

2. Вихляева Е. М., Палладий Г. А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев – Штеница. 1982. 300 с.
3. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. М.: Медицинское информационное агентство. 1997. 768 с.
4. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. М.: Медицинское информационное агентство. 2001. С. 591.
5. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб: Элби. 2000. 236 с.
6. Erickson G. F. Ovarian Anatomy and Physiology / Eds. R. A. Lobo J. Kelsey, R. Marcus, Academic Press, 2000. P. 13–31.
7. Munne S., Alikani M., Tomkin G. et al. // Fertil. Steril. 1995. Vol. 64. P. 382–391.

L. U. KARAKHALIS, O. K. FEDOROVICH

INFLUENCE OF GYNECOLOGICAL, EXTRAGYNECOLOGICAL DISORDERS ON STATE OF HEALTH IN PERIMENOPAUSE

We have performed the retrospective analysis of 416 perimenopausal women with myoma of the uterus. We have recognized the pathological constituents which impact on the growth of the myoma: extra genital diseases, unequal contraceptives adaptation, and the prevalence of inflammatory processes of genitals.

О. А. КАТХАНОВА¹, С. Н. МАМИШЕВ², Д. Б. ЩЕРБАКОВ³

МЕТОДОЛОГИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В ЗДРАВНИЦАХ РОССИЙСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ

¹Кафедра кожных и венерических болезней Кубанского государственного медицинского университета,
²Черноморское зональное управление специализированных санаториев Росздрава,
³детский санаторий «Бимлюк», курорт Анапа

В течение последних 5–8 лет в специальной литературе (Селисский Г. Д., Федоров С. М., Кулагин В. И., 1997; Горчакова Г. А., 1998; Малишевская Н. П. и соавт., 1999; Ренсфелд М. Д., 2000; Юсупов М. Ю., Бондаренко Е. В., 2001; Севрюкова В. С., 2001; Даниэлян Л. Г., Чалая Е. Н., 2003; и др.) активно обсуждаются вопросы использования физических природных и преформированных лечебных факторов курортов Южного федерального округа РФ для восстановительного лечения детей, страдающих различными нозологическими формами псориаза (L 40.0 по МКБ-X).

Нами в период 2001–2005 годов были сформированы с использованием метода непреднамеренного отбора рандомизированные группы больных детей с названной патологией ($n_{\text{общая}}=559$), из которых основная группа наблюдения ($n=280$, $p<0,01$) принимала рекомендованный нами комплекс восстановительного лечения (схема), а контрольной группе наблюдения ($n=279$, $p<0,05$) были предложены ординарные формы медикаментозного восстановительного лечения, предписанного в рамках диспансерного наблюдения действующими стандартами. Возрастной состав основной и контрольных групп наблюдения был примерно идентичен и составлял (от $n_{\text{общ.}}$): 31,84% ($n=178$, $p<0,05$) – дети в возрасте 6–7 лет; 32,56% ($n=182$, $p<0,05$) – дети в возрасте 8–9 лет; 35,60% ($n=199$, $p<0,05$) – дети в возрасте 10–11 лет. Наблюдаемые клинико-функциональные проявления названной патологии кожи у этих больных при поступлении на лечение классически укладывались (Скрипкин Ю. К., Селисский Г. Д., Кубанова А. А., Федоров С. М., 1997) в описание таких распространенных нозологических форм папулосквамозных нарушений, как монетовидный и бляшечный псориаз (L 40.0 по МКБ-X). При этом следует отметить, что Катханов А. М. (2005) приводит

следующее соотношение патоморфологических проявлений псориаза у детей (на примере отчетно-статистических данных детского отделения ГУЗ ДЗ Краснодарского кожно-венерологического диспансера): вульгарный псориаз – 95%; бляшечный – 68%; каплевидный – 23%; ладонно-подошвенный – 6%; инвертированный – 3%; экссудативный – 38%; пустулезный – 5%. Вышеуказанное выступало в качестве патогенетической целесообразности назначения названному контингенту пациентов в детских здравницах Анапы следующего (после акклиматизации) перечня процедур восстановительного лечения:

1. Блок лечебных физических (природных и преформированных) факторов курорта Анапа (лечебные грязевые аппликации с использованием природной грязи Витязевского лимана или отжима этой грязи для дальнейшего применения с помощью методов аппаратной физиотерапии, аэро-, гелиотерапия и морские процедуры; питьевые природные лечебные минеральные воды «Синегорская-1», «Синегорская-6», «Анапская»; общие йодобромные, жемчужные ванны или общие ванны с экстрактами лечебных трав при базовом использовании морской воды).

2. Блок процедур традиционной аппаратной физиотерапии (лазеролечение, фонофорез с отжимом лечебной грязи, КВЧ-терапия и т. д.).

3. Озонотерапия.

4. Саунотерапия (по методике лечения детей, страдающих псориазом, разработанной В. К. Пашковым, Л. М. Огородовой, В. М. Гонтарской и др., 2000).

5. Специализированные виды ЛФК (дозированная ходьба, лечебная гимнастика, ближний туризм, дозированное плавание, подвижные игры на свежем воздухе и т. д.).

6. Психотерапия по методикам Б. Д. Карвасарского.



Ингредиенты комплекса системных мероприятий современного восстановительного лечения в здравницах Анапы детей с различными формами псориаза (L 40 по МКБ-Х)

7. Диетотерапия по методикам Института питания РАМН.

8. Применение нутрицевтиков для детей, страдающих псориазом, по методикам Д. Б. Щербакова (2001).

Особенностью настоящего исследования являлось то, что работа выполнялась в рамках Черноморского зонального управления специализированных санаториев Росздрава, что обязывало проводить наблюдения за детьми, страдающими различными формами псориаза, не только в здравницах Анапы, но и на базах исследования, дислоцированных на курорте Геленджик (детский санаторий «Вулан») и на курорте Сочи (республиканский многопрофильный детский санаторий «Юность» и детский дерматологический санаторий им. Н. А. Семашко). Естественно, что ингредиенты восстановительного лечения детей с псориазом на курортах Геленджик и Сочи вынужденно отличались от этих ингредиентов на курорте Анапа из-за различия в природных лечебных физических факторах этих курортов российского Причерноморья. Так, например, из-за отсутствия грязелечебницы в санатории «Вулан» приходилось заменять природные грязевые процедуры на преформированные, т. е. применять отжим лечебной грязи Витязевского лимана при фонофорезе пораженных участков кожи. Одновременно с этим режим приема питьевых природных минеральных вод предусматривал принятие за 30 минут до еды (в теплом виде и мелкими глотками) 150–200 мл природной лечебной минеральной воды «Геленджикская» (3 раза в день) вместо рекомендуемых детям с псориазом на курорте Анапа питьевых природных минеральных вод «Синегорская-1» и «Синегорская-6». На курорте Сочи вместо вышеназванных природных питьевых минеральных вод изучаемому контингенту больных де-

тей предлагались питьевые минеральные воды «Лазаревская» или «Пластунская», а для общих ванн использовались природные йодобромные минеральные воды Кудепстинского месторождения или сероводородные источники Мацестинского месторождения. Назначение талассотерапии, включающей аэротерапию, гелиотерапию и морские процедуры (обтирания, обливания, влажные укутывания простынями, смоченными морской водой, морские купания, в т. ч. свободное и дозированное плавание) по модифицированным нами методикам, представлено в таблицах 1–3.

При этом следует подчеркнуть, что назначение солнечных ванн изучаемым группам больных основывалось в период проведения настоящего исследования на индивидуальных особенностях течения названных заболеваний (L 40.0 по МКБ-Х) у конкретного пациента, а также на лечебном эффекте ультрафиолетовой радиации с учетом теплового ингредиента длинноволновой части солнечного спектра. Последнее регулировалось схемой индивидуальных врачебных назначений для каждого изучаемого пациента в части длительности приема им на курортах Сочи, Геленджик, Анапа гелиопродур в утренние (вечерние) часы теплых и прохладных периодов. Режимы дозирования солнечных ванн, назначаемых при восстановительном лечении на этих курортах изучаемому контингенту больных, представлены в таблицах 1–3. Биологическое определение эритемной дозы проводилось по методике Б. Л. Винокурова (1998) при помощи биодозиметра Далфельда – Горбачева; параллельно регистрировались напряжение солнечной радиации по пиранометру и интенсивность УФ-радиации по автоматическому дозиметру.

Авторская модификация унифицированных технологий исчисления продолжительности теплых воздушных ванн при ЭТ от 23 градусов С и выше для детей, проходящих курс восстановительного лечения в здравницах – базах исследования по поводу псориаза (L 40.0 по МКБ-Х)

Виды теплых воздушных ванн (ЭТ от 23° и выше)	Аэростатические и слабодинамические (при скорости ветра до 1 м/сек.)	Среднединамические (при скорости ветра 1– 4 м/сек.)	Сильнодинамические (при скорости ветра выше 4 м/сек.)
Сухие (при относительной влажности менее 55%) и умеренно сухие (при относ. влажности 56–70%)	I режим: начинать в 1-й день с 15 минут, прибавляя ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 2–3 часов	Начинать в 1-й день с 10 минут, прибавляя ежедневно по 15 минут до суммарного достижения 2 часов	Начинать в 1-й день с 10 минут, прибавляя ежедневно по 10 минут до суммарного достижения 1 часа
	II режим: начинать в 1-й день с 20 минут, прибавляя ежедневно по 15 минут до суммарного достижения 3–4 часов	Начинать в 1-й день с 20 минут, прибавляя ежедневно по 15 минут до суммарного достижения 2 часов	Начинать в 1-й день с 10 минут, прибавляя ежедневно по 15 минут до суммарного достижения 1,5 часа
	III режим: начинать в 1-й день с 30 минут, прибавляя ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 5 часов	Начинать в 1-й день с 20 минут, прибавляя ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 3 часов	Начинать в 1-й день с 20 минут, прибавляя ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 2 часов
Влажные (при относительной влажности воздуха 71–85%)	I режим: в 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут до суммарного достижения 2 часов	В 1-й день – 10 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут до суммарного достижения 1 часа	1-й день – 5 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут до суммарного достижения 1 часа
	II режим: в 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 3 часов	В 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 15 минут до суммарного достижения 1,5 часа	1-й день – 10 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут, суммарно в день – до 1,5 часа
	III режим: в 1-й день – 30 минут, прибавлять ежедневно по 30 минут до суммарного достижения 3 часов	В 1-й день – 20 минут, прибавлять ежедневно по 20 минут до суммарного достижения 2,5 часа	1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 15 минут, суммарно в день – до 2 часов
Сырые (при относительной влажности воздуха более 85%)	I режим: в 1-й день – 10 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут суммарно в день 1 час	В 1-й день – 10 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут, суммарно в день – 40 мин.	В 1-й день – 5 минут, прибавлять ежедневно по 5 минут, суммарно в день – 30 мин.
	II режим: в 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 5 минут, суммарно в день – 1,5 часа	В 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 5 минут, суммарно в день – 50 мин.	В 1-й день – 10 минут, прибавлять ежедневно по 5 минут, суммарно в день – 40 мин.
	III режим: в 1-й день – 20 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут, суммарно в день – 2 часа	В 1-й день – 20 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут, суммарно в день – 1–1,5 часа	В 1-й день – 15 минут, прибавлять ежедневно по 10 минут, суммарно в день – 1 час

**Авторская модификация видов и унифицированных режимов использования морских процедур
в индивидуальных схемах восстановительного лечения в здравницах – базах исследования детей,
страдающих различными формами псориаза**

Рубрики XII класса болезней по МКБ-Х	Виды морских процедур (ингредиентов талассотерапии)	Режимы назначения (температура морской воды, длительность процедуры, периодичность и число назначений на полный курс лечения)
L 40.0 по МКБ-Х Псориаз обыкновенный	Обтирания	В течение 1–3 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие. t морской воды 20–22° (в зимнее время подогревать), продолжительность процедуры – 5 минут
	Обливания	Комбинирование с обтираниями 3–5 дней в теплое время года или весь курс лечения в зимний период при t морской воды (естественной или подогретой) 18–19° и объеме обливаний 10 литров
	Влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	В зимний период при t подогретой морской воды 27–28° 10–12 процедур. Начинать с 5 мин., постепенно увеличивая до 15 минут
	Морские купания	В первую неделю – по режиму слабого воздействия теплые (t 20–24°; 1–2–5 минут), а в последующие дни – по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые – 15–20 минут; умеренно-теплые – 5–12 минут, прохладные – 1–3 минуты)
L40.1 по МКБ-Х Генерализованный пустулезный псориаз	Обтирания	Те же назначения, что и при L 40.0 по МКБ-Х
	Обливания	Те же назначения, что и при L 40.0 по МКБ-Х
	Влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	Проводить в климатопалатах: в первые 3 дня по 5 мин. при t подогретой морской воды 27–28°, а в последующие дни продолжительность процедуры не более 10 минут; 10–12 процедур на курс лечения через день (в прохладное время года)
	Морские купания	По режиму 1 (слабого воздействия) теплые морские купания от 1,5 до 10 минут с нарастающим итогом ежедневно; умеренно-теплые от 1 до 3 мин. ежедневно; прохладные и холодные морские купания не показаны

Авторская модификация дозирования процедур гелиотерапии, рекомендуемые часы приема процедур в теплые и прохладные климатические периоды года детям, проходящим курс восстановительного лечения в здравницах – базах исследования по поводу псориаза

Режимы	Теплый и прохладный периоды (март – октябрь) в биодозах		Прохладный период (ноябрь–февраль) в калориях		Часы приема по месяцам		
	Начальная доза	Максимальная доза	Начальная доза	Максимальная доза	Май-июнь	Июль-август	Сентябрь
Слабого воздействия	1,4	1,5	5	30	9.00–12.00 16.00–18.00	8.00–11.00 16.00–18.00	9.00–13.00
Умеренно-интенсивного воздействия	1,5	2,5	5	40	8.00–13.00 16.00–18.00	8.00–12.00 16.00–19.00	9.00–14.00
Интенсивного воздействия	2,5	3	5	60	8.00–14.00 16.00–18.00	8.00–12.00 16.00–18.00	9.00–16.00

Фотоэлектрическая регистрация на ленте электронного потенциометра ЭГШ-09 осуществлялась с помощью специальной аппаратуры, созданной при кафедре физики атмосферы проф. К. Я. Кондратьевым (1996) на основе отечественного серийного спектрофотометра ОФД-1.

Прогрессивность предложенной методики подчеркивает достаточно высокий процент (12,86%, т. е. $n=36$, $p<0,05$) детей из основной группы наблюдения, выписанных из детских санаториев – баз исследования со значительным улучшением, и 86,42% ($n=242$, $p<0,05$) детей, выписанных с улучшением объективных показателей состояния здоровья. Одновременно процент изучаемых больных, выписанных в этот же период из указанных санаториев без улучшения, был, на наш взгляд, небольшим и составил 0,72% ($n=2$, $p<0,05$) среди основной группы наблюдаемых пациентов (L 40.0 по МКБ-X). Следует отметить, что среди пациентов, выписанных после назначенного лечения в здравницах с улучшением показателей здоровья по основному заболеванию, в той или иной мере произошла нормализация кожных покровов более чем у 50% наблюдаемых больных. Кроме этого необходимо подчеркнуть, что ни один из 280 наблюдаемых нами в санаториях Черноморского побережья Кубани больных детей в процессе восстановительного лечения по предложенным в рамках исследования методикам не был выписан из здравниц – баз исследования с ухудшением объективных показателей состояния здоровья по основному заболеванию. Вместе с тем в контрольной группе наблюдения число пациентов со значительным улучшением или улучшением объективных показателей состояния здоровья (по завершении полного курса стандартного медикаментозного лечения) едва превышало 45%, а у остальных каких-либо существенных признаков улучшения в течение основного заболевания не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винокуров Б. Л. Стратегия медико-экономического развития курортных регионов в системе обеспечения здоровья населения Российской Федерации. СПб: ГУЗиФ, 1998. 241 с.
2. Горчакова Г. А. Пелоидотерапия // Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Боголюбова. М., 1998. Т. 1. С. 166–193.

3. Даниэлян Л. Г., Чалая Е. Н. Итоги совместных научных исследований по детской курортологии // Акт. вопр. орган. сан.-кур. помощи: Матер. научн.-практ. конф. МЗ РФ. Железноводск, 2003. С. 114–115.

4. Кондратьев К. Я. Фотоэлектрическая регистрация интенсивности УФ-радиации по автоматическому дозиметру // Радиотехника и радиоэлектроника. 1996. № 2. С. 44–49.

5. Малишевская Н. П., Селицкий Г. Д., Молочков В. А., Федоров С. М., Потапов Л. В., Орлов Е. В. Роль физических промышленно-экономических факторов в развитии патологии кожи // Вестн. дерматол. 1999. № 2. С. 25–28.

6. Пашков В. К., Огородова А. М., Гонтарская В. М. и др. Сауна в лечении детей // Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК. 2000. № 4. С. 37–39.

7. Ренсфелд М. Д. Q-мед. Новейшие научные разработки для эстетической медицины // Les nouvelles esthétiques. 2000. № 3. С. 50–52.

8. Севрюкова В. С. Новые медицинские технологии и методы санаторно-курортного лечения детей на курорте Анапа // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Материалы Всерос. форума «Здравница-2001». М., 2001. С. 172.

9. Скрипкин Ю. К., Селицкий Г. Д., Кубанова А. А., Федоров С. М. Профессионально-зависимые дерматозы. Смоленск: Полиграфиздат, 1997. 150 с.

10. Юсупов М. Ю., Бондаренко Е. В. Новые подходы и развитие курортной медицины в системе превентивной педиатрии // Современные технологии восстановительной медицины: Труды VI Международн. конф. Сочи, 2001. С. 384–385.

**O. A. KATKHANOVA,
S. N. MAMISHEV, D. B. SCHERBAKOV**

METHODOLOGY OF THE MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH VARIOUS NOSOLOGIC FORMS OF PSORIASIS IN THE HEALTH RESORTS OF THE RUSSIAN BLACK SEA COST

The paper presents clinical data on the use of nature and physio-therapy factors while rehabilitation of children suffering from different forms of psoriasis. The effectiveness and significance of rehabilitation on the health resorts of South Federal region are marked.

Key words: psoriasis, rehabilitation, sanatorium-health-resort treatment.