

раковин, розвившаяся в результаті тривалого течения захворювання, продовжала обумовлювати затрудненне носове дихання у обстежуваного 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: нормалізувалось носове дихання, покращився сон, перестала турбувати головна біль, покращився емоційний стан, підвищилась трудоспроможність. Загальний носовий потік при проведенні риноманометрії збільшився до 696 мл/с (табл.1). При цьому відзначено

значне покращення течения симптомів бронхіальної астми, раніше не піддаючись ліченню. Так, спостерігалось зменшення астма-рахунок до 3 балів і покращення показників ФВД, де FEV_1 збільшився до 81,8 %.

Таким чином, з наведеного клінічного спостереження видно, що терапієрезистентність бронхіальної астми була обумовлена супутньою патологією – алергічним ринітом і вторинно розвинутою гіпертрофією нижніх носових раковин. І тільки місцеві 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 %,

объем форсированного выдоха за 1 секунду (FEV_1) — 25 %, индекс Тиффно — до 41 %, пиковая скорость выдоха (PEF) — до 2 %, т.е. у больного определялись крайне резкие вентиляционные нарушения, характерные как для тяжелого обструктивного бронхита, так и для экспираторного вздутия легких при тяжелом обострении БА. При проведении пробы с бронхолитиком мы не получили выраженной положительной динамики — только на 65 kPa^*s/l уменьшилось бронхиальное сопротивление, очень незначительно уменьшился RV, практически без динамики остались VC, FVC, FEV_1 и другие показатели — функциональная картина, характерная для ХОЗЛ (ХОБ + эмфизема легких).

Был назначен курс кортикостероидной терапии — преднизолон 20 мг/сутки на протяжении 3-х недель в качестве базисной терапии и беротек как скоропомощное средство. Пациент был обучен методике самонаблюдения. Выдан пикфлоуметр, дневник самонаблюдения, где он ежедневно отмечал счет симптомов (ночных — пробуждения из-за приступов затрудненного дыхания, дневных — утреннюю скованность, интенсивность кашля, одышки, затрудненного дыхания), показатель утренней и вечерней пикфлоуметрии (лучшую из трех попыток), количество раз приема скоропомощного средства.

За первую неделю лечения в отделении астма-счет составил 56 баллов, частота применения беротека — до 8 ингаляций в сутки. Утренний показатель пикфлоуметрии составил ($182,8 \pm 24,3$) л/мин. Через 3 недели клинически наблюдалась значительная положительная динамика: исчезла постоянная одышка, приступы удушья стали беспокоить редко, почти не беспокоил кашель, остался только по утрам. За последнюю неделю счет симптомов составил 22, частота приема β_2 -антагониста к моменту выписки стала 1–2 раза в сутки, были дни, когда он вообще не прибегал к скоропомощному средству. Показатель утренней пикфлоуметрии увеличился до ($376,4 \pm 38,3$) л/мин.

При исследовании функции внешнего дыхания мы получили данные, представленные в таблице 2.

Таблица 2
Показатели функции внешнего дыхания после лечения кортикостероидами

Показатель	Должн.	До пробы		После пробы		2/1 %
		Абс.	%	Абс.	%	
R tot [$kPa \times s/l$]	0,300	0,363	121	0,175	58,4	48,3
TLC [l]	7,62	7,06	92,6	6,77	88,9	96
RV [l]	1,82	2,24	123	1,85	102	82,7
RV/TLC [%]	25,3	31,7	125	27,3	108	86,2
VC [l]	5,76	4,82	83,7	4,92	85,5	102
FVC [l]	5,50	4,56	82,8	4,82	87,5	106
FEV_1 [l]	4,58	3,35	73,2	4,03	87,9	120
FEV_1/VC [%]	82,0	69,6	84,9	81,7	99,7	117
PEF [l/s]	10,2	5,94	53,8	8,12	79,6	148

Мы видим, как разительно все изменилось. Практически до нормальных цифр упало Rtot, до 123 % уменьшился остаточный объем, RV/TLC, до 83–84 % выросли VC и FVC, FEV_1 увеличился до 73 %, индекс Тиффно стал 85 %, PEF составил 54 %. При проведении бронхолитического теста прирост FEV_1 составил 20 %. Данные — типичные для БА.

Таким образом, у больного была бронхиальная астма, протекающая на фоне хронического необструктивного бронхита, которым он болел с детства, и которая трактовалась как ХОБ, лечилась симптоматически, без базисной противовоспалительной терапии. В результате возможно наступила тахифилаксия β -адренорецепторов, больной не реагировал на ингаляции β_2 -агонистов. Применение курса лечения кортикостероидами позволило верифицировать диагноз у данного больного: бронхиальная астма, III ступень (персистирующая средней степени тяжести), фаза обострения; хронический необструктивный бронхит, выработать правильную тактику лечения.

Пациенту были назначены ингаляционные стероиды (бекламетазон) 1000 мкг/сутки, беротек по требованию, он продолжал вести дневник самонаблюдения и остался на мониторинге в Институте.