

метод лечения нами был применен у 43 больных БА в возрасте 29-65 лет с различной продолжительность заболевания. Все больные этой группы поступили в клинику в фазе тяжелого обострения. По канонам древневосточной медицины БА представляет собой наружный синдром Ян и внутренний синдром Инь. При лечении астматического приступа использовались точки возбуждения P1, E9, VC14,12,22 и тормозные точки V10,13,20,21. При лечении астматического приступа иглокальвание проводилось в точках P11, E9, VC14,12,22 в течение 5 минут (точки возбуждения), а также в тормозные точки V10, Vb20,21. Кроме того, применялось также поверхностное внедрение пучком игл в боковых поверхностях шеи, в плечевых областях и верхней части спины до проявления гиперемии кожи. При проведении ИРТ соблюдались условия охранительного режима. Во всех случаях переносимость такого лечебного пособия оказалась благоприятной отказов от ИРТ не было. При этом значительно быстрее достигались снижение частоты и интенсивности астматических приступов или полная их ликвидация. Период пребывания больного на койке сокращался на 3-4 дня. Экономическая целесообразность применения ИРТ, несомненно, обосновывает ее использование как дополнительного лечебного фактора при тяжелом течении астмы.

РИНОПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Басиев З.Г., Паладянец В.Х., Басиева О.З.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,
Республиканская клиническая больница,
Владикавказ, Россия*

Вопросы взаимоотношения патологии верхних и нижних дыхательных путей у больных различными формами бронхиальной астмы (БА) чрезвычайно важны. Аллергические и воспалительные процессы верхних дыхательных путей нередко предшествуют формированию бронхиальной астмы и могут осложнять ее течение. Значительный опыт диагностики и лечения БА убеждает, что ринопатология и БА — неразлучные спутники и лечение только одного компонента такой комбинированной патологии не может обеспечить надежность стабилизации заболеваний. Нередко ошибочная тактика в подобных ситуациях приводит к нарушению локального и общего иммунитета в организме, что может предопределить неблагоприятный прогноз БА и ЛОР-патологии. Нами целе-

направленно обследовано 105 больных со среднетяжелой и тяжелой БА в возрасте 18-70 лет. Среди них 78% составили женщины, 22% — мужчины с разным стажем основного заболевания. За период наблюдения таких больных и их лечения в 52% случаев сформировалась гормонозависимость. Важно, что все больные на этапе поступления в клинику прошли полное клинико-лабораторное, функциональное и лучевое обследование. У 22% больных показаний для отоларингологического обследования не имелось. В 16% ринопатология не была выявлена. У остальных больных диагностирована следующие заболевания: аллергический круглогодичный ринит (16%), сезонный аллергический ринит (8%), искривление носовой перегородки (12%), рино-гаймориты (10%) и др. Следует подчеркнуть, что из числа 52% больных, имевших гормонозависимость, в 57% случаев имела ринопатология. У всех этих больных проводилось консультирование с отоларингологом, а также врачом аллергологом-иммунологом. В зависимости от течения основного заболевания параллельно выполнялась активная терапия заболеваний носа, глотки и придаточных пазух, включая фармакологическую коррекцию, лазеротерапию, а в части случаев в последующем были предприняты инвазивные вмешательства. При выписке такие больные были ориентированы на необходимость периодических осмотров и применения превентивной терапии в кабинетах оториноларингологии и аллергологии. Накопленный опыт показал, что обязательное ЛОР-обследование у больных БА и сочетанная комбинированная терапия этих заболеваний позволили добиться стабилизации заболеваний и в 98% случаев в этой группе пациентов было достигнуто улучшение.

КОМПЛЕКСИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

**Басиев З.Г., Лаврова В.М.,
Габараева Т.Ю., Дамзова Ф.Э.,
Хугаева Ф.Т.**

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»,
Республиканская клиническая больница,
Владикавказ, Россия*

Бронхиальная астма (БА) в развитых странах становится одной из основных патологий и имеет тенденцию к увеличению (Чучалин. А.Г., 2006, Хаитов Р.М., 2007). Сложность

в диагностике и лечении больных с такой патологией обстоятельно представлена в ряде фундаментальных исследований. Кроме того, БА нередко сочетается с другой органной патологией. При этом клиническое течение заболевания значительно осложняется. Во многих случаях также становится затруднительным проведение дифференциальной диагностики самой астмы. Наиболее частые синдромы (кашель, удушье, приступообразность течения) встречаются или наслаиваются при патологии сердца, ЛОР-органов, онкозаболеваниях и др. Кроме того, значительную сложность представляет собой необходимость использования современной аппаратуры и компьютерных систем. Располагая значительным опытом выявления, диагностики и лечения различных форм БА, мы убедились в практической важности комплексирования в этих условиях специалистов различных профилей (рентгенологов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, невропатологов, кардиологов, клинических иммунологов, аллергологов). Опыт показывает, что только комплексный подход по решению сложных клинических задач в области астмалогии позволяет четко определить рациональную тактику ведения пациентов и предопределить прогноз заболевания. Кроме того, необходимость использования новейших методов диагностики и терапии также требует участия специалистов разного профиля. Анализу подвергнуты наблюдения в наиболее тяжелых группах больных БА. Оказалось, что важную роль играют наследственность, условия проживания, профессиональные и экологические факторы и др. Наше внимание обращено на значение возрастных особенностей и предикторов астматического процесса. У 37% обследованных больных БА сформировалась в детском возрасте с последующим нарастанием тяжести клинических проявлений. В последующем имелась тенденция частого сочетания БА с внелегочной патологией, что потребовало применения специальных методов исследования. У 44% больных проявления тяжелой астмы стали причиной их госпитализации в пульмонологическое отделение. Осложнение каждого из сопутствующего заболевания нередко наслаивается на общую картину заболевания и отягчает течение основного процесса. В последние годы особое внимание привлекло частое сочетание БА с сахарным диабетом, что потребовало участия эндокринолога в терапии таких пациентов. Больные с тяжелой БА нередко требуют проведения эндоскопических исследований, применения лучевых методов исследования (компьютерная томография, УЗИ, ЭхоКГ и др.). Как правило, комиссионно устанавливается полный клинический диагноз, определяется профиль ведущей

патологии и план патогенетической и вспомогательной терапии. Такая форма организации оказалась оправданной и обеспечивала достаточно высокую эффективность лечения подобного контингента больных.

ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Басиев З.Г., Гаглоев Н.И.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия»,
Республиканская клиническая больница,
Владикавказ, Россия*

Среди контингентов больных поступающих для обследования и лечения в пульмонологическое отделение нередко выявляются признаки поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — изжога, некоронарогенные боли за грудиной, боли в подложечной области, дисфагия и др. Накопленный нами опыт доказывает, что при болезнях органов дыхания нередко причинными факторами становятся патологические процессы и функциональные нарушения ЖКТ. Особое место в этом отношении занимают рефлюксные нарушения — желудочно-пищеводные (ГЭРБ), дуоденогастральные (ДГР). Применение эзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) во многом расшифровывают патогенетические особенности формирования бронхиальной астмы и хронических обструктивных заболеваний легких. Исходя из этого по единой методике 220 больных с болезнями органов дыхания (БОД) и предполагаемой патологией ЖКТ были подвергнуты ФЭГДС. Такая процедура больными БОД обычно переносилась вполне благоприятно. У подавляющего числа этих больных (92%) при ФЭГДС были выявлены гастриты, гастродуодениты, язвенные поражения, а около половины из них имели признаки ГЭРБ, причем четверть таких больных имели проявления ДГР. У 62% пациентов установлено участие в воспалительном процессе ЖКТ *H. pylori* (НР). ГЭРБ-индуцированные воспалительные изменения в верхнем и нижних отделах дыхательного тракта при участии НР потребовали применения интенсивной терапии БОД, планомерной эрадикации наиболее эффективными средствами, урегулирования образа жизни и питания, санации очагов инфекции верхних дыхательных путей, а также применения ингибиторов протонной помпы и гастродуоденопротекторов. В последующем для реабилитации этой группы больных нами рекомендовалось санаторно-курортное ле-