

Протекторное и лечебное применение тывквеола при патологии гепатобилиарной системы у больных тяжелой бронхиальной астмой

Басиев З.Г., Басиева О.З.

*Северо-Осетинская медицинская академия,
Владикавказ*

Тяжело протекающую бронхиальную астму (ТБА) нередко сопровождают внелегочные полиорганные виды патологии, в том числе гепатобилиарной системы (ГБС). Этому могут способствовать патогенетические механизмы развития ТБА, применяемая множественная и часто длительно проводимая лекарственная терапия, перенесенные сопутствующие заболевания и др. (Федосеев Г.Б., Чучалин А.Г., Коркушко О.В. и др.). Для профилактики таких состояний и лечения болезней ГБС нами в течение последних лет в комплексную терапию ТБА, как правило, включается тывквеол (Тл). Препарат представляет собой средоточие биологически активных компонентов (каротиноидов, токоферолов, флавоноидов, фосфолипидов, насыщенных, ненасыщенных и полинасыщенных жирных кислот, комплекса витаминов и др.).

Экспериментально установлено, что Тл обладает гепатопротекторным, желчегонным, антисептическим, мочегонным, противоязвенным, антигипоксическим, мембраностабилизирующим действием. С целью определения эффекта применения Тл при ТБА и изучения его влияния на состояние печени и желчевыводящих путей нами обследовано 78 больных с осложненным течением астмы. Больные были в возрасте 17-67 лет с длительностью заболевания от 2 до 23 и более лет. Комплексное клинико-лабораторное, ультразвуковое, эндоскопическое и функциональное обследование этой группы больных выявило, что ТБА не сочеталась с патологией ГБС только в 34,6% случаев. Среди остальных больных были установлены хронический холецистит (23,1%), хронический гепатит различной этиологии (10,2%), жировая дистрофия и другие виды гепатоза в сочетании с калькулезным холециститом (6,5%), только желчекаменная болезнь (6,3%) и гепатохолецистит (6,5%). У 3,8 % больных ранее была произведена холецистэктомия. На предыдущих этапах в стационарных и поликлинических условиях наряду с базовой терапией ТБА больным назначалась терапия болезней ГБС (легалон, эссенциале, зиксорин, желчегонные средства, диетотерапия и др.).

Тл нами применялся в двух формах – капсулированной (после еды) или некапсулированной (до еды) три раза в день в течение трех недель. В результате такой комбинированной терапии установлена хорошая переносимость препарата, а также сбалансированность его взаимодействия с компонентами базовой терапии. Тл оказывал благоприятное влияние на функцию желудочно-кишечного тракта, почек, снижал индекс интоксикации, улучшал обменные процессы. При этом отмечено увеличение диуреза и выведения хлоридов, снижение проявлений гипоксии. Улучшался билиарный пассаж. Побочных и аллергических реакций не отмечено. Несмотря на проведение ступенчатой терапии, а в ряде случаев интенсивного лечения ТБА, обострения со стороны ГБС не было. Во

всех случаях был достигнут выраженный гепатопротекторный и лечебный эффект Тл. Больным рекомендовалось на последующих этапах противоастматическую терапию сочетать с приемом Тл.

Таваник в комплексной терапии инфекционно-обусловленной бронхиальной астмы

Басиев З.Г., Басиева О.З.

*Северо-Осетинская медицинская академия,
Владикавказ*

Таваник (ТК) является антибиотиком нового поколения из ряда хинолонов, представляющим собой левовращающий изомер офлоксацина (Levofloxacin). В эксперименте и клинике проявил высокую активность против широкого ряда бактерий. С учетом инфекционной обусловленности основной формы бронхиальной астмы (ИБА) и часто низкой при ней эффективности антибиотикотерапии нами стал использоваться ТК в комплексе с базовой терапией (БТ).

Несмотря на то, что ТК в мире применен у более, чем 150 млн. больных, в литературе имеются лишь единичные сообщения о применении этого препарата при ИБА (Chyrek-Borovska S.; Oren B.; Frank-Piskorska A. и др.). С целью обоснования применения ТК при ИБА обследовано 39 больных с такой формой астмы в возрасте 21- 64 лет и длительностью заболевания от 2 до 24 лет. У больных параллельно с течением ТК были проведены многосторонние исследования. Изучена микрофлора бронхов (индуцированная мокрота, бронхолаважная жидкость). Микрофлора верхних дыхательных путей сопоставлялась с обсемененностью нижних дыхательных путей (НДП). В НДП микробный пейзаж был представлен в виде монокультуры и ассоциаций и состоял из Staph. epid. – 44.5%, Str. pyog. – 22.3%, Staph. aur. – 16.7% , Klebs. pneum. – 5.5%, E.coli –5.5%, Staph. saproph. 5.5%. Помимо этого кандиды были выявлены в 19,6% . Резистентность к нескольким препаратам (пенициллины, тетрациклины, гентамицин, линкомицин и др.) имела у 88,8%, при сохранении чувствительности к рифампицину, карбенициллину, ципрофлоксацину и др. Отмечено возрастание полирезистентности микрофлоры при повторных поступлениях больных в клинику. Кроме того, микроаспирации мокроты при ИБА повышали роль грамотрицательных бактерий в инфицировании НДП.

В такой ситуации нами был применен ТК в виде монотерапии с учетом его влияния на широкий спектр возбудителей (аэробы, анаэробы, атипичные, бактерии и др.). ТК применялся в таблетированной форме по 500 мг один раз в сутки в течение пяти дней. Необходимости внутривенного введения не было. Одновременно с таким лечением проводился клинико-лабораторный, функциональный, эндоскопический, бактериологический и иммунологический мониторинг. Были установлены выраженный противовоспалительный эффект, четкое повышение показателей ПТМ, в части случаев – эрадикация. Резко сокращалось количество мокроты, снижалась потребность в применении бронхолитиков и ГКС. Отмечена хорошая переносимость ТК. Осложнений не было. В пе-