

Тологонов Т.И.

БИЙИК ТООЛУУ ТУЗДУН КАЙТАЛАНГАН КУРСУНУН БРОНХИАЛДЫК АСТМА МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУЛАРДЫН КЛИНИКАСЫНА БОЛГОН ТААСИРИ

Тологонов Т.И.

ВЛИЯНИЕ ПОВТОРНОГО КУРСА ВЫСОКОГОРНОЙ СПЕЛЕОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

T.I.Tologonov

INFLUENCE OF REPEATED HIGH-MOUNTAINOUS SPELEO-THERAPY ON CLINICAL PICTURE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

УДК:616.248-085.834:551.584.65:612.017.1

Бул макалада бийик тоолуу туздун кайталанган курсунун жеңил интермиттиралдык бронхиалдык астма менен ооруган оорулардын клиникасына болгон таасири маалымдалат.

Бийик тоолуу туз бронхиалдык астма менен ооруган оорулардын клиникасына оң таасирин тийгизери аныкталды, ал эми бийик тоолуу туздун кайталанган курсунун көбүрөөк таасир берери белгилүү болду, бир эле жолу курс алганга караганда.

В статье представлены материалы по изучению влияния повторного курса ВС на клиническую картину больных легкой интермиттирующей БА.

Установлено, что ВС оказывает положительное воздействие на клиническую и объективную симптоматику БА, причем повторный курс способствует появлению более значительных положительных изменений изучаемых симптомов, чем однократный курс лечения.

In the article there are presented materials of study of influence of repeated high-mountainous speleo-therapy on clinical picture of patients with bronchial asthma of light atopic form.

There was established that high-mountainous speleo-therapy has positive effect basically on clinical and objective symptomatology of bronchial asthma, and the repeated therapy causes more considerable positive moves of studied symptoms than a single course of therapy.

Бронхиальная астма представляет собой глобальную проблему здравоохранения – в мире живет около 300 млн. больных бронхиальной астмой (1, 12). Все возрастающее распространение бронхиальной астмы, ее тяжелые проявления и осложнения, ведущие к потере трудоспособности и ухудшению жизненного прогноза, высокая стоимость лечения - сделали это заболевание одной из центральных медико-социальных проблем здравоохранения.

Несмотря на существование достаточного арсенала лекарственных средств для базисной терапии бронхиальной астмы, вопросы эффективного контроля заболевания остаются актуальными до настоящего времени.

Установлено, что горный климат может быть использован при бронхиальной астме с лечебной целью(4, 5, 6). В последние годы используется микроклимат соляных шахт и карстовых пещер,

оказывающий благоприятное влияние на течение бронхиальной астмы (2, 3). В последнее время среди немедикаментозных способов лечения бронхиальной астмы используется высокогорная спелеотерапия. По данным некоторых авторов, высокогорная спелеотерапия оказывает благоприятное воздействие на клиничко-функциональные проявления и течение бронхиальной астмы у больных детского возраста (7, 8, 9, 10). В последние годы появилось несколько работ, свидетельствующих о положительном влиянии высокогорной спелеотерапии на иммунную систему детей, страдающих бронхиальной астмой (9, 11). Однако недостаточно работ о влиянии высокогорной спелеотерапии на иммунологическую реактивность и на аллергологические тесты у взрослых, больных бронхиальной астмой.

Данная работа посвящена влиянию повторного курса ВС на клиническую картину у больных легкой интермиттирующей бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования

Через год после первого курса ВС было обследовано 45 больных легкой интермиттирующей БА, которым был проведен 2-ой курс ВС. Фоновое обследование больных проводилось в г.Бишкек (760 м.над уровнем моря), после чего их доставляли в отделение высокогорной спелеотерапии в с.Чолпон (2100 м.над уровнем моря) Кочкорского района. Второе обследование проводилось на 10-12 сутки в процессе лечения ВС. Третье обследование проводилось на 28-30 сутки после приезда в отделение высокогорной спелеотерапии. 20 из этих пациентов пользовались бронхолитическим ингалятором (беротек, беродуал, сальбутамол, астмопент). Каждому больному индивидуально заполнялись аллергологическая и амбулаторная карты в динамическом наблюдении.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что до ВС сухой кашель беспокоил 50.9%, и продуктивный кашель – 14.4% пациентов. На 10-12 сутки в процессе ВС сухой кашель был отмечен у 44.4%, и продуктивный кашель – у 8.0% обследованных. После 30 - дневного курса ВС сухой кашель был у 8.0%, и продуктивный кашель – только у 4.4% больных.

В целом, после проведенного лечения, среди больных легкой интермиттирующей БА достоверно повышалось количество пациентов без кашля - с 35.5% до 86.6%, и достоверно уменьшалось число больных с сухим кашлем - с 50.9% до 8.0%, и с продуктивным кашлем - с 14.4% до 4.4% (P<0.01).

При исходном обследовании больных БА, слизистая мокрота была у 66.6%. На 10-12 сутки

ВС слизистая мокрота имела у 50.9%. На 28-30 сутки ВС число больных со слизистой мокротой составило – 10.9%.

После проведенного курса ВС, достоверно повышалось количество больных БА без мокроты - с 33.3% до 88.8%, а число больных со слизистой мокротой достоверно снизилось с 66.6% до 10.9% (табл. 1).

Таблица 1. Динамика клинических симптомов у больных легкой интермиттирующей БА

Симптомы		Исходные данные n=45		На 10-12 сутки n=45		После лечения n=45		
		Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	
Кашель	Нет	16	35.5	21	46.6	39	86.6**	
	Сухой	23	50.9	20	44.4	4	8.0**	
	Продуктивный	6	14.4	4	8.0	2	4.4**	
Мокрота	Нет	15	33.3	22	48.0*	40	88.8**	
	Слизистая	30	66.6	23	50.9*	5	10.9**	
	Слизисто-гнойная	0	0	0	0	0	0	
Приступы удушья	А	Нет	10	22.2	16	35.5*	41	90.9**
	Б	Есть в том числе:	35	77.7	29	64.4*	4	8.0**
	1	1 раз в неделю	18	40.0	16	35.5	2	4.4**
	2	2 раза в неделю	6	14.4	4	8.0	1	2.2**
	3	1 раз в 2 недели	6	14.4	5	10.9	1	2.2**
	4	3 раза в 2 недели	5	10.9	4	8.0	0	0

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

При фоновом обследовании, приступы удушья беспокоили 77.7% больных, из них – 1 раз в неделю – 40.0%, 2 раза в неделю – 14.4%, 1 раз в 2 недели – 14.4% и 3 раза в 2 недели – 10.9%. На 10-12 сутки ВС приступы

Таблица 2. Динамика объективных симптомов у больных легкой интермиттирующей БА

Симптомы		Исходные данные n=45		На 10-12 сутки n=45		После лечения n=45		
		Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	Абс	Отн в %	
Цианоз	Нет	21	46.6	25	55.5*	40	88.8**	
	Есть, в т.ч.:	24	53.3	20	44.4	5	10.9**	
	Акроцианоз	24	53.3	20	44.4	5	10.9**	
	Диффузный цианоз	0	0	0	0	0	0	
Выраженность цианоза	Нет	21	46.6	25	55.5	40	88.8**	
	Есть, в т.ч.:	24	53.3	20	44.4*	5	10.9**	
	Легкий	19	42.2	16	35.5	4	8.0**	
	Умеренный	5	10.9	4	8.0	1	2.2*	
Дыхание над легкими	Везикулярное	20	44.4	26	57.7*	39	86.6**	
	Жесткое	25	55.5	19	42.2*	6	14.4**	
Сухие хрипы	А	Нет	20	44.4	26	57.7	39	86.6**
	Б	Есть, в т.ч.:	25	55.5	19	42.2*	6	14.4**
	1	На выдохе	10	22.2	8	17.7	2	4.4**
	2	На вдохе	10	22.2	8	17.7	2	4.4**
	3	На вди и выдохе	5	10.9	3	6.6	2	4.4*

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

удушья были отмечены у 64.4% больных, из них – 1 раз в неделю – у 35.5%, 2 раза в неделю – у 8.0%, 1 раз в 2 недели – у 10.9% и 3 раза в 2 недели – у 8.0%. К концу ВС приступы удушья наблюдались у 8.0%, из них 1 раз в неделю – у 4.4%, 2 раза в неделю – у 2.2% и 1 раз в 2 недели – у 2.2%.

Анализируя клинические данные после курса ВС, следует отметить, что достоверно увеличивалось количество больных без приступов удушья - с 22.2% до 90.9%, и уменьшалось количество больных с приступами удушья - с 77.7% до 8.0% (P<0.01).

В таблице 2 представлена динамика объективных симптомов у больных легкой интермиттирующей БА после повторного курса ВС.

Как видно из таблицы 2, до ВС акроцианоз был обнаружен у 53.3% больных. На 10-12 сутки ВС акроцианоз выявлялся у 44.4% больных. После ВС акроцианоз был зафиксирован только у 10.9% больных.

Таким образом, после проведенной ВС достоверно увеличивалось количество больных без акроцианоза - с 46.6% до 88.8% и уменьшалось количество больных с акроцианозом - с 53.3% до 10.9% ($P < 0.01$).

При исходном обследовании, сухие хрипы выслушивались у 55.5% больных, из них – на выдохе – у 22.2%, на вдохе – у 22.2% и на вдохе и выдохе – у 10.9%. На 10-12 сутки ВС, сухие хрипы были выявлены у 42.2% больных, из них – на выдохе - у 17.7%, на вдохе – у 17.7% и на вдохе и выдохе – у 6.6%. После ВС сухие хрипы наблюдались у 14.4% больных, из них – на выдохе - у 4.4%, на вдохе - у 4.4% и на вдохе и выдохе – у 4.4%.

Анализируя клинические данные после ВС у больных БА этой группы установлено, что статистически достоверно увеличилось количество больных без сухих хрипов (с 44.4% до 86.6%), и уменьшалось количество больных с сухими хрипами (с 55.5% до 14.4%) ($P < 0.01$).

Таким образом, результаты клинического наблюдения в этой группе показали, что у больных легкой интермиттирующей БА, на 10-12 сутки пребывания в условиях горного климата, заметно уменьшается частота обнаружения признаков, патогенетически характерных для данного заболевания. В дальнейшем частота и выраженность приступов удушья, кашлевого синдрома, клинических симптомов бронхиальной обструкции еще больше редуцируются, что приводит к значительному улучшению состояния большинства больных к концу курса ВС.

Следовательно, у больных легкой интермиттирующей БА, после повторного курса ВС, происходит более быстрое и значительное снижение частоты клинических симптомов заболевания (приступы удушья, кашель, сухие хрипы и т.д.), чем при однократном курсе ВС.

Выводы:

1. Высокогорная спелеотерапия оказывает положительное воздействие на клиническую картину у больных бронхиальной астмой и снижает

различные проявления симптоматики данной патологии.

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

Литература:

1. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы.// М: Атмосфера, 2007. – 245с.
2. Торохтин М.Д. Основные принципы применения микроклимата соляных шахт и его аналогов как немедикаментозного метода лечения больных БА.// Немедикаментозные методы лечения больных БА. – М, 1986. – С. 114 – 117.
3. Тороцкези Л.И. Комплексное лечение больных БА с сопутствующим хроническим бронхитом в условиях микроклимата Солотвинских соляных шахт.// Немедикаментозные методы лечения больных БА. – М, 1986. – С. 113 – 116.
4. Миррахимов М.М. Горная медицина.// Фрунзе. – 1978. – 180с.
5. Бримкулов Н.Н. О некоторых механизмах лечебного эффекта высокогорной климатотерапии у больных бронхиальной астмой. // Вопросы экологической кардиологии в Киргизии. – Фрунзе, - 1988. – С. 26 – 34.
6. 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.
7. 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
8. 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.научных трудов,- Б., 1999, с.47-51.
9. Ашералиев М.Э. Некоторые аспекты иммунного статуса у детей, больных БА при высокогорной спелеотерапии.// Современные проблемы аллергических заболеваний в педиатрии: сб.научн.тр. – Бишкек, 2000. – С. 20 – 25.
10. Верихова Л.А. Спелеотерапия в России.// Пермь: Медицина, 2000. – 160с.
11. Хамзамулин Р.О. Высокогорная спелеотерапия бронхиальной астмы.// Автореф.дисс.докт.мед.наук, М, 1990,с.50.
12. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. Allergy 2004; 59(5):469 – 478.

Рецензент: д.м.н., профессор Ашералиев М.Е.