

обследованных больных в целом по всем группам в зависимости от стадии и проведенного лечения.

Таблица 2

Сравнительный анализ 3-летней выживаемости больных обследованных групп в зависимости от проведенного лечения

Группа больных в зависимости от лечения	Число больных	%
Рак шейки матки, IIВ ст.		
СЛТ, n=21	14	66,7±10,3
СЛТ + СИТ, n=18	16	88,9±7,4
СЛТ + СИТ + АИТ, n=20	19	95,0±4,9
Рак шейки матки, III ст.		
СЛТ, n=21	13	61,9±10,6
СЛТ + СИТ, n=18	14	77,8±9,8
СЛТ + СИТ + АИТ, n=17	15	88,2±7,8
Рак яичников, III ст.		
ПХТ, n=19	12	63,2±11,1
ПХТ + СИТ, n=16	13	81,3±9,8
ПХТ + СИТ + АИТ, n=18	16	88,9±7,4
Рак яичников, IV ст.		
ПХТ, n=18	7	38,9±11,5
ПХТ + СИТ, n=17	12	70,6±11,1
ПХТ + СИТ + АИТ, n=17	13	76,5±10,3

Анализ 3-летней выживаемости показал наличие её зависимости от проводимой терапии. При этом различия между подгруппами, в зависимости от лечения в большинстве случаев не достигали случаев достоверности, что было связано с относительно небольшим числом обследованных больных, повергавшихся 3-летнему клиническому наблюдению. Имелось только недостоверное превышение (в пределах 22-29%) по выживаемости больных РШМ IIВ ст. по отношению к группе СЛТ. Примерно такие же особенности были выявлены в подгруппе больных РШМ III ст. (18-27%).

Наблюдалось недостоверное превышение показателей 3-летней выживаемости также в группах пациенток с раком шейки матки и яичников III ст. Низкой выживаемостью характеризовались больные РЯ IV ст., обследование которых было проведено в рамках работы. Их 3-летняя выживаемость в группе ПХТ без СИТ и АИТ составила только 38,9%. При применении разработанных способов лечения (ПХТ+СИТ и ПХТ+СИТ+АИТ) 3-летняя выживаемость увеличилась 81,5% и 96,6% соответственно ($p < 0,05$ в последнем случае).

Литература

1. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2007 году (статистические материалы) / Ж.А. Арзыкулов [и др]. – Алматы, 2008. – 30 с.
2. Козлов, В.К. Иммуноterapia рекомбинантными цитокинами в лечении онкологических больных / В.К. Козлов, О.Е. Молчанов, Г.М. Жаринов // Сб. "Успехи клинической иммунологии и аллергологии". Том III. Под ред. А.В. Караулова. – М.: Изд-во регионального отделения РАЕН, 2002. – С. 263–279.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2011. – 188 с.
4. Танатова, З.А. Особенности и повышение эффективности лечения злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин в регионе Семипалатинского ядерного полигона: автореф. дисс. д.м.н. / З.А. Танатова. – Астана, 2007. – 257 с.
5. Cancer Immunotherapy with interleukin-12 and granulocyte-macrophage colony-stimulating factor-encapsulated microspheres: coinduction of innate and adaptive antitumor immunity and cure of disseminated disease / H.C. Hill [et al.] // Cancer Res, 2003. – 62. – P. 7254–7263.
6. Critical role of NK1+ T cells in IL-12-induced immune responses in vivo. J. Immunol / T.K. Kawamura [et al.] – 1998. – 160. – 16.
7. Cellular vaccine therapies for cancer / M.J. Mastrangelo [et al.] // Cancer Treat Res. – 1998. – 94. – 35–50.
8. Parkin, D.M. Death from cervical cancer / Parkin, D.M. // Lancet 1999. – 8484. – 797.
9. Wiltrout, R.H. Therapeutic requirements for the successful treatment of murine renal carcinoma by adoptive chemimmunotherapy / R.H. Wiltrout, B.J. Matheison, T.C. Back, R.R. Salup // Progr Clin Biol Res. – 1997. – 244. – 17–25.
10. Effects of auto-tumor infiltrating lymphocytes induced by interleukin (IL)-12 with IL-2 on patients of primary hepatic carcinoma / Y.X. Zhang [et al.] // Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2008. 88(14); 973–976.

IMMUNOTHERAPY AND SURVIVAL RATE OF PATIENTS WITH CERVICAL AND OVARIAN CANCER

D.K. KENBAEVA, Z.A. MANAMBAEVA, A.K. MAKISHEV, S.A. KABYLOVA

Astana Municipal Oncologic Dispensary, Republic of Kazakhstan
Semey State Medical University, Republic of Kazakhstan
Astana Medical University, Republic of Kazakhstan

Pavlodar Branch of Semey State Medical University, Republic of Kazakhstan

The article considers the determination of survival rate distinctions in patients with cervical and ovarian cancer depending on specific kinds of immunotherapy. The increase of survival rate in patients is revealed at the analysis performed according to Kaplan-Mayer's method and general three-year survival rate in the groups of immunotherapy application. To the utmost the survival rate increased against the background of applying the combination of specific and adoptive kinds of immunotherapy.

Key words: immunotherapy, cervical and ovarian cancer, survival rate.

УДК 616.5-002.9

ИННОВАЦИИ В НАЗНАЧЕНИИ ВОЗДУШНЫХ, СОЛНЕЧНЫХ ВАНН И ПРОЦЕДУР ЛАНДШАФТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

М.М. ТЛИШ*

В рамках исследования были модифицированы ранее применявшиеся на курорте Сочи базовые унифицированные методики назначения талассотерапии (Б.Л. Винокуров и др., 1998) для больных зудящими дерматозами, поскольку все они (n=556) являлись постоянными жителями курорта Сочи, т.е. в отличие от приезжающих на лечение иногородних больных со сходной патологией были адаптированы к местным климатическим условиям, как к среде постоянного обитания. Это позволяло активно использовать увеличение экспозиции аэро-, гелио-, морских процедур для групп наблюдения, что и составляло основной принцип модификации предложенных автором методик назначения талассотерапии.

Ключевые слова: ландшафтотерапия, аэро- и гелиопроцедуры при зудящих дерматозах.

Ведущие отечественные дерматологи [1] считают необходимым дополнять медикаментозные средства, купирующие клинические проявления зудящих дерматозов, немедикаментозными методами воздействия на них, поскольку по данным Всемирной Организации Здравоохранения [6] уровень этой патологии кожи, в т.ч. атопических нейродермитов, вырос в экономически развитых странах Европы, Азии и Америки, практически в два раза по сравнению с минувшим пятилетием.

Цель исследования – разработка системных реабилитационных мероприятий для больных зудящими дерматозами, организованных в здравницах Лазаревской рекреационной зоны курорта Сочи с использованием эксклюзивных приемов аэро- и гелиотерапии.

Материалы и методы исследования. В ходе настоящего исследования использовались (в качестве одного из основных методов лечения) физические природные лечебные факторы курорта Сочи. Для изучаемого контингента диспансерных больных была разработана особая практика назначения процедур талассотерапии (их продолжительности, сезонности, кратности, периодичности, совместимости) с другими методами лечения, исходя из индивидуального характера течения у этих больных той или иной нозологической формы зудящих дерматозов.

Результаты и их обсуждение. Дозирование процедур талассотерапии соотносилось для данного контингента пациентов с совокупностью современных методологических подходов к организации талассопроектур, накопленных учеными Сочинского НИИ КИФ и НИЦ курортологии и реабилитации ЧЗУСС МЗ РФ. Были модифицированы эти и другие, применявшиеся на курорте Сочи базовые унифицированные методики назначения талассотерапии диспансерным больным, поскольку все они (n=556) являлись постоянными жителями курорта Сочи, т.е. в отличие от приезжающих на лечение иногородних больных со сходной патологией были адаптированы к местным климатическим условиям, как к среде постоянного обитания. Это позволяло

* ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», 350063, Российская Федерация, Краснодар, ул.Седина,4

увеличивать экспозиции аэро-, гелио-, морских процедур для основных и контрольных групп наблюдения, что и составляло основной принцип модификации предложенных автором методик назначения *талассотерапии*. Толкование понятийного термина «*талассотерапия*» как метода лечения морским климатом и купаниями в сочетании с солнечными и воздушными ваннами широко встречается в отечественной специальной литературе [2,3,4,5]. Некоторые исследователи включают в понятие «*талассотерапия*» еще и ландшафтотерапию, назначаемую по особым врачебным методикам в приморских здравницах. Это позволило в рамках исследования проводить назначение индивидуальных режимов пребывания на свежем воздухе в одежде (в покое и в движении) изучаемому контингенту больных, что отражалось в виде специального метода применения особой методики с исчислением, так называемых единиц «КЛО», введенных в климатотерапию французскими бальнеологами М. Террис (2000). Российская модификация использования единиц «КЛО» в ходе организации климатолечения рассчитывалась по методике В. И. Сырмоловой и Б.Л. Винокурова (2003) как показатель потери тепла со всей поверхности тела человека, равная 6,5 Вт/м, что помогало конкретному пациенту сделать выбор адекватной одежды сообразно со шкалой, характеризующей теплоизоляционные качества различных видов одежды (табл.).

Таблица

Показатели теплоизоляционных качеств различных видов одежды в климатических условиях курортов российского Причерноморья

Наименование одежды	Единицы КЛО
Шорты, трусы, рубашка с коротким рукавом (без майки).	0,25
Брюки, трусы, майка, рубашка с коротким рукавом	0,67
Обычный легкий деловой костюм, хлопчатобумажное белье	1,0
Теплая одежда, включая пиджак, жилет, шерстяное платье и т.д.	1,95
Утепленная одежда (теплый плащ, пальто и т.д.)	4,5

Врачебное психотерапевтическое воздействие использовалось для пациентов с зудящими дерматозами при организации еще одной аэротерапевтической процедуры, связанной с длительным пребыванием на свежем воздухе в покое, которую условно квалифицировали термином «*дневной сон в климатопалате под влиянием гипнозусуггестии*». В этих же климатопалатах использовалась такая аэротерапевтическая процедура, как «*дневной электросон на свежем воздухе в одежде*», на курс лечения которым назначалось 15-20 полутрачасовых процедур. Сон на свежем воздухе в одежде назначался по режиму №2 (умеренно интенсивного воздействия), который в завершающей фазе лечения (при благоприятных метеоусловиях) расширялся до режима №3 (интенсивного воздействия). Разработки особой методологии врачебных назначений потребовало пребывание изучаемого контингента больных на свежем воздухе в движении из-за опасности вызвать перегрев или переохлаждение этих больных при процедурах кинезотерапии, ближнем туризме, при спортивных или оздоровительных играх. Термином «*кинезотерапия*» обозначался комплекс физической нагрузки, в который включались утренние гигиеническая гимнастика, гимнастика с использованием открытых водоемов, а также свободные игры на воде, лечебная гребля, дозированная ходьба по маршрутам различной степени тяжести, лечебная гимнастика на свежем воздухе (по щадяще-тренирующему режиму воздействия). К этой же группе *аэропроцедур* относились врачебные прописи для данной категории больных маршрутов ближнего туризма, которые также классифицировались по нагрузочным режимам. Основное количество пациентов с зудящими дерматозами постепенно переводилось для выполнения процедур *утренней гигиенической гимнастики* (УГГ) с объемом и интенсивностью упражнений, соответствующим тренирующему режиму. Групповой или индивидуальный методы проведения УГГ включали:

- ходьбу простую, усложненную, т.е. перемежающуюся с невысокими прыжками или бегом медленным темпом (не более 30 или 40 шагов в минуту);
- упражнения для мышц шеи;
- упражнения для мышц рук и плечевого пояса;
- упражнения для мышц спины и тора (наклоны вперед, в стороны, назад, вращение корпуса вокруг вертикальной оси);
- упражнения для мышц ног;
- игровые упражнения с мячом;
- ходьба по затухающему ритму;

- расслабляющие дыхательные упражнения;
- отдых после упражнений утренней гигиенической гимнастики.

В комплексе восстановительных процедур для изучаемого контингента пациентов воздушные ванны подразделялись в рамках настоящего исследования:

- в зависимости от значений эквивалентно-эффективной температуры (ЭЭТ) – на теплые (ЭЭТ выше двадцати трех градусов), индифферентные (ЭЭТ равна двадцать один-двадцать два градуса), прохладные (ЭЭТ равна семнадцать-двадцать градусов), умеренно-холодные (ЭЭТ равна пятнадцать-шестнадцать градусов);
- по аэродинамическому воздействию – на аэростатические (при штиле), слабодинамические (при скорости ветра до 1м/сек), среднединамические (при скорости ветра 1-4 м/сек), сильнодинамические (при скорости ветра более 4 м/сек);
- по гигрометрическим условиям – на сухие (при относительной влажности менее 55%), умеренно сухие (при относительной влажности воздуха 56-70%), влажные (при относительной влажности 71-85%) и сырые (при относительной влажности более 85%).

Исчисление продолжительности воздушных ванн в минутах (методика назначения которых для изучаемых пациентов была разработана в рамках настоящего исследования) также было индивидуальным и назначалось в зависимости от конкретной нозологической формы зудящих дерматозов. При этом следует отметить, что продолжительность воздушных ванн регулировалась в соответствии с классической систематизацией врачебных прописей аэротерапевтических процедур по различным режимам воздействия.

В частности, режим №1 (слабое воздействие) использовался на начальных этапах восстановительного лечения. Кроме этого режим слабого воздействия для приема воздушных ванн рекомендовался тем пациентам, у которых наличествовали признаки снижения иммунного статуса. В случае хорошей клинической эффективности и переносимости назначенных процедур указанные пациенты постепенно переводились на режим № 2 (умеренно-интенсивного воздействия), а при выписке из базы исследования (в случае позитивной динамики клинико-морфологических и функциональных характеристик, включая гормональный, иммунный и психофизиологический статус) подобные пациенты переводились на режим № 3 (интенсивного воздействия) аэротерапевтических процедур. Клиническая эффективность использования воздушных ванн в общем комплексе *талассотерапии* способствовала (при применении вышеописанных режимов врачебных назначений) у 96,8% наблюдаемых пациентов с зудящими дерматозами установлению после санаторно-курортной реабилитации фазы устойчивой ремиссии исследуемого заболевания.

Гелиотерапия при медицинской реабилитации изучаемого контингента пациентов также имела свои особенности, что выражалось в особом алгоритме назначения солнечных ванн пациентам с зудящими дерматозами и основывалось на индивидуальных особенностях течения изучаемого заболевания у конкретного пациента, а также на биологическом лечебном эффекте ультрафиолетовой радиации. Схема врачебных назначений определялась длительностью приема солнечных ванн в утренние и вечерние часы теплых и прохладных периодов. Режимы дозирования солнечных ванн назначались с учетом времени терренкуров, если таковые проводились при солнечной погоде. Корректировка длины пешеходных трасс, включая маршруты дозированной ходьбы, проводилась по формуле, предложенной Э. Симиу и Р. Сканланом (1994), которая учитывает энергозатраты организма при пешеходной нагрузке: $R = R_1 \times \Delta \times H \times T \times A$, где: R - оптимальный выбор радиуса пешеходной доступности (до 4 градусов уклона); R1 - существующий радиус пешеходной доступности (в зависимости от величины уклона); T - индекс комфортности биоклиматических показателей пешеходной зоны; Δ - соответствующий эквивалент энергозатрат пациента на преодоление пешеходной тропы определенного радиуса доступности; H - соотношение наибольшей скорости отдельных порывов ветра (м/сек) и частоты повторения этих порывов (час/год) в данной местности; A - угол наклона пешеходной тропы. Подобные режимы выбирались в соответствии с конкретными климатическими условиями (температура, влажность воздуха, количество солнечных дней и т.д.) в 2005-2011 годах на курорте Сочи. Расчет зоны комфорта на пешеходных тропках проводился по достаточно большой группе

показателей. При этом, в указанных пешеходных зонах вычислялся показатель Н, характеризующий соотношение наибольшей скорости отдельных порывов ветра (в м/сек) к частоте повторения этих порывов, исчисляющихся количеством часов за год (час/год). Для изучаемых больных показатель Н рекомендовался в значениях НЗ (ветер до 15 метров в секунду; частота повторения этих порывов ветра до 500 час/год) и Н4 (ветер до 10 м/сек, частота повторения подобной силы ветра до 300 час/год). При подобных показателях эквивалент энергозатрат наблюдаемых больных при пешеходных прогулках или дозированной ходьбе был значителен и составлял от 300 до 500 кал/км. Поэтому пешеходные зоны для этих больных, характеризующиеся энергозатратами ЭЗ (до 500 кал/км), рекомендовались только тем группам пациентов, которые находились на тренирующем режиме двигательной активности, а для рекреантов, находившихся на щадяще-тренирующем режиме двигательной активности, рекомендовались пешеходные зоны, характеризующиеся показателем Э4 (эквивалент энергозатрат до 300 кал/км). Для больных, находящихся на щадящем режиме двигательной активности, рекомендовались зоны пешеходных прогулок с эквивалентом энергозатрат Э5, т.е. до 50 кал/км. Характерно, что именно эти пешеходные зоны отличались низким углом наклона пешеходных троп - от 4 градусов и менее. Кроме этого, пациентам с зудящими дерматозами (без органических нарушений в опорно-двигательном аппарате) при назначении ландшафтотерапии в форме ближнего туризма назначались более сложные (по физической нагрузке) пешеходные маршруты.

Литература

1. Кубанова, А.А. Инновации немедикаментозной терапии и фармакологического лечения больных зудящими дерматозами / А.А. Кубанова //Дерматология.– 2010.– № 5.– С.37–41.
2. Полушина, Н.И. Методология климатолечения на высокогорных курортах России/ Н.И. Полушина //Научный вестник Северного Кавказа.– 2009.– № 1.– С. 75–78.
3. Пономаренко, Г.Н. Физиотерапия для больных дерматозами / Г.Н. Пономаренко //Новый физиотерапевтический журнал.– 2011.– № 7.– С. 58–60.
4. Разумов, А.Н. Проблемы восстановительного лечения больных заболеваниями кожи и подкожной клетчатки на курортах российского Причерноморья / А.Н. Разумов //Курортный вестник.– 2010.– № 3.– С. 81–84.
5. Севрюкова, В.С. Климатолечение больных зудящими дерматозами на курорте Анапа / В.С. Севрюкова //Климатология.– 2009.– № 6.– С. 46–49.
6. Hagermark, O. Itch in atopic dermatitis: the role of histamine and other mediators and the failure of antihistamine therapy / O.Hagermark, C.F. Wahlgren //Dermatol.Therapy.– 2011.– N1.– P.75–82.

INNOVATION IN PRESCRIBING AIR, SUN AND INTEGRATED SPA PROCEDURES OF LANDSCAPE THERAPY IN THE REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH ITCHING DERMATOSIS

M.M. TLISH

Kuban State Medical University, Krasnodar

In the context of this research earlier modified techniques of thalassotherapy were applied to the basic uniform methodology of Sochi resort destination for patients with itching dermatosis, since they all (n=556) were residents of Sochi resort, i.e. unlike those coming for treatment out-of-town patients with similar pathologies they were adapted to local climatic conditions, as permanent dwelling environment. This allowed active using the increase in the exposition of Aero-, Helio-marine procedures for monitoring teams, which was the basic principle of the modifications offered by the author of the techniques of thalassotherapy prescription.

Key words: landscape therapy, aero-and helioprocures at scrubbing dermatosis.

УДК 616-003.87

БАЛЬНЕО-ПРОЦЕДУРЫ И ТАЛАССО-ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМ КЕРАТОЗОМ

Ж.Ю. НААТЫЖ*

Предложенный нами эксклюзивный алгоритм талассолечения и бальнеопроцедур (с применением природных галогенсодержащих минеральных вод российского Причерноморья, избирательных схем аэро- и гелиотерапии и морских купаний) позволял добиться позитивного терапевтического эффекта (с полным или частичным исчезновением клинических признаков приобретенного ладонно-подошвенного кератоза) в 72-76% случаев. Наследственные нозологические формы кератоза ладонно-подошвенной локализации протекали более упорно, а процент выписанных из здравниц больных с объективными показателями санации кожи был меньше и составлял до 39-43%.

Ключевые слова: талассо- и бальнеолечение кератозов.

Специальный подраздел XII класса болезней кожи и подкожной клетчатки (L85.1 по МКБ-X) следующим образом классифицирует приобретенный ладонно-подошвенный кератоз: образование мозолей на подошвах и ладонях при физической работе является естественным и защищает кожу от избыточного давления. В местах, подвергающихся трению и давлению, в результате усиленного деления клеток кожи в ростковом слое эпидермиса образуется особенно толстый и плотный роговой слой. Мозоли на подошве и нарушения ороговения кожи стоп могут являться важным симптомом деформации стоп: плоскостопия, уплощения поперечного свода стопы. Наследственный кератоз (Q82.8 по МКБ-X) предусматривает несколько форм кератодермий, где чаще всего описывается кератодермия Мелледа, т.е. форма наследственной диффузной кератодермии, отличающаяся переходом кератоза с ладонно-подошвенных поверхностей на тыл кистей, стоп, области локтевых и коленных суставов. Среди наследственных кератодермий достаточно часто встречаются: кератодермия Папийона-Лефевра, кератодермия эпидермолитическая, кератодермия мутилирующая Фовинкеля, кератодермия диссеминированная Бушке-Фишера-Брауэра. Одновременно с этим ведущими формами приобретенных кератодермий считаются следующие: кератодермия краевая ладоней Рамос-и-Сильвы, кератодермия климактерическая (Хакстхаусена синдром). Отличающееся почти в 50% случаев самоличие ведет к затянувшимся процессам патологии эпидермиса. Ладонно-подошвенный кератоз может быть одним из симптомов рака кожи. Однако современные средства массовой информации зачастую дезориентируют пациента с клиническими проявлениями приобретенного ладонно-подошвенного кератоза, заставляя его необоснованно часто менять мази, гели и другие препараты для, якобы, мгновенного исчезновения толстого слоя ороговевшей кожи. Вместе с тем, ведущие отечественные и зарубежные дерматологи [1,2,3] ориентируют пациентов на следующий обучающий подход: при потемнении и болезненности кожи на местах её ороговения необходимо срочно обратиться за специализированной медицинской помощью, дабы избежать случаев злокачественного перерождения ороговевшего эпителия. У 38% больных с ладонно-подошвенным кератозом, как правило, встречается *гиперкератоз* – чрезмерное развитие или недостаточное отшелушивание рогового слоя кожи. Имеется отдельная группа заболеваний рогового слоя кожи – *ихтиозы* – заключающаяся в чрезмерном образовании и скоплении на коже роговых чешуек, напоминающих рыбью чешую. Нормальным считается возникновение *гиперкератоза*, например, при посттравматическом заживлении. К опасным, нарушениям ороговения кожи относится *перхоть*, появляющаяся на волосистой части головы и волосистых частях тела. При заболевании чешуйчатом лишае происходит нарушение ороговения кожи, напоминающее чешуйки, появляются они не только на стопах и ладонях, но и на других частях тела. Длительное облучение солнечными лучами также вызывает при передозировке гелиопроцедур кератоз.

Избыток рогового слоя кожи можно удалять специальными пилками (лечебный педикюр). Стандартное лечение *кератодермий* включает в себя: *ретиноиды* (тигазон, неотидазон и др.) – по 0,5 мг/кг в сутки; *авит*; наружно: *кератолитические мази*; крем «Скинорен»; *солевые ванны*; *20% димексид*; *лазеротерапия*. При климактерической *кератодермии* чаще всего применяют – 0,05% эстрадиоловый крем. При кератодермии Папийона-Лефевра ле-

* ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», 350063, Российская Федерация, Краснодар, ул.Седина,4