

Настоящее изобретение относится к области медицины, конкретно, к физиотерапевтическим методам лечения. Высокая технологичность метода КВЧ-терапии, используемая для восстановления больных бронхиальной астмой (БА), доступна для обучения врачей терапевтического профиля широкой сети лечебных учреждений и обеспечивает снижение материальных затрат на лекарственные средства, освобождение "стационарных" коек для других категорий соматических больных.

Известен способ восстановления трудоспособности больных БА[1], основанный на использовании в качестве управляющего воздействия лекарственных средств. Лечение начинается с десенсибилизирующей терапии, т.е. использования глюкокортикоидов и бронхолитиков, т.е. антиаллергических средств. Последние вводятся как парентеральным путем (внутрь, внутримышечно, внутривенно) или в ингаляциях. Гормональные препараты применяются как препараты выбора в очень тяжелых состояниях или при неэффективном и длительном лечении вышеуказанными препаратами - терапия "отчаяния".

Однако, этот способ характеризуется низкой эффективностью из-за преобладания эмпирического подхода, недостаточного изучения патогенеза заболевания при назначении лекарственной терапии, основанной на опыте лечащего врача, запоздалой диагностики, а также недооценки таких признаков, как затянувшийся и пароксизмальный кашель, "немотивированный" ринит, синусит.

Задачей изобретения является усовершенствование известного способа восстановления и поддержание трудоспособности больных БА вне зависимости от фазы течения болезни.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе, включающем прием больными лекарственных средств из группы глюкокортикоидов, аллергических средств, новым является то, что введение глюкокортикоидов с антибиотиками и сульфаниламидами, противотуберкулезными лекарственными средствами применяют последовательно по схеме дознания неспецифического аллергического воспаления бронхов, причем противотуберкулезные лекарственные средства используют в обязательном сочетании с КВЧ-терапией, в последующем переходят на поддерживающую и восстанавливающую терапию антиаллергическими средствами, а профилактически весной и осенью короткими 15 или 20 дней курсами вводят бекотид, интал, кетотифен.

Следует учесть, что КВЧ-терапию проводят микроволновым воздействием на частотах 39,5ГГц - 62,0ГГц \pm 100МГц, причем, исключают частоту 52,0ГГц, с нетепловым уровнем мощности выхода сигналов менее или равной 10мВт/см² и на 10 - 15 день воздействия больным вводят противотуберкулезные лекарственные средства.

Возможны случаи, когда больным дополнительно назначают сердечные гликозиды, психотерапию.

Повышение эффективности применения медикаментозной терапии на фоне КВЧ-терапии объясняется волновым характером

электромагнитного воздействия миллиметрового диапазона длин волн на организм пациента на клеточном уровне. Выбранные режимы воздействия КВЧ-колебаний способствуют регулированию скорости протекания и ритма биологических процессов в клетках при помощи полей генерируемых ими когерентных волн. На мембранах образуются подструктуры, состоящие из белковых молекул, стягиваемых из цитоплазмы к мембране (особенно интенсивно в областях искажения их формы) полями электромагнитных волн. Рефлекторные проявления наиболее характеризуют патофизиологическую стадию аллергии при астме. В силу этого, воздействие на рефлекс приобретает особое значение при восстановлении трудоспособности во время приступа и астматического состояния. Жизненно важно разорвать рефлекторную дугу, воздействуя на все ее участки: α -, β -, β_2 -рецепторы, центробежные, центростремительные пути, замыкающую часть, эффекторы. Стимуляция рецепторов способствует восстановлению рефлекторно нарушенной проходимости бронхов.

Способ осуществляется путем комплексного многопланового воздействия на патогенетические звенья БА.

I. В период обострения ("острого" периода) БА применялись:

1) гормоны коры надпочечников (метипред, кеналог-40, бекотид): выбор препарата, доза и длительность применения определяются тяжестью течения БА;

2) сердечные гликозиды (дигоксин, целанид) и диуретические лекарственные средства (антагонисты альдостерона - верошпирон и др.) для компенсации легочно-сердечной деятельности;

3) сочетание медикаментозной терапии, антибиотики (линкомицин или кефзол, или др.) с сульфаниламидными препаратами (бисептол или гросептол) с последующим применением противотуберкулезных лекарственных средств 1 ряда (фтивазид, тубазид и др.);

4) КВЧ-терапия, 7 - 15 раз воздействие проводилось в диапазоне 39,5ГГц - 62,0ГГц (\pm 100МГц), исключая частоту 5260ГГц \pm 0,5ГГц, причем воздействие проводится на нетепловом уровне мощности выходного сигнала генератора более или равной 10мВт/см², и биогенные стимуляторы - алоэ, в средних терапевтических дозах по схеме 10 - 15 инъекций.

Длительность фармакотерапии "острого" периода до 35 дней включительно.

II. При достижении клинического эффекта, поддерживающая фармакотерапия включала

1) глюкокортикоиды - бекотид - 50Мкг/м по четыре раза в день - в среднем 25 дней, с 36 - го по 60 - й;

2) анаболические стероиды - ретаболил или др. - по 1мл 5% р-ра, три инъекции;

3) психотерапевтическое воздействие - первые 10 дней ежедневно, в последующем - 1 раз в неделю, от 10 до 20 минут;

4) КВЧ-терапия, 5 дней подряд с 36 по 40 день в средних терапевтических дозах, от 10 до 20 минут.

Длительность поддерживающей фармакотерапии до 25 дней включительно.

III. Восстанавливающая фармакотерапия включала:

1) переход с глюкокортикоидов на прием антиаллергических препаратов (кетотифен - 1шт. 2 раза в день) в среднем 30 дней с 61 - го по 90 - й;

2) анаболические стероиды - ретаболил - 1мл 5% р-ра, 2 инъекции;

3) психотерапия - с 61 - го по 90 - й день, от 10 до 20 минут;

4) КВЧ-терапия, 6 - 10 раз, в средних терапевтических дозах от 10 до 20 минут.

Длительность восстанавливающей фармакотерапии до 30 дней включительно.

Профилактически больным проводили короткие курсы антиаллергических средств: бекотида, интала, кетотифена весной и осенью. При необходимости эти курсы дополнялись приемом сердечных гликозидов и психотерапией. Клинические проявления БА купировались на 6 - 10 день.

Пример 1. Пациентка К., 1943 года рождения, страдает аллергическим дерматозом, ринитом около 20 лет.

В 1983 году трижды находилась в стационаре в астматическом состоянии. Получала гормоны коры надпочечников, бронхолитики, эуфиллин, десенсибилизирующую терапию, антибиотики, отхаркивающие препараты, физиолечение, МРТ. После выписки из стационара состояние улучшилось кратковременно, постоянно принимала гормоны коры надпочечников (кенокорт), бронхолитики, однако, приступы удушья отмечались ежедневно и провоцировались множеством пищевых продуктов, запахами или возникали спонтанно.

Обследована: общий анализ крови - эозинофилия; - общий анализ мочи - без "патологии"; ЭКГ - в пределах нормы, рентгенография ОГК - легочные поля эмфизематозные, корни малоструктурные, сердце в норме; анализ мокроты - лейкоциты 5 - 8 в поле зрения.

Восстановление трудоспособности осуществлялось в 3 этапа, в течение 90 дней, начато в январе 1989г.

I. На первом этапе фармакотерапия "острого" периода, больная получала амбулаторно:

1) гормоны коры надпочечников (кенолог-40 - 40Мг, 2 инъекции, бекотид - 50Мг 4 раза в день);

2) сердечные гликозиды (целанид - 1шт. утром) и диуретические средства (триампур - 2шт. утром);

3) сочетание антибиотиков (линкомицин - 1Мл два раза в день) с сульфаниламидными препаратами (бисептол - 480Мг два раза в день) и противотуберкулезные препараты (фтивазид - 0,3 × 2 раза в день);

4) КВЧ-терапия - частота 53,53ГГц, 20мин., 10 раз и алоэ - 2Мл. инъекции через день;

Длительность фармакотерапии "острого" периода - 35 дней.

II. На втором этапе, при поддерживающей фармакотерапии, больная получала амбулаторно:

1) гормоны коры надпочечников (бекотид - 50Мг четыре раза в день) с 36 - го по 60 - й день

2) анаболические стероиды (ретаболил 1Мл. - 2 инъекции)

3) психотерапию - 15 минут, 7 раз ежедневно, затем 1 раз в неделю с 36 - го по 60 - й день.

4) КВЧ-терапию 5 дней подряд с 36 - го по 40 - й день, по 20 минут, на частоте 53,53ГГц.

Длительность поддерживающего периода фармакотерапии длилась 25 дней.

III. На третьем этапе, при восстанавливающей фармакотерапии больная получала амбулаторно:

1) антиаллергические препараты (кетотифен 2 раза в день с 61 дня по 90 день);

2) анаболические стероиды (ретаболил - 1мл., 1 инъекция, действие с 61 по 65 день);

3) психотерапевтическое воздействие - 15 минут, 1 раз в неделю, с 61 дня по 90 день;

4) КВЧ-терапию, 6 раз по 20 минут, на частоте 53,53ГГц.

В результате применения способа за период наблюдения приступов удушья, кожных проявлений не отмечалось. Пациентка трудоспособна по настоящее время. Ремиссия - 4 года.

Пример 2. Пациентка А., 1986 года рождения, в 1 год 7 месяцев перенесла острую бронхопневмонию, через 20 дней от начала клинических проявлений бронхопневмонии появились приступы удушья. В детской больнице состояние улучшилось незначительно, приступы удушья нарастали. Через 1,5 месяца - повторное помещение в стационар.

Получала: эуфиллин, галидор, димедрол, теофедрин, физиолечение. Выписана с незначительным улучшением. Амбулаторно принимала: сольбутамол, теофедрин, эуфиллин. Приступы беспокоили практически ежедневно.

За период с апреля 1988 года по май 1989 года трижды находилась в реанимационном отделении детской клинической больницы, где применялись гормоны коры надпочечников. Прошла курс в мае 1988 года в аллергологическом центре детской клинической больницы. В 1989 году продолжила его в солянокопанной шахте. Состояние прогрессивно ухудшалось, периоды ремиссии длились от нескольких дней до 2 - 3 недель.

В декабре 1989 года нами осуществлялось лечение с использованием заявленного способа в три этапа, больная получала амбулаторно:

I. На первом этапе, фармакотерапия "острого" периода:

1) глюкокортикоиды - бекотид - 25Мг три раза в день;

2) сочетание антибиотиков - линкомицин - 1Мл три раза в сутки, сульфаниламидный препарат - бисептол - 120Мг два раза в сутки и противотуберкулезный препарат - изониазид 0,3мг в сутки;

3) КВЧ-терапия - три раза по 2 минуты на частоте 39,5ГГц и алоэ через день - 10 инъекций.

II. На втором этапе, при поддерживающей фармакотерапии, больная получала амбулаторно:

1) глюкокортикоиды - бекотид - 25Мг три раза в сутки;

2) анаболические стероиды - ретаболил 1Мл - две инъекции,

3) КВЧ-терапия три раза по две минуты на частоте 39,5ГГц.

В результате применения настоящего способа приступы удушья купировались на 3 - й день. До настоящего времени состояние удовлетворительное. Приступов удушья не отмечалось.

У гормонозависимых больных при отмене гормонов надпочечниковой недостаточности не отмечалось. Профилактически пациентам

проводили поддерживающую фармакотерапию: бекотид, интал, кетотифен весной и осенью. При необходимости, эти курсы дополнялись приемом сердечных гликозидов и психотерапией.

Результаты восстановления трудоспособности 100 больных с БА различной тяжести и длительности течения показали, что восстановление трудоспособности может быть осуществлено в амбулаторных условиях без прекращения трудовой деятельности в 98% случаев.