

Хазратов У.Х.,
Нарзиев Ш.С.,
Аслонова И.Ж.,
Мирзаева Д.Б.,
Саидов Ш.Б.,
Яхёева Ф.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ РЕФЛЮКС АССОЦИИРОВАННОЙ АСТМЕ

Бухарский государственный медицинский институт

Среди осложнений гастроэзофагеального рефлюкса следует особо выделить группу рефлюкс – ассоциированных поражений дыхательных путей. Так, по данным литературы в более чем 80% случаев причиной развития кашля служит рефлюкс – индуцированные поражения трахеобронхиального дерева. Рефлюкс индуцированная астма (РА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и носит характер неинфекционной эпидемии. РА характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних осложнений. Это обстоятельство ставит РА в ряд социально значимых заболеваний (2, 6, 7) .

При развитии РА особо важным является характер рефлюксата. Под агрессивным воздействием которого развивается бронхообструктивный синдром. При этом происходят в респираторной системе нарушения клеточной защиты I-II- линии. Так к первой линии относятся защитные факторы слизистой полости рта и небных миндалин, ко второй – сурфактант, альвеолярные макрофаги и другие. В последнее время особый интерес представляет воздействие местных факторов на состоянии pH слизистых оболочек верхних дыхательных путей, которые являются первыми барьерами для проникновения различных инфекций (1,4,5).

Существующие методы лечения РА малоэффективны и является не достаточным. В связи, с чем напрашивается проведение дальнейших исследований в этом направлении в целях разработки оптимизации тактики лечения РА.

Цель–изучить эффективность применения ультразвуковой щелочной ингаляции (небулайзеротерапии) в комплексном лечении больных РА с кислым характером рефлюксата.

Материал и методы. Под наблюдением находились 27 больных РА, в возрасте от 30 до 60 лет. В I группе (контроля 12) больные получали комплекс стандартного лечения, с исключением небулайзеротерапии. Больные во II группе (15) РА с кислым рефлюксатом получали небулайзеротерапии по 18 мл 3% раствора бикарбонат натрия на курс 10 процедур. Больные обеих групп в качестве стандартного лечения получали ксантины, β-агонисты и ингаляционные глюкокортикостероиды, отхаркивающие средства. Кроме клинических, функциональных исследований проводили цитологические исследования (Наджимитдинов С.Т., 2002) препаратов отпечатков, взятых со слизистой небных миндалин и носа. Рефлюксат получали эндоскопическим путем из слизистых оболочек трахеи и крупных бронхов, оценили их характер путем pH метрии.

Результаты. В исследуемых группах основные жалобы больных и симптомы РА изучались до и после комплексной терапии. В ходе проведенных исследований было установлено, что наиболее выраженная терапевтическая эффективность отмечалась в группе больных РА с применением небулайзеротерапии. Так интенсивность клинических симптомов по ходу указанной комплексной терапии снизилась у пациентов РА с кислым рефлюксатом от $11,2 \pm 0,55$ до $4,6 \pm 0,34$ (59%) ($p < 0,05$). Однако в группе контроля по сравнению с исходными данными получены недостоверные результаты. Выявленные положительные клинические эффекты у больных II группы сохранялись до 12 месяцев после комплексной терапии.

Следует указать, что положительные сдвиги в проявлениях ведущих клинических симптомов (приступы удушья, кашель, мокрота) были гораздо ощутимее у больных РА с кислым рефлюксатом при применении небулайзеротерапии, по сравнению у лиц контрольной группы что проявлялось улучшением общего состояния и самочувствия и качества жизни больных.

Выявленные положительные сдвиги в клинических проявлениях РА оказались зависимыми от компонентов комплексной терапии. У больных II группы по завершении курса применения небулайзеротерапии частота проявлений ведущих клинических признаков болезни по сравнению с таковыми показателями пациентов, не получавших небулайзеротерапии, снизилась на 4,8 баллов ($p < 0,05$). Таким образом, включение в комплексную терапию небулайзеротерапии повышает клиническую эффективность у больных РА.

На наш взгляд, в случаях использования небулайзеротерапии эффект наступает от измене-

Динамика показателей функции внешнего дыхания у больных РА в процессе лечения (М±m %).

Группы	FVC	FEV 1.0	FEF 75	FEF 50	FEF 25	ПФ л/м
Контроль (I)	<u>71,9±0,7</u> 75,8±1,3	<u>74,0±0,48</u> 78,4±1,0	<u>60,3±1,2</u> 63,9±1,19	<u>62,2±0,92</u> 68,4±1,06	<u>70,4±1,41</u> 75,3±1,7	<u>308±0,93</u> 319,7±3,7
РА с кислым рефлюк- сатом (II)	<u>77,5±0,7</u> 86,7±0,7*	<u>72,4±0,40</u> 98±0,39**	<u>58,3±0,6</u> 82±1,2**	<u>63,4±0,67</u> 86,8±0,72**	<u>71±1,49</u> 84±1,98**	<u>310±1,62</u> 359±2,58**

Примечание - В числителе показатели до, в знаменателе после лечения. * - (p<0,05), ** - (p<0,005) при сравнении с исходными данными.

ния среды рефлюксата изменения характера которого приводит улучшению отхождения мокроты, тем самым расслабляется гладкая мускулатура бронхов, снижается интоксикация организма, нормализуются дыхательная функция.

При изучении показателей спирографии исходно у всех больных эти показатели были значительно снижены по сравнению с нормой. После влияния комплексной терапии у больных РА в I и II группах выявлена положительная динамика показателей функции внешнего дыхания (табл.).

После завершения курса комплексной терапии показатели ФВД при РА у больных II группы достоверно возрастали по сравнению с исходными (p<0,05) (табл.). Так, показатели бронхиальной проходимости FEV 1,0, FEF 75% и FEF 50% соответственно возросли в I группе: на 4,4%, 3,6% и 6,2% (p>0,05); во II группе на 25,6%, 23,7% и 23,4% (p<0,005). Улучшение показателей ФВД свидетельствовало о ликвидации воспалительного процесса в динамике комплексной терапии. При сравнительном исследовании ФВД между группами у больных второй группы после лечения выявлено достоверное увеличение бронхиальной проходимости на уровне мелких, средних и крупных бронхов.

По показателям цитологического исследования мазков со слизистой небных миндалин после лечения наряду с нивелированием клинических симптомов отмечали снижение обсеменённости кокковой микрофлоры у больных соответственно в I, II группе у 16% и 73% больных по сравнению с исходными данными. В конце лечения у больных I и II группы выявлены соответственно третья (8% и 12%) и четвертая (48% и 87% больных) стадия воспаления (3), что свидетельствует об активации клеточной защитной реакции организма и ликвидации воспалительного процесса.

Таким образом, применение небулайзеротерапии при РА с кислым рефлюксатом приводят к улучшению клинической картины, стимулирует клеточную защиту организма, уменьшает микробную обсеменённость зева, препятствуют прогрессированию заболевания.

Использованная литература:

1. Малявин А.Г. Использование физических факторов в лечении и реабилитации больных бронхиальной астмы // Пульмонология. - М., 2004. - № 2. - С. 47-56.
2. Махмудова Д.Х. Особенности болезней органов дыхания у хлопкоробов. Вестник Ассоц. pulm. Центр. Азии. - Ташкент, 2003. - Вып. 6. № 1-4. - С. 23-26.
3. Наджимитдинов С.Т., Садыкова Г.А. Новый способ получения препаратов отпечатков. Методическая рекомендация. - Ташкент, 2003. - 6 с.
4. Садыкова Г.А., Хазратов У.Х., Асланова И. Ж. Эффективность комплексной фото- и небулайзеротерапии у больных ХОБЛ. Акт проб. МР и ФТ мет. леч. заб. внут. органов с.н.т. Ташкент, 2006. С. 32.
5. Хазратов У.Х., Орзиев З.М., Мардонов Ж.Ж. Нафас етишмовчилиги синдромида небулайзеротерапияни самарадорлиги. Акт. проб. орг. экс. мед. пом. с.н.т. Ташкент, 2005. С. 52.
6. Boy S., Dennis J.H., O. Driscoll B.R. et al. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers // Eur. Respir. J. - 2001. - Vol. 18. - № 10. - P. 228-242.
7. Albert R. J., Anatoliy J.L., Gano A. et al. Global burden of COPD: systematic review and meta analysis // Eur. Respir. J. - 2006. - № 28. - P. 523-532.