

снижению остроты воспаления. Если до лечения у 27,7-28,1% больных в сутки выделялось ≥ 3 ложек слизисто-гноной мокроты, где количество лейкоцитов у 35,8-36,1% пациентов достигало >50 в поле зрения при микроскопировании, то после лечения число таких больных в ОГ сократилось до 6,2%, а у пациентов КГ этот показатель остался почти на прежнем уровне.

При этом у пациентов ОГ почти в 50% случаев резко снизилась изначальная патологическая выраженность аллергического компонента, что подтверждалось уменьшением числа эозинофильных лейкоцитов и кристаллов Шарко – Лейдена в нативном препарате. Авторские схемы назначений климатобальнеофакторов курорта Сочи на фоне медикаментозной терапии, включая таблетированные, ингаляционные и небулайзерные ее формы, нивелировали высокую интенсивность обструктивного компонента, что выражалось ростом почти в 6 раз числа лиц, у которых в нативном препарате мокроты после завершения лечения отсутствовали (или констатировались единичные) спирали Куршмана. В снижении выраженности интенсивности обструктивного компонента использовался также критерий наличия капель липидов в альвеолярных макрофагах. При этом после лечения по автором схемам восстановительных процедур капли липидов отсутствовали у больных ОГ в альвеолярных макрофагах у 38,1%, тогда как до лечения этот показатель составлял 9,1-10,3%.

Литература

1. Альбов Н.М. Ботанико-географические исследования в Западном Закавказье в 1894 году. ЗКОИРГО. Т.18. – Тифлиси, 1894.
2. Дьячков-Тарасов А.Н. Через перевал Псеашха, верховья Малой Лабы к Чёрному морю. СМОМПК. Вып. 31. – Тифлиси, 1902.
3. Дороватовский С. Сочи и Красная Поляна с окрестностями. – СПб, 1911.
4. Москвич Г. Иллюстрированный практический путеводитель по Кавказу. 20-е издание. – СПб, 1913.
5. Доброхотов Ф.П. Черноморское побережье Кавказа. – Петроград, 1916.
6. Колесников А.И. и др. Дикорастущие лекарственные растения Абхазии и северных районов Черноморского побережья Кавказа, Сухуми, 1944. – С.32.
7. Бгажба М.Т. Растительные ресурсы Абхазии и их использование. – Сухуми: «Алашара», 1964. – С.377.

УДК 616.895.4

ТЕХНОЛОГИИ КЛИМАТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НА КУРОРТЕ СОЧИ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.И. БЕВЗА*

Распространенность депрессивных расстройств в общей структуре заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, где обращаемость по поводу депрессивного эпизода (F 32 по МКБ-X) или рекуррентных депрессивных расстройств (F 33 по МКБ-X) в 2004-2006 годах имела выросла в 1,6 раза [4]. Ведущие руководители отечественного здравоохранения [3] указывают, что подобная медицинская статистика закономерна, т.к. в силу социально-экономической ситуации в нашей стране и в мире по своим следствиям и распространённости стресс представляет реальную угрозу жизни человеческой популяции. Более 70% населения России живёт в условиях психоэмоционального стресса, когда теряется уверенность в будущем, истощаются приспособительные и компенсаторные механизмы. По статистике, в Российской Федерации уже около 50 млн. человек имеют проблемы с психическим здоровьем («носители симптомов»), и не получают необходимой помощи.

Цель – обоснование возможностей природных физических лечебных факторов курорта Сочи (инновационных подходов к дозированию климатотерапевтических процедур) при восстановительном лечении лиц с рекуррентными депрессивными расстройствами или депрессивным эпизодом в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В период 2001-2006 годов восстановительное лечение по нашим инновационным технологиям прошли 278 пациентов дневного стационара Сочинского психоневрологического диспансера, а также больные, прибывшие в ряд ведущих здравниц названного федерального курорта по поводу других заболеваний, но имевшие в анамнезе (или стойкие клинические проявления) рекуррентного депрессивного расстройства или предшествующего ему депрессивного эпизода. Говоря о санаторно-курортной реабилитации больных с названными расстройствами настроения следует подчеркнуть высокую социальную востребованность климатотерапевтических инноваций для указанного контингента больных.

При этом ряд сочинских курортологов активно критикуют официальную позицию Росздрава, направленную на существенные ограничения пребывания и лечения в здравницах больных, страдающих рекуррентными депрессивными расстройствами. В частности, методические рекомендации и действующие медицинские стандарты санаторно-курортного лечения [1] подчеркивают, что пациенты здравниц с болезнями центральной нервной системы могут попадать на санаторно-курортное лечение невротической патологии только в случаях отсутствия у них резко выраженных и стойких тревожных, фобических или депрессивных проявлений. При этом следует указать, что группу наблюдения пациентов, проходивших восстановительное лечение по нашим методикам, составляли больные с рекуррентными депрессивными расстройствами в текущем эпизоде легкой или средней степени, а также в состоянии ремиссии. Пациенты, у которых рекуррентное депрессивное расстройство выражалось текущим эпизодом тяжелой степени (в т.ч. с психотическими расстройствами), проходили только медикаментозное лечение, а климатотерапевтические процедуры им не назначались. Индивидуальные схемы восстановительного лечения на курорте Сочи больных с названными расстройствами настроения (F 32.0; F 32.1; F 33.0; F 33.1 по МКБ-X) включали ряд ингредиентов, в частности, дозирование бальнео- и талассопродур, исходя из характера течения выявленных у изучаемых пациентов баз исследования тех или иных форм названных заболеваний, базировалось на совокупности общих методологических подходов к их использованию.

Применялись общие сероводородные или йодобромные ванны с использованием природных минеральных источников Мацестинского и Кудепстинского месторождений; модифицированные методики назначения теплых, индифферентных, прохладных воздушных ванн (сухих, влажных, сырых), включая слабо-, средне- и сильнодинамичные; унифицированная методика назначения процедур гелиотерапии в зависимости от напряжения солнечной радиации на лечебных пляжах здравниц-баз исследования. Системные мероприятия восстановительного лечения на курорте Сочи больных с расстройствами настроения; компьютерная коррекция психоэмоционального состояния по методу обратной биологической связи (на фоне аутогенной тренировки и иных методов психотерапевтического воздействия); авторская модификация использования видов и режимов морских процедур (обтирания, обливания морской водой, укутывания простынями, смоченными морской водой, свободное и дозированное плавание); динамика индивидуальных нагрузок ЛФК (дозированная ходьба, лечебная гребля, ближний туризм и т.д.) в сочетании с рассчитываемыми схемами калоража при диетотерапии.

Бальнеотерапия применялась в виде общих сероводородных (50-100-150 мг/л при температуре 36°C, длительностью 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 10-12 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36-38°C, продолжительностью 1 ванны 10-15-20 минут с нарастающим итогом через день, 10-12 процедур на курс лечения) общих ванн природных минеральных источников месторождений курорта Сочи.

Эти методики в ходе работы модифицировались, т.к. контингент требовал индивидуального применения теплых, индифферентных или прохладных (сухих, влажных, сырых) воздушных ванн при проведении восстановительного лечения в разные периоды года. Этим же была продиктована модифицированная экспозиция этапных морских процедур (обливания, обтирания морской водой, окутывания, дозированное и свободное плавание в акватории лечебных пляжей). Модифицированный подход к режиму дозирования солнечных ванн наблюдаемых больных базировался на индивидуальном определении у них эритемной дозы при помощи биодозиметра Далфельда – Горбачева с параллельной регистрацией напряжения солнечной радиации (по

* Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию.

пиранометру) и ее интенсивности (по автоматическому УФ-дозиметру на основе серийного спектрофотометра ОФД-1). На основании полученных результатов для медсестер лечебных пляжей были разработаны памятки с указанием рекомендуемых часов приема (в различные месяцы) процедур гелиотерапии для этих больных, а сами режимы назначения вносились лечащим врачом в санаторно-курортную книжку конкретного пациента, исходя из наличия у него различных типов реакции сосудов кожи (гипо-, нормо-, гиперреакции) на гелиопроцедуры.

Таблица 1

Авторская модификация технологий исчисления длительности теплых воздушных ванн при ЭЭТ от 23° и выше для лиц, проходящих курс восстановительного лечения по поводу расстройств настроения (F 32.0; F 32.1; F 33.0; F 33.1 по МКБ-X)

Виды теплых воздушных ванн (ЭЭТ от 23° и выше)	Аэростатические и слабодинамические (при скорости ветра до 1 м/с)	Среднединамические (при скорости ветра 1-4 м/с)
Сухие (при относительной влажности <55%) и умеренно сухие (56-70%)	I режим: начинать с 15 мин., + ежедневно по 20 мин., суммарно 2-3 часа	Начинать с 10 мин., + ежедневно по 15 мин. суммарно до 2 часов.
	II режим: начинать с 20 мин., + ежедневно по 15 мин. суммарно до 3-4 часов	Начинать с 20 мин., + ежедневно по 15 мин. до 2 часов.
	III режим: начинать с 30 мин., + ежедневно по 20 мин. суммарно до 5 часов	Начинать с 20 мин., + ежедневно по 20 мин. до 3 часов.
Влажные (при относительной влажности воздуха 71-85%)	I режим: в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 10 мин. до 2 часов.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин. до 1 часа.
	II режим: в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 20 мин. до 3 часов.	в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 15 мин. до 1,5 часов.
	III режим: в 1 день – 30 мин., + ежедневно по 30 мин. до 3 часов.	в 1 день – 20 мин., + ежедневно по 20 мин. до 2,5 часов.
Сырые (при относительной влажности воздуха >85%)	I режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин. суммарно в день – 1 час.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин. суммарно в день 40 мин.
	II режим: в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 5 мин., суммарно в день – 1,5 часа.	в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 5 мин., суммарно в день 50 мин.
	III режим: в 1 день – 20 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день – 2 часа.	в 1 день – 20 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день 1-1,5 часа.

Назначение талассотерапии, включающей аэротерапию, гелиотерапию и морские процедуры (обтирания, обливания, влажные укутывания про- стынями, смоченными морской водой, морские купания, в т.ч. свободное и дозированное плавание) по модифицированным нами методикам представлено в табл. 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 конкретного пациента, а также с учетом теплового индекса длинноволновой части солнечного спектра. Последнее регулировалось схемой индивидуальных врачебных назначений для каждого изучаемого пациента в части длительности приема им на курорте Сочи гелиопроцедур в утренние (вечерние) часы теплых и прохладных периодов. Комментируя данные схемы 1 следует подчеркнуть, что предложенные нами методы восстановительного лечения используются при реабилитации лиц, перенесших психотравмирующее воздействие стрессогенных факторов. Возникшие в результате этого расстройства настроения выступают в качестве одного из главных барьеров на пути адаптации к мирной жизни, а своевременное и правильное использование методов психотерапевтического воздействия способствует снижению дизадаптации, недопущению дальнейшего развития и хронизации.

Под воздействием предложенного комплекса восстановительных процедур (базисом которых являлись общие сероводородные ванны Мацестинского месторождения и бальнеопроцедуры с использованием природной йодобромной воды Кудепстинского месторождения курорта Сочи в сочетании с талассотерапией, БОС-тренингом) отмечена редукция жалоб на 89,5%, сгла-

живание объективной симптоматики на 71,3%, по данным реографического исследования выявлена нормализация церебральной гемодинамики и улучшение эластико-тонических свойств сосудов у 68,4% больных.

Таблица 2

Авторская модификация унифицированных технологий исчисления продолжительности индифферентных воздушных ванн при ЭЭТ= 21°-22° для больных с рекуррентными депрессивными расстройствами

Виды индифферентных воздушных ванн (ЭЭТ = 21-22°)	Аэростатические и слабодинамические (при скорости ветра до 1 м/с)	Среднединамические (при скорости ветра 1-4 м/с)
Сухие (при относительной влажности <55%) и умеренно сухие (56-70%)	I режим: начинать с 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день до 2 часов.	начинать с 5 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день 1 час.
	II режим: начинать с 15 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день до 2,5 часов.	Начинать с 10 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день до 1,5 часа.
	III режим: начинать с 20 мин., + ежедневно по 20 мин., суммарно в день 3 час.	начинать с 15 мин., + ежедневно по 20 мин., суммарно в день до 2 часов.
Влажные (при относительной влажности воздуха 71-85%)	I режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день 40 мин.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день – 30 мин.
	II режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день 50 мин.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день – 40 мин.
	III режим: в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день 1 час.	в 1 день – 15 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день – 50 мин.
Сырые (при относительной влажности воздуха >85%)	I режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день – 30 мин.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 5 мин., суммарно в день 25 мин.
	II режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 5 мин., суммарно в день – 40 мин.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 10 мин., суммарно в день 30 мин.
	III режим: в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 5 мин., суммарно в день – 1 час.	в 1 день – 10 мин., + ежедневно по 15 мин., суммарно в день 40 мин.

Таблица 3

Авторская модификация дозирования процедур гелиотерапии по поводу рекуррентных депрессивных расстройств

Режимы воздействия	март-октябрь в биодозах		ноябрь-февраль в калориях	
	Начальная доза	Макс. доза	Начальная доза	Макс. доза
№1 (слабого)	1/4	1,5	5	30
№2 (умеренно-интенсивного)	1,5	2,5	5	40
№3 (интенсивного)	2,5	3	5	60

При изучении иммунного статуса получен у 58,2% пациентов эффект стимуляции как гуморального, так и клеточного звена иммунитета (возросло количество Т- и В-лимфоцитов, IgA), что свидетельствует о стимулирующем действии изучаемого лечебного комплекса; при биохимическом исследовании статически достоверно нормализовалось содержание диеновых конъюгатов. Из показателей антиоксидантной системы у 30,8% нормализовалось ранее измененное содержание церулоплазмينا, что свидетельствует о повышении образования супероксидных радикалов, нейтрализацию которых обеспечивает церулоплазмин. По данным психологического тестирования у 89,9% отмечена существенная положительная динамика: улучшение настроения, сглаживание астенических проявлений, снижение уровня тревоги и беспокойства, появление уверенности в себе. Рекомендуемые технологии климатотерапевтических инноваций являются эффек-

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 непрямои 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 маркеров клеточной дифференцировки, характеризующие степень участия лимфоцитарных субпопуляций в иммунном ответе, использовались: CD3 – маркер зрелых Т-клеток, зрелых (медуллярных) тимоцитов, всех Т-клеток крови и отсутствующий на клетках других видов; CD8 – маркер активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов; CD4 – маркер Т-хелперных (индукторных) клеток; CD16 – маркер 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