



МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Шавкатова Нигина Дилшодовна

Самаркандский государственный медицинский университет
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8348056>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 05-September 2023 yil
Ma'qullandi: 10-September 2023 yil
Nashr qilindi: 15-September 2023 yil

KEY WORDS

бронхиальная астма у детей,
монтелукаст, небутамол,
ингаляционный ГКС (иГКС)

ABSTRACT

известно, что в период обострения БА в слизистой оболочке бронхов обнаруживается повышенное количество клеток, участвующих в развитии воспаления: эозинофилов, тучных клеток, макрофагов и лимфоцитов. Эти клетки продуцируют целый ряд медиаторов, участвующих в аллергическом воспалении (гистамин, простагландин фактор, активирующий тромбоциты, лейкотриены (ЛТ), нейропептиды и др.). В статье приведен анализ современных методов лечения бронхиальной астмы и обструктивного бронхита у детей.

Бронхиальная астма - широко распространенное заболевание у детей в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, ведущее при длительном персистирующем течении и структурным изменениям бронхов. Ранее начало лечения с применением противовоспалительных препаратов способствует уменьшению воспалительных изменений, снижению тяжести заболевания. Известно, что наиболее широко для лечения БА в качестве базисной терапии используют (и ГКС), однако при неправильном использовании их назначение полностью затрудняет их использование для базисной терапии. При этом доза получаемая пациентом не всегда соответствует величине необходимой для эффективного фармакологического контроля симптомов астмы. Исходя из выше сказанного в клинической практике возникла необходимость использования нового вида препаратов для базисного лечения БА, которые были бы эффективны, безопасными и удобными в приеме, и являлись бы во многих случаях альтернативой и ГКС. В настоящее время в качестве лечения БА наиболее эффективными являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов которые позволят повысить эффективность лечения БА как у детей и подростков, так и у взрослых.

Известно, что в период обострения БА в слизистой оболочке бронхов обнаруживается повышенное количество клеток, участвующих в развитии воспаления: эозинофилов, тучных клеток, макрофагов и лимфоцитов. Эти клетки продуцируют целый ряд медиаторов, участвующих в аллергическом воспалении (гистамин,

простагландин, фактор активирующий тромбоциты, лейкотриены (ЛТ), нейропептиды и др.).

Взаимодействие воспалительных клеток друг с другом и выделение ими медиаторов приводит к вовлечению в патологический процесс невоспалительных клеток дыхательных путей, выделяющих в свою очередь цитокины и адгезивные молекулы.

Существенная роль в поддержании хронического аллергического воспаления, бронхиальной гиперреактивности принадлежит ЛТ, которые представляют собой продукты метаболизма арахидоновой кислоты. ЛТ способствуют мобилизации и активации воспалительных клеток, участвуют в развитии морфологических изменений бронхиальной стенки (повышение массы гладкой мускулатуры бронхов, субэпителиальный фиброз, отек, повреждение эпителиальной стенки бронхиального дерева. ЛТ способны повышать секрецию бронхиальной слизи, увеличивать бронхиальную гиперреактивность вызывать дисфункцию нейрональных механизмов. Доказано, что способность ЛТ повышать тонус бронхиальной мускулатуры человека в несколько раз сильнее, чем у ацетилхолина и гистамина.

Таким образом, основные биологические свойства ЛТ: бронхоконстрикторное действие, хемотоксический эффект, способность резко стимулировать секрецию слизи, вызывать отек слизистой оболочки бронхов, снижать активность мерцательного эпителия - позволяют выделить их в группу наиболее важных клеточных медиаторов, обуславливающих формирование основных компонентов патофизиологического процесса при БА.

Заслуживают внимания новые данные об эффективности применения антагонистов лейкотриеновых рецепторов в комбинации с ИГКС при терапии больных с тяжелой формой заболевания.

По данным документа научно-практической программы по астме педиатров России имеются данные, что образование цистеналовых ЛТ в дыхательных путях не ингибируется ГКС, а назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов дает положительный эффект, их сочетание с ИГКС при лечении больных с тяжелой БА позволяет снизить дозу стероидов.

По данным литературы последних лет, известно эффективность использования антилейкотриеновых препаратов в комбинации с ИГКС у детей и подростков страдающих с (аспириновой БА). Как известно, эта форма БА с выраженной тяжестью течения. У пациентов с «аспириновой БА», 87% из которых получали ГКС внутрь или ингаляционно (и ГКС) или и то и другое вместе, добавление монтелукаста позволило добиться существенного повышения показателя ОФВ₁ и снижения потребности В2-агонистах. Исследования показали, что энтеральный путь введения лекарств по сравнению с ингаляционным, повышает правильность выполнения пациентами врачебных назначений - с 57% до 60%, что в итоге способствует более эффективному лечению этого тяжелого социально-значимого заболевания.

Материалы и методы: проведено сравнительное изучение эффективности монтелукаста в комплексе с препаратами небуфлюзон, небутамол (ИГК)

Материалами для исследования послужили истории болезни детей, находящихся на лечении в 1-ой детской городской больнице с января по май 2022 г с

обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой. Возраст наблюдаемых больных варьировал от 7 до 14 лет. Обследовано 25 детей. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 11 детей с тяжелым течением БА получавших мектелукаст и иГКС (испытуемая группа). Во вторую группу вошли 14 детей получавших иГКС (контрольная группа). Обследование больных включало: анамнез, динамику аускультативных данных, общий анализ крови и мочи, рентгенография грудной клетки, потребность в В2 агонистах, результаты пикфлоуметрии.

Больные получали монтелукаст в виде жевательных таблеток в дозе 10 мг двукратно утром и вечером после снятия обструкции с 1го дня пребывания в стационаре. Дозы иГКС до момента выписки из стационара соответствовали тяжести БА и возрасту больных в соответствии с принятыми протоколами лечения.

Результаты исследования и их обсуждение: из анамнеза все дети поступали на 2-3 день от начала заболевания. У всех больных при поступлении отмечался выраженный обструктивный синдром, одышка, свистящее дыхание, кашель, сухие и влажные хрипы на выдохе. В анамнезе у всех больных отмечались частые ОРВИ, хронический тонзиллит и фарингит, анемия и дискинезия желчевыводящих путей.

Показатели ОАК варьировали: гемоглобин $100 \pm 0,8$ г/л, эритроциты $3,7 \cdot 10^{12} \pm 0,6$, лейкоциты $5,45 \cdot 10^9 \pm 0,6$, лимфоциты $5 \pm 0,4\%$, сегменто-ядерные $46 \pm 1,2\%$, эозинофилы $7 \pm 0,7\%$, СОЭ $5 \pm 1,3$ мм/час.

Почти у всех больных в ОАМ имело место повышение уровня мочевой кислоты, наличие солей уратов, наличие пециломецисса (грибков) в крови. Больным проводился анализ крови на иммуноглобулин Е, который варьировал в пределах от 118 до 782 МЕ/мл (норма до 10 лет 0-90 МЕ/мл, 10-16 лет до 200 МЕ/мл). Имелась зависимость показателей иммуноглобулина Е со сроком давности заболевания. Чем больше была давность заболевания, тем выше показатели, а показатели крови на грибки варьировали от 10 до 20 тысяч.

На рентгенографии грудной клетки имелось воздушность легочной ткани, усиление легочного рисунка в прикорневой зоне, деформации корней, уплотнение лимфатических узлов, снижение пневмотизации.

Больным проводилась пикфлоуметрия – исследование ПСВ (пиковой скорости выдоха) в динамике. При поступлении показатели ПСВ варьировали от $130 \pm 5,3$ л/мин.

В остром периоде заболевания при поступлении в первой неделе все больные получали 1-3 дня стандартное лечение в виде ингаляции салбутамолом, иГКС, небутамолом, небуфлюзоном в течении 15-20 минут, эуфиллин, дексаметазон. Больным в испытуемой группе подключался препарат монтелукаст в дозе 10 мг/сут (1/2 таб 2 раза в день) от начала заболевания до момента выписки. Продолжительность пребывания в стационаре составило $8 \pm 2,8$ дней. Контрольная группа, которая получала стандартное лечение пребывало в стационаре $10 \pm 3,1$ койко-дней. После выписки из стационара все больные испытуемой группы продолжали получать монтелукаст в течении 10 дней и только при легких приступах удушья больные получали 5 дневные курсы.

Сравнительное исследование динамики содержания эозинофилов в периферической крови в группах детей получавших иГКС (небуфлюзон, небутамол),

монтелукаст показано в группах детей следующим образом: С монтелукастом 11 детей до лечения $8,3 \pm 0,5$; через неделю $6,5 \pm 0,6$ ($P_{1,2} \leq 0,05$); через 2 недели $6,5 \pm 0,6$ ($P_{1,2} \leq 0,05$). В контрольной группе с 14 детьми до лечения $7,8 \pm 1,1$; через неделю $7,5 \pm 0,7$; через 2 недели $8,4 \pm 0,98$.

В проведенном исследовании мы проанализировали влияние приема монтелукаста на содержание эозинофилов крови у больных с БА и больных обструктивных бронхитов с рекуррентным течением, у которых бронхообструктивный синдром затягивался.

У детей 1 группы нами получено достоверное снижение количества эозинофилов через 1 неделю на 22%. В группе детей получавших иГКС статистически достоверного уменьшения уровня эозинофилов не произошло.

Результаты проведенных исследований позволили отметить, что данный препарат оказывает хороший терапевтический эффект в качестве монотерапии у детей с бронхообструктивным синдромом как при БА, так и бронхитами с рекуррентным течением. Субъективное улучшение отмечалось при анализе клинических симптомов - улучшения дыхания, уменьшения кашля, улучшения аускультативных данных в легких, уменьшения хрипов, увеличения объема физических нагрузок, снижения потребности в приеме В2-агонистов, улучшения показателей пиковой скорости выдоха (ПСВ) до 200, тогда как норма составляет 300 л/мин и выше ни в одном случае показатели ПСВ не достигли нормы.

Выводы: Таким образом, наши исследования показали, что монтелукаст является эффективным и хорошо переносимым, удобным в применении препаратом для базисной терапии БА тяжелого течения, а также, для лечения обструктивных бронхитов с рекуррентным течением. Использование препарата способствовало препятствию возникновения новых приступов удушья, скорейшему улучшению общего состояния больного, что уменьшило пребывание койко-дней в стационаре. Из всех наблюдаемых больных лишь одна больная поступила с повторным приступом удушья через 3 месяца со средней тяжести заболевания.

Монтелукаст можно использовать в качестве базисной терапии у детей с БА особенно в тех случаях когда с помощью иГКС не удается достигнуть полного контроля над заболеванием или при невыполнении родителями рекомендаций врача в связи со стероидофобией.

Учитывая, что клинический эффект антилейкотриеновых препаратов включая монтелукаст начинается через несколько дней после первого приема, их можно использовать в качестве поддерживающей терапии, но не средствами неотложной помощи. Негативная реакция больных и их родителей на назначение иГКС затрудняет использование их для базисной терапии как основных средств контролирующего течения БА.

Список использованных литератур:

1. Базарова З. З., Тоджиева Н. И. ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА КАК РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ //ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАУКИ XXI ВЕКА. ШАГ В БУДУЩЕЕ. – 2017. – С. 53-55.
2. Кобилова З. А., Шопулотов Ш. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕЙМИФИКАЦИИ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ //"

//Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 4, 1 (85). – С. 173-175.

19. Tilyavova S. A., Karimova G. S. Realities Of Time. Chronic Gender Inflammation And Pelvic Pain //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 03. – С. 2020.

20. Wahn U. Обзор современных данных о результате применение монтелукаста при монотерапии легкой астмы у детей/ Wahn U.//клиническая иммунология. Аллергология -2010. Спецвып-3-с. 78-822



INNOVATIVE
ACADEMY