

ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ПОЛЯНА КВАСОВА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

СУХАН В.С.

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

Бронхіальна астма часто поєднується з патологічними змінами у шлунку, печінці, кишківнику, носоглотці та інших органах, утворюючи складний взаємозв'язок. За даними Путинцева Е.В. [5] і інших [1,7], майже у всіх хворих БА виявляються патологічні зміни з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Причому ці зміни бувають більш виражені, ніж з боку бронхів, що змушує думати в деяких випадках про первинність патологічного процесу не в легенях, а в ШКТ. Встановлена також залежність порушень секреторної та моторної функції шлунка від важкості легеневого процесу [2,6]. При наростанні важкості перебігу БА пригнічуються кислотно-пептичні показники і одночасно виявляється значне зниження захисного бар'єру слизової шлунка, що являється першопричиною виразкоутворення в гастродуоденальній зоні.

Враховуючи, що лікування хворих БА із застосуванням аерозольтерапії хлориду натрію справляє агресивний вплив на слизову ШКТ, постає необхідність пошуку профілактичних заходів, які б підвищили ефективність лікування даної групи хворих.

Відомі роботи застосування питних мінеральних вод для первинної профілактики гастродуоденальних виразок в експерименті і клініці [3,4], якими встановлено, що профілактичний прийом мінеральної води, особливо гідрокарбонатної натрієвої, зменшує частоту і вираженість пошкоджень слизової шлунка в 4–6 разів порівняно з контрольними групами.

Метою роботи було вивчити ефективність і обґрунтувати доцільність комбінованого застосування гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води "Поляна Квасова" і штучних аерозольних середовищ для підвищення ефективності лікування хворих бронхіальною астмою (БА) з супутнім хронічним гастродуоденітом (ХГД).

З цією метою було відібрано 113 хворих БА з супутнім ХГД, що проходили лікування в НПО "Реабілітація" по базисному комплексу, з використанням 20 сеансів високодисперсного аерозолі хлориду натрію, 18 сеансів іонізації мілкими і середніми іонами і 18 – фітотерапії (по показаннях), із них 78 жінок (68%) і 35 чоловіків (31%) у віці 39 ± 4 роки. Супутній хронічний гастродуоденіт виявлено у 93,1% пацієнтів, хронічний гіперацидний гастрит у 13,8%, виразкову хворобу 12-палої кишки у 4,9%. За методикою лікування хворі поділені на 3 групи. Перша група (51 пацієнт) лікувалась за ЛК-1, який включав, крім базисного, прийом гідрокарбонатної натрієвої пляшкової мінеральної води "Поляна Квасова" за методикою Лендел М.П., Гайсак М.О. [3] після їжі. У другу групу (44 хворих) – ЛК-2 включені хворі, які додатково до базисного лікування вживали цю ж мінеральну воду і після перебування в умовах соляного аерозолі за методикою Чайковської Т.В. та ін. [8]. Контрольну групу склали 18 хворих БА з ХГД, яким мінеральна вода не призначалася.

Клінічний перебіг ХГД у хворих БА має деякі особливості. У таких хворих із скарг диспептичного характеру переважали нудота, печія, тоді як суб'єктивний больовий синдром в епігастрії і в правому та лівому підребер'ї зустрічався рідше. При об'єктивному обстеженні хворих БА з супутньою патологією гастродуоденальної зони відмічалась часта болючість при пальпації в епігастрії (76,7%) і пілородуоденальній ділянці (73,8%), що вірогідно вище порівняно з контролем.

Таким чином, клінічний перебіг ХГД в поєднанні з БА носить більш виражений диспептичний і больовий характер, ніж у хворих основної групи.

Цікаві дані отримані при аналізі перебігу клінічних симптомів ХГД у хворих БА в процесі комбінованого лікування. У першій групі (ЛК-1) зникнення суб'єктивного больового синдрому після лікування відмічалось у всіх хворих, у яких до лікування спостерігалися болі у лівому підребер'ї. Після проведеного лікування у 90% зникла і у 10% хворих зменшилась важкість в епігастрії. Печія не турбувала, або зменшилась її інтенсивність у 91% пацієнтів. При об'єктивному обстеженні у хворих цієї групи після лікування спостерігалась відсутність або зменшення інтенсивності болю в епігастрії у 84,4%. Болючість у пілородуоденальній ділянці зникла або зменшилась у 92%, а в правому підребер'ї – у 81% хворих. Болючість у лівому підребер'ї зникла у всіх обстежених. Середній відсоток зникнення симптомів захворювання становив $77,9 \pm 5,8\%$, а середній позитивний клінічний ефект дорівнював $89,5 \pm 4,3\%$.

Обстеження пацієнтів після лікування по ЛК-2 також вказувало на зникнення у всіх хворих болочості навколо пупка і в лівому підребер'ї. Однак відсоток зникнення і зменшення суб'єктивної симптоматики був дещо вищий, ніж по ЛК-1. Так, на біль в епігастрії після лікування не скаржилось 93,8% хворих. Інтенсивність болю зменшилась у 6,2% пацієнтів, не турбувала важкість в епігастрії, або мала невиражений характер у 95,7% випадків. Печія зменшилась або зникла у 96,3% хворих.

Об'єктивне обстеження хворих після лікування вказує на зникнення болочості в епігастрії або зменшення її інтенсивності у 91,2% пацієнтів. В пілородуоденальній ділянці зникнення симптомів або зменшення інтенсивності болю відмічалось у 93,1% обстежених. Середній відсоток зникнення симптомів захворювання у другій групі становив $76,4 \pm 6,4\%$, що вірогідно не відрізнялося від того ж показника у першій групі. Середній процент позитивного клінічного ефекту дорівнював $94,0 \pm 3,6\%$, що вірогідно вище, ніж у першій групі ($P < 0,01$).

У контрольній групі хворих після базисного лікування деякі симптоми захворювання мали той же характер, що і до лікування. Так, скарги на важкість в епігастральній ділянці і нудоту залишились у всіх хворих. На біль в епігастрії після лікування скаржилось 50% хворих, у 25% – інтенсивність дещо зменшилась, а у решти 25% навіть носила більш виражений характер, ніж до лікування. Відрижка у більшості хворих зникла або зменшилась (75%), але у 25% випадків залишилась без змін. Після лікування печія турбувала 42,8% пацієнтів.

Об'єктивні дані свідчать, що болючість при пальпації в епігастрії у цієї групи мала той же характер, що і до лікування, або навіть посилилась у 61,6% хворих, а в пілородуоденальній ділянці болючість спостерігалась у 60% хворих. Середній відсоток зникнення симптомів захворювання становив 37,9%, що у два рази нижче по відношенню і до ЛК-1, і до ЛК-2. Середній відсоток ефективності клінічних показників у контрольній групі становив $52,4 \pm 11,8\%$, що також вірогідно нижче, ніж у першій і другій групі. Слід також відмітити в контрольній групі появу у деяких хворих симптомів захворювання ХГД після проходження лікування в камерах штучного мікроклімату, тоді як до лікування такі симптоми у цих пацієнтів не спостерігались. Так, у 11% випадків з'явилась болючість при пальпації в епігастрії, пілородуоденальній ділянці і в правому підребер'ї.

Таким чином, стан хворих з супутнім гастродуоденітом в контрольній групі після базисного лікування не тільки залишився без змін, але з деяких параметрів погіршився. Це, очевидно, зв'язано з подразнюючою дією аерозолі хлориду натрію на слизову шлунка і 12-палої кишки та підвищенням концентрації іонів H^+ в шлунку, що в свою чергу викликало погіршення стану хворих БА з супутньою патологією гастродуоденальної зони. Це погіршення спостерігалось у формі диспептичних і больових явищ. Крім контрольної групи, на деяке погіршення

стану хворих цієї категорії після аерозольтерапії посередньо вказує лікувальний комплекс ЛК-1, за яким нейтралізуюча дія гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води застосовувалась тільки після харчового подразника. Більш ефективним виявився ЛК-2, за яким мінеральна вода призначалась також і після аерозольтерапії.

Отже, для хворих БА з супутньою патологією гастродуоденальної зони в комплекс лікування слід включати внутрішній прийом гідрокарбонатної натрієвої води після харчового подразника і після аерозольтерапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вендик А.О., Филин Б.А. Состояние верхних отделов пищеварительного тракта у детей с БА и рецидивирующими обструктивными бронхитами//IV Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. – М., 1994. – С. 3.
2. Краснова Л.В., Костюнина М.И., Яфарова Н.К., Попов С.И., Семенко В.В. Морфофункциональное состояние желудка у больных БА//III Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. Приложение 4. Пульмонология. – 1992. – С. 308.
3. Лендьел М.Ф., Вощепинец Г.А., Гайсак М.А., Киртич Л.П., Вагерич Е.И., Чайковская Т.В. Возможность профилактики аллергических проявлений у больных хроническими гастродуоденитами и холециститами на этапе санаторного лечения//Тезисы докладов IX Всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов., – М., 1989. – Т. 1. – С. 208–209.
4. Полушина Н.Д., Фролков В.К. Экспериментальное обоснование применения питьевых минеральных вод для первичной профилактики гастродуоденальных язв//Там же. – С. 187–188.
5. Путинцев Е.В. Иридодиагностическое обследование больных БА//III Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. Приложение 4. Пульмонология. – 1992. – С. 310.
6. Сердюк Т.А., Чечель Л.В., Кулик И.В. Диагностика сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта у больных хроническим бронхитом//III Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. Приложение 4. Пульмонология. – 1992. – С. 310.
7. Чучалин А.Г., Грачева Н.М., Щербаков И.Т. и др. Бронхиальная астма и состояние желудочно-кишечного тракта//IV Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. – М., 1994. – С. 29.
8. Чайковская Т.В., Лендьел М.Ф., Кирей Е.Я., Кучеренко В.В. Клинико-экспериментальное обоснование комплексного применения солевых аэрозольных сред и гидрокарбонатных минеральных вод в лечении больных бронхиальной астмой//Актуальні питання медичної реабілітації: Тез. доп. респ. наради-конф. – Одеса, 1994. – С. 166.

Summary

APPLICATION OF POLYANA KVASOVA MINERAL WATER IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Sukhan V.S.

Scientific-Research Clinic "Rehabilitation" (Uzhgorod)

Efficacy of aerosoltherapy was revealed in patients with bronchiale asthma and attendant gastroduodenal pathology by means of three curative complexes – base and additional administration of mineral water.