

воляет Ф.Ф.Тетеневу тесно увязывать свои научные разработки с нуждами практического здравоохранения. Им создана современная научно-практическая лаборатория, обеспечивающая раннюю диагностику нарушений функции внешнего дыхания. Лаборатория является базой для специализации врачей Сибири и Дальнего Востока.

Ф.Ф.Тетенев как врач и ученый сформировался под руководством видных представителей сибирской школы терапевтов — академика Д.Д.Яблокова, профессора В.М.Шершевского. Являясь продолжателем лучших традиций этой школы, он отдает предпочтение анамнезу и физическому обследованию больного. Он удачно сочетает в себе качества высокоэруди-

рованного врача-клинициста, ученого и прекрасного педагога, щедро передающего свой опыт коллегам и студентам.

Свой юбилей проф. Ф.Ф.Тетенев встречает, продолжая активную творческую деятельность. Коллеги по научной, педагогической и лечебной работе сердечно поздравляют Федора Федоровича с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, большого счастья и успешного решения непростых творческих задач.

Т.Н.Бодрова, А.И.Карзилов,
(Сибирский медицинский университет, г. Томск)

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 13.01.2000

В.В.Романов, Г.А.Космиади, М.М.Авербах, З.П.Абрамова. **Новые направления в лечении саркоидоза.**

Вопросы лечения саркоидоза наиболее активно начали разрабатываться в 60 — 70-х годах. Попытки лечения больных саркоидозом туберкулостатиками, антибиотиками, вакциной БЦЖ и туберкулином, витаминами А, С и D, солями золота и других металлов оказались малоэффективными и не получили широкого распространения в медицинской практике. В то же время применение в схемах лечения синтетических системных кортикостероидов оказало значительный положительный эффект, что и определило основную терапевтическую тактику лечения больных саркоидозом по настоящее время. Многолетняя практика применения кортикостероидных препаратов в лечении больных саркоидозом позволила выработать оптимальные схемы лечения, но даже и они не предотвращают возникновения нежелательных побочных реакций при применении этих препаратов. Уточнение и получение новых данных о всех звеньях патогенеза саркоидоза стимулировало разработку принципиально новых методов воздействия на гранулематозный процесс, а именно, экстракорпоральных методов лечения (ЭМЛ).

Наиболее простым и чаще применяемым из ЭМЛ является плазмаферез, действие которого основано на удалении с плазмой крови медиаторов воспаления и иммунных комплексов, улучшении микроциркуляции, деблокировании клеточных рецепторов и стабилизации клеточных мембран. Данный метод позволил существенно снизить дозу применяемых кортикостероидных препаратов, а значит, и процент осложнений при сохранении высокой эффективности комбинированного лечения. Учитывая главенствующую роль лимфоцитов в иммунопатогенезе саркоидоза, нами были предложены схемы лечения, основанные на непосредственном воздействии на лимфоцитарный пул больных, полученный в процессе лимфоцитафереза, теми или иными иммуномодулирующими средствами. После получения лимфоцитарного концентрата, содержащего от 0,5 до 4,0 млрд лимфоцитов, он в течение 2 часов обрабатывался в термостате при температуре 37°C 60 мг преднизолона или циклоспорином из расчета 10 мкг/мл центрифугата.

Нами проанализированы результаты лечения 37 больных саркоидозом с применением ЭМЛ преднизолоном и 32 — ЭМЛ циклоспорином. Под воздействием ЭМЛ преднизолоном у подавляющего числа больных исчезли клинические проявления заболевания, у 95% больных достигнута положительная рентгенологическая динамика процесса, причем у 41% значительная, у 69% больных улучшились показатели функции внешнего дыхания. Необходимо отметить, что эти результаты значительно превосходили аналогичные показатели лечения плазмаферезом, при котором положительная динамика процесса достигнута у 66% больных, а улучшение показателей ФВД — у 50% пациентов. В отдаленные сроки наблюдения (2 — 3 года) обострения и рецидивы саркоидоза в этой группе больных составили 30% при том, что до лечения ЭМЛ преднизолоном рецидивирующее течение имели 64% больных.

Получив такие результаты, а также учитывая наличие выраженной клеточной реакции в зоне поражения при активном саркоидозе, мы предприняли попытку воздействия на лимфоциты, полученные в результате лимфоцитафереза, цитостатиком, в частности циклоспорином, предполагая, что после обработки лимфоциты устремятся в зону поражения. Нам удалось выяснить, что у лимфоцитов, обработанных циклоспорином, в 2 — 5 раз снижалась способность к пролиферации, в то же время реинфузия лимфоцитарной массы не вела к существенным изменениям в субпопуляционном составе лимфоцитов крови пациентов, то есть не носила системный характер. Через сутки после процедуры свободный циклоспорин в крови больных определялся только в следовых концентрациях. Также нами установлено, что добавка циклоспоринообработанных лимфоцитов к культуре нормальных лимфоцитов значительно снижало пролиферативную способность последних. Анализ результатов лечения 32 больных саркоидозом с применением ЭМЛ циклоспорином показал, что после цикла процедур, который состоял из 2 операций, у всех больных исчезли или значительно уменьшились клинические проявления заболевания. Функциональные нарушения нормализовались у 32% и улучшились у 61% больных с первоначальным их нарушением. Рентгенологическая динамика процесса под воздействием ЭМЛ циклоспорином

была следующей: значительное рассасывание изменений в легочной ткани и уменьшение ВГЛУ отмечено у 45% пациентов, умеренное — 35%, незначительное — 15% и отсутствие положительной рентгенологической динамики зафиксировано у 5% обследуемых больных. При этом динамика рентгенологических изменений несколько отличалась от таковой при ЭМЛ преднизолоном. Если при применении преднизолоновой гемотерапии в первую очередь обратному развитию подвергались интерстициальные изменения, то в случае ЭМЛ циклоспорином основная точка приложения была направлена на гранулематозный процесс и в меньшей степени на альвеолит. Это косвенно подтверждают результаты БАЛ, проведенного до и после экстракорпоральных процедур. Если после ЭМЛ преднизолоном мы наблюдали существенное снижение как общего количества клеток в лаважной жидкости, так и значительное процентное снижение лимфоцитов, то в случае применения ЭМЛ циклоспорином при снижении общего количества клеток в лаважной жидкости процентное содержание лимфоцитов падало незначительно или оставалось неизменным, в некоторых случаях даже несколько увеличивалось. Таким образом, экстракорпоральная модификация лимфоцитов преднизолоном и циклоспорином позволяет существенно снизить дозу системных кортикостероидов, при сохранении высокой эффективности лечения, и значительно уменьшить риск развития осложнений от их применения.

Вопросы, заданные в ходе дискуссии.

Вопрос: Делили ли Вы больных саркоидозом по стадиям процесса?

Ответ: В своей работе мы использовали классификацию саркоидоза, предусматривающую распределение больных по формам, а не по стадиям. Хотя в повседневной практической деятель-

ности мы учитывали стадию процесса, особенно при назначении тех или иных схем лечения.

Вопрос: Каким группам больных проводилась модификация лимфоцитов?

Ответ: Мы отбирали больных методом рандомизации.

Вопрос: В какие стадии заболевания вы проводили модификацию лимфоцитов?

Ответ: Мы проводили операции во все стадии заболевания, но после анализа результатов лечения и экспериментальных исследований мы рекомендуем проведение ЭМЛ преднизолоном больным саркоидозом с выраженными экссудативными реакциями, а ЭМЛ циклоспорином — с продуктивными.

Вопрос: Какое место в лечении больных саркоидозом занимают стероидные аэрозоли?

Ответ: Аэрозоли, содержащие кортикостероидные препараты, мы в основном применяли при легочных проявлениях саркоидоза, при плохой переносимости системных стероидов.

Вопрос: Какие схемы лечения кортикостероидами в настоящее время наиболее рекомендуемые?

Ответ: Наиболее часто в настоящее время применяются интермиттирующие схемы лечения системными кортикостероидами.

Вопрос: Какие осложнения Вы наблюдали при проведении ЭМЛ?

Ответ: У 4 больных отмечался озноб во время реинфузии лимфоцитарного центрифугата и в 6 случаях головокружение и тошнота в период забора крови.

Вопрос: Является ли ЭМЛ преднизолоном и циклоспорином альтернативным методом лечения системным кортикостероидами?

Ответ: Нет. ЭМЛ применяется для снижения дозы системных кортикостероидов, но не может быть рекомендован как альтернатива гормональной терапии.

Новое о лекарственных препаратах

Одобрено Фармакологическим
Государственным комитетом
Минздрава России
25 июня 1998 г
протокол № 7.

ИНСТРУКЦИЯ

(информация для специалистов) по применению препарата **Телфаст (Telfast)**
Регистрационный номер: П-8-242-№

Фексофенадин/Fexofenadine (INN)

Состав: активное вещество фексофенадин 112 мг, в виде фексофенадина гидрохлорида 120 мг.

Состав: активное вещество фексофенадин 168 мг, в виде фексофенадина гидрохлорида 180 мг.

Фармакологические свойства: Код по классификации АТС - R06A

Фармакодинамика: Фексофенадин гидрохлорид является неседативным блокатором гистаминовых H_1 -рецепторов. Фексофенадин является фармакологически активным метаболитом терфенадина.

Исследования кожной аллергии, проведенные после приема однократной и двукратной дневной дозы фексофенадина гидрохлорида, показали, что антигистаминный эффект лекарственного средства проявляется через 1 час, достигая максимума через 6 часов и продолжаясь в течение 24 часов. После 28 дней приема не наблюдалось толерантности по отношению к этим эффектам. Было обнаружено, что при

оральном приеме в интервале доз от 10 мг до 130 мг существует положительное соотношение доза—эффект. Для такой модели антигистаминной активности было найдено, что для достижения существенного эффекта, продолжающегося дольше 24 часов, необходимы дозы не менее 130 мг. Максимальное ингибирование кожных волдырей и покраснений превышало 80%. Клинические исследования сезонного аллергического ринита показали, что для 24-часовой эффективности лекарственного средства достаточна доза 120 мг.

В случаях сезонного аллергического ринита у больных, принимавших фексофенадин гидрохлорид дозами до 240 мг