

Тологонов Т.И.

**БИЙИК ТООЛУУ ТУЗДУН БРОНХИАЛДЫК АСТМАНЫН ОРТОЧО ТУРУ МЕНЕН
ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫН КЛИНИКАСЫНА БОЛГОН ТААСИРИ**

Тологонов Т.И.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ КУРСА ВЫСОКОГОРНОЙ
СПЕЛЕОТЕРАПИИ**

T.I. Tologonov

**CLINICAL FINDING AT PATIENTS WITH SMOOTH BRONCHIAL ASTHMA AFTER
HIGH-MOUNTAINOUS SPELEO-THERAPY**

УДК:616.248-085.834:551.584.65:612.017.1

Бул макалада бийик тоолу түздүн бронхалдык астманын орточо түрү менен ооруган 143 оорулунун, клиникасына жана башка түрлөрүнө тийгизген таасири маалымдалат.

Бийик тоолу түз бронхалдык астма менен ооруган оорулунун клиникасына оё таасири тийгизери аныкталды жана өзүлөрүн даарылангандан кийин жакшы сезип калышты.

В статье представлена клиническая картина и различные симптомокомплексы у 143 больных бронхиальной астмой со средне-тяжелым течением в процессе лечения методом высокогорной спелеотерапии.

Установлено, что высокогорная спелеотерапия оказывает положительное воздействие на клиническую картину у обследованных больных бронхиальной астмой, и снижая различные симптомокомплексы, улучшает качество жизни этих больных.

In the article there is presented clinical finding and different symptom complexes at 143 patients with bronchial asthma with moderate-severe course in the process high-mountainous speleo-therapy.

There was established that high-mountainous speleo-therapy has positive effect on clinical finding at the examined patients with bronchial asthma and by decreasing different symptom complexes improves quality of life of these patients.

По данным ВОЗ во многих странах мира аллергическими заболеваниями страдают от 10 до 30% населения (1). Среди аллергических патологий доминирующее место занимает бронхиальная астма. Частые обострения и рецидивы этого заболевания у детей и взрослых вынуждают их к применению различных современных лекарственных препаратов, длительное применение которых может приводить к нежелательным побочным эффектам. Это обстоятельство требует от медицинской науки дальнейшего поиска и внедрения эффективных методов борьбы с данной патологией. С учетом этиопатогенетических особенностей бронхиальной астмы особое значение в рамках этой задачи приобретает разработка немедикаментозных методов ее лечения и профилактики

(2,3). Многими клиническими исследованиями установлено, что горный климат может быть использован при бронхиальной астме с лечебной целью (4, 5, 6, 7). В течение 30 лет, с терапевтической целью, используется также микроклимат соляных шахт и карстовых пещер, оказывающий благоприятное влияние на течение бронхиальной астмы (8, 9).

По данным литературы, среди немедикаментозных способов лечения бронхиальной астмы все большей популярностью пользуется спелеотерапия, включая ее особую разновидность – высокогорную спелеотерапию (ВС). ВС оказывает благоприятное воздействие на клинико-функциональные проявления и течение бронхиальной астмы у больных детского возраста (10, 11). В то же время работы, посвященные использованию этого метода при лечении взрослых больных бронхиальной астмой, остаются единичными (12). В последние годы появилось несколько работ, свидетельствующих о положительном влиянии высокогорной спелеотерапии на иммунную систему детей, страдающих бронхиальной астмой. Однако недостаточно работ о влиянии высокогорной спелеотерапии на клинико-функциональные проявления у взрослых, больных бронхиальной астмой.

Данная работа посвящена влиянию курса ВС на клиническую картину и объективную симптоматику у больных персистирующей БА средней тяжести.

Материалы и методы исследования

Обследовано 143 больных персистирующей БА средней тяжести. Исходное обследование больных проводилось в г.Бишкек (760 м.над уровнем моря), после чего они доставлялись в отделение высокогорной спелеотерапии (с.Чолпон, 2100 м. над уровнем моря). Второе обследование проводилось на 10-12 сутки в процессе лечения методом ВС. Третье обследование проводилось на 28-30 сутки после приезда в отделение ВС. Длительность пребывания больных составляла 28-30 дней. 72 пациента из 143 больных пользовались бронхолитическими(беротек,

сальбутолом, беродуал, астмопент) и местными гормональными ингаляторами (беклазон, бекотид, серетид). Каждому больному индивидуально, в динамическом наблюдении, заполнялись аллергологическая и амбулаторная карты. Все материалы обработаны статистически, с расчетом t – критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждения

Результаты обследования показали, что до ВС сухой кашель беспокоил 44.5% и продуктивный кашель – 27.9% пациентов. На 10-12 сутки ВС сухой кашель был отмечен у 34.2%, и продуктивный кашель – у 23.6% обследованных. После ВС, сухой кашель был у 10.4%, и продуктивный кашель – только у 12.5% больных (табл. 1)

После 30 дневного лечения больных БА со средне-тяжелым течением, достоверно повышалось количество пациентов без кашля - с 27.9% до 76.9%, и достоверно уменьшалось число больных с сухим кашлем - с 44.5% до 10.4%, и с продуктивным кашлем - с 27.9% до 12.5% (P < 0.01).

При фоновом обследовании больных БА, слизистая мокрота была у 70.7%. На 10-12 сутки слизистая мокрота имела у 60.1% обследованных. На 28-30 сутки ВС число больных со слизистой мокротой составило 21.6%.

Следовательно, после проведенного курса ВС в группе больных БА средней тяжести достоверно повышалось число пациентов без мокроты - с 29.3% до 77.6%, а число больных со слизистой мокротой достоверно снизилось с 70.7% до 21.6% (P<0.001).

Таблица 1 - Динамика клинических симптомов у больных персистирующей БА средней тяжести

Симптомы		Исходные данные		На 10-12 сутки		После лечения		
		N = 143		N = 143		N = 143		
		Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	
Кашель	Нет	40	27.9	60	41.9*	110	76.9**	
	Сухой	63	44.5	50	34.2	15	10.4**	
	Продуктивный	40	27.9	33	23.6	18	12.5*	
Мокрота	Нет	42	29.3	58	40.5*	111	77.6**	
	Слизистая	101	70.7	85	60.1	31	21.6**	
	Слизисто-гнойная	0	0	0	0	0	0	
Приступы удушья	А	Нет	38	25.8	58	40.5*	112	78.1**
	Б	Есть, в т.числе:	103	71.3	85	54.5*	31	21.6**
	1	1 раз в нед.	15	10.4	10	6.9	5	3.4
	2	Неско. р. в нед.	15	10.4	10	6.9	5	3.4
	3	1 раз в сут.	35	24.4	30	20.9	15	10.4*
	4	До 3 раз в сут.	38	25.8	35	24.4	6	4.1*

Примечание: достоверность различий у больных с исходными данными – *- P< 0.05; ** - P < 0.01.

При исходном обследовании, приступы удушья беспокоили 71.3% больных, из них 1 раз в неделю - 10.4%, несколько раз в неделю - 10.4%, 1 раз в сутки - 24.4% и до 3 раз в сутки - 25.8%. На 10-12 сутки ВС число приступов удушья незначительно уменьшалось, но разница была не достоверной. На 30 сутки ВС приступы удушья наблюдались у 21.6% больных, из них 1 раз в неделю – у 3.4%, несколько раз в неделю – у 3.4%, 1 раз в сутки – у 10.4% и до 3 раз в сутки – у 4.1%.

Таблица 2 - Динамика объективных симптомов у больных персистирующей БА средней тяжести

Симптомы		Исходные данные		На 10-12 сутки		После лечения		
		N = 143		N = 143		N = 143		
		Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	
Цианоз	Нет	42	29.3	62	43.2	113	79.2**	
	Есть, в т.ч.:	101	61.6	81	56.6	30	20.9**	
	Акроцианоз	55	38.4	45	30.7	20	13.2**	
	Диффузный цианоз	46	31.4	36	25.1	10	6.9**	
Дыхание над легкими	Везикулярное	40	27.9	63	44.5*	112	78.1**	
	Жесткое	103	71.3	80	55.9*	31	21.6**	
Сухие хрипы	А	Нет	43	30.6	60	41.9*	110	76.9**
	Б	Есть, в т.ч.:	100	69.9	83	58.4*	33	23.6**
	1	На выдохе	50	34.2	43	30.6*	15	10.4**
	2	На вдохе	30	20.9	25	16.1	10	6.9*
	3	На вд. и выд.	20	13.2	15	10.4	8	5.5*

Примечание: достоверность различий у больных с исходными данными – *- P< 0.05; ** - P < 0.01.

Анализируя частоту симптомов удушья после курса ВС установлено, что статистически достоверно

увеличивалось количество больных без приступов удушья - с 25.8% до 78.1%, и уменьшилось коли-

чество больных с приступами удушья - с 71.3% до 21.6% ($P < 0.01$).

В таблице 2 представлена динамика объективных симптомов у больных персистирующей БА средней тяжести.

Как видно из таблицы 2, до ВС цианоз был выявлен у 61.6% больных, из них акроцианоз - у 38.4% и диффузный цианоз - у 31.4%. На 10-12 сутки ВС цианоз был обнаружен у 56.6% больных, из них акроцианоз - у 30.7% и диффузный цианоз - у 25.1%. После окончания курса ВС цианоз был только у 20.9% больных, из них акроцианоз - у 13.2% и диффузный цианоз - у 6.9%.

Следовательно, после курса ВС достоверно увеличивалось количество больных без цианоза - с 29.3% до 79.2%, и уменьшалось количество больных с цианозом - с 61.6% до 20.9% ($P < 0.01$).

При фоновом обследовании над легкими, везикулярное дыхание выявлялось у 27.9% больных, и жесткое дыхание - у 71.3%; на 10-12 сутки везикулярное дыхание выслушивалось у 44.5%, и жесткое дыхание - у 55.9%, после лечения везикулярное дыхание было у 78.1% и жесткое дыхание - у 21.6%.

Таким образом, после ВС достоверно повышалось количество больных с везикулярным дыханием - с 27.9% до 78.1%, и уменьшалось количество пациентов с жестким дыханием - с 71.3% до 21.6% ($P < 0.01$).

В таблице 2 показано, что до ВС сухие хрипы выслушивались у 69.9% больных, из них на выдохе - у 34.2%, на вдохе - у 20.9% и на вдохе и выдохе - у 13.2%. На 10-12 сутки ВС сухие хрипы были зафиксированы у 58.4% больных, из них на выдохе - у 30.6%, на вдохе - у 16.1% и на вдохе и выдохе - у 10.4%. После окончания курса ВС сухие хрипы отмечались у 23.6% больных, из них на выдохе - у 10.4%, на вдохе - у 6.9% и на вдохе и выдохе - у 5.5%.

Статистически достоверно увеличивалось количество больных, у которых отсутствовали сухие хрипы - с 30.6% до 76.9%, и уменьшалось количество больных с сухими хрипами - с 69.9% до 23.6% ($P < 0.01$).

Следовательно, у больных персистирующей БА средней тяжести курс ВС сопровождался уменьшением частоты и выраженности клинических симптомов заболевания, признаков артериальной гипоксемии и легочной гипертензии. Важной отличительной особенностью динамики клинической картины в этой группе, по сравнению с легкой интермиттирующей БА оказалась большая выраженность кашлевого синдрома, постепенно уменьшающегося по своей частоте и интенсивности к концу курса ВС.

Таким образом, лечение больных бронхиальной астмой методом высокогорной спелеотерапии приводит к улучшению клинической и объективной симптоматики и их общего состояния, что свидетельствует об эффективности применения данного метода.

Выводы:

1. Высокогорная спелеотерапия оказывает положительное воздействие на клиническую картину у больных бронхиальной астмой и снижает выраженность симптомов при данной патологии.

2. Высокогорная спелеотерапия обладает иммуномодулирующим и гипосенсибилизирующим действием и улучшает качество жизни больных бронхиальной астмой.

Литература:

1. Чучалин А.Г. Респираторная медицина. // А.Г. Чучалин - М: Медиа. - Т. 1. - 2007. - С. 665 - 693.
2. Миррахимов М.М. Лечение внутренних болезней горным климатом. // Л: Медицина. - 1977. - 208с.
3. Ардаматский Н.А. Немедикаментозная терапия БА - успехи и перспективы изучения. // Терапевтический архив. - М, 1988. - № 2. - С. 51 - 55.
4. Миррахимов М.М. Горная медицина. // Фрунзе. - 1978. - 180с.
5. Алтымышева А.Т., Шабыеева С.Б., Абилова С.С. Влияние высокогорной климатотерапии на уровень контроля бронхиальной астмы. // V Международный конгресс Евро-азиатского респираторного общества: сб. науч. тр. - Бишкек, 2009. - С. 29.
6. Бримкулов Н.Н. О некоторых механизмах лечебного эффекта высокогорной климатотерапии у больных бронхиальной астмой. // Вопросы экологической кардиологии в Киргизии. - Фрунзе, - 1988. - С. 26 - 34.
7. Сооронбаев Т.М., Белов Г.В. Изменения сурфактантной системы легких у больных ХОБЛ в условиях высокогорья. // V Международный конгресс Евро-азиатского респираторного общества: сб. науч. тр. - Бишкек, 2009. - С. 21.
8. Торохтин М.Д. О лечебном действии микроклимата соляных шахт на больных бронхиальной астмой. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК, - 1977, №5, с.63-66.
9. Дворщина Л.И. Спелеотерапия в условиях микроклимата селекопей как метод профилактики БА. // Актуальные вопросы профилактики неспецифических заболеваний легких. - Л, 1985. - № 2. - 165с.
10. Комаров Г.А., Назарова Л.А., Кобзарь В.И. и др. Высокогорная спелеотерапия детей, больных бронхиальной астмой. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК, - 1985, №5, с.21-24.
11. Кудаяров Д.К., Ашыралиев М.Э., Османов В.Я. Динамика иммунологических показателей у детей, больных бронхиальной астмой при высокогорной спелеотерапии. // Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях. Сб. науч. трудов, - Бишкек, 1999, с.47-51.
12. Хамзамулин Р.О. Высокогорная спелеотерапия бронхиальной астмы. // Автореф. дисс. д.м.н., М, 1990, с.50.

Рецензент: д.м.н., профессор Кочорбаев К.Н.