

Н.В.МАНЬШИНА, НП «Санкуртур», Москва

Санаторно-курортное лечение

БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Проблема реабилитации больных бронхиальной астмой (БА) остается одной из самых значительных в пульмонологии. Это заболевание, начавшись у детей, часто продолжается в зрелом возрасте, становясь причиной инвалидности, а иногда и летальных исходов. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 10% взрослого населения Земли страдают этим заболеванием различной степени выраженности, а среди детей этот показатель составляет 10—15%.

Все это объясняет значимость проблемы заболевания БА, внимание, которое она привлекает во всем мире.

В программе «Международное исследование астмы и аллергии у детей ("ISAAC")» и в принятой в 1997 г. и утвержденной к широкому внедрению первой российской национальной программе «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» указывается, что БА является самостоятельной нозологической формой — хроническим заболеванием, в основе которого лежит аллергическое воспаление бронхов [8, 17]. Такое определение БА детерминирует подходы к диагностике, лечению и профилактике этого тяжелого недуга. Устойчивая ремиссия может быть

достигнута только под влиянием адекватной патогенетической терапии, цель которой сохранить контроль над БА при наименьшем объеме базисной медикаментозной терапии. Главные направления в лечении больных БА на курорте дополняются специальными мероприятиями, направленными на ликвидацию или уменьшение выраженности

аллергических проявлений, восстановление или улучшение нарушенной функции дыхания, тренировку адаптационных механизмов организма, повышение его общей резистентности. Основой реабилитационных комплексов, проводимых на курорте, являются климатические процедуры; бальнео- и гидротерапия; лечебная, в т.ч. и дыхательная гимнастика; массаж, мануальная терапия; ингаляции лекарственных средств: бронходилататоров, минеральных вод, трав; аппаратные методы тренировки дыхания; аэрофитотерапия, лекарственная терапия. Санаторно-курортное лечение, воздействуя на различные звенья патогенеза БА, запускает

механизмы саногенеза и позволяет достичь устойчивой ремиссии БА без угрозы прогрессирования заболевания и перехода его в более тяжелые формы. В идеале, в регулярном санаторно-курортном лечении нуждаются практически все больные БА, особенно учитывая ее влияние на качество и продолжительность их жизни [6].

Показаниями для назначения санаторно-курортного лечения являются следующие формы БА: атопическая (экзогенная, иммунологическая), неатопическая (эндогенная, неиммунологическая), смешанная, в т.ч. профессионального происхождения, в фазе ремиссии с легкими и нечастыми приступами удушья, с дыхательной недостаточностью не выше II степени. При БА в фазе нестойкой ремиссии, гормонозависимой контролируемой, с наличием легочно-сердечной недостаточности не выше I стадии лечение возможно только в регионе проживания.

Курортное лечение противопоказано больным, страдающим тяжелой БА, при наличии: астматического состояния или приступов удушья в момент направления на оздоровление; хронической пневмонии — II и III стадии; указаний на крайне тяжелые приступы удушья в анамнезе, сопровождающиеся тяжелыми нарушениями сердечной деятельности и асфиксией.

Во избежание обострений БА и воспалительных процессов в процессе курортного лечения и повышения его эффективности перед поездкой в санаторий обязательны проведение обследования и санация очагов хронической инфекции (кариозных зубов, носоглотки, околоносовых пазух). В перечень обязательных диагностических исследований входят: клинические анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенологические исследования органов грудной клетки. При необходимости проводятся дополнительные исследования: рентгенография околоносовых пазух, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томогра-

■ При выборе курорта для больных БА необходимо руководствоваться не только климатической зоной курорта, но и сезоном, учитывая контрастность метеоусловий и стадию вегетации растений-аллергенов.

фия, УЗИ легких и органов средостения, трахеобронхоскопия, исследование функции внешнего дыхания, аллергические пробы, определение сыровоточных иммуноглобулинов основных классов, общий анализ мокроты, посев и бактериологическое исследование мокроты, отделяемого носа, глотки. Программы курортного лечения составляются индивидуально с учетом результатов клинического обследования.

При выборе курорта для больных БА необходимо руководствоваться не только климатической зоной курорта, но и сезоном, учитывая контрастность метеоусловий и стадию вегетации растений-аллергенов.

Климат оказывает мощное терапевтическое воздействие и должен рассматриваться как сильнодействующий фактор. В 80-х годах были получены убедительные доказательства, свидетельствующие о том, что эффективность лечения больных БА на местных курортах выше, чем на удаленных. Это обусловлено необходимостью адаптации и реадaptации больных к новым климатическим условиям. Длительность периода адаптации (акклиматизации) на курорте зависит от особенностей болезни и контрастности смены климатических районов [6, 9, 15]. По той же причине нецелесообразно проведение коротких курсов, столь популярных в последнее время. Оптимальный курс санаторного лечения больных БА составляет 21–30 дней.

Климатические лечебные процедуры (дозированные прогулки, воздушные и солнечные ванны, сон на воздухе и у моря, купание в море и пресных водоемах) составляют основу санаторно-курортного лечения БА, оказывая десенсибилизирующее, противовоспалительное и антисептическое действия [4].

В условиях горного климата значительно снижается интенсивность кожных аллергических проб и других иммунологических показателей, свидетельствующих об уменьшении уровня сенсибилизации организма, в результате экстренной адаптационной реакции организма на горную гипоксию происходит активация функций систем дыхания, кровообращения, вегетативной нервной системы, усиление секреции гидрокортизона и альдостерона. Уже в первые дни пребывания в условиях среднегорья у больных БА прекращаются или значительно уменьшаются кашель и приступы удушья, уменьшается количество хрипов в легких. Исследования функции внешнего дыхания и гемодинамики свидетельствуют об улучшении проходимости бронхов, повышении альвеолярной вентиляции, уменьшении гипоксемии и гипоксии миокарда, выраженности спазма сосудов малого круга кровообращения [1, 4, 6, 18]. При выборе горно-климатического курорта для метеочувствительных пациентов и лиц пожилого возраста следует учитывать, что адаптация легче протекает в зоне умеренного климата.

Морской климат отличается повышенной ионизацией и содержанием гидроаэрозолей хлорида натрия, брома, кальция, магния и других микроэлементов мор-

ской воды на расстоянии до 2000 м от берега. Аэроионы и гидроаэрозоли заметно улучшают легочную вентиляцию, дренажную функцию дыхательных путей и проходимость бронхов, уменьшают гипертензию в малом круге кровообращения, увеличивают число эритроцитов и гемоглобина в крови, замедляют частоту сердечных сокращений, стимулируют обменные процессы, синтез витаминов С и группы В. Больным БА следует ограничивать инсоляцию, т.к. УФ-лучи активно влияют на иммунную систему, а также могут вызвать солнечные ожоги и, как следствие, дополнительную сенсибилизацию организма.

Климатотерапия на морском побережье возможна во все времена года, однако для проведения лечения наиболее благоприятен «бархатный» сезон — ранняя осень, когда уже нет излишка солнечного излучения и тепла, но еще есть возможность осуществлять климатотерапию в полном объеме, включая солнечные ванны и морские купания.

Микроклимат побережья Мертвого моря, кроме того, отличается повышенным содержанием брома, низким содержанием аллергенов, а также повышенным на 15% содержанием кислорода. Согласно 3-летним исследованиям профессора И.Вайзеля (университет Тель-Авива), самая низкая концентрация пылицы наблюдается в декабре-феврале. Это наиболее благоприятное время для больных БА и кожно-респираторным синдромом [20].

Приморский климат умеренных широт, Балтийского побережья характеризуется относительно высоким атмосферным давлением, равномерной температурой, чистотой и свежестью воздуха при высоком содержании в нем озона и морских солей, отсутствием резких перепадов температуры. На побережье Финского залива Курортного района С.-Петербурга важную роль климатообразующего фактора играют сосновые рощи, насыщающие воздух фитонцидами. Благотворное действие фитонцидов проявляется в очень малых концентрациях — от 5 мг/м³, в то время как за сутки с 1 га можжевельного леса выделяется в воздух до 30 кг фитонцидов, с 1 га хвойного леса — до 5 кг, а с 1 га лиственного летом — до 2 кг. Фитонциды оказывают десенсибилизирующее, противовоспалительное и антисептическое действие.

По заключению врачей болгарского курорта Сандански, на эффект лечения влияют курортный сезон и формы БА. Максимальная эффективность курортного лечения атопической формы БА получена осенью (96,7%), а самая низкая — летом (86,8%); при инфекционно-аллергической форме самая высокая эффективность получена летом

■ Больным БА следует ограничивать инсоляцию в силу активного влияния УФ-лучей на иммунную систему и возможности развития солнечных ожогов и, как следствие, дополнительной сенсибилизации.

(88,3%), а самая низкая — весной (79,1%). При смешанной форме наивысшая эффективность лечения приходится на осень (92,6%), а самая низкая на весну (76%) [18].

Градири (от нем. gradieren — сгущать соляной раствор) — устройства для охлаждения воды атмосферным воздухом — устроены на многих немецких и австрийских бальнеоклиматических курортах с хлоридными натриевыми водами. Мельчайшие частицы воды распыляются на расстояние до 500 м, образуя аэрозоль и создавая микроклимат, близкий к условиям морских побережий: увлажненный, ионизированный воздух, насыщенный солями и аэроионами. Пребывание близ градири, вокруг которых образуется естественный ингаляторий, чрезвычайно эффективно при лечении неспецифических заболеваний органов дыхания, в т.ч. и БА.

Спелеотерапия (греч. speleon — пещера), как метод лечения больных БА, был открыт человечеством эмпирически. Известно, что среди жителей подземного города в Сахарском Атласе практически не было больных БА. В 1980 г. впервые эффективность «пещерного» лечения связали с особенностью микроклимата под сводами карстовых пещер. Невысокая (6—12°C), но постоянная температура воздуха способствует сужению расширенных кровеносных сосудов; высокое содержание CO₂ (0,3—3,0 против 0,03% на поверхности) увеличивает объем дыхания на 1,0—1,5 л/мин. и способствует более глубокой вентиляции легких; высокая ионизация

воздуха и наличие аэрозолей разного состава способствуют уменьшению отека слизистых оболочек; высокая влажность (95—100%) — глубокому проникновению заряженных частиц и аэрозолей в дыхательные пути. К этому следует добавить высокую чистоту воздуха (менее 150 микробов в 1 м³), отсут-

ствие в нем аллергенов и тишину пещер, «снимающую» стрессы и позволяющую лучше воспринимать остальные лечебные факторы.

В настоящее время в мире для лечения оборудованы около 25 спелеолечебниц в карстовых и искусственных пещерах, образовавшихся в результате выработки соли [7, 16]. В 1968 г. был открыт первый на территории СССР подземный стационар в небольшом поселке Солотвино, в предгорной зоне Украинских Карпат. С 1977 г. действует первая и единственная в России сальвинитовая спелеолечебница, построенная в калийном руднике на Верхнекамском месторождении калийных солей (г. Березники, Пермской области). В эти же годы в России и Украине были созданы лечебные камеры, в которых воссоздан микроклимат соляных и сальвинитовых пещер. Галокамеры и спелеокамеры — приоритет-

ные разработки русской физиотерапевтической школы. Ими оснащены многие санатории, городские медицинские центры, в настоящее время их импортируют за рубеж.

Галотерапия с пребыванием в искусственно созданном микроклимате соляных пещер, где основным действующим фактором метода является высокодисперсный сухой солевой аэрозоль (галоаэрозоль), широко применяется как в курортных, так и в городских медицинских центрах. Аэрозоли солей тормозят размножение микрофлоры дыхательных путей, предотвращая развитие воспалительного процесса. Адаптация организма к специфическому микроклимату спелеокамеры сопровождается активацией симпатико-адреналовой системы, усилением выработки гормонов эндокринными органами, увеличением количества фагоцитирующих макрофагов и Т-лимфоцитов, уменьшением содержания иммуноглобулинов А, G и E, повышением лизоцимной активности сыворотки крови. Галотерапия способствует удлинению периода ремиссии и снижению степени тяжести течения БА, что влечет за собой возможность назначения пациентам меньших доз и более щадящих средств базисной медикаментозной терапии [14].

Галоингаляционная терапия (ГИТ) — лечебное воздействие сухим высокодисперсным аэрозолем хлорида натрия на респираторный тракт относится к числу методов ингаляционной физиотерапии, перспективных для включения в схему базисной терапии больных БА. Клинические наблюдения, проведенные в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова С.-Петербурга, свидетельствует об эффективности проведения ГИТ (с использованием галоингалятора «Галонерб») только у больных БА с клиническими признаками дискринии. После проведения 3—6 процедур ГИТ у 68% больных наблюдалось улучшение дренажной функции бронхов. Помимо устранения дискринического компонента обструкции бронхов, бронхолитический эффект ГИТ был связан с повышением эффективности базисной противовоспалительной терапии [12].

Немедикаментозная аэрозольная терапия с применением различных типов минеральных вод, производных из минеральных вод и пелоидов, оказывает не только местное, но и системное противовоспалительное действие, улучшает состояние системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, бронхиальную проходимость и адаптационные возможности у больных БА. Наибольшим клиническим эффектом обладают ингаляции гидрокарбонатных, хлоридных, кремнистых вод с низким содержанием кремния, которые могут быть использованы в нативном виде или в разведении до концентрации 1—2% раствора [13].

Метод прерывистой нормобарической гипокситерапии способствует повышению неспецифической резистентности организма к повреждающим факторам внешней и внутренней среды, нормализует показатели

■ **Бальнеотерапия кроме неспецифического действия (повышения резистентности организма) оказывает специфическое действие в зависимости от типа вод.**

углеводного, жирового, белкового обмена, иммунный статус, оказывает противоаллергическое действие. В основе метода гипоксической тренировки лежит чередование дыхания газовой смесью со сниженным содержанием кислорода и дыхания атмосферным воздухом при нормальном барометрическом давлении. Режим интервальной гипоксической тренировки подбирается с учетом результатов гипоксического теста. Применение интервальной гипоксической тренировки оказывает положительное влияние на течение БА, значительно снижает заболеваемость ОРВИ, а также может быть использовано в качестве профилактики бронхообструктивных явлений у часто болеющих ОРВИ детей [2].

Терапия минеральными водами в виде ингаляций, питьевого лечения и бальнеопроцедур занимает достойное место в комплексном курортном лечении больных БА. Бальнеотерапия кроме неспецифического действия (повышения резистентности организма) оказывает и специфическое действие в зависимости от типа вод.

Rn. Радонотерапия способствует повышению уровня глюкокортикоидов, катехоламинов, снижению уровня биогенных аминов, антител. Доказано, что радоновые ванны способствуют увеличению относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов, снижению количества эозинофилов, повышают иммунокомпетентность, т.е. оказывают противовоспалительное и десенсибилизирующее действие и обладают выраженным клиническим эффектом при атопическом варианте БА.

CO₂. Углекислые ванны усиливают легочной кровоток, вентиляцию легких. Повышение уровня углекислоты в крови оказывает спазмолитическое действие, способствует уменьшению гипервентиляции, увеличению диссоциации оксигемоглобина, высвобождению кислорода и утилизации его тканями. У больных с более тяжелым течением БА, осложненным формированием легочной гипертензии, легочного сердца и легочно-сердечной недостаточности I ст., у лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца, детей целесообразно использование газовоздушных углекислых ванн, лишенных гидростатического компонента действия, что позволяет предотвратить повышение внутригрудного давления, венозного возврата к сердцу.

Cl-Na. Хлоридные натриевые воды вызывают раздражение кожных рецепторов, что приводит к уменьшению отека тканей, повышению температуры тела, усилению кровообращения. Опосредованно улучшаются реологические свойства крови, глюкокортикоидная функция коры надпочечников.

I-Br. Йодо-бромные ванны оказывают противовоспалительное действие. Накапливаясь в очаге воспаления в легких, ионы йода угнетают альтерацию и экссудацию, стимулируют процессы регенерации.

H₂S. В механизме терапевтического действия сульфидных вод большую роль играют гормональные сдвиги, изменения функции симпатико-адреналовой систе-

мы и иммунологической реактивности. Сульфидные ванны оказывают общеседативное и вегетостабилизирующее действие, наиболее эффективны при сопутствующих заболеваниях кожи (экзема, нейродермит).

Из гидротерапевтических процедур применяют контрастные, кислородные, жемчужные и фитованны, а также контрастный душ. Многократные чередующиеся воздействия теплой и прохладной водой приводят к улучшению функционального состояния кардио-респираторной, иммунной, гормональной систем, повышению физической работоспособности.

Грязелечение применяется в виде аппликаций природной грязи на грудную клетку и рефлексогенные зоны. Кроме общеизвестного противовоспалительного действия следует отметить, что входящий в состав сульфидных грязей лецитин оказывает влияние на сурфактантную систему легких. В 70-е годы в Кисловодске была разработана методика лекарственного электрофореза с применением отжима грязи на область корней легких у больных БА и интраназально при аллергическом рините. Клинические исследования показали высокую эффективность электрофореза «Спиртовой эссенции пелоидов Тамбуканского озера» у больных БА с легкой и средней степенью тяжести течения заболевания в фазе ремиссии или с минимальной активностью воспалительного процесса [3].

Кинезитерапия при БА включает респираторную гимнастику, дозированную ходьбу, терренкур, бег, плавание, занятия на тренажерах, катание на лыжах, коньках, игровые виды спорта. Физические упражнения способствуют улучшению подвижности грудной клетки и диафрагмы, устранению напряжения дыхательных мышц, формированию правильного стереотипа дыхания, улучшению дренажной функции, бронхиальной проходимости, увеличению растяжимости легких, оптимизации газообмена, коррекции дыхательной недостаточности [5, 11].

При массаже грудной клетки механическое раздражение тканевых рецепторов прямым и рефлекторным путем приводит к усилению крово- и лимфообращения, распаду белковых соединений, высвобождению биологически активных веществ, тканевых гормонов, улучшению трофики респираторных мышц. Результатом перестройки нейрогуморальных взаимоотношений является инволюция воспалительных инфильтратов, растяжение плевральных сращений, улучшение эластичности и тонуса дыхательной мускулатуры, увеличение подвижности ребер.

Мануальная терапия способствует восстановлению биомеханики и сегментарных связей. Бронхи-

■ Физические упражнения улучшают подвижность грудной клетки и диафрагмы, устраняют напряжения дыхательных мышц, способствуют формированию правильного стереотипа дыхания.

альная обструкция, гиповентиляция, утомление дыхательных мышц, ограничение экскурсии грудной клетки, диафрагмы приводят к формированию функциональных блоков позвоночных сочленений, ребер, регионарному дисбалансу мышц. Манипуляционные воздействия приводят к увеличению подвижности костно-мышечного каркаса, активности дыхательной мускулатуры, ликвидации болей в области грудной клетки, способствуют увеличению бронхиальной проходимости и растяжимости легких.

Лечебная гипертермия в сауне способствует достижению адекватной термоадаптации, восстановлению деятельности регулирующих систем организма (нервной, эндокринной, иммунной). Повышение пластичности тканей грудной клетки, снижение тонуса мускулатуры, в т.ч. гладкой, приводят к улучшению механики дыхания, устранению бронхоконстрикции, улучшению эвакуаторной функции, активации кровообращения, трофики тканей, а обильное потоотделение способствует выведению токсинов, продуктов метаболизма. Чередование воздействия интенсивного тепла с кратковременным воздействием холода в виде душа или погружения в бассейн оказывает стимулирующее и тренирующее влияние на систему терморегуляции и термоадаптации.

Фитотерапия применяется в виде ингаляционной терапии и фиточаев.

Психотерапия и методы психологического коррекционного воздействия в последние годы приобретают все большее значение в комплексном лечении больных БА [6, 9, 10, 19]. А.Д.Адо считал, что каждый больной БА представляет собой человека с большим или меньшим состоянием невроза, что подтверждено современными клиническими исследованиями. У подавляющего большинства детей, больных БА, выявлены различные формы неврозов, проявляющиеся в виде расстройств сна, аппетита, а также чувства тревожности, страха возникновения приступа БА [10, 19]. В комплексных программах курортного лечения больных БА хорошие результаты, наряду с индивидуальной терапией, дает групповая психотерапия. Комплексное курортное лечение оказывает

тонизирующее влияние на центральную нервную систему, улучшает работу адаптационных, стресс-реализующих систем, повышает резистентность высшей нервной деятельности к воздействию неблагоприятных условий среды и длительных психо-травмирующих факторов, в т.ч. и фонового заболевания — БА. Важное место в комплексном лечении занимают образовательные программы («Астма-школы»).

«Астма-школа» позволяет достичь основной цели лечения — контроля над течением заболевания. Понятие контроля включает в себя целый комплекс мер, которые проводятся совместно врачом и пациентом. Как отмечают специалисты, лишь 60% пациентов правильно понимают и соблюдают рекомендации лечащего врача, остальные же бездействуют или допускают ошибки, чем провоцируют обострение БА. Следует отметить, что комплаентность (степень приверженности больных назначенному лечению) является ключевым фактором успешной терапии БА на всех этапах лечения. Больной должен знать о своей болезни не меньше врача, поэтому так важно научить его «уживаться» с этим хроническим заболеванием, а в комфортных условиях санатория сделать это намного легче, чем в суете повседневной жизни.

По данным различных санаториев, эффективность комплексной курортной терапии следующая: уменьшение клинических проявлений заболевания наблюдается у 63% больных БА после 14 дней и у 96% — после 21 дня лечения. Происходит увеличение жизненной емкости легких и уменьшение следующих основных субъективных и объективных симптомов заболевания: одышки, выделения мокроты, кашля, явлений легочной недостаточности. Кроме того, у пациентов улучшается настроение, сон, нормализуется температура, восстанавливается работоспособность, снижается избыточный вес, происходит нормализация ритма сердечных сокращений и других функций миокарда, что подтверждается данными дополнительных исследований. Длительность ремиссии составляет 3–9 мес.



ЛИТЕРАТУРА

1. Вазиева З.Ч., Кипкеев А.И., Чалая Е.Н. Принципы курортного лечения детей с респираторными аллергиями. //РМЖ — 2007. — Т. 15. — № 21.
2. Гепле Н.А., Курчакова Т.В., Дайрова Р.А., Ткачук Е.Н., Фаробина Е.Г. Интервальная гипоксическая тренировка при бронхиальной астме у детей. //Нур. Med. J. — 1995. — Т. 3. — № 3. — С. 11–14.
3. Зонис Я. М. Немедикаментозная реабилитация больных обструктивными заболеваниями легких. //Пульмонология. — 2000. — № 4. — С. 83–87.
4. Клячкин Л.М., Щегольков А.М., Клячкина И.Л. Принципы современной климатотерапии и ее значение в пульмонологии. //Пульмонология. — 2000. — №4 — С. 88–92.
5. Клячкин Л.М. Кинезотерапия в пульмонологии. //12 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. — Москва, 11–15 ноября 2002 г.
6. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей. — М.: «Практическая медицина». — С. 416.
7. Маньшина Н.В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. — М.: «Вече», 2007. — С. 592.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 2-е издание. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. — С. 100.
9. Палеев Н. Р. Современные проблемы бронхиальной астмы и подходы к лечению. //Материалы III Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». — Москва, 20 сентября 2006 г.
10. Полонская Н.Б., Кипкеев А.И., Чалая Е.Н., Вазиева З.Ч. Курортное лечение психоневрологических расстройств у детей больных бронхиальной астмой. //Материалы II Международного конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация». — Москва 20–21 сентября 2005 г.

Полный список литературы Вы можете запросить в редакции.