

## Эффективности Препарата Инспирона В Восстановлении Дренажной Функции Бронхов При Хронической Обструктивной Болезни Легких

*Нарзиев Ш. С<sup>1</sup>*

**Резюме:** Изучена влияние препарата инспирона у больных с хронической обструктивной болезни легких в возрасте от 42 до 71 лет. Зависимости от метода лечения все больные были подразделены на две группы. Первая (контрольная) группа больных получали базисную терапию. Вторая (опытная) группа больных наряду с базисной терапией получали препарат инспирон в дозе 80 мг 2 раза в сутки, утром и вечером до приема пищи, в течении 10 дней. Анализ результатов проведенных исследований показал, что у больных принимавших препарат инспирон на 6-7 дни заболевания значительно уменьшились приступы кашля и улучшилось отхождение мокроты почти в 2 раза. Препарат инспирон относительно слабо действовало на течение одышки у больных с бронхитическим типом ХОБЛ. Указанное действие еще слабее проявлялось у больных с эмфизематозным типом ХОБЛ.

**Ключевые слова:** Мокрота, кашель, одышка, функция внешнего дыхания, гиперреактивность бронхов, бронхиальная проходимость, обструкция бронхов, мукоцилиарный аппарат.

Зачастую, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое имеет свои характерные особенности. Она характеризуется необратимой или частично обратимой обструкцией бронхиального дерева. В последние годы проблема хронического заболевания легких (ХОБЛ) становится все более актуальной, приобретает большую медицинскую и социальную значимость, ухудшая качество жизни и приводя к увеличению инвалидности и смерти людей. (2,7,9,10). К факторам, способствующим обострению ХОБЛ относят загрязнение атмосферного воздуха промышленными отходами, продуктами сгорания различных видов топлива, выхлопными газами и бытовыми пылевыми субстанциями. Не менее важным является курение и инфекционный фактор (1,3,6,12,13). Курение вместе с гиперреактивностью бронхов и гипериммуноглобулинемией Е способствует ускорению формирования ХОБЛ. Если человек курит длительное время, это может привести к нарушению дренажной функции мукоцилиарного аппарата. При воздействии табачного дыма и других вредного воздействия возникает гиперсекреция слизи. Данная гиперсекреция имеет тесную связь с изменением реологических свойств бронхиального секрета, который становится более вязким. Вязкая мокрота, табачная дым, производственных вредности, вирусные и бактериальные токсины подавляют функцию цилиарных клеток и одновременно с этим приводят к нарушению функции реснитчатых эпителий за счет реабсорбции избытка муцинов из просвета бронхов Данная гиперсекреция имеет тесную связь с изменением реологических свойств бронхиального секрета, который становится более вязким. (3).

Во время обострения болезни возникают воспалительные процессы в респираторном тракте, что приводит к нарушению проходимости бронхов и нарастанию всех симптомов болезни (4,6,8). По литературным данным около 55-60% случаев причинами обострения ХОБЛ является инфекция верхних дыхательных путей и около 40-45% другие причины (5,6,8). В основе развития заболевания лежит нарушение функции дренажа, которое играет ключевую роль в

<sup>1</sup> Кафедра ПВБ, Бухарского медицинского института



защите респираторных трактов. Согласно мнению экспертов, эффективность очистки бронхов определяется реологическими свойствами бронхиальной слизи и правильной работой ресничного аппарата, а также координированностью работы гладкомышечных мышц стенки бронхов (3).

Признаками болезни являются одышка и кашель, а также выделение мокроты из носа. Накопление мокроты приводит к нарушению проходимости в бронхах, что может спровоцировать и другие симптомы. Отхождение мокроты облегчает протекание болезни.

При лечении ХОБЛ необходимо учитывать следующий принцип: необходимо устранить факторы, способствующие развитию и прогрессированию заболевания. В период обострения ХОБЛ, терапия должна быть направлена на устранение воспалительных процессов в бронхах, улучшение их проходимости, восстановление нарушенной общей и местной иммунологической реактивности, а также на проведение профилактической и поддерживающей терапии (3). Препарат Инспиرون предназначен для разжижения мокроты, улучшения дренажной функции бронхолегочной системы, а также обладает противовоспалительным и спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру.

Исследование проведено в пульмонологическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра.

**Целью исследования** явилась терапевтической эффективности и переносимости препарата инспирона в комплексной терапии ХОБЛ.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 93 больных, из них 54 мужчин и 39 женщин с диагнозом ХОБЛ II-III степени, в возрасте от 42 – 71 лет. У 42 больных была констатирована II степень, у остальных 51 пациентов III степень ХОБЛ. У 54 больных был бронхитический, а у оставшихся 39 пациентов эмфизематозный тип ХОБЛ. Всех исследуемые больные жаловались на кашель, выделения слизисто – гнойной мокроты, одышка и нехватка воздуха. При выслушивании больных у всех больных в легких сухие и влажные хрипы выслушивалось. При осмотре кожные покровы больных диффузный цианоз. При исследовании крови у них выявлен компенсаторный эритроцитоз от 6 до 6,7 млн. и лейкоцитоз от 9,4 до 10,1 тыс. в 1 мм<sup>3</sup> крови. Зависимости от метода лечения все больные были подразделены на две группы, репрезентативные по числу больных, гендерным показателям, средней продолжительности болезни, типу ХОБЛ и другим признакам. Первая (контрольная) группа больных получали базисную терапию. Вторая (опытная) группа больных наряду с базисной терапией получали препарат инспиرون в дозе 80 мг 2 раза в сутки, утром и вечером до приема пищи, в течении 10 дней.

**Результаты и обсуждений.** Анализ результатов проведенных исследований показал, что у больных принимавших препарат инспирон на 6-7 дни заболевания значительно уменьшились приступы кашля и улучшилось отхождение мокроты почти в 2 раза. Препарат Инспиرون предназначен для разжижения мокроты, улучшения дренажной функции бронхолегочной системы, а также обладает противовоспалительным и спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру. В течение указанного срока терапии у исследуемых больных уменьшилась выраженность цианоза. Исследования крови больных с бронхитическим типом ХОБЛ показали возвращение число эритроцитов и лейкоцитов в исходное положение.

У больных принимавших лишь базисную терапию наблюдались следующие изменения. Уменьшения выраженности кашлевого приступа и улучшение отхождения мокроты у больных с бронхитическим типом отмечалось на 8 – 9 дни лечения. Подобные сдвиги у больных с эмфизематозным типом ХОБЛ наблюдались сравнительно слабее. В течение указанного периода лечения приступы кашля и количество выделяемой мокроты мало изменились в положительную сторону. Одышка практически оставалась в прежней выраженности. Приблизительно такая же картина наблюдалась в динамике изменения цианоза. Показатели компенсаторного эритроцитоза и лейкоцитоза оставались почти на прежнем уровне.



До лечения основные показатели ФВД у всех больных были достоверно снижены по сравнению с нормой (табл.1).

**Таблица 1 Показатели функции внешнего дыхания в динамике лечения инспиромом (M±m, %)**

Показатель, %	I группа (n=26)		II группа (n=25)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
FVC	62,2±2,6	75,3±3,2*	63,1±2,4	68,4±2,4
FEV 1,0	61,3±2,1	75,6±2,3*	63,1±2,5	67,2±2,6
PEF	63,1 ± 2,6	75,8 ± 3,5*	62,2 ± 2,2	66,1 ± 2,4
FEF 75	57,2 ± 2,3	74,9 ± 2,7*	59,3 ± 2,0	64,4 ± 2,0
FEF 50	60,2 ± 2,2	74,3 ± 3,2*	61,2 ± 2,2	65,3 ± 2,7
FEF 25	65,3 ± 3,4	71,2 ± 3,0	67,1 ± 2,4	71,2 ± 2,3

Примечание: \* - (p<0,05) по сравнению данных до лечения.

После проведенного лечения инспиромом в основном у больных с бронхитическим типом ХОБЛ отмечалось значительное повышение проходимости бронхов, прирост показателей FEV 1,0 FEV 75 FEV 50 соответственно составили 14,3%, 17,7%, 14,1%. Это свидетельствует об улучшении проходимости общего потока и проходимости на уровне мелких бронхах. Улучшения бронхиальной проходимости происходит из-за улучшения реологических свойств и отхождения мокроты, в связи с улучшением выделительной функции мукоцилиарного аппарата, что приводит к снижению обструкции бронхов слизью и за счет обратимого компонента воспаления бронхиальной стенки. Следует признать, что у больных контрольной группы значительного изменения после лечения по сравнению исходным показателем не отмечалось, о чем свидетельствует относительно высокие показатели FEV 1,0 FEV 75 FEV 50, которые выглядели соответственно: 4,1%, 5,1%, 3,1%.

По данным литературы увеличения вязкости бронхиального секрета сопровождается изменениями его качества, что приводит к снижению неспецифических компонентов местного иммунитета (интерферона, лактоферрина и лизоцима и секреторного IgA), которые обладают противовирусной, противомикробной активностью. Все это приводит к нарушению деятельности мукоцилиарного аппарата и накоплению в просвете бронхов слизи и ее инфицирования за счет размножения микробной флоры. Густая и вязкая бронхиальная слизь со сниженным бактерицидным действием, является востребованной питательной средой для микроорганизмов. При определенных условиях, у этих больных происходит активация респираторной инфекции (3).

В ходе лечения было выявлено, что у обследуемых групп больных отмечалась тенденция к уменьшению вязкости мокроты, улучшения ее отхождения, уменьшения интенсивности кашля. Понятно, что благодаря указанным позитивным сдвигам снижается темпы размножения микрофлоры в слизистой оболочке бронхов и выраженности показателей ее воспаления.

Таким образом на основании проведенных исследований можно заключить, что у больных ХОБЛ принимавших препарат инспиром наблюдались следующие позитивные сдвиги;

1. Улучшались реологические свойства мокроты со снижением ее вязкости и увеличением количество выделяемого секрета.
2. Сравнительно быстрее восстанавливалась функция ФВД, о чем свидетельствует улучшение проходимости общего потока воздуха на уровне мелких бронхов.



**Список литературы:**

1. Белоусов Ю. Б., Карпов О. И., Леонова М. Б., Ефременкова О. В. Клинико – экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ. // Качественная клиническая практика. Спец. выпуск . 2002 . С . 2-24.
2. Безлепка А.В. Противовоспалительная терапия хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология.-2009.-№ 4. стр. 85-91.
3. Ковалева Ю.Р. Внутренние болезни в вопросах и ответах - Санкт-Петербург. «ФОЛИАНТ»-2004\Внутренние болезни 1
4. Ершов Ф. И ., Касьянова Н. Б., Полонский О. В. Возможно ли рациональная фармакотерапия гриппа и другие ОРВИ \\ Консилиум Медикум. Вып. Инфекции и антимикробная терапия. - 2003. -Т.5. –N -6.
5. Ершов Ф. И. Система интерферона в норме и при патологии. -М: Медицина. - 1996. – 240 с.
6. Лобзин Ю. Б., Михайленко В. П., Львова Н. И. Воздушно- капельные инфекции / Ю. В. Лобзин – С - Пб.: ИКФ «Фолиант» .2000 . -184 с.
7. Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. СПб,: Лань; 2002.
8. Л. М. Куделя и соавт, Комплексная терапия обострений хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы. // Консилиум. N- 1, 2007 с 47-48.
9. Vandervoorde J., Verbanck S., Gijssels. et. al. Early detection of CORD: a case finding study in general practice. Respir. Med. 2007; 101: 525-530.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The 2009 report is available on [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
11. Kraft M. Asthma and chronic obstructive pulmonary disease exhibit common origins in any country! Am J. Respir. Crit. Care Med. 2006; 174: 238-240.
12. Barnes P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Nat. Immunol. Rev. 2008; 8: 183-192.
13. Barnes P.J. Mediators of chronic obstructive pulmonary disease. Pharmacol. Rev. 2004; 56: 515-548.

