

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ
ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

BRONXIAL ASTMANING ALLERGIK RINOSINUSITLAR BILAN UYG'UN
SHAKLIDA KOMPLEKS TERAPIYA SAMARADORLIGI.

EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE THERAPY IN CHILDREN WITH COMBINED
FORMS OF BRONCHIAL ASTHMA

Ахмедова М.М.– DSc, профессор
<https://orcid.org/0009-0001-1645-1055>
Central Asian Medical University

Ахмедова М.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. In ActaCAMU (Vol. 11, Number 1, pp. 116–120). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17181153>

Аннотация. Комплексная горноклиматическая терапия с применением иглорефлексотерапии у детей сочетанной формой бронхиальной астмы с аллергическими риносинуситами имеет достоверное преимущества по сравнению с контрольной группой, который получали только горноклиматотерапию, так как числовые различия с контролем являются достоверными ($p < 0,05$).

Ключевые слова: бронхиал астма, иглорефлексотерапия, горный климат.

Annotatsiya. Bollarda bronxial astmaning allergik rinosinusitlar bilan uyg'un kechishida tog' iqlimi sharoitida ignarefleksoterapiya muolajalarini tavsiya etilishi nazorat guruhi, ya'ni tog' iqlimi sharoitida davolangan bemorlarga nisbatan ishinchli afzalliklarga ega bo'lib, raqamlar o'rtasidagi farq ishinchli bo'ldi ($p < 0,05$).

Kalit so'zlar: bronxial astma, ignarefleksoterapiya, tog' iqlimi.

Annotation. Complex mountain-climate therapy with the use of acupuncture in children with combined bronchial asthma and allergic rhinosinusitis has a significant advantage compared to the control group, which received only mountain-climate therapy, as the numerical differences with the control are statistically significant ($p < 0.05$).

Key words: bronchial asthma, acupuncture, mountain climate.

Актуальность исследований: Бронхиальная астма (БА) характеризуется развитием хронического воспалительного процесса в слизистой дыхательных путей [1, 2, 3]. Частота БА составляет 8-10% среди взрослого населения и 10-15% среди детей [3, 4]. Лечение БА остается сложной задачей. После медикаментозного лечения у большинства больных БА сохраняются изменения показателей функции внешнего дыхания, иммунного статуса. Нередко развивается лекарственная аллергия [1, 3]. В связи с этим изыскиваются немедикаментозные способы терапии больных БА. В этом отношении представляет большой научный и практический интерес использование горноклиматической терапии больных БА и иглорефлексотерапии [1, 3, 4, 6].

Цель исследования – определить эффективность комплексной горноклиматической терапии сочетанных форм БА у детей.

Материалы и методы: Объектом исследования были дети, страдающие БА, сочетанной с другими аллергическими реакциями и заболеваниями. Под наблюдением находились 110 детей в возрасте 7-14 лет, страдающих сочетанной формой БА: мальчиков 65 (59,1±4,6%), девочек 45 (40,9±4,6%). Возраст больных детей 7-14 лет. Длительность или продолжительность болезни находилась в пределах от 1 года до 6 лет и более. Однако у большинства детей 54 (49,1%) продолжительность болезни составляла до 3-х лет. Такая

закономерность отмечалась и у девочек, и у мальчиков. Контролем служили 30 пациентов соответствующего пола и возраста. Диагноз основного и сопутствующих заболеваний выставляли согласно критериям международного консенсуса [2, 3, 4]. Дети получили лечение в санатории "Хамзаабад", который находится в Ферганской долине на высоте 2200 метров над уровнем моря. Горноклиматическое лечение сочетали с применением иглорефлексотерапии, для чего подбирали комплекс нового сочетания корпоральных точек акупунктуры: P-7, P-8, P-10, E-36, E-41, VB-20, V-12, RP-9, GI-4, TR-6, MC-7, F-8, VB41 и новое сочетание аурикулярных точек: AT-12, AT-13, AT-15, AT-22, AT-25, AT-31, AT-33, AT-60, AT-78, AT-101, AT-102. Для лечения применяли стальные и серебряные иглы №1-8 российского производства. Лечение проводили ежедневно. Курс лечения 10-12 процедур. Форсированный выдох или пиковую скорость выдоха (ПСВ) определяли пикфлуометром [1, 2, 3]. Определяли также пороговую чувствительность рецепторов бронхов к гистамину, фагоцитарную активность лейкоцитов, содержание эозинофилов в периферической крови, мазках отпечатках слизистой носа, мокроте [1, 4, 5, 6]. Причину сенсibilизации организма определяли постановкой кожных скарификационных проб с неинфекционными региональными аллергенами. Основная группа больных получала комплексную терапию: горноклиматическую иглорефлексотерапию. Контрольная группа больных БА (30 пациентов) только горно-климатотерапию. Эффективность лечения определяли по 4-бальной системе: 3 – отличный эффект (симптомы БА исчезали полностью, улучшались показатели функциональных, лабораторных исследований); 2 – хороший (симптомы БА значительно уменьшились); 1 – удовлетворительный (симптомы основного и сопутствующих заболеваний исчезали, интенсивность других значительно ослаблялась, показатели клинико-лабораторных исследований улучшались также частично); 0 – нет эффекта. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ "Microsoft Windows". Достоверность различий сравниваемых величин оценивали с помощью критерия Стьюдента. Взаимосвязь изученных параметров оценивали с использованием коэффициента корреляции при значимости $p < 0,05$

Результаты и обсуждение: Клинические проявления болезни были типичными для БА. Однако отмечались некоторые особенности (табл. 1). У большинства детей (60,0%) БА сочеталась с другими аллергическими заболеваниями, в том числе с аллергическими риносинуситами (32,7%), атопическим дерматитом (18,2%) и гастроинтестинальной аллергией (9,1%). Частота сочетания БА с другими аллергическими болезнями не зависела от пола и возраста детей ($P > 0,5$) (табл. 1), что согласуется с данными литературы [1,2]. В развитии аллергии вообще и БА в том числе существенное значение имеет возраст. По нашим данным, у большинства пациентов 66 (60,0%) первые симптомы БА появлялись в возрасте 4-7 лет.

Анализ зависимости возникновения симптомов БА от пола показал следующие результаты. У мальчиков, по сравнению с девочками, БА возникала в возрасте 12-14 лет чаще в 3 раза ($P < 0,05$). В другие возрастные группы (4-7 лет, 8-11 лет) БА возникала также относительно чаще у мальчиков (соответственно в 1,5-1,0 раза), но эти показатели не были статистически достоверными ($P > 0,5$).

Таблица 1.

Клинические проявления БА у детей

Клинические проявления	Частота		
	Мальчики	Девочки	Оба пола
Бронхиальная астма	25 (22,7)	19 (17,3)	44 (40,0)
БА + Аллергический риносинусит	23 (20,9)	13 (11,8)	36 (32,7)
БА + атопический дерматит	11 (10,0)	9 (8,2)	20 (18,2)
БА + Гастроинтестинальная аллергия	6 (5,5)	4 (3,6)	10 (9,1)
Всего:	65 (59,1)	45 (40,9)	110 (100)

Примечание: здесь и далее в скобках приведены проценты (%).

В развитии БА имели существенное значение факторы риска. Чаще всего (64,5%) отмечалась наследственная отягощенность. Предрасположенность к аллергии больше всего передавалась по женской (мама, бабушка) линии. Аллергические заболевания у детей, в основном, не совпадали с клиническими проявлениями аллергии у ближайших родственников, что свидетельствует о передаче по наследству повышенной чувствительности вообще, а не конкретной формы аллергического заболевания. Имели значение и такие факторы риска, как аллергический диатез (55,4%), искусственное вскармливание ново рожденных детей (45,5%), токсикозы беременности (42,7%) и патология беременности и родов (26,3%) у матерей, больных БА. Факторы риска развития БА, по сравнению с мальчиками, относительно чаще встречались среди девочек. Наши данные согласуются со сведениями литературы.

В этиологии БА имели значение неинфекционные региональные аллергены: домашняя пыль, пылевые (полынь, лебеда, хлопчатник и др.), дермальные, инсектные. Частота положительных скарификационных тестов на эти аллергены находилась в пределах от 35 до 85,0%.

Основные функциональные и лабораторные показатели были ниже нормы и составили: форсированный выдох (до $1,56 \pm 0,4$ л/сек.), фагоцитарное число ($44,5 \pm 4,8\%$), фагоцитарный индекс ($3,5 \pm 0,3$), сила фагоцитоза ($162,7 \pm 9,0$). Пороговая доза гистамина, вызывающего бронхоспазм, составляла 400 мкг %. Содержание эозинофилов в крови доходило до $13,7 \pm 0,7$.

Таблица 2.

Клинико-лабораторные показатели у детей бронхиальной астмой на фоне комплексной терапии

Показатели	Лечебная группа (горноклиматическая + иглорефлексотерапия)		Контрольная группа горноклиматическая терапия		Практически и здоровые дети (n=20)
	До лечения (n=80)	После лечения (n=65)	До лечения (n=30)	После лечения (n=25)	
Форсированный выдох (л/сек)	$1,56 \pm 0,45^{**}$	$3,2 \pm 0,52^*$	$1,62 \pm 0,54$	$2,8 \pm 0,4^*$	$3,85 \pm 0,56$
Пороговая доза (мкг%) гистамин	$400,0 \pm 13,0^*$	$900,0 \pm 11,9^*$	$400,0 \pm 12,9^*$	$750,0 \pm 13,4^*$	$1000,0 \pm 0,9$
Пороговая доза (мкг%)	$1700,0 \pm 84,0^*$	$2900,0 \pm 13,4^*$	$1200,0 \pm 15,6^*$	$2000,0 \pm 15,6^*$	$3000,0 \pm 11,7$
Ринопневмометрия (мм.вод.ст.) половина правая	$16,0 \pm 3,1^{**}$	$8,0 \pm 0,4^*$	$16,4 \pm 3,5^{**}$	$9,0 \pm 0,5^*$	$8,7 \pm 0,3$
Ринопневмометрия (мм.вод.ст.) половина левая	$18,0 \pm 3,2^{**}$	$9,0 \pm 0,9^*$	$17,3 \pm 3,0^{**}$	$8,4 \pm 0,7^*$	$8,7 \pm 0,3$
Эозинофилия %	$13,7 \pm 0,7^{**}$	$4,0 \pm 0,08^*$	$14,0 \pm 0,1^{**}$	$7,0 \pm 0,7^*$	$4,0 \pm 0,04$
ФАН %	$44,5 \pm 4,8$	$72,4 \pm 4,8^*$	$48,0 \pm 6,0^{**}$	$60,0 \pm 4,9^*$	$75,5 \pm 4,5$
ФИ%	$3,5 \pm 0,3^{**}$	$7,2 \pm 0,9^*$	$3,9 \pm 0,5^{**}$	$6,0 \pm 0,6^*$	$7,4 \pm 0,5$
Сила фагоцитоза	$162,7 \pm 9,8^{**}$	$490,0 \pm 12,1^*$	$170,0 \pm 9,2^{**}$	$410,0 \pm 11,4^*$	$558,7 \pm 16,2$

Примечание: достоверность числовых различий ($p < 0,05$); * - между показателями до и после лечения; ** - до лечения в сравнении с таковыми практически здоровых детей.

Наблюдение показало, что комплексная горноклиматическая терапия в сочетании с иглорефлексотерапией имеет достоверные преимущества. Так, отличные и хорошие результаты лечения наблюдали у 78 ($70,9 \pm 4,3\%$) пациентов, удовлетворительные у 26 ($23,6 \pm 4,0\%$), а неудовлетворительные у 6 ($5,4 \pm 2,1\%$). У контрольных групп пациентов отличных результатов лечения не наблюдали, хорошие результаты отмечались всего у 5

(16,7±6,8%), удовлетворительные у 17 (56,7±9,0%), эффект отсутствовал у 8 (26,7±8,0%). Преимущество комплексного способа терапии, по сравнению с контролем, обосновано, так как числовые различия с контролем являются достоверными ($P < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 3.

Эффективность комплексной терапии БА у детей

Способ лечения	Эффект лечения			
	Отличный (3)*	Хороший (2)*	Удовлетворительный (1)*	Нет эффекта (0)*
Комплексный	29 (26,3±4,1)	49 (44,5±4,7)	26 (23,6±4,0)	6 (5,4±2,1)
Контрольный	-	5 (16,7±6,8)	17(56,7±9,0)	8 (26,7±8,0)

Примечание: * показатели эффективности лечения в баллах ($P < 0,05$).

В процессе сеансов иглорефлексотерапии существенно улучшались общее самочувствие, сон, внимание и память. Больные дети становились спокойнее, активность их повышалась. У больных с отличными и хорошими результатами лечения ремиссия болезни отмечалась до 1 года и более, в то время как у контрольной группы больных до 3-6 месяцев. После завершения комплексной терапии, наряду с улучшением общего самочувствия и клинического состояния, наблюдали тенденцию к нормализации функциональных показателей легких и лабораторных показателей периферической крови. Показатели форсированного выдоха увеличились до $3.2 \pm 0,62$ д/сек., пороговая чувствительность рецепторов бронхов увеличилась до 900 мкг %, фагоцитарное число нейтрофилов до $72,4 \pm 4,4\%$, фагоцитарный индекс до $7,2 \pm 0,7$, Сила фагоцитоза до $490,9 \pm 10,2$. Количество эозинофилов в крови воз вращалось к нормальным показателям (4-5%). Уменьшились или исчезли эозинофилы в мазках отпечатков слизистой носа и мокроты.

Существуют различные теории относительно благотворного действия иглорефлексотерапии: капиллярная, тканевая, гистаминная, флокуляционная, электрическая и др. Положительный лечебный эффект комплексной горноклиматической и иглорефлексотерапии при БА, очевидно, связан с усилением гистаминопектических свойств крови, увеличением содержания и активности фермента гистаминазы. Нельзя исключить снижение синтеза IgE, увеличение синтеза IgG, улучшение неспецифических гуморальных и клеточных факторов защиты организма.

Выводы

1. Одной из региональных особенностей бронхиальной астмы у детей является преобладание сочетанных ее форм с другими аллергическими заболеваниями, в том числе с аллергическим риносинуситом, атопическим дерматитом, гастроинтестинальной аллергией.
2. В формировании и развитии бронхиальной астмы у детей существенное значение имеют региональные неинфекционные аллергены и факторы риска.
3. Комплексная горноклиматическая терапия в сочетании с иглорефлексотерапией является эффективным способом лечения детей, страдающих легкой и средней тяжести течения бронхиальной астмы. Положительный лечебный эффект достигает $70,9 \pm 4,3\%$.

Литература

1. Ахмедова М.М., Шерматов Р.М., Алимова И.А. Комплексная аллергенспецифическая иммунотерапия полиоксидонием у больных детей бронхиальной астмой, сочетанной с аллергическими риносинуситами // Ferghana Medical Institute of Public Health// Фергана – 2023, №1. с. 10-15.
2. Ахмедова М.М., Шерматов Р.М. “Особенности клинико-функциональной диагностики и терапии детей страдающих аллергическими заболеваниями” //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана – Т //, 2023, №1, с. 59-63.
3. Ахмедова М.М. Распространенность, структура и факторы риска развития аллергических заболеваний у детей Ферганской долины // Interdiscipli line innovatsion and scientific research conference// – Great Britain, London, 2023year, p. 11-16.

4. Ахмедова М.М. Региональные особенности распространенности аллергических заболеваний у детей по данным стационаров города Ферганы (2007-2016гг). “Farmation Psichology and pedagogy as interdisciplanry science”. Internatioal scientific online conference, Italy, 2023. – p. 174-179
5. Балаболкин И.И., Аллергенспецифическая терапия детей с аллергическими заболеваниями // Лечащий врач, 2018, №4, с. 21-26
6. Бернер Бут. Диагностика реакций немедленной гиперчувствительности в кн : р. Патерсон и др “Аллергические болезни диагностика и лечение” Москва ГЕОТАР Медицина, 2020, с. 151-160.