

ную регуляцию репродуктивной системы, обеспечивает повышение уровня фертильности данной группы гинекологических больных, обладает протективным эффектом в отношении акушерской и перинатальной патологии, что позволяет рекомендовать данный метод в качестве ингредиента комплексной предгравидарной подготовки у женщин активного репродуктивного возраста, имевших в анамнезе хроническим воспалительные заболевания органов малого таза.

**Литература**

1. Кулаков В.И. и др. // Мат-лы конгр. «Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней». – М., 2000. – С. 678–680.

УДК 616.3112-002

**БАЛЬНЕО- И ПЕЛИОДОТЕРАПИЯ В ЗДРАВНИЦАХ АНАПЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ**

Д.С.-О. АНАГИЕВ\*

**Актуальность** исследования состоит в прямой корреляционной зависимости между ухудшающимися показателями экологического неблагополучия территорий ряда субъектов РФ [1] и статистическими выкладками последних 5 лет, свидетельствующих о росте заболеваемости хроническими гингивитами у детей из этих же регионов. По сведениям исследователей из Санкт-Петербургской государственной медицинской педиатрической академии [2] одонтогенные инфекции являлись одной из причин заболеваемости детей из экологически неблагополучных территорий Северо-Западного и Уральского Федеральных округов России не только хроническими гингивитами (32,3 случая в 2002 году и 35,8 случаев в 2006 году на 1000 зарегистрированных больных детей с диагнозом, установленным впервые в жизни), но и в целом болезнями органов пищеварения (болезненность детей в указанных регионах РФ в 2000 году 102,14, а в 2006 уже 108,91 на 1000 детского населения). Существующий анализ соматических заболеваний у детей [3–4] позволяет утверждать, что хронические гингивиты играют определяющую роль в возникновении хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, других поражений ЖКТ в детском возрасте. Как показали наши наблюдения и обследования детей, прибывших в течение последних 5 лет на санаторно-курортное лечение в детский санаторий «Бимлюк» Росздрава (под наблюдением находилось 757 детей в возрасте 8-12 лет, прибывших в период 2003-2008 годов из экологически неблагополучных климатогеографических зон России), 97% детей, страдающих различными соматическими заболеваниями, имели воспалительную патологию полости рта (в т.ч. хронические гингивиты различной степени выраженности у 36,9% обследованных детей). Одновременно в Методических указаниях от 12.12.1999 №99/231 «Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей» не существует раздела, связывающего проблемы санаторно-курортной реабилитации лиц с хроническими болезнями органов пищеварения и аспектами диссеминации у них хронических гингивитов. Это обусловило социальную востребованность научных изысканий по избранной проблеме.

**Цель исследования** – объективизация показателей биохимического и иммунного статуса (при реабилитации в здравницах Анапы) детей, страдающих хроническими гингивитами, этиопатогенетически связанными с проживанием этих пациентов в экологически неблагоприятных регионах России. При этом базой исследования являлся детский санаторий «Бимлюк» Росздрава, где различные формы хронических гингивитов (десквамативные, гиперпластические или простые маргинальные, т.е. относящиеся по Международной статистической классификации болезней к 4-значной рубрике К 05.1 по МКБ-Х) клинически купировались с помощью следующих реабилитационных мероприятий: 1) авторских модификаций питьевого режима (3 раза по 180 мл за 35-40 мин. до еды подогретой на водяной бане до t°=23-25°С) природной минеральной воды «Анапская» скважины №3-Э (табл. 1); 2)

применения названной минеральной воды в виде ультразвуковых ингаляций высокодисперсными омагниченными аэрозолями с отечественным аппарате ингаляционной терапии TUR USI 50 с магнитной насадкой в виде кольцевого магнита при продолжительности вдыхаемой смеси 3 минуты и курсе лечения 10 процедур ч/день; 3) гингивального фонофореза отжима лечебной грязи Кизилташского лимана (курорт Анапа) с содержанием кальциевого и хлоридно-натриевого ионного состава грязевого раствора в пределах 45 г/дм<sup>3</sup>, плотностью тока 0,2-0,4 вт/см<sup>2</sup>, курсовой кратностью до 8 процедур, ч/день; 4) магнитолазерной фототерапии на гелиево-неоновом отечественном лазере АГ-201-03 «U» при использовании низкоинтенсивного некогерентного красного света (ННКС) с длиной волны 0,6-0,9 мкм и плотностью потока мощности на пораженные участки десен 30-50 мВт/см по 10-12 процедур на курс; 5) талассопродур (по второму режиму умеренно-интенсивного воздействия после недельной адаптации и использования режима слабого воздействия). Описывая методику назначения климатопродур следует подчеркнуть, что аэротерапия проводилась в виде: а) пребывания пациентов на воздухе в одежде, в движении, покое; б) сна в климатопалатах пляжа на свежем воздухе; в) воздушных ванн и прогулок у моря. Морские купания проводились по режимам слабого и умеренного воздействия в сочетании с гимнастикой, различными играми, свободным плаванием в акватории лечебного пляжа.

Ионный состав природной минеральной воды «Анапская», скважины №3-Э: минеральная вода малой минерализации, хлоридно-сульфатная натриевая, слабо щелочная. Утвержденные запасы – 43 м<sup>3</sup>/сут.; использование: промышленный разлив, лечебное питье в бювете. По ГОСТ 13273-88 наиболее приближается к XIV группе Феодосийскому типу питьевых лечебно-столовых минеральных вод. Формула ионного состава

$$M_{3,2} \frac{Ca_4(HCO_3 + CO_3^{2-}) + 7 SO_4^{2-}}{Na_{98}} \cdot p_{H8,6}$$

Предложенные схемы лечения реализовывались у больных детей основной группы (ОГ, n=279). Полученный терапевтический эффект сравнивался с данными контрольной группы (КГ, n=278) детей 8-12 лет, проходивших за минувший 5-летний период стандартное лечение (антибиотики, фторированные пасты, полоскание полости рта настоями шалфея, календулы, сертифицированные фармакопрепараты, содержащие фитонциды, обладающие дезинфицирующим, противовоспалительным или антибактериальным действием; и др.) в детском МУЗ г. Анапы по поводу аналогичных нозологических форм гингивитов. Преимущества авторских методик восстановительной терапии детей, страдающих гингивитами представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

**Сравнительная динамика показателей ПОЛ и АОЗ**

Средний показатель за 2003-2007 г.г.	ОГ n=279, p<0,05		КГ n=278, p<0,05	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ДК <sub>(г)</sub>	0,78±0,01	0,83±0,01	0,77±0,02	0,78±0,01
КД и СТ <sub>(г)</sub>	0,09±0,01	0,14±0,01	0,09±0,01	0,10±0,01
ДБ <sub>(г)</sub> ед. И О	0,50±0,01	0,57±0,01	0,49±0,02	0,51±0,02
КД и СТ <sub>(г)</sub>	0,31±0,02	0,25±0,01	0,30±0,02	0,29±0,01
ЦП, мг/дл	30,7±1,1	36,3±1,2	30,4±3,8	31,7±1,7
а-ТФ, мкмоль/л	12,3±0,1	14,6±0,1	12,2±0,1	12,9±0,1

Примечание: Индексами (г) и (и) обозначены соответственно гептановая и изопропанольная фазы липидного экстракта

Предложенные нами инновации в восстановительном лечении больных детей, страдающих гингивитами, приводили к нормализации у них уровня церулоплазмينا (ЦП) и содержания а-токоферола (а-ТФ) в сыворотке крови (табл. 1). Для этой цели использовался реактив Эммери – Энгель с поправкой на оптическое поглощение каротинов. Одновременно у больных детей из ОГ после курса санаторно-курортной реабилитации повышался уровень гептанэстрагируемых кетодиенов и сопряженных триенов, уровень которых вырос в 1,6 раза относительно исходных значений при поступлении в здравницу. Аналогичная динамика у больных КГ практически не имела позитивной тенденции. В табл. 2 представлен иммунокорригирующий эффект реализованных в 2003-2007 гг. схем лечения, проявляющийся нормализацией показателей концентрации иммуноглобулинов. Анализ индивидуальных значений Тх показал, что у 71,9% больных количество Тх было исходно повышено в среднем до 69,24±0,10% (p<0,05).

\* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи)

Процентное содержание Тс в среднем до 19,45±0,25 (p<0,05) исходно зарегистрировано у 78% больных детей. В процессе восстановительного лечения у больных ОГ с исходным повышением содержания Тх этот показатель снизился с 45,07±0,3% (p<0,05) до 15,49±0,12. При анализе индивидуальных колебаний уровня Тс в динамике установлено, что у 63,2% больных ОГ и у 26,7% КГ по завершению курса терапии этот показатель оказался в пределах нормы.

Таблица 2

**Иммунокорректирующий эффект предложенных схем восстановительного лечения**

Показатели	Общее число (n=557)		Норма
	ОГ (n=279, p<0,05)	КГ (n=278, p<0,05)	
IgA, г/л	2,41±0,09 2,13±0,02	2,41±0,08 2,38±0,03	2,12±0,05
IgM, г/л	1,52±0,07 1,25±0,08	1,58±0,06 1,48±0,04	1,23±0,08
IgG, г/л	26,03±0,13 17,96±0,21	26,91±0,15 25,32±0,14	18,06±0,54
Тх, %	69,24 ± 0,10 45,07 ± 0,3	62,21±0,04 59,12±0,07	45,18±0,86
Тс, %	19,45±0,25 15,49±0,12	19,28±0,03 18,31±0,12	15,41±0,13
Тх/Тс	3,55 ± 0,14 2,91 ± 0,03	3,23 ± 0,04 3,22 ± 0,01	2,93±0,12

Примечание: в числителе – показатели до лечения, в знаменателе – после

**Вывод.** После лечения у больных ОГ имела тенденция к нормализации иммунного гомеостаза, выраженная в отношении IgA, IgG и Т-лимфоцитов. Снижение этих изначально повышенных показателей, характеризующих состояние иммунной системы, подтверждает иммуномодулирующий эффект восстановления детей, страдающих хроническими гингивитами.

**Литература**

1. Маймулов В.Г. и др. Методические проблемы оценки факторов окружающей среды.– СПб.: ПИТЕР, 2006.– 115 с.
2. Юрьев В.К.// Новый экологический вестник.– 2006.– №2.– С.37–39.
3. Циммерман Я.С.//Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол.– 2003.– № 5 (прил. 5). – С. 64–65.
4. Щербаков Д.Б. и др. // Науч. вестник курортов рос. Причерноморья.– 2007.– №2.– С.107–109.

УДК 617.765-002

**ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ**

А.В. МАЛАФЕЕВ\*

Актуальность поднятой проблемы подчеркивается тем, что по данным ВОЗ количество больных сахарным диабетом (СД) в мире достигло 194 млн., в России зарегистрировано более 5 млн. человек. По прогнозам [3] к 2010 году общее число больных достигнет 7 млн. человек в России и около 230 млн. в мире. Однако истинная заболеваемость сахарным диабетом по подсчетам ряда западных специалистов [1] выше в 4 раза. При первичном выявлении СД от 10 до 30% больных имеют диабетическую ретинопатию, нефропатию и др. осложнения. По данным ВОЗ, среди страдающих СД ежегодно регистрируется >15 млн. слепых, большую часть из которых составляют [2] больные с диабетической ретинопатией (ДР). Поражение сетчатки глаза на ранних стадиях протекает безболезненно, и пациент может не замечать снижения зрения, а при обращении нередко имеет место уже 2-я и 3-я стадии ДР. При СД I типа при длительности заболевания 2 года ДР выявляется у 2-7% больных; через 10 лет – у 50 %; при длительности заболевания >15 лет – у 75-98%. В 65% случаев развивается пролиферативная форма ДР. В группе пациентов с

СД 2 типа частота развития ДР составляет 29% при стаже СД <5 лет и 78% – при длительности СД >15 лет. Использование консервативных методов лечения ДР (ангиопротекторы, антиоксиданты, ферменты, пептидные биорегуляторы) дает положительный эффект только при непролиферативной стадии ретинопатии, а в случае развития пролиферативной стадии на первое место выходит эндовитреальная хирургия с обязательным этапом санаторно-курортной реабилитации (для чего в рамках нашего исследования использовались сочинские здравницы «Ставрополье» и «Волна»). Учитывая социальную значимость своевременного выявления и лечения диабетических осложнений в Краснодарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» создано и успешно функционирует отделение витреоретинальной хирургии «Диабет глаза» (табл. 1). В условиях отделения больные проходят лечение офтальмолога, эндокринолога, кардиолога. Проводится обучение больных в рамках «Школы диабета».

Таблица 1

**Системность восстановительного лечения в учреждениях здравоохранения и здравницах Кубани больных ДР**

Патология, приведшая к развитию ДР	2004	2005	2006
СД I тип	460	475	716
СД II тип	1305	1245	1377
СД, впервые выявленный	*)	92	243
Всего	1765	1720	2093
% от общего потока пациентов в Краснодарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза»	14,7%	14,7%	17,4%

\*)- Данные за 2004 год не учитывались

Патогенетически обоснованным методом лечения пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР) являются особые формы восстановления зрения у больных ДР, включающие субтотальную закрытую витрэктомия (СЗВ) и лазеркоагуляцию сетчатки в необходимом объеме (табл. 1). Широкое внедрение в восстановительное лечение перфторорганических соединений и эндолазеркоагуляции значительно расширило возможности офтальмохирургов и улучшило прогноз лечения пациентов с ПДР. Сохранение максимально возможного зрения при этой патологии остается актуальной проблемой. Наиболее серьезные послеоперационные осложнения СЗВ, ведущие к слепоте, возникают в первые месяцы после операции. Для профилактики этих осложнений нами был использован санаторный этап предоперационной подготовки и послеоперационной курортной реабилитации в этих же здравницах пациентов с ПДР. Иммуномодулирующий и метеорезистентный эффект восстановительного лечения в здравницах больных с названной офтальмопатологией формировался режимами слабого и умеренно интенсивного воздействия гелиопродур, теплыми (при t ≥23°) и инфуферентными (при t=21-22°) воздушными ваннами, а также морскими купаниями по оригинальной методике. Системотропный инсулинпродуцентный эффект у больных диабетической ретинопатией обеспечивался щадящей методикой назначения сероводородных ванн Мацестинского месторождения (50-100 мг/л, 36°С, 6-8-10-12 мин. по нарастающей, N 10, ч/день) и процедурами лечебного питья гидрокарбонатной натриевой магниевой-борной фтористой природной минеральной воды «Пластунская», что включало в установочный период (в первую неделю) употребление минеральной нативной воды в теплом виде при t° ≤22 ° по 160-180 мл 3 раза в день за 30-40 мин. до еды. При хорошей индивидуальной переносимости объем воды рос до 1,2-1,5 литра в сутки 4-5 раз в день. К концу лечения объем воды снижался в день до 700-800 мл при этой же t°. При гипертензивной ДР в виде гипотензивного питьевого протектора использовалась природная минеральная вода «Сочинская», диуретический эффект которой обусловлен её ср. минерализацией и химсоставом (гидрокарбонатно-хлоридная, шелочная, йодная, борная с повышенным содержанием фтора).

Группы А и В представляли собой рандомизированные наблюдаемые контингенты пациентов (от 40 до 60 лет; мужчин 46,7%, женщин 53,3%)(табл. 2). Отличие во врачебной тактике (при условии проведения идентичных офтальмохирургических вмешательств) состояло в том, что пациентам группы А проводились в период 2003-2007 годов санаторные этапы предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации, пациентам группы В санаторно-курортное лечение не предлагалось. При

\* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза»