

**Н.Г. Герасимова, В.А. Горбатов, Т.Е. Чашина**

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск  
Детская республиканская клиническая больница №2, Саранск

## Применение Сингуляра в базисной терапии бронхиальной астмы у детей

Применение Сингуляра для усиления базисной терапии у детей позволяет достичь контроля над клиническими симптомами бронхиальной астмы и значительно улучшить показатели функции внешнего дыхания.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, Сингуляр.

**Контактная информация:** Герасимова Наталья Геннадиевна, д-р мед. наук.

E-mail: gerasimova5@rambler.ru

© Коллектив авторов, 2012

**В** настоящее время в мире отмечен рост аллергических болезней. Это связано как с изменениями социально-экономических условий жизни и улучшением диагностики, так и с влиянием экологически неблагоприятных факторов окружающей среды. Рост и «омоложение» бронхиальной астмы (БА) за последние десятилетия вызывают особое беспокойство, при этом темпы роста заболеваемости у детей выше, чем у взрослых.

Цель проводимой терапии при БА – устранение синдрома бронхиальной обструкции, уменьшение частоты, тяжести обострения заболевания, достижение устойчивой ремиссии, максимального улучшения функциональных показателей дыхания, обеспечение нормального развития ребенка [1]. Современный арсенал противовоспалительных средств, используемых при БА, включает препараты кромогликата и недокромила натрия (кромоны), ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), глюкокортикостероиды для системного применения, а также

антилейкотриеновые препараты, рекомендованные к использованию в качестве самостоятельных средств или для усиления терапии при любой степени тяжести БА у детей всех возрастных групп [2].

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились дети с БА, получавшие стационарное лечение в отделении аллергологии. В исследование были включены 25 детей в возрасте от 5 до 14 лет (*1-я группа, основная*), получавших в качестве базисной терапии Фликсотид (флутиказона пропионат) (*GlaxoSmithKlin*, Великобритания) в суточной дозе 250–500 мкг и Сингуляр (монтелукаст) в суточной дозе 5 мг; *2-я группа (группа сравнения)* – 25 детей, получавших в качестве базисной терапии только Фликсотид в указанной дозе. Длительность пребывания детей в стационаре составила 12±1,4 дня.

**N.G. GERASIMOVA, V.A. GORBATOV, T.E. CHASHINA**

### Using Singulair in baseline therapy of bronchial asthma in children

Using Singulair for reinforcement baseline therapy in children allows to achieve control over clinical signs of bronchial asthma and considerably improve the indices of the external breathing within shorter periods of time.

**Key words:** bronchial asthma, Singulair.

Оценку эффективности терапии проводили по выраженности симптомов БА, потребности в бронходилататорах короткого действия, изменениям функциональных показателей дыхания (показатели спирометрии: форсированный выдох за 1 сек (ОФВ<sub>1</sub>) и показатель пикфлоуметрии – пиковая скорость выдоха (ПСВ)). Статистическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере. Достоверность данных оценивали с помощью  $\chi^2$  и  $t$ -критерия Стьюдента. Дети сравниваемых групп, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом БА, были однородны по возрасту, степени тяжести и давности заболевания, выраженности исходных симптомов. Средний возраст детей 1-й группы – 9±2,3 года; 2-й группы – 9±2,7 года. Давность заболевания в 1-й группе – 6,2±1,4 года; во 2-й группе – 6,6±1,5 года. До поступления в стационар ежемесячные обострения заболевания отмечали у 24% детей 1-й группы и у 20% детей 2-й группы, ежеквартальные обострения – у 19 детей 1-й группы и у 20 из 2-й группы. На момент обследования у больных сохранялись дневные симптомы (больше двух раз в неделю), ночные пробуждения (больше одного раза в неделю), обострения заболевания, требующие неотложной помощи.

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.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным аллергологического обследования больных, установлено, что в наблюдаемых группах детей преобладала сенсибилизация к бытовым аллергенам – у 21 ребенка 1-й группы и у 18 детей 2-й группы (соответственно 84 и 72%); на 2-м месте – сенсибилизация организма к эпидермальным аллергенам – соответственно у 60 и 56%; пищевая аллергия – у 44 и 64%; пыльцевая аллергия – у 56 и 40%; полливалентная аллергия – у 88 и 76% детей.

По данным литературы, наиболее значимы для развития бронхообструктивного синдрома две группы аллергенов – бытовые и пищевые. Пищевая сенсибилизация играет более значимую роль в возникновении первого бронхообструктивного синдрома у детей в возрасте до 3 лет, бытовые аллергены – при развитии бронхообструктивного синдрома у детей старше 3 лет. Структура значимых аллергенов в этиологии БА изменяется в зависимости от сроков заболевания. Срок заболевания более 5 лет увеличивает значимость бытовых аллергенов до 56%. У большин-

ства больных имеется сочетание двух и более значимых аллергенов, с возрастом полиэтиологичность нарастает [3].

В последние годы Сингуляр применяют как в виде монотерапии, так и в сочетании с ИГКС для усиления противорецидивной терапии. Ингаляционные глюкокортикоиды оказывают противовоспалительное действие. Сингуляр обладает также умеренным бронходилатирующим действием, отличается хорошей переносимостью. Сингуляр показан пациентам с БА, у которых на фоне терапии ингаляционными глюкокортикостероидами сохраняются симптомы заболевания. Сингуляр рекомендуется назначать детям с БА, регулярно использующим бронхорасширяющие препараты для экстренной терапии.

Для оценки эффективности базисной терапии анализируют функциональные показатели дыхания – ОФВ<sub>1</sub> и ПСВ [4]. Некоторые исследователи рассматривают антилейкотриеновые препараты в качестве альтернативы ингаляционным средствам у больных с низкой дисциплиной и плохой техникой ингаляций [5]. Пациенты предпочитают более редкий прием препаратов, поэтому преимущество Сингуляра, рекомендованного для приема 1 раз в день, очевидно.

В педиатрической практике клиническая эффективность терапии антилейкотриеновыми препаратами была показана при всех степенях тяжести БА. В частности, в серии работ Монтелукаст применялся либо в качестве монотерапии, либо в сочетании с Флутиказоном. При его использовании доказано достоверное снижение числа обострений, уменьшение потребности в  $\beta_2$ -агонистах короткого действия, а в случае комбинированной терапии – снижение дозы ИГКС [6].

Отчетливая положительная динамика клинических симптомов была отмечена уже на 6-й день приема Сингуляра. При анализе жалоб установлено, что на 6-е сут от начала лечения в 1-й группе приступы удушья сохранились только у 16% детей, что позволяет пациентам уменьшить потребность в  $\beta_2$ -агонистах короткого действия; сухой кашель сохранился у 32% детей, влажный кашель – лишь у 8%, заложенность носа – у 20%. Во 2-й группе приступы удушья сохранились у 28%, сухой кашель – у 44%, влажный кашель – у 12%, заложенность носа – у 32% пациентов.

На 6-й день от начала лечения при перкуссии грудной клетки у детей 1-й группы коробочный оттенок звука сохранился у 40%, жесткое дыхание – у 36%; во 2-й группе – соответственно у 52 и 56% пациентов. Показатель пикфлоуметрии у детей 1-й группы на 6-е сут от начала лечения достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличился по сравнению с детьми 2-й группы.

Таким образом, применение Сингуляра позволило уже на 6-е сут обострения БА не повышать дозу

Фликсотидом и достичь должного контроля над симптомами БА на средних терапевтических дозах ИГКС.

Анализ жалоб больных 1-й группы на 12-й день показал: исчезновение приступов удушья – у 96% детей; отсутствие сухого кашля – у 92%, влажного кашля – у 96%; улучшение носового дыхания – у всех 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 1 (4%) ребенка, во 2-й группе – у 6 (24%) детей; при аускультации легких жесткое дыхание сохранилось в 1-й группе у 12% детей, а во 2-й – у 28% ( $p < 0,05$ ).

Показатель пикфлоуметрии у детей на 12-й день от начала лечения Сингуляром совместно с Фликсотидом значительно приблизился к возрастной норме, что достоверно по сравнению с группой детей, получавших только Фликсотид ( $p < 0,05$ ).

Вариабельность ПСВ 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 36% детей; более 30% – у 8% детей. Объем форсированного выдоха за 1 сек после лечения детей приблизился к возрастной норме, но в 1-й группе ОФВ<sub>1</sub> был достоверно выше, чем во 2-й группе ( $p < 0,05$ ).

В результате проведенного лечения у большинства детей, получавших в качестве базисной терапии Сингуляр в сочетании с ИГКС (Фликсотидом), удалось достичь состояния, соответствующего критериям эффективности терапии бронхиальной астмы.

## ВЫВОДЫ

Применение Сингуляра для усиления базисной терапии у детей позволяет достичь контроля над клиническими симптомами БА в более короткие сроки по сравнению с детьми, получавшими только Фликсотид.

Использование у детей Сингуляра в комбинации с ИГКС уменьшает потребность в бронходилататорах короткого действия в период обострения заболевания.

Применение Сингуляра для усиления базисной терапии значительно улучшает показатели функции внешнего дыхания (ПСВ, ОФВ<sub>1</sub>), позволяет достичь контроля над симптомами БА без увеличения средней терапевтической суточной дозы ИГКС (Фликсотид).

## Литература

1. Чучалин А.Г., Баранов А.А. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». – М.: Русский врач, 2006, 100 с.
2. Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Гончарова Н.В. и др. Эффективность лечения аколлатом при бронхиальной астме у детей // Пульмонология, 1998, №3, с. 29–33.
3. Ахмадеева Э.Н. Проблемы пульмонологии детского возраста. – Уфа: Гилем, 2005, с. 81–96.
4. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006, 685 с.
5. Балаболкин И.И. Лечение аллергических болезней у детей. – М.: МИА, 2008, 352 с.
6. Намазова Л.С., Огородова Л.М. Клинические рекомендации. Педиатрия. Бронхиальная астма. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005, с. 36–81.

## И Н Ф О Р М А Ц И Я

### План мероприятий Департамента здравоохранения г. Москвы в 2012 году

Здание Правительства Москвы, Новый Арбат, 36/9  
www: infomedfarmdialog.ru

**24–25 мая**

X Научно-практическая конференция  
«Фармакологические и физические методы лечения  
в оториноларингологии»

**27–28 июня**

X Научно-практическая конференция  
«Безопасность больного в анестезиологии  
и реаниматологии»

**27–28 сентября**

I Научно-практическая конференция  
«Здоровое долголетие»

**2–3 октября**

X Научно-практическая конференция  
«Инфекционные  
болезни  
и антимикробные средства»