Процентное содержание Тс в среднем до 19,45±0,25 (p<0,05) исходно зарегистрировано у 78% больных детей. В процессе восстановительного лечения у больных ОГ с исходным повышением содержания Тх этот показатель снизился с 45,07±0,3% (p<0,05) до 15,49±0,12. При анализе индивидуальных колебаний уровня Тс в динамике установлено, что у 63,2% больных ОГ и у 26,7% КГ по завершению курса терапии этот показатель оказался в пределах нормы.

Таблица 2

Иммунокорректирующий эффект предложенных схем восстановительного лечения

Показатели	Общее число (n=557)		Норма
	ОГ (n=279, p<0,05)	КГ (n=278, p<0,05)	
IgA, г/л	2,41±0,09 2,13±0,02	2,41±0,08 2,38±0,03	2,12±0,05
IgM, г/л	1,52±0,07 1,25±0,08	1,58±0,06 1,48±0,04	1,23±0,08
IgG, г/л	26,03±0,13 17,96±0,21	26,91±0,15 25,32±0,14	18,06±0,54
Тх, %	69,24 ± 0,10 45,07 ± 0,3	62,21±0,04 59,12±0,07	45,18±0,86
Тс, %	19,45±0,25 15,49±0,12	19,28±0,03 18,31±0,12	15,41±0,13
Тх/Тс	3,55 ± 0,14 2,91 ± 0,03	3,23 ± 0,04 3,22 ± 0,01	2,93±0,12

Примечание: в числителе – показатели до лечения, в знаменателе – после

Вывод. После лечения у больных ОГ имела тенденция к нормализации иммунного гомеостаза, выраженная в отношении IgA, IgG и Т-лимфоцитов. Снижение этих изначально повышенных показателей, характеризующих состояние иммунной системы, подтверждает иммуномодулирующий эффект восстановления детей, страдающих хроническими гингивитами.

Литература

1. Маймулов В.Г. и др. Методические проблемы оценки факторов окружающей среды. – СПб.: ПИТЕР, 2006. – 115 с.
2. Юрьев В.К. // Новый экологический вестник. – 2006. – №2. – С.37–39.
3. Циммерман Я.С. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. – 2003. – № 5 (прил. 5). – С. 64–65.
4. Щербаков Д.Б. и др. // Науч. вестник курортов рос. Причерноморья. – 2007. – №2. – С.107–109.

УДК 617.765-002

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ И УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

А.В. МАЛАФЕЕВ*

Актуальность поднятой проблемы подчеркивается тем, что по данным ВОЗ количество больных сахарным диабетом (СД) в мире достигло 194 млн., в России зарегистрировано более 5 млн. человек. По прогнозам [3] к 2010 году общее число больных достигнет 7 млн. человек в России и около 230 млн. в мире. Однако истинная заболеваемость сахарным диабетом по подсчетам ряда западных специалистов [1] выше в 4 раза. При первичном выявлении СД от 10 до 30% больных имеют диабетическую ретинопатию, нефропатию и др. осложнения. По данным ВОЗ, среди страдающих СД ежегодно регистрируется >15 млн. слепых, большую часть из которых составляют [2] больные с диабетической ретинопатией (ДР). Поражение сетчатки глаза на ранних стадиях протекает безболезненно, и пациент может не замечать снижения зрения, а при обращении нередко имеет место уже 2-я и 3-я стадии ДР. При СД I типа при длительности заболевания 2 года ДР выявляется у 2-7% больных; через 10 лет – у 50 %; при длительности заболевания >15 лет – у 75-98%. В 65% случаев развивается пролиферативная форма ДР. В группе пациентов с

СД 2 типа частота развития ДР составляет 29% при стаже СД <5 лет и 78% – при длительности СД >15 лет. Использование консервативных методов лечения ДР (ангиопротекторы, антиоксиданты, ферменты, пептидные биорегуляторы) дает положительный эффект только при непролиферативной стадии ретинопатии, а в случае развития пролиферативной стадии на первое место выходит эндовитреальная хирургия с обязательным этапом санаторно-курортной реабилитации (для чего в рамках нашего исследования использовались сочинские здравницы «Ставрополье» и «Волна»). Учитывая социальную значимость своевременного выявления и лечения диабетических осложнений в Краснодарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» создано и успешно функционирует отделение витреоретинальной хирургии «Диабет глаза» (табл. 1). В условиях отделения больные проходят лечение офтальмолога, эндокринолога, кардиолога. Проводится обучение больных в рамках «Школы диабета».

Таблица 1

Системность восстановительного лечения в учреждениях здравоохранения и здравницах Кубани больных ДР

Патология, приведшая к развитию ДР	2004	2005	2006
СД I тип	460	475	716
СД II тип	1305	1245	1377
СД, впервые выявленный	*)	92	243
Всего	1765	1720	2093
% от общего потока пациентов в Краснодарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза»	14,7%	14,7%	17,4%

*)- Данные за 2004 год не учитывались

Патогенетически обоснованным методом лечения пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР) являются особые формы восстановления зрения у больных ДР, включающие субтотальную закрытую витрэктомия (СЗВ) и лазеркоагуляцию сетчатки в необходимом объеме (табл. 1). Широкое внедрение в восстановительное лечение перфторорганических соединений и эндолазеркоагуляции значительно расширило возможности офтальмохирургов и улучшило прогноз лечения пациентов с ПДР. Сохранение максимально возможного зрения при этой патологии остается актуальной проблемой. Наиболее серьезные послеоперационные осложнения СЗВ, ведущие к слепоте, возникают в первые месяцы после операции. Для профилактики этих осложнений нами был использован санаторный этап предоперационной подготовки и послеоперационной курортной реабилитации в этих же здравницах пациентов с ПДР. Иммуномодулирующий и метеорезистентный эффект восстановительного лечения в здравницах больных с названной офтальмопатологией формировался режимами слабого и умеренно интенсивного воздействия гелиопродур, теплыми (при t ≥23°) и инфуферентными (при t=21-22°) воздушными ваннами, а также морскими купаниями по оригинальной методике. Системотропный инсулинпродуцентный эффект у больных диабетической ретинопатией обеспечивался щадящей методикой назначения сероводородных ванн Мацестинского месторождения (50-100 мг/л, 36°С, 6-8-10-12 мин. по нарастающей, N 10, ч/день) и процедурами лечебного питья гидрокарбонатной натриевой магниевой-борной фтористой природной минеральной воды «Пластунская», что включало в установочный период (в первую неделю) употребление минеральной нативной воды в теплом виде при t° ≤22 ° по 160-180 мл 3 раза в день за 30-40 мин. до еды. При хорошей индивидуальной переносимости объем воды рос до 1,2-1,5 литра в сутки 4-5 раз в день. К концу лечения объем воды снижался в день до 700-800 мл при этой же t°. При гипертензивной ДР в виде гипотензивного питьевого протектора использовалась природная минеральная вода «Сочинская», диуретический эффект которой обусловлен её ср. минерализацией и химсоставом (гидрокарбонатно-хлоридная, шелочная, йодная, борная с повышенным содержанием фтора).

Группы А и В представляли собой рандомизированные наблюдаемые контингенты пациентов (от 40 до 60 лет; мужчин 46,7%, женщин 53,3%)(табл. 2). Отличие во врачебной тактике (при условии проведения идентичных офтальмохирургических вмешательств) состояло в том, что пациентам группы А проводились в период 2003-2007 годов санаторные этапы предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации, пациентам группы В санаторно-курортное лечение не предлагалось. При

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза»

этом у пациентов группы А такие постоперационные осложнения (на фоне ДР), как прогрессирование рubeоза радужки или отслойка сетчатки встречались реже, чем у пациентов группы В.

Таблица 2

Сравнительная характеристика преимуществ использования санаторных этапов предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных пролиферативной диабетической ретинопатией в здравницах Сочи

Осложнения после восстановительных офтальмооперативных вмешательств	Группа А n=282, p<0,05	Группа В n=282, p<0,05
Кровоизлияния в полость глаза	n=22 или 7,8%	n=41 или 14,5%
Транзиторная гипертензия	n=19 или 6,7%	n=28 или 9,9%
Прогрессирование рubeоза радужки	n=2 или 0,7%	n=4 или 1,4%
Отслойка сетчатки	n=1 или 0,35%	n=3 или 1,05%
Всего:	n=44 или 15,6%	n=76 или 26,9%

Вывод. Предложенные нами схемы санаторно-курортной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных ПДР в здравницах Сочи эффективны и на статистически достоверном уровне наблюдений (p<0,05) позволяют снизить общий уровень постоперационных осложнений в 1,7 раза. Предлагаемые нами технологии восстановительного лечения больных ПДР унифицированы, просты для освоения медперсоналом учреждений здравоохранения и санаториев, поэтому рекомендуются для внедрения на территории Краснодарского края и в других рекреационных зонах России.

Литература

1. Melhem M.F., Craven P.A. // J Am Soc Nephrology.– 2002.– Vol. 13(1).– P. 108–116.
 2. Крутенков О.А., Евграфов В.Ю. // Мат-лы II Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии.– Ч. 2, разд. 6–12. – Екатеринбург, 2001.– С.326–327.
 3. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию: Рук-во для врачей.– М.: Берг, 2007.– 200 с.

УДК 618.33; 618.531/532

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУБАНИ И МОРСКИХ ПРОЦЕДУР ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВОДНО-СОЛЕВОГО РАВНОВЕСИЯ У ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ СОЧИ НА РАННИХ СРОКАХ ИХ БЕРЕМЕННОСТИ.

Л.М. НЕСВАТ*

Актуальность темы исследования определяется разнородностью причин возникновения ранних токсикозов беременности, среди которых видные отечественные и зарубежные гинекологи [1–5] выделяют такие факторы риска, как гиподинамию, курение, нарушение питания, артериальную гипертензию и иные причины, способствующие развитию гипоксии плода и нарушениям в системе гемостаза. Однако в контексте обнаружения причин осложненной беременности часто акцент смещается в сторону токсемий беременных (Р 00.0 по МКБ-Х), связанных с утомлением из-за переживания беременными стрессонасыщенных ситуаций или состояний, связанных с эмоционально-информационной перегруженностью общения (R 68.8 по МКБ-Х), с нарушениями водно-солевого равновесия (O 21.1 по МКБ-Х). При этом [4] считает нужным выделить среди причин ранних токсикозов беременности нарушения обмена веществ: истощение запаса углеводов; дегидратацию; нарушения водно-солевого равновесия.

Цель исследования – разработка авторских схем немедикаментозной коррекции нарушений основных клинико-физиологических констант беременных (постоянных жительниц Сочи) при ранних токсикозах у них. В качестве баз исследования выступали МУЗ Сочи «Городской перинатальный центр», а также сочинские санатории «Волна» и «Ставрополье», где в рамках целевой региональной программы «Здоровое материнство» использовались потенциальные возможности лечебных физических природных факторов курорта Сочи для коррекции нарушений водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности. При этом учитывались теоретические разработки ученых Сочинского НИЦ курортологии и реабилитации (С.Н. Мамишев, К.А.

Георгиади-Авдиенко, Н.Т. Рыжков, В.П. Утехина, Т.В. Мельникова, М.П. Коновалова, М.И. Завора, 2005), которые неоднократно подчеркивали, что ионный состав минеральных вод Кубани может выполнять превалирующую функцию в регулировании кислотно-щелочного равновесия. Натрий входит в состав тканевых жидкостей и крови, поддерживает осмотическое соотношение между клеткой и окружающей средой, принимает участие в процессах нервного возбуждения и мышечного равновесия. Поступая в организм с минеральной водой, натрий быстро всасывается в кровь и соединяется с белками и другими органическими веществами. Калий является составной частью клетки и внеклеточной среды, участвует в образовании гликогена, влияет на проводимость сердечной мышцы, способствует уменьшению отеков и др. Кальций уплотняет клеточную мембрану и снижает ее проницаемость, играет роль в свертываемости крови. Хлор входит в состав тканевой жидкости и крови, содержится в органах и тканях. Железо стимулирует образование эритроцитов и гемоглобина, являясь общеукрепляющим средством.

Наблюдалось 280 постоянных жительниц Сочи в возрасте 20–40 лет, страдающих нарушениями водно-солевого равновесия (проявляющихся в виде чрезмерной рвоты беременных в сроке до 22-х полных недель). В лабораторных условиях анализировался в сыворотке крови уровень кальция (с помощью унифицированного метода М. Vogtos по цветовой реакции с креозолфталенин-комплексом) и магния (по методу V. Chromy при определении магния в цветовой реакции с магоном). В обеих реакциях кальций и магний давали яркое красно-фиолетовое окрашивание, сравнимое по специальной шкале интенсивности окраски в зависимости от концентрации этих элементов в сыворотке крови. Активность ферментов трансмембранного транспорта поливалентных связей ионов Na⁺-K⁺; Mg²⁺; Ca²⁺ (АТФ-аз) в мембранах эритроцитов изучали по методу А.М. Казенного и соавт. (1994).

Коррекцию водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности осуществляли с помощью авторских режимов лечебного питья сульфатно-гидрокарбонатной кальциево-натриевой магниевой слабощелочной природной минеральной воды слабой минерализации «Горячключевская» (формула ионного состава:
$$M0,5 \frac{Cl(1(HCO_3 + CO_3)64 SO_4^{2-} 25)}{Na49Ca37Mg14} pH7,6$$
) по следующей

методике: утром – до 150 мл; перед обедом – до 200 мл; перед ужином вновь до 150 мл в теплом виде при t°=20-23° С в течение ≥4 недель с момента появления признаков ранних токсикозов. По нормативам эта вода относится к столовым минеральным водам, для которых нет ограничений в суточной и курсовых дозах потребления. Дефицит названных ионов компенсировался в первой половине беременности назначением морских процедур (табл. 2).

Морские процедуры принимались по индивидуальным схемам назначения солнечных и воздушных ванн (табл. 1).

В комплексе процедур воздушные ванны подразделялись в зависимости от t° на теплые (t≥22°С), индифферентные (t=21-22°С), прохладные (t=17-20°С), умеренно-холодные (t=15-16°С); по аэродинамическому воздействию на аэроstaticеские (при штиле), слабо- (при скорости ветра до 1м /с), средне- (1-4 м/с и сильнодинамические (>4 м/с); по гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности <55%), умеренно сухие (56-70%), влажные (71-85%) и сырые (>85%).

Клиническое значение роста концентрации магния и кальция в сыворотке крови говорит о замедлении процессов нормального внутриматочного развития плода (табл.2), что в итоге может привести к гестозам 2-й половины беременности. Поэтому использование природных физических лечебных факторов в виде минеральных вод и особого режима морских процедур при ранних токсикозах беременности является одним из факторов коррекции плацентарного кровообращения, что обусловлено нормализацией активности ионных АТФ-аз в мембранах эритроцитов беременных при правильном использовании курортной терапии. Об этом говорит динамика показателей АТФ-зависимого ионного транспорта в эритроцитах наблюдаемых жительниц Сочи, когда на сроке беременности до 10 недель удавалось снизить проявления ферментативной ионной Ca²⁺-недостаточности и ферментативно-ионной Na⁺-K⁺- или Mg²⁺-избыточности. Под влиянием авторских схем восстановительной терапии изначально повышенный уровень Mg²⁺-АТФ-азы в сыворотке крови наблюдаемых беременных снизился до 4,1±0,2 нмоль/мл, а уровень Na⁺-K⁺-АТФ-азы – до 3,7±0,1 нмоль/мл (при изначальных параметрах

* НИЦ курортологии и реабилитации, г. Сочи