

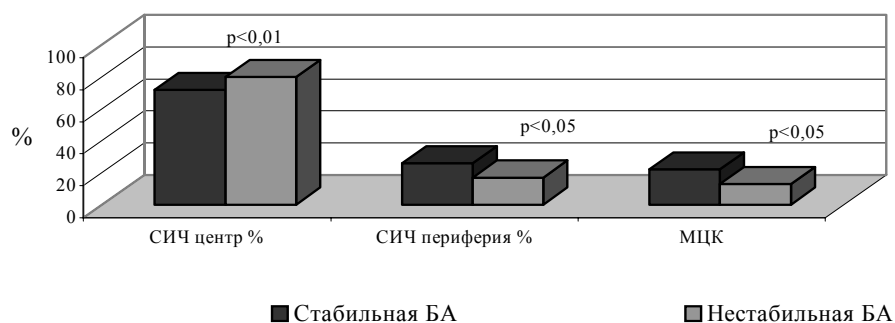


Рис. Исходные характеристика МЦС у больных бронхиальной астмой.

ставляет – 15,51. Нестабильное течение БА прогнозируется при Д больше граничного значения, а при Д меньше – 15,51 прогнозируется стабильное течение бронхиальной астмы. Выведенное дискриминантное уравнение служит математической моделью прогнозирования неустойчивого течения БА и является основой для проведения коррекции лечения.

Выводы

1. Резистентность к стандартной базисной терапии у больных бронхиальной астмой зависит от тяжести заболевания, степени выраженности obstructive нарушений и функционального состояния мукоцилиарной системы.

2. Использование в комплексном обследовании больных бронхиальной астмой параметров оценки функционирования мукоцилиарной системы существенным образом, оптимизирует, прогноз течения астмы, выбор базисной терапии и контроль её эффективности.

Работа выполнена при поддержке Регионального общественного фонда содействия отечественной медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность и безопасность использования различных режимов комбинированной терапии у пациентов с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой [Текст]/Огородова Л.М. [и др.]/Пульмо-

логия.-2003.-№1.-С.75-79.

2. Особенности функционирования мукоцилиарной системы у больных бронхиальной астмой с различной чувствительностью к стандартной базисной терапии [Текст]/Л.Ю.Ошур//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2004.-Вып.17.-С.35-38.

3. Эффективность комбинированной терапии фликсотидом и аколатором в лечении неконтролируемой тяжелой бронхиальной астмы с позиций патофизиологии рецепторов глюкокортикоидных гормонов [Текст]/Пирогов А.Б. [и др.]/Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2004.-Вып.16.-С.22-28.

4. Способ прогнозирования неустойчивого течения бронхиальной астмы [Текст]: пат. 2262891 Рос. Федерация: МПК⁷ А61В 6/02, А61К51/12, А61Р43/00/ авторы и заявители Луценко М.Т. [и др.]; патентообладатель ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН; заявл. 17.03.04; опубл. 27.10.05, Бюл. № 30.

5. Бронхиальная астма [Текст]/под ред. акад. РАМН А.Г.Чучалина.-М.; Издательский дом «Русский врач», 2001.-С.109-116.

6. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. 1995 г. Пересмотр 2002 г. [Текст]/М.: Изд-во Атмосфера, 2002.-160 с.

7. Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study [Text]/Bateman E.D. [et al.]/Eur. Respir. J.-2001.-Vol.17.-P.589-595.



УДК 616.248-08:616.216

В.П.Колосов, Л.Н.Манакова

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН.

РЕЗЮМЕ

Авторы представляют исследование качества жизни пациентов с полипозным риносинуситом и бронхиальной астмой как алгоритм для выбора оптимальной тактики лечения.

SUMMARY

V.P.Kolosov, L.N.Manakova
TREATMENT OF POLIPOSE RHINOSINUSITIS
IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

The authors presents the study of life quality of patients with polypous sinusitis and asthma as a algorithm of optimal treatment tactic.

Высокая степень ассоциированности бронхиальной астмы (БА) с хроническими, прежде всего с полипозными, риносинуситами доказана многими авторами [1]. Распространенность хронического полипозного риносинусита составляет 1% взрослого населения [2]. Пациенты с полипозными риносинуситами составляют 5% среди обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник и 4% среди обращающихся к аллергологу. Полипозным риносинуситом страдают 30-70% больных БА, а среди пациентов с бронхиальной астмой 7-13% имеют полипозный риносинусит. Показано, что полипозный риносинусит отягощает течение БА, делая ее более резистентной к противоастматической терапии, тогда как адекватное лечение полипозного риносинусита является важным компонентом достижения контролируемого течения бронхиальной астмы.

Приведенные результаты касаются только клинически манифестированных форм заболевания. Реальная распространенность полипозного риносинусита с учетом субклинических форм значительно выше. Еще в 1892 году E.Zuckerkandl сообщал, что он обнаружил полипы в околоносовых пазухах при каждом восьмом вскрытии (12,5%). Позднее P.L.Larsen и M.Tos (1995) исследовали аутопсийные назозтмоидальные блоки, удаленные у 19 людей, умерших от сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний, и обнаружили полипы в решетчатом лабиринте у 5, т.е. более чем в четверти всех случаев.

Бесспорно, полипозные риносинуситы представляют собой очень серьезную и нерешенную проблему в современной медицине. Полипозный риносинусит нередко является одним из проявлений общей патологии дыхательных путей, и его патогенез тесно связан с патогенезом бронхиальной астмы, муковисцидоза и непереносимости препаратов пиразолонового ряда.

Наряду с признанием безусловного влияния полипозного риносинусита на течение бронхиальной астмы, продолжает существовать разночтение в выборе методов лечения таких больных. Вопрос о целесообразности хирургического лечения полипозного риносинусита, ассоциированного с бронхиальной астмой, является одним из основных пунктов дискуссий между оториноларингологами, аллергологами и пульмонологами. У представителей различных специальностей до сих пор нет общей позиции во взглядах на данную проблему, а выбор метода лечения в большей степени зависит от того, в руках какого специалиста находится пациент.

Проблема лечения полипозного риносинусита, по мнению ведущих ученых рассматривается в последнее время скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургического лечения. Предполагается, что дальнейший прогресс будет связан с разработкой новых медикаментозных препаратов, а не совершенствованием хирургической техники.

Существенно расширились возможности в лече-

нии полипозных риносинуситов с появлением эндоскопической ринохирургии и новых форм интраназальных стероидных препаратов. Использование эндоскопов в ринохирургии позволяет тщательно удалить все полипы, не нарушая целостности неповрежденной слизистой оболочки, под контролем зрения выполнить ревизию естественных отверстий пораженных околоносовых пазух и восстановить их нормальный дренаж и аэрацию [3, 4]. Хирургическое вмешательство планируется таким образом, чтобы сделать пациента более восприимчивым к последующей медикаментозной терапии.

Ни самая тщательная операция, ни кортикостероидная терапия не в состоянии излечить полипозный риносинусит, но они дают возможность значительно улучшить качество жизни больных, удлинить промежутки между рецидивами полипозного риносинусита, облегчить течение бронхиальной астмы и усилить чувствительность больных к противоастматической терапии. Однако, до сих пор не было проведено достоверного исследования зависимости качества жизни больных БА, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух, от коррекции сопутствующей патологии носа.

Материалы и методы исследования

Было проведено исследование по изучению влияния различных методов лечения полипозного риносинусита на течение бронхиальной астмы с позиций качества жизни больного. Выбор метода лечения больным полипозным риносинуситом, ассоциированным с бронхиальной астмой мы определяли в зависимости от степени полипозного процесса и тяжести течения бронхиальной астмы. Для определения распространенности полипозного процесса была использована классификация И.Б.Солдатова:

I стадия – стойкий диффузный отек слизистой оболочки в среднем носовом ходе,

II стадия – полипы, не выходящие за границы среднего носового хода,

III стадия – полипы, выходящие за границы среднего носового хода и/или полипозные изменения слизистой оболочки на медиальной поверхности средней носовой раковины,

IV стадия – наличие полипов в общем носовом ходе, исходящих из среднего носового хода, средней носовой раковины, а также слизистой оболочки верхней или нижней раковины и перегородки носа.

Стадии выраженности полипозного процесса в околоносовых пазухах определяются по данным компьютерной томографии: I стадия – пристеночное утолщение слизистой, II стадия – одиночные полипы в полости пазухи, III стадия – поражение пазухи полипозным процессом на 2/3 ее объема, IV стадия – тотальное поражение пазухи.

Хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазух осуществляются только эндоскопическим подходом с использованием малоинвазивных методик. Используем эндоскопическую технику (риноскоп 0 градусов и 30 градусов, наборы эндохиргических инструментов) фирмы «Эндокам». Оправданной целью таких вмешательств у

больных бронхиальной астмой является только обструкция полости носа 3 и 4 степени.

Все больные обязательно получают лечение топическими интраназальными кортикостероидами (назонекс, альдецин) в сочетании с антигистаминными препаратами 3 и 4 поколения. Обязательной составляющей лечения является анкетирование больных с использованием международных опросников MOS SF-36 и AQLQ с последующим анализом объективных показателей: оценка степени выраженности обструкции полости носа и околоносовых пазух (по 4-х бальной системе) до и после лечения с использованием следующих методов исследования: эндоскопия полости носа и носоглотки, рентгенография и/или компьютерная томография околоносовых пазух, спирометрия форсированного выдоха, бронхолитические пробы.

Выбор методов консервативного, хирургического и комплексного лечения полипозного синусита проводится с позиций оптимизации качества жизни пациентов, являющегося интегральным показателем состояния здоровья человека.

Исследование проводится при поступлении больного в стационар, на 5-й день после операции или /и с момента начала курса медикаментозной терапии, при выписке больного из стационара.

Результаты исследований

Нами обследовано, пролечено и взято на учет 26 больных с бронхиальной астмой, сочетанной с полипозным риносинуситом различной степени тяжести. Лечение и обследование проводилось по разработанному стандарту. Из общего числа по степени тяжести БА тяжелая выявлена у 4 человек (15,4%), средней степени тяжести у 15 (57,7%), легкая у 7 человек (26,9%). В 73% случаев (19 человек) бронхиальной астме сопутствовал полипозный риносинусит 2-4 степени. У 12 больных проведено хирургическое вмешательство с целью устранения обструкции носа (полипотомия носа, этмоидотомия, резекция гипертрофированных участков носовых раковин, септумпластика при искривлениях носовой перегородки). Объем операции в каждом случае

был индивидуальным, в соответствии со степенью патологических изменений слизистой полости носа. В 100% случаев назначалась медикаментозная терапия, включавшая интраназальные кортикостероиды, антигистаминные препараты, базовая терапия бронхиальной астмы.

Предварительные данные позволяют с достаточной долей уверенности предполагать хорошие отдаленные результаты комплексного лечения бронхиальной астмы и полипозного риносинусита, и, что не менее важно, улучшение качества жизни таких больных при правильном выборе стратегии лечения. У всех больных отмечено уменьшение количества приступов бронхиальной астмы, в 76,9% (20 человек) достоверно снижена доза ингаляционных кортикостероидов.

Оценка эффективности лечебных мероприятий по отношению к больным бронхиальной астмой, имеющих сочетанную патологию полости носа и околоносовых пазух с учетом их влияния на медико-социальный статус пациентов позволяет оптимизировать лечебную тактику для улучшения результатов лечения, укрепления психоэмоциональной сферы пациента и повышения его социальной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация полипозных риносинуситов. Иммунологические аспекты ринологии [Текст]/Н.И.Ильина, Г.П.Бондарева, А.В.Симонова// Материалы II Межрегиональной научной конференции.-Самара, 14-16 декабря 1999.-С.67-79.
2. Медикаментозное лечение полипозного риносинусита [Текст]/А.С.Лопатин//Consilium Medicum.-2002.-Т.4, №9.-С.461-468.
3. Роль топической кортикостероидной терапии в лечении хронического полипозного риносинусита [Текст]/А.С.Лопатин//Вестник оториноларингологии.-1999.-№2.-С.54-58.
4. Хирургическое лечение аллергического риносинусита [Текст]/А.С.Лопатин, И.В.Сидоренко//Materia Medica.-1999.-№3.-С.72-81.



УДК 616.24-002.5-091.8.001.6

И.Ю.Макаров

ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И МИКРОБИОЛОГИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖИВОТНЫХ, ЗАРАЖЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия

РЕЗЮМЕ

Изучены гистологические, цитологические и бактериологические особенности течения экспериментального туберкулеза у крыс, зараженных

МБТ с МЛУ и лабораторным штаммом H37Rv. В группах животных, зараженных лекарственно устойчивыми МБТ определялась наиболее отрицательная динамика морфологических, цитологических и микробиологических проявлений.