

УДК 616.517

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ КУБАНИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ. СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ СОПРЯЖЕННО С ОФТАЛЬМОГЕРПЕСОМ

О.А. КАТХАНОВА*, С.Н. САХНОВ**

Имеется большой интерес учёных к вопросам использования приморских кубанских курортов Чёрного и Азовского морей для лечения детей, больных псориазом, протекающего сочетанно с различными формами офтальмогерпеса [1,5]. В последние годы стали активно публиковаться результаты научных экспериментов по использованию методов курортной терапии для лечения больных псориазом, перенесших кератопластику в связи с язвой роговицы, обусловленной герпетическим происхождением [3].

Актуальность исследования продиктована тем, что диссеминация псориаза в России достигла в 2007 году более 1% от общего числа жителей страны, что в абсолютном выражении составляет ~2 млн. человек, из которых 35,7% составляют дети, имея в виду ежегодное увеличение (на 1,8-2,1%) числа пациентов, обращающихся в профильные муниципальные учреждения здравоохранения по месту жительства [2]. Социальная востребованность нашего исследования объяснялась отрицательной динамикой показателей заболеваемости детей Краснодарского края, когда названные болезни кожи, протекающие сопряженно с офтальмогерпесом среди постоянных жителей названного региона (в возрасте до 14 лет), в 2002 году составляли 10,48 случаев на 1 000 населения, а в 2007 году выросли до 21,82 случая на 1 000 населения, т.е. практически выросли почти в 2,1 раза.

Цель исследования – оптимизация процесса восстановительного лечения в здравницах Сочи, Геленджика и Анапы (с помощью оригинальных методик врачебных назначений солнечных и воздушных ванн, а также морских процедур в общей системе санаторно-курортной реабилитации) детей, сочетанно страдающих различными нозологическими формами псориаза и офтальмогерпеса, приведшего к необходимости кератопластики.

Материалы и методы исследования включали в себя две рандомизированные группы (основная – ОГ и контрольная – КГ) детей с монетовидной и бляшечной формами псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-X). При этом наблюдались дети в возрасте 7-13 лет с этой формой псориаза, проходивших реабилитацию после кератопластики, обусловленной офтальмогерпесом (ОГ n=278), в 2002-2007 годах в детских профильных санаториях Росздрава «Юность», «Вулкан», «Бимлюк» или ординарное поликлиническое лечение согласно действующим стандартам (КГ n=278) без задействования наших инновационных методик климатолечения. Объективизация динамики основных клинико-функциональных показателей наблюдаемых больных проводилась по индексу PASI (при оценке индекса охвата и тяжести псориаза), а также с помощью систематизации по М.А. Каралюк параметров ПОЛ в эпидермисе (до и после лечения). Среди превалянтных методов лечения избиралась тактика назначения талассопроцедур, причём дозирование солнечных ванн сводилось к следующему: а) в теплый период (с мая по сентябрь) после периода 2-дневной адаптации рекомендуются в течение 2-3 дней солнечные ванны по режиму №1 (т.е. слабого воздействия) от 0,25 до 0,5 биодозы; при хорошей переносимости в последующие 3 дня рекомендуются солнечные ванны до 1 биодозы, а в течение следующей недели перевод на режим №2 (умеренно-интенсивного воздействия), начиная с 1,5 биодозы, прибавляя ежедневно по 0,25-0,5 биодозы до достижения максимальной интенсивности солнечной ванны в 2,5 биодозы. После этого (до завершения полного курса санаторно-курортного лечения) рекомендуется переводить детей на режимы интенсивного воздействия, когда предельная интенсивность солнечной ванны исчисляется 3,0 биодозами; б) в прохладный период года рекомендуется приём солнечных ванн только в октябре или апреле. При этом лучше ориентироваться на тепловой эффект при помощи калориметрического метода, т.е. определения калорий с учетом результирующей эквивалентно-эффективной температуры (РЭЭТ) не ниже 21°. Режим №1 (слабого воздействия) рекомендуется в течение первой недели (после 2-3-дневной адаптации), когда интенсивность солнечной ванны начинается с 5 калорий и при постепенном увеличении по 3-5 калорий ежедневно максимально

достигает 30 калорий. Затем при хорошей переносимости рекомендуется режим №2 (умеренно-интенсивного воздействия) при РЭЭТ не ниже 20° с интенсивностью каждой солнечной ванны до 30 калорий суммарно.

Затем рекомендуется перевод пациента на режим №3 (интенсивного воздействия) при РЭЭТ не ниже 19,5° и интенсивности каждой ванны до 40 калорий за один сеанс гелиотерапии. Наши методики позволяют дифференцированно назначать по показаниям солнечные ванны или общие УФО с воздушными ваннами, в зависимости от времени года, местожительства больного, степени УФ-недостаточности или закаленности больного. В зимние месяцы с ограниченной продолжительностью солнечного сияния, сравнительно малым числом солнечных дней и низкими ЭЭТ воздуха показаны не солнечные ванны, а общие УФО в аэрофотарии с воздушными ваннами. Воздушные ванны считаются одной из эффективных форм аэротерапии, хотя и не единственной подобной формой талассолечения, т.к. к аэротерапии относятся сон на воздухе (дневной и ночной) или пребывания на воздухе в одежде (в покое или движении).



Рис. Ингредиенты аэротерапевтической процедуры (пребывание на свежем воздухе в одежде) в лесопарковой и прибрежной климатических зонах курортов Кубани для изучаемых пациентов

Таблица 1

Авторская модификация видов и режимов морских процедур в схемах постоперационного восстановительного лечения

Виды морских процедур (ингредиентов талассотерапии)	Режимы назначения (температура морской воды, длительность процедуры, периодичность и число ее назначений на полный курс лечения)
Этап первый: обтирания	В течение 1-2 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие 1° морской воды 20-22° (в зимнее время - подогреть), продолжительность процедуры – 5-8-10-15 минут (по нарастающей).
Этап второй: обливания	Комбинирование с обливаниями 3-5 дней в теплое время года или весь курс лечения в зимний период при 1° морской воды (естественной или подогретой) 18-19° и объеме обливаний - 10 литров
Этап третий: влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	В зимний период при 1° подогретой морской воды 27-28° 10-12 процедур. Начинать с 3 мин. постепенно увеличивая до 10 минут
Этап четвертый: морские купания	В первую неделю - по режиму слабого воздействия теплые (1° 20-24°; 1-2-5 минут), а последующие дни - по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые - 15-20 минут; умеренно-теплые - 5-12 минут, прохладные 1-3 минуты).

Однако именно воздушные ванны имеют чёткую градацию врачебных назначений, когда мы опирались на дозировку воздушных ванн по параметрам так называемой ЭЭТ, основанной на комплексном воздействии внешней среды (температура, влажность, скорость движения воздуха и т.д.). В комплексе восстановительных процедур для изучаемого контингента пациентов воздушные ванны подразделялись в рамках настоящего исследования: в зависимости от значений ЭЭТ на теплые (ЭЭТ>23°), индифферентные (ЭЭТ=21-22°), прохладные (ЭЭТ=17-20°), умеренно-холодные (ЭЭТ=15-16°); по аэродинамическому воздействию на аэроstaticкие (при штиле), слабодинамические (при скорости ветра <1м/с), среднединамические (при скорости ветра 1-4 м/с), сильнединамические (при скорости ветра >4 м/с); по

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

гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности <55%), умеренно сухие (56-70%), влажные (71-85%) и сырые (>85%). Процедуры азотерапии дополнялись особой методикой назначения индивидуальных режимов пребывания на свежем воздухе в одежде (в покое и в движении) больных (рис.). Иммуномоделирующий эффект в рамках исследования также достигался с помощью морских процедур (табл. 1).

Таблица 2

Динамика индекса PASI в ОГ и КГ под влиянием авторской и стандартной схем восстановительного лечения *

Нозология	Средний индекс охвата и тяжести псориаза (PASI)			
	ОГ		КГ	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
L 40.0 по МКБ-X Псориаз обыкновенный (монетовидная и бляшечная форма)	5,5-5,6	2,3-2,4	5,4-5,5	3,9-4,0

* - основная группа наблюдения принимала системное восстановительное лечение, обозначенное автором на схеме 1; контрольная группа детей, страдающих псориазом, проходила реабилитацию по действующим федеральным стандартам медикаментозной терапии.

Оценивая динамику (до и после лечения в здравницах-базах исследования) псориазических поражений кожных покровов у наблюдаемых групп детей, перенесших кератопластику вследствие язв роговицы, обусловленных офтальмогерпесом, по индексу охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index), следует констатировать позитивный эффект от реализации авторских технологий санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих псориазом, что представлено в табл. 2.

Индекс PASI под влиянием предложенных автором инновационных сочетаний природных физических лечебных факторов черноморского побережья Кубани и прогрессивных форм аппаратной физиотерапии и диетотерапии снизился в ОГ. Подобное снижение индекса PASI в 2,39 раза наблюдалось у детей, прошедших по авторским методикам восстановительное лечение по поводу монетовидного или бляшечного вульгарного псориаза, протекающего сопряженно с офтальмогерпесом, а в КГ детей с тем же диагнозом этот показатель снизился при выписке лишь в 1,38 раза, что сочеталось с положительной динамикой параметров ПОЛ в эпидермисе наблюдаемых детей. Изменения показателей диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ) определяли после экстракции липидов хлороформ-метанольной смесью по методике Ю.А. Гиневич (1998).

Систематизация полученных результатов указывает на эффективность предложенных авторами методик восстановительного лечения с использованием природных физических курортных факторов Кубани по сравнению с традиционными схемами медикаментозной терапии. Подтверждением этому служит то, что в ОГ по завершению восстановительного лечения показатели ДК, КД и СТ практически выросли (по сравнению с исходными) в 2 раза, а в КГ аналогичные показатели имели лишь тенденцию к оптимизации. У пациентов с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного, протекающего сопряженно с офтальмогерпесом, уровень ДК при выписке достиг значений 2,31±0,1, а у детей КГ остался на уровне 1,82±0,02 при N=2,32 на 1 мг липидов. ОГ и дети из КГ при поступлении в имели одинаковые исходные уровни не только ДК в эпидермисе (1,08±0,02 и 1,07±0,03 на 1 мг липидов), но и сходное снижение уровня КД и СТ в эпидермисе (соответственно 1,21±0,05 и 1,23±0,04 на 1 мг липидов). После лечения у детей ОГ уровень КД и СТ возрос до значений 2,77±0,01 (т.е. почти в 2,3 раза), тогда как в КГ эти же показатели отмечались лишь на уровне 1,98±0,01 на 1 мг липидов.

Выводы. Представленный авторский комплекс использования физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при постоперационном лечении детей с монетовидной и бляшечной формами псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-X), протекающего сочетанно с офтальмогерпесом, инициирующим язвы роговицы, требующие кератопластики. Предложенные схемы терапии могут быть быстро освоены медицинским персоналом как профильных МУЗ, так и детских здравниц любых лечебных местностей Российской Федерации, располагающих сходными природными санационными факторами.

Литература

1. Бессонов А.А. Системное восстановительное лечение в здравницах Сочи пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2003.– 126 с.
2. Верба Я.И. Приоритетные направления системной климатобальнеотерапии детей с монетовидной и бляшечной формой псориаза.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2008.– 93 с.
3. Гамзатов О.Г. Рекреационное таргетирование врачебной тактики восстановительного лечения в здравницах Кубани пациентов с болезнями роговицы.– Сочи: РИО НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава, 2007.– 97 с.
4. Гиневич Ю.А.// Лаборат. диагн.– 1998.– №2.– С.72–74.
5. Щербаков Д.Б. Ингредиенты комплекса системных мероприятий восстановительного лечения в здравницах Анапы детей с различными формами атопического дерматита.– Сочи: Изд-во Сочинского ГУ, 2004.–125 с.

УДК 616.127

АЛГОРИТМ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ЗДРАВНИЦАХ СОЧИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ (ИЗ ЧИСЛА ГРАЖДАН, ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ)

С.В. СЕЛИН*

Принятый Закон РФ «О государственной социальной помощи» в редакции от 28.08.2004 №122-ФЗ предоставляет возможность регулировать системность оказания плановых санаторных услуг контингентам граждан, имеющих законодательное право на бесплатное получение пакета социальных гарантий. Подобное расширение законодательного поля в сфере Национальной программы здравоохранения позволяет использовать российские здравницы для санаторной реабилитации ряда категорий населения, в том числе страдающих стабильной стенокардией напряжения различных функциональных классов (табл. 1).

Таблица 1

Рандомизированные группы наблюдения на базах исследования (ЛПУ и здравницы черноморского побережья Краснодарского края) диспансерных больных, законодательно имеющих право на предоставление гарантируемых государством социальных услуг, включая санаторно-курортные

Нозологические формы по МКБ-X	Кол-во	Законодательное поле и период наблюдения
I 20 Стенокардия, в т.ч. I 20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом: - стабильная стенокардия напряжения I, II функциональных классов с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с нарушением сердечного ритма в виде редких монофокусных экстрасистол или редких и нетяжелых спазмов мерцания и трепетания предсердий, синусовой тахикардии. - стабильная стенокардия напряжения III функционального класса с недостаточностью кровообращения не выше I стадии с единичными экстрасистолами в сочетании с гипертонической болезнью не выше II стадии.	n=556 в т.ч.: n=278 n=278	Обеспечение этапа санаторно-курортной реабилитации за счет бюджетных ассигнований) различных контингентов граждан, законодательно имеющих право на предоставление государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в т.ч. санаторно-курортных, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года на основании Федерального Закона от 22.08.2004 г.

В рамках исследования в 2003-2007 годах было осуществлено в здравницах Сочи (санатории «Ставрополье», «Волна», «Правда» и др.) лечение больных (n=556, p<0,05) с различными нозологическими формами стенокардий. При этом авторский алгоритм врачебных назначений талассопродур и иных реабилитационных мероприятий представлен в табл. 2.

В рамках исследования была получена позитивная динамика ряда клинико-функциональных характеристик, показателей биохимического статуса тех рандомизированных групп больных (табл. 3), которым в период 2003-2007 годов в индивидуальные схемы восстановительного лечения включались авторские мето-

* Сочинский НИЦ курортологии и реабилитации; Краснодарский ТФОМС.