

врачей различных специальностей и правительственными решениями об оказании помощи данной категории женщин в приобретении соответствующих препаратов. Это позволит снизить влияние урогенитальных расстройств и особенно urgentных нарушений мочеиспускания на все стороны жизни женщины: социальную, физическую, психологическую, эмоциональную.

Поступила 25.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю. Г., Вилкаров А. З., Гаджиева З. К., Балан В. Е., Локшин К. Л., Спивак Л. Г. Гиперактивный мочевой пузырь // Врачебное сословие. 2004. № 1–2. С. 36–42.
2. Балан В. Е., Анкирская А. С., Муравьева В. В., Тихомирова Е. В. Особенности урогенитальных нарушений в перименопаузе // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». 2003. С. 290.

3. Карахалис Л. Ю., Федорович О. К. Характеристика приливов у женщин разных возрастных групп // АГ-инфо, 2006. № 2. С. 26–31.
4. Bulmer P., Abrams P. The overactive bladder // Rev Contemp Pharmacother. 2000, № 11. P. 1–11.
5. Nilvebrant L. The mechanism of action of tolterodine // Rev Contemp Pharmacother. 2000, № 11. P. 13–27.

L. U. KARAKHALIS

UROGENITAL DYSTROPHY IN REPRODUCTIVE AND PERIMENOPAUSAL WOMEN

We assessed the rate of urogenital disorders in women. The study was designed as prospective audit of 959 reproductive and perimenopausal women. We have found the age-specific appropriateness of the urogenital complaints. In our opinion there is a necessity in united efforts of different specialties for urogenital dystrophy problem solving.

O. A. КАТХАНОВА

ДИНАМИКА РЯДА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУР И СОВРЕМЕННЫХ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЧЕРНОМОРСКИХ ЗДРАВНИЦАХ КУБАНИ

*Кафедра кожных и венерических болезней
Кубанского государственного медицинского университета*

В период 2003–2006 годов нами наблюдалась группа детей (7–13 лет), страдающих монетовидной и бляшечной формами псориаза, псориатической эритродермией и артропатическим псориазом, которым в санаториях «Бимлюк» (Анапа), «Вулан» (Геленджик), им. Н. А. Семашко и «Юность» (Сочи) проводилось ежегодное комплексное восстановительное лечение, что представлено в таблице 1.

При этом бальнеотерапия наружно применялась в виде общих сероводородных (50–100–150 мг/л при температуре 36° С, продолжительностью 6–8–10–12 минут с нарастающим итогом, через день, 8–10 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36–38° С, продолжительностью 1 ванны 10–15–20 минут с нарастающим итогом через день, 8–10 процедур на курс лечения) общих ванн из природных минеральных источников местных месторождений. В ходе восстановительного лечения использовался дистанционный способ магнитно-инфракрасно-лазерной (МИЛ) терапии, при котором терминал лазера располагался на расстоянии 0,5–1 см от облучаемого объекта. В зависимости от распространенности процесса продолжительность экспозиции составляла от 5 до 30 мин. Максимальная площадь, обрабатываемая во время 1 сеанса, – 40 см². Первые 5 сеансов проводили с частотой импульсов 1 кГц, последующие – 1–5 кГц, остальные – 5 или 10–5 кГц.

Курс терапии состоял из 15–20 сеансов, проводимых ежедневно. При наличии отклонений в иммунном статусе больного с учетом результатов иммунологических исследований проводили облучение области тимуса в течение 2 мин частотой импульсов 80 Гц и мощностью излучения светодиодов 80 мВт. Детям, страдающим артропатическим псориазом (L 40.5 по МКБ-X), рекомендовался фонофорез с отжимом лечебной грязи на пораженные суставы по методике Н. А. Гаврикова. Одной из постоянных составляющих авторской схемы восстановительного лечения изучаемого контингента пациентов стала импульсная фототерапия (ИФТ) по методике Ю. Э. Русак и соавт. при использовании фототерапевтической импульсной установки «Имфолукс-1-01», которая состоит из облучателя с ксеноновой лампой ДКСт 5000, установленного на стойке, позволяющей регулировать его высоту и наклон, переносного пульта и блока питания. Установка обладает фиксированными и регулируемыми электрическими и временными параметрами, позволяющими получить увеличение облученности поверхности кожи в 10 раз и более в сравнении с источниками излучения, работающими в непрерывном режиме. Облучение пациентов проводилось с расстояния 1,5 м, ежедневно, начальная доза составляла ½ биодозы, это 40–60 импульсов, с постепенным

Наблюдаемые больные (дети в возрасте 7–13 лет), проходившие по поводу различных нозологических форм псориаза восстановительное лечение в здравницах – базах исследования на Черноморском побережье Кубани

Единицы наблюдения	Кол-во	Период лечения
1. L 40.0 по МКБ-X Псориаз обыкновенный, в т. ч.: – основная группа – контрольная группа	n=557, в т. ч.: 279 278	Осуществление рандомизированным группам больных в 2003–2006 годах авторских схем комплексного восстановительного лечения, изложенного ниже (для основных групп наблюдения). Пациенты контрольных групп наблюдения при осуществлении плановых диспансерных мероприятий получали ординарный курс терапии согласно действующим стандартам при лечении псориаза у детей
2. L 40.5 Псориаз артропатический, в т. ч.: – основная группа – контрольная группа	n=556, в т. ч.: 278 278	
3. L 40.8 Псориагическая эритродермия, в т. ч.: – основная группа – контрольная группа	n=561, в т. ч.: 283 278	
Всего: n=1674		

повышением на 40 импульсов через каждые 2 процедуры. В зависимости от локализации высыпаний отдельно облучалось от 1 до 4 полей. Максимальное количество импульсов на 1 поле доходило до 360–400. Лечение проводилось в отдельной кабине с максимальной светоизоляцией, курс составлял 15–25 процедур. Противопоказаний для проведения импульсной фототерапии (ИФТ) не выявлено. При неэффективности ИФТ назначались процедуры селективной фототерапии на отечественном аппарате СФТ-01, где использовались средневолновые ультрафиолетовые лучи (УФБ) на длине волны 315–320 нм. Лечение начиналось с дозировки УФБ-лучей, равной 0,05–0,1 Дж/см², по методике 4–6-разовых облучений в неделю, с постепенным наращиванием дозы УФБ на 0,1 Дж/см² в каждую последующую процедуру. Курс лечения включал обычно до 10 процедур.

В ряде случаев импульсная фототерапия (ИФТ) заменялась процедурами ПУВА-терапии. ПУВА-терапия (фотохимиотерапия) – способ лечения, основанный на сочетании пероральном либо местном применении фотосенсибилизаторов фурукумаринового ряда (псораленов) и ультрафиолета длинноволнового диапазона А (длина волны 320–400 нм). Механизм действия данного метода заключается в подавлении пролиферации и нормализации процессов кератинизации эпидермоцитов, модификации иммунного ответа кожи и стимуляции меланогенеза.

Оценивая динамику (до и после лечения в здравницах – базах исследования) псориагических поражений кожных покровов у наблюдаемых групп пациентов по индексу охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index), следует констатировать существенный позитивный терапевтический эффект от

реализации авторских технологий санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих псориазом, что представлено в таблице 2.

Комментируя данные таблицы 2, следует подчеркнуть, что индекс PASI под влиянием предложенных автором инновационных сочетаний природных физических лечебных факторов Черноморского побережья Кубани и прогрессивных форм аппаратной физиотерапии и диетотерапии существенно снизился в основных группах наблюдения. Подобное снижение индекса PASI наблюдалось в 2,39 раза у детей, прошедших по авторским методикам восстановительное лечение в здравницах – базах исследования по поводу монетовидного или бляшечного вульгарного псориаза, тогда как у контрольной группы наблюдения детей с аналогичным диагнозом названный показатель снизился при выписке лишь в 1,38 раза. Еще более оптимистично выглядит динамика индекса PASI у основной группы наблюдения детей, проходивших санаторное лечение по авторским методикам в связи с наличием артропатического псориаза (L 40.5 по МКБ-X). Здесь изучаемый индекс снизился при выписке с баз исследования в 3,12 раза и составил в среднем 1,6–1,7 против 5,0–5,1 при поступлении в здравницу. Сложнее протекал процесс санаторно-курортной реабилитации у детей, страдающих псориагической эритродермией, когда при выписке из здравниц средний индекс PASI по основной группе наблюдения составил 3,2–3,3, т. е. снизился лишь в 1,5 раза, а в контрольной группе наблюдаемых детей с аналогичным диагнозом снижение индекса PASI было самым незначительным из всех изучаемых нозологических форм псориаза.

В сыворотке крови определяли общепринятыми методами содержание общего холестерина (ОХС),

Таблица 2

Динамика индекса PASI у основных и контрольных групп наблюдения под влиянием авторской и стандартной схем восстановительного лечения в здравницах – базах исследования*)

Нозология	Средний индекс охвата и тяжести псориаза (PASI)			
	Основная группа		Контрольная группа	
	При поступлении	При выписке	При поступлении	При выписке
1. L 40.0 по МКБ-Х Псориаз обыкновенный (монето-видная и бляшечная формы)	5,5–5,6	2,3–2,4	5,4–5,5	3,9–4,0
2. L 40.5 по МКБ-Х Псориаз артропатический	5,0–5,1	1,6–1,7	4,9–5,0	2,1–2,2
3. L 40.8 по МКБ-Х Псориатическая эритродермия	5,8–5,9	3,8–3,9	5,7–5,8	4,8–4,9

Примечание: *) – 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.

Таблица 3

Динамика метаболических показателей крови основных групп у детей, страдающих псориазом, на фоне гиперлипидемии (ГЛП) под влиянием предложенных авторских схем восстановительного лечения, $M \pm m$

Показатель	Основные группы детей с псориазом				
	Норма	L 40.0 по МКБ-Х n=278	40.5 по МКБ-Х n=278	40.8 по МКБ-Х n=283	p
Кровь:					
ОХС, ммоль/л	1,03± 0,05	1,28± 0,12	1,37±0,07	0,83±0,03	<0,01
ТГ, ммоль/л	0,72±0,05	0,82±0,06	0,63±0,06	0,70±0,05	<0,05
β-ЛП, ед.	43,75±4,16	70,00±7,07	39,00±2,02	29,40±2,54	<0,001
ХСЛПВП, ммоль/л	1,14±0,05	0,99±0,03	1,12±0,04	1,17±0,02	<0,001
МДА, мкм на 1 мл эритроцитарной массы	7,85±0,60	7,20±0,54	6,63±0,32	6,94±0,30	<0,05
АОА, %	45,76±3,50	36,25±4,13	37,60±3,65	57,17±4,24	<0,05
МДА/АОА	0,17±0,01	0,21±0,02	0,17±0,02	0,12±0,03	<0,05

β-липопротеидов (β-ЛП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ) с использованием тест-наборов. Для оценки уровня АОЗ определяли интегральный показатель антиоксидантной активности (АОА). Интенсификацию ПОЛ оценивали по нарастанию конечного продукта перекисидации — малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах. Полученные данные обработаны параметрическими методами статистики, достоверность различий оценивали с использованием критерия Стьюдента. После проведенного курса восстановительного лечения анализ метаболических показателей показал, что у пациентов, получавших авторские ингредиенты вос-

становительного лечения, наблюдалось значительное снижение уровня атерогенных липопротеидов низкой плотности (β-ЛП) – на 42% ($p < 0,01$), ТГ – на 22% ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями пациентов из 2-й группы, а также повышение «фактора атерогенности» (ХС ЛПВП) до нормальных значений (табл. 3). Положительной динамики уровня ОХС в сыворотке крови не выявлено: его содержание после окончания указанного курса восстановительного лечения оставалось высоким.

Среди существенных и статистически достоверных изменений показателей системы ПОЛ – АОЗ отмечено снижение соотношения МДА/АОА — показателя,

наиболее ярко отражающего компенсаторную реакцию антирадикальной защиты. Значение МДА/АОА после курса предложенного лечения соответствовало контрольным данным, что указывало на полноценность компенсаторной реакции системы ПОЛ – АОЗ.

Данные влияния предложенной схемы санаторного лечения на липидные показатели крови детей с псориазом свидетельствуют, что эта восстановительная терапия оказывает липидкорректирующее действие, проявляющееся нормализацией содержания в сыворотке крови ТГ, β -ЛП, ХС ЛПВП. Видимо, выявленное корректирующее действие предложенной авторской схемы санаторного лечения на системы ПОЛ – АОЗ снижает вероятность атерогенной модификации липидов у изучаемого контингента больных детей. Определенная динамика показателей липидного спектра крови наблюдалась у пациентов с псориазической эритродермией (L 40.8 по МКБ-X). В крови больных этой группы по сравнению с пациентами, страдающими псориазом обыкновенным (L 40.0 по МКБ-X), выявлено снижение уровня ОХС в 1,5 раза ($p < 0,05$), β -ЛП — более чем в 2 раза ($p < 0,01$). Содержание ХС ЛПВП увеличилось на 18% ($p < 0,01$) и практически не отличалось по значениям от нормы (соответственно $1,17 \pm 0,02$ и $1,14 \pm 0,05$ ммоль/л: $p < 0,01$). Отмечалась тенденция к снижению уровня ТГ. После авторского курса восстановительной терапии существенно увеличилась антирадикальная защита крови: АОА крови у пациентов с псориазической эритродермией (L 40.8 по МКБ-X) составила $57,17 \pm 8,24\%$, что на 57,7% превышало аналогичный показатель пациентов с вульгарным псориазом (L 40.0 по МКБ-X) ($p < 0,05$). При этом наблюдалась тенденция к снижению продуктов перекисидации. Результирующим действием этих процессов явилось значительное снижение показателя МДА/АОА у названной группы детей.

Выводы

1. Приведенные результаты указывают на антиоксидантные и липидкорректирующие свойства предло-

женной автором схемы восстановительного лечения, заключающиеся в гипохолестеринемическом, гипотриглицеридемическом действии, а также в способности повышать уровень ЛПВП.

2. Комбинация бальнеопроцедур и ПУВА-терапии позволяет получить позитивный терапевтический эффект при восстановительном лечении в здравницах детей с различными нозологическими формами псориаза.

Поступила 12.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров В. В. Современные методы терапии псориаза // Consilium Medicum. 2004. № 5. С. 227–229.
2. Даниэльян Л. Г., Чалая Е. Н. Итоги совместных научных исследований по детской курортологии // Акт. вопр. орган. сан.-кур. помощи: Матер. научн.-практ. конф. МЗ и СР РФ. Железноводск, 2005. С. 114–115.
3. Константиновская Г. И., Седько В. Н., Хончагов Б. П. Стратегия щадящих процедур физиотерапии на курорте // Акт. вопр. орган. сан.-кур. помощи: Матер. научн.-практ. конф. МЗ РФ. Железноводск, 2003. С. 130.

O. A. KATKHAANOVA

DYNAMICS OF CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN SUFFERING WITH PSORIASIS WHILE THE COMBINED USE OF BALNEAL-THERAPY AND MODERN MEDICAL DEVICES OF PHYSIO-THERAPY ON THE HEALTH RESORTS OF KUBAN REGION

The paper presents clinical data on the use of balneal therapy combined with modern medical devices, methods of physio-therapy while rehabilitation of children suffering from different forms of psoriasis.

Key words: psoriasis, physio-therapy, balneal-therapy, rehabilitation.

М. П. КИРГУЕВА

ВТОРОЕ ПОКОЛЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИППП/ВИЧ

*Кафедра дерматовенерологии,
государственный институт усовершенствования врачей МО РФ*

Понятие «инфекции, передаваемые половым путем» (ИППП) объединяет группу гетерогенных по основным характеристикам (этиология, патогенез, клинические проявления) болезней и включает согласно современным представлениям помимо классических венерических заболеваний и так называемые болезни нового поколения – хламидиоз, микоплазмозы, папилломатоз, герпетическую и ВИЧ-инфекцию и др. Кроме этого (эпидемиологического) признака ИППП объединяет комплекс моральных, этических, социальных, правовых проблем. Эти болезни являются своеобраз-

ным индикатором нравственного климата в обществе и культуры населения в целом.

Эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом инфекций, передаваемых половым путем, стала настолько серьезной, что послужила темой специального слушания на Совете Безопасности России, где было подготовлено соответствующее решение. Основными проблемами современной распространенности ИППП являются:

- эпидемический рост сифилиса;
- появление ИППП нового поколения;