роль зофеноприла при лечении различных подгрупп пациентов с острым инфарктом миокарда. Принципиальным отличием данного исследования явилось то, что в него включались пациенты с острым инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка, которые по разным причинам не получали тромболитические препараты. В исследовании SMILE было показано, что назначение зофеноприла в первые часы от начала инфаркта миокарда существенно уменьшает вероятность развития смерти и тяжелой сердечной недостаточности в последующем.

Цель исследования — оценка переносимости зофеноприла у пациентов с острым инфарктом миокарда любой локализации, влияние его на выживаемость в первые недели острого инфаркта миокарда.

Обследовано 30 пациентов в возрасте от 43 до 70 лет (средний возраст — $56,5 \pm 13,5$ лет), все мужчины. Диагноз ИМ устанавливался по клиническим данным (затяжной ангинозный приступ), достоверным электрокардиографическим данным, биохимическим критериям (динамические изменения уровня изофермента МВ креатинфосфокиназы и тропонинов Т и I). У 19 пациентов был ИМ передней локализации, у 11 — ниже-диафрагмальный с переходом на базальные отделы. 7 пациентов болели сахарным диабетом 2 типа. Все пациенты получали базисное лечение нитратами, бета-блокаторами, дезагрегантами. Тромболитическая терапия данным пациентам не проводилась из-за поступления в стационар в поздние сроки от начала болевого синдрома. Зофеноприл назначался всем больным, не получавшим тромболитическую терапию, в первые сутки поступления в ПИТиР в начальной дозе 7,5 мг 1–2 раза в сутки, в дальнейшем доза титровалась по АД и в большинстве случаев составила 15 мг в сутки.

Зофеноприл продемонстрировал удовлетворительный профиль безопасности: не отмечалось развития кашля, аллергических реакций, изменений со стороны крови, гипотония, потребовавшая отмены препарата, развилась у одного пациента. На фоне приема зофеноприла не было рецидивов ИМ, ранней постинфарктной стенокардии, летальных исходов. Отмечена особенно хорошая переносимость препарата у пациентов с исходно более высокими цифрами АД.

Таким образом, наши данные подтверждают имеющуюся точку зрения о том, что раннее назначение зофеноприла при остром инфаркте миокарда целесообразно, безопасно и может улучшить прогноз у пациентов, не получавших тромболитическую терапию в ранние сроки инфаркта миокарда.

Как в рекомендациях АКК/ААС по ведению пациентов с ИМ и элевацией сегмента ST, так и в докладе экспертов ЕОК по значению ИАПФ при лечении сердечно-сосудистых заболеваний достигнуто соглашение о необходимости назначения ИАПФ (при отсутствии противопоказаний) в первые 24 часа от начала заболевания. При этом остаются две альтернативные точки зрения о том, следует ли назначать ИАПФ всем больным ИМ или же препараты должны получать только пациенты, относящиеся к группе высокого риска. Это обстоятельство, по-видимому, подразумевает не только отсутствие однозначных аргументов в пользу той или иной точки зрения, но и возможность выбора практикующим врачом в конкретной ситуации более предпочтительного метода лечения.

Н.А. Шоболова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ИНСУЛИНОМ ЛАНТУС В БУРЯТИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Лантус (инсулин гларгин) — одно из последних достижений в области разработки и производства новейших средств лечения сахарного диабета, позволяющее вывести качество жизни больных на принципиально новый уровень, Лантус является первым и единственным аналогом инсулина, однократное введение которого обеспечивает непрерывный 24-часовой беспииковый базальный гликемический контроль у больных сахарным диабетом типа 1 и 2.

Лантус — аналог инсулина с уникальными свойствами, максимально точно воспроизводящий процесс базальной секреции инсулина у человека в норме. Он характеризуется медленным равномерным всасыванием и обладает плавным профилем действия во времени без пиков концентрации, что позволяет избежать гипогликемии и связанных с ними дополнительных расходов на лечение.

Недаром его девиз — «Время Лантуса — от рассвета до рассвета».