

самостоятельных – болезни желчевыводящей системы. Ведущими синдромами среди них являются астенический и болевой. Боль – это важный физиологический феномен, которым занимаются общие патологи, клиницисты, психологи, философы и другие специалисты. Она информирует человека о вредных воздействиях, повреждающих или представляющих потенциальную опасность для его организма. Существует много определений боли. Международной Ассоциацией по изучению боли (IASP, 1994) дается следующее: «Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей или изображаемой терминами такого повреждения». Разделяется она на ноцицептивный и нейропатический типы. В составе первой наблюдаются соматическая поверхностная, соматическая глубокая и висцеральные боли. Наши исследования были сосредоточены на последней, так как источниками патогенных стимулов при ней и являются паренхиматозные и полые органы. В связи с изложенным цель наших исследований заключалась в изучении патогенетических аспектов болевого синдрома у пациентов с вирусными гепатитами и патологией желчевыводящих путей различной этиологии и роли мебеверина гидрохлорида (дюспаталина) в комплексной терапии.

Материал и методы. Наблюдалось 175 пациентов (85 мужчин и 90 женщин) в возрасте от 23 до 54 лет, средний возраст составил  $37 \pm 9,7$  лет. Наибольшее количество было пациентов с хроническим описторхозом – 107 человек, 39 – с функциональными билиарными расстройствами и у 29 был диагностирован хронический вирусный гепатит (ХВГ) в сочетании с описторхозной инвазией. Исследования проводились в клинике ГУ НЦ КЭМ СО РАМН, кафедре пропедевтики внутренних болезней НГМА, Областной клинической больнице, санатории г. Белокуриха. У всех пациентов наблюдался болевой синдром. С целью купирования назначался дюспаталин. Применялись методы исследования клинические, биохимические, серологические, иммунологические, УЗИ, по показаниям МРТ, морфологические, опросник, включающий стандартные методы измерения боли. Включение в опросник теста Бека позволило определить наличие депрессии.

Результаты исследований и их обсуждение. Актуальность проводимого исследования заключалась в том, что как этиологические, так и патогенетические факторы болевого синдрома были различные. Причиной заболеваний, при которых наблюдались боли были вирусы, паразиты, их ассоциации с бактериальной флорой, соматоформные вегетативные дисфункции. Наиболее важными патогенетическими факторами являлись воспаление, механические повреждения, первичные функциональные и иммунные нарушения. Вместе с тем только квалифицированная клиническая характеристика болевого синдрома, понимание сути клинических проявлений позволяло своевременно распознавать их сущность, а следовательно правильно назначить лечение. Анализируя болевой синдром, всегда оценивали интенсивность боли, помня всегда, что сильные боли «поглощают» все внимание больного

человека, а подробное, образное, в определенной степени «художественное» описание болевого синдрома чаще свидетельствовали о не очень существенной его выраженности. Изучение клинического течения указанных заболеваний позволяло рассматривать влияние миотропных спазмолитиков с позиций структурно-функциональных взаимоотношений. Применение дюспаталина было патогенетически обоснованным, так как он оказывает прямое блокирующее действие на быстрые натриевые каналы клеточной мембраны миоцита, в результате чего нарушается приток его в клетку, в связи с чем замедляются процессы деполяризации, тем самым предотвращается спазм, а следовательно и боль. Проведенные исследования показали, что назначение мебеверина гидрохлорида оказалось эффективным как при высокой интенсивности боли, так и особенно при умеренной и незначительной. Вместе с этим существенно улучшалось качество жизни пациентов.

#### **Комбинированная энзимная терапия при хронической лёгочной патологии**

Парахонский А.П., Венглинская Е.А.  
*Кубанский медицинский университет,  
Госпиталь ветеранов,  
Краснодар, Россия*

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одной из наиболее распространённых причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Поиск лекарственных средств и терапевтических подходов, воздействующих на основные патогенетические механизмы заболевания, и сочетающих эффективность с безопасностью при длительном применении остаётся актуальным. Изменяется характер течения ХОБЛ с увеличением хронизации и рецидивов. Длительная персистенция возбудителей, снижение резистентности организма способствует снижению эффективности обычной терапии. Возникла необходимость использования для лечения ХОБЛ, наряду с традиционной терапией, препаратов, влияющих и на процесс воспаления, и на защитные системы организма. К таким средствам относятся комбинированные энзимные препараты (КЭП). Они обладают субстратной специфичностью, что позволяет реализовать их синергическое воздействие на различных этапах воспалительного процесса, иммунных и микроциркуляторных расстройств. Основными фармакологическими эффектами КЭП являются: фибрино- и тромболитический, иммунокорректирующий, противовоспалительный, анальгетический.

Цель работы – изучение эффективности и безопасности препарата флогэнзим в лечении больных ХОБЛ. В рандомизированное плацебо контролируемое исследование включено 68 пациентов со среднетяжёлой ХОБЛ в фазе ремиссии (1 группа) и обострения (2 группа). Лечение проводилось в соответствии с современными рекомендациями с добавлением КЭП - флогэнзима (бромелаин 90 мг, трипсин 48 мг, рутозид 100мг). Стандартная терапия у больных 1 группы включала тиотропия бромид, формоте-

рол, сальбутамол (по потребности). Пациенты 2 группы помимо этих препаратов получали антибиотики и глюкокортикостероиды. В обеих группах в терапевтический комплекс включали флогэнзим (по 2 таблетки 3 раза в день) в течение 1 месяца.

Основным показателем эффективности проводимой терапии служила динамика спирометрических показателей и показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ). Определяли объём форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ<sub>1</sub>), форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЁЛ) и отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЁЛ. Контроль безопасности проводимого лечения включал клиническую и лабораторно-инструментальную оценку нежелательных явлений. Установлено, что применение флогэнзима приводит к уменьшению выраженности симптомов ХОБЛ в более короткие сроки от начала лечения. Уменьшается одышка в покое и при нагрузке, повышается толерантность к физическим нагрузкам, снижается интенсивность кашля и количество выделяемой мокроты, улучшается общее самочувствие. Показано, что использование флогэнзима в комплексной терапии ХОБЛ способствует повышению показателей ПСВ и снижению потребности в ингаляционных β<sub>2</sub>-агонистах, как в фазе ремиссии, так и при обострении. В результате проведенной терапии наблюдали достоверное возрастание основных спирометрических параметров - ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЁЛ, что в большей степени отмечалось у больных с обострением ХОБЛ. Широкий спектр фармакологического действия флогэнзима объясняется его влиянием на ключевые патофизиологические процессы, протекающие в организме больных ХОБЛ. При воспалении используется иммуномодулирующий эффект гидролаз, действующих на клеточные и медиаторные компоненты этого процесса. Использование протеиназ при хроническом воспалении основано на удалении циркулирующих иммунных комплексов, провоспалительных цитокинов, ограничении экспрессии адгезивных молекул и расщеплении экстравазально расположенного фибрина. При воспалении в дыхательных путях протеолитические ферменты, входящие в состав флогэнзима, расщепляют воспалительный детрит и медиаторы воспаления, уменьшают отёк слизистой бронхов, снижают вязкость секрета в бронхах, улучшают выделение мокроты. КЭП повышают эффективность одновременно применяемых препаратов – бронходилататоров, антибиотиков, повышая их концентрацию в крови и облегчая проникновение в ткани. КЭП улучшают микроциркуляцию, кровоснабжение бронхов и лёгких, реологические свойства крови, способствуют удалению из организма продуктов распада и углекислого газа. Можно предполагать, что регулярный приём КЭП нивелирует отрицательное воздействие курения на организм, активирует противоопухолевый иммунитет, способствует активации механизмов, направленных на борьбу с последствиями курения и предотвращает возможные осложнения. Это снижает риск развития и прогрессирования ХОБЛ, приводит к стабилизации течения заболевания, более быстрому купированию обострений и снижению их частоты. Таким образом, показана высокая эффективность использования флогэнзима в комплексной терапии больных ХОБЛ. Выра-

женный положительный клинический эффект подтверждён объективными методами: достоверной динамикой спирометрических показателей и ПСВ, уменьшением потребности в бронходилататорах. Использование комбинированных энзимных препаратов является эффективным методом в комплексной терапии больных ХОБЛ как при обострении, так и вне обострения.

#### Клинические исследования эффективности ингибиторов 5-альфа-редуктаз

Парахонский А.П., Тимофеев В.А.  
Кубанский медицинский университет,  
Госпиталь ветеранов,  
Краснодар, Россия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – распространённый морфологический диагноз, который устанавливается у 90% мужчин старше 80 лет. В связи со старением населения планеты группа больных ДГПЖ претерпела значительные изменения. Хирургический метод – трансуретральная резекция простаты долгие годы был «золотым стандартом» лечения этого заболевания. Последние годы ознаменовались резким ростом интереса клиницистов к вопросам медикаментозной терапии расстройств мочеиспускания. Полезным оказалось применение α<sub>1</sub>-адреноблокаторов (АБ) и ингибиторов 5-α-редуктаз (ИР). АБ уменьшают тонус гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, простаты и заднего отдела уретры, не влияя на патогенез ДГПЖ. Механизм действия ИР заключается в блокаде перехода тестостерона в его активную форму – дигидротестостерон (ДГТ), который контролирует рост и развитие предстательной железы. У пожилых мужчин уровень ДГТ остаётся высоким, несмотря на снижение концентрации тестостерона, что подтверждает роль ДГТ в развитии ДГПЖ. Снижение активности мужских половых гормонов приводит к уменьшению объёма предстательной железы, снижению риска прогрессирования заболевания, улучшению симптоматики со стороны нижних мочевых путей.

Цель работы – изучение эффективности консервативной терапии ДГПЖ с помощью нового ингибитора 5-α-редуктазы I и II типов – Аводарта (А<sup>®</sup>) (дугастерида). Исследованы фармакологические параметры: время достижения клинического эффекта; клиническая эффективность и безопасность. Снижение уровня ДГТ у пациентов с ДГПЖ оценено в сравнительных плацебо-контролируемых двойных слепых исследованиях дугастерида (А<sup>®</sup>) и финастерида (ФИН). Установлено, что в течение двухлетнего срока наблюдения уровень ДГТ сыворотки крови более значительно снижался на фоне приёма А<sup>®</sup> (0,5 мг/сут) по сравнению с ФИН (5 мг/сут). Среднее снижение уровня ДГТ от исходного уровня у пациентов, получавших А<sup>®</sup>, составило 93,4±8,2%, что достоверно превышает этот показатель для ФИН (p<0,01). Оказалось, что объём простаты уменьшился по сравнению с исходным уровнем в обеих группах при статистически незначимой разнице. А<sup>®</sup> продемонстрировал количественное преимущество в ди-