

УДК 616.348-002-085-053.2

А.Д. БАЙМУРАТОВА, Т.Ш. ИСАБЕКОВА, Ж.А. АГИМОВ, Л.А. КИЛЫБАЕВА, Қ.А. НАЗАРЫМБЕТ, Г.С. НУРМҰХАМБЕТОВА,  
А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г. ТҰРДЫБЕК

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,  
ГККП СВА №16, г.Алматы

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ СЕРЕТИД И МОНТЕЛУКАСТ

В статье приведены результаты базисного лечения БА у детей. Находились под наблюдением 25 детей в возрасте от 6 до 14 лет, получавших в качестве базисной терапии серетид в средней терапевтической дозе и монтелукаст в суточной дозе 5 мг:1-я группа. Другие 25 детей, (контрольная группа) получали в качестве базисной терапии только один серетид в средней терапевтической дозе:2-я группа. Удовлетворительный результат в лечении БА достигнут при сочетании серетид и монтелукаста.

**Ключевые слова:** бронхоконстрикция, ремоделирование, базисная терапия, ИГКС, антилейкотриен, серетид, монтегест.

Существенный прогресс в лечении бронхиальной астмы был достигнут при лечении базисной терапией, призванной оказать эффект на воспалительный процесс. Воспаление в бронхах при бронхиальной астме выявляется не только в периоде обострения, но и в фазе ремиссии. В этой связи оправданным является длительное применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). В клинической практике доказательным при лечении ИГКС является улучшение легочной функции, уменьшение вариабельности показателей ФВД в течение дня, а также снижение потребности больных в кортикостероидах *resos*. Этим обеспечивается защита от бронхоконстрикции при контакте с антигеном, снижается частота обострений БА, т.е. предотвращаются патогенетические изменения в бронхах, ведущие к необратимой обструкции дыхательных путей (ремоделирования). Однако большинство больных нуждаются в многолетней поддерживающей терапии. Оправдано применение комбинированного препарата серетид (флутиказон + сальметерол). Современный ингаляционный кортикостероид – флутиказон оказывает минимальное общее воздействие, обеспечивает лучший профиль безопасности и высокую эффективность. Сальметерол обладает высокой селективностью в отношении  $\beta$ 2-адренорецепторов, вызывает продолжительное бронхорасширяющее действие (12 ч), предотвращая развитие постнагрузочного бронхоспазма. Взаимное усиление (синергизм) действия сальметерола и флутиказона на молекулярном, рецепторном и клеточном уровнях при их комбинации в одном ингаляторе позволяет существенно усилить эффект комбинированной терапии серетидом и повысить ее безопасность за счет возможности двукратного снижения дозы ингаляционного глюкокортикостероида.

Так же в патогенезе бронхиальной астмы доказана роль посредников воспаления нового класса, получивших название лейкотриены (LTC4, LTD4 и LTE4). Антилейкотриеновые препараты предотвращают развитие бронхоспазма, препятствуют развитию воспаления, отека, уменьшают проницаемость сосудов, снижают секрецию слизи. Антагонисты лейкотриенов снижают дозу ингаляционных кортикостероидов и  $\beta$ 2-агонистов при обострении астмы.

Целью нашей работы явилась оценка результатов базисного лечения больных с неконтролируемой БА, комбинацией препаратов серетид и монтелукаст в амбулаторных условиях в сравнении с результатами лечения одним серетидом.

Для исследования был взят порошковый ингалятор в форме дозированного аэрозоля-серетид (каждая доза серетид содержит 25 мкг сальметерола в комбинации с 50, 125 или 250 мкг флутиказона пропионата, который назначается в зависимости от возраста больного и тяжести течения заболевания) и антилейкотриен-монтелукаст (специфический селективный, принимаемый внутрь активный антагонист цистениловых рецепторов. Назначается детям начиная с 6-летнего возраста в дозе 5 мг один раз в день, перед сном, в виде жевательных таблеток).

Под нашим наблюдением находились дети с БА, состоящие на Д учете в №16 СВА. Всего в поликлинике с диагнозом БА-104 детей. Из них в исследование вошли 25 детей в возрасте от 6 до 14 лет, получавших в качестве базисной терапии серетид в средней терапевтической дозе и монтелукаст в суточной дозе 5

мг:1-я группа. Другие 25 детей, (контрольная группа) получали в качестве базисной терапии только один серетид в средней терапевтической дозе:2-я группа. Сравнимые группы детей, находившихся на «Д» учете с диагнозом бронхиальная астма, были однородны по возрасту, степени тяжести, давности заболевания и выраженности исходных симптомов. Оценку эффективности терапии проводили по выраженности симптомов БА, потребности в бронходилататорах короткого действия, динамики изменений функциональных показателей дыхания (показателей пикфлоуметрии – пиковая скорость выдоха (ПСВ)).

До начала исследования ежемесячные обострения заболевания отмечались у 30% детей 1-й группы и у 25% детей 2-й группы. У остальных детей обострения были реже. В целом у всех больных отмечались дневные симптомы (больше двух раз в неделю), ночные пробуждения (больше одного раза в неделю). Таким образом, пациенты нуждались в коррекции базисной (противорецидивной) терапии, то есть в проведении терапии «ступень вверх» за счет повышения дозы ИГКС, либо путем применения комбинированной терапии с использованием антилейкотриеновых препаратов.

В результате проведенного исследования в наблюдаемых группах детей при использовании монтелукаста достигнуто снижение числа обострений БА, уменьшение потребности в  $\beta$ 2 агонистах короткого действия и высоких дозах ИГКС. Отчетливая положительная динамика клинических симптомов была отмечена уже на 6-й день приема монтелукаста. У детей 1-й группы на 6-е сутки лечения приступы удушья сохранились только у 18% детей, что позволяет пациентам уменьшить потребность в  $\beta$ 2 агонистах короткого действия; сухой кашель сохранился у 35% детей, влажный кашель – лишь у 10%, заложенность носа – у 30%. Во 2-й контрольной группе приступы удушья сохранились у 28%, сухой кашель – у 50%, влажный кашель – у 15%, заложенность носа – у 42% пациентов. У детей 1-й группы при перкуссии грудной клетки коробочный оттенок звука сохранился у 45%, жесткое дыхание – у 38%; во 2-й группе – соответственно у 54 и 50% пациентов. Показатель пикфлоуметрии у детей 1-й группы на 6-е сут увеличился по сравнению с детьми 2-й группы. Таким образом, применением монтелукаста уже на 6-е сут обострения БА не было необходимости повышать дозу ИГКС.

У больных 1-й группы на 12-й день у 95% детей исчезли приступы удушья; отсутствие сухого кашля – у 90%, влажного кашля – у 98%; улучшение носового дыхания – у 90% детей. Данные объективного осмотра на 12-й день после проведенной терапии: при перкуссии грудной клетки у детей 1-й группы коробочный оттенок сохранился лишь у 2 детей, во 2-й группе – у 6 детей; при аускультации легких жесткое дыхание сохранилось в 1-й группе у 12% детей, а во 2-й – у 28%. Показатель пикфлоуметрии у детей на 12-й день от начала лечения монтелукастом совместно с серетидом приблизился к возрастной норме, по сравнению с группой детей, получавших только серетид (снижены на 20%). Вариабельность ПСВ (пиковой скорости выдоха) у детей 1-й группы на 12-й день от начала лечения: до 20% за сутки – у 80% детей; 20–30% – у 20% детей; вариабельности более 30% не было. У детей 2-й группы: колебание ПСВ до 20% – у 56% детей; 20–30% – у 38% детей; более 30% – у 6% детей.

**ВЫВОДЫ:** Применение монтелукаста у детей с БА позволило достичь контроля за клиническими симптомами больных в

более короткие сроки по сравнению с детьми, получавшими только один серетид.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чучалин А.Г., Баранов А.А. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – М.: Русский врач. - 2006. – 100 с.
- 2 Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. –М.: ГЭОТАРМедиа, 2006, 685 с.
- 3 Балаболкин И.И. Лечение аллергических болезней у детей. – М.: МИА, 2008, 352 с.
- 4 Ковалева В.Л., Чучалин А.Г, Колганова Н.А. Антагонисты и ингибиторы лейкотриенов в терапии бронхиальной астмы // Пульмонология. – 1998. - № 1. – С. 79-87.
- 5 Мокроносова М.А., Адо В.А., Перламутров Ю.Н. Роль лейкотриенов в патогенезе аллергических заболеваний: обзор // Иммунология. – 1996. - № 1. – С. 17-28.
- 6 Busse W. The role and contribution of leukotrienes in asthma. //Ann Allerg. Asthma Immunol. - 1998. - 81 (1). – P. 17-26.
- 7 Devillier P., Baccard N., Advenier C. Leukotrienes, leukotriene receptor antagonists and leukotriene synthesis inhibitors in asthma: an update. Part 1: synthesis, receptore and role of leukotrienes in asthma // Pharmacol. Res. – 1999. – 40 (1). – P. 3-13.

**А.Д. БАЙМУРАТОВА, Т.Ш. ИСАБЕКОВА, Ж.А. АГИМОВ, Л.А. КИЛЫБАЕВА, Қ.А. НАЗАРЫМБЕТ, Г.С. НУРМУХАМБЕТОВА, А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г. ТҰРДЫБЕК**

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,  
МКҚМ №16 ЖДА, Алматы қ.*

## БАЛАДАҒЫ БРОНХИАЛЬДЫ АСТМАНЫҢ СЕРЕТИД ЖӘНЕ МОНТЕЛУКАСТПЕН БАЗИСТЫҚ ЕМІ

**Түйін:** Мақалада баладағы бронхиальды астманың базистық емінің емдеу нәтижелері келтірілген. Бақылауда 6 мен 14 жас аралығындағы, базистық ем ретінде орташа емдік дозада серетид және тәуліктік дозада 5 мг монтелукаст алатын 25 бала: 1-інші топ. Басқа 25 бала, (бақылау тобы) базистық ем ретінде орташа емдік дозадан серетид алды: 2-інші топ. БА емінде қанағаттанарлық нәтижеге серетид және монтелукасты қосарландыра пайдаланғанда қол жетті.

**Түйінді сөздер:** бронхоконстрикция, ремоделдену, базистық ем, ИГКС, антилейкотриен, серетид, монтигет

**A.D. BAIMURATOVA, T.SH. ISABECOVA, J.A. AGIMOV, L.A. KILYBAEVA, K.A. NAZARYMBET, G.S. NURMUKHAMBETOVA, A. NURMAKHANKYZY, G. TURDYBEK**

*Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty  
Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery*

## THE BASIC THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN BY USING SERETIDE AND MONTELUKAST

**Resume:** This article discusses the basic treatment results of asthma in children. Were followed for 25 patients aged from 6 to 14 years, who received a basic treatment Seretide in the average therapeutic dose and montelukast in a daily dose of 5 mg (first group). Another 25 children (the second control group) were received as a basic therapy only one Seretide in average therapeutic dose. The satisfactory results in the treatment of asthma were achieved with a combination seretide and montelukast.

**Keywords:** bronchoconstriction, remodeling, basic therapy, inhaled corticosteroids, anti-leukotrienes, Seretide, montiget.