

616.248-085.834

VÝSLEDKY LIEČBY ASTMA BRONCHIALE VO VYSOKOHORSKOM KLÍMATE

MUDr. T. FERANČÍKOVÁ, plk. MUDr. D. SKOKŇA, CSc.
Vojenský ústav pre choroby pľúčne v Novej Polianke
(náčelník: plk. MUDr. Dušan Skokňa, CSc.)

Astma bronchiale je choroba charakterizovaná bronchospastickým syndrómom na alergickom podklade. Prejavuje sa rozsiahlym zúžením bronchov, ktorého závažnosť sa mení spontánne alebo liečbou. Vyvolávajúcimi faktormi pri zmenenej reaktibilite sú alergény inhalované, potravinové a infekcia – nosohltan a prínosové dutiny. Provokujúcimi faktormi sú poveternostné vplyvy, chlad, psychická záťaž

a iné. Častá je kombinácia viacerých faktorov [5, 6]. Findeisen [1] delí astma bronchiale na konštitučne alergické, infekčne alergické, so zmiešanou precitlivosťou a s polyvalentnou precitlivosťou a s ireverzibilnými orgánovými zmenami. Viď tabuľku 1. Liečba astma bronchiale je ťažká, pretože ani systematickým a intenzívnym liečením často nedosahujeme vyliečenie, ale iba prechodné zlepšenie

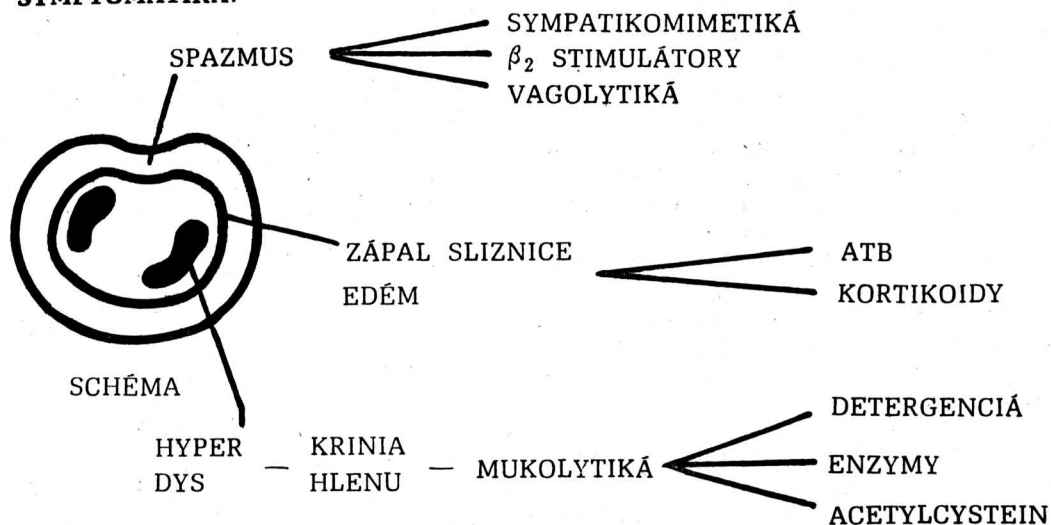
Tabuľka 1

**ROZDELENIE ASTMA BRONCHIALE
PODEA FINDEISENA**

1. KONŠTITUČNE ALERGICKÁ
2. INFEKČNE ALERGICKÁ
3. SO ZMIEŠANOU PRECITLIVELOSŤOU
4. S POLYVALENTNOU PRECITLIVELOSŤOU
S IREVERZIBILNÝMI ORGÁNOVÝMI ZMENAMI

na kratší alebo dlhší čas [2]. Tento neúspech sa dá vysvetliť mnohopočetnými exogénnymi a endogénnymi etiologickými faktormi, ktoré sa navzájom ovplyvňujú a vo svojich účinkoch často sumujú [2]. Liečenie chronických zápalových a alergických chorôb musí byť preto komplexné, iné vo fáze exacerbácie a iné vo fáze kludu [2]. Liečebný plán sa musí riadiť prísne individuálne podľa toho, akú etiológiu a patogenezu predpokladáme [2]. Tabuľka 2

Tabuľka 2

SYMPTOMATIKA:

INTAL —

ŠPECIFICKÁ: HYPOSENZIBILIZÁCIA: AUTOVAKCÍNY**NEŠPECIFICKÁ:** PYROTOTERAPIA

INZULIN

AUTOSEROTERAPIA

HISTAMINOVÉ PREPARÁTY

CHIRURGICKÁ: GLOMEKTOMIA

TONZILEKTOMIA

KLIMATICKÁ A REHABILITAČNÁ

poukazuje na všeobecné možnosti liečby astma bronchiale symptomatikami, ovplyvnením spazmu, edému a hyperkrínie, prípadne dyskrínie hlienu, potom liečba špecifická, nešpecifická, chirurgická, klimatická a rehabilitačná.

Vysokohorské klíma zohráva dôležitú úlohu v celom terapeutickom pláne. Zaraďujeme ho medzi stimulogénne impulzy s pozitívnymi biotropnými prvkami. Jungmann udáva päť faktorov priaznivého účinku vysokohorskej klímy: pokles znečistenia vzduchu (pokles alergénov), pokles teploty vzduchu, pokles tlaku vodných pár, pokles koncentrácie kyslíka a vzostup ultrafialového žiarenia. Zmeny klimatických faktorov vyvolávajú u pacientov i zdravých ľudí reakcie na rôznych úrovniach. Temer bezalergénové prostredie a malá prašnosť atmosféry pôsobia ochranné na bronchiálnu sliznicu. Nízky parciálny tlak kyslíka podnecuje adaptívny mechanizmus organizmu, povzbudzuje dýchanie, prehĺbuje ho a pomáha odstraňovať stereotyp inspiračne fixovaného hrudníka. Vhodná dychová gymnastika a rehabilitácia tomu len napomáhajú. Nízka relatívna vlhkosť vzduchu má priaznivý vplyv na bronchy a sekréciu bronchov. Prejavuje sa znížením expektorácie ako i útlmom samotného zápalového procesu v bronchoch (3, 4, 6).

Z nášho pozorovania

Zo súboru 212 pacientov liečených v rokoch 1970—1973 v našom ústave pre chronickú obštrukčnú chorobu pľúc bolo 41 pacientov liečených pre astma bronchiale. Z toho bolo 37 vojakov z povolania a 4 vojaci v základnej službe. Priemerný vek bol 39,5 roka, s prevahou 41—50ročných. Prvý pobyt absolvovalo 28 pacientov — 68 %, opakovane bolo liečených 13 pacientov — 31,7 %. Najčastejšie exogénne faktory udávané pacientami v anamnéze znázorňuje tabuľka 3. Udávaná prevaha vlhka a chladu v 82,9 %, prašného prostredia v 65,8 %, výfukových plynov v 43,9 % a fajčenia v 36,5 % pacientov. Tabuľka 4 poukazuje na stav pacientov pri prijatí: v pokojovom štádiu sme prijali 19,5 % — títo boli buď po ústavnej liečbe, prípadne hyposenzibilizačnej, prevádzanej ambulantne alergologickými

oddeleniami. V štádiu námahovej, prípadne i kľudovej dýchavičnosti bolo prijatých 75,6 % pacientov. Anamnesticky sme zisťovali vplyv infekcie, alergénov v domácom i pracovnom prostredí, poruchy životosprávy; 4,8 % pacientov boli prijatých v astmatickom záchvate.

Liečba počas pobytu u nás

V pokojovej fáze ochorenia sme sa zamerali na priaznivé ovplyvnenie bronchiálneho sekrétu, reedukáciu mechanizmu vonkajšieho dýchania, odstraňovanie prípadných škodlivín z prostredia pacienta, otužovanie organizmu a na špecifické a nešpecifické hyposenzibilizačné pochody. Vo fáze zhoršenia procesu sme podávali intenzívnu bronchodilatačnú, antibakteriálnu a antiflogistickú terapiu. Tabuľka 5 ukazuje na spôsob liečby v našom ústave. Liečbu sme prevádzali v kombináciách: medikamentózne + inhalačnej + rehabilitačnej, inhalačnej + rehabilitačnej. Antibiotiká sme podávali u 31,7 % pacientov, kortikoidy u 39 % pacientov. Z hyposenzibilizačnej liečby sme najčastejšie podávali Histalobulin v 46,2 %, v rovnakom percente sú zastúpené autovakcíny a Stock vakcíny.

Výsledok liečby

Všetci pacienti boli prepustení do domáceho liečenia zlepšení, bez akýchkoľvek ťažkostí bolo 21,4 % pacientov. Zlepšenie predstavovalo hlavne vymiznutie fyzikálnych fenoménov a úpravu kašľa s expektoráciou. Zvlášť výrazná bola úprava psychickej zložky, kde mali zrejme vplyv odlúčenosť od rodiny a pracovného prostredia, hygienické a komfortné prostredie, bezstarostnosť o finančné otázky a iné.

Záver

Vysokohorské klíma pôsobí na organizmus komplexne. Pôsobením na kožné stimulačné receptory ovplyvňuje imunobiologickú zložku organizmu. Vysokohorské klíma pôsobí teda kauzálnne, v terapeutických opatreniach oovplyvňuje alergické reakcie a pôsobí i na patogenitu organizmu. Vhodne volená hyposenzibilizačná liečba predstavuje dnes v pod-

Tabuľka 3

EXOGENNE FAKTORY NAJČASTEJŠIE UDÁVANÉ PACIENTAMI V ANAMNÉZE	
VLHKO A CHLAD	82,9 %
PROSTREDIE PRAŠNÉ	65,8 %
VÝFUKOVÉ PLYNY	43,9 %
FAJČENIE	36,5 %

Tabuľka 4

STAV PACIENTOV PRI PRIJATÍ	
DÝCHAVIČNÍ	75,6 %
V ZÁCHVATOCH ASTMATICKÝCH	4,8 %
V KEUDOVOM ŠTÁDIU	19,5 %

Tabuľka 5

LIEČBA ASTMA BRONCHIALE POČAS POBYTU V NAŠOM ÚSTAVE	
MEDIKAMENTÓZNA + INHALAČNÁ + REHABILITAČNÁ	92,6 %
INHALAČNÁ + REHABILITAČNÁ	7,2 %
ANTIBIOTIKÁ	31,7 %
KORTIKOIDY	39 %
HYPOSENZIBILIZÁCIA:	
HISTAGLOBULIN	46,2 %
AUTOVAKCÍNY	9,7 %
STOCK VAKCÍNY	9,7 %

mienkach klimatickej liečby najvýhodnejšiu formu komplexnej starostlivosti o astmatických pacientov. Aby sa hyposenzibilizačné pochody mohli dostatočne rozvinúť, klimatická liečba musí byť dostatočne dlhá, v priemere 6–8 týždňov. Starostlivosť o astmatikov sa nekončí liečbou, alergik ostáva potenciálnym alergikom po celý život a len za podmienok vhodnej životosprávy, úpravy domáceho i pracovného prostredia je možné alergické prejavy celkom alebo čiastočne upraviť.

Najistejšou terapiou je prevencia — t. j. odstraňovanie alergizujúcich faktorov z prostredia, antibiotická, prípadne i chirurgická sanácia fokálnych infekcií, účelná rehabilitácia dychových funkcií a psychoterapia (6, 7).

Súhrn

V práci sa poukazuje na priaznivý vplyv vysokohorského tatranského klímatu pri liečbe astma bronchiale. Z počtu 212 pacientov liečených r. 1970–1973 vo VÚCHP Nová Polianka, Vysoké Tatry, bolo 41 pacientov, ktorí sa liečili na astma bronchiale. Priaznivý vplyv tatranského klímatu sa odzrkadľuje vo vhod-

nom spolupôsobení na zlepšenie fyzikálneho nálezu, v úprave kašľa a expektorácie. Pri liečbe astmatických pacientov je dôležitá úprava psychickej zložky pacientov. Aby sa hyposenzibilizačný proces v organizme mohol priaznivo prejsť a pôsobiť i preventívne, je potrebná dostatočne dlhá klimatická liečba.

Literatúra

1. Findeisen, D. G. R.: Astma bronchiale. VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1971, s. 343.
2. Hensel, V.: Význam klinickej liečby pre chronické choroby dýchacích ciest. Bratisl. Lek. listy, 1970, 19, s. 600–605.
3. Kleinsorge, L.: Forschungsergebnisse der Hochseelklimatur bei Patienten mit Asthma bronchiale. Allerg. und Asthma, 13, 1967, 8, s. 236–240.
4. Lukáč, J.: Hochgebirgskur bei Bronchialasthma infektaallergischer Genese. Allerg. und Asthma, 13, 1967, 6, s. 283–285.
5. Mayer, M.: Astma bronchiale. Vademecum medici. Vydavateľstvo Osveta 1972, s. 1296.
6. Ondrejčka, M. a kol.: Vnútorné choroby 1. Bratislava, Osveta 1963, s. 640.
7. Virsik, K., Dobrota, Š. a kol.: Choroby dýchacieho ústrojenstva II. Bratislava, Vydavateľstvo SAV, 1966, s. 720.