

УДК 616.248-08+616.211-002-006.5:615.849.19

В.П.Самсонов, М.Т.Луценко, Е.В.Заварзина, Э.В.Хмелькова

**СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ,
СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ИНГАКОРТА***ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН***РЕЗЮМЕ**

Предложен приоритетный способ лечения бронхиальной астмы, сочетающейся с полипозным риносинуситом, с применением лазерного излучения и интраназальными ингаляциями ингакортом. При этой патологии разработанный метод применен у 21 больного. Хорошие результаты лечения получены у 20 больных, по данным гистологического исследования биоптатов, происходил регресс полипозной ткани, вплоть до ее исчезновения.

SUMMARYV.P.Samsonov, M.T.Lutsenko, E.V.Zavarzina,
E.V.Khmelkova**LASER RADIATION COMBINED WITH
INHACORT IN TREATING BRONCHIAL
ASTHMA COMPLICATED
BY POLYPS RHINOSINUSITIS**

We developed a new technique for treating bronchial asthma complicated by polyps rhinosinusitis, which consists in using laser radiation in combination with intranasal ingakort inhalation. This technique has been tested on 21 patients. 20 patients showed good results. Histological study of bioplates revealed polyps tissue regression. In some patients this tissue disappeared completely.

Бронхиальная астма, сочетающаяся с пролиферативной патологией верхних дыхательных путей, заслуживает особого внимания. Полипы носа усиливают проявления астмы (Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр, 2002 г.). Блокада носового дыхания полипами нарушает нормальное дыхание и приводит к состоянию гиперреактивности дыхательных путей в целом и, следовательно, утяжеляет течение бронхиальной астмы, что свидетельствует о тесной корреляции, а может быть о едином механизме развития заболеваний [6].

Больным, у которых хроническая обструкция носовых ходов полипами персистирует, несмотря на активное консервативное лечение, эффект может дать оперативное лечение. Однако любая операция на верхних дыхательных путях у больного с бронхиальной астмой может обострить течение астмы. Поэтому важны поиски щадящих методов лечения этой сочетанной патологии, например, лечение низкоинтенсивными лазерами и местным применением кор-

тикостероидных лекарственных препаратов. Такой синергизм применения обусловлен взаимным усилением методов лечения и их действием – противовоспалительным, десенсибилизирующим, снижающим гиперреактивность дыхательных путей [1, 4, 5].

Нами предложен способ лечения полипозного риносинусита у больных с бронхиальной астмой (положительное решение на выдачу патента-изобретения по заявке №2002121207 от 15.08.02 г.).

В настоящее время известен способ лечения полипозного риносинусита у больных с бронхиальной астмой хирургическим путём в сочетании с интраназальными кортикостероидными препаратами [3].

Известный способ обладает рядом существенных недостатков:

- 1) операционная травма полости носа пациента;
- 2) хирургическое вмешательство часто является отправным моментом в рецидивировании полипов, что ведет к реоперации;
- 3) хирургическая операция может способствовать ухудшению в течении бронхиальной астмы, а так же явиться пусковым механизмом в развитии приступов бронхиальной астмы [2].

Цель предложенного способа – устранение хирургической травмы слизистой оболочки полости носа и улучшение результатов лечения, как полипоза носа, так и бронхиальной астмы. Поставленная цель достигается тем, что лечение полипов носа, сочетающихся с бронхиальной астмой, проводится путём применения низкоинтенсивной лазерной терапии через кровь и через нос, с интраназальным ингаляционным лечением кортикостероидным лекарственным препаратом – ингакортом.

Способ осуществляют следующим образом. Низкоинтенсивное лазерное облучение производится гелий-неоновым лазером (установка ЛА-2). Длина волны излучения – 630 нм, мощность излучения с дистального конца световода – 50 мВт/см². Облучение носа осуществляется: 1) наружно-накожное; 2) интраназальное. Облучение крови производится транскутаным надвечным способом в области локтевой вены. Курс лечения – 15 сеансов. Дополнительно 2 раза в сутки больной интраназально получает ингаляционный кортикостероидный препарат – ингакорт, в разовой дозе 250 мкг, во время вдоха в каждый носовой ход. Ингакорт впервые применён нами по новому назначению. Ранее этот препарат применяли для ингаляции через ротовую полость и только для лечения бронхиальной астмы.

Выше описанное лечение проводится на фоне традиционной схемы лечения бронхиальной астмы:

Таблица

Результаты лечения больных с полипозным риносинуситом ассоциированным с бронхиальной астмой низкоинтенсивным лазером и интраназальным введением ингакорта

Клинико-лабораторные и инструментальные данные	Опытная группа, n=21		Контрольная группа, n=15	
	1-й день лечения	15-й день лечения	1-й день лечения	15-й день лечения
Носовое дыхание отсутствует частично	у 10 больных у 11 больных	0 у 1 больного	у 6 больных у 9 больных	у 6 больных у 9 больных
Визуальный осмотр полости носа	У всех больных – слизистая оболочка, носовые раковины цианотичные, отёчные, плохо сокращаются при смазывании адреналином. В просвете носовых ходов видны полипы серого цвета, подвижные, которые заполняли средний и общий носовой ходы	У всех больных цианоз слизистой оболочки носовых раковин уменьшился. Отёка носовых раковин нет. В просвете носовых ходов при их осмотре у 20 (95,3%) больных полипозная ткань практически исчезла, у 1 (4,7%) больного в области решётчатого лабиринта сохранялись единичные полипы, резко уменьшившиеся в размерах, по сравнению с исходным состоянием, не мешающие свободному носовому дыханию	Данные визуального осмотра такие же, как в опытной группе	Данные визуального осмотра полипов носа за период лечения не изменились
Лейкоциты периферической крови	5,3±0,6·10 ⁹ /л	5,9±0,1·10 ⁹ /л	6,2±0,2·10 ⁹ /л	5,8±0,3·10 ⁹ /л
Молекулы средней массы, ед. опт. пл.	0,334±0,101	0,311±0,026	0,380±0,078.	0,338±0,066
Спирографические показатели бронхиальной проходимости, % от должного				
ЖЕЛ	87±3	103±3	95±6	104±4
МОС ₂₅	30±2	43±1	25±2	38±3
МОС ₅₀	34±2	46±3	30±3	36±4
МОС ₇₅	41±1	56±3	45±2	46±2
Приступы удушья больше 5 раз в сутки меньше 5 раз в сутки	у 11 больных у 10 больных	0 у 3 больных	у 7 больных у 8 больных	0 у 5 больных
Гистологический анализ полипозной ткани носа в месте биопсии	У всех больных слизистая оболочка носа гиперплазирована и полипно изменена. Отмечается десквамация и плоско клеточная метаплазия эпителия. В строме есть явления отёка, выраженная инфильтрация лимфоидными элементами, кровеносные сосуды расширены	У всех больных в эпителии слизистой оболочки носа отмечается тенденция к восстановлению её нормального плана строения, в строме отмечается значительное уменьшение отёка и лимфоидной инфильтрации	Гистологические исследования полипов носа не проводились	

назначением базисного препарата, β₂-агонистов, бронходилататора, разжижающих и отхаркивающих мокроту лекарственных средств. Доза ингаляционно-гормонального кортикостероида, применяемого интраназально, входила в суточную терапевтическую дозу ингакорта, назначаемую для лечения бронхиальной астмы.

Предложенным методом пролечен 21 больной с полипозным риносинуситом, ассоциированным с бронхиальной астмой. Возраст пациентов был от 29 до 62 лет, все они находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом:

бронхиальная астма, смешанная форма, средней степени тяжести; полипозный риносинусит. До и после курса лечения всем больным проводился анализ клинических, лабораторных, функционально-диагностических данных, а также диагностическая биопсия полипозной ткани с последующим гистологическим исследованием материала.

Контрольная группа состояла из 15 больных полипозным риносинуситом, сочетающимся с бронхиальной астмой смешанной формы средней степени тяжести, которым в комплексное лечение (идентич-

ное лечению основной опытной группы больных) включалась надвенная транскутанная низкоинтенсивная лазерная терапия без лекарственного воздействия на полипы носа.

Результаты лечения больных с полипозным риносинуситом ассоциированным с бронхиальной астмой низкоинтенсивным лазером и интраназальным введением ингалятора представлены в таблице. Из данных таблицы видно, что после проведенного лечения визуально полипозная ткань практически исчезла у 20 (95,3%) больных, у 1 (4,7%) пациента сохранились единичные, резко уменьшившиеся в размерах полипы в задне-верхних отделах решетчатого лабиринта, не мешающие свободному носовому дыханию. У всех больных зарегистрировано улучшение в течении

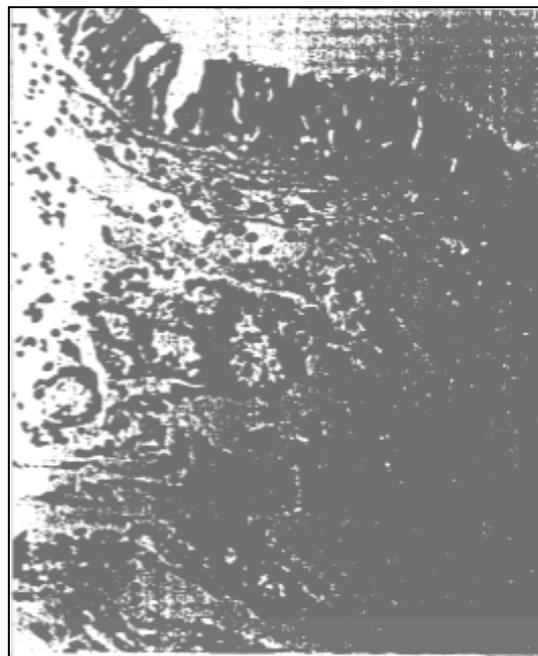
бронхиальной астмы, что подтверждается уменьшением частоты приступов удушья в сутки, увеличением спирографических показателей бронхиальной проходимости, снижением показателей эндотоксикоза. Эта же тенденция улучшения в течении бронхиальной астмы регистрируется по отношению к контрольной группе больных. Лазерное облучение позитивно влияло на функцию сердечно-сосудистой системы, в обеих обследованных группах у больных исчезали признаки ишемии миокарда и его метаболические нарушения.

По данным гистологического исследования биоптатов до и после лечения происходил регресс полипозной ткани, вплоть до ее исчезновения (рис. 1, 2).

Из 21 больного основной группы после лечения

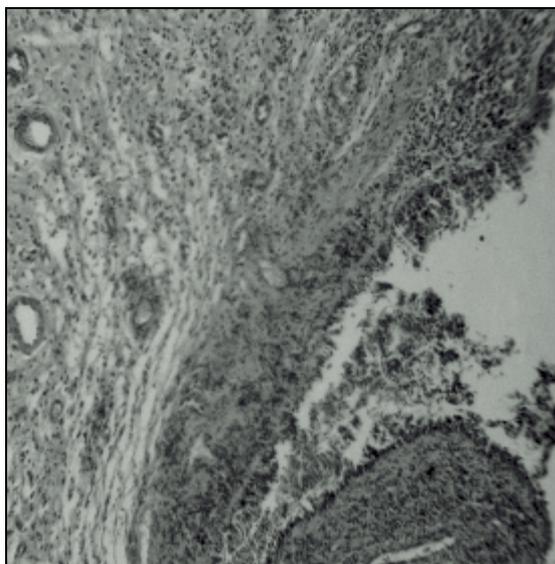


А

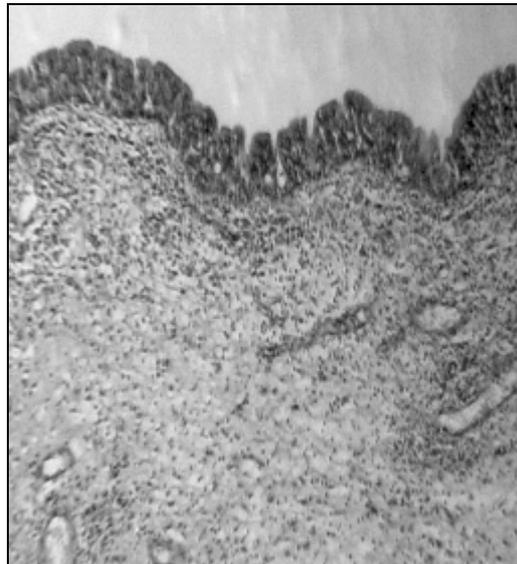


Б

Рис. 1. Больной Р., 31 год. Слизистая оболочка полости носа. А – до лечения; Б – после лечения. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 40 × 40.



А



Б

Рис. 2. Больной Р., 26 лет. Слизистая оболочка полости носа. А – до лечения; Б – после лечения. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 40 × 40.

клиническая ремиссия бронхиальной астмы получена у 17 больных, удовлетворительные результаты были у 5 пациентов, у которых остались единичные приступы удушья в ночное время.

В контрольной группе в результате лечения из 15 больных клиническая ремиссия БА наступила у 11 пациентов, у 4-х остались единичные приступы удушья в ночное время и возникновение затруднения дыхания при физической нагрузке.

Выводы

1. Применение низкоинтенсивных лазеров в комплексном лечении бронхиальной астмы улучшает клиническое течение заболевания, бронхиальную проходимость, снижает показатели токсичности крови.

2. Сочетанное воздействие на полипы носа у больных бронхиальной астмой лазерным светом и интраназальными ингаляциями ингалятора приводит к регрессу полипозной ткани, вплоть до ее исчезновения.

3. Применение способа лечения полипозного риносинусита у больных бронхиальной астмой сочетанным интраназальным применением ингаляций ингалятора и лазерного облучения в комплексном лечении бронхиальной астмы, включающим надвечное лазерное облучение крови и традиционную медика-

ментозную терапию, позволяет улучшить течение бронхиальной астмы, бронхиальную проходимость и вылечить полипозный риносинусит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корочкин И.М., Евсеев Н.Г., Дидковский Н.А. и др. Применение гелий-неонового лазера в комплексной терапии бронхиальной астмы//Советская медицина.-1990.-№6.-С.18-20.
2. Лопатин А.С. Принципы общей и местной стероидной терапии в лечении полипозного риносинусита//Российская ринология.-1996.-№2-3.-С.31-32.
3. Лопатин А.С. Медикаментозное и хирургическое лечение полипозного риносинусита, ассоциированного с бронхиальной астмой//Российская ринология.-1999.-№1.-С.66-67.
4. Чудновский В.М., Леонова Г.Н., Скопинов С.А. и др. Биологические модели и физические механизмы лазерной терапии.-Владивосток: Дальнаука, 2002.-157 с.
5. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма.-М.: Агар, 1997.-431 с.
6. Stammberger H., Hawke M. Practical endoscopy of the nose, sinuses and anterior skull base.-London, 1996.-146 p.



УДК 616.23-053:612.015.16] (571.61./62)

Г.П.Евсеева, Я.Н.Рыбальченко, Р.В.Учакина, С.В.Супрун, С.В.Пичугина, Т.В.Пивкина, М.В.Козлов

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЙОДИДАМИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ХФ ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ охраны материнства и детства

РЕЗЮМЕ

Обследовано 128 детей, страдающих бронхиальной астмой (БА) в различные периоды заболевания на содержание активных йодидов крови. Выявлены различия в показателях йодидов у детей с БА в приступный период и в период обострения. Выявлялась достоверная зависимость показателей йодидов крови от числа обострений заболевания. Обострение БА сопровождалось снижением уровня Т₃ и Т₄ и повышением уровня ТТГ. Исходя из результатов исследования, можно считать, что комплекс показателей (йодиды, Т₃, Т₄, ТТГ) выявляет весьма существенные особенности эндокринного статуса и регуляторного воздействия указанных гормонов у детей с БА.

ferent diseases stages. Iodide levels in children with BA during asthma attacks and during exacerbation period were different. BA exacerbation was accompanied with decreased T3 and T4 levels and increased TTG levels. The study results showed that certain indices (Iodides, T3, T4, TTG) suggest peculiar endocrine status and given hormone regulation action in children with BA.

SUMMARY

G.P.Evseeva, Ya.N.Rybalchenko, R.V.Uchakina, S.V.Suprun, S.V.Pichugina, T.V.Pivkina, M.V.Kozlov

DIFFERENT IODIDE LEVELS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

128 children with bronchial asthma were examined for active blood iodide level during dif-

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание дыхательных путей, которое является серьезной проблемой здравоохранения почти во всех странах мира. Несмотря на разработку новых лекарственных препаратов, фундаментальные исследования тонких механизмов бронхоспастической реакции, создание специальных программ ВОЗ, до настоящего времени не удается взять под контроль заболеваемость БА. Актуальна эта проблема и для ДВ региона. Заболеваемость БА среди детей за последние годы составляет в среднем 3 случая на 1000 детей и за 10 лет увеличилась в 4 раза [10].

В последнее время механизм защиты жизнеспособности организма, созданный эволюцией, подвергается разнообразным перегрузкам и отрицательным воздействиям, что приводит его в состояние готовности к заболеваниям. БА является одним из "маркер-