

гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности <55%), умеренно сухие (56-70%), влажные (71-85%) и сырые (>85%). Процедуры аэротерапии дополнялись особой методикой назначения индивидуальных режимов пребывания на свежем воздухе в одежде (в покое и в движении) больных (рис.). Иммуномоделирующий эффект в рамках исследования также достигался с помощью морских процедур (табл. 1).

Таблица 2

Динамика индекса PASI в ОГ и КГ под влиянием авторской и стандартной схем восстановительного лечения *

Нозология	Средний индекс охвата и тяжести псориаза (PASI)			
	ОГ		КГ	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
L 40.0 по МКБ-X Псориаз обыкновенный (монетовидная и бляшечная форма)	5,5-5,6	2,3-2,4	5,4-5,5	3,9-4,0

* - основная группа наблюдения принимала системное восстановительное лечение, обозначенное автором на схеме 1; контрольная группа детей, страдающих псориазом, проходила реабилитацию по действующим федеральным стандартам медикаментозной терапии.

Оценивая динамику (до и после лечения в здравницах-базах исследования) псориазических поражений кожных покровов у наблюдаемых групп детей, перенесших кератопластику вследствие язв роговицы, обусловленных офтальмогерпесом, по индексу охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index), следует констатировать позитивный эффект от реализации авторских технологий санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих псориазом, что представлено в табл. 2.

Индекс PASI под влиянием предложенных автором инновационных сочетаний природных физических лечебных факторов черноморского побережья Кубани и прогрессивных форм аппаратной физиотерапии и диетотерапии снизился в ОГ. Подобное снижение индекса PASI в 2,39 раза наблюдалось у детей, прошедших по авторским методикам восстановительное лечение по поводу монетовидного или бляшечного вульгарного псориаза, протекающего сопряженно с офтальмогерпесом, а в КГ детей с тем же диагнозом этот показатель снизился при выписке лишь в 1,38 раза, что сочеталось с положительной динамикой параметров ПОЛ в эпидермисе наблюдаемых детей. Изменения показателей диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ) определяли после экстракции липидов хлороформ-метанольной смесью по методике Ю.А. Гиневиц (1998).

Систематизация полученных результатов указывает на эффективность предложенных авторами методик восстановительного лечения с использованием природных физических курортных факторов Кубани по сравнению с традиционными схемами медикаментозной терапии. Подтверждением этому служит то, что в ОГ по завершению восстановительного лечения показатели ДК, КД и СТ практически выросли (по сравнению с исходными) в 2 раза, а в КГ аналогичные показатели имели лишь тенденцию к оптимизации. У пациентов с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного, протекающего сопряженно с офтальмогерпесом, уровень ДК при выписке достиг значений 2,31±0,1, а у детей КГ остался на уровне 1,82±0,02 при N=2,32 на 1 мг липидов. ОГ и дети из КГ при поступлении в имели одинаковые исходные уровни не только ДК в эпидермисе (1,08±0,02 и 1,07±0,03 на 1 мг липидов), но и сходное снижение уровня КД и СТ в эпидермисе (соответственно 1,21±0,05 и 1,23±0,04 на 1 мг липидов). После лечения у детей ОГ уровень КД и СТ возрос до значений 2,77±0,01 (т.е. почти в 2,3 раза), тогда как в КГ эти же показатели отмечались лишь на уровне 1,98±0,01 на 1 мг липидов.

Выводы. Представленный авторский комплекс использования физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при постоперационном лечении детей с монетовидной и бляшечной формами псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-X), протекающего сочетанно с офтальмогерпесом, инициирующим язвы роговицы, требующие кератопластики. Предложенные схемы терапии могут быть быстро освоены медицинским персоналом как профильных МУЗ, так и детских здравниц любых лечебных местностей Российской Федерации, располагающих сходными природными санационными факторами.

Литература

1. Бессонов А.А. Системное восстановительное лечение в здравницах Сочи пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2003.– 126 с.
2. Верба Я.И. Приоритетные направления системной климатобальнеотерапии детей с монетовидной и бляшечной формой псориаза.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2008.– 93 с.
3. Гамзатов О.Г. Рекреационное таргетирование врачебной тактики восстановительного лечения в здравницах Кубани пациентов с болезнями роговицы.– Сочи: РИО НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава, 2007.– 97 с.
4. Гиневиц Ю.А.// Лаборат. диагн.– 1998.– №2.– С.72–74.
5. Щербаков Д.Б. Ингредиенты комплекса системных мероприятий восстановительного лечения в здравницах Анапы детей с различными формами атопического дерматита.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2004.–125 с.

УДК 616.127

АЛГОРИТМ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ЗДРАВНИЦАХ СОЧИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ (ИЗ ЧИСЛА ГРАЖДАН, ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ)

С.В. СЕЛИН*

Принятый Закон РФ «О государственной социальной помощи» в редакции от 28.08.2004 №122-ФЗ предоставляет возможность регулировать системность оказания плановых санаторных услуг контингентам граждан, имеющих законодательное право на бесплатное получение пакета социальных гарантий. Подобное расширение законодательного поля в сфере Национальной программы здравоохранения позволяет использовать российские здравницы для санаторной реабилитации ряда категорий населения, в том числе страдающих стабильной стенокардией напряжения различных функциональных классов (табл. 1).

Таблица 1

Рандомизированные группы наблюдения на базах исследования (ЛПУ и здравницы черноморского побережья Краснодарского края) диспансерных больных, законодательно имеющих право на предоставление гарантируемых государством социальных услуг, включая санаторно-курортные

Нозологические формы по МКБ-X	Кол-во	Законодательное поле и период наблюдения
I 20 Стенокардия , в т.ч. I 20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом:	n=556 в т.ч.:	Обеспечение этапа санаторно-курортной реабилитации за счет бюджетных ассигнований) различных контингентов граждан, законодательно имеющих право на предоставление государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в т.ч. санаторно-курортных, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года на основании Федерального Закона от 22.08.2004 г.
- стабильная стенокардия напряжения I, II функциональных классов с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с нарушением сердечного ритма в виде редких монофокусных экстрасистол или редких и негустых спазмов мерцания и трепетания предсердий, синусовой тахикардии.	n=278	
- стабильная стенокардия напряжения III функционального класса с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с единичными экстрасистолами в сочетании с гипертонической болезнью не выше II стадии.	n=278	

В рамках исследования в 2003-2007 годах было осуществлено в здравницах Сочи (санатории «Ставрополье», «Волна», «Правда» и др.) лечение больных (n=556, p<0,05) с различными нозологическими формами стенокардий. При этом авторский алгоритм врачебных назначений талассопродур и иных реабилитационных мероприятий представлен в табл. 2.

В рамках исследования была получена позитивная динамика ряда клинико-функциональных характеристик, показателей биохимического статуса тех рандомизированных групп больных (табл. 3), которым в период 2003-2007 годов в индивидуальные схемы восстановительного лечения включались авторские мето-

* Сочинский НИЦ курортологии и реабилитации; Краснодарский ТФОМС.

дики комплексного задействия природных гидроминеральных ресурсов Сочи. У изучаемых больных исходно низкие показатели систолической функции левого желудка сопровождались также признаками диастолической дисфункции, однако под влиянием авторских схем восстановительного лечения удалось добиться значительной позитивной коррекции у них (n=556, p<0,05) индекса конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ с 91,82±1,17 мл/м² (при поступлении в санатории) до 71,09±0,98 мл/м² при выписке пациентов из здравниц-баз исследования.

временно с этим под влиянием предложенного комплексного восстановительного лечения в указанной группе наблюдения отмечалась позитивная динамика ряда основных показателей интенсивности процессов перекисного окисления липидов и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты (МДА, ОЛ, СМП, ДК, ЦП и др.). Вышеназванное позволило (табл. 4) в рамках представленного исследования снять с диспансерного учета 9,89% (n=55) больных со стабильной стенокардией. Вместе с тем 14,75% (n=82, p<0,05) наблюдаемых больных суммарно прошли

Таблица 2

Авторский алгоритм врачебных назначений взаимосочетающихся талассопроб, физиолечения и медикаментозной терапии при восстановительном лечении в здравницах Сочи изучаемого контингента больных стенокардией

Нозологические формы по МКБ-X	Аэротерапия (в минутах)	Гелиотерапия (в биодозах)	Морские процедуры	Аппаратная физиотерапия	Медикаментозная терапия
<p>I 20. Стенокардия, в т.ч.</p> <p>I 20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом:</p> <p>а) стабильная стенокардия напряжения I, II функциональных классов с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с нарушением сердечного ритма в виде редких монофокусных экстрасистол или редких и неотяжённых спазмов мерцания и трепетания предсердий, синусовой тахикардии.</p>	<p>Теплые воздушные ванны (ЭЭТ 23° и выше) только слабо- и среднединамичные при скорости ветра 1-4 м/с от 15 минут при I режиме, прибавляя по 5 минут (при переводе на II режим – по 10 минут на фоне относительной влажности воздуха не менее 71-85%) до суммарного достижения 2 часов по шадящему и 3 часов по шадяще-тренирующему режиму. За неделю до выписки из здравницы возможен перевод на тренирующий режим физической активности.</p>	<p>Теплый период года (май-сентябрь) а) режим №1 (слабого воздействия) при начальной дозе 0,5 и максимально – 1,5; б) режим №2 (умеренно интенсивный) при начальной дозе – 1,0, максимально – 2,0; в) режим №3 (интенсивный) начальная доза – 1,5, максимально – 2,5.</p>	<p>В течение 1-3 дней в теплое время года комбинирование обтираний и обливаний морской водой t°=20-22°C при объеме обливаний 10 л. Последующие 2-3 дня обливания комбинировать с окунами в морскую воду при t° не менее 20°C, а затем переходить к процедурам дозированного плавания: по I режиму – до 1 мин. в течение 3 дней; до 1,5 мин. в теч. последующих 3 дней и далее суммарно до 5 мин.; по II режиму первые 3 дня – до 1,5 мин. при t°=21-22°C, а послдни – до 4-5 мин., по III режиму: свободное плавание при t°23°C и выше от 5 до 10 мин. суммарно с размеренностью гребков не чаще 20 в мин.</p>	<p>Магнитолазерная терапия с помощью аппарата «Узор-2К» (при использовании магнитной насадки мощностью до 20мТл и частотой 80Гц по контактной методике воздействия на биологически активные точки грудины и позвоночника. Применение процедуры целесообразно в дни, свободные от бальнеотерапии.</p>	<p>Монотерапия антиагрегантными препаратами для лечения больных пожилого возраста в виде изосорбида мононитрата (5-10мг 2 р. в сутки либо 25 мг пролонгированного действия) или триметазида МВ (35 мг 2 р. в сутки), повышающих продолжительность, а также уровень физической нагрузки до возникновения приступа стенокардии и профилаксирующих у конкретного больного развитие депрессии сегмента ST. При плохой индивидуальной переносимости названных антиагрегантов возможно назначение атенолола (25 мг 1 раз в сутки) или фелодипина (2,5 мг 1 раз в сутки).</p>
<p>б) стабильная стенокардия напряжения III функционального класса с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с единичными экстрасистолами в сочетании с гипертонической болезнью не выше II стадии.</p>	<p>Индифферентные воздушные ванны (ЭЭТ 21-22°) аэростатические или слабодинамичные при относительной влажности воздуха 56-70%, т.е. умеренно-сухие от 15 минут (I режим), прибавляя по 5 минут при переводе на II режим до суммарного достижения 1,5 часов в день под контролем АД. Сильнодинамичные (при скорости ветра выше 4 м/с) воздушные ванны не показаны.</p>	<p>Теплый период года режим №1 начальная-0,25; максимально 1,0; режим №2 начальная-0,5; максимально-1,5; режим №3 начальная – 0,75, максимально – 2,0. В прохладный период года – искусственное УФО.</p>		<p>Информационно-волновое воздействие генераторов электромагнитного излучения (аппараты «Азор-ИК» с длиной волны 0,86 мкм) по стандартизированной методике В.Б.Симоненко и соавт. (2001), ч/день, 8-10 процедур на курс лечения в дни, свободные от ванн.</p>	

Таблица 3

Динамика магистральных показателей ультразвукового исследования сердца у больных стенокардией (I 20 по МКБ-X) до и после реализации им в здравницах – базах исследования наших схем восстановительного лечения

Исследуемые параметры ультразвукового исследования сердца	изучаемая группа больных стенокардией (n=556, p<0,05)	
	до лечения	после лечения
1. Индекс конечного диастолического объема (КДО) левого желудка мл/м ² .	91,82±1,17	71,09±0,98
2. Индекс конечного систолического объема (КСО) ЛЖ мл/м ² .	40,15±1,01	28,07±1,05
3. Фракция выброса ЛЖ, %.	42,06±1,18	53,26±1,0
4. Индекс массы миокарда г/м ²	101,02±0,86	91,02±0,51
5. Индекс относительной толщины стенки (2Н/D) ЛЖ	0,28±0,02	0,31±0,01

Вместе с этим, используя авторские схемы восстановительного лечения, в рамках исследования удалось практически нормализовать фракцию выброса ЛЖ, а также добиться существенной оптимизации таких магистральных показателей УЗ-исследований сердца, каковыми являются индекс массы миокарда и индекс относительной толщины стенки левого желудочка. Дополняя значения, представленные в табл. 3, следует указать, что наши схемы санаторно-курортного лечения позволили нормализовать исходно имевшие место атерогенные негативные сдвиги показателей липидного обмена (холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПОНП, триглицериды и т.д.). Одно-

этап диспансеризации по нашим методикам восстановительного лечения со значительным улучшением состояния здоровья и субъективного самочувствия. И хотя 26 больных (или 4,67% от общего числа наблюдений) завершили данный этап диспансеризации без улучшения состояния здоровья, следует по нашему мнению признать предложенные нами модифицированные схемы восстановительного лечения достаточно эффективными, поскольку основная масса наблюдаемых больных (n=393, p<0,05 или 70,69% от всего числа наблюдений) были выписаны из здравниц Сочи с улучшением объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия.

Таблица 4

Итоги восстановительного лечения наблюдаемого контингента диспансерных больных (n=556, p<0,05)

Результаты восстановительного лечения	Стенокардия с документально подтвержденным спазмом.
1. Сняты с диспансерного учета	n=55 или 9,89%
2. Прошли этап диспансеризации со значительным улучшением состояния здоровья	n=82 или 14,75%
3. Прошли этап диспансеризации с улучшением состояния здоровья	n=393 или 70,69%
4. Завершили данный этап без улучшения состояния здоровья	n=26 или 4,67% от общего числа наблюдений

Выводы. Анализ динамики магистральных показателей ультразвукового исследования сердца позволил констатировать, что у изучаемых больных стенокардией исходно низкие показатели систолической функции левого желудка сопровождались также признаками диастолической дисфункции, однако под влиянием авторских схем восстановительного лечения удалось добиться значительной позитивной коррекции у этих больных на

статистически достоверном уровне ($n=556$, $p<0,05$) индекса конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ, индекса конечного систолического объема (КСО) ЛЖ, показателя фракции выброса ЛЖ, индекса массы миокарда и т.д. Разработанные авторские схемы восстановительного лечения диспансерных больных при выписке из здравниц Сочи позволили на статистически достоверном уровне наблюдений не только добиться снятия с диспансерного учета 9,89% больных со стенокардией (с документально подтвержденным спазмом), но и обеспечить значительное улучшение или улучшение показателей состояния здоровья (суммарно) у 85,4% от общего числа наблюдений.

Литература

1. *Винокуров Б.Л.* Стратегия медико-экономического развития курортных регионов в системе обеспечения здоровья населения Российской Федерации.– СПб: Из-во СПб ГУЭФ, 1998.– 246 с.
2. *Иосифова Е.В., Головин Ф.И.* Минеральные воды и лечебные грязи курорта Сочи. Информационное методическое письмо Сочинского НИИ КиФ.–Сочи, 2004.– 20 с.
3. *Линденбратен А.Л.* // Медицинское страхование.– 2000.– №2.–С. 96–106.

УДК 617.765-002

ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КУОРТАХ КУБАНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Т.О. СОТНИКОВА*

Современная аналитика статистических выкладок заболеваемости населения Краснодарского края (С.Н. Сахнов, 2007) позволяет утверждать, что сосудистые заболевания зрительного нерва в общей структуре офтальмопатологии среди различных групп населения указанного субъекта РФ ежегодно (по первичной обращаемости) регистрируются у 23-24% от общего числа всех обратившихся за медицинской помощью в муниципальные офтальмологические учреждения здравоохранения.

При этом ишемическая невралгия зрительного нерва (Н 47.0 по МКБ-X) среди этих пациентов в Краснодарском крае составляла 257-268 случаев на 100 000 населения в период 2003-2007 годов, причем передняя ишемическая невралгия занимала до 64,9% по топографии нарушений кровообращения в артериальной системе зрительного нерва, а задняя ишемическая невралгия была зарегистрирована у 35,1% больных. От общего числа больных этиопатогенетически была установлена в анамнезе возможная причинно-следственная зависимость между возникновением ишемической невралгии зрительного нерва (ИНЗН) и наличием следующих неблагоприятных этиологических факторов, как то: 1) гипертоническая болезнь – у 23,4% наблюдаемых пациентов; 2) гипотоническая болезнь – у 15,2%; 3) сахарный диабет – у 20,1%; 4) облитерирующий эндартериит – у 19,8%; 5) нарушения в вертебробазилярной системе при дископатиях шейного отдела позвоночника – у 16,6%; 6) темпоральный артериит – у 3,2%; 7) другие причины – у 1,7% наблюдаемых больных.

Как видно из вышеприведенной статистики, наиболее неблагоприятными этиологическими факторами являются гипертоническая или гипотоническая болезнь и сахарный диабет, что, как правило, сопровождается при передней ишемической невралгии жалобами на появление (внезапно) дефектов поля зрения или снижение остроты зрения, что может возникать как после физического или эмоционального напряжения, так и на фоне полного благополучия. В отличие от описанной офтальмопатологии динамика нарушений зрительных функций (табл.) при задней ишемической невралгии отмечается иная, т.е. вначале бывает резкое снижение остроты зрения, но через 1-2 дня наступает прогрессивное падение зрения до 0,2-0,1, что офтальмоскопически на глазном дне через 4-6 недель конкретизируется в виде побледнения сектора диска зрительного нерва, соответствующего выпавшему участку поля зрения.

Динамика нарушений кровообращения в артериальной системе зрительного нерва при передней и задней ишемической невралгии в рамках ультразвуковой доплерографии глазного кровотока

Допплер-характеристики системы коротких цилиарных артерий, питающих отделы зрительного нерва	Основная группа (n=278, p<0,05)		Контрольная группа (n=279, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Пиковые систолические скорости (ПСС) см/с (N=53-54)	49,14±0,26	53,79±0,10	49,18±0,21	51,5±0,03
2. Конечные диастолические скорости (КДС) см/с (N=14-16)	10,12±0,31	15,0±0,07	9,98±0,27	12,3±0,07
3. Средняя (за сердечный цикл) скорость кровотока (СС) см/с (N=23-24)	18,76±0,15	23,22±0,09	18,75±0,18	20,7±0,08
4. Индекс периферического сопротивления (ИС) см/с (N=0,71-0,75)	0,92±0,01	0,73±0,01	0,91±0,01	0,81±0,01

В рамках исследования были избраны (методом непреднамеренного отбора) 2 рандомизированные по возрасту, образованию, половому признаку и т.д. больных ишемической невралгией зрительного нерва. Основная группа ($n=278$, $p<0,05$) проходила лечение с помощью особо разработанных схем восстановительного лечения, включая природные физические факторы курорта Сочи (йодобромные общие ванны из природных источников Кудепсты при $t^{\circ}=36-37^{\circ}C$), N 10 ч/день и времени приема процедур по 10-12-15 мин. по нарастающей; особые питьевые режимы природной минеральной воды «Сочинская» – средней минерализации, гидрокарбонатно-хлоридной натриевой, щелочной, йодной, борной с повышенным содержанием фтора; таласпроцедуры по классическим конвективным технологиям (А.В. Швайко, 2002). Больным контрольной группы наблюдения ($n=279$, $p<0,05$) назначалась ординарная медикаментозная терапия, рекомендованная в условиях офтальмологического стационара в соответствии с действующими Стандартами Минздрава социализации РФ. Комментируя показатели ультразвуковой доплерографии, отмеченные в табл. 1, можно констатировать позитивные изменения параметров кровотока глазничной артерии, поскольку первично сниженные (как при поступлении больных с ИНЗН в муниципальные профильные учреждения здравоохранения, так и в здравницы – базы исследования на курорте Сочи) пиковые систолические и конечные диастолические скорости кровотока практически нормализовались после санаторного этапа реабилитации и лишь приблизились к нормальным значениям после медикаментозной терапии.

Выводы. Инновационные технологии моделирования санаторного этапа восстановительного лечения больных ишемической невралгией зрительного нерва могут быть достаточно эффективными, если для создания доминирующего лечебного эффекта применяется конвективная составляющая санаторной реабилитации, когда теплообмен у этих больных (в рамках гелио-процедур, аэротерапии и морских купаний) зависит от конвективного движения воздушных масс и нагретой толщи морской воды, создавая условия для дозированной передачи естественной энергии. Вышеприведенные щадящие методики бальнеопроцедур (особо с внедрением разработанных нами методик употребления сочинских минеральных вод, богатых йодом и фтором) оказывают компенсирующее влияние на нарушение кровообращения в системе артерий, питающих отделы зрительного нерва, восстанавливая, в т.ч. в задних коротких цилиарных артериях, показатели ультразвуковой доплерографии глазного кровотока.

Литература

1. *Заболотный А.Г. и др.* // Проблемы стандартизации в здравоохранении.– 2004.– № 11.– С. 74.
2. *Сахнов С.Н.* Региональные особенности управления качеством восстановительного лечения превалентного контингента офтальмологических больных в климатобальнеологических рекреационных зонах Краснодарского края.– Сочи: НИЦ курорт. и реабил., 2007.–101 с.
3. *Швайко А.В.* // Санаторно-курортная реабилитация больных с заболеваниями системы кровообращения: Мат-лы II регион. научн.-практ. конф.– Анапа, 2002.– С.74–75.

* Сочинский НИЦ курортологии и реабилитации; Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза».