



УДК: 616. 248+616. 216:615. 849. 19

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ МЕТОДОМ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ

И. Э. Есауленко, А. В. Никитин, О. Л. Шаталова

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко  
(Зав. каф. пропедевтики внутренних болезней – проф. А. В. Никитин)*

Многочисленные клинические наблюдения убедительно свидетельствуют о влиянии полости носа и околоносовых пазух на функцию легких, а также о влиянии процессов, происходящих в легочной ткани, на функциональное состояние слизистой оболочки носа и околоносовых пазух [1, 2, 3]. По данным различных авторов, патологические изменения со стороны полости носа и околоносовых пазух встречаются у 80–100% больных бронхиальной астмой (БА) [1, 2]. Выключение из дыхания полости носа у людей приводит к уменьшению глубины дыхательных движений, снижению легочной вентиляции в среднем на 15–16% и изменению внутригрудного давления [1, 3]. Сопутствующий хронический риносинусит у больных БА рассматривается как значимый фактор, индуцирующий обострения, утяжеляющий течение БА, а также повышающий устойчивость к проводимой медикаментозной терапии [3, 4]. Тягостные симптомы риносинусита (частое чихание, обильное выделение из носа, затрудненное носовое дыхание, зуд, слезотечение, головная боль, ощущение дискомфорта, обусловленные рефлекторным раздражением рецепторов полости носа, и изменением тонуса сосудов черепа, а также нарушением ликворооттока) особенно отражаются на работоспособности лиц, занимающихся умственным трудом. Состояние усугубляет возникающая при нарушении носового дыхания гипоксия, так как газообмен снижается на 30–40% [4, 5].

Современная терапия БА должна включать в себя рациональное сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов на фоне гипоаллергенного режима [7, 8]. Среди немедикаментозных методов всё большее значение уделяется НИЛИ, дающему возможность индивидуализировать лечение в соответствии с клинико-патогенетическими особенностями заболевания путем нейроэндокринной иммуномодуляции, эффективного лечения у больных с сопутствующей патологией (в частности ЛОР-органов).

Количество людей, страдающих хроническими риносинуситами (как аллергической, так и инфекционной этиологии) постоянно возрастает. Существующие методы лечения (сосудосуживающие препараты местно, пероральный прием антигистаминных средств) малоэффективны и приводят лишь к временному улучшению [4, 6]. Применение НИЛИ значительно меняет ситуацию.

### **Цель работы**

В исследовании планировалось изучить эффективность ЛП в лечении больных БА с сопутствующим риносинуситом.

### **Методика исследования**

В исследование были включены 53 больных (в возрасте от 19 до 62 лет; 44% были мужчины, 56% – женщины) смешанной формой бронхиальной астмы (СФБА) средней степени тяжести в фазе обострения с умеренно выраженной бронхиальной обструкцией. Заболевание протекало без осложнений, его длительность составляла от 2 до 17 лет.

У всех больных признаками обострения являлись ежедневные приступы удушья до 3–5 раз в сутки, приступообразный кашель преимущественно с вязкой мокротой, плохой сон вследствие дыхательного дискомфорта, аускультативно выслушивались рассеянные сухие хрипы различной интенсивности. При исследовании функции внешнего дыхания выявлялись значительные нарушения проходимости на уровне периферических бронхов, значительное снижение жизненной емкости и вентиляционной способности легких, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) от 60 до 80% от должных величин, суточные колебания ПСВ > 30%.

Пациенты всех групп были проконсультированы ЛОР-специалистом и у них отмечались симптомы поражения тех или иных околоносовых пазух, либо их сочетанного воспаления, что



подтверждалось рентгенологическими данными. У обследуемых были выявлены признаки поражения гайморовых пазух, что проявлялось жалобами на головные боли в лобно-височных областях, чувство заложенности носа, скудный гнойный насморк из обеих половин носа, слезотечение и светобоязнь, притупление либо исчезновение обоняния и вкуса. Все пациенты жаловались на затрудненное носовое дыхание с постоянным или периодическим ощущением заложенности носа. Пароксизмы чихания, чаще по утрам, отмечали 31, обильное отделяемое – 11 человек. Сочетание этих двух симптомов заболевания было у 26 лиц. Нарушение обонятельной функции носа выявлено у 44 обследованных, из них у 8 диагностирована anosmia, у 19 – гипосмия 1, а у 12 – 2 степени. При риноскопии резкая отечность нижних носовых раковин выявлена – у 27, умеренная – у 26, цианотичность слизистой оболочки их – у 12.

В зависимости от применяемого метода лечения все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 28 больных, которым, наряду со стандартной медикаментозной терапией, была проведена лазеропунктура НИЛИ биологически активных точек (БАТ). Лазерное воздействие осуществляли с использованием аппарата для лазерного воздействия «Мустанг 021» путем наружного облучения 6–8 БАТ магнитолазеропунктурной насадкой МА-1, импульсный режим излучения, длина волны 0,89 мкм, мощность импульса 5 Вт, частота модуляции 10 Гц, плотность потока мощности 10 мВт/см<sup>2</sup>, постоянное магнитное поле с магнитной индукцией 60 мТс, экспозиция до 25 сек. следующих точек: хэ-гу (GI4), ле-цюе (P7), ин-сян (GI 20) и чи-цзе (P5), цзя-би (PC15), шан-син (VG23), AP22 – симметрично через день. Курс лечения 10 процедур 1 раз в день.

2-я группа (25 человек) была пролечена только медикаментозно.

Стандартное медикаментозное лечение, применяемое во всех группах, включало использование бета-агонистов ингаляционно, глюкокортикостероидов, теофиллинов, муколитиков, мембраностабилизирующих препаратов, а также сосудосуживающие средства интраназального применения.

Эффективность лечения оценивалась на основании жалоб (частота возникновения приступов удушья, наличие кашля, заложенности носа, снижение обоняния и др.), физикального исследования (аускультативно – динамика сухих хрипов в легких) инструментальных показателей (спирография: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – ОФД1, форсированная жизненная емкость легких – ФЖЕЛ, пиковая объемная скорость экспираторного потока (ПОС) и максимальные скоростные потоки выдоха на уровне 25,50 и 75% от ФЖЕЛ (МОС 25–75%).

Больным проводили рентгенологическое исследование околоносовых пазух с целью обнаружения локализации воспалительного процесса.

У всех больных дважды (при поступлении и ближе к выписке) производили общий анализ крови, мочи, исследование мокроты, биохимическое исследование крови.

Полученные данные обрабатывались вариационно-статистическим методом с использованием критерия Стьюдента-Фишера.

### **Результаты и их обсуждение**

Динамика клинических показателей у больных БА с сопутствующим хроническим риносинуситом под влиянием разных видов лечения представлена в таблице 1, из которой видно, что быстрее всего нормализация основных клинических признаков наблюдалась в 1-й группе больных. У них достоверно раньше, по сравнению со 2 группой уменьшалось количество и прекращались приступы удушья ( $p_1, p_2 < 0,05$ ), уменьшалось количество сухих хрипов в легких ( $p_1 < 0,01, p_2 < 0,05$ ).

Также в 1-й группе пациентов значительно быстрее протекала регрессия симптомов, обусловленных сопутствующим риносинуситом, о чем свидетельствовало уменьшение болевого синдрома, заложенности носа и насморка ( $p_1, p_2 < 0,05$ ), восстановление вкуса и обоняния ( $p_1, p_2 < 0,05$ ), отсутствие затемнения при контрольной рентгенографии околоносовых пазух ( $p_1, p_2 < 0,05$ ).

Наиболее высокие показатели ФВД за более короткие сроки были получены в 1-й группе больных, о чём свидетельствуют данные представленные в таблице №2. При чём необходимо отметить, что эти изменения более чем на 50% наблюдались уже в середине курса лечения и были более значительны, чем во 2-й группе, но максимальное улучшение происходило к концу курса лечения.



Таблица 1

## Динамика клинических показателей у больных, в днях (M±m)

Основные симптомы	Больные БА с риносинуситом, получавшие		Достоверность критерия Стьюдента, р
	ЛП, n ? 28	МТ, n ? 25	
Приступы духья	6,8±0,3	15,2±3	р<0,05
Сухие хрипы	9,3±0,2	16,1±0,3	р<0,05
Заложенность носа, насморк	7,2±0,4	13,5±0,3	р<0,05
Головные боли	5,9±0,3	11,9±0,2	р<0,05
Снижение пневматизации пазух носа	9,5±0,2	16,3±0,2	р<0,05
Длительность заболевания	12,7±0,3	16,7±0,3	р<0,05

**Примечание:** ЛП – лазеропунктура; МТ – медикаментозная терапия.

р – достоверность критерия Стьюдента между показателями у больных, получавших ЛП и МТ.

Оценка переносимости терапии производилась на основании жалоб и данных объективного обследования больных. Сразу после проведения лазеропунктуры с положительным эффектом, у пациентов наблюдалось стойкое уменьшение объема нижних носовых раковин, что сопровождалось прогрессивным улучшением дыхания через нос. После первой процедуры носовое дыхание улучшалось до 6–8 часов, после второй – до 10–12 часов. После окончания курса – стойкое улучшение носового дыхания через обе половины носа. Приступы периодической заложенности носа к 10 суткам отмечены лишь у 4 человек, но они легко купировались однократным введением сосудосуживающих средств. К 30-му дню данный симптом заболевания полностью исчез.

Таким образом, применение лазеропунктуры является эффективным методом лечения больных БА с сопутствующим риносинуситом, позволяющим полностью восстановить дыхательную функцию полости носа, достоверно раньше уменьшить количество астма-приступов, улучшить и восстановить дренаж бронхов, сократить продолжительность заболевания и удлинить сроки ремиссии. Это указывает на целесообразность включения данного метода лазеротерапии в комплекс лечебных мероприятий у больных БА с сопутствующим риносинуситом.

Таблица 2

## Динамика основных показателей ФВД у больных, в процентах (M±m)

Показатели ФВД, (%)		Больные, получавшие		Критерий Стьюдента, р
		ЛП, n = 28	МТ, n = 25	
ЖЁЛ	исходный	50,4±5,6	49,3±4,2	р<0,01
	10-12 день	87,5±2,4	70,4±2,3	
	р*	< 0,05	< 0,05	
ОФВ1	исходный	45,4±2,6	46,2±1,7	р<0,05
	10-12 день	88,6±3,8	64,5±2,1	
	р*	< 0,05	< 0,05	
ПОСвыд	исходный	43,5±3,3	44,2±2,8	р<0,05
	10-12 день	89,3±2,1	68,2±1,2	
	р*	< 0,05	< 0,05	

**Примечание:** р – достоверность критерия Стьюдента между показателями у больных, получавших ЛП и МТ на 10–12 день;

Р\* – достоверность критерия Стьюдента между исходным и конечным значением показателя в каждой группе.



ЛИТЕРАТУРА

1. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов и местнодействующие глюкокортикостероиды в лечении аллергического риносинусита, сочетанного с бронхиальной астмой. / Ю. М. Овчинников, С. И. Овчаренко, Ю. А. Овчинников и др. // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. – №3. – С. 93–96.
2. Буйлин В. А. Низкоинтенсивная лазерная терапия в оториноларингологии: Информационно-методический сборник. /В. А. Буйлин. М.: ТОО «Фирма «Техника», 1996.
3. Пальчун В. Т. Параназальные синуситы. – / В. Т. Пальчун, Ю. А. Устьянов, Н. С. Дмитриев – М, 1982
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. – /Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов М.: Изд-во:Миклош, 2002.
5. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма. – / А. Г. Чучалин. М.: Агар; 1997. – Т. 2.
6. Чучалин А. Г. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. / А. Г. Чучалин. М.: Изд-во Грантъ; 1999.
7. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма и астмаподобные состояния. /А. Г. Чучалин // Рос. мед. журн. – 2002, №5. – С. 232–235.
8. Чучалин А. Г. Фармакотерапия бронхиальной астмы с точки зрения медицины, основанной на доказательствах. / А. Г. Чучалин, А. Н. Цой, В. В. Архипов. // Тер. архив. – 2003. – №3. – С. 73–77.

УДК: 616. 322–002. 2–085

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОРОБАКТЕРИНА  
В КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

**Р. А. Забиров, Н. В. Султанова**

*ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава  
(Зав. каф. оториноларингологии ФППС – Засл. врач РФ, проф. Р. А. Забиров)*

В настоящее время в практическом здравоохранении широко используются различные виды консервативной терапии хронического тонзиллита [2, 5, 6, 8, 13]. Простота, доступность, эффективность и неинвазивность данных методов лечения привлекает внимание врачей и больных. Однако, как показывает клиническая практика традиционная консервативная терапия хронического тонзиллита не всегда успешна: часто возникают рецидивы заболевания и затягиваются сроки лечения [4, 13].

Поэтому разработка и использование в клинике новых эффективных способов консервативной терапии хронического тонзиллита является актуальной задачей современных научных исследований.

В связи с данными обстоятельствами в комплексной терапии больных хроническим тонзиллитом мы стали использовать споробактерин, который находит все большее применение при лечении воспалительных заболеваний различных органов, и в частности ЛОР-органов [1, 7, 9–12].

**Цель исследования**

Повышение эффективности лечения больных хроническим тонзиллитом использованием в комплексной консервативной терапии споробактерина.

**Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находилось 60 больных хроническим тонзиллитом.

Всем наблюдаемым больным проводилось общее клиническое обследование. Больным осуществлялся осмотр ЛОР-органов, исследование ротоглотки, исследование видового состава и персистентных свойств микроорганизмов, выделенных из лакун и крипт небных миндалин, цитологическое исследование мазков из небных миндалин.

Обследуемые больные были разделены на 2 сопоставимые группы (по 30 человек) в зависимости от проведенного лечения. В каждой группе было по 15 человек с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита. Больные обеих групп получали идентичное традиционное лечение: промывание лакун небных миндалин раствором фурациллина,