

тивным ингредиентом комплексного восстановительного лечения на курорте Сочи названного контингента больных.

Литература

1. Медицинские показания и противопоказания для санаторного лечения взрослых и подростков. Методические указания, утв. МЗ РФ 22.12.99 №227.–М.: Медицина, 2000.– С.44.
2. Доклад Министра здравоохранения РФ на расширенной Коллегии МЗ РФ от 20.03.02.– М.: Медпресс, 2002.–176 с.
3. Стародубов В.И. Человек и лекарство: Мат-лы междунар. мед. Конгр.– М., 2006.– С.8.
4. Карвасарский Б.Д. Очерки психотерапии.– СПб.:ПИТЕР, 2001.– 184 с.

TECHNOLOGIES OF CLIMATOTHERAPEUTIC INNOVATIONS IN RECOVERY TREATMENT IN PATIENTS WITH RECURRENT AND DEPRESSIVE DISORDERS (IN RESORT OF SOCHI)

A.I. BEVZA

Summary

The complex of treatment consist's sulfured hydrogen baths of Matsestinski field and balneotherapy with use of natural iodobromin water of Kudapestinski field Sochi's region. The realization of proposed complex recovery treatment contribute to complaint reduction on 89,5% and to normalization of cerebral hemodynamics and improvement of elastico-ionic vessel's proprieties in 68,4% patients.

Key words: sulfured hydrogen baths

УДК 616.5; 616.5-001/002

НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕХНОЛОГИЯМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ КАВКАЗА БОЛЬНЫХ КОНТАКТНЫМИ ДЕРМАТИТАМИ

О.Е. ОБРУБОВА*

Актуальность представленной научной работы базируется на том, что по свидетельству видных отечественных исследователей [1] диссеминация различных клинических форм течения контактных дерматитов в России достигла более 1% от общего числа жителей страны, что в абсолютном выражении составляет, практически, 1,5 млн. человек, из которых почти 30% составляют пациенты, страдающие раздражительными контактными дерматитами, вызванными: а) маслами и смазочными материалами (L 24.1 по МКБ-X); б) растворителями, в т.ч. хлорсодержащей, циклогексановой, эфирной, гликолевой, углеводородной, кетонной группы (L 24.2 по МКБ-X); в) косметическими средствами (L 24.3 по МКБ-X); г) лекарственными средствами (L 24.4 по МКБ-X); д) химическими веществами, в т.ч. цементом, инсектицидами (L 24.5 по МКБ-X); е) пищевыми продуктами при их контакте с кожей (L 24.6 по МКБ-X); ж) растениями, кроме пищевых (L 24.7 по МКБ-X); и т.д.. При этом ученые ряда региональных медицинских академий указывают на достаточно динамичный рост названных контактных дерматитов у детей, имея в виду ежегодное увеличение (на 1,2-1,5%) количества названного контингента пациентов, обращающихся в профильные муниципальные учреждения здравоохранения по месту жительства.

По свидетельству ведущих зарубежных специалистов, работающих в сфере реабилитации дерматологических больных, обилие современных медицинских препаратов вовсе не гарантирует быструю излечиваемость различных нозологических форм контактных дерматитов, а отечественные курортологи [3] отмечают высокие потенциальные возможности ряда рекреационных зон России для восстановительного лечения больных раздражительными [irritant] контактными дерматитами (L24 по МКБ-X). Однако проведенный в рамках нашего исследования контент-анализ открытых литературных источников позволил констатировать отсутствие исчерпывающих системных сведений об эф-

фективности сочетанного использования всего обилия климатобальнеотерапевтических факторов черноморского побережья Кубани для последовательного восстановительного лечения названного контингента в ЛПУ и здравницах. Это обусловило актуальность и социальную потребность проведения дополнительных научных изысканий по обозначенной теме исследования.

Цель исследования – разработка и реализация приоритетных научных направлений сочетанного использования климатобальнеотерапевтических факторов Черноморского побережья Кубани при последовательном восстановительном лечении в ЛПУ и здравницах больных различными клиническими формами раздражительного контактного дерматита (L 24 по МКБ-X).

Для объективизации восстановления процесса микроциркуляции в клетках кожи наблюдаемых больных использовались: метод термотопографии по А. Вайчулису; потенциометрический метод определения pH поверхности кожи; метод определения бактерицидной активности кожи (БАК); метод определения нормальной микрофлоры кожи (по Н.Н. Клемпарской в модификации М.П. Захарченко и др., 1997). Для констатации стойких нарушений микроциркуляции в клетках кожи, в том числе для определения степени нарушения гидратации эпидермиса и выраженности капилляростаза использовался метод определения молочной кислоты (по И.С. Балаховскому, Ю.В. Наточину) в крови больных. Для констатации динамики показателей иммунного статуса у пациентов, страдающих изучаемыми нозологическими формами раздражительного контактного дерматита (L 24.0 по МКБ-X), выделяли стандартными методами из гепаринизированной крови лейкоцитарные, мононуклеарные клетки, плазму.

Методом непрямо́й иммунофлюоресценции определяли содержание в этой крови основных субпопуляций лимфоцитов, используя следующую панель моноклональных антител: CD71, CD25, CD38, CD3, CD8, CD4, CD16, CD22, CD95, HLA-DR. Среди маркёров клеточной дифференцировки, характеризующие степень участия лимфоцитарных субпопуляций в иммунном ответе, использовались: CD3 – маркёр зрелых Т-клеток, зрелых (медуллярных) тимоцитов, всех Т-клеток крови и отсутствующий на клетках других видов; CD8 – маркёр активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов; CD4 – маркёр Т-хелперных (индукторных) клеток; CD16 – маркёр NK-лимфоцитов; CD22 – маркер зрелых В-лимфоцитов.

Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови изучали по методу Манчини и соавт., а уровень ЦИК – с применением полиэтиленгликоля (ПЭГ) 3,5 и 7% концентраций по методике Ю.А. Гиневич. Показатели ПОЛ эпидермиса у изучаемых больных исследовали до и после восстановительного лечения следующим образом: после экстракции липидов хлороформ-метанольной смесью в пробах определяли показатели диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ). В липидном экстракте с помощью спектрофлуориметра «Hitachi MPF-4» регистрировали вещества, реагирующие с тиобарбитуровой кислотой, т.е. ТБК-активные продукты.

Таблица 1

Химический состав природной питьевой минеральной воды «Лазаревская», применявшейся в рамках исследования для лечения больных с раздражительными контактными дерматитами

№ скв.	Формула ионного состава	Специфика, мг/дм ³	ДЕБИТ, м ³ /сут.	Использование
№11-М	$M_{2,6} \frac{C170(HCO_3^- + CO_3^{2-})^{29}}{Na99} pH9,1$	H ₃ BO ₃ 150,8 F 3.0	13,5	заводы розлива, бальнеолечебницы (для общих ванн и местных процедур)
№84-М	$M_{4,2} \frac{C176(HCO_3^- + CO_3^{2-})^{23}}{Na99} pH8,7$	H ₃ BO ₃ 274,4 F3.5	29	

Все параметры выражали в соответствующих единицах из расчета на 1 мг общих липидов, содержание которых определяли, используя стандартные наборы фирмы «Lachema-Test» (Чехия). Для дифференциации уровня показателей психоэмоционального статуса больных контактными дерматитами, использовался модифицированный вариант аналитической программы N. Peseschkian, известной под названием Висбаденский опросник (WIPPF). Интерпретация результатов проводилась по компьютерной версии WIPPF (Vers. 1.1., АГМА, Архангельск, 1995).

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию

Были сформированы постоянные и переменные составляющие восстановительного лечения названного контингента больных в здравницах черноморского побережья Кубани. Основной группе наблюдаемых пациентов ($n=294$, $p<0,05$) назначалась питьевая минеральная вода «Лазаревская» а) скважина №11-М Солоники: (минеральная вода малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, щелочная, борная, с повышенным содержанием фтора; б) скважина №84-М Волконка: минеральная вода малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, щелочная, борная, с повышенным содержанием фтора.

Бальнеотерапия применялась в виде общих сероводородных (50-100-150-мг/л при температуре 36° С, продолжительностью 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 8-10 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36-38° С, продолжительностью 1 ванны 10-15-20 минут с нарастающим итогом через день, 8-10 процедур на курс лечения) общих ванн природных минеральных источников местных месторождений. В дни, свободные от ванн, назначалась пелоидотерапия в виде ограниченных аппликаций (t° 38-40° С, продолжительностью 1 процедуры 10-15-20-30 минут по нарастающей, 10-12 процедур на курс лечения) на пораженных участки кожи. Методика магнитофореза иловой грязи, обогащенной сероводородной водой, выполняется с применением аппарата для магнитотерапии и магнитофореза «Полюс-3М». Для магнитофореза использовалась пакетированная глинистая иловая грязь Адлерского (Имеретинского) месторождения г. Сочи, обогащенная сероводородной водой в концентрации 350 мг/л (скважина «Магистр» 6-Т) (Общероссийский классификатор продукции ОК-005-93). Указанная методика пелоидотерапии сочеталась в эти же дни с избранными формами аппаратной физиотерапии, в т.ч. использовался дистанционный способ магнитно-инфракраснолазерной (МИЛ) терапии, при котором терминал лазера располагался на расстоянии 0,5-1 см от облучаемого объекта. В зависимости от распространенности процесса продолжительность экспозиции составляла от 5 до 30 мин. Максимальная площадь, обрабатываемая во время 1 сеанса, – 40 см².

Первые 5 сеансов проводили с частотой импульсов 1 кГц, последующие 1-5 кГц, остальные 5 или 10-5 кГц. Курс этой терапии по методу Ф.Я. Хайруллина и соавт. состоял из 15-20 сеансов, проводимых ежедневно. При наличии отклонений в иммунном статусе больного с учетом результатов иммунологических исследований проводили облучение области тимуса в течение 2 мин частотой импульсов 80 Гц и мощностью излучения светодиодов 80 мВт. Аэро- и гелиотерапия, морские купания назначались больным по индивидуальной методике. Больным контрольной группы ($n=278$, $p<0,05$) проводили стандартные диспансерные мероприятия, предусматривающие медикаментозные формы лечения контактных дерматитов.

В ходе исследования получена позитивная динамика ряда ведущих клинико-функциональных показателей объективного состояния кожных покровов у наблюдаемых больных. Исходно сниженный до лечения (9,1-11,3%) средний индекс термотопографии у изучаемого больных контактными дерматитами после лечения увеличивался до 60,6-61,1%. Увеличение количества наблюдаемых пациентов с возросшим средним индексом термотопографии свидетельствует о позитивном терапевтическом эффекте при использовании авторской системы восстановительного лечения. Это подтверждается нормализацией рН кожи проведенного лечения пациентов основной группы наблюдения до значений $5,49\pm0,03\div5,50\pm0,001$ против этих же показателей рН у такого же контингента до лечения $5,79\pm0,01\div5,81\pm0,02$. Методика определения рН кожи по Н.Н. Клемпарской в модификации М.П. Захарченко и др. (1997) классифицирует нормальный уровень названного показателя в пределах $5,48\pm0,002\div5,49\pm0,001$.

Показатель рН кожи у больных основной группы под влиянием назначенных процедур в ЛПУ и здравницах – базах исследования, практически, нормализовался. Тот же результат достигнут после лечения этой же группы наблюдаемых больных по авторским схемам восстановительной терапии согласно параметров бактериоцидной активности кожи. При этом индекс бактериоцидной активности кожи (ИБ средний по основной группе наблюдения) нормализовался более чем в 70-80% случаях у изучаемых пациентов, хотя до лечения вышеуказанный показатель бактериоцидной активности кожи у этих же больных был крайне низок и колебался от 40,1 до 42,3%. Одновременно показатели рН кожи, ее бактериоцидной активности, показатели термотопографии и нормальной микрофлоры кожи были, прак-

тически, в 2 раза ниже после лечения у больных контрольной группы, где пациенты, страдающие теми же формами контактного дерматита, принимали только медикаментозное лечение.

То же иллюстрировалось снижением показателя молочной кислоты в крови больных. После реализации разработанной системы восстановительного лечения, число больных с повышенным содержанием в крови молочной кислоты значительно снизилось и составило 37,6% от общего числа наблюдений. Количество начальных продуктов ПОЛ было значительно ниже их нормальных значений в эпидермисе ($N=4,54\pm0,55$). Несмотря на то, что после лечения уровень диеновых конъюгатов (ДК), а также кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ) увеличился в 1,8-2,1 раза по сравнению с исходным, названные параметры ПОЛ эпидермиса не смогли окончательно нормализоваться, что, по нашему мнению, говорит об упорности течения контактного дерматита и требует повторного проведения санаторно-курортной реабилитации изучаемого контингента больных. Под влиянием авторских технологий восстановительного лечения, уровень ТБК-активных продуктов у лиц основной группы наблюдения составил 75,69% от нормы (111,5 усл.ед.), а в контрольной группе, где пациентам назначались лишь традиционные формы медикаментозной терапии, рост ТБК-активных продуктов был ниже (чем в основной группе наблюдения) почти в 2 раза.

Одновременно при исследовании иммунного статуса уровня активационно-пролиферативных маркеров (CD71, CD25, CD38, CDDR), исходно повышенные в основных и контрольных группах наблюдения, после лечения по авторским схемам, практически, нормализовались в основной группе наблюдения и лишь имели тенденцию к незначительному улучшению у больных контрольной группы наблюдения, принимавших медикаментозное лечение по классическим схемам. Общий уровень маркерзрелых Т-лимфоцитов (CD3) и уровень маркера апоптоза (CD95) так и не удалось привести к нормальным значениям как у больных основной, так и больных контрольной групп наблюдения. Что касается субпопуляции лимфоцитов, то здесь наблюдалась взаимосвязь с высокой степенью достоверности: после лечения среди пациентов обеих групп количество CD8-лимфоцитов (маркер Т-супрессорных клеток) достоверно выше, а количество CD4 - лимфоцитов (маркер Т-хелперных клеток) достоверно ниже нормативных показателей. В-лимфоцитарная популяция (CD22) после лечения была представлена в основной группе более высокими показателями, чем в контрольной группе наблюдения.

Характеризуя гуморальное звено иммунного ответа у пациентов с изучаемыми нозологическими формами раздражительно-контактного дерматита, надо отметить оптимизацию показателей IgA, IgM, IgG, изначально низких уровней крупно- и мелкомолекулярных ЦИК у больных основной группы при отсутствии позитивной динамики этих показателей, ровно как и количественного соотношения натуральных киллеров (CD16), у пациентов из контрольной группы наблюдения, принимавших в ходе плановой диспансеризации только формы медикаментозной терапии.

Литература

1. Кубанова А.А. // Дерматология. – 2003. – №6. – С. 74–78.
2. Селицкий Г.Д. и др. Влияние неблагоприятных факторов на заболеваемость кожи. – М., 1997. – 194 с.
3. Разумов А.Н. // Мат-лы научн.-практ. конф. МЗ РФ. – Желзноводск, 2003. – С. 10–18.

УДК 616-009; 618.8-009.17

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ РОССИЙСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ ДЕТЕЙ С АСТЕ-
НИЕЙ И СИНДРОМОМ УСТАЛОСТИ

Н.Н. ШОНГИНА *

Среди патологических состояний, отнесенных Сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в Х пересмотре Международной классификации болезней к особому подразделу «Общие симптомы и признаки» (R 50–R 69) XVIII

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи) ю; санаторий «Вулан» Росздрава (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края).