

прогностическое значение // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2004. – № 6. – С. 48–54.

8. Кулаков В. И., Барашнев Ю. И. Новорожденные высокого риска: новые диагностические и лечебные технологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 528 с.

9. Розаткин С. О., Антонов А. Г., Буркова А. С. и др. Эффективность применения цитофлавина в интенсивной терапии недоношенных новорожденных с церебральной ишемией // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2010. – Т. 55. № 1. – С. 27–35.

10. Руководство по детской неврологии / Под ред. проф. В. И. Гузевой. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. – 496 с.

11. Рычкова С. В. Особенности показателей качества жизни у детей с заболеваниями гастроэнтероанальной зоны // Детская гастроэнтерология и нутрициология. – 2003. – Т. 11. – С. 128.

12. Самсонова Т. В., Боброва Е. А. Динамика показателей церебрального кровотока у детей в раннем восстановительном периоде перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2009. – Т. XLI. Вып. 1. – С. 40–43.

13. Степаненко С. Ф. Повышение неспецифической резистентности у новорожденных // Нижегородский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 68–72.

14. Столяров И. Д., Осетров Б. А. Рассеянный склероз: Практическое руководство. – СПб, 2002. – 176 с.

15. Чехонин В. П., Лебедев С. В., Блинов Д. В. и др. Патогенетическая роль нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера для нейроспецифических белков при перинатальных гипоксически-ишемических поражениях центральной нервной системы у новорожденных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. № 3. – С. 50–61.

16. Harry G., Kroft A. Expert. opin. drug. metab. // Toxicol. – 2008. – Vol. 10. – P. 1265–1277.

17. Hung T. N. Hypoxia-reoxygenation: a potent inducer of apoptotic changes in the human placenta and possible etiological factor in preeclampsia // Circ. res. – 2002. – Vol. 90. – P. 1274–1281.

18. Kaur C., Ling E. A. Blood brain barrier in hypoxic-ischemic conditions // Current neurovascular research. – 2008. – № 5. – P. 71–81.

19. Mc. Donald W. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the International panel of the diagnosis of multiple sclerosis // An. of neurology. – 2001. – Vol. 50 (1). – P. 212–227.

Поступила 18.01.2013

М. М. ТЛИШ

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРЕССИВНОСТИ АВТОРСКИХ ПРИЕМОВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОХИМИЧЕСКОГО И ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: tlish_mm@mail.ru*

Представленное клинико-статистическое подтверждение терапевтической прогрессивности авторских приемов немедикаментозных климато-, бальнеопроцедур и физиотерапевтического лечения базируется на том, что указанные инновации оптимизируют показатели липидного и гормонального профилей плазмы крови больных зудящими дерматозами, регулируют у этих пациентов ранее сложившуюся цепь изначальных нарушений инсулинорезистентности с проявлениями пограничной гипергликемии, корректируют значения клеточного и гуморального иммунитета. Комплексная оценка катamnестических данных изучаемых амбулаторных карт (спустя от 2 до 5 лет ежегодного использования наших схем курсового санаторного лечения) позволила констатировать снятие с диспансерного наблюдения (вследствие значительного улучшения объективных показателей здоровья за названный период) 14,75% больных из основной группы наблюдения, тогда как в контрольной группе (среди лечившихся по традиционным медикаментозным схемам купирования клинических проявлений зудящих дерматозов) этот же показатель достиг лишь 9,35% от наблюдаемого числа пациентов ($n_{\text{общ.}}=556$, $p<0,05$), т. е. был хуже в 1,5 раза.

Ключевые слова: немедикаментозное лечение больных зудящими дерматозами.

М. М. ТЛИШ

CLINICAL AND STATISTICAL EVIDENCE OF THERAPEUTIC PROGRESSIVITY COPYRIGHT ADJUSTING FOR NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH PRURITIC DERMATOSES

*Chair of dermatology GBOU VPO «Kuban state medical university» health Ministry,
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4. E-mail: tlish_mm@mail.ru*

Presented clinical and statistical evidence of therapeutic progressiveness of the author's non-drug methods of climatic and balneological procedures and physical therapy is based on the fact that these innovations optimize lipid and hormonal blood plasma of patients with pruritic dermatoses, regulate the patients' existing chain of initial insulin resistance disorders with manifestations of borderline hyperglycemia, correct the value of cellular and humoral immunity. A complex assessment of the follow-up data of the studied outpatients (after 2 to 5 years of annual use of spa treatment courses based on our routine) led to withdrawal from medical supervision

(due to a significant improvement in objective measures of health during the stated period) of 14,75% of patients from the main group of observation, whereas in the control group (among patients treated by traditional medical methods for clinical symptoms of itching dermatoses) the same figure was only 9,35% of the observed number of cases ($N = 556$, $p < 0,05$), which is 1,5 times less effective.

Key words: non-pharmacological treatment of patients with pruritic dermatoses.

Введение

Актуализация проблемы научного поиска новых технологий восстановительного лечения больных зудящими дерматозами связана с пока ещё недостаточно изученными их этиопатогенетическими факторами, определяющими полиморфность клинических проявлений названной патологии, куда отечественные и зарубежные исследователи (К. Н. Суворова, 2007; А. А. Кубанова, 2011; R. Pabst, H. J. Rohkoffer, 2010) относят контактные дерматиты (L 23), экзему (L 20.8), пруриго (L 28.1, т. е. почесуху узловатую; L 28.2, т. е. папулезную крапивницу); аллергодерматиты, вызванные веществами, принятыми внутрь, а также другие нозологические формы дерматозов, объединяемые единой рубрикой болезней XII класса по МКБ-Х. Актуализирует проблему инноваций существующих стандартных подходов тот факт, что уровень аллергизации различных социальных групп населения России (А. И. Бабюк, И. В. Куценко, 2010) «находится в прямой корреляционной зависимости от увеличивающегося экологического загрязнения окружающей среды. Это не только утяжеляет клиническую картину течения зудящих дерматозов, но и провоцирует их рецидивирующий характер, удлиняя сроки нетрудоспособности пациентов при данной патологии кожи, а в 9–11% приводя к инвалидизации».

Цель исследования – научно обоснованное теоретизирование и практическая реализация обновленных концептуальных характеристик системы санаторно-курортной реабилитации больных зудящими дерматозами (на примере ведущих здравниц Черноморского побережья Российской Федерации). Предметом исследования являлся аспект терапевтической эффективности разработанных ранее технологий преемственного восстановительного лечения (в условиях поликлиники, стационара и здравниц) больных зудящими дерматозами. Объект исследования: инновационная деятельность лицензированных курортных учреждений и предприятий Черноморского побережья Краснодарского края по конкретизации использования физических (природных и преформированных) курортных лечебных факторов крупных российских рекреационных зон, таких как Анапа, Геленджик и Сочи, при организации восстановительной терапии для пациентов с атопическим дерматитом, эндогенной экземой, локализованным или диффузным нейродермитом и другими нозологическими формами зудящих дерматозов (L 20 – L 30 по МКБ-Х).

Материалы и методы исследования

Рандомизация единиц наблюдения предусматривала статистический непреднамеренный отбор на базах исследования основной группы больных с названными нозологическими формами кожных заболеваний (L 20 – L 30 по МКБ-Х) по следующим параметрам: подгруппа 1 – больные атопическим дерматитом, эндогенной экземой, локализованной или диффузной формой нейродермитов ($n_{общая} = 278$, $p < 0,05$), объединенные в рамках четырехзначной рубрики L 20.8 XII класса болезней десятого пересмотра (МКБ-Х); подгруппа 2 –

группа взрослых и детей ($n_{общая} = 278$, $p < 0,05$), страдающих пруриго (L 28.2 по МКБ-Х); подгруппа 3 – группа женщин в возрасте 55–65 лет ($n = 278$, $p < 0,05$), находящихся в климактерическом состоянии, отягощенном зудящими дерматозами; подгруппа 4 – пациенты ($n = 278$, $p < 0,05$), страдающие простым раздражительным контактным дерматитом (L 24 по МКБ-Х); подгруппа 5 – больные вышеперечисленными нозологическими формами зудящих дерматозов (из подгрупп 1–4) с сопутствующей эндокринной патологией в виде субклинического гипотиреоза вследствие йодной недостаточности (E 02 по МКБ-Х). Данная выборка проводилась с включением в процесс рандомизации сведений о возрасте, поле, профессиональной принадлежности, длительности основного и сопутствующих заболеваний, а также о сроках давности изучаемой хронической патологии кожи и кратности ранее проведенного (поликлинического, стационарного или санаторно-курортного) лечения. Основная группа единиц наблюдения получала на базах исследования (клинический отдел изучения влияния физических природных и преформированных лечебных курортных факторов на организм человека Научно-исследовательского центра курортологии и реабилитации (г. Сочи); кафедра дерматовенерологии государственного бюджетного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет»; ФГБУ «Санаторий «Вулан» Министерства здравоохранения РФ; санаторий «Морская звезда»; санаторий «Юность» МЗ РФ; ЗАО «Санаторий «Волна») восстановительную немедикаментозную терапию по авторским технологиям, изложенным в подразделе «Методы лечения». Кроме этого каждой основной подгруппе единиц наблюдения соответствовали контрольные подгруппы больных ($n = 278$ каждая, $p < 0,05$), где пациенты получали в муниципальных поликлиниках и стационарах по месту жительства ординарный набор восстановительных процедур и различных схем медикаментозной терапии, рекомендованных действующим стандартом лечения изучаемой патологии кожи.

Выдвигаемая нами доктрина использования физических (природных и преформированных) курортных лечебных факторов в едином методологическом комплексе преемственного этапного лечения в условиях поликлиники, стационара и здравницы больных зудящими дерматозами не только способствовала терапевтической конкретизации термина «инновации в системе санаторно-курортной реабилитации» названного контингента пациентов, но и позволяла осуществить достоверный анализ механизмов терапевтической эффективности совокупного (т. е. одномоментного, но строго дозированного) использования климатических, бальнеологических и других ингредиентов природной рекреации, включая морские купания, дозированную греблю в акватории лечебных пляжей, фитолечение (отварами и настоями из растений, произрастающих в урочищах гор и альпийских предгорий российского Причерноморья), а также различные режимы физической

нагрузки при проведении процедур ландшафтотерапии). В противовес существующим ординарным методикам наши инновации в системе восстановительного лечения больных зудящими дерматозами имели своей целью одновременное (но взаимосочетающееся друг с другом) использование четырех самостоятельных направлений разрабатываемой нами концепции курортной терапии для изучаемого контингента пациентов. Первое направление – антиоксидантная активность питьевых и наружных бальнеопроцедур при использовании природных минеральных вод Юга России; второе направление – терапевтическая конкордантность (сродство по механизму воздействия) инновационных режимов аэро- и гелиопроцедур; третье направление – реабилитационный пангенезис, т. е. глобальная преемственная передача на всех этапах восстановительного лечения («поликлиника – стационар – санаторий») пропорций соотношения приемов медикаментозной и немедикаментозной коррекции иммунофона и характеристик биохимического статуса больных зудящими дерматозами, в т. ч. при объединительном алгоритме врачебных назначений морских процедур, ландшафтотерапии и фитолечения как группы природных иммуномодуляторов, имеющих в российских черноморских рекреационных зонах; четвертое направление – санационная вариабельность физиотерапевтических аппаратов нового поколения.

Результаты и их обсуждение

Комментируя сложившиеся принципы ординарной фармакотерапии (табл. 1), необходимо подчеркнуть, что она в достаточной мере обеспечивает при невротической экскориации такой механизм пуска, когда преодолевается аномалия IgE-ответа на поверхности тучных клеток и базофилов при соприкосновении естественных и синтезированных аллергенов, среди которых присутствуют (как причинно-следственный фактор, инициирующий самоповреждение кожи свежими расчесами при неосознании больными их патологического характера): пыльца цветущих растений, генномодифицированные пищевые продукты, животные белки, лекарства и т. д. Однако подобная врачебная тактика вызывает (по нашим наблюдениям, у 69,4% больных) достаточно быстрое привыкание к методам медикаментозной терапии зудящих дерматозов, что требует чередования фармакологического и санаторного этапов их восстановительного лечения. В этой связи нами рекомендовалась особая тактика преодоления торпидности к стандартной фармакотерапии у пациентов с зудящими дерматозами с использованием инновационных режимов талассопродур, включая индифферентные воздушные ванны, гелиопроцедуры по щадящему режиму, иммунокоррекцию дозированными морскими процедурами уровня медирированных клеток Th2 (на ранних) и Th1 (на поздних стадиях зуда). Это приводило к оптимизации числа CD4⁺, CD8⁺-лимфоцитов и уровня IgE (в рамках их перекрестной реактивности с эндогенными аутоантителами, разделяющими этиотропную специфичность эндотелиальных, тучных, эозинофильных гранулоцитов). Говоря об общей направленности стандартной медикаментозной терапии зудящих дерматозов, необходимо выделить следующие (ее обычные) ингредиенты: наружные глюкокортикостероиды; антигистаминные средства (H1-блокаторы), включая седативные и неседативные; антибактериальная (макролиды), антигельминтная и противогрибковая терапия; гипоаллергенная диета. Подобная тактика обеспечивает хороший терапевтический эффект лишь у половины наблюдаемых пациентов, хотя традици-

онно (в течение последних 15–20 лет) используется специалистами профильных учреждений здравоохранения при подавлении патологического аллергоответа, поддерживаемого высокой концентрацией воспалительных медиаторов (нейропептидов, цитокинов и гистамина) за счет увеличения доз генериков (антигистаминных препаратов II поколения) и активных метаболитов (как III поколения неседативных H1-антигистаминных препаратов) на фоне современных нефторированных глюкокортикостероидов низкой или умеренной активности (ацепоната гидрокортизона или фуруата мометазона), синтетических антибиотиков и противомикробных пептидов, восстанавливающих функцию эпидермального барьера. Однако подобные медикаментозные назначения сопровождаются негативными побочными эффектами (головокружение, сонливость, атаксия, плаксивость, депрессии и т. д.) у 25–29% больных зудящими дерматозами. В противовес этому курортная (немедикаментозная) реабилитация больных зудящими дерматозами противопоказаний не имеет и направлена на предупреждение системных проявлений биопсирующего зуда, приводящего к возникновению глубоких рубцов, обширных кожных пигментаций, лихенизации на фоне пиодермии. Последнее обеспечивает, во-первых, нейтрализацию волдырно-гиперемической реакции и нейроактивности пептидов (брадикинина, простагландинов, лейкотриенов и т. д.) при использовании авторских режимов питьевого и наружного назначения лечебной воды «Лазаревская», а во-вторых, реализует саногенетический потенциал противоаллергической направленности фитотерапевтических отваров сборов дикорастущих трав и лекарственных растений, произрастающих в рекреационной зоне Красная Поляна курорта Сочи. Кроме этого методы немедикаментозной терапии зудящих дерматозов конкретизируют десенсибилизирующий эффект природной гидрокарбонатной натриево-кальциевой углекислой мышьяковистой борной минеральной воды «Чвижепсинская» в качестве впервые описанного механизма немедикаментозной компенсации степени интенсивности экскорирующего, биопсирующего или пруритогенного зуда.

Авторская дифференциация щадящих режимов гелиопроцедур позволила конкретизировать существенность отличий показателей биохимического статуса больных почесухой (L 28.2 по МКБ-X), где ведущая роль отводилась значениям (до и после лечения) тех биохимических констант, которые были задействованы в процессах дезаминирования аминокислот, распада пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Последнее состояло в корреляционной связи с уровнем мочевины сыворотки крови, повышение которого свидетельствовало о деструкции газообменной функции непеченочного характера (в части эвакуации избыточных фракций остаточного азота) у больных с названной нозологической формой зудящих дерматозов. Уменьшение содержания мочевины сыворотки крови больных пруритогенно сочеталось (под влиянием авторских инноваций лечения в здравницах) с компенсацией изначально диагностированной гипопроотеинемии, когда общий белок сыворотки крови, первично сниженный до уровня $47,8 \pm 1,6$ (при N=65–85 г/л), достиг при завершении курса санаторного лечения $70,4 \pm 0,9$ г/л, тогда как в контрольной группе лишь повысился до $55,1 \pm 0,2$. Это взаимосочеталось с показателями креатинина в моче, повышенного изначально до уровня $22,3–22,6$ ммоль/сут. (при N=4–17 ммоль/сут.). При этом авторские инновации санаторного лечения, подробно описанные в соответствующем разделе данной научной работы, обеспечивали нормализацию

Научный конструктивизм авторского подхода к терапевтической конкретизации термина «инновации в системе санаторно-курортной реабилитации» применительно к различным нозологическим формам зудящих дерматозов

Традиционные научные воззрения	Авторское концептуальное толкование
<i>1. Сроки выезда больных зудящими дерматозами на курорт после стационарного лечения или по завершении амбулаторного медикаментозного купирования очередного обострения</i>	
1.1. Не ранее 3–4 месяцев после завершения медикаментозной терапии (в редакции раздела «Болезни кожи и подкожной клетчатки» медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков). Данные методические указания, утвержденные Минздравом РФ от 22.12.1999 года № 227 гласят, что «больные зудящими дерматозами имеют право быть размещенными в санаториях лишь при отсутствии распространенных высыпаний, особенно на открытых участках кожи»	1.2. Назначение авторского немедикаментозного комплекса процедур санаторной реабилитации больных зудящими дерматозами (не позднее 1 месяца после выписки из стационара или при завершении ими активной фазы поликлинического медикаментозного лечения) позволяло на статистически достоверном уровне наблюдений констатировать при курортной терапии позитивные изменения степени активности зуда, в т. ч. уменьшение расчесов и признаков вторичной инфекции пораженной кожи у этих больных
<i>2. Продолжительность, очередность, сезонность, взаимосовместимость рекомендуемых нами системных реабилитационных мероприятий в здравницах – на базах исследования</i>	
2.1. Сложившаяся консервативная практика при реабилитации в здравницах больных зудящими дерматозами традиционно обосновывается пунктом 4 действующего стандарта санаторно-курортной помощи больным дерматитом и экземой, где отмечается, что «при поражениях кожи, обостряющихся в весенне-летний период, больных зудящими дерматозами следует направлять в здравницы Российской Федерации в осенне-зимние месяцы, и, наоборот, при обострениях в осенне-зимний сезон надлежит проводить санаторную реабилитацию пациентов с названной патологией в весенне-летний период»	2.2. Продолжительность санаторных процедур (в зависимости от уровня их энергозатратности и повышенной конвективной теплоотдачи пораженных кожных покровов) определялась следующей очередностью: первоначально назначались (как самые энергоемкие) бальнеопроцедуры, затем (по убыванию энергонапряженности) морские купания, гелиопроцедуры, ландшафтотерапия в сочетании с аэролечением, физиотерапевтические аппаратные воздействия, психотерапевтические приемы профилактической деструкции очагов застойного возбуждения в коре головного мозга, фито- и диетотерапия
<i>3. Методологический инструментарий, его кластерификация, этиопатогенетическая направленность и санационная эффективность</i>	
3.1. Выдвинутая еще в середине прошлого века (Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд) ординарная теория полиэтиологичности зудящих дерматозов до настоящего времени выступает в роли оправдательного аспекта назначения (И. А. Чистякова, 2002) больным с этой патологией «массированных доз практически всех групп современных фармакологических средств, включая десенсибилизаторы, противовоспалительные (хинолины, глюкокортикостероиды), антигистамины, цитостатики, иммунодепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, противомикробные (антибиотики, сульфоны, фторхинолоны, антимикотики и т. д.)»	3.2. Концептуальное обоснование авторских схем немедикаментозной коррекции клинко-функциональных проявлений зудящих дерматозов, а также характеристик биохимического и иммунного статусов наблюдаемых пациентов имеет под собой основу в виде зарегистрированных формул химического состава предлагаемых нами галогенсодержащих минеральных вод, где, например, повышенное содержание фтора (как в водах Лазаревского, Геленджикского и Пластунского месторождений Краснодарского края) обладает аналогичной санационной эффективностью, что и новейшие фторхинолоны (цифран, таривид, ципрофлоксацин и др.)

у пациентов основной группы наблюдения ($16,3 \pm 0,2$ ммоль/сут.) не только креатинина, но и билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) как клеточных изоферментов, чьи цитоплазматические и митохондриальные свойства катализируют обратимый перенос аминокислот с L-аспарагиновой ки-

слоты на кетоглутаровую, т. е. способствуют восстановлению пораженного эпидермиса и снимают другие клинические признаки зудящих дерматозов. Эффективность предложенного нами инструментария управления процедурой врачебных назначений талассопродур была сопряжена с позитивной динамикой основных

популяций лимфоцитов периферической крови, что подтверждалось следующими фактами: а) сниженный до лечения уровень иммуноглобулина IgM ($1,41 \pm 0,04$ при $N=1,59-1,63$ г/л) нормализовался у пациентов основной группы, не достигнув порога нормы у больных из контрольной группы наблюдения; б) изначально повышенные в санаторной группе наблюдения IgG и IgA соответственно снизились до значений $11,70 \pm 0,04$ и $1,48 \pm 0,03$ г/л (так и не придя в норму у пациентов, получавших только медикаментозную терапию). Последнее достоверно ($p < 0,05$) коррелировало со снижением изначально нарушенных характеристик CD 11 b⁺, CD 20⁺, CD 25⁺, CD 95⁺ и HLA-DR⁺, что достигалось в т. ч. с помощью научно обоснованной авторской градации продолжительности морских процедур в рамках представленного исследования (в частности, у больных эндогенной экземой). Кроме этого следует отметить позитивное влияние предложенных нами системных ингредиентов азротерапии на пациентов с atopическими дерматитами, поскольку у 54,4% из них визуально уменьшилась выраженность отечного характера эруптивных элементов кожных высыпаний, а нормализация поствоспалительных пигментированных накожных пятен наблюдалась у 54,3% этих же пациентов из санаторной группы. Аналогичные показатели у больных из контрольной группы наблюдения были ниже в 1,3–1,4 раза. Кроме этого у пациентов основной группы более динамично восстанавливалась антимикробная резистентность кожи, которая к концу лечения нормализовалась (по общему количественному и качественному составу колоний микроорганизмов, взятых из очагов atopического дерматита и посеянных по стандартной методике на желточно-солевой агар) у

63,6% больных, прошедших талассопродуры по нашим методикам.

Произведенная нами оценка данных катамнеза характеристик психологического статуса как взрослых, так и детей, прошедших в 2007–2012 годах (в рамках плановой диспансеризации по поводу зудящих дерматозов) санаторный или поликлинический этап восстановительной терапии в ведущих рекреационных зонах Черноморского побережья России, позволила констатировать, что авторские схемы курортной реабилитации эффективны в оптимизации показателей здоровья названного контингента пациентов. Как свидетельствуют данные таблицы 2, именно ведущие характеристики психологического статуса (самочувствие, активность, настроение) пациентов, ежегодно проходивших санаторный этап восстановительной терапии оптимизировались до уровня $154,2 \pm 1,0$ усл. ед. (при норме теста САН = $153-156$ усл. ед.), тогда как в контрольной группе этот же показатель остался на уровне $141,2 \pm 1,4$ усл. ед. Последнее сочеталось с показателями психофизиологического статуса, которые исчислялись с помощью таблиц А. Д. Соловьевой при 10-минутных периодах записи ЭКГ в покое (лежа после 15-мин. адаптации). Наш собственный анализ ритмограмм кардиоциклоов выявил нормализацию активности симпатической нервной системы, а также адекватность нейроответа на комплексные схемы аэро-, гелиотерапии, морских процедур и ландшафтолечения у больных из основной группы наблюдения, где соотношение симпатических и вагусных влияний на синусовый ритм (LF/HF) оказалось – на уровне $1,2 \pm 0,2$ при пробе лёжа, а при ортопробе – на уровне $2,5 \pm 0,1$. Однако в контрольной группе эти же показатели оказались в 1,6–1,7 раза хуже.

Таблица 2

Катамнез клинико-функциональных характеристик и психологического статуса больных, ежегодно проходивших (в основной группе) санаторный или поликлинический (в контрольной группе) этап плановой диспансеризации по поводу зудящих дерматозов

Данные из амбулаторных карт (спустя от 2 до 5 лет ежегодного использования курсового лечения)	Основная группа, n=278, p<0,05		Контрольная группа, n=278, p<0,05	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тест САН (N=153–156 усл. ед.)	125,3±1,5	154,2±1,0	124,3±1,1	141,2±1,4
Оценка вегетативного тонуса (анализ ритмограмм кардиоциклоов по А. Д. Соловьевой)				
– симпатикотония (N=38–39%)	50,2%	39,6%	42,3%	40,9%
– эйтония (N=40–41%)	20,1%	41,3%	23,5%	28,7%
– ваготония (N=19–20%)	29,7%	19,1%	34,2%	30,4%
Показатели ритмограммы: LF и HF в диапазоне низких и высоких частот (соответственно 0,04–0,15 и 0,16–0,4 Гц); LF/HF – соотношение симпатических и вагусных влияний на синусовый ритм				
– лёжа (N=1,0–1,4)	1,8±0,3	1,2±0,2	1,7±0,1	1,6±0,1
LF/HF:				
– ортопроба (N=2,3–2,6)	3,6±0,4	2,5±0,1	3,4±0,2	2,9±0,1
Завершили диспансеризацию (при динамике объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия за пятилетний срок наблюдения в рамках данного исследования)				
а) со значительным улучшением (сняты с диспансерного наблюдения)	n=41, т. е. 14,75%		n=26, т. е. 9,35%	
б) с улучшением	n=2,34, т. е. 84,17%		n=182, т. е. 65,47%	
в) без улучшения	n=3, т. е. 1,08%		n=70, т. е. 25,18%	

Это наложило отпечаток на динамику объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия за пятилетний срок наблюдения, когда в рамках данного исследования пациенты из санаторной группы в 84,46% случаев выписывались из здравниц – с баз исследования с улучшением этих показателей. Говоря о систематизации самих результатов исследования, необходимо подчеркнуть, что процесс оценки итогов восстановительного лечения пациентов с зудящими дерматозами на санаторном этапе их реабилитации (т. е. при завершении полного курса лечения) предполагал идентификацию объективных показателей здоровья у этих больных в соответствии с академической схемой проведения подобных исследований по следующим параметрам: значительное улучшение, улучшение и без улучшения. В этой связи надлежит подчеркнуть, что ежегодное использование (в рамках диспансеризации больных зудящими дерматозами) наших инновационных схем курортного лечения обеспечило следующую статистику: в санаторной группе наблюдения без улучшения клинических характеристик и показателей биохимического, иммунологического, психологического статусов были выписаны лишь 1,08%, а в поликлинической группе наблюдения завершили этап реабилитации без улучшения объективных показателей здоровья 25,18% пациентов. Кроме того, за изучаемый 5-летний период были сняты с диспансерного наблюдения (согласно данным из амбулаторных карт по месту жительства) 14,75% больных из основной группы наблюдения и лишь 9,35% – из контрольной.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Объективный авторский анализ тематических литературных и официальных источников в контексте современной дискуссии различных научных школ о значимости природных курортных факторов в едином комплексе этапного лечения больных зудящими дерматозами явился методологической основой для авторского научного конструирования (терапевтической конкретизации) термина «инновации в системе санаторно-курортной реабилитации» названного контингента больных. Отличие авторского концептуального толкования этого научного понятия от традиционных научных воззрений состояло в следующем: 1) назначение авторского немедикаментозного комплекса процедур санаторной реабилитации больных зудящими дерматозами (не позднее 1 месяца после выписки из стационара или при завершении ими активной фазы поликлинического медикаментозного лечения) позволяло на статистически достоверном уровне наблюдений констатировать при курортной терапии позитивные изменения степени активности зуда, в т. ч. уменьшение расчесов и признаков вторичной инфекции пораженной кожи у этих больных;

2) продолжительность санаторных процедур (в зависимости от уровня их энергозатратности и повышенной конвективной теплоотдачи пораженных кожных покровов) определялась следующей очередностью: первоначально назначались (как самые энергоемкие) бальнеопроцедуры, затем (по убыванию энергонапряженности) морские купания, гелиопроцедуры, ландшафтотерапия в сочетании с аэролечением, физиотерапевтические аппаратные воздействия, психотерапевтические приемы профилактической деструкции очагов застойного возбуждения в коре головного мозга, фито- и диетотерапия.

2. Суммация сущностных отличий (от ординарных методик фармакотерапии) авторских приемов немедикаментозной компенсации степени интенсивности зуда у изучаемого контингента пациентов включает следующие ингредиенты курортной терапии: а) преодоление торпидности к стандартной фармакотерапии у пациентов с пруритогенным зудом при оптимизации числа $CD4^+$, $CD8^+$ -лимфоцитов и уровня IgE (в рамках их перекрестной реактивности с эндогенными аутоантителами, разделяющими этиотропную специфичность эндотелиальных, тучных, эозинофильных гранулоцитов) инновационными режимами талассопродур, включая индифферентные воздушные ванны, гелиопроцедуры по щадящему режиму, иммунокоррекцию дозированными морскими процедурами уровня медирированных клеток Th2 (на ранних) и Th1 (на поздних стадиях зуда); б) предупреждение системных проявлений биопсорирующего зуда, приводящего к возникновению глубоких рубцов, обширных кожных пигментаций, лихенизации на фоне нейтрализации (с использованием авторских режимов питьевого и наружного назначения лечебной воды «Лазаревская») волдырно-гиперемической реакции и нейроактивности пептидов (брадикинина, простагландинов, лейкотриенов и т. д.), а также с помощью десенсибилизирующего эффекта фитотерапевтических отваров сборов дикорастущих трав и лекарственных растений, произрастающих в рекреационной зоне Красная Поляна курорта Сочи.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Бабюк А. И., Куценко И. В. Зудящие дерматозы и проблема экологического загрязнения окружающей среды // Экология и мир. – 2010. – № 2. – С. 39–42.
- 2 Кубанова А. А. Системный анализ заболеваемости дерматозами // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2011. – № 7. – С. 8–11.
- 3 Суворова К. Н. Атопический дерматит: иммунопатогенез и стратегия иммунотерапии // Рус. мед. журн. – 1998. – № 6/6. – С. 363–367.
- 4 Pabst R., Rohkoffer H. J. Lymphocyte migration: an essential step in understanding of vaccination // Behring Inst. Mitt. – 2010. – № 8. – P. 56–62.

Поступила 14.01.2013

И. Г. УДИНА¹, Ю. А. ВАСИЛЬЕВ^{2,3}, Е. Ю. ПОБЕДОНОСЦЕВА¹,
А. С. ПРУДНИКОВА¹, А. Ф. ВЕРАПАТВЕЛЯН³, О. В. ГУЛЕНКО³, О. Л. КУРБАТОВА¹

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И/ИЛИ НЕБА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт общей генетики им. Н. И. Вавилова Российской академии наук (ИОГен РАН),
Россия, 119991, г. Москва, ул. Губкина, 3. Тел. (499) 135-42-26. E-mail: irina_udina@mail.ru;