

Результаты комплексной реабилитации детей с бронхиальной астмой и респираторными аллергозами

**В.Н.Пономарева, М.М.Фролова
Поморский государственный
Университет имени М.В.Ломоносова
Больница восстановительного лечения
Детская поликлиника № 4, Архангельск
Россия**

Цель работы – оценка результатов комплекса немедикаментозных методов лечения детей с бронхиальной астмой (БА) и другими аллергическими заболеваниями дыхательных путей – респираторными аллергозами (РА).

В последние десятилетия аллергические заболевания у детей вышли на второе место по распространенности, уступая только вирусным инфекциям. Около 30-40% имеют те или иные проявления аллергии. БА страдает около 5% детского населения России в крупных промышленных городах. БА – наиболее частая причина инвалидизации детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. У 40-50% взрослых, инвалидов вследствие БА, заболевание началось в раннем детстве.

Развивается астма постепенно, последовательно. Чаще ей предшествуют многолетние проявления аллергических поражений верхних дыхательных путей в виде аллергического ринита, ларинготрахеита, бронхита, объединенных общим термином – респираторный аллергоз (РА). Таким образом, заболевание БА формируется у детей из группы болеющих РА. Своевременное выявление этих групп детей и проведение комплекса профилактических и реабилитационных мер позволит снизить заболеваемость БА.

В последние годы для лечения больных БА четко отработаны и используются стандартные схемы медикаментозного лечения. Однако немедикаментозные методы лечения БА и РА у детей используются недостаточно.

Перспективным для достижения максимального эффекта является сочетание стандартных схем медикаментозного лечения с нетрадиционными методами. Роль немедикаментозной терапии особенно возрастает при РА в период ремиссии БА.

Комплексное восстановительное лечение направлено на мобилизацию резистентности организма ребенка, тренировку респираторного тракта с целью снижения гиперреактивности бронхов, а также на профилактику вирусных инфекций (ОРВИ), особенно часто провоцирующих обострения аллергических заболеваний.

К этим методам лечения и профилактики БА и РА относят массаж, рефлексотерапию, ЛФК и дыхательную гимнастику, закаливание, психотерапию детей и родителей.

Одним из менее изученных и применяемых у детей методов является галотерапия – лечение в условиях искусственного микроклимата соляных пещер. Исследователи указывают на бактерицидный, гипоаллергенный, иммунокорректирующий эффект спелео- и галотерапии, а также тренирующее воздействие, снижающее гиперреактивность бронхов, при хорошей переносимости больными. Нами проведено наблюдение в процессе восстановительного лечения и в течение года после лечения за детьми, получавшими комплексную терапию на базе областной больницы восстановительного лечения (БВЛ) Архангельска в 1998-99 гг. Лечение получали 92 ребенка с заболеваниями органов дыхания в возрасте от 4 до 14 лет.

С диагнозом БА наблюдались 42 ребенка (31 в межприступном периоде 11 – в постприступном). По тяжести течения астмы 3 детей с тяжелым течением, 19 – со среднетяжелым и 20 – с легким. У 19 детей, больных БА, наряду с респираторным синдромом отмечались проявления аллергодерматита в периоде неполной ремиссии.

25 детей получали лечение по поводу РА в периоде неполной ремиссии (атопический бронхит у 16 детей, аллергический ринит - у 5, ринофаринготрахеит – у 4). У 6 из них имелся также сочетанный дерматореспираторный синдром. 10 детей лечились с рецидивирующим бронхитом в стадии ремиссии, 9 - часто болеющие простудными заболеваниями, 6 детей – после острой пневмонии в периоде реконвалесценции.

Продолжительность лечения составляла 18-24 дня. Курс лечения включал: диету с исключением облигатных аллергенов, питье лечебной минеральной воды из местного источника, курс альгината натрия в течение 3 недель. Галотерапия в камере искусственного микроклимата проводилась в течение 40 мин ежедневно, 15 сеансов при БА и пневмонии и 12 сеансов при РА и часто болеющим детям. Лечебные ванны с минеральной водой чередовались с ваннами с Бронхикум, всего

10 процедур. Ингаляции проводились с минеральной водой и раствором Бронхикум – всего 10. Озокеритовые аппликации на грудную клетку назначались детям в постприступном периоде БА, реконвалесцентам пневмонии и бронхитов. Массаж грудной клетки, ЛФК и физиолечение (лазеротерапия и УЗТ по точкам) получали все дети, за исключением младшего возраста и детей с распространенным дерматитом.

Медикаментозное лечение, назначенное аллергологом, продолжалось детям с БА в постприступном периоде (11 детей) в виде перорального приема эуфиллина в течение первой недели лечения. Базисная терапия инталом продолжалась у 6 детей с БА. Трое детей с тяжелой астмой получали ингаляции Беротека. Гормональные препараты дети не получали, хотя в анамнезе для снятия приступов в стационаре гормоны применялись у многих детей. В процессе лечения в БВЛ с родителями и больными детьми проводились беседы по профилактике РА и БА и контролю астмы.

За время лечения в стационаре не было случаев ухудшения состояния у детей и обострений основного заболевания. Всем детям с БА, поступавшим в постприступном периоде, был отменен эуфиллин через неделю лечения. К этому времени исчезали кашель и хрипы в легких. У 3 детей отмечались эпизодически приступы свистящего дыхания после контакта с животными, которые быстро снимались приемом эуфиллина. Двое детей с БА заболели ОРВИ (в период эпидемии), но без бронхообструктивного синдрома. У всех детей с дерматореспираторным синдромом отмечалась значительная положительная динамика кожных проявлений к концу лечения (исчезновение зуда, инфильтрации и папулезных высыпаний на коже).

Анализ отдаленных результатов комплексной реабилитации детей в течение последующего года после лечения проведен у 39 детей (25 – с БА и 14 с РА). 12 детей были со среднетяжелой БА, 2 – с тяжелой и 11 – с легкой астмой. 8 детей из этой группы получали ингаляции интала, 2 ребенка с тяжелым течением получали Беротек 2-3 раза в день. При анализе амбулаторных карт и опросе родителей обращалось внимание на частоту приступов в год, их тяжесть, частоту госпитализаций в стационар, частоту ОРЗ в течение года до проведения реабилитации и после.

Отмечено отчетливое снижение частоты ОРВИ за год во всех группах наблюдавшихся детей. Частота приступов астмы за год также уменьшилась, приступы стали менее тяжелыми, купировались дома. До лечения в БВЛ 12 из 25 наблюдавшихся в динамике детей госпитализировались

ежегодно с некупируемыми приступами астмы. После лечения в течение года ни один из наблюдавшихся детей не был госпитализирован, хотя базисная терапия в этой группе оставалась на той же ступени. В группах детей с РА, рецидивирующим бронхитом и часто болеющих обострений бронхитов и заболеваний ОРВИ за год было меньше, чем за год до лечения в БЛВ. Ни один больной из этих групп не переведен в группу больных БА.

Несомненно, большое значение в улучшении течения БА в этой группе детей, наряду с лечением в БВЛ, имело и повышение образования родителей и детей в процессе лечения.

Таким образом, проведенный анализ указывает на высокую эффективность комплексной немедикаментозной реабилитационной терапии у детей с БА и РА. Возможности для проведения реабилитации детей в местных условиях имеются на базе БВЛ (с применением галотерапии, считающейся во многих странах традиционным методом лечения БА). Целесообразно создание в БВЛ отделения для лечения детей с заболеваниями органов дыхания для снижения заболеваемости БА и достижения стойкой ремиссии среди уже заболевших детей. На базе БВЛ также возможно активно реализовывать образовательные программы для родителей и детей (астма-школа), что является необходимым условием успешного контроля астмы.

* * *