

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В КЛІМАТООЗДОРОВЧИХ КАМЕРАХ

Александрович Т.А., Копинець І.І., Мелега О.О.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м.Ужгород

Бронхіальна астма (БА) є одним з найбільш поширених хронічних захворювань дихальної системи, яке характеризується складним етіопатогенезом та клінічним поліморфізмом. Провідним патофізіологічним синдромом при БА є порушення бронхіальної прохідності. Незалежно від патофізіологічних причин обструкції відбувається зменшення діаметру бронхів і бронхіол, наростає опір у дихальних шляхах для проходження повітря [1, 2]. До підвищення бронхіального опору призводять запальні та алергічні зміни слизової оболонки бронхіального дерева, які викликають набряк слизової, гіперсекрецію, закриття слизом і харкотинням просвіту бронхів, підвищення тону м'язової мускулатури бронхів [1, 2].

На відміну від інших захворювань, що супроводжуються бронхообструкцією, для БА характерна зворотність обструкції дихальних шляхів і це слід враховувати при відновлювальному лікуванні [4].

У зв'язку з постійним погіршенням екологічного середовища, ростом сенсibiliзація до хімічних речовин і фармакологічних засобів, все більша увага приділяється немедикаментозним методам лікування та реабілітації, зокрема, мікрокліматотерапії, спелеотерапії та її штучним аналогам [3].

Створення та вивчення нових лікувальних технологій, направлених на відновлення функції (реабілітацію) бронхолегеневої системи, є надзвичайно важливим. В той же час ефективність мікрокліматотерапії з використанням високодисперсного аерозоллю кам'яної солі та фітоорганічних сполук у хворих на БА у віддаленому періоді та його медико-економічне значення вивчені недостатньо.

Основним завданням роботи було вивчення віддаленої ефективності мікрокліматотерапії з використанням аерозолів кам'яної солі та фітоорганічних сполук в "кліматоздоровчій камері" з врахуванням особливостей перебігу БА і порушень ФЗД, розробленими 4 лікувальними комплексами (ЛК):

- ЛК-1. Курсове використання високодисперсного аерозоллю хлористого натрію в умовах штучного мікроклімату;

- ЛК-2. Курсове використання високодисперсного електроаерозоллю із 12-компонентного фітоекстракту, виготовленого на дистильованій воді в умовах "кліматоздоровчої камери";

- ЛК-3. Курсове використання високодисперсного електроаерозоллю із 12-компонентного фітоекстракту, виготовленого в 20% розчині хлористого натрію в умовах "кліматоздоровчої камери";

- ЛК-4. Курсове використання високодисперсного електроаерозоллю із 12-компонентного фітоекстракту, виготовленого на дистильованій воді в умовах "кліматоздоровчої камери" в поєднанні з високодисперсним аерозолем хлористого натрію в камерах штучного мікроклімату поетапно.

Для оцінки результатів лікування у віддаленому періоді проведений аналіз матеріалів 150 хворих на БА, з них 79 із інфекційно-залежною формою (15 хворих лікувались за методикою ЛК-1, 20 — ЛК-2, 22 — ЛК-3 і 22 — ЛК-4), а 71 - із змішаною формою (15 лікувались за методикою ЛК-1, 15 — ЛК-2, 22 — ЛК-3, 19 — ЛК-4). Через рік після лікування в умовах кліматоздоровчих камер для всіх пацієнтів проведено анкетування, клінічні й клініко-функціональні обстеження.

Найбільш важливим параметром, що характеризує стан здоров'я хворих у віддаленому періоді, є показник втрати працездатності. Як видно з Таблиці 1, за рік до лікування в умовах штучного мікроклімату з високодисперсним фітоелектроаерозолем кількість днів непрацездатності була значною і коливалась від 49.9 ± 4.9 до 63.5 ± 5.1 для хворих на інфекційно-залежну форму БА, та від 37.7 ± 9.0 до 56.0 ± 5.8 для хворих на БА змішаної форми. Кількість загострень коливалась від 3.4 ± 0.4 до 5.4 ± 0.8 для обох форм БА.

Через рік після лікування запропонованими нами лікувальними комплексами спостерігалось достовірне ($p < 0.05$) зменшення кількості днів непрацездатності та кількості загострень за рік в усіх групах хворих, однак найбільш виражена позитивна динаміка виявлена в групах хворих, що лікувались за методиками ЛК-3 та ЛК-4.

У хворих на БА інфекційно-залежної форми після лікування ЛК-2 тривалість ремісії до 6 місяців спостерігалась у 6 (30%), до 6 місяців також у 6, а до 12 місяців - у 8 (40%) хворих; після лікування ЛК-3 тривалість ремісії до 6 місяців відзначалась тільки у одному випадку, до 6 місяців - у 11 (50%) і до 13 місяців - у 10 (40%) випадках. Слід зауважити, що у хворих, котрі лікувались ЛК-3, тривалість ремісії була значно більшою і складала 9 місяців у 15 (68% хворих) та 12 місяців у 7 (32%).

Таблиця 1

Динаміка кількості днів непрацездатності і кількості загострень у хворих на БА інфекційно-залежної та змішаної форм при лікуванні ЛК-1, ЛК-2, ЛК-3 і ЛК-4, M±m

ЛК	Форма БА	Дні непрацездатності		Кількість загострень	
		до лікуван.	через 1 рік	до лікуван.	через 1 рік
ЛК-1	інф.-залеж. змішана	55.4±6.1	32.4±2.3*	5.4±0.8	2.7±0.2*
		43.9±5.7	29.1 ± 1.9*	4.0±0.5	1.8±0.2*
ЛК-2	інф.-залеж. змішана	58.3±7.8	26.1±2.5*	4.7±0.9	1.6±0.2*
		37.7±9.0	25.7±1.2*	3.0±0.5	1.7±0.1*
ЛК-3	інф.-залеж. змішана	49.9±4.9	24.6±0.6*	3.9±0.3	1.5±0.05*
		56.0±5.8	27.2± 1.1*	3.8±0.3	1.5±0.1*
ЛК-4	інф.-залеж. змішана	63.5±5.1	26.2±0.6*	4.4±0.3	1.7±0.05*
		48.1±5.9	24.8±0.6*	3.4±0.4	1.5±0.05*

* – p < 0.05.

У хворих на БА змішаної форми після лікування ЛК-2 тривалість ремісії до 3 місяців спостерігалась у 2 (13%) хворих, до 6 місяців – у 5 (33%), до 9 місяців - у 3 (20%) і до 12 місяців - у 3 (33%) хворих; після лікування ЛК-3 тривалість ремісії до 6 місяців тільки у одного (5%) пацієнта, до 9 місяців – у 10 (45%) і до 12 місяців – у 11 (50%) випадках. Тільки під впливом ЛК-4 тривалість ремісії була значно більшою і досягала 9 місяців у 9 (47%) хворих, та 12 місяців – у 10 (53%) хворих.

Отже, тривалість ремісії 9-12 місяців частіше спостерігалась при застосуванні ЛК-3 та ЛК-4.

Дані про характер нападів ядухи у хворих на БА після лікування в умовах штучного мікроклімату високодисперсного фітоелектроаерозолу у віддаленому періоді представлені в Таблиці 2.

Таблиця 2

Динаміка інтенсивності нападів ядухи у хворих на БА після лікування в умовах кліматооздоровчих камер у віддаленому періоді

ЛК	Форма БА	Напади ядухи											
		легкі				середні				важкі			
		до лікування		через рік		до лікування		через рік		до лікування		через рік	
аб	%	аб	%	аб	%	аб	%	аб	%	аб	%		
ЛК-2 n=20 n=15	інфекційно-залежна	2	10	8	40	16	80	4	20	2	10	0	0
	змішана	4	27	7	47	10	66	4	27	1	7	0	0
ЛК-3 n=22 n=22	інфекційно-залежна	6	27	10	45	15	68	4	18	1	5	0	0
	змішана	8	36	9	41	13	59	4	18	1	5	0	0
ЛК-4 n=22 n=19	інфекційно-залежна	7	32	11	50	13	59	2	9	12	9	0	0
	змішана	6	42	8	42	11	58	4	21	32	10	0	0

Як видно з таблиці, протягом року після проведеного лікування спостерігалась значна позитивна динаміка щодо нападів ядухи. Слід зауважити, що важкі напади ядухи зникли повністю у всіх пацієнтів, які лікувались усіма лікувальними комплексами, і не турбували їх жодного раз протягом року. Нападів задухи середньої інтенсивності не було протягом року у більшості хворих на БА інфекційно-залежної та змішаної форм, які лікувались ЛК-3 та ЛК-4. Більшість нападів середнього ступеню важкості перейшли протягом року після лікування у легкі, чим і пояснюється зростання кількості легких нападів ядухи через рік після лікування. Слід сказати, що хворі реєстрували всі види нападів ядухи, а не тільки ті, котрі вимагали лікарської допомоги в умовах стаціонару або амбулаторії. Це теж збільшило кількість зареєстрованих легких нападів ядухи. Звертання за медичною допомогою протягом року після лікування різко зменшилось.

Аналіз даних про динаміку об'єму фармакотерапії у хворих БА інфекційно-залежної форми після лікування в умовах кліматооздоровчих камер у віддаленому періоді підтвердив ефективність нових лікувальних комплексів, створених на основі фітоелектроаерозольтерапії.

Так, через рік після лікування ЛК-2, у зв'язку з відсутністю нападів ядухи, 6 (30%) хворих на БА інфекційно-залежної форми медикаментами для ліквідації нападів задухи не користувались взагалі. Прийом пе-

роральних кортикостероїдів був зменшений удвічі, а застосування метилксантінів (еуфілін) знизилось на 20%.

Якщо всі хворі, які пройшли курс лікування ЛК-4, постійно використовували медикаменти для ліквідації нападів ядухи, то протягом року після лікування 36% з них не застосовували їх взагалі. Удвічі був зменшений прийом пероральних глюкокортикостероїдів, втричі зменшилось використання метилксантинів і на 23% – адреноміметиків.

Серед хворих, які лікувались ЛК-4, через рік 9 (41%) медикаментами не користувалися. Удвічі скоротилось використання еуфіліну пролонгованого теофіліну та адреноміметиків.

Високу ефективність нових лікувальних комплексів, створених на основі фітоелектроаерозольтерапії підтвердило зменшення об'єму фармакотерапії у хворих на БА змішаної форми через рік після лікування. У групі хворих, яким призначався ЛК-2, у зв'язку із зникненням у них нападів задухи протягом року після лікування 4 (27%) взагалі не користувались медикаментами для ліквідації нападів задухи, на 14% зменшилось використання метилксантинів (еуфілін) і на 20% – адреноміметиків.

Якщо у групі хворих на БА змішаної форми до лікування ЛК-3 тільки 27% не використовували медикаментів, то через рік після проведеного лікування їх кількість виросла до 41%. Зменшено втричі прийом пероральних кортикостероїдів та еуфіліну, удвічі адреноміметиків.

Цікава картина спостерігалась у хворих на БА змішаної форми, які проходили лікування ЛК-4. Якщо перед лікуванням всі хворі використовували фармакопрепарати, то протягом року і через рік після лікування 37% не використовували їх для ліквідації нападів задухи. Крім того, втричі зменшено прийом пероральних кортикостероїдів, удвічі – еуфіліну та адреноміметиків. Слід зауважити, що саме у цій групі на протязі року не виникала потреба в застосуванні інталу.

Для більш повного аналізу лікування у кліматооздоровчих камерах проведено вивчення показників ФЗД у хворих на БА інфекційно-залежної та змішаної форм у віддаленому періоді (через рік). Аналіз проводився в залежності від застосованого лікувального комплексу.

У хворих на БА інфекційно-залежної форми через рік після проведеного лікування ЛК-2 усі показники ФЗД були вищими, ніж при поступленні у стаціонар.

При вивченні показників ФЗД хворих на БА інфекційно-залежної форми, які лікувались ЛК-3, встановлено достовірний ріст показників через рік після лікування у порівнянні з такими ж при поступленні, причому зниження показників вентиляції легень через рік у порівнянні з моментом виписки було незначним. Це дає підстави стверджувати, що в цій групі хворих протягом року функціональна здатність бронхолегеневого апарату не зменшувалась.

Достовірним виявився ріст показників ФЗД і в групі хворих на БА інфекційно-залежної форми, які лікувались ЛК-4. Динаміка показників була подібною до попередньої групи, хоч в цій групі хворих порушення прохідності в мілких дистальних бронхах були більш вираженими.

У хворих на змішану форму БА, що лікувались ЛК-2, хоч показники ФЗД були дещо вищими через рік після проведеного лікування, але ці зміни були недостовірними.

На відміну від інфекційно-залежної форми, у хворих на змішану форму БА, які лікувались ЛК-3 через рік спостерігалось зниження показників ФЗД у порівнянні з випискою, але в той же час ці показники були достовірно вищими, ніж при поступленні. Це свідчить про те, що, незважаючи на зниження бронхіальної прохідності, загальний стан хворих через рік був набагато кращим, ніж до лікування у кліматооздоровчих камерах.

Подібна динаміка показників ФЗД була і в групі хворих на змішану форму БА при лікуванні ЛК-4. Тут теж спостерігався достовірний ріст показників ФЗД через рік після проведеної фітоелектроаерозольтерапії. У той же час в обох група хворих через рік відмічена незначна обструкція дистальних відділів бронхіального дерева.

Таким чином, вивчення клінічних та клініко-функціональних показників у хворих на БА середнього ступеню важкості у фазі неповної ремісії через рік після лікування в умовах кліматооздоровчих камер свідчить про високу ефективність запропонованих на базі фітоелектроаерозольтерапії лікувальних комплексів №2, №3 і №4, що проявилось зменшенням кількості та інтенсивності нападів ядухи протягом року, зниженням об'єму фармакотерапії, збереженням функціональної здатності бронхолегеневої системи. Результати дослідження дозволяють рекомендувати використання кліматооздоровчих камер для лікування і реабілітації хворих на БА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма: Под ред. Г.Б. Федосеева. Медицинское информационное агентство. Санкт-Петербург, 1996. 464 с.

2. Отчет о международном соглашении по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Национальный институт здравоохранения Бетесда. Мериленд 20892. Публикация №923091, март 1992
3. Торохтин М.Д. Спелеотерапия больных бронхиальной астмой – К.; Здоров'я, 1987. – 96с.
4. Федоссов Г.Б. Механизмы обструкции бронхов. - Санкт-Петербург, 1995. с.79-84, 135-139,154-160.

SUMMARY

REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF ASTHMA BRONCHIALIE IN CLIMATIC-SANITARY CHAMBERS

Alexandrovich T., Kopinets I., Melega A.

The analysis of remote results of a phytoelectroaerosol therapy for 150 ill with asthma bronchiale was conducted. High efficiency of climatic-sanitary chambers in remote period is confirmed.