

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АСТМАТИЧНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ В КАМЕРАХ ШТУЧНОГО МІКРОКЛІМАТУ

*Машика В.Ю., Кучерук В.В.*

Лікування респіраторних проявів в камерах штучного мікроклімату (КШЧ) обумовлена дією високодисперсної розчиненої аерозолі солотвинської солі, яка складається з різноманітних мікроелементів, механізм дії якої полягає в покращенні дренажної функції бронхіального дерева, в здатності високодисперсної солі адсорбувати алергени та регулювати імунний статус хворої дитини. [6]

Перевага лікування в камерах штучного мікроклімату солотвинських шахт полягає в можливості створити кращі умови контакту розчиненої солі з рецепторами дихальних шляхів, застосувати їх у дітей молодшого віку, тобто зразу після 3-х років життя. Недоліком лікування в КШМ є мінімальний ефект елімінації алергенів, що передбачає подальше лікування мікрокліматом солотвинських шахт дітей шкільного віку. [7]

Нами проведено обстеження 63 дітей, які знаходились на лікуванні в КШМ. Серед них у 28 дітей виявлена бронхіальна астма, яка протікала з проявами полінозу. Атопічна форма бронхіальної астми визначалася у 19 дітей, змішана у 9 дітей. Тяжкий перебіг спотерігався у 10 дітей, середньої важкості у 14 дітей, легкої важкості у 5 дітей.

Всі діти пройшли алергологічне обстеження з урахуванням алергоанамнезу, клінічної картини захворювання, функції зовнішнього дихання (ФЗД), проведення скарифікаційних проб з неінфекційними алергенами, вибіркоче визначення Ід Е в реакції споживання комплементу (РСК) по Худомену в модифікації В.І.Чокотило, В.В. Желтвая.

З 28 обстежених дітей хворих на бронхіальну астму, тільки у однієї дитини підтвердилася ізольована сенсibilізація до рослинної пиліці, у всіх інших дітей виявлена полісенсibilізація до неінфекційних алергенів. З 35 дітей хворих на астматичний бронхіт у 16 дітей виявлена ізольована сенсibilізація тільки до рослинної пиліці, а у 19 дітей сумарна полісенсibilізація до неінфекційних алергенів.

В наслідок проведеного обстеження можна зробити висновок, що масивна сенсibilізація є одним з основних факторів формування бронхіальної астми у дітей та ризиком трансформування астматичного бронхіту а неї.

При подальшому обстеженні обтяжуюча алергічна спадковість виявлялась у 14 дітей з астматичним бронхітом, що складало 40% та у 17 дітей з бронхіальною астмою, що складало 60% і вказувало на однакову імовірність передачі підвищеної алергічної чутливості від батьків їх дітям, у майже рівному співвідношенні до набутих алергічних захворювань респіраторного тракту у дітей під час життя. Підтвердженням цього є Ід Е опосередкована реакція, що вважається маркером атопії, яку ввів А.Соса та Р.Соке (1923 р.) для позначення хвороб з вираженою спадковою схильністю до алергії. [5] В нашому випадку підвищений рівень Вд Е визначався у 14 із 22 обстежених дітей на бронхіальну астму і дорівнював 64%.

Лікування в КШМ складалося з 24 щоденних сеансів по 30 хвилин кожний, двома курсами з інтервалом в один рік. Основним критерієм ефективності терапії в КШМ було катamnестичне опитування та диспансерне алергологічне спостереження за цими дітьми на протязі двох років після лікування. Внаслідок чого, діти були розділені на три групи. До першої групи входило 16 дітей з діагнозом поліноз, астматичний бронхіт з ізольованою сенсibilізацією лише до рослинної пиліці. Із них у 15 дітей, що складало 94% після першого курсу КШМ відмічалася припинення задухи, а після другого - зменшення рiнокон'юктивіту, але у однієї дитини подальше захворювання проходило без покращення.

При імунологічному обстеженні у дитини виявлявся підвищений титр антитіл до наднирників, що є побічною ознакою надниркової недостатності аутоімунного характеру та в деякій мірі пояснює причину відсутності терапевтичного ефекту в даному випадку.

В другу групу входило 19 дітей з діагнозом поліноз, астматичний бронхіт та полісенсibiliзацією до різних видів неінфекційних алергенів, із них у 14 дітей, що складало 74%, після повторного лікування в КШМ відмічалася припинення задухи та зменшення проявів ринокон'юктивіту, а у 5 дітей прояви хвороби залишилися попередніми. При ретроспективному аналізі у цих 5 дітей виявлена неспецифічна гіперреактивність бронхів до лаку, фарби, запахів у поєднанні з харчовою алергією, метеопатією, супутнім гострим двостороннім гнійним гайморитом. Лише у одному випадку, крім масивної полісенсibiliзації, нічого виявлено не було.

В третю групу входило 28 дітей з діагнозом бронхіальна астма з проявами полінозу в кожному випадку, тільки в одному випадку у дитини відмічалася ізольована сенсibiliзація до рослинної пиліці, у всіх інших дітей полісенсibiliзація до різних видів неінфекційних алергенів. Ефективним лікуванням в КШМ для дітей третьої групи вважаються таке, коли ремісія захворювання складала не менше 3-6 місяців та кількість легких приступів за рік було не більше 2-3 рази. Позитивний ефект від лікування в КШМ відмічався у 18 дітей, що складало 62%, відповідно не ефективним було лікування у 10 дітей, що складало 38%.

Дослідження випадків безуспішного лікування в КШМ показало, що усі діти, крім масивної полісенсibiliзації, мали харчову алергію у поєднанні з грибковою сенсibiliзацією у 70% випадках; метеопатією, збільшеною неспецифічною реактивністю бронхіального дерева до хімічних речовин однаково у 60% випадків.

Отже, можна зробити висновок, що обтяжуюча алергічна спадковість та полісенсibiliзація до неінфекційних алергенів є факторами формування бронхіальної астми. А ефективним було лікування в КШМ у дітей хворих на бронхіальну астму та астматичний бронхіт спричинене ізольованим полінозом, в меншій мірі полінозом поєднаним полісенсibiliзацією до різних неінфекційних алергенів. Крім того, безуспішне лікування в камерах штучного мікроклімату спостерігалось у дітей з масивною полісенсibiliзацією, яка частіше протікала, з харчовою та грибковою алергіями, метеопатією, підвищеною неспецифічною реактивністю бронхіального дерева, наднирковою недостатністю, гострим гнійним гайморитом.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М. "Медицина" 1983. 174 с.
2. Вельтишев Ю.Е., Калганов С.Ю., Таль В. Врожденные и наследственные заболевания легких у детей. М., "Медицина", 1983, 303 с.
3. Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей., Л., "Медицина", 1989, 158 с.
4. Ошват П. Аллергические и иммунологические болезни детского возраста., Будапешт, изд-во Академии наук Венгрии. 1983, 249 с.
5. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания, М., "Медицина" 1984, 270 с.
6. Симйонка Ю.М. Неспецифическая коррекция вторичных нарушений иммунитета больных бронхиальной астмой в условиях микроклимата солекопий. Тезисы доклада XI Международного симпозиума. Цхалтубо. 1990, 289 с.
7. Торохтин М.Д., Сливко Р.Я., Кучеренко В.В., Кирей Е.Я. Об эффективности лечения бронхиальной астмы в условиях спелеотерапии. Тезисы Международного симпозиума по спелеотерапии. Солотвино (Украина), 1993, с.30-31.

#### SUMMARY

##### **EFFICIENCY OF BRONCHIAL ASTHMA AND ASTHMATIC BRONCHITIS TREATMENT OF CHILDREN IN ARTIFICIAL MICROCLIMATE CHAMBERS**

*Mashika V. Yu., Kucheruk V. V.*

In the present article medical treatment efficiency in the artificial microclimate chambers versus non-infectious allergens sensitization and the action of non-specific factors of effect on the children suffering from bronchial asthma and asthmatic bronchitis has been given.



