

85,7% больных, из них полный у 57,1%. Эффективность внутриплеврального введения препарата не зависела ни от количества, ни от характера экссудата. При его введении в полость плевры, ни в одном случае полного эффекта не было на протяжении оставшейся жизни. К сожалению, нельзя провести параллели между эффективностью лечения плевритов и выживаемостью, так как на продолжительность жизни влияет в первую очередь распространенность неопластического процесса, и смерть наступает от метастазирования в другие органы. Данное положение подтверждает судьба 10 из 19 пациенток, имевших только поражение плевры. В среднем через 4,5 месяца у них выявлены метастазы в другие органы, в том числе у 7 отмечались множественные.

Выживаемость в течение года была максимальной при использовании платидиама: 1 год – 70,0%, 2 года – 14,2%. В заключении необходимо подчеркнуть, что с внедрением в клиническую практику новых активных цитостатиков значительно расширяются возможности оказания действенной помощи тяжелому контингенту больных. Полученные высокие результаты еще раз подтверждают ценность правильного определения места и времени применения нового препарата.

Наиболее важным для этой категории больных является возможность проведения общерезорбтивной полихимиотерапии с внутриплевральным введением платидиама, так как при этом способе токсические реакции его значительно снижаются, что позволяет в запланированной дозе провести курс системной полихимиотерапии. Это является весьма важным для увеличения свободного периода от дальнейшего прогрессирования процесса.

Литература

1. Моисеенко В.Н. и др. Современное лекарственное лечение местнораспространенного и метастатического рака молочной железы. – СПб: Грифон, 1997 – 254 с.
2. Лазарев А. и др. // VII Рос. онкол. конгр., 2003. – С. 244.
3. Hattori S. et al. // Gan. To. Kagaku. Ryoho. – 2004. – Vol. 31, №2. – P. 271–274.
4. Rocmer-Becuwe C. et al. // Bull. Cancer. – 2003. – Vol. 90, №12. – P. 1097–1105.

УДК 616.23

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Д. Г. КАЗАНБЕКОВ, К. А. МАСУЕВ, К. М. АЛИЕВА*

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой. Люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию дыхательных путей, которое может быть тяжелым и подчас даже смертельным. За последние десять лет в мировой медицине произошли существенные изменения, касающиеся в первую очередь внедрения понятия медицины, основанной на доказательствах. Такой подход во многом изменил понимание диагностических и лечебных процессов, которые мы применяем в повседневной практике. БА – одна из нозологий подвергнутых многостороннему анализу, с точки зрения медицины основанной на доказательствах, и является серьезной проблемой не только из-за стоимости лечения, но также из-за потери работоспособности. Кроме того, возникает много социальных и семейных проблем. Благодаря последним научным достижениям наше понимание БА улучшилось и стало возможным ее эффективное лечение. Внедрение международных согласительных документов в последние годы привело к существенным изменениям в тактике оказания помощи больным БА. Ключевое место в лечении БА занимают профилактические препараты, подавляющие воспаление, симптомы заболевания и снижающие риск развития тяжелых осложнений [6–7]. Но поддерживающая терапия, не предупреждает развитие обострений, которые с различной частотой и степенью тяжести возникают у больных БА.

Цель исследования – изучение эффективности методов реабилитации у больных БА на амбулаторном этапе лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных в работе задач, проведено исследование 110 больных БА, обратившихся в Республиканский Реабилитационный Центр МЗ РД. г. Махачкала. Диагноз atopическая БА был установлен у 24 больных, инфекционно-зависимая БА у 49 и смешанная форма БА у 37 больных. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода реабилитации. Каждая группа включала в себя две подгруппы (основная – 40 и «плацебо» – 15 больных). Средний возраст обследованных больных составлял 43,2±4,1 лет. Реабилитацию больных во всех группах проводили на фоне базисной терапии. Все больные получали беклометазон в средней дозе 500 мкг. и сальбутамол в дозе 300-400 мкг. в сутки. Поскольку ставилась задача изучения эффективности методов реабилитации больных БА, были сформированы группы, равноценные по длительности, тяжести заболевания, возрасту и полу. 1-я группа больных получала небулайзерную аэрозолотерапию с беродуалом в дозе 1,0-1,5 мл и лазолваном в дозе 2,0-3,0 мл и «плацебо» ингаляции с применением 0,9% физиологического раствора; 2-й группе больных проводили иглорефлексотерапию (ИРТ) и «плацебо» ИРТ с произвольным выбором точек. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) вели на аппарате «Спиро-Тест – РС» до и после курса реабилитации и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. Ежедневно у всех изучали пиковую скорость выдоха (ПСВ). Результаты обработаны методом медико-биологической статистики с вычислением средней арифметической величины (С), стандартного отклонения (СО) и стандартного отклонения средних (СОС). Достоверность изменений показателей после реабилитации в сравнении с данными до лечения анализировали с помощью парного и непарного критериев Стьюдента.

Таблица 1

Динамика показателей ФВД больных БА после небулайзерной терапии (1-я группа)

Показатель	Небулайзерная терапия (40 больных)		«плацебо» ингаляции 0,9% физ. раствором (15 больных)	
	До лечения	После леч.	До лечения	После леч.
ЖЕЛ (л)	1,82 ± 0,14	2,54 ± 0,12**	2,26 ± 0,23	2,31 ± 0,32*
ОФВ-1 (л)	1,89 ± 0,21	2,47 ± 0,17**	1,62 ± 0,34	1,73 ± 0,21*
МОС-25 (л/с)	2,99 ± 0,17	3,52 ± 0,22**	2,38 ± 0,27	2,34 ± 0,28*
МОС-50 (л/с)	2,26 ± 0,18	3,05 ± 0,14**	1,65 ± 0,31	1,78 ± 0,19*
МОС-75 (л/с)	1,25 ± 0,29	1,84 ± 0,19**	0,67 ± 0,24	0,74 ± 0,22*

*p > 0,05 **p < 0,05

Результаты. В первой группе больных, получавших небулайзерную терапию в начале лечения, суточные колебания ПСВ составляли 220±72 (32,7%), что указывало на явное обострение заболевания. На фоне небулайзерной терапии начиная с 3-го дня суточные колебания ПСВ снижались, а к 5-му дню ежедневные значения ПСВ возросли до 420±30 и суточный разброс значений составлял не более 7,1%. В группе «плацебо» колебания ПСВ составляли 242±65 (26,8%) на всем протяжении лечения. Следует отметить, что для больных прошедших полный курс (4 раза в год) реабилитации методом небулайзерной терапии было характерно качественное изменение клинической картины заболевания, значительное сокращение объема медикаментозной терапии и статистически достоверное улучшение всех показателей ФВД. В этой группе в течение наблюдения не отмечалось обострений заболевания. (табл. 1) Статистически достоверное улучшение показателей ФВД наблюдается только у лиц 1-й группы, пролеченных методом небулайзерной терапии; в группе «плацебо» отмечена слабopоложительная, статистически не достоверная динамика.

На фоне лечения во 2-й группе прошедших реабилитацию методом ИРТ около 37,9% пациентов отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение ощущения одышки, некоторое снижение потребности в бронхолитиках. Однако при анализе суточных показателей значений ПСВ и показателей ФВД статистически значимой достоверной динамики не было. Суточные колебания ПСВ во 2-й группе составляли 25,4% и более. Как видно из данных табл. 2, показатели ФВД во 2-й группе не отличаются от «плацебо». Наилучшие результаты ИРТ были у лиц с ведущим нервно-психическим механизмом развития БА. У этой категории больных эффективность метода обусловлена психологическим воздействием акупунктуры. У части пациентов наблюдался «феномен 3-го дня»: краткое ухудшение самочувствия после 3-го сеанса с последующим улучшением состояния.

* Дагмедикадемия, кафедра внутренних болезней № 2. Республиканский реабилитационный центр МЗ РД, г. Махачкала Р.Д.

Таблица 2

Динамика показателей ФВД больных БА после ИРТ (2-я группа)

Показатель	ИРТ (40 больных)		«Плацебо» ИРТ (15 больных)	
	До лечения	После леч.	До лечения	После леч.
ЖЕЛ (л)	1,72 ± 0,18	1,84 ± 0,26**	2,65 ± 0,29	2,72 ± 0,21**
ОФВ-1 (л)	1,36 ± 0,14	1,41 ± 0,19**	1,89 ± 0,34	1,94 ± 0,24**
МОС-25 (л/с)	1,67 ± 0,22	1,84 ± 0,16**	2,47 ± 0,23	2,64 ± 0,28**
МОС-50 (л/с)	1,35 ± 0,12	1,37 ± 0,21**	1,74 ± 0,31	1,81 ± 0,19**
МОС-75 (л/с)	0,67 ± 0,24	0,66 ± 0,31**	0,74 ± 0,21	0,79 ± 0,12**

** p > 0,05

Выраженный бронхолитический эффект при введении бронхолитиков через небулайзер объясняется высокой концентрацией лекарства, проникновением его в мелкие отделы респираторного тракта и более быстрым развитием бронхорасширяющего действия в дыхательных путях. Купирование обострения и ремиссия при небулайзерной терапии наступает 1,5-2 раза быстрее, чем при традиционной терапии бронхолитиками [1, 3-4]. Побочных действий при проведении небулайзерной терапии не отмечено (за исключением индивидуальной повышенной чувствительности к препарату). Достоинствами рефлексотерапии являются сравнительная простота процедуры, экономичность и отсутствие аллергической реакции или каких-либо других серьезных осложнений. Множество восточных и западноевропейских теорий не объясняют механизма действия иглотерапии на современном уровне медицинских знаний. Главные причины этого, заключаются в увлечении мифическими, натурфилософскими или стихийно материалистическими концепциями, создающими вокруг акупунктуры ореол таинственности, чудодейственности, которые не способствуют развитию и укреплению акупунктуры среди других лечебных методов современной медицины [2, 5]. Метод ИРТ, по сравнению с «плацебо» ИРТ, не оказывает никакого либо существенного влияния на течение заболевания. Наилучшие результаты ИРТ наблюдаются у больных с ведущим нервно-психическим механизмом развития БА, легкой и среднетяжелой атопической БА. Возможно, здесь сказывается эффект психологического воздействия самого метода, а не воздействие на точки, влияющие на механизмы развития болезни. У больных смешанной и инфекционно-зависимой формами БА ИРТ наименее эффективна (эффект не отличается от «плацебо» ИРТ).

Литература

1. Авдеев С. Н. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме. М.: Атмосфера.– 2001.– № 1 (2).– С. 22–25.
2. Василенко А.М. // РМЖ.– 1999.– Т. 5(1). – С. 28–33.
3. Дубынина В.Л. Небулайзерная терапия острых и хронических заболеваний дыхательных путей. М., 2005.– С. 19–40.
4. Heslop K., Harkaswat R. // Respir. Rev.– 2000.– Vol. 10, Rev. 72.– P.213–215.
5. Молостов В.Д. Иглорефлексотерапия, энергетический метод лечения. М., 2003.– С.54–112, 271-294.
6. Чучалин А. Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересм. 2002 г. М.: Атмосфера, 2002.
7. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Аллергический дерматит. М.: Атмосфера, 2002.

УДК 616.33-002; 616.248

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

С.М. КИРИЛЛОВ, М.М. КИРИЛЛОВ, И.И. МИНЧЕНКО, А.Ю. РЯБОВА*

Заболевания пищеварительной системы (ПС) – одни из наиболее частых и тяжелых видов висцеральной патологии, сочетающейся с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и вносящих вклад в формирование взаимного отягощения. Актуальность обращения к теме связана с нарастанием нерешенных патогенетических, диагностиче-

ских и терапевтических аспектов этой патологии, с необходимостью доказательств ее общности и отличий при столь самостоятельных заболеваниях, какими являются БА и ХОБЛ [4].

Цель – изучение частоты, структуры, факторов риска и клинко-патогенетической группировки патологических процессов в ПС у больных БА и ХОБЛ, сравнительная оценка степени общности и особенностей этих процессов при этих заболеваниях и разработка на этой основе дифференцированной диагностической и терапевтической тактики ведения данных больных в условиях пульмонологического стационара.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 562 больных БА и 672 больных ХОБЛ, находившихся в пульмонологических отделениях ЦВКГ им. А.А.Вишневого и в пульмонологическом центре Саратова (1998-2007 гг.). С легким течением БА (БАлт) было 98чел., со средне-тяжелым (БАст) 388, с тяжелым (БАтт) – 78. С легким течением ХОБЛ было 182 чел., со средне-тяжелым – 185, с тяжелым – 240, с крайне-тяжелым 114. Больные БАст были разделены на 2 группы: без применения системных пероральных ГКС и с их курсовым применением. Это позволило условно сопоставить группы больных БА и ХОБЛ. Больные обследовались при поступлении и перед выпиской. Диагноз гастроэнтерологического заболевания устанавливался на основании результатов клинко-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований. Сравнительную группу составили 36 больных гастроэнтерологического отделения госпиталя.

Таблица 1

Частота основных видов патологии ПС при БА и ХОБЛ

Заболевания ПС	БА, n=562		ХОБЛ, n=672	
	абс	%	абс	%
ГЭРБ	33	5,6	20	3,0, p=0,01*
Гастрит	129	22,9	150	22,3
Язв. болезнь	81	14,4	74	11,0
Панкреатит	53	9,4	53	7,9
Холестистит	124	22,1	171	25,4
Гепатит	8	1,4	22	3,3
Стеатоз	41	7,3	86	12,8, p=0,002*
Заболевания кишечника	24	4,3	59	8,8, p=0,0025*

* – разница данных при БА и ХОБЛ статистически достоверна (p<0,01)

Результаты. Заболевания ЖКТ и ГЭС были выявлены у 50,9% больных БА и у 53% больных ХОБЛ. Выявленные заболевания оказались одними из наиболее частых спутников или осложнений из всех форм внелегочных висцеральных патологических процессов, имевшихся у этих больных (наряду с ИБС, гипертонической и мочекаменной болезнью). Средний возраст больных БА составил 63,3 года, больных ХОБЛ – 73 года. 2/3 из них были мужчины. Заболевания ПС были представлены традиционными формами. Лидирующее положение принадлежало хроническому гастриту (22,9% при БА и 22,3% при ХОБЛ). Частота других заболеваний оказалась в 1,5–5 раз меньше (табл. 1) Эти формы были и при БА, и при ХОБЛ. Показатели были близки к уровню заболеваний ПС в популяции. Эти патологические процессы создавали три клинических варианта ситуации взаимного отягощения: с патологическими процессами только в ЖКТ, с патологическими процессами только в ГЭС и с сочетанными патологическими изменениями этих органов.

Доминирующим вариантом и при БА, и при ХОБЛ был третий вариант: если первый был отмечен в 24,8 и 12,1% соответственно при БА и ХОБЛ), а второй – в 26,9 и 36,2%, то третий наблюдался у 48,2 и 51,7% больных. Оказалось, что заболевания ПС и при БА и, особенно при ХОБЛ, наиболее характерны для мужчин, больных старше 60 лет, с длительностью заболеваний легких более 10 лет, средне-тяжелого и тяжелого течения, с гормонозависимостью. У больных атопической БА патология ЖКТ наблюдалась в 2 раза чаще, чем при инфекционно-зависимой форме заболевания, что подтверждало роль аллергии в ее генезе. Формирование синдрома взаимного отягощения создавало условия для более тяжелого течения БА (ХОБЛ) и затяжного и тяжелого течения патологии ЖКТ и ГЭС. Полноту обследования для диагностики заболеваний ПС определяла их манифестность. ЭФГДС, УЗИ, гистологические исследования, в т.ч. на хеликобактер, подтверждало подозрения в 80–90% наблюдений.

* Саратов, Военно-медицинская академия