

была неравномерной окраски с наличием вакуолей, в части клеток отмечался кариопикноз. Отмечалось также утолщение базальных мембран, уменьшение количества капилляров подэпителиальной ткани с признаками ее фиброза. Воспалительная инфильтрация в железах и стромально-волокнистой строме отсутствовала (рис. 4).

Таким образом, при хроническом простатите на фоне вибрационной болезни морфология простаты характеризуется преобладанием дистрофических-атрофических и сосудистых изменений. Отличия обнаруженных нарушений от типичной картины воспаления предстательной железы позволяют расценивать их как специфические проявления вибрационной простатопатии.

THE PATHOMORPHOLOGY OF PROSTATE GLAND IN CHRONIC PROSTATITIS IN THE PATIENTS WITH PNEUMATIC HAMMER DISEASE

V.A. Anan'yev, A.I. Neimark, N.V. Nazarenko

(Altai Territory Clinical Hospital, Altai State Medical University, Barnaul)

There was made an analysis of pathomorphological features of prostata while having the chronic prostatitis, developing on the background of Pneumatic hammer disease. One detected dystrophic and vascular abnormalities predominance beyond any inflammatory infiltration; central zones of prostate gland were undergone to more changes. The represented situation can be characterized as "vibratory prostatopathy".

ЛИТЕРАТУРА

1. *Имшенецкая Л.П.* Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Дисс. докт. мед. наук. — Киев, 1983.
2. *Каналов А.А.* Материалы конференции урологов России. — Курск, 2000.
3. *Карпова Н.Н.* Вибрация и нервная система. — Л.: Медицина, 1976. — С.168.
4. *Мельникова М.М.* Вибрационная болезнь // Медицина труда и промышленная экология. — М.: Наука, 1995. — № 5. — С.36-41.
5. *Неймарк А.И.* Заболевания мужских половых органов. Лечение и профилактика. — Барнаул, 1992. — С.6-7.
6. *Тиктинский О.Л.* Воспалительные неспецифические заболевания мочеполювых органов. — Л.: Медицина, 1984. — С.303.

© БУШКОВА О.И., ЛЯДОВА М.А. — 2008

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЛОРАТАДИН/БУДЕНОСИД (ЛОМИЛАН/ТАФЕН НАЗАЛЬ) В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

О.И. Бушкова, М.А. Лядова

(Центр клинической иммунологии и аллергологии, г. Ангарск, зав. - к.м.н. Л.Л. Кошельская)

Резюме. Представлены результаты наблюдения оценки эффективности лечения пациентов с аллергическим ринитом комбинацией препаратов лоратадин/будесонид (Ломилан/Тафен назаль).

Ключевые слова: аллергический ринит, фармакотерапия, будесонид, лоратадин, ломилан, тафен назаль.

Распространенность аллергических заболеваний возрастает. Установлено, что IgE-опосредованными аллергическими заболеваниями страдает более 20% населения Земли [3,4]. Принят ряд международных и национальных соглашений по диагностике и лечению бронхиальной астмы, аллергического ринита, атопического дерматита, разработаны формуляры и стандарты терапии этих заболеваний [5,7]. Общеизвестно, что лечение аллергических заболеваний обязательно включает специфические методы терапии и рациональную фармакотерапию [1,2,6].

Целью нашей работы стала оценка эффективности и безопасности применения комбинации препаратов лоратадина и будесонида (Ломилан и Тафен назаль) у больных с аллергическим ринитом.

Материалы и методы

В исследование были включены 140 больных со среднетяжелым и тяжелым течением персистирующего аллергического ринита, наблюдающихся у врачей-аллергологов в Центре клинической иммунологии и аллергологии г. Ангарска и соответствовавших приведенным ниже основным критериям включения.

Диагноз аллергического ринита был подтвержден данными анамнеза, клинической картины, специфическими методами исследования (кожные тесты с водно-солевыми растворами аллергенов), цитологических методов исследования (риноцитотраппа).

Все больные отвечали следующим критериям: возраст от 18 до 60 лет; среднетяжелое и тяжелое течение аллергического ринита; стаж заболевания от 2 и более лет; отсутствие анатомических изменений носа.

В исследование не включались больные, соответствующие

следующим критериям: возраст до 18 лет; легкое течение аллергического ринита; наличие анатомических изменений в полости носа; наличие аллергических реакций на ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид); наличие инфекционного ринита; наличие грибкового поражения полости носа.

Больные были разделены на 2 группы:

— 1 группа - основная (100 больных) была назначена терапия блокатором H_1 -гистаминовых рецепторов 2 поколения — лоратадином (Ломилан, LEK) в сочетании с интраназальным кортикостероидом будесонидом (Тафен-назаль, LEK). Начальная доза будесонида составляла 400 мкг/сут., лоратадина — 10мг/сут.

— 2 группа - контрольная (40 больных) получала блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов 1 поколения в сочетании с деконгестантами. Группа была отобрана из больных, которые получали данные препараты до обращения к врачу-аллергологу. Больные получали препараты в следующих дозах: клоропирамин 25 мг х 3 раза в день или клемастин 1 мг х 3 раза в день в сочетании с оксиметазолином 0,025% или ксилометазолином 0,1% по потребности.

Длительность терапии во всех группах составляла не менее 1 месяца.

В ходе исследования проводилась оценка клинических показателей (выраженность назальной блокады, ринореи, зуда слизистых, нарушение сна). Интенсивность симптомов аллергического ринита оценивалась в баллах до и после лечения по следующим пунктам: отделяемое из носа, заложенность носа, зуд в полости носа, чихание, другие симптомы: нарушение сна, головные боли, потеря обоняния. Принимались следующие условные значения баллов: 0 — симптомов нет, 1 — выражены незначительно, 2 — выражены умеренно, 3 — выражены, 4 — очень выражены.

Данные представлялись в виде средних величин (М) и

их стандартных отклонений (s), а также в виде относительных величин. Статистическая обработка осуществлялась в программном пакете Statistica v. 6.0 с использованием t-критерия Стьюдента, z-критерия. Вычислялось снижение относительного и атрибутивного рисков для клинических симптомов болезни в 1 группе в сравнении с 2 группой. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 приведена характеристика обследованных больных с аллергическим ринитом. По своим исходным клиническим, демографическим показателям группы больных были сравнимы между собой.

Исходная характеристика обследованных больных в группах

Показатели	Группы больных		Критерий	Значимость, р
	1 (n=100)	2 (n=40)		
Средний возраст, лет	42,3±7,4	44,9±8,4	t=1,8	0,073
Степень тяжести ринита:				
средняя, чел. (%)	80 (80%)	25 (62,5%)	Z=1,9	0,052
тяжелая, чел. (%)	20 (20%)	15 (37,5%)	Z=1,9	0,052
Клинические симптомы, баллы:				
Ринорея	2,2±0,3	2,3±0,3	t=1,8	0,077
Заложенность носа	2,9±0,5	3,0±0,6	t=1,0	0,315
Зуд в полости носа	3,1±0,6	2,9±0,6	t=1,8	0,077
Чихание	3,3±0,6	3,1±0,5	t=1,9	0,064

У всех больных на фоне проводимой терапии отмечалось значимое улучшение течения аллергического ринита. Установлено, что применение обоих изучав-

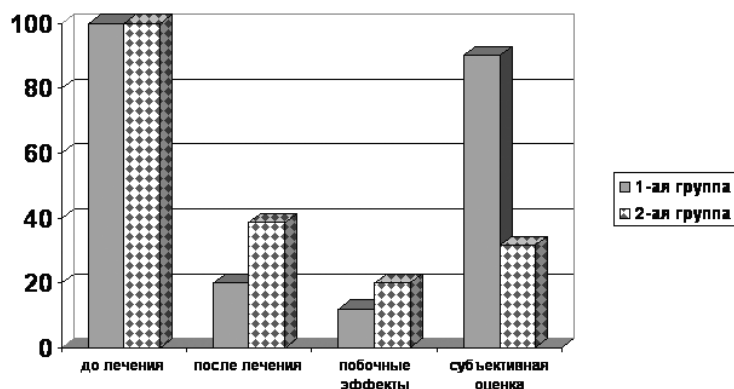


Рис. 1. Оценка регресса симптомов, побочных эффектов и субъективная оценка переносимости в группах.

шихся режимов терапии сопровождается уменьшением таких симптомов аллергического ринита, как ринорея, чихание, зуд в полости носа.

При этом в группе больных, получавших комбинацию лоратадин/будесонид, деконгестивный эффект наступал в течение первых 3-5 суток и сохранялся на протяжении всего исследования, в то время как во 2 группе на фоне приема комбинаций клоропирамин-клемастин/оксиметазолин-ксилометазолин — деконгестивный эффект наступил в течение первого дня, но за контрольный период суточная потребность в деконгестантах увеличилась, сократилось время между приемом

Таблица 1

препаратов, наряду с большим количеством побочных эффектов, таких как сонливость днем, нарушение сна ночью, ощущение усталости, повышенная утомляемость, сухость и жжение слизистых оболочек, тахикардия. Если принять исходные значения суммы симптомов болезни в баллах у больных за 100%, то

после лечения их выраженность оценивалась в 20% у больных 1 группы и в 38,4% — во 2. Снижение относительного риска на фоне комбинированной терапии лоратадин/будесонид составило 1,92, а атрибутивного риска 18,4% ($z=2,05$, $p=0,041$).

Данная комбинация хорошо переносилась больными, отмечено отсутствие седативного эффекта, другие побочные явления были выражены минимально: раздражение носа и горла отметили 4 (4%), сухость слизистых — 7 (7%), носовое кровотечение — 1 (1%) больных. В целом было выявлено 12% побочных эффектов в 1 группе и 20% — во 2 ($z=0,955$, $p=0,340$) (рис. 1).

Таким образом, применение комбинации лоратадин/будесонид позволяет эффективно контролировать симптомы аллергического ринита. Применение такой комбинации целесообразно и позволяет оптимизировать схемы противовоспалительной терапии аллергического ринита.

THE EXPERIENCE OF THE USING COMBINATIONS LORATADIN/BUDESONID (LOMILAN / TAFEN NAZAL) IN TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS

O.I. Bushkova, M.A. Lyadova

(Angarsk Centre of Clinical Immunology and Allergology)

These data provide the evidence of efficacy of the treatment of patients with allergic rhinitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский Н.А. К вопросу о безопасности ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 2. — С.1-4.
2. Емельянов А.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения аллергического ринита // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2004. — № 1. — С.14-21.
3. Емельянов А.В. Взаимосвязь атопических заболеваний: бронхиальная астма и аллергический ринит // Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии Конгресс РААКИ: Сборник трудов. — М., 2002. — Т. I. — С.76-90.
4. Емельянов А.В., Федосеев Г.Б., Сергеева Г.Р. и др. Распространенность аллергических заболеваний среди взрослого населения Санкт-Петербурга // Аллергология. — 2002. — № 2. — С.10-15.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита: Пособие для врачей. — СПб.: РИА-АМИ, 2003. — 48 с.
6. Коростовцев Д.С. Интраназальные глюкокортикоиды — клинические аспекты применения при аллергическом рините // Аллергология. — 2002. — № 2. — С.39-42.
7. Global Initiative for asthma // NHLB/WHO Workshop Report. — National Heart Lung Blood Institute, 2002. — 176 p.