

Я.М.Зонис

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

г.Кисловодск

THE ROLE OF SANATORIAL TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS IN THE REHABILITATIONAL MEASURES COMPLEX

J.M.Zonis

Summary

In the article, aspects of the sanatorial treatment efficacy that is valuable in the rehabilitational measures complex during bronchial asthma (BA) are discussed. According to data of sanatorial physicians based on parameters of the clinical course of the disease, respiratory function, and data of the inflammational process activity in the bronchial tree, the most of patients with BA were discharged with relief. In conditions of the Kislovodsk sanatorium, the relief was observed in 90.8—98.4% of the patients while remission may be durated near 7.6 months. In 60—70% of the patients the vital capacity increased in 380 ± 20.7 ml, the maximal voluntary ventilation increased in 14.6 ± 2.1 , and FEV₁ increased in 320 ± 17.5 ml. The normalization of the cholinergic system as the increase of the cholinesterase level 245.8 ± 7 . to 254.8 ± 12.1 mkM/hml, $p < 0.05$ promoted to the respiration activation. It was noted, that in 64% of the arriving to the Kislovodsk sanatorium persons the level of IgE and the level of IgG decreased to 217 KI/l and 1014 ± 25 . mg/% respectively.

The obtained data testify about the increase of the natural resistance of the organism that assisted the most of patients with BA in the favorable course of the disease and in successful acclimatization. These data pointed to the availability of direction to the sanatorium of patients with early signs of the disease such as predasthma or non pulmonary allergy forms complicated with the occupational harm and cold.

Резюме

В данной статье рассматриваются вопросы эффективности курортного лечения, занимающего видное место в комплексе реабилитационных мероприятий при бронхиальной астме. Согласно данным курортологов на основе показателей клинического течения, функции внешнего дыхания и данных, отражающих активность воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате, подавляющее большинство больных БА выбывают после лечения с улучшением. В условиях Кисловодского курорта улучшение наступило у 90,8—98,4% больных, при этом ремиссия может составлять до 7,6 месяца. У 60—70% больных увеличивалась жизненная емкость на $380 \pm 20,7$ мл, максимальная произвольная вентиляция — на $14,6 \pm 2$ л, ОФВ₁ — на $320 \pm 17,5$ мл. Активации внешнего дыхания способствовала нормализация деятельности холинергической системы в виде повышения уровня холинэстеразы с $245,8 \pm 7$ до $254,8 \pm 12,1$ мкМ/ч•мл, $p < 0,05$. Отмечено также, что у 64% поступивших на Кисловодский курорт снижались уровень IgE с 300—560 КИ/л до 217 КИ/л и уровень IgG до $1014 \pm 25,0$ мг/%.

Полученные данные свидетельствуют о повышении естественной резистентности организма, что способствовало у большинства больных БА благоприятному течению заболевания и успешной акклиматизации на курорте. Эти данные также указывают на целесообразность направления на курорт больных с ранними проявлениями заболевания, рассматриваемыми в последние годы как предастма, или лиц, страдающих нелегочными формами аллергии, осложненными профессиональными вредностями и простудными заболеваниями.

В общем комплексе реабилитационных мероприятий бронхиальной астмы (БА) видное место занимает курортное лечение. Эффективность этого вида лечения обусловлена суммацией действия природных факторов, которые оказывают не только непосредственное влияние на организм больных, но и усиливают действие других видов лечения (дыхательная

гимнастика, физиотерапевтические процедуры и др.). При назначении курортного лечения учитывается тяжесть клинического течения заболевания, сезон года и климатогеографические особенности курорта. На горных климатических курортах, согласно нашим многолетним наблюдениям, показано лечение больных с БА независимо от клинко-этиологической

формы, с сопутствующими аллергическими заболеваниями, с явлениями выраженной реактивности бронхов, с нервно-психическими и эндокринными патогенетическими сдвигами. На приморские курорты (ЮБК, Геленджик) целесообразно направление больных с БА, осложненной эмфиземой легких, и при наличии нестойкой ремиссии воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате. Лечение в местных специализированных санаториях и отделениях, где микроклиматические условия мало отличаются от места постоянного жительства больных, проводится лицам с нестойкой ремиссией БА, при выраженной легочной недостаточности и реконвалесцентам. Кроме того, в местные оздоровительные базы (санатории, дома отдыха, профилактории), расположенные в благоприятных микроклиматических зонах, показано направление лиц, угрожаемых по БА, или с явлениями предболезни.

Кисловодск издавна славится как круглогодичная оздоровительная база, а в последние десятилетия как курорт, где успешно лечатся больные с БА. По своим природным особенностям Кисловодск является уникальным курортом России, не уступающим лучшим западным климатическим курортам. Лечение в Кисловодске проводится дифференцированно. Наряду с основными природными лечебными факторами (климато-, бальнео- и пелоидотерапия), больным в зависимости от клинико-патогенетической формы заболевания назначают вспомогательные терапевтические методики. В частности, с успехом применяются массаж грудной клетки, индуктотермия или УВЧ на область проекции корней легких, специфическая гипосенсибилизация, ДМВ на область проекции надпочечников, электрофорез медикаментозных средств, лазеротерапия, КВЧ рефлекторных зон, целенаправленная психотерапия, специальная диета. Адекватный двигательный режим, включающий терренкур и дыхательные упражнения, выполняемые 3—5 раз в день, потенцирует терапевтический эффект.

Характер течения БА в процессе курортного лечения зависит от множества факторов. Наибольшее значение имеют тяжесть исходного клинического состояния и сезон года, когда больной поступает на курорт. Среди наблюдаемых нами 863 больных с легкой и средней тяжестью течения заболевания, лечившихся в Кисловодске, обострение заболевания отмечалось у 127 (14,7%), преимущественно в первой половине срока лечения. Из этого числа лиц у 22% имело место лишь учащение приступов удушья или усиление экспираторной одышки, у 44,1% последнее сопровождалось активацией воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате, чаще в ранние весенние и поздние осенние месяцы, а у 33,9% больных отмечалось только обострение сопутствующего хронического бронхита при благоприятном течении БА. Основными причинами обострения БА явились неблагоприятные погодные условия, нарушение санаторно-двигательного режима, нестойкая ремиссия хронического бронхита, острые интеркуррентные вирусные заболевания, отмена или зна-

чительное снижение дозы кортикостероидов у больных с гормонозависимой формой БА. Из общего числа наблюдаемых больных у 3 (0,35%) в период пребывания в Кисловодске отмечалось астматическое состояние, наступившее в первую половину срока лечения. Эти больные прибыли на курорт в фазе нестойкой ремиссии, двое из них непосредственно после больничного лечения. Причиной обострения заболевания у двух явились неблагоприятные погодные условия и нарушение санаторного режима, у одного с гормонозависимой формой — самовольное снижение дозы кортикостероидов. После интенсивного медикаментозного лечения клиническое состояние улучшилось на 2—4-й день, однако эти больные выбыли домой без положительного эффекта курортного лечения.

Согласно данным курортологов, подавляющее большинство больных выбывают после лечения с улучшением. Следует при этом отличать улучшение клинического течения заболевания от улучшения самочувствия, которое, естественно, наступает вследствие отдыха в благоприятных условиях. В связи с этим оценку эффективности курортного лечения целесообразно проводить на основании данных о динамике трех групп показателей: показатели клинического течения, функции внешнего дыхания и данных, отражающих активность воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате. В условиях Кисловодского курорта улучшение, согласно нашим наблюдениям, отмечено у 90,8—98,4%, отсутствие клинического эффекта — у 1,6—7,7% и ухудшение — у 1—1,5% больных. Более информативными явились отдаленные результаты. Так, среди лиц с легкой и средней тяжестью течения заболевания длительность ремиссии БА после пребывания в Кисловодске составила в среднем $7,6 \pm 0,3$ мес. Ремиссия в течение 12 месяцев и более была у $29,0 \pm 2,3\%$ лечившихся, а урежение и снижение интенсивности обострения БА в течение года после лечения — у $80,0 \pm 2,2\%$. У лиц со склонностью к частым обострениям БА или хронического бронхита и с гормонозависимой формой БА — соответственно у $12,3 \pm 4,4\%$ ($p < 0,02$) и $50,9 \pm 6,7\%$ ($p < 0,05$). Примечательно, что среди больных с атопической формой БА, принимавших сочетанное лечение (курортное и специфическую гипосенсибилизацию), длительность ремиссии более года была у $27,3 \pm 4,3\%$ больных, в то время как в контрольной группе (не принимавших специфическую гипосенсибилизацию) — у $21,1 \pm 2,8\%$.

Специальные исследования, выполненные в научно-исследовательской аллергологической лаборатории курорта, свидетельствуют, что под влиянием комплексного лечения активизируется деятельность основных функциональных систем организма. Улучшение клинического течения БА при курортном лечении нашло подтверждение в положительной динамике функции внешнего дыхания. Жизненная емкость легких возросла у 60,7% больных в среднем на $380 \pm 20,7$ мл, максимальная вентиляция легких — у 67,7% на $14,6 \pm 2,0$ л, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду — у 71,5% на $320 \pm 17,5$ мл. Выявлена положительная динамика показателей бронхиальной

Средняя величина показателей ФВД до и после курортного лечения ($M \pm m$)

Группа обследованных	ОФV ₁ /ФЖЕЛ	СОС ₂₅ —75%·мл	СОС ₇₅ —85%·мл
С умеренно сниженными исходными величинами			
до лечения	61.0±0,8	2115,2±62,9	690,0±41,4
после лечения	61,4±1,3	2466,2±326,9	824,0±98,9
Со значительно сниженными исходными величинами			
до лечения	43,3±0,9*	1041,1±64,2*	344,2±18,8*
после лечения	52,3±2,6	1328,8±104,3	407,7±26,4

Примечание. Звездочка — достоверность различия $p < 0,02$.

проходимости у лиц с исходными сниженными величинами (таблица).

Активизации функции внешнего дыхания способствовала нормализация деятельности холинэргической системы, что выразилось в достоверном снижении уровня ацетилхолина у больных с исходными повышенными величинами этого показателя (с $29,1 \pm 0,2$ до $22,9 \pm 0,9$ мкг/л) и повышении холинэстеразы у лиц со сниженной активностью этого фермента в начале лечения (с $245,8 \pm 7,0$ до $254,8 \pm 12,1$ мкМ/ч·мл; $p < 0,05$).

Наряду с этим отмечено снижение интенсивности специфической сенсibilизации. У больных с атопической формой БА обнаружено снижение степени специфической гиперчувствительности бронхов. Так, у 65% больных при повторной постановке к концу лечения ингаляционных провокационных проб бытовыми аллергенами спирографические признаки обструкции появились лишь при вдыхании аллергена, превышающего на 2—3 разведения концентрацию при первичном исследовании. Отмечено также, что у 64% лиц, поступивших на курорт со значительным повышением сывороточного IgE в пределах 300—560 КИ/л наступало его снижение и в среднем составило 217 КИ/л.

Гиперсенсibilизирующий эффект лечения, по-видимому, был обусловлен стимуляцией глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Последнее способствовало также успешной адаптации больных в условиях курорта. В процессе комплексной терапии в Кисловодске отмечено достоверное возрастание выделения 17—ОКС у лиц со сниженными величинами в начале лечения. При этом наиболее выраженные сдвиги отмечены при инфекционно-зависимой БА. Так, средняя величина экскреции увеличилась с $1,83 \pm 0,1$ мг/сут до $2,16 \pm 0,11$ мг/сут ($p < 0,005$).

Наряду с этим выявлен положительный сдвиг в состоянии кининовой системы. Примечательно, что уровень основных показателей этой системы у лиц с инфекционно-зависимой БА и поливалентной аллергией был достоверно снижен, а к концу лечения у этих больных отмечено возрастание протеолитической активности плазмы (с $2,88 \pm 0,19$ до $3,82 \pm 0,27$; $p < 0,05$) и активности ингибитора калликрина быстро реагирующего (с $2,34 \pm 0,85$ до $2,80 \pm 0,11$; $p < 0,05$).

При исследовании клеточного и гуморального иммунитета обнаружено, что в процессе курортного

лечения уровень IgG достоверно снизился, преимущественно среди больных с атопической формой БА, и составил в среднем $1014 \pm 25,0$ мг/%. Динамика IgM была разнонаправленной и зависела от исходного уровня: при повышенном содержании величины снизились, при низких — возросли. Средние величины сывороточного IgA почти не изменились, однако при анализе индивидуальных сдвигов повышение его уровня отмечалось в четыре раза чаще, чем снижение. Примечательно, что уровень сывороточного IgA в первые 5—7 дней возрос, что обусловлено, возможно, акклиматизацией, однако к концу пребывания на курорте снизился и мало отличался от величины первичного исследования. У больных с сопутствующим гнойным бронхитом, которые наряду с курортным лечением принимали антибактериальные и бронхолитические средства, уровень сывороточного IgA возрос с 1,03 г/л в начале курса лечения до 1,18 г/л к концу лечения.

Среднее число Т-клеток в абсолютном и процентном отношении почти не изменилось. Однако у 1/4 обследованных больных независимо от клинико-этиологической формы и тяжести течения БА количество Т-лимфоцитов нормализовалось. Обнаружено перераспределение субпопуляций кортизолчувствительных и кортизолрезистентных лимфоцитов. Так, у больных с инфекционно-зависимой БА содержание кортизолрезистентных клеток снизилось, а у 1/3 из них — нормализовалось.

Обращало на себя внимание, что в процессе лечения в Кисловодске отмечалось достоверное повышение уровня β -лизинов — $28,9 \pm 0,3\%$ в начале лечения и $38,3 \pm 0,6\%$ к концу срока пребывания на курорте, активность лизоцима соответственно $26,7 \pm 8,0\%$ и $44,0 \pm 0,8\%$, фагоцитарная активность — $44,0 \pm 0,8\%$ и $50,4 \pm 1,0\%$. Установлено снижение показателя завершаемости фагоцитоза с $6,7 \pm 0,3$ до $4,5 \pm 0,4$ балла. Полученные данные свидетельствуют о повышении естественной резистентности организма, что способствовало у большинства прибывших больных благоприятному течению БА и успешной акклиматизации на курорте. Кроме того, эти данные указывают на целесообразность направления на курорт больных с ранними проявлениями заболевания, рассматриваемыми в последние годы как предастма, или лиц угрожаемых по БА, в частности

страдающих нелегочными формами аллергии, склонных к частым простудным заболеваниям и работающих во вредных производственных условиях. Направление этих лиц в Кисловодск способствует предупреждению возникновения БА (первичная профилактика).

С целью закрепления терапевтического эффекта лечащими врачами курорта в каждом отдельном случае необходимо разработать программу реабилитации в посткурортном периоде. В частности, следует составить конкретные рекомендации в отношении соблюдения соответствующих санитарно-гигиенических правил в домашних и производственных условиях, регулярного выполнения дыхательных упражнений и закаливающих процедур с учетом тяжести заболе-

вания и степени метеочувствительности, прогулок и отдыха на свежем воздухе, ближнего туризма. Больных, у которых прогрессирование заболевания обусловлено производственными факторами, необходимо направлять на ВКК для решения вопроса о трудоустройстве. В процессе курортного лечения больные должны приобрести навыки адекватного двигательного режима, рационального приема медикаментов, получить информацию о вредности курения и факторах внешней среды, обладающих отрицательным воздействием на течение заболевания. В этом отношении санаторно-курортные учреждения следует рассматривать как школу формирования здорового образа жизни.

Поступила 15.06.93

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616.248-085.874

С.Г.Осинин, А.Н.Кокосов

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК САНОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Государственный научный центр пульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

FASTING-DIETIC THERAPY (FDT) AS A SANOGENETIC METHOD IN BRONCHIAL ASTHMA
PATIENTS REHABILITATION

S.G.Osinin, A.N.Kokosov

S u m m a r y

In the article, the common data cumulated during last 20 years in the institute of pulmonology concerning the use experience of the dosed therapeutic starvation in patients with bronchial asthma were presented. The detailed clinical estimation of the method effectivity based both on immediate and postponed (after 5—7 years) results of treatment was performed. The interaction was shown between microbial infection and the mucus lamina state in the patients during FDT. It was demonstrated that sanogenetic effect is provided by the bronchial pass recovery, regenerating processes in the mucus lamina, and the eliminating clearing action. The fact of the release from granulocytes located in the bronchial mucus lamina is most important that leads to the rupture of the pathogenic link defining the common clinical syndromes as well bronchial obstruction, mucus lamina oedema, and discrinia. The positive asction of FDT on bronchial hyperreactivity and the positive changings occuring in endocrinic systems as well hypophysis, thyroid, epinephros, pancreas, and extraction out from the organism such microelements as copper and zinc defining the dross level in the bronchial asthma patient organism were shown for the first time.

Р е з ю м е

В статье приводятся обобщенные данные опыта применения дозированного лечебного голодания у больных бронхиальной астмой, накопленного во ВНИИ пульмонологии за последние 20 лет. Дана всесторонняя клиническая оценка эффективности метода как по непосредственным, так и по отдаленным результатам лечения (через 5—7 лет). Показана взаимосвязь между микробной инфекцией и состоянием слизистой оболочки у больных в процессе РДТ. Продемонстрировано, что саногенетический эффект осуществляется за счет восстановления бронхиальной проходимости, регенеративных процессов в самой слизистой, элиминационно-очистительного действия. Особенно важным представляется факт освобождения от БАВ гранулоцитов, находящихся в слизистой бронхов, что приводит к разрыву патогенетического звена, определяющего основные клинические синдромы — бронхоспазм, отек слизистой и дискринию. Впервые показано положительное действие РДТ на гиперреактивность бронхов,