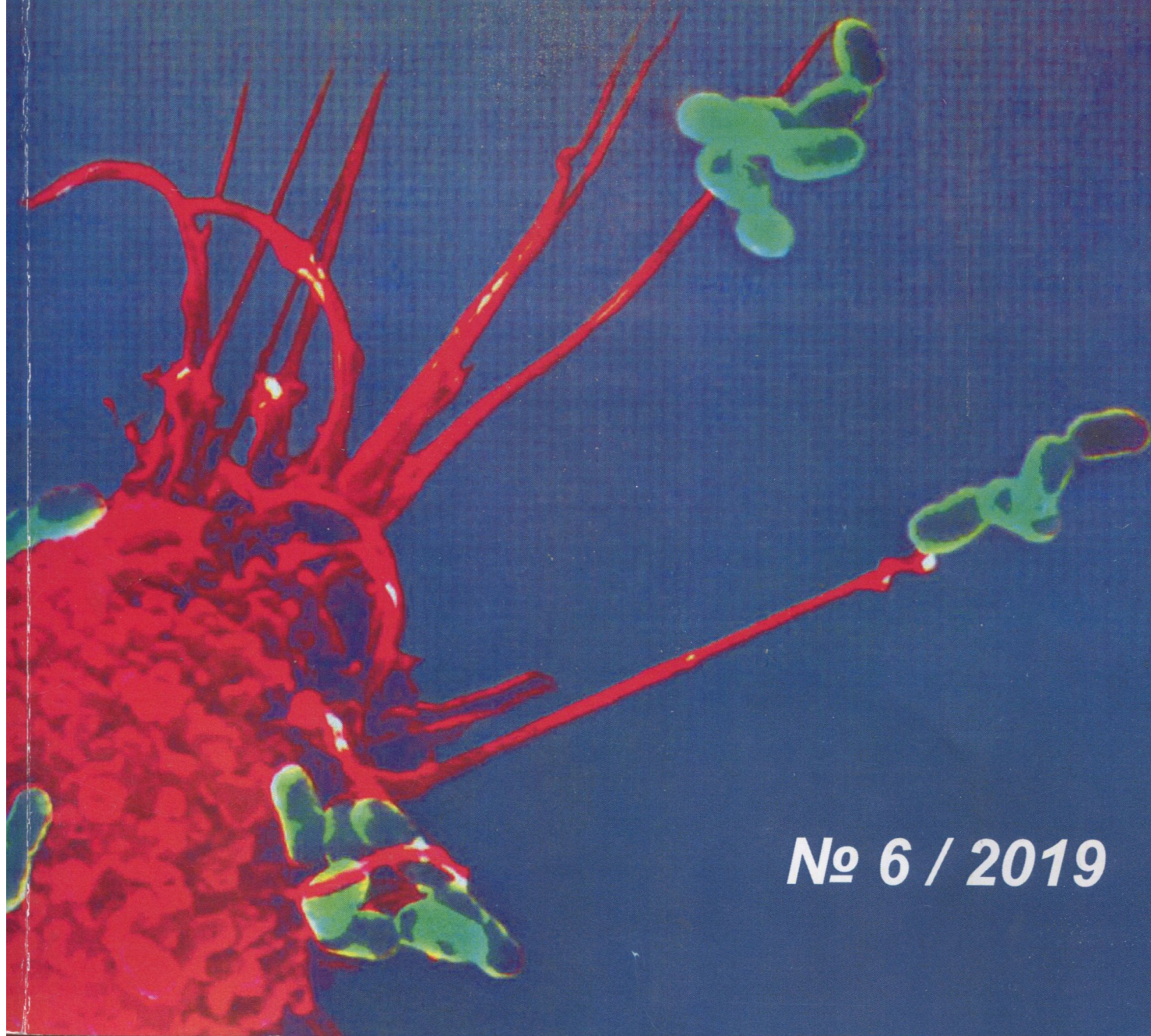


ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 6 / 2019

Ташкентский Научно-исследовательский
институт вакцин и сывороток

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

6/2019

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

акад. Арипова Т.У., д.м.н. Абдухакимов А.Н., проф. Арипов А.Н., д.м.н. Аллаева М.Ж., проф. Алимжанов И.И., д.м.н. Ашурова Д.Т., проф. Бугланов А.А., к.ф.н. Ашуров А.А., проф. Гулямов Н. Г., проф. Исмаилов С.И., проф. Исхакова Х.И., проф. Ибадова Г.А., проф. Каримов М.М., проф. Каримов М.Ш., проф. Комилов Х.М. проф. Косимов И.А. (зам. главного редактора), проф. Мавлянов И.Р (зам. главного редактора), проф. Мусабаяев Э.И., проф. Мухамедов И.М., проф. Маматкулов И.Х. (отв. секретарь), акад. АН РУз Саатов Т.С., акад. Тураев А.С., проф. Таджиев Б.М., проф. Туйчиев Л.Н., д.м.н. Саидов С.А., д.м.н. Юлдашев К.Х., к.м.н. Бахриев И.И., к.м.н. Шерматов В.А., к.м.н. Вафакулова Г.Б., к.б.н. Кахоров Б.А.

Редакционный совет:

акад. Акмалханов Ш.А. (Ташкент)
акад. РАН Бахрамов С.М. (Ташкент)
акад. Каримов Ш. И. (Ташкент)
акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Даминов Т.А. (Ташкент)
акад. Тулегенова А.У. (Астана)
проф. Хаджибеков М.Х. (Ташкент)
проф. Миртазаев О.М. (Ташкент)
д.м.н. Расулов С.К. (Самарканд)

проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)
проф. Алимов А.В. (Ташкент)
проф. Мадреимов А.М. (Нукус)
проф. Ахмедова М.Д. (Ташкент)
д.м.н., проф. Аскарлов Т.А. (Бухара)
проф. Облокулов А.Р. (Бухара)
д.м.н., проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)
л.м.н., проф. Юсупова М.А. (Ургенч)

Ташкент-2019

СОДЕРЖАНИЕ

1. **АБДИРОВА А.Ч., ЕНИКЕЕВА З.М., АГЗАМОВА Н.А., ИБРАГИМОВ А.А. СОБИРЖАНОВА З.Р.** ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОЛХАМИНОЛА4
2. **АБДИРОВА А.Ч., ЕНИКЕЕВА З.М., АГЗАМОВА Н.А., ИБРАГИМОВ А.А.** ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОЛХАМИНОЛА ПРИ РАЗНЫХ ПУТЯХ ВВЕДЕНИЯ.....9
3. **БАХРИТДИНОВА Ф.А., МИРРАХИМОВА С.Ш., МАТКАРИМОВ А.К.** ОРОЛ ДЕНГИЗИ МИНТАҚАСИДАГИ ЭКОЛОГИК ХОЛАТНИНГ ОФТАЛМОПАТОЛОГИЯ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ).....14
4. **ВАЙС Е.В., ЮСУПОВА С.М., ХИДЫРОВА Н.К., ХУШБАКТОВА З.А., СЫРОВ В.Н.** ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИПРЕНОЛОВ ИЗ *ALCEA NUDIFLORA* И *VITIS VINIFERA* НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....22
5. **ГАНИЕВА Х.Г., ЮНУСХОДЖАЕВ А.Н.** ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «КАНДИФЛЮ® НЕО», РАСТВОР ДЛЯ ИНФУЗИЙ 200 мг/100 мл.....28
6. **ГАНИЕВА Х.Г., МАЖИДОВ А.К.** ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА «ФЕЛОЗИН», РАСТВОР ДЛЯ ИНФУЗИЙ 34
7. **ДУМАЕВА З.Н., ҚОДИРОВ Ш.Қ., ДУМАЕВА М.Ш.** ТУРЛИ ЁШДАГИ КАЛАМУШЛАР ФЕРМЕНТ ГОМЕОСТАЗИ ВА ЖИГАР ТЎҚИМАСИ АМИЛОЛИТИК АКТИВЛИГИГА ГИПОКИНЕЗИЯНИНГ ТАЪСИРИ.....39
8. **ЖАББАРОВ О.О., БОБОЕВ К.Т.** ЗНАЧЕНИЕ КОДИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА РААС ГЕНА АСЕ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ СД 2 ТИПА.....47
9. **ЖАЛИЛОВ Ф.С., ПУЛАТОВА Л.Т., ЖАЛИЛОВА Ф.С., МУСТАФАЕВ У.Ғ., ЗОКИРОВА Г.Р., ВАХИДОВА Н.М., УСМОНОВА М.К.** КИМЁ-ТОКСИКОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР УЧУН ФЛУОКСЕТИН ДОРИ ВОСИТАСИНИ ГАЗ-ХРОМАТО-МАСС СПЕКТРОМЕТРИЯ УСУЛИДА ТАҲЛИЛ ШАРОИТЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ55
10. **ИБРАГИМОВ А.А., ЕНИКЕЕВА З.М., АГЗАМОВА Н.А., АБДИРОВА А.Ч., БОЙКО Е.В., ТИЛЛЯШАЙХОВ М.Н.** ВЛИЯНИЕ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ К-26 И К-26-В НА СИНТЕЗ ДНК/РНК КЛЕТОК ОПУХОЛИ САРКОМЫ 180 И ОПУХОЛИ ПОЧКИ ЧЕЛОВЕКА.....60
11. **КАМИЛОВ Х.М., КАСЫМОВА М.С., МАКСУДОВА Л.М., БАБАХАНОВА Д., ТАШПУЛАТОВА Г.А., ХАМИДОВА Г.М., ИКРАМОВ О.И.** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЭМОТРОП ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ.....66
12. **КАРИМОВ Х.Я., САИДОВ С.А., САЛИЕВ А.Р., ХАКБЕРДИЕВ Ж.К.** ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ70
13. **КАРИМОВ Х.Я., САИДОВ С.А., ХАКБЕРДИЕВ Ж.К., САЛИЕВ А.Р.** ХРОНИЧЕСКИЕ НЕФРОПАТИИ: ПРОБЛЕМЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ.....80
14. **КАХОРОВ Б.А., САТТАРОВ А.С., ДЖУМАЕВ Х.К.** ВЛИЯНИЕ НА ИММУНУЮ СИСТЕМУ СУБСТАНЦИИ ИЗ ПЕПТИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ.....86

15. МАМАСОЛИЕВА Ш.А., ХУДОЙБЕРДИЕВ М.А. ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ И УСТАНОВЛЕНИЕ СРОКА ГОДНОСТИ ТАБЛЕТОК АСФИНОЛ.....90
16. МАТЯКУБОВ М.Б., АБДУКАХАРОВА М.Ф., МЕЛИҚУЗИЕВ О.Э. ЎЗБЕКИСТОНДА КЎКЙЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....95
17. МИРРАХИМОВА М.Х. АТОПИЯ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ.....100
18. МИРРАХИМОВА М.Х., НИШОНБЌЕВА Н.Ю. БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЧИШИДА ОПҚОЗОН ИЧАК ТИЗИМИНИНГЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАРИ.....111
19. МУЗАФФАРОВ М.Ж., РАСУЛОВ Ш.М., ФАЙЗИБЌЕВ П.Н. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЭНТЕРОБИОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ, ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....116
20. ТАШПУЛАТОВА А.Д., УМАРОВА Ш.И. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЧИСТОТА СИРОПА «КОБАЛЬТ-30» 123
21. ТУРДИЕВА З.В., САИДОВ С.А., АЗИЗОВ У.М., ХАДЖИЕВА У.А., МАДЖИТОВА Д.У. ЖИЛОН ЖИЙДА, КИЙИК ЎТИ ВА ДЎЛАНА МЕВАСИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТЛАРИНИНГ ЎТКИР ЗАХАРЛИЛИГИ ВА ГИПОТЕНЗИВ ТАЪСИРИ.....129
22. ТУРСУНОВА М.Х., АБДУРАХМАНОВА Н.А. ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ММУНОМОДУЛЯТОРА «NADERYN SPREY®».....133
23. ТУРСУНОВА М.Х., АБДУРАХМАНОВА Н.А. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «ADENORYN®».....139
24. УБАЙДУЛЛАЕВА Х.А., АСАТОВ С.И. ГЕРБАПОЛ ТАБЛЕТКАСИНИНГ БИОЛОГИК САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ144
25. УСМАНОВ У.Х., ТУРСУНОВА М.Х., КОМИЛОВ Х.М., САЛЯМОВА Ш.Т. РАЗРАБОТКА СОСТАВА ЛЕКАРСТВЕННОГО СБОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ.....149
26. ХАЛМАТОВА Б.Т., ТАШМАТОВА Г.А. СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....154
27. ХАМРАКУЛОВА М.А., НАВРУЗОВ Э.Б., САДИКОВ А.У. КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ВВЕДЕНИЕМ НАЦИОНАЛЬНЫХ БЛЮД И КОМПЛЕКСА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПЕСТИЦИДОМ БАГИРА161
28. ХАТАМОВ Х.М., СУЯРОВ А.А., ЗИЯДУЛЛАЕВ Ш.Х., КАМИЛОВ Х.М. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НОВОЙ ГИДРОФОБНОЙ МАЗИ ИЗ СУХОГО ЭКСТРАКТА КОРНЯ СОЛОДКИ ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ В РАЗНЫХ ДОЗАХ.....168
29. ШАМСУТДИНОВА Д.Б., КАРИМОВ Х.Я., БОБОЕВ К.Т. РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....175
30. ЮБИЛЕЙНАЯ СТАТЬЯ.....185

Мақолада фармакологик скрининг усулида меъда ва 12 бармоқли ичак ярасини даволашда қўлланиладиган маҳаллий доривор ўсимликлар асосидаги йиғманинг таркибини танлаш, ҳамда йиғманинг ўткир заҳарлилиги ва ўзига хос фаоллигини аниқлаш бўйича изланишларнинг натижалари келтирилган.

SUMMARY

ELABORATION OF THE COMPOSITION OF MEDICINES USED TO TREAT GASTROINTESTINAL AND 12-FRACTURES

**Usmanov Ulugbek Khusanovich¹, Tursunova Malika Khusanovna²,
Komilov Khozhiasror Masudovich¹, Salyamova Shakhlo Turakulovna¹**
Tashkent Pharmaceutical Institute, OOO «NEW INNOVATION PHARM GROUP»
ulugbek63@bk.ru

The article presents the results of researches on the selection of the composition of anti-ulcer polyherbal tea based on local medicinal plant raw materials using pharmacological screening and the study of acute toxicity and specific activity of polyherbal tea.

УДК 616.248:612.017;615.83.

СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Халматова Барно Турдиходжаевна¹, Ташматова Гулноза Аълоевна²
Ташкентская медицинская академия
Tashmatovagulnoza@gmail.com

Ключевые слова: Бронхиальная астма, дети, цистеиниловые лейкотриены, клиника, антилейкотриеновые препараты.

Актуальность. С каждым годом наблюдается значительный рост аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмой среди детей (БА) [3, 7]. Бронхиальная астма является наиболее распространенным хроническим аллергическим заболеванием органов дыхания, дебют которого чаще приходится на детский возраст [1, 2]. Хронизация патологического процесса при бронхиальной астме приводит к ухудшению качества жизни больных, снижению их активности, инвалидизации и смертности [3,5]. В литературе последних лет все чаще обсуждаются вопросы о роли лейкотриенов (ЛТ) в патогенезе аллергических заболеваний и возможность их контроля для достижения лечебного эффекта путем назначения антилейкотриеновых препаратов. Известно, что образование медиаторов аллергического воспаления, в том числе лейкотриенов, происходит под действием различных стимулов: аллергенов, стресса, неспецифических факторов, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), инфекции и т.д. Причем доказано, что именно цистениловые лейкотриены C4D4E4, образующиеся путем активации липооксигеназного пути, играют

ведущую роль в бронхоконстрикции и развитии воспаления у больных с БА [2, 10, 11, 16, 17].

Наиболее изучена роль ЛТ при аллергическом рините, аллергической форме БА у взрослых [13, 15, 17], данный вопрос при БА у детей не освещен. Известно, что БА представляет собой гетерогенное заболевание с множеством клинических фенотипов значительно различающихся друг с другом [6]. Вместе с тем показано, что эффективность терапии напрямую зависит от ведущего механизма патогенеза и различные формы БА требуют дифференцированного подхода к выбору метода лечения [6]. Повышенные значения ЛТ являются показанием для назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов, в частности, монтелукаста, используемого в нашей стране и зарубежом [2]. Однако, терапия этими препаратами проводится эмпирически без учета уровня лейкотриенов у детей. Изучение уровня лейкотриенов в динамике при лечении монтелукастом до настоящего времени не проводилось [2,11,16]. В связи с вышеизложенным, изучение динамики ЛТ на фоне лечения монтелукастом и клинической эффективности данного вида терапии является актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

Цель работы. Изучить уровень лейкотриенов C4D4E4 у детей с бронхиальной астмой и оценить эффективность терапии.

Материалы и методы. Исследование было проведено в отделении аллергологии клиники Ташкентской медицинской академии. Всего было обследовано 92 детей с бронхиальной астмой в периоде обострения. Средний возраст детей составил $6,05 \pm 0,12$. Группу контроля составили 23 относительно здоровых детей аналогичного возраста. Диагноз бронхиальная астма установлен в соответствии с Международным консенсусом по диагностике и терапии БА (GINA, 2015, 2018) [6]. При поступлении всем детям проводили комплексное клиничко-лабораторное и аллерго-иммунологическое обследование. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) у больных БА проводилось на спирографе «MicroLab» с компьютерным программным обеспечением, определялись: объем форсированного выдоха в секунду (ОФВ1), пиковая скорость выдоха (ПСВ), суточный разброс ПСВ. Клинические показатели оценивались в баллах. По совокупности клинических и функциональных показателей для статистической обработки данных контроль БА определялся в баллах у каждого пациента.

Все пациенты с БА, включенные в исследование получали базисную терапию в соответствии с тяжестью течения. Постоянный прием пероральных глюкокортикостероидных (ГКС) являлся критерием исключения из наблюдения. Для уточнения имеющихся сопутствующих заболеваний проводились консультации узких (ЛОР, невропатолог) специалистов. Суммарные лейкотриены C4D4E4 в моче определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА), наборами фирмы «Neogen corporation»

(USA) на базе центральной-научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) Ташкентской медицинской академии.

Монтелукаст назначался в зависимости от возраста: детям от 2 до 5 лет по 4 мг, детям в возрасте от 6 до 10 лет в дозе 5 мг ежедневно, на ночь в течение 1 месяца в дополнение к стандартной базисной терапии.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ «Статистика 6» на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных детей 45,6% были девочки, 54,4% составили мальчики. Изучение анамнеза детей показал, что длительность заболевания составил в среднем $3,5 \pm 0,6$ лет. У 65,2% детей основным проявлением бронхиальной астмы был кашель, который усиливался в ночное время, после физической и эмоциональной нагрузки. 52,2% детей в течение 2-3 лет лечились диагнозом хронический рецидивирующий бронхит. У пациентов в среднем наблюдалось $4,21 \pm 0,34$ обострений в год, длительностью до $11,92 \pm 1,06$ дней. Основная масса детей имели очаги хронической инфекции в респираторном тракте (аденоиды, тонзиллит, гайморит, полипоз носа и т.д.) с частыми обострениями и применением антибактериальных препаратов до $3,19 \pm 0,22$ курсов в год. Показатели ОФВ1 исходно составили $69,30 \pm 0,90\%$ от должных значений, суточный разброс ПСВ - более $17,21 \pm 0,67\%$. У 2/3 детей с нормальными значениями ОФВ1 наблюдалась гиперреактивность бронхов (ГРБ) на неспецифические раздражители, которая свидетельствует о персистенции воспаления в дыхательных путях. По анализу клинико-функциональных параметров полный контроль БА отсутствовал у всех пациентов. Все пациенты получали базисную противовоспалительную терапию, доля пациентов с высокими дозами ИГКС составила 41,5%, низкие дозы ИГКС получали всего – 3 (5,7%), средние – 28 (52,8%) пациентов.

В соответствии с целью нашей работы мы провели изучение уровня лейкотриенов C4D4E4 в моче у 92 детей с БА. Среди них детей с 1 степенью БА было 62 (67,4%), со 2 степенью 30 детей (32,6%). При сравнительном анализе исходных данных выявлено достоверное увеличение высвобождения ЛТ у 72 (78,3%) больных с кашлевой формой БА. У 20 больных с 1 степенью БА значения ЛТ были на верхней границе нормы ($1,0 \pm 0,01$). У 15 детей со 2 степенью БА было выявлено повышение уровня ЛТ более 5 раз по сравнению допустимой нормой ($p < 0,05$).

У некоторых детей с атопической формой БА назначение только ГКС не приводит к полному устранению воспаления в дыхательных путях, что поддерживает неконтролируемое течение заболевания. У детей группы сравнения, которые не получали антилейкотриеновые препараты отмечалась медленная динамика симптомов заболевания, и уменьшение кашля наблюдалось только через 15-20 дней после лечения.

Клинический эффект терапии монтелукастом сопровождался положительной динамикой уже через 7-10 дней, который проявлялся уменьшением таких симптомов, как кашель, одышка, приступы удушья (табл.1).

Таблица 1

Динамика клинических проявлений БА у детей

Симптомы	1 ступень (n=62)		2 ступень (n=30)	
	До	после	До	После
Кашель	2,83±0,03	0,5±0,01	2,23±0,04	0,4±0,01
Одышка	1.8±0,07	0,2±0,05	1,92±0,05	0,5±0,08
Приступы удушья	1.1±0,05	0,06±0,002	1,4±0,08	0,08±0,003
P	<0,001		<0,001	

Примечание: Выраженность симптомов выражалась в баллах:

0 – отсутствие признака 2 – умеренно выраженная
 1 – слабовыраженная 3 – выраженная

Значительно уменьшилась тяжесть течения БА с 2,36±0,08 до 1,72±0,09 балла (p<0,05).

Нами было изучено состояние эозинофилов в периферической крови и IgE в сыворотке крови обследованных детей. До лечения средние значения эозинофилов в периферической крови составил 5,66±0,3%, IgE в среднем 345,2±40,1IU/ml. После проведенного лечения было отмечено значимое снижение количества эозинофилов (2,8±0,1%) в периферической крови больных, тогда как уровень IgE имел тенденцию к уменьшению (201,3±30,1IU/ml). У 14 детей (15,2%) со 2 степенью тяжести БА уровень IgE через месяц незначительно уменьшился, тогда как у 2 детей (2,2%) наблюдалось незначительное повышение, при клиническом улучшении состояния детей.

Изучение уровня лейкотриенов через месяц после назначенной терапии также показал его снижение. Получены статистически значимые результаты при сравнении уровня C4D4E4 до и после проведенной терапии у больных БА. Так, содержание C4D4E4 у детей через месяц уменьшилось в среднем 1.5раза (p<0,05) (3,26 ±0,45 нг/мл до 1,76±0,45 нг/мл). У 29 детей (40,3%) уровень ЛТ после лечения достиг контрольных значений. При индивидуальном подходе было выявлено, что у 13 детей (18,1%) уровень C4D4E4 через месяц имел тенденцию к уменьшению, но не достиг контрольных значений.

В ходе исследования дети были разделены в зависимости от степени тяжести БА (табл.2).

Таблица 2.

Значение лейкотриенов у больных с БА на фоне терапии монтелукастом

Количества больных (n=92)		C4D4E4, нг/мл
БА 1 степени (n=62)	До лечения	3,02±0,4**
	После лечения	1,46±0,45*
БА 2 степени (n=30)	До лечения	3,6±0,18**
	После лечения	2,14±0,3*
Здоровые (n=23)		0,58±0,07

*Примечания: * - $p < 0,05$ достоверность различий до и после лечения; ** - $p < 0,05$ достоверность различий между группами БА и здоровыми.*

Как видно из данных таблицы 2, у детей с 1 степенью БА уровень ЛТ после лечения снизился в 2 раза, тогда как у детей со 2 степенью 1,6 раз ($p < 0,05$).

Данные результаты говорят о положительном влиянии антилейкотриенового препарата у детей с интермиттирующей и легкой степени персистирующей БА.

Произошло значимое улучшение показателей ФВД на фоне терапии монтелукастом: увеличились ОФВ1 с $69,30 \pm 0,90\%$ до $91,53 \pm 1,40\%$ ($p < 0,05$), ПСВ с $81,72 \pm 1,87$ мл/мин до $99,02 \pm 1,34$ мл/мин ($p < 0,05$), уменьшился суточный разброс ПСВ с $17,21 \pm 0,67$ мл/мин до $10,91 \pm 0,41$ мл/мин ($p < 0,05$). Динамика изменений соответствует повышению контроля БА ($p < 0,05$). Значительно изменился объем противовоспалительной терапии после курса: увеличилось число пациентов, получающих низкие дозы ИГКС с 5,7% до 18,9% (10 человек), уменьшилось число больных на высоких дозах ИГКС – с 22 (41,5%) до 16 (30,0%) пациентов. Клиническая эффективность монтелукаста с учетом отличных, хороших и удовлетворительных результатов составил у больных БА - 81,1%.

Таким образом, проведенные нами исследования показали патогенетическую роль цистениловых лейкотриенов в развитие БА у детей, особенно кашлевого варианта.

Выводы

1. Подтверждена значительная роль ЛТ в формировании аллергического воспаления дыхательных путей при БА у детей.
2. Назначение цис-АЛТ (монтелукаста) обосновано как в качестве монотерапии при легкой персистирующей БА, так и в комбинации с ИГКС у пациентов со среднетяжелой БА.
3. АЛТ дополняют противовоспалительные эффекты ИГКС, так как сами ИГКС не способны блокировать эффекты действия лейкотриенов на клетки системы иммунитета.
4. Положительный эффект препарата сопровождается снижением выраженности клинических симптомов заболевания, частоты рецидивов,

улучшением легочной функции и уменьшением объема глюкокортикостероидной терапии.

5. Высокая безопасность и простой способ приема монтелукаста способствуют приверженности пациентов лечению, особенно в детской возрастной группе, и долгосрочному поддержанию оптимального контроля над астмой.
6. Динамика уровня лейкотриенов может служить биохимическим маркером эффективности проводимого вида терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский И.В., Скепьян Е.Н. Опыт применения монтелукаста в лечении бронхиальной астмы у детей// Педиатрическая фармакология. – 2017. – Т. 4. - №12. – С.15-21.
2. Выхристенко Л.Р. Терапия антагонистами лейкотриеновых рецепторов с учетом фенотипических особенностей бронхиальной астмы //МЕЖДУНАРОДНЫЕ ОБЗОРЫ: клиническая практика и здоровье №3 2016 С. 20-37.
3. Mirrahimova M. H. BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN: A MODERN VIEW OF THE PROBLEM //Central Asian Journal of Medicine. – 2019. – Т. 2019. – №. 1. – С. 74-80.
4. Недельская С.Н., Пахольчук О.П., Раскина Е.В. Место антагонистов лейкотриеновых рецепторов в лечении бронхиальной астмы у детей// Астма та алергія. – 2011. - № 1. – С.59-61.
5. Fal A.M., Kopeć A. Status of leukotrienes in the pathophysiology of asthma. Necessity for antileukotrienes treatment// Pneumonologia i alergologia polska. – 2010. - № 78(1). – p. 68-73.
6. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). - National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute [accessed June 8, 2015; updated 2018].
7. Grattan C.E. Aspirin sensitivity and urticaria// Clinical and experimental dermatology. – 2003. - № 28(2). – p. 123-127.
8. Gex G., Nendaz M., Janssens J.P. Leukotriene-modifiers in asthma treatment// Revue médicale suisse. – 2006. - № 2(77). – p. 1997-2006.
9. Kowalski M.L. Aspirin sensitive rhinosinusitis and asthma// Allergy proceedings : the official journal of regional and state allergy societies. – 1995. - № 16(2). – p. 77-80.
10. Mastalerz L., Setkowicz M., Sanak M., et al. Hypersensitivity to aspirin: common eicosanoid alteration in urticaria end asthma// The Journal of allergy and clinical immunology. – 2004. - № 113(4), p. 771-775.

11. Micheletto C., Tognella S., Visconti M., et al. Changes in urinary LTE4 and nasal functions following nasal provocation test with ASA in ASA-tolerant and -intolerant asthmatics// *Respiratory medicine*. – 2006. - № 100(12). – p. 2144-2150.
12. O'Byrne P.M., Gauvreau G.M., Murphy D.M. Efficacy of leukotriene receptor antagonists and synthesis inhibitors in asthma// *J Allergy Clin Immunol*/ - 2009. - № 110(3). - p. 397-403.
13. Riccioni G., Della Vecchia R., Menna V. et al. Antileukotrienes in the therapy of bronchial asthma// *Recenti progressi in medicina*. – 2003. - № 94(11). – p. 509-515.
14. Tintinger G.R., Feldman C., Theron A.J. et al. Montelukast: more than a cysteinyl leukotriene receptor antagonist?// *TheScientificWorldJournal* [electronic resource]. – 2010. - № 10. – p. 2403-2413.
15. Wenzel S.E. The role of leukotrienes in asthma// *Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids*. – 2003. - № 69(2-3). – p. 145-155.
16. Zeitz H.J. Bronchial asthma, nasal polyps, and aspirin sensitivity: Samter's syndrome// *Clinics in chest medicine*. – 1988. - № 9(4). – p. 567-576.
17. Erbagci Z. The leukotriene receptor antagonist montelukast in the treatment of chronic idiopathic urticaria: A single-blind, placebo-controlled, crossover clinical study// *J Allergy Clin Immunol*. - 2002. - № 124(3). – p.484-492.

РЕЗЮМЕ

БОЛАЛАРДАГИ БРОНХИАЛ АСТМАДА ЛЕЙКОТРИЕН РЕЦЕПТОРЛАРНИНГ ҲОЛАТИ

Халматова Барно Турдиходжаевна¹, Ташматова Гулноза Аълоевна²

Тошкент тиббиёт академияси

Tashmatovagulnoza@gmail.com

Мақола бронхиал астмаси бор болаларда цистенил лейкотриен рецепторларни (C4D4E4) аниқлаш ва ўтказилаётган давони самарадорлигини баҳолашга қаратилган. Текширув Тошкент тиббиёт академияси Болалар аллергология бўлимида 2018-2019 йилларда ўтказилган. Текширувга бронхиал астманинг хуруж давридаги болалар (n=92) олинган, назорат гуруҳига n=23 та соғлом болалар киритилган. Лейкотриенлар иммунофермент анализи ёрдамида сийдикда аниқланди. Бронхиал астма ташхиси Халқаро номенклатура асосида қўйилди (GINA, 2015, 2018).

SUMMARY

THE CONDITION OF LEUKOTRIENE RECEPTORS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Khalmatova Barno Turdikhodjaevna¹, Tashmatova Gulnoza Alovna²

Tashkent Medical Academy

Tashmatovagulnoza@gmail.com

To study the level of C4D4E4 leukotrienes during montelukast therapy and evaluate the effectiveness of the therapy in patients with bronchial asthma. The study was conducted in the allergology department of the 1st TMA clinic, from 2018 to 2019. A total of 92 children with bronchial asthma during the exacerbation period were examined. The control group consisted of 23 children of a similar age. Leukotrienes were determined in the urine before and after treatment using an enzyme-linked immunosorbent assay. The diagnosis of bronchial asthma is established in accordance with the International Consensus on the diagnosis and treatment of asthma (GINA; 2015, 2018).