

УДК 616.248.211-002-056.3-08

В.И. ИГНАТЬЕВА, Г.Л. ГУМЕНЮК, С.М. МОСКАЛЕНКО, Ж.А. ЧЕПИЛЬ

ТЕРАПИЕРЕЗИСТЕНТНАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

В клинической практике часто возникают ситуации, когда ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы оказывается неэффективным. В этих случаях бронхиальная астма часто сочетается с патологией в полости носа.

Приводим наблюдение, когда терапиейрезистентная бронхиальная астма сочеталась с аллергическим ринитом.

Больной Б., 1972 года рождения поступил в клинику диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины 15.12.1998 с жалобами на приступы удушья преимущественно в ночное время, приступообразный кашель с выделением скудной слизистой мокроты, резко выраженное затруднение носового дыхания.

Считает себя больным с 1985 года, когда впервые после перенесенной ОРВИ появились приступы удушья. В 1986 году выставлен диагноз: бронхиальная астма. С 1993 года ежегодно находился на стационарном лечении по поводу тяжелого течения бронхиальной астмы. С ноября 1997 года, после проведенного стационарного лечения планово получал серевент — по 50 мг 2 раза в день, пульмикорт по 200 мкг 2 раза. Однако проводимая терапия была малоэффективной.

Затруднение носового дыхания отмечает с детства, когда появились симптомы аллергического ринита: чихание, заложенность носа, зуд в носу, ринорея, головная боль, раздражение задней стенки глотки, потеря обоняния. В 1986 году выставлен диагноз: круглогодичный аллергический ринит. На протяжении последних нескольких лет пациент отмечает снижение "качества жизни", что проявлялось в постоянном затруднении носового дыхания, нарушении сна, головной боли, эмоциональной неустойчивости, снижении трудоспособности.

При аускультации легких отмечено везикулярное дыхание с жестким оттенком, сухие свистящие хрипы билатерально. Астма-счет составлял 10 баллов. При определении общего астма-счета учитывались: ночная астма (количество пробуждения пациента в течение ночи в связи с респираторными симптомами), утренняя скованность в груди, дневная астма (свистящее дыхание или укорочение дыхания), кашель в течение дня. Каждый из перечисленных показателей оценивался по 4-балльной шкале в зависимости от выраженности симптомов. Учитывался средний астма-счет за первые и последние семь дней исследования.

При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) FEV_1 — 51,8 %, проба с бронхолитиком положительная.

При осмотре отоларинголога выявлено: выраженный отек слизистой полости носа с обильным слизистым

отделяемым. При проведении риноманометрии общий носовой поток (Flow Sum) находился на низком уровне и составлял 160 мл/с.

При иммунологическом исследовании назального смыва отмечалось резко повышенное содержание эозинофилов (Э) — 61,3 %, норма — (1,06±0,13) %, которое сопровождалось их интенсивной активацией — увеличением поглотительных свойств Э (процент фагоцитоза (ПФ) — 69,5 %, норма (49,0±2,5) %, активацией кислородозависимого метаболизма клетки (НСТ-тест — 69,3 %, норма (45,5±2,5) %, ЦХК — 0,96, норма (0,76±0,08).

Пациенту выставлен клинический диагноз: бронхиальная астма, III степень, гормонозависимая, фаза обострения; круглогодичный аллергический ринит, фаза обострения.

Назначено лечение: серевент 50 мг 2 раза в день, доза пульмикорта увеличена до 400 мкг 2 раза в день. Для устранения симптомов аллергического ринита назначен назальный спрей — фликсоназе по 50 мг 1 раз в день.

После 3-х недельного курса лечения выраженной динамики симптомов бронхиальной астмы не определялось. Астма-счет составлял 8 баллов. При исследовании ФВД FEV_1 — 62,7 %. У пациента продолжали сохраняться жалобы на затрудненное носовое дыхание. При проведении риноманометрии общий носовой поток несколько увеличился, однако его значение оставалось на низком уровне и составляло 224 мл/с.

При исследовании назального секрета отмечено значительное уменьшение числа Э с 70,3 % до 21,3 %. При этом их функциональная активность полностью нормализовалась и в этот период обследования уже не отличалась от их уровня у здоровых лиц.

При передней риноскопии выявлено уменьшение отека слизистой полости носа. При этом определялась гипертрофия нижних носовых раковин.

В результате проведенной местной противоаллергической терапии назальным спреем Фликсоназе у пациента был ликвидирован аллергический отек слизистой полости носа, о чем свидетельствовали данные передней риноскопии и результаты иммунологического исследования назального смыва. Однако гипертрофия нижних носовых

Таблица 1
Динамика показателей риноманометрии у больного бронхиальной астмой, сочетающейся с аллергическим ринитом до и после лечения

Показатели	До лечения	После курса противоаллергической терапии	После криодеструкции нижних носовых раковин
Flow Sum, мл/с	160	224	696
Resist.R, кПа х с/л	1,20	1,63	0,26
Resist.L, кПа х с/л	4,16	1,13	1,17

© Игнатъева В.И., Гуменюк Г.Л., Москаленко С.М., Чепиль Ж.А., 2002

раковин, розвившаяся в результаті длительного течения захворювання, продовжала обумовлювати затрудненне носове дихання у обстежуемого хворого.

Пацієнту було рекомендовано оперативне лікування – частинна резекція нижніх носових раковин в умовах ЛОР-стаціонара на фоні проводимої противоалергічної терапії. Через 2 тижні після проведеного оперативного лікування стан хворого значно покращився: нормалізувалося носове дихання, покращився сон, перестала турбувати головна біль, покращився емоційний стан, підвищилася трудоспособність. Загальний носовий потік при проведенні риноманометрії збільшився до 696 мл/с (табл.1). При цьому відзначено

значне покращення течения симптомів бронхіальної астми, раніше не піддаючихся ліченню. Так, спостерігалося зменшення астма-счета до 3 балів і покращення показувачів ФВД, де FEV_1 збільшився до 81,8 %.

Таким чином, із наведеного клінічного спостереження видно, що терапієрезистентність бронхіальної астми була обумовлена супутньою патологією – алергічним ринітом і вторинно розвинутою гіпертрофією нижніх носових раковин. І тільки місцева противовоспалительна терапія і адекватно проведена корекція носового дихання дозволила підвищити ефективність лікування бронхіальної астми у даного хворого.

УДК 616.248-007.272-036.12-079.4

М.А. ПОЛЯНСКАЯ, О.Я. ЛЕКАН, А.Н. ТУМАНОВ, Л.Ф. КУРНАЯ, Л.Т. КЛОЧКО, Н.И. ЮХНО, Ж.А. ЧЕПЕЛЬ

СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

В отделение диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких Института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины был госпитализирован больной Ш. с жалобами на выраженную постоянную одышку, усиливающуюся в ночное время, надсадный кашель с трудноотделяемой вязкой белой мокротой, слабость.

Из анамнеза известно, что с детства часто болеет простудными заболеваниями, бронхитами. Не курит и не курил. 3 года назад появились нечеткие приступы затрудненного дыхания, в основном на фоне обострения бронхита или респираторных инфекций. Находился под наблюдением пульмонолога по месту жительства с диагнозом хронический обструктивный бронхит. Принимал эуфиллин 0,5 г при затрудненном дыхании. Последние 3 месяца принимал беротек 200 мкг (2 вдоха) при затруднении дыхания (до 5–6 раз в сутки). Базисная терапия не проводилась.

В отделение пациент поступил в тяжелом состоянии: при объективном осмотре отмечался цианоз кожных покровов, аускультативно билатерально выслушивались множественные сухие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца ритмичные, тахикардия (100 уд/мин). Органы брюшной полости, печень, почки, неврологический статус – без особенностей.

Данные лабораторных методов обследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови) без особенностей.

ЭКГ – синусовая тахикардия 100–106 в 1 мин, умеренные дистрофические изменения миокарда.

Рентгенологически легкие повышенной прозрачности без очаговых и инфильтративных изменений. Корни фиброзы. Бронхи деформированы.

Больному была проведена бодиплетизмография в функциональной пробе на обратимость бронхиальной обструкции с 200 мкг беротека. Результат представлен в таблице 1.

Таблица 1
Показатели бодиплетизмографии больного Ш. в функциональной пробе с бронхолитиком при поступлении в клинику

Показатель	Должн.	До пробы		После пробы		2/1 %
		Абс.	%	Абс.	%	
R tot [kPa x s/l]	0,300	0,788	263	0,723	241	91,8
TLC [l]	7,62	8,05	106	7,69	101	95,5
RV [l]	1,82	5,24	288	4,75	261	90,7
RV/TLC [%]	25,3	65,1	258	61,8	244	94,9
VC [l]	5,76	2,81	48,8	2,94	51	105
FVC [l]	5,50	2,57	46,7	2,78	50,4	108
FEV ₁ [l]	4,58	1,14	24,9	1,21	26,4	106
FEV ₁ /VC [%]	82,0	40,6	49,6	41,2	50,3	101
PEF [l/s]	10,2	2,0	19,6	2,04	19,9	102

Как видно из таблицы, у больного на фоне резко повышенного (более чем в 2,5 раза) общего бронхиального сопротивления (Rtot), почти в 3 раза (до 288 %) увеличенного остаточного объема (RV), соотношении RV/TLC 258 % наблюдаются также резко уменьшенные жизненная емкость легких (VC) – до 49 %, форсированная жизненная емкость (FVC) – до 47 %,