

4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ № 73 от 24.09.2007 г. «Об организации мероприятий по профилактике лептоспирозов».
5. Юзвик Л.Н., Носков А.К. Проблемы эпидемиологии и

эпизоотологии лептоспирозов Забайкалья // Региональные особенности йоддефицитных состояний в Читинской области: Матер. регион. конф. — Чита, 2001. — С.59-60.

Адрес для переписки:

664047, г. Иркутск, ул. Трилиссера, 78, Макеев Сергей Михайлович — старший научный сотрудник отдела эпидемиологии Иркутского НИПЧИ, тел. (3952) 22-01-43.

© ШКЛЯР А.П., МАКАРОВ О.А., ИЛЬИНА Л.И., КАЛЯГИН А.Н. — 2009

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДОНСОДЕРЖАЩИХ ТЕРМАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТА «НИЛОВА ПУСТЫНЬ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

А.П. Шкляр, О.А. Макаров, Л.И. Ильина, А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей гигиены, зав. — д.м.н., акад. РАМН, проф. М.Ф. Савченков, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. С целью изучения возможностей использования радонсодержащих термальных вод курорта «Нилова Пустынь» для лечения и профилактики обострений болезней костно-мышечной системы обследовано 64 больных с остеоартрозом коленных суставов. Всем больным назначен курс из 10 ванн, оценку эффективности производили по индексу M. Leguesne на 0, 2, 25 неделях. Установлено, что через 25 недель положительный эффект от применения бальнеотерапии сохраняется у 55,5% больных.

Ключевые слова: курорт «Нилова Пустынь», радоновые воды, радонотерапия, остеоартроз, вторичная профилактика.

USE OF RADON-CONTAINING THERMAL WATERS OF A RESORT «NILOVA DESERT» FOR TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE OF AGGRAVATIONS OF ILLNESSES OF OSTEO-MUSCULAR SYSTEM

A.P. Shkljar, O.A. Makarov, L.I. Il'ina, A.N. Kalyagin

(Irkutsk State Medical University)

Summary. With the purpose of studying opportunities of use radon-containing thermal waters of a resort of «Nilova Desert» for treatment and preventive maintenance of aggravations of illnesses of osteo-muscular system it was surveyed 64 patients with osteoarthritis of knee joints. All patient received 10 bathes, the estimation of efficiency was made on index M. Leguesne in 0, 2, 25 weeks. It is established, that in 25 weeks the positive effect of balneotherapy is kept at 55,5 % of patients.

Key words: a resort of «Nilova Desert», radonic waters, radon-therapy, osteoarthritis, secondary preventive maintenance.

Наиболее распространенной болезнью костно-мышечной системы (БКМС) является остеоартроз (ОА) или остеоартрит по международной терминологии. ОА — это гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, но со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь — хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц [5]. Современное понимание проблемы позволило отметить этиопатогенетическую неоднородность данного патологического состояния, что демонстрирует неоднозначность оценок и сложности интерпретации.

По широко цитируемым данным D.T. Felson (1988), заболеваемость ОА составляет 8,2 на 100 тыс. населения, а распространенность по данным эпидемиологических исследований — 20% взрослого населения мира. Наиболее часто встречается данная патология у лиц 40-60 лет [11]. За последние 20 лет распространенность ОА в России возросла в 2,4 раза. Темп прироста ежегодно растет. Только за последние 5 лет численность больных ОА возросла более чем на 0,5 млн. человек, почти 50% женщин старше 50 лет страдают ОА. ОА молодеет с каждым годом. У 10-30% больных ОА развивается разной степени стойкая утрата трудоспособности [1].

Программа лечения при ОА включает две группы методов: 1) нефармакологические: снижение массы тела, физические упражнения при разгруженных суставах (в положении сидя, лежа, в бассейне), санаторно-курортное и физиолечение (грязи, бальнеотерапия,

бишофит, озокерит и т.д.), применение средств ортопедической коррекции (трости, костыли, наколенники, голеностопы, туторы и т.д.), протезирование суставов; 2) фармакологические: анальгетики, структурно-модифицирующие средства, внутрисуставные глюкокортикостероиды и миорелаксанты [3]. К сожалению, использование только медикаментозной терапии не дает устойчивого положительного эффекта [4].

В значительном числе источников обсуждается возможность применения санаторно-курортного лечения с целью профилактики обострений ОА, в частности в Рекомендациях Европейской лиги по борьбе с ревматическими заболеваниями (EULAR) по доказательному лечению ОА курортотерапии присвоен уровень доказательности 1b (по крайней мере, одно рандомизированное клиническое испытание), а степень обоснованности рекомендаций — С (основана на результатах, по меньшей мере, одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества), а выраженность терапевтического эффекта составляет 1,0, что сопоставимо с эффектом структурно-модифицирующих препаратов и лечебной физкультуры [12].

Считается, что хороший эффект для больных с ОА имеет лечение на бальнеологических курортах с сероводородными, радоновыми, хлоридными натриевыми, йодобромными водами и курорты Нафалан и Янгантау. Одним из наиболее предпочтительных является использование радонсодержащих вод, т.к. они могут применяться при наличии у больного реактивного синдрома и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и репродуктивной систем

[2]. Опыт лечения подобных заболеваний на курорте «Белокуриха» имеет давнюю историю. Действие азотно-кремниевых радоновых вод этого курорта на больных с БКМС детально изучено в последние 25 лет [9]. Рекомендательный курс приема радоновых ванн составляет от 10 до 14. По содержанию радона в водах курорта «Белокуриха», в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава РФ «Перечень курортов России с обоснованием их уникальности по природным лечебным факторам» (1999), близкими являются сульфатно-хлоридно-натриевые термальные воды курорта «Нилова Пустынь» (Республика Бурятия) [8]. Однако, серьезных исследований, посвященных лечебно-профилактическому действию этих вод не выполнялось.

Целью изучения возможностей использования радонсодержащих термальных вод курорта «Нилова Пустынь» для лечения и профилактики обострения ОА.

Материалы и методы

На базе курорта «Нилова Пустынь»

(Республика Бурятия) в 2005 году была сформирована опытная группа из 64 больных с верифицированным по данным рентгенографии диагнозом ОА коленных суставов.

Все больные были разделены на группы по стандартному ревматологическому инструменту — индексу тяжести ОА коленных суставов (М. Lequesne). При сумме баллов 1-4 — слабая (n=3), 5-7 — средняя (n=39), 8-10 — выраженная (n=18), 11-12 — значительно выраженная (n=4), более 12 — резко выраженная тяжесть (в исследовании не участвовали). Для устранения погрешностей, связанных с малым объемом выборки и трудностями интерпретации из анализа были исключены больные со слабой и резко вы-

изменилось в положительную сторону, а в группе выраженной тяжести — таких сдвигов не произошло. Однако через 25 недель наблюдения у больных обеих групп отмечено значимое улучшение более чем 1 балл выраженности симптомов, что говорит о замедленном наступлении эффекта от санаторно-курортного лечения и его стойкости (табл. 2). Особенно значимо подверглась регрессу ночная боль, увеличилась дистанция ходьбы и подъема по лестнице, а также расширился спектр движений повседневной активности.

Таблица 2

Изменения показателей выраженности симптомов ОА (n=57)

Временной интервал		Тяжесть ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, баллы	
		средняя (n=39)	выраженная (n=18)
До курса	0 неделя	6,9±0,4	9,8±0,5
После	2 неделя	5,6±0,7 (p<0,05)	9,0±1,0 (p=0,17)
Отдаленный период	25 неделя	5,6±0,6 (p<0,05)	8,2±0,5 (p<0,05)

Оценка эффективности спустя 2 недели после начала бальнеотерапии представлена на рисунке 1. Из него видно, что среди больных со средней и выраженной тяжестью появились больные со слабой тяжестью, существенно уменьшилось число больных с выраженной степенью тяжести ($X^2=37,2$, $df=2$, $p<0,001$). В группе со средней тяжестью эффективность составила 64,1% (улучшение у 25 из 39 чел.), в группе с выраженной тяжестью — 83,3% (улучшение у 15 из 18 чел.), общая эффективность составила 70,2%.

В отдаленном периоде изучалась вторичная профи-

Таблица 1

Характеристика обследованных больных (n=57)

Показатели	Тяжесть ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne					
	средняя (n=39)			выраженная (n=18)		
	м	ж	всего	м	ж	всего
Пол, чел. (%)	17 (44%)	22 (56%)	39 (100%)	5 (28%)	13 (72%)	18 (100%)
Возраст, лет	52,6±0,5	51,7±0,4	52,1±0,5	61,0±2,0	57,3±0,6	59,6±0,9

раженной тяжестью поражения. Таким образом, число наблюдаемых больных сократилось до 57 человек, среди которых 17 (39%) мужчин и 40 (61%) женщин с преимущественным возрастом от 50 до 60 лет и преобладающей II рентгенологической стадией заболевания (табл. 1).

Больным проводились процедуры бальнеотерапии, которые включали прием ванн, наполненных минеральной водой медицинской сестрой, в течение 10 мин. Курс лечения составлял 10 ванн. Использовали воды скважины №2, которые относятся к сульфатно-хлоридно-натриево-му типу с уровнем минерализации 1,0 г/л и температурой 37,9-39,9°C и содержанием радона 26,0 Бк/л. Дозу облучения от воздействия радонсодержащих термальных минеральных вод вычисляли как сумму произведений эквивалентной дозы в органе на соответствующий взвешивающий коэффициент [7].

Результаты представлялись в виде среднего (М) и стандартной ошибки среднего (m). Статистическая обработка выполнялась в программном пакете Statistica v. 6.0 (StatSoft, USA, 1999). Использовался парный критерий Стьюдента, критерии X^2 и z . Значимыми считались различия при $p<0,05$ [6].

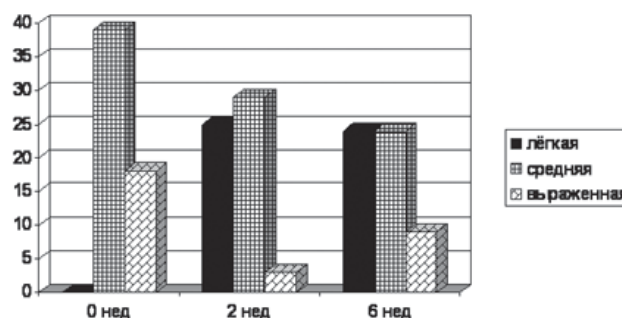
Результаты и обсуждение

Больные принимали по 10 ванн в среднем по 10 мин., при этом общее время воздействия радона составило 115,0±0,7 мин, доза облучения составила 3,7±0,2 мЗв. Бальнеологическая реакция отсутствовала у всех больных.

После завершения курса лечения состояние больных средней тяжести ОА коленных суставов значимо

лактика рецидивов симптоматики ОА коленных суставов, для всех групп она составила 59,6%, причем она была более значительной для группы средней степени тяжести —

61,5% (24 с улучшением из 39 чел.), чем для группы выраженной тяжести — 55,5% (10 из 18 чел.). Хотя различия в эффективности не значимы ($z=0,139$, $p=0,890$).



Примечание: $X^2=37,2$, $df=2$, $p<0,001$.

Рис. 1. Оценка эффективности бальнеотерапии.

При сравнении общей эффективности бальнеотерапии через 2 и 25 недель в группах больных со средней и выраженной степенью ОА коленных суставов существенных различий не получено (70,3% и 55,5%, $z=1,473$, $p=0,141$).

В своих исследованиях П.Г. Царфис (1988) также указывает на положительную роль радоновых ванн на больных с ОА коленных суставов, но им применялись воды с активностью 1,5-15,0 кБк/л. На этом фоне у

16,3% больных с активностью применяемой воды 1,5-4,5 кБк/л к 6-7 процедуре наступала бальнеореакция в виде усиления болей в суставах, появления «мозжения» в мышцах, тяжести в икрах, ухудшалось общее самочувствие и сон, а при более высокой активности — она наблюдалась практически у каждого больного [10]. При использовании радонсодержащих вод «Ниловой Пустыни» такой бальнеореакции выявлено не было.

Таким образом, курс бальнеотерапии с использова-

нием радонсодержащей сульфатно-хлоридно-натриевой термальной воды из скважины №2 курорта «Нилова Пустынь» (Республика Бурятия) имеет положительный эффект в отношении уменьшения клинических признаков остеоартроза коленных суставов, составляющий непосредственно после применения воды 70,3%, а через 25 недель — 59,6%. Эти данные позволяют рекомендовать ее в качестве средства лечебно-профилактического действия при остеоартрозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.И. Перспективы хондропротективной терапии остеоартроза // Научно-практическая ревматология. — 2003. — №4. — С.83-85.
2. Григорьева В.Д. Болезни костно-мышечной системы // Справочник по санаторно-курортному отбору / Под ред. В.М. Боголюбова. — М.: Медицина, 1986. — С.123-146.
3. Калягин А.Н., Казанцева Н.Ю. Остеоартроз: современные подходы к терапии (сообщение 2) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2005. — Т. 51, № 2. — С.93-97.
4. Каменев Ю.Ф., Берглезов М.А., Батпенев Н.Д. и др. Условия достижения длительной и стойкой ремиссии при разных типах течения деформирующего артроза средствами консервативного лечения // Вестн. ревматол. ортопедии. — 1997. — № 4. — С.9-13.
5. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С.99-111.
6. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Шербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76, № 1. — С.5-8.
7. Макаров О.А. Радон и здоровье населения. — Новосибирск: Наука, 2000. — С.42-43.
8. Перечень курортов России с обоснованием их уникальности по природным лечебным факторам: Методические указания (Утв. Минздравом РФ от 22.12.1999 №99/228).
9. Ударцев Е.Ю., Распопова Е.А., Рехтин Н.Ф. и др. Эффективность сочетанной радонотерапии в реабилитации больных посттравматическим остеоартрозом // Бюллетень сибирской медицины. — 2008. — № 2. — С.90-94.
10. Царфис П.Г. Природа и здоровье человека (лечебно-профилактические основы курортологии). — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: Высшая школа, 1987. — 480 с.
11. Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis // Epid. Rev. — 1988. — Vol. 10. — P.1-28.
12. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M., et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) // Ann. Rheum. Dis. — 2003. — Vol.62. — P.1145-1155.
13. Lequesne M., Mery C., Samson M., et al. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee // Scand. J. Rheumatol. — 1987. — Vol. 65 (suppl.). — P.85-89.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1, ИГМУ, кафедра общей гигиены, Макаров Олег Александрович - д.м.н.

© ПРОВАДО И.П., ЗОБНИН Ю.В. — 2009

К ВОПРОСУ ОБ ИТОГАХ ЭПИДЕМИИ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

И.П. Провадо¹, Ю.В. Зобнин^{1, 2}

(¹МУЗ «МСЧ Иркутского авиационно-производственного объединения», гл. врач — Е.Л. Выговский; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии, зав. — к.м.н., доц. С.К. Седов)

Резюме. Представлены результаты ретроспективного анализа организации и тактики медицинской помощи, об установлении этиологии, клинической и морфологической картины заболевания, методах лечения при массовом отравлении содержащими алкоголь жидкостями с преимущественным поражением печени на территории Иркутской области.

Ключевые слова: токсический гепатит, алкоголь, массовое отравление, Иркутская область.

TO THE QUESTION ON RESULTS OF EPIDEMIC OF THE TOXIC HEPATITIS IN IRKUTSK REGION

I.P. Provado, Y.V. Zobnin
(Irkutsk State Medical University)

Summary. Results of the retrospective analysis of the organization and tactics of medical care are presented. The establishment of etiology, clinical and morphological picture of disease, methods of treatment at a mass poisoning with liquids containing alcohol with primary lesion of a liver on the territory of Irkutsk Region has been discussed.

Key words: toxic hepatitis, alcohol, a mass poisoning, Irkutsk Region.

В течение последних нескольких лет в Российской Федерации регистрируется массовое заболевание населения, проявляющееся развитием выраженной желтухи после употребления содержащих алкоголь жидкостей [4]. Подобные массовые отравления впервые были зарегистрированы с мая по август 2004 г. в Верхней Салде Свердловской области, когда в Центральную городскую больницу поступили 90 больных с признаками острого неинфекционного гепатита [8].

В июле-августе 2006 г. случаи подобных отравлений были зарегистрированы в Тверской, Белгородской, а затем и других областях. По данным Министерства по чрезвычайным ситуациям отравления содержащими алкоголь жидкостями с развитием своеобразного поражения печени зарегистрированы в 20 субъектах РФ, а также в Белоруссии и Литве. В Российской Федерации по данным ФГУ «Научно-практический токсикологический центр Росздрава» в период с августа по ноябрь