

УДК: 616.248 - 036.17 - 053.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА АТМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Т.В. Кобец, Н.И. Самисова, И.В. Синцова, И.Н. Николенко.

Крымский медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница, г. Симферополь.

Проблема аллергических заболеваний является актуальной не только в Украине, но и во всем мире. За последнее десятилетие в Украине, как и во всем мире, значительно увеличилась распространенность аллергических заболеваний, в том числе бронхиальной астмы. Бронхиальная астма (БА) встречается у 15% детей. Тяжелая БА является одной из основных причин ограничения социальной и физической активности в детском возрасте и занимает первое место среди причин инвалидности вследствие хронических заболеваний легких у детей.

Сегодня перед педиатрами стоит много проблем при лечении детей, больных БА: фармакологическая нагрузка на детский организм, побочные эффекты базовых препаратов, лекарственное взаимодействие, появление резистентных форм заболевания, высокая стоимость препаратов. В связи с чем все чаще при лечении больных с БА применяются наряду с традиционной терапией, методы нетрадиционной терапии, используются натуральные препараты.

В настоящее время в Украине появился новый эффективный натуральный препарат для лечения хронического и обструктивного бронхита, широко применяемый в комплексной терапии бронхиальной астмы - АТМА, включающий: *Sambucus nigra* D1 10ml, *Natrium sulfuricum* D6 10ml, *Dulcamara* D6 10ml, *Arsenicum album* D12 10ml, *Tartarus emeticus* D12 10ml. АТМА действует на все звенья патогенеза бронхиальной обструкции: отек; бронхоспазм; гиперсекрецию бронхиальной слизи. Однако, работы по применению АТМЫ в комплексной терапии бронхиальной астмы среди детей немногочисленны, а в Украине данный препарат изучен недостаточно.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности натурального препарата АТМА в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами были исследованы 53 ребенка с БА II степени (персистирующая форма, легкая степень тяжести), в возрасте от 7 до 14 лет, из них мальчиков было 76,53%, а девочек 23,47%, на базе отделения пульмонологии и аллергологии Республиканской детской клинической больницы г. Симферополя. Критериями включения детей в исследование было наличие не менее 2-х дневных приступов в неделю, объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) от 60 до 90%, прирост ОФВ1 после дачи сальбутмола не менее 12%. Все дети находились в периоде обострения и получали традиционную терапию (сальбутомол 100 мкг утром и вечером, стабилизаторы мембран тучных клеток по возрасту). Больные были распределены на две группы: 1-ю группу составили 26 детей, которые получали вышеуказанную терапию, 2-ю (27 человек), которые дополнительно получали натуральный препарат АТМА по 10 кап. 3 раза в сутки в течение 1 месяца (две недели в стационаре и две недели амбулаторно). Обследование клинических симптомов у детей с БА проводилось с помощью разработанной анкеты. Критериями оценки клинических симптомов явилось: 0 – симптом отсутствует; 1 – симптом незначительно выражен, единичные непостоянные проявления; 2 – симптом умеренно выражен; 3 – симптом ярко выражен. У всех исследуемых детей была изучена функция внешнего дыхания на аппарате «Spirosift 3000» фирмы «Fucuda Denshi CO», Япония с определением жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), ОФВ1, пиковой скорости выдоха (ПСВ), максимальных объемных скоростей (МОС 25%, 50%, 75%). Контролем служили данные, полученные у 23 здоровых детей той же возрастной группы.

Для выявления спектра причинных аллергенов больным было проведено аллергологическое тестирование путем постановки кожных проб с

использованием стандартных аллергенов производства «Иммунолог» (Украина).

Иммунологические методы исследования включали исследование Ig E методом иммуноферментного анализа с помощью набора «Ig E-ИФА-Бест-стрип» [2]. Результаты исследований обработаны с использованием статистических методов. Оценку достоверности различия (P) проводили с использованием критериев Стьюдента [3].

Результаты и обсуждение. Как показало исследование, наиболее часто обострение БА у детей наблюдалось в возрасте 11-12 лет – 24,49 % ($P < 0,05$) и в 13-14 лет – 42,86% ($P < 0,05$), то есть критические периоды созревания иммунной системы у ребенка [1].

У 25,51 % детей в анамнезе имел место аллергический диатез в раннем возрасте, у 47% заболевание началось с обструктивных синдромов на первом году жизни и у 4,08 % -с кожных проявлений. Бронхиальная астма была диагностирована до 2-х лет у 25,51%, от 2-х до 3-х лет-16,03%, от 3-х до 4-х лет 14,14,29%, после 4-х лет – 44,32%. Как известно большую роль в развитии заболеваний у ребенка, в том числе аллергических играет течение беременности у матери и вскармливание на первом году жизни. Среди детей с бронхиальной астмой 19,18 % были переведены на искусственное вскармливание до 4-х месяцев и у 28,16% матерей имело место патология беременности (гистозы, угроза прерывания беременности, анемия и пиелонефрит).

Наследственность по аллергии была отягощена у 38,71 % исследуемых детей. Наиболее часто у детей с бронхиальной астмой встречалась бытовая аллергия – 72,45%, пищевая аллергия – 33,67 % , аллергическая реакция на эпидермальный аллерген - у 15,69 %, на пыльцевые аллергены - у 12,24 %, у 15,23%, - имела место лекарственная аллергия. Кожные скарификационные пробы позволили подтвердить наличие аллергии только у 59,83 % больных. У 41,84 % детей была выявлена эозинофилия носового секрета.

Анализ сопутствующей патологии у детей позволил выявить у 13,26% - хронические очаги инфекции, аллергический ринит – 10,20%, искривление носовой перегородки- 12,24%, у 11,22% - дискинезию желчевыводящих путей, у 5,10% - энтеробиоз, ожирение – 4,08%, деформация грудной клетки – 3,06%.

Необходимо отметить, что по данным анамнеза дети в обеих сравниваемых группах достоверно не отличались. Как видно из таблицы 1, дети в обеих сравниваемых группах при поступлении достоверно не отличались по жалобам. Через 10 дней терапии состояние детей улучшилось в обеих сравниваемых группах по всем показателям. Однако, через 30 дней в группе детей, получавших АТМУ в комплексе терапии, достоверно реже встречалась одышка в покое и при физической нагрузке, утомляемость и слабость, что способствовало улучшения качества жизни больного.

Таблица 1

Динамика жалоб детей с бронхиальной астмой на фоне терапии

Симптомы	До начала лечения		10 день лечения		30 день лечения	
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
1. Приступы удушья ночью	1,23± 0,16	1,44± 0,17	0,69± 0,13	0,59± 0,10	0,35± 0,09	0,22± 0,08
2. Приступы удушья днем	1,96± 0,20	1,96± 0,12	1,0 ± 0,13	0,93± 0,12	0,38± 0,10	0,22± 0,08
3. Хрипящее дыхание	1,19± 0,16	1,37± 0,11	0,54 ± 0,10	0,44± 0,10	0,27± 0,09	0,15± 0,07
4. Одышка в покое	1,61± 0,09	1,67 ± 0,09	0,92± 0,13	0,74± 0,08	0,67± 0,10	0,33± 0,09 ^x
5. Одышка при физической нагрузке	2,31± 0,13	2,48± 0,09	1,58± 0,09	1,52± 0,11	1,11± 0,14	0,59± 0,11 ^x
6. Утомляемость, слабость	1,81± 0,11	2,07± 0,12	1,04± 0,07	1,04± 0,06	0,65± 0,09	0,33± 0,09 ^x
7. Повышенная потливость	2,08± 0,13	2,11± 0,12	1,15 ± 0,13	1,07± 0,15	0,56± 0,10	0,30± 0,09 ^x

Примечание: x (P<0,05)- достоверность между группами 1-й и 2-й.

Динамика перкуторных и аускультативных данных представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, на 10-й день лечения перкуторные и аускультативные данные улучшились в обеих сравниваемых группах и только на 30-й день показатели в группе детей, получавших АТМУ, стали достоверно лучше, чем в первой группе. Во второй группе реже отмечался коробочный оттенок перкуторного тона, сухие хрипы, удлиненный выдох.

Таблица 2

Динамика перкуторных и аускультативных данных у детей с бронхиальной астмой на фоне терапии ($M \pm m$)

Симптомы	До начала лечения		10 день лечения		30 день лечения	
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
1. Коробочный оттенок перкуторного тона	1,54± 0,09	1,55± 0,07	0,65± 0,11	0,73± 0,09	0,39± 0,06	0,21± 0,05 ^x
2. Жесткое дыхание	2,19±	2,15±	1,23±	1,15±	0,35±	0,18±
3. Сухие хрипы	0,12	0,15	0,13	0,15	0,09	0,08 ^x
4. Удлиненный выдох	1,92± 0,13	1,89± 0,13	0,85± 0,12	0,59± 0,13	0,38± 0,11	0,11± 0,02 ^x
	2,0± 0,14	2,07± 0,12	1,04± 0,13	0,59± 0,14	0,54± 0,07	0,30± 0,09 ^x

Примечание: x ($P < 0,05$)- достоверность между группами 1-й и 2-й.

Анализ гемограммы у исследуемых детей позволил выявить эритроцитоз и эозинофилию при поступлении в стационар у больных с бронхиальной астмой, при выписке показатели гемограммы нормализовались в обеих группах.

Динамика показателей функции внешнего дыхания детей с бронхиальной астмой на фоне терапии представлена в таблице 3. Как видно из таблицы 3, уже на 10-й день терапии у детей, получавших в комплексе терапии АТМУ, достоверно выше были показатели ОФВ₁, ПСВ, МОС 75%. Повышение максимальной объемной скорости 75% свидетельствует об улучшении

проходимости в мелких бронхах, что особенно важно для детей, страдающих бронхиальной астмой.

У всех исследуемых детей снизился уровень Ig E, но только в группе детей, получавших АТМУ этот показатель достигал контрольных значений.

Переносимость АТМУ оценивалась пациентами, как хорошая 30% детей и очень хорошая 70%. Случаи побочных эффектов и лекарственного взаимодействия не наблюдались. Ни одному больному во 2-й группе не были назначены ингаляционные стероиды, в то время, как в 1-й группе 5 детям был назначен будесонид.

Таблица 3

Динамика показателей функции внешнего дыхания детей с бронхиальной астмой на фоне терапии (M±m)

Данные спирографии	Здоровые дети	До начала лечения		10 день лечения	
		1-я	2-я	1-я	2-я
ЖЕЛ, %	94,13±2,24	73,59±2,87	74,06±1,89	79,19±2,73	82,57±3,89
ФЖЕЛ, %	85,18±3,25	53,61±2,27	52,32±1,97	57,23±1,96	62,45±2,48
ОФВ 1	86,47±3,32	56,62±2,47	56,21±1,96	59,22±2,31	65,37±1,89 ^x
ПСВ	81,36±2,86	49,08±1,89	48,72±2,03	51,65±2,27	58,65±1,78 ^x
МОС 25%	87,97±3,44	73,37±3,71	69,83±2,75	78,89±3,87	81,93±3,26
МОС 50%	89,26±3,86	55,62±2,78	51,02±2,33	59,25±2,78	58,97±2,37
МОС 75%	106,02±4,67	48,27±2,09	49,62±1,87	51,87±2,03	57,32±1,79 ^x

Примечание: x (<0,05) – достоверность между группами 1-й и 2-й.

Таким образом, исследование показало, что натуральный препарат АТМА целесообразно использовать в комплексной терапии бронхиальной астмы. Наиболее эффективен курс терапии не менее одного месяца. АТМА не только эффективно устраняет бронхоспазм и отек слизистой дыхательных путей, улучшает функцию внешнего дыхания, уменьшает количество приступов удушья, как ночных, так и дневных, но и улучшает качество жизни пациента.

РЕЗЮМЕ. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА АТМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Т.В. Кобец, Н.И. Самисова, И.В. Синцова, И.Н. Николенко.

Крымский медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница, г. Симферополь.

В работе проведена оценка клинической эффективности натурального препарата АТМА в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей. Для решения поставленной задачи было исследовано 53 ребенка с бронхиальной астмой II степени (персистирующая форма, легкая степень тяжести), в возрасте от 7 до 14 лет и 23 здоровых ребенка той же возрастной группы. У всех исследуемых детей были оценены клинические симптомы, гемограмма и функция внешнего дыхания на аппарате «Spirosift 3000» фирмы «Fucuda Denshi CO», Япония.

Для выявления спектра причинных аллергенов больным было проведено аллергологическое тестирование путем постановки кожных проб с использованием стандартных аллергенов производства «Иммунолог» (Украина). Иммунологическое исследование включало определение уровня Ig E в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с помощью набора «Ig E-ИФА-Бест-стрип». Исследование показало, что у детей с бронхиальной астмой применение натурального препарата АТМА позволило улучшить клиническую симптоматику на 10-й день, а на 30-й день терапии одышка в покое и при физической нагрузке, утомляемость и слабость, коробочный оттенок перкуторного тона, сухие хрипы, удлиненный выдох встречались достоверно реже, чем в группе детей, получавших традиционную терапию. ОФВ₁, ПСВ, МОС 75% на 10-й день терапии стали достоверно выше у детей, получавших АТМУ в комплексе терапии бронхиальной астмы, чем в группе сравнения. Что позволило рекомендовать применение натурального препарата АТМА у детей с бронхиальной астмой.

Список литературы

1. Ботвиньева В.В. Развитие иммунной системы здорового ребенка //Дет. докт.- 1999.- №3.- С.26 – 30
2. Инструкция по применению набора реагентов Ig E – ИФА – БЕСТ – стрип.- ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирская область, п. Кольцово, 1999
3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях.- Киев : «Морион», 2002.- 160 с.