

соответственно $5,5 \pm 0,3$ нмоль/мл и $4,3 \pm 0,2$ нмоль/мл). Одновременно уровень Ca^{2+} -АТФ-азы, сниженный до восстановительного лечения в здравницах ($7,6-7,8$ нмоль/мл) на фоне беременности до 10 недель и после этого срока, нормализовался после немедикаментозной коррекции, достигнув уровня $9,2-9,3$ нмоль/мл.

Таблица 1

Назначение морских процедур для коррекции водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности

Ингредиентов талассотерапии	Режимы назначения
Обтирания	В течение 1-3 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие t° морской воды $20-22^{\circ}$ (в зимнее время - подогревать), продолжительность процедуры - 5 минут (всю 1 половину беременности).
Влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	В период до 20 недель беременности в зимний период при t° подогретой морской воды $27-28^{\circ}$ 10-12 процедур. Начинать с 5 мин. постепенно увеличивая до 15 минут.
Морские купания	При выраженных признаках ранних токсикозов беременным по режиму слабого воздействия теплые (t° $20-24^{\circ}$; 1-2-5 минут), а при относительно выраженных признаках токсикозов I половины беременности дни – по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые - 15-20 минут; умеренно-теплые - 5-12 минут, прохладные 1-3 минуты).

Таблица 2

Динамика показателей АТФ-зависимого ионного транспорта в эритроцитах беременных при реализации авторских схем немедикаментозной коррекции нарушений водно-солевого равновесия

Биохимические показатели сыворотки крови	Постоянные жительство курорта Сочи ($n_{\text{общ}}=280$, $p<0,05$)			
	на сроке беременности до 10 недель ($n=140$)		на сроке беременности 11-20 недель ($n=140$)	
	до процедур	после	до процедур	после
1. Активность ионных АТФ-аз в мембранах эритроцитов				
1.1. $\text{Na}^{+}\text{-K}^{+}$ АТФ-аза ($N=3,6-3,8$ нмоль/мл)	$4,3 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,1$
1.2. Mg^{2+} -АТФ-аза ($N=4,0-4,2$ нмоль/мл)	$5,5 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,1$
1.3. Ca^{2+} -АТФ-аза ($N=9,2-9,5$ нмоль/мл)	$7,8 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,1$	$7,6 \pm 0,3$	$9,2 \pm 0,2$
2. Уровень кальция сыворотки крови при цветовой реакции с крезолфталенинкомплексом по методу М. Воггос ($N=2,3-2,5$ ммоль/л)	$3,6 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,1$	$3,7 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,2$
3. Уровень магния сыворотки крови при цветовой реакции с маконом по методу V. Chromy ($N=2,6-2,75$ ммоль/л)	$3,9 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,1$

Выводы. Предложенные схемы лечебного питания природной слабощелочной сульфатно-гидрокарбонатной кальциево-натриевой магниевой минеральной воды «Горячключевская» (скважины IP месторождения Горячий Ключ Краснодарского края) являются эффективной формой коррекции нарушений водно-солевого равновесия у женщин с ранними токсикозами беременности. В определении тактики врачебных назначений немедикаментозной коррекции клинико-биохимических проявлений токсемии беременных важную роль играют морские процедуры, включая плавание по щадящей методике, или обтирания кожи беременных морской водой, богатой ионами натрия, калия, кальция и магния, являющихся приоритетами коррекции водно-солевого равновесия при токсикозах I-й половины беременности.

Литература

- Кулаков В.И. // Акуш. и гинекол. – 2002. – №2. – С. 4-7.
- Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности. – М.: Академия, 2006. – 212 с.
- Савельева Г. и др. // Акуш. и гинекол. – 2005. – №3. – С. 3-5.
- Eskes T. K. // Eur J of Obstetrics & Gynecol and Reprod Biol. – 2001. – Vol.95. – P.206-212.
- Okonofua F.E. et al. // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2006. – Vol. 28, № 2. – P. 143-147.

УДК 617.765-002

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СХЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИЕЙ

Е.Е. СОГОЛОВСКАЯ*

Официальные материалы Центра ВОЗ по профилактике устранимой слепоты [3] указывают на то, что распространенность центральной инволюционной хориоретинальной дистрофии (ЦИХД) по мировому показателю обращаемости в медицинские учреждения в среднем составляла с начала XXI века до 300 случаев на 100 тыс. населения. По данным [1], в России этот показатель составляет 15 случаев на 1000 населения, хотя в ежегодной (в период 2003-2007 годов) структуре сосудистой патологии глаза ЦИХД занимает до 41,3% от числа офтальмообращаемости в муниципальные учреждения здравоохранения. Если ранее ЦИХД была в 86,8% прерогативой людей старше 70 лет, то за последние 5 лет отмечается [2] снижение в 28,1% случаев возрастного порога наступления данной офтальмопатологии до 57-60 лет. Одновременно указывает на корреляционную связь между случаями возникновения ЦИХД у пациентов и наличием у них различных нозологических форм офтальмогерпеса с первичной локализацией патологического процесса в пигментном эпителии сетчатки, мембране Бруха и хориокапиллярах макулярной области, где наиболее часто наблюдаются сухая или атрофическая форма ЦИХД, которая характеризуется атрофией пигментного эпителия. Реже бывает экссудативная «влажная» форма инволюционной дистрофии сетчатки с характерным быстрым ухудшением зрения из-за развития неоваскулярных мембран, фиброваскулярных рубцов и кровоизлияний в сетчатку и стекловидное тело. Сформированы методом непреднамеренного отбора 3 рандомизированные (по возрасту, полу, профпринадлежности и клиническим проявлениям) группы лиц, страдающих ЦИХД.

1-й группе больных ЦИХД ($n=279$, $p<0,05$) в ходе лечения на экссудативных или экссудативно-геморрагических стадиях процесса (в т.ч. при наличии субретинальной неоваскулярной мембраны – СНМ) велась лазеркоагуляция по классической методике (ЛЖКМ) для удаления отека макулярной области или разрушения СНМ. Перспективны фотодинамическая терапия, транспупиллярная термотерапия и коагуляция фидерных сосудов.

2-я группа больных ЦИХД ($n=278$, $p<0,05$) получала после лазеркоагуляции в виде антиоксидантной терапии препарат «СТРИКС». Нарушение антиоксидантной системы защиты организма играет важную роль в патогенезе многих заболеваний, в т.ч. дистрофии сетчатки. Антиоксидантная терапия широко представлена в офтальмологической практике, в том числе в лечении инволюционного витрео-ретиального синдрома. Широко используются витамин А (бета-каротин), С, Е (токоферол), цинк, селен, тауфон, эмоксипин, гистохром и др. В лечении ЦИХД сетчатки применялся препарат «СТРИКС»: комплекс экстракта черники и бета-каротина. Он имеет антиоксидантные свойства, связывая свободные радикалы и защищая клетки от повреждения активными формами O_2 , обладает иммуномодулирующим действием. Курс лечения – 2 мес., доза 82,4 мг экстракта черники и 12 мг концентрата бета-каротина 2 раза в день.

Таблица 1

Динамика показателей ПОЛ и АОЗ

Показатели интенсивности процессов ПОЛ и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты.	Группы наблюдения в здравницах-базах исследования в 2003-2007 годах больных ЦИХД ($n=838$)					
	1-я группа $n=279$		2-я группа $n=278$		3-я группа $n=281$	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	После лечения
МДА эритроцитов, нмоль/л*	$47,1 \pm 1,8$	$45,7 \pm 1,6$	$48,1 \pm 1,2$	$44,3 \pm 3,2$	$47,9 \pm 1,1$	$44,2 \pm 0,7$
МДА липидов *	$22,3 \pm 1,1$	$20,4 \pm 1,2$	$22,7 \pm 1,5$	$18,1 \pm 1,3$	$22,6 \pm 1,2$	$17,6 \pm 0,9$
Общ. липиды г/л**	$2,26 \pm 0,17$	$2,43 \pm 0,2$	$2,69 \pm 0,18$	$2,46 \pm 0,1$	$2,53 \pm 0,19$	$2,47 \pm 0,2$
Каталаза, мкат/л*	$30,5 \pm 3,3$	$32,4 \pm 2,1$	$41,0 \pm 3,4$	$33,9 \pm 2,9$	$35,2 \pm 3,1$	$31,6 \pm 2,2$
Среднемолекулярные липиды усл. ед.**	$0,288 \pm 0,02$	$0,279 \pm 0,01$	$0,364 \pm 0,03$	$0,298 \pm 0,01$	$0,302 \pm 0,02$	$0,278 \pm 0,01$
Диеновые конъюгаты, отн. ед.*	$3,12 \pm 0,35$	$4,01 \pm 0,31$	$3,52 \pm 0,27$	$4,29 \pm 0,29$	$3,51 \pm 0,2$	$4,28 \pm 0,1$
Перилоплазмин, г/л*	$0,321 \pm 0,01$	$0,298 \pm 0,01$	$0,342 \pm 0,02$	$0,299 \pm 0,01$	$0,318 \pm 0,01$	$0,297 \pm 0,01$

Примечание: достоверность различий обозначена - * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

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

3-я группа пациентов, страдающих ЦИХД ($n=281$, $p<0,05$), спустя 4 мес. после ЛККМ направлялась в сочинские санатории «Волна» и «Ставрополье» для постоперационного восстановительного лечения. Модифицированный подход к режиму дозирования солнечных ванн базировался на индивидуальном определении у них эритемной дозы при помощи биодозиметра Далефельда – Горбачева с параллельной регистрацией напряжения солнечной радиации (по пиранометру) и ее интенсивности (по автоматическому УФ-дозиметру на основе серийного спектрофотометра ОФД-1). На основании полученных результатов для медсестер лечебных пляжей были разработаны памятки с указанием рекомендуемых часов приема (в различные месяцы) процедур гелиотерапии для этих больных, а сами режимы назначения вносились лечащим врачом в санаторно-курортную книжку пациента, исходя из наличия у него различных типов реакции сосудов кожи (гипо-, нормо-, гиперреакции) на гелиопроцедуры. Учитывая прямую корреляционную связь между интенсивностью снижения зрения у больных ЦИХД и наличием у них сопряженно протекающих процессов слабости зрения (как ответа на имевшееся ранее герпетическое поражение хориоретинальных тканей), 3-й группе больных на фоне талассопродур рекомендовался фонофорез 0,2 Вт/см² с полуданом на глазное яблоко.

Обсуждая лечебно-профилактическую значимость физиопроцедур для больных ЦИХД, следует подчеркнуть, что эффективным физическим фактором, увеличивающим проницаемость хориокапилляров макулярной области для лекарственных препаратов, растворы которых помещают в глазную ванночку, является ультразвук. Применение ультразвука с терапевтической целью основано на его поглощении в тканях глазного яблока. При поглощении ультразвука происходит активация обменных, репаративных процессов, увеличивается проницаемость тканевых мембран, ускоряется рассасывание инфильтратов. Терапевтическим методом применения ультразвука при глазных заболеваниях оказался фонофорез, позволяющий сочетать лечебное действие ультразвука и лекарственного препарата и создавать терапевтическую концентрацию последнего в тканях глазного яблока. У больных ЦИХД с поражением стромы в результате фонофореза 0,01% водного раствора полудана и инъекции глазного яблока роговичный синдром исчезает после 3-4 процедуры.

Таблица 2

Итоговая оценка офтальмохарактеристик у больных ЦИХД

Больные ЦИХД ($p<0,05$)	Острота зрения	Поле зрения	КЧСМ
1-я группа ЛККМ	0,31±0,02 0,38±0,04	386±10 418±20	31,4±1,0 34,3±0,9
2-я группа ЛККМ+ «СТРИКС»	0,32±0,03 0,39±0,02	385±10 433±20	31,5±1,0 35,8±0,8
3-я группа ЛККМ+талассо-процедуры+фонофорез по авт. методикам	0,30±0,05 0,43±0,01	379±10 469±25	32,0±0,6 36,9±0,5

Примечание: в числителе – данные до лечения, а в знаменателе – после

Изначально сниженный в пределах 3,12-3,51 отн. ед. уровень диеновых конъюгатов и одновременно повышенный уровень МДА эритроцитов (47,1-48,1 нмоль/л) достоверно нормализовались во 2-й и 3-й группах до 4,28-4,29 отн.ед. и 44,2-44,3 нмоль/л (табл. 1). Характеристики ПОЛ и АОЗ в 1 группе нормализовать не удалось. Комбинация в схемах восстановительного лечения талассопродур и фонофореза позволила в сочетании с ЛККМ добиться в 3-й группе не только улучшения остроты зрения у больных ЦИХД более чем в 1,4 раза, но и расширить поля зрения и оптимизировать критическую частоту слияния мельканий. При этом использование только ЛККМ у пациентов с аналогичной офтальмопатологией позволяло оптимизировать названные офтальмохарактеристики на 50-60% ниже, чем это удавалось в авторских схемах реабилитации больных ЦИХД (в т.ч. в здравницах Кубани).

Литература

1. Гусаревич О., Фурсова А. // Новый вест. реабилитолога. – 2008. – №1. – С.28–31.
2. Шашинова А.М., Волнов В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. – М.: Медицина. – 2006. – 414 с.
3. Fleisher L. et al. // Graef. Arch. Clin. Exper Ophthalmol. – 2005. – Vol.233. – №2. – P. 94–100.

УДК 616.36

ОПТИМИЗАЦИЯ ИММУНООТВЕТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ПРИ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ «МАТЬ И ДИТЯ» НА КУРОРТЕ СОЧИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Е.С. ЭПП*

Актуализация темы обусловлена тем, что общее количество пациентов (как взрослых, так и детей) с болезнями органов пищеварения существенно возросло в России с начала XXI века, составив на 01.01.2008 в суммарном исчислении 5 млн. 127 тыс. чел. [2], хотя ещё в 2000 году аналогичный показатель по данным официальной статистики МЗ РФ составлял 4 млн. 698 тыс. чел. [1]. Указанное В.А. Черешнев и др. [3] закономерно связывают с диссеминацией среди различных групп населения неправильного питания, с пристрастием к спиртному, курением, гиподинамией, неблагоприятными экологическими факторами, снижением государственного контроля за качеством производимых (в т.ч. импортируемых) пищевых продуктов. При этом [4] указывают, что рецидивирующее течение болезней органов пищеварения в 64,9% случаев (при недостаточно продуктивной врачебной тактике, сопряженной с легкомысленным отношением больного к собственному здоровью) приводит к хроническим формам течения названной патологии, что в 20-22% неизбежно оканчивается инвалидностью. Известные бальнеологи и курортологи российского Причерноморья (К.А. Георгиади-Авдиенко, О.Ш. Куртаеви др.) указывают на низкую социальную востребованность ряда геленджикских, хадзыженских и сочинских месторождений природных питьевых минеральных вод в восстановительном санаторном лечении больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения (на фоне того, что геополитические причины сегодня не позволяют россиянам в полной мере воспользоваться для лечения подобных заболеваний минеральными водами Грузии или стран Балтии). Последнее компенсируется функционированием на курорте Сочи отделения «Мать и дитя» при санатории «Юность», где с 2003 года проводится реабилитация взрослых и детей с патологией органов пищеварения в семейном анамнезе.

Цель – обоснование сочетанного использования природных хлоридно-гидрокарбонатных, натриевых, слабощелочных борных или йодных (с повышенным содержанием фтора) минеральных вод Сочи в схемах восстановительного лечения взрослых и детей в возрасте 7-12 лет с хроническими гастритами (К 29.3; К 29.4; К 29.5 по МКБ-X) в семейном анамнезе. Базой исследования выступало открытое с 2004 г. отделение «Мать и дитя» сочинского санатория «Юность», где проходил в период 2004-2008 гг. восстановительное лечение изучаемый контингент лиц (табл. 1).

Таблица 1

Сводная характеристика больных

Перечень единиц наблюдения	Кол-во	Методы восстановительной терапии
1. Основная группа 1.1. Пациенты с хроническим поверхностным гастритом (К 29.3 по МКБ-X) 1.2. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом (К 29.4 по МКБ-X) 1.3. Пациенты с хроническим (антральным или фундальным) гастритом неуточненным (К 29.5 по МКБ-X) в т.ч. взрослых=139; детей=139 чел.	n=278 в т.ч. n=96 n=92 n=90	Реализация в 2004-2008 годах авторских схем восстановительного лечения, включающих использование талассопродур и питьевой бальнеотерапии с природными минеральными водами месторождения «Пластунское» (Центральный район курорта Сочи по месту дислокации базы исследования).
2. Контрольная группа в т.ч. взрослых=139; детей=139 чел.	n=278	Восстановительное лечение на этих же базах исследования по действующим стандартам санаторно-курортного лечения, не предусматривающим задействование местных питьевых минеральных вод.

Интенсивность иммунного ответа на *H. pylori* оценивали при помощи качественного теста BM-Test *Helicobacter pylori* (Boehringer Mannheim, Германия). Параллельно определяли концентрацию специфичных к *H. pylori* антител класса IgG в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа при помощи наборов ImmunoComb® II *Helicobacter pylori* IgG

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); отделение «Мать и дитя» сочинского санатория «Юность».