

Сравнение эффективности низких доз циклесонида и фиксированной комбинации флутиказона пропионата с салметеролом в поддержании длительного контроля над течением бронхиальной астмы

У большинства пациентов (70%) течение бронхиальной астмы (БА) имеет легкий персистирующий характер. Важным критерием выбора терапии для пациентов с персистирующей БА является ее эффективность. В исследовании, выполненном под руководством D. Postma, сравнивали эффективность различных схем терапии первой линии персистирующей БА с использованием циклесонида (ЦИК) и фиксированной комбинации флутиказона и салметерола (ФЛУ+САЛ). В ходе рандомизированного двойного слепого плацебо контролируемого исследования приняли участие пациенты в возрасте 12-75 лет. Пациенты были рандомизированы для приема в течение 52 нед ЦИК 160 мкг/сут, фиксированной комбинации 100 мкг ФЛУ+50 мкг САЛ 2 раза/сут или плацебо. Первичная переменная эффективности – время развития первого тяжелого обострения БА; комбинированная первичная переменная эффективности – процент дней, на протяжении которых БА плохо контролировалась. Пациенты фиксировали наличие симптомов, частоту использования салбутамола, а также заполняли стандартную версию вопросника Asthma Quality of Life. Обработав полученные результаты, авторы констатировали, что при приеме ФЛУ+САЛ время до развития первого тяжелого обострения БА удлинялось, показатели функции легких улучшались по сравнению с плацебо ($p=0,0002$), но при приеме ЦИК последние достоверно не изменялись. Как на фоне приема ЦИК, так и при лечении ФЛУ+САЛ зафиксировали достоверное снижение количества дней, на протяжении которых течение БА плохо контролировалось, по сравнению с плацебо ($p<0,0016$ для обоих режимов терапии). Обе схемы активной терапии сопровождались значительным увеличением количества дней, протекавших без клинических проявлений заболевания ($p<0,0001$), без использования препаратов неотложной помощи ($p=0,0005$) и с улучшением контроля над БА ($p<0,0033$). Общее количество баллов по вопроснику Asthma Quality of Life было достоверно выше у пациентов, получавших любую из схем активной терапии, по сравнению с плацебо ($p<0,0017$). В заключение авторы резюмировали, что терапия ФЛУ+САЛ персистирующей БА удлинит время до развития первого тяжелого обострения заболевания; ЦИК и ФЛУ+САМ в одинаковой мере эффективны в достижении контроля над БА.

Postma D. et al. Comparison of the Effect of Low-Dose Ciclesonide and Fixed-Dose Fluticasone Propionate and Salmeterol Combination on Long-term Asthma Control/Chest 2011

Нестероидные противовоспалительные средства могут влиять на клинические проявления и течение внебольничной пневмонии

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) часто используются в клинической практике в качестве антипиретических и анальгетических препаратов. Существует мнение, что НПВС могут изменять ответ организма-хозяина на острый инфекционный процесс. Группа французских ученых изучала потенциальное влияние НПВС на клинические проявления и кратковременный прогноз у иммунокомпетентных пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), госпитализированных в отделение интенсивной терапии. В исследование включили произвольно отобранных пациентов с ВП, пребывающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии, за исключением тех больных, которые длительное время принимали НПВС или стероиды. Всего было включено 90 пациентов, из которых 32 (36%) принимали НПВС на догоспитальном этапе. Эти пациенты были моложе по сравнению с больными, не принимавшими НПВС, имели меньшее количество сопутствующих заболеваний, но тяжесть заболевания была сопоставима с таковой у пациентов, не получавших НПВС, несмотря на длительную персистенцию патологических симптомов до госпитализации. У пациентов, принимавших НПВС, чаще развивались плевропульмональные осложнения – эмпиема плевры и абсцесс легких (37,5 по сравнению с 7%; $p=0,0009$); заболевание имело тенденцию к более агрессивному течению с частым

развитием эмпиемы плевры (25 по сравнению с 5%; $p=0,014$), бактериемии, особенно у пациентов, не получавших сопутствующей антибактериальной терапии (69 по сравнению с 27%; $p=0,009$). В то же время у пациентов, получавших НПВС на догоспитальном этапе, не регистрировали развитие тяжелых системных воспалительных реакций или отдаленной полиорганной дисфункции. Статистический анализ подтвердил, что использование НПВС связано с развитием плевропульмональных осложнений (ОР 8,1).

Проанализировав полученные данные, ученые сделали вывод, что использование НПВС на ранних стадиях ВП связано с более тяжелым течением заболевания, но не с уменьшением интенсивности системного ответа, что, в свою очередь, затрудняет своевременное установление диагноза и удлинит сроки выздоровления.

Voiriot G. et al. Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs May Affect the Presentation and Course of Community-Acquired Pneumonia/Chest 2011

Дополнительный прием витамина Е и риск развития хронических заболеваний легких

Существует мнение, что дисбаланс оксидантной/антиоксидантной систем в тканях легких увеличивает риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Многие наблюдательные исследования отмечают связь между высокой активностью антиоксидантной системы и снижением риска формирования ХОБЛ, однако подобные результаты были констатированы в очень небольшом количестве рандомизированных исследований. Рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование Women's Health Study с участием 38597 женщин, не имевших на момент рандомизации хронических заболеваний легких (ХЗЛ), было осуществлено для изучения влияния приема витамина Е на риск развития хронической патологии легких. Женщинам-медработникам старше 45 лет, принимавшим участие в исследовании, назначали витамин Е (600 МЕ/сут) и аспирин (100 мг/сут). На протяжении 10 летнего периода наблюдения (376 710 человеко-лет) в группе пациенток, принимавших витамин Е, было зарегистрировано 760 случаев первичной диагностики ХЗЛ, в группе плацебо – 846 случаев (ОР 0,90; $p=0,029$). Зарегистрированное 10% снижение риска развития ХЗЛ не модифицировалось на фоне табакокурения, не зависело от возраста, приема аспирина или мультивитаминов, насыщения рациона витамином Е (минимальное значение $p=0,19$). Строгим предиктором развития ХЗЛ являлось курение (ОР 4,17 по сравнению с никогда не курившими). Авторы исследования констатировали, что прием витамина Е в суточной дозе 600 МЕ способствует 10% снижению риска развития ХЗЛ у женщин.

Agler A. et al. Randomised vitamin E supplementation and risk of chronic lung disease in the Women's Health Study/Thorax 2011

Ревматоидный артрит и интерстициальное заболевание легких: показатели ассоциированной смертности

Показатели смертности пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА) и имеющих сопутствующее интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), достоверно не известны. Исследование, проведенное под руководством A. Olson, было посвящено изучению показателей смертности больных с РА-индуцированными ИЗЛ (РА-ИЗЛ) в США с 1988 по 2004 год. Ученые проанализировали данные Национального центра медицинской статистики США и рассчитали показатели стандартизированного по возрасту уровня смертности пациентов с РА-ИЗЛ, определили распространенность ИЗЛ у всех умерших больных РА, сравнили возраст и истинную причину смерти больных. В США на протяжении 1988-2004 гг. было зарегистрировано 39 138 394 летальных случаев и 162 032 случаев смерти больных, страдавших РА, из которых 10 725 (6,6%) случаев отвечали критериям РА-ИЗЛ. В ходе исследования зафиксировано снижение показателей смертности от РА-ИЗЛ в целом. Вместе с тем уровень смертности от РА-ИЗЛ возрос на 28,3% у женщин (в 2004 году 3,1 случая на 1 млн) и снизился на 12,5% у мужчин (в 2004 году 1,5 случая на 1 млн). Резюмируя вышеизложенные данные, авторы работы подчеркнули, что клинически значимое РА-ИЗЛ развивается у 10% больных РА; РА-ИЗЛ связано с уменьшением выживаемости и более тяжелым течением основного заболевания. Исследователи отметили снижение показателей смертности от РА и рост смертности от РА-ИЗЛ у лиц старшей возрастной группы.

Olson A. Rheumatoid Arthritis-Interstitial Lung Disease-associated Mortality//AJRCCM 2011

Подготовила Лада Матвеева

боль проходит. Кроме того, действие препарата Синупрет® направлено и на причину респираторных заболеваний, поскольку цветки первоцвета, трава шавеля и трава вербены обладают как противовирусными, так и антибактериальными свойствами. Поскольку данный фитопрепарат наряду с вышеописанными эффектами поддерживает иммунную систему организма, его применение препятствует развитию вторичной бактериальной инфекции.

Новое исследование: активизация мукоцилиарного клиренса благодаря препарату Синупрет®

Мукоцилиарный клиренс базируется на двух слоях секрета, расположенных один над другим, и функции ресничек. Нижний слой (золь-фаза) представляет собой жидкость, покрывающую эпителии дыхательных путей (Airway Surface Liquid – ASL), на которых располагаются реснички. Реснички совершают колебания в золь-фазе и таким образом транспортируют расположенный поверх золь-фазы вязкий секрет (гель-фазу) к глотке. Консистенция жидкого слоя поддерживается

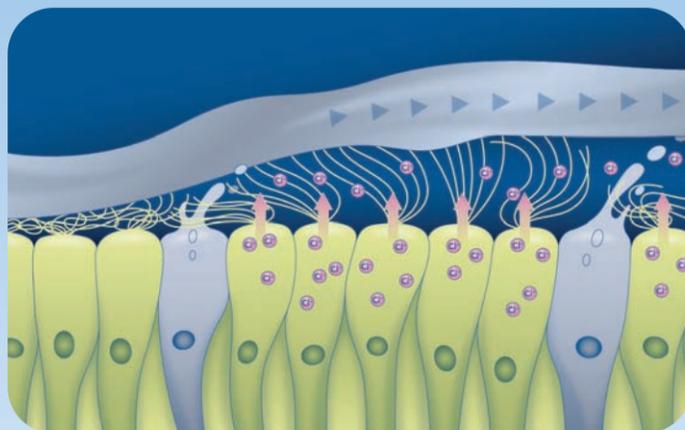


Рис. 2. Активность мерцательного эпителия и вязкость секрета определяют эффективность мукоцилиарного клиренса

благодаря трансэпителиальной секреции хлорида (рис. 2). Если жидкий слой теряет свои свойства и золь-фаза высыхает, это приводит к ограничению функции мукоцилиарного клиренса, и выведение вязкого секрета (гель-фазы) не осуществляется

должным образом. Американские ученые недавно установили, что биофлавоноиды, входящие в состав препарата Синупрет®, стимулируют секрецию ионов хлорида через эпителий дыхательных путей. Объектом воздействия здесь является C F T R - канал (CFTR=Cystic Fibrosis T r a n s m e m b r a n e Conductance Regulator), важнейший трансэпителиальный канал, через который осуществляется секреция ионов хлорида (F. Virgin et al., 2010). Вследствие активации секреции хлорида усиливается гидратация секрета, что позволяет ресничкам снова беспрепятственно совершать колебания. Происходит выведение вязкого секрета, и околоносовые пазухи освобождаются.

Оптимизация антибиотикотерапии путем применения препарата Синупрет®

Проведенное плацебо контролируемое исследование (N. Neubauer et al., 1994) продемонстрировало, что применение препарата Синупрет® представляет собой разумное дополнение к антибиотикотерапии. 160 пациентов, страдающих острым бактериальным риносинуситом, в течение 14 дней получали антибиотик и деконгестивный препарат местного применения. Часть пациентов дополнительно получала препарат Синупрет®. У группы пациентов, получавших растительный препарат, полное излечение, подтвержденное радиологическим исследованием, было зарегистрировано в значительно большем количестве случаев (64,1%; в группе сравнения – 36,4%). Более чем у половины пациентов, получавших Синупрет®, были полностью устранены симптомы заболевания (60%; в группе сравнения – 25%). У четверти пациентов, получавших лишь антибиотик и деконгестивный препарат, в течение 2 нед не наступило субъективного улучшения состояния. При этом почти все пациенты, получавшие препарат Синупрет®, уже по истечении 2 нед сообщили об улучшении состояния.