

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ – Вивчали клінічну ефективність розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт. Встановлено, що РДТ є високоефективним методом не тільки патогенетичної, а і саногенетичної терапії. Застосування РДТ забезпечує подовження ремісії та зниження частоти загострень хвороби, тому рекомендується для лікування та реабілітації таких хворих (1-2 рази на рік).

Влияние разгрузочно-диетической терапии на клиническое протекание бронхиальной астмы и хронический обструктивный бронхит – Изучали клиническую эффективность разгрузочно-диетической терапии (РДТ) у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом. Установлено, что РДТ высокоэффективный метод лечения не только патогенетической, но и саногенетической терапии. Он обеспечивает продолжение ремиссии и снижение частоты обострений болезней, поэтому рекомендуется для лечения и реабилитации таких больных (1-2 раза в год).

The influence of unloading dietetic therapy on the clinical course of bronchial asthma and chronic obstructive bronchitis – Clinical efficiency of unloading dietetic Therapy (UDT) in patients with chronic obstructive bronchitis and bronchial asthma has been studied. UDT proved to be a highly effective therapeutic method both in pathogenetic and sanogenetic therapy. It is recommended for treatment and rehabilitation once or twice a year.

Ключові слова: розвантажувально-дієтична терапія, хронічні обструктивні захворювання легень, функція зовнішнього дихання.

Ключевые слова: разгрузочно-диетическая терапия, хронические обструктивные заболевания легких, функция внешнего дыхания.

Key words: unloading dietetic therapy, chronic obstructive bronchitis, bronchial asthma, external respiration function.

Вступ Серед усіх захворювань органів дихання хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) заслуговують найбільшої уваги в зв'язку з великою поширеністю, невпинною тенденцією до їх росту [1,3], частими ускладненнями, високою летальністю [7] та значними економічними втратами, пов'язаними з тимчасовою непрацездатністю та інвалідністю [1,2,7].

Однією з причин інвалідності та смертності хворих на БА та ХОБ є неефективне лікування. Лікування цих захворювань є важким завданням. Традиційна терапія БА та ХОБ не завжди дає бажаний ефект, часто викликає побічні реакції та ускладнення алергічної, токсичної природи, що обмежує можливості її застосування і зумовлює використання немедикаментозних методів лікування.

Серед них особливе місце займає РДТ, яка вже має досвід успішного застосування [4,5,6].

Мета роботи: вивчити клінічну ефективність використання РДТ у хворих на БА та ХОБ і на основі отриманих даних розробити покази та оптимальні індивідуальні варіанти його застосування.

Матеріали і методи Обстежено 66 хворих на хронічний обструктивний бронхіт та бронхіальну астму. Тривалість захворювання від 5 до 25 років, частота загострень – 2-3 рази на рік. Значну кількість хворих (78,1 %) становили особи працездатного віку (від 20 до 55 років). У 44,1 % обстежених виявлено патологію інших органів. Серед супровідних захворювань переважали хронічний холецистит (52,1 %), ожиріння (52,7 %), хронічний панкреатит (35,2 %), хронічний гепатит (9,2 %), гіпертонічна хвороба (18,6 %), деформуючий остеоартроз (8,1 %), медикаментозна алергія (36,2 %), хронічна ішемічна хвороба серця (3,7 %) та інші.

Діагноз ґрунтувався на основі вивчення скарг, даних анамнезу захворювання та життя, об'єктивного та лабораторно-інструментальних методів дослідження. Групу порівняння склали 20 пацієнтів, які отримували загальноприйнятну медикаментозну терапію.

РДТ проводилась за методикою Ю.С. Ніколаєва [6], О.М. Кокосова [4,5] з доповненнями, розробленими на кафедрі госпітальної терапії № 1 Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського. Лікування тривало від 14 до 30 днів. Відновний період становив половину розвантажувального періоду. При проведенні курсу лікування вивчалась динаміка скарг, маси тіла, даних об'єктивного та лабораторного обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення Аналіз клінічної картини хворих на БА і ХОБ показав позитивну динаміку в процесі РДТ. Дані, що характеризують вплив РДТ на клінічну семіотику у наших пацієнтів наведені в табл. 1. Як видно з таблиці у всіх хворих, які пройшли курс лікування, спостерігався виражений оздоровчий ефект щодо основного і низки супутніх соматичних захворювань. Поряд зі зниженням маси тіла покращувалося самопочуття, знижувався артеріальний тиск, рідше зустрічались, а під кінець відновного періоду зовсім зникали скарги. Відбувалась перебудова психосоматичного стану, яка забезпечувала підвищення загального життєвого тону і працездатності.

Таблиця 1. Вплив розвантажувально-дієтичної терапії на клінічну семіотику хворих на БА та ХОБ

Клінічні симптоми	Кількість хворих (%) до лікування	Скарги під кінець розвантажувального періоду			Скарги під кінець відновного періоду		
		зникли	зменшились	без змін	зникли	зменшились	без змін
Прийми ядухи	91,0	78,0	11,0	2,0	90,6	0,4	-
Кашаль – рідко приступоподібний сухий вологий	58,0	45,3	9,0	3,7	56,3	1,7	-
	42,0	39,1	2,9	-	42,0	-	-
	67,2	60,0	7,2	-	67,2	-	-
	22,8	12,8	10,0	-	19,2	3,7	-
Задихка: -в спокої -при фізично му навантаженні	8,3	6,9	1,4	-	8,3	-	-
	91,7	78,2	11,3	2,2	91,7	-	-
Біль в грудній клітці	11,0	8,6	1,0	1,4	11,0	-	-
Загальна слабкість	49,8	-	-	-	39,4	4,4	-
Швидка втомлювальність	77,2	-	-	-	70,6	6,6	-
Перкуторний звук -коробковий -вирочений	14,2	11,9	2,0	0,3	12,4	1,6	-
	21,3	18,1	1,2	2,0	19,6	1,7	-
Жорстке дихання	74,5	67,1	4,5	2,9	72,2	2,3	-
Ослаблене дихання	98,0	78,0	18,0	2,0	86,3	11,7	-
Сухі хрипи	97,9	48,2	49,7	-	97,9	-	-
Вологі хрипи	1,4	1,3	0,1	-	1,4	-	-

В перші 2–3 дні розвантажувального періоду у більшості хворих (88,7 %) спостерігалось незначне зниження відчуття голоду. Втрата маси тіла на початку лікування складала 0,8-1,0 кг/день. У пацієнтів частішав пульс, спостерігалась загальна слабкість, іноді головний біль.

У наступні 4-9 днів відчуття голоду значно притуплювалося або зникало зовсім. Темпи схуднення поступово сповільнювались, добова втрата маси тіла складала 0,5-0,6 кг/день. У більшості хворих покращувалося самопочуття. У 43,7 % пацієнтів в період ацидотичного кризу (5-7 день) з'являлись короткочасна нудота, різка слабкість, помірний запах ацетону з рота. У 17,1 % хворих на фоні РДТ спостерігалось тимчасове загострення основного та супутніх захворювань, які в більшості випадків, перебігали без застосування медикаментозних середників.

У 32,1 % пацієнтів, що перебували на тривалому розвантажувальному періоді (понад 14 днів) на 18-20 день спостерігались явища повторного кризу. До кінця розвантажувального періоду відбувалось зменшення, а то і повне зникнення скарг основного та супутніх захворювань, значно покращувалося самопочуття хворих, добова втрата маси тіла складала 0,2-0,3 кг/день. У відновному періоді хворі збільшували масу тіла, однак виписувалися із стаціонару з дефіцитом від 8,8 % до 11,2 % порівняно з початковою масою.

Дані загальноклінічного дослідження крові подані в таблиці 2.

Як видно з таблиці, до лікування виражених відхилень середньостатистичних величин вивчених показників не було. Певні відхилення виявлені при аналізі індивідуальних показників червоної крові. Так, під кінець розвантажувального періоду в 25,3 % чоловіків і 23,2 % жінок було знайдено підвищену, порівняно з початковою, кількість еритроцитів, зниження

Таблиця 2. Вплив РДТ на загальноклінічні показники крові в хворих на БА та ХОБ

Хворі N=66	Еритроци- ти у 10 г/л	Гемогло- бін г/л	КП	Лейкоци- ти 10 г/л	Еозино- філи	Паличко- ядерні не- йтрофіли %	Сегменто- ядерні не- йтрофіли	Лімфоци- ти %	Моноци- ти %	ШОЕ мм/год
До лікування	3,59±0,04	113,8±1,6	0,89±0,01	6,6±0,26	2,03±0,34	4,40±0,74	56,07±1,81	33,43±2,0	4,17±0,53	11,8±1,36
В кінці розван- тажувально- го періоду	3,61±0,04	115,4±2,1	0,92±0,01	6,05±0,3	2,20±0,44	3,58±0,49	54,27±1,42	36,08±1,5	4,31±0,51	9,52±0,96
	-	-	<0,05	<0,5	-	<0,5	<0,5	<0,5	-	<0,2
В кінці віднов- ного періоду	3,61±0,04	113,6±1,7	0,91±0,01	5,36±0,24	1,5±0,24	3,39±0,34	53,72±1,45	37,46±1,29	3,96±0,47	11,8±1,36
P1	-	-	<0,5	<0,1	<0,2	-	-	<0,5	-	<0,5
P2	-	-	<0,2	<0,01	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	-	-

Примітки: P – вірогідність різниці показників між хворими до РДТ і в кінці розвантажувального періоду; P1 – вірогідність різниці показників між хворими до РДТ, в кінці розвантажувального і відновного періодів; P2 – вірогідність різниці показників між хворими до РДТ і в кінці відновного періоду.

яких спостерігалось наприкінці відновного періоду. Аналогічні зміни спостерігалися з боку вмісту гемоглобіну і колірного показника. В лейкоцитарній формулі найбільші відхилення відмічалися в кількості лімфоцитів (підвищена в 46,7 % хворих) і моноцитів (знижена у 20,4 % хворих). В розвантажувальний період серед лейкоцитів збільшувався відсоток лімфоцитів, а сегментоядерних нейтрофілів і еозинофілів зменшувався. У відновному періоді зазначені показники були в межах норми. В 61,8 % всіх обстежених в загальній кількості лейкоцитів в процесі РДТ, порівнюючи з їх кількістю до лікування, достовірних змін не виявлено.

Достовірної зміни рівня ШОЕ і кількості тромбоцитів під час РДТ виявити не вдалось, однак у хворих, в яких до лікування цей показник перевищував норму, під час РДТ нормалізувався.

С-реактивний протеїн був дещо підвищений у 11 % хворих. В кінці відновного періоду у всіх хворих С-реактивний протеїн не виявлявся.

Молярна концентрація цукру в крові – один з обов'язкових гомеостатичних показників, що визначає компенсаторно-адаптаційні можливості організму в екстремальних умовах достовірно знижувався до (3,76±0,03) ммоль/л проти (4,48±0,13) ммоль/л, однак ні в одного хворого не був нижчим 3,62 ммоль/л. При виписці з стаціонару середній вміст цукру крові повертався до початкових величин.

При поступленні в стаціонар у всіх пацієнтів спостерігалось порушення легеневої вентиляції з переважанням недостатності за обструктивним типом. Порушення бронхіальної прохідності 1 ст було відзначено у 31,4 %, 2 ст. – у 42,9 % і 3 ст. – у 25,7 % хворих.

В процесі РДТ наступало покращення або повна нормалізація показників функції зовнішнього дихання, зокрема збільшувалися величини ЖЕЛ на 14,5 % (p<0,05)

ОФВ1 на 21,3 % ($p < 0,05$), покращувалися пр.Штанге та Сообразе (відповідно до 30 і 20 с).

При катamnестичному обстеженні, через 6-12 місяців клініко-лабораторні дані у 88 % обстежених пацієнтів, практично не відрізнялися від показників при виписці, а у 12 % були дещо гіршими, ніж в кінці відновного періоду, проте залишались вірогідно вищими порівняно з такими до початку лікування.

Висновки 1. РДТ є високоефективним немедикаментозним методом лікування основного захворювання та супутньої патології. При чіткому дотриманні методики не викликає побічних впливів, відрізняється доступністю і простотою виконання. **2.** Метод РДТ дозволяє в короткі терміни домогтися зникнення симптоматики основного і супутніх захворювань. У хворих на БА та ХОБ найбільш ефективними є курси РДТ тривалістю 14-28 днів. **3.** РДТ майже у всіх хворих сприятливо впливає на перебіг захворювання, застосування його забезпечує подовження ремісії та зниження частоти загострень хвороби.

1. Болезни органов дыхания: в 4 томах / под ред. Н.Р. Палеева – М., 1990.– Т. 3.– 383 с.

2. Борисова Н.М. Новые подходы к изучению иммунодефицитных состояний при ХНЗЛ // Тер.арх.– 1988.– № 3–С. 52-55.

3. Голуб Н.И. Влияние курения на состояние иммунитета и антипротеазную защиту // Тер.арх.– 1996.– № 1– С. 64-66.

4. Кокосов А.Н., Осинин С.Г. Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой.– Ташкент, 1984.

5. Кокосов А.Н., Осинин С.Г., Фаустов М.Е. РДТ как немедикаментозный метод выбора в сложных случаях астматического бронхита и бронхиальной астмы // Тер.арх.– 1991.– № 3.– С. 100-103.

6. Николаев Ю.С., Самсонова М.А. и др. Рекомендации по дифференцированному применению метода разгрузочно-диетической терапии при некоторых внутренних и нервно-психических заболеваниях.– М., 1990.– 45 с.

7. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Про стан і проблеми фізіопульмонологічної допомоги населенню України // Журнал АМН України.– 1995.– Т.1.– № 1.– С. 119-127.