

140 — имеют уровень систолического АД < 140 мм рт.ст.;

5 — имеют общий холестерин < 5 ммоль/л;

3 — имеют ХС ЛПНП < 3 ммоль/л;

0 — не страдают сахарным диабетом или избыточным весом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Беленков, Ю.Н.* Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Рабочая тетрадь врача: рекомендации / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов. — М., 2006. — 53 с.
2. *Карпов, А.М.* Самозащита от саморазрушения / А.М. Карпов. — М.: Мед-Пресс, 2005. — С.60—84.
3. *Крулев, К.А.* Заболевания сердца и сосудов. Профилактика и лечение / К.А. Крулев. — СПб.: Питер Пресс, 2008. — 157 с.
4. *Левшин, В.Ф.* Курение среди врачей и их готовность к оказанию помощи пациентам в отказе от курения / В.Ф. Левшин, Н.И. Слепченко // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 7, № 14. — С.917—921.
5. *Марцевич, С.Ю.* Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов / С.Ю.Марцевич, Н.П.Кутишенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2009. — № 4. — С.80—84.
6. *Недогода, С.В.* Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I. Снижение веса и нормализация артериального давления / С.В. Недогода, И.Н. Барыкина, У.А. Брель, Л.В. Бутрина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 5. — С.105—115.
7. *Оганов, Р.Г.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 211 с.
8. *Шальнова, С.А.* Артериальная гипертензия и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертензии / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.В. Константинов [и др.] // Consilium Medicum. — 2007. — № 9 (11). — С.31—34.
9. *Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 6. — 30 с. (прил. 2).*
10. *Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — № 6. — 54 с. (прил. 3).*

© Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, С.М. Ищенко, 2009

УДК 616.248-085.234(Biasten)+615.032.23

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА БИАСТЕН В КАЧЕСТВЕ ЕДИНОГО ИНГАЛЯТОРА

**НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ ОВСЯННИКОВ**, канд. мед. наук, главный пульмонолог г. Омска, зав. пульмонологическим отделением МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»  
**НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА БАГИШЕВА**, канд. мед. наук, врач-пульмонолог, МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А.Н.Кабанова»  
**СЕРГЕЙ МИХАЙЛОВИЧ ИЩЕНКО**, зам. генерального директора ЗАО «Пульмомед», Омск

**Реферат.** Цель исследования — изучение эффективности, переносимости и удобства применения комбинированного препарата *биастен* у 36 пациентов, страдающих бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести, при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии. Исследование включало клиническую и функциональную оценку симптомов. Доказано, что использование единого ингалятора *биастен* в эквивалентных дозах значительно сокращает выраженность одышки, кашля, частоту приступов удушья, улучшает показатели ОФВ1 при хорошей переносимости препарата.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, концепция «единого ингалятора», эффективность лечения.

## EFFICIENCY AND SAFETY OF APPLICATION OF DOMESTIC COMBINED PREPARATION *BIASTEN* AS THE UNIFORM INHALER FOR THERAPY OF THE BRONCHIAL ASTHMA

**N. V. OVSYANNIKOV, N. V. BAGISHEVA, S. M. ISHCENKO**

**Abstract.** Studying of efficiency, shipping and convenience of application of a preparation of the combined preparation of *biasten* at 36 patients, easy bronchial asthma easy, average and heavy severity level at its use as a uniform inhaler for basic and symptomatic therapy was a research objective. Research included a clinical and functional estimation of symptoms. It is proved that use of a uniform inhaler of *biasten* in adequate doses considerably reduces expressiveness of a short wind, cough, frequency of attacks of asthma, improves indicators ОФВ1 at good shipping of a preparation.

**Key words:** a bronchial asthma, the concept of «a uniform inhaler», efficiency of treatment.

**Б**ронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, тяжелым социальным и экономическим бременем, ложащимся на плечи общества [5]. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн больных БА [6]. Иммунное воспаление, являющееся главным механизмом патогенеза БА, обуславливает возникновение симптомов

этого заболевания. Контроль над степенью выраженности воспаления обеспечивает контроль над симптомами, а значит и «контроль БА». Это новое понятие задачи терапии предложено в редакции GINA 2006 г.

Вопросы рациональности терапии, направленной на обеспечение контроля БА, становятся все более актуальными, поскольку увеличение распространен-

ности заболевания и смертности от него происходит одновременно с увеличением потребления противоастматических препаратов [14].

Независимо от использованных критериев оценки уровень контроля БА в клинических исследованиях составляет 25—68% [8, 10]. В повседневной клинической практике уровень контроля БА существенно ниже. Так, даже в странах Западной Европы с высокоразвитой системой здравоохранения он приближается к 5%. В России «золотой стандарт» контроля над симптомами БА достигнут у 6,6% больных, получавших базисную терапию, и у 3,3%, получавших только симптоматическую терапию [3, 4]. Различия между результатами клинических исследований и реальной клинической практикой имеет множество причин, важнейшими из которых являются: а) низкий комплаенс больных, которые отдают предпочтение сиюминутному эффекту от  $\beta_2$ -агониста короткого действия регулярному приему ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов (иГКС); б) фармакологические особенности этих групп препаратов, в том числе и не вызывающие расслабления гладких мышц дыхательных путей.

К таким эффектам  $\beta_2$ -агонистов относят уменьшение экссудации плазмы и уменьшение отека слизистой оболочки бронхов за счет воздействия на клетки эндотелия посткапиллярных венул, стабилизацию тучных клеток и уменьшение высвобождения медиаторов воспаления, торможение выделения активных форм кислорода. В то же время терапия  $\beta_2$ -агонистами сопровождается развитием эффекта тахифилаксии, что связано с десенситизацией и интерконверсией  $\beta_2$ -рецепторов.

Ингаляционные ГКС являются основными препаратами, ингибирующими иммунное воспаление при БА. Этот эффект иГКС реализуется через активацию ГКС-рецепторов в цитоплазме клеток эпителия бронхов, супрессию воспалительных генов, активированных провоспалительными факторами транскрипции. При этом эти эффекты иГКС реализуются быстро (за часы).

В то же время при лечении иГКС развиваются микотические поражения слизистой оболочки полости рта, гортани, пищевода, урогенитальный микоз, при лечении системными ГКС чаще возникают комбинированные (по локализации) поражения слизистых [7, 9].

Доказано положительное взаимодействие при совместном применении иГКС и  $\beta_2$ -агонистов. В частности, ГКС способствуют повышению экспрессии  $\beta_2$ -рецепторов на поверхности клеток, предупреждают развитие down-регуляции  $\beta_2$ -рецепторов легких, восстанавливают сопряжение  $\beta_2$ -рецепторов после длительной терапии  $\beta_2$ -агонистами.  $\beta_2$ -агонисты в свою очередь усиливают транслокацию ГКС-рецепторов, усиливают противовоспалительные эффекты ГКС в клетках гладких мышц дыхательных путей. Существующая двусторонняя взаимосвязь этих групп препаратов способствует увеличению эффективности терапии при снижении нежелательных эффектов, обусловленных ею [15].

Разработка и внедрение в клиническую практику комбинированных ингаляторов, содержащих иГКС и  $\beta_2$ -агонисты, позволили добиться улучшения контроля БА при использовании меньших доз иГКС и  $\beta_2$ -агонистов. Такая комбинация эффективна и с точки зрения повышения комплаенса больных БА, поскольку обеспечивает регулярный прием иГКС. Разработанная концепция «единого ингалятора», применяемого в режиме SMART (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy) за счет использования «окна возможностей», показала сокраще-

ние числа тяжелых обострений БА [2, 16]. В то же время такая терапия является более безопасной [1, 11].

В 2003 г. в НИИ пульмонологии Минздрава РФ было проведено исследование комбинированного препарата отечественного производства *биастен*, содержащего 100 мкг иГКС будесонида и 200 мкг  $\beta_2$ -агониста короткого действия сальбутамола гемисукцината. В качестве средства доставки препарата использовался индивидуальный порошковый ингалятор циклохалер. Исследование было открытым, параллельным, в нем участвовало 10 взрослых больных БА среднетяжелого течения. Исследование показало высокую клиническую эффективность и безопасность этого препарата [12, 13]. Однако в то время этот комбинированный ингалятор не позиционировался как единый для базисной терапии и купирования приступов удушья. Развитие представлений о терапии БА последних лет позволило предположить возможность использования *биастена* как единого ингалятора для лечения БА.

**Целью** настоящего исследования явилось сравнение эффективности, переносимости и удобства применения препарата *биастен* в различных соотношениях будесонида/сальбутамола гемисукцината 100 мкг/200 мкг и 400 мкг/100 мкг у пациентов, страдающих БА легкой, средней и тяжелой степени тяжести при использовании его в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие пациенты, соответствующие следующим критериям:

- в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие бронхиальной астмой легкой, средней и тяжелой степени тяжести;

- отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний;

- способность правильно выполнять рекомендации врача.

Критериями исключения были:

- острые инфекции дыхательных путей (пневмонии, синуситы, отиты);

- повышенная чувствительность к компонентам препарата;

- беременность, лактация;

- наличие онкологических, эндокринологических, сердечно-сосудистых заболеваний, почечной, печеночной недостаточности и других тяжелых сопутствующих заболеваний.

Во время исследования разрешался прием следующих препаратов:

•  $\beta_2$ -агонисты короткого действия;

• М-холинолитики короткого или длительного действия;

• отхаркивающие препараты;

• препараты для коррекции сопутствующих заболеваний (ИБС, АГ).

Запрещался прием:

• теofilлинов;

• системных ГКС;

•  $\beta$ -блокаторов;

• НПВП.

Исследование имело проспективный открытый дизайн. Период наблюдения составил 4 нед. Исследование включало 2 периода:

1. Клинико-диагностический период (2 нед).

2. Период наблюдения (4 нед).

Во время первого периода проводилось дополнительное обследование больных с целью уточнения

степени тяжести, характера и эффективности ранее проводимой терапии, при необходимости — купирование обострения. Далее в зависимости от степени тяжести пациенты были разделены на 2 группы, I группа принимала *биастен* 100/200, II группа — *биастен* 400/100 течение 4 нед. Препарат *биастен* на период наблюдения был предоставлен всем пациентам компанией ЗАО «Пульмомед».

Исследование проводилось на базе городского пульмонологического центра МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова» г. Омска, Областной клинической больницы г. Омска и МУЗ «ГКБ № 11» с наблюдением в круглосуточном стационаре, дневном пульмонологическом стационаре и амбулаторно. Перед началом использования порошкового ингалятора с каждым больным врачом проводилось индивидуальное занятие по обучению технике проведения ингаляции с последующим неоднократным контролем в течение первых дней.

Контрольные визиты проводились каждые 2 нед в течение периода наблюдения с клинической оценкой субъективного состояния, мониторинга дневных и ночных симптомов, спирографии, потребности в ингаляциях  $\beta_2$ -агонистов короткого действия, оценкой переносимости, удобства применения и наличия побочных эффектов.

Исключение из исследования предусматривалось при:

- отказе больного от участия на любом из этапов;
- развитии побочных эффектов;
- ухудшении состояния пациента, требующем госпитализации или назначения системных ГКС;
- присоединении ОРВИ или обострении сопутствующей патологии, делающими невозможным явки больного на контрольные визиты или проведение индивидуального мониторинга.

#### Измерения

*Клиническое исследование* проводилось на контрольных визитах (2-я, 4-я нед) и включало:

- субъективную оценку кашля пациентами по 4-балльной шкале: 0 баллов — нет симптомов, 1 — незначительно выраженные симптомы, 2 — умеренно выраженные симптомы, 3 — значительно выраженные, ограничивающие жизнедеятельность и требующие обращения за медицинской помощью симптомы;
- одышку по 10-балльной шкале (10 баллов — максимальная выраженность, 0 баллов — отсутствие одышки);
- приступы удушья (количество в сут).

*Объективная оценка функции внешнего дыхания* проводилась с помощью компьютерной спирографии (в начале и по окончании наблюдения), где использовались показатели, определяющие состояние бронхиального дерева: объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1). Оценка полученных результатов проводилась в сравнении с должными величинами.

*Оценка уровня контроля над симптомами БА* со стороны пациента проводилась с помощью индивидуального теста по контролю над астмой (АСТ), который заполнялся пациентами самостоятельно и предусматривал ответы на 5 вопросов:

1. Как часто за последние 4 нед астма мешала выполнять обычный объем работы или учебы?
2. Как часто за последние 4 нед Вы отмечали у себя затруднение дыхания?
3. Как часто за последние 4 нед Вы просыпались ночью из-за симптомов астмы?

4. Как часто за последние 4 нед Вы использовали быстродействующий ингалятор?

5. Как Вы оценивали, насколько хорошо Вам удалось контролировать астму?

Ответы предусматривали оценку состояния по 5-балльной шкале (при максимуме — 25 баллов, минимуме — 5 баллов).

*Оценка переносимости, удобства применения препарата и побочных эффектов* проводилась при каждом визите и оценивалась по 4-балльной шкале (0 баллов — отличная, 1 — хорошая, 2 — удовлетворительная, 3 — плохая).

#### Статистический анализ

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «BIOSTAT» и «EXEL». Данные представлены как  $mean \pm SD$ . Достоверность различий количественных показателей между группами определялась с помощью критериев  $\chi^2$  и Манна—Уитни, достоверность различий внутри одной группы определялась с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение. Характеристика больных.** В исследование было включено 40 больных, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести (легкая, среднетяжелая и тяжелая). Завершили 4-недельный курс наблюдения 36 (90%) человек, 4 были исключены из-за невыполнения рекомендаций врача и неявки на контрольные визиты. Мужчин было 16, женщин — 20 в возрасте от 21 до 74 лет [средний возраст (50,64±1,69) года]. По степени тяжести: легкая — 5 (13,9%) человек, среднетяжелая — 26 (72,2%), тяжелая — 5 (13,9%) больных. Средняя длительность заболевания по анамнезу от появления первых симптомов бронхообструкции до настоящего времени составляла от 1 до 20 лет [в среднем — (10,47±2,07) года], с частотой обострений от 1 до 5 в год.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю вошли 19 больных БА легкой и средней степени тяжести. Во 2-ю — 17 больных среднетяжелой и тяжелой БА (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика больных

Показатели	1-я группа (биастен 100/200)	2-я группа (биастен 400/100)
Кол-во больных	19	17
Мужчин/женщин	6/13	10/7
Средний возраст, лет	53,63±4,5	46,18±4,2
Длительность заболевания по анамнезу, год	10,79±1,8	10,12±0,9
Степень тяжести БА:		
легкая	5	0
среднетяжелая	14	12
тяжелая	0	5

**Клиническая эффективность.** В течение всего периода наблюдения у большинства больных отмечена положительная динамика (в разной степени выраженности) со стороны клинических симптомов. Пациенты отмечали уменьшение выраженности приступообразного сухого кашля, одышки, частоты приступов удушья, потребности в дополнительных ингаляциях *биастена* «по требованию» (табл. 2).

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
Кашель	1,2	1	2,14	0,93*	2,08	0,75*	1,6	0,8*
Одышка	3,8	2,5*	3,78	2,14	6,67	1,83*	9,2	4,8*
Приступы удушья (кол-во в день)	1,8	1	2,57	0,71*	4,08	0,92*	8,4	2,2*
Потребность в дополнительных ингаляциях биастена (кол-во в день)	0,71	0,4	3,64	1,14*	3,08	0,5*	8,8	2,8*

\* $p < 0,05$ .

Таблица 3

Оценка клинических симптомов (в баллах) на фоне лечения биастеном

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)				2-я группа (биастен 400/100)			
	Легкая БА		Среднетяжелая БА		Среднетяжелая БА		Тяжелая БА	
Время наблюдения	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед	Начало	4 нед
АСТ-тест, баллы	13	17,25*	18,14	20,21	13,58	20,33*	13,8	17,4*
ОФВ1, %	70,8	86,2	52,6	58,76	57,5	69,58	34,2	38,0

\* $p < 0,05$ .

Таблица 4

Переносимость биастена у пациентов, страдающих бронхиальной астмой

Признаки	1-я группа (биастен 100/200)		2-я группа (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Переносимость, баллы	2	1	1,67	1,2
Побочные эффекты, баллы	1,8	0,07	0,92	0
Удобство применения, баллы	2	1,07	1,58	1,4

Таблица 5

Побочные эффекты, связанные с приемом биастена

Признаки	Кол-во больных			
	1-я (биастен 100/200)		2-я (биастен 400/100)	
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Кашель	2	0	4	0
Першение в горле	2	0	1	0
Приступы удушья	0	0	1	0
Сердцебиение	0	1	0	0

В исследовании участвовали врачи из городских и областных лечебных учреждений амбулаторного и стационарного звена (табл. 6).

Таблица 6

Учреждения, где наблюдались пациенты

Учреждение	Кол-во наблюдаемых больных	
ОКБ (стационар)	10	
МУЗ «ОГКБ № 1 им. А.Н.Кабанова»	(стационар)	5
	(поликлиника)	10
МУЗ «ГКБ № 11» (стационар)	11	

В стационаре наблюдение проводилось врачами-пульмонологами, в поликлинике — терапевтами. Городские и областные лечебные учреждения имеют различное финансирование и уровень обеспечения лекарственными препаратами. Из-за этого требования, предъявляемые к лекарственным препаратам со стороны врачей, различны. Использование порошковых ингаляторов требует

Следует отметить значительное сокращение приступов удушья и сокращение суточной потребности в дополнительных ингаляциях биастена (с 8 до 2 в среднем ингаляций в сутки) у пациентов с тяжелой БА, без превышения допустимых суточных доз ИГКС и КДБА.

С целью объективной оценки состояния пациентов нами проводились спирография и АСТ-тест (табл. 3).

Во всех группах отмечено увеличение уровня контроля БА по АСТ-тесту. У пациентов со среднетяжелой БА в обеих группах удалось достичь хорошего уровня контроля. Кроме того, у 2 пациентов 46 и 74 лет, имеющих стаж приема сГКС более 10 лет, на фоне приема биастена за 4 нед удалось снизить дозу сГКС на 50%. Следовательно, регулярный прием в качестве базисной терапии комбинированных препаратов позволяет повысить уровень контроля над заболеванием.

Во время исследования по 4-балльной шкале оценивались переносимость препарата, наличие побочных эффектов и удобство применения исследуемого препарата.

Большая часть пациентов оценивали удобство и переносимость как хорошую или удовлетворительную. Учитывая выраженный положительный бронхолитический и противовоспалительный эффект, некоторые неудобства или неприятные ощущения при приеме биастена не повлекли за собой отмены препарата.

Во время исследования побочные эффекты, связанные с приемом биастена были отмечены у 8 пациентов (табл. 5) и проявлялись кашлем, першением в горле, приступами удушья. Наибольшее количество их встречалось в 2-й группе у среднетяжелых больных.



особого подхода к использованию и контролю техники выполнения ингаляций пациентом, что требует дополнительного времени и определенного настроя от врача для достижения партнерского отношения с пациентом. Количество побочных эффектов (табл. 7), развившихся у пациентов различных лечебных учреждений на один и тот же препарат, отражает особенности субъективного восприятия врачей и больных БА процесса лечения.

Таблица 7

**Частота встречаемости побочных эффектов у пациентов различных лечебных учреждений**

Учреждение	Кол-во больных, у которых развились побочные эффекты	% от числа пролеченных в данном ЛПУ
ОКБ (стационар)	8	80
МУЗ «ОГКБ № 1»	(стационар)	1
	(поликлиника)	10
ГБ № 11 (стационар)	1	9

**Заключение.** Данные, полученные в результате проведенного исследования, показывают эффективность и безопасность использования комбинированного препарата биастен (будесонид+сальбутамол) отечественного производства в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА. Различные варианты дозировок иГКС и  $\beta_2$ -агониста короткого действия в комбинированном препарате биастен удобны для подбора дозы при проведении ступенчатой терапии согласно рекомендациям GINA. Субъективные пристрастия врачей могут иметь значение в оценке эффективности и безопасности применения конкретного препарата.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Архипов, В.В. Насколько безопасны современные агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов? / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.133—147.
- Архипов, В.В. Новые концепции терапии бронхиальной астмы: применение одного ингалятора для базисной терапии и устранения симптомов заболевания / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.103—132.
- Белевский, А.С. По следам публикации / А.С. Белевский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 2 (17). — С.40—41.

- Белевский, А.С. Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию / А.С. Белевский, Н.А. Вознесенский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 4 (19). — С.42—44.
- Биличенко, Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // *Бронхиальная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина.* — М., 1997. — Т. 1. — С.400—424.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 / пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. — М.: *Атмосфера*, 2007. — 103 с.
- Голевцова, З.Ш. Проблема аллергических пневмомикозов в практике врача-интерниста / З.Ш. Голевцова, Л.В. Овсянникова, Н.В. Овсянников // *Омский научный вестник.* — 2000. — № 10. — С.124—126.
- Овсянников, Н.В. Исследование эффективности безфреонового бекламетазона дипропионата в форме ингалятора Легкое Дыхание у больных бронхиальной астмой / Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, Т.А. Проскура // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2006. — № 3 (22). — С.56—60.
- Овсянникова, Л.В. Оппортунистические микозы у больных бронхиальной астмой на фоне базисной терапии / Л.В. Овсянникова, З.Ш. Голевцова, Н.В. Овсянников // *Проблемы медицинской микологии.* — 2003. — Т. 5, № 2. — С.32—33.
- Овсянников, Н.В. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта / Н.В. Овсянников [и др.] // *Пульмонология.* — 2007. — № 1. — С. 100—105.
- Смоленов, И.В. Безопасность ингаляционных глюкокортикостероидов: новые ответы на старые вопросы / И.В. Смоленов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2002. — № 3. — С.10—14.
- Соколов, А.С. Биастен — комбинированный отечественный препарат для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, Т.Н. Гаркавая // *Пульмонология.* — 2003. — № 5. — С.97—99.
- Соколов, А.С. Эффективность и безопасность Биастена — комбинированного препарата для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, В.М. Павлов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2004. — № 2 (13). — С.58.
- Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. — СПб.: *Нордмедиздат*, 2006. — 308 с.
- Barnes, P.J. Scientific rationale for using a single inhaler for asthma control / P.J. Barnes // *Eur.Respir. J.* — 2007. — Vol. 29. — P.587—595.
- O'Byrne, P.M. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma. The OPTIMA randomized trial / P.M. O'Byrne, P.J. Barnes, R. Rodrigues-Roisin [et al.] // *Amer. J. Respir. Crit. Care. Med.* — 2000. — Vol. 164. — P.1392—1397.

© Р.Г.Сайфутдинов, З.М.Галеева, З.А.Шайхутдинова, Д.Г.Исхакова, А.Р.Гилязова, 2009

УДК 616.33-002.44

## К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

**РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»  
**ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»  
**ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА ШАЙХУТДИНОВА**, зам. гл. врача по медицинской части МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани», главный внештатный гастроэнтеролог Управления здравоохранением г. Казани  
**ДИЛЯРА ГАБДРАШИТОВНА ИСХАКОВА**, заведующая отделением гастроэнтерологии МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани»  
**АЛЬБИНА РАШИДОВНА ГИЛЯЗОВА**, клинический ординатор кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

**Реферат.** В данной статье описывается клинический случай длительно незаживающей язвы желудка, тактика обследования и ведения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** длительно незаживающие язвы желудка, диагностика, лечение, цитопротекторы.