

СОЧЕТАННОЕ ДОЗИРОВАНИЕ ПРОЦЕДУР АЭРО- И ГЕЛИОТЕРАПИИ В ТЕПЛЫЕ И ПРОХЛАДНЫЕ КЛИМАТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ ГОДА ДЕТЯМ, ПРОХОДЯЩИМ КУРС ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПСОРИАЗА НА ЧЕРНОМОРСКОМ ПОБЕРЕЖЬЕ КУБАНИ

КАТХАНОВА О.А.

НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава, г. Сочи

АННОТАЦИЯ

Авторский комплекс физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при лечении детей с монетовидной и бляшечной формами псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-Х). Предложенные схемы восстановительной терапии достаточно быстро могут быть освоены медицинским персоналом как профильных муниципальных учреждений здравоохранения, так и детских здравниц любых лечебных местностей Российской Федерации, располагающих сходными природными санационными факторами.

Ключевые слова: лечение псориаза, климатолечение, лечение на черноморском побережье Кубани.

ВВЕДЕНИЕ

Анализ отечественных и зарубежных источников по теме исследования позволяет констатировать достаточно большой интерес широкой отечественной и зарубежной аудитории ученых к вопросам использования приморских курортов Черного моря для лечения больных псориазом, для чего даже используется термин «дерматокурортология» [2, 3]. В связи с этим целью исследования являлась оптимизация процесса восстановительного лечения в здравницах Сочи, Геленджика и Анапы детей, страдающих различными нозологическими формами псориаза, с помощью оригинальных методик сочетанных врачебных назначений солнечных и воздушных ванн в общей системе санаторно-курортной реабилитации.

Материалы и методы исследования состояли из двух рандомизированных групп (основная и контрольная) наблюдения детей с псориазом обыкновенным (L 40.0 по МКБ-Х). При этом наблюдались дети в возрасте 7-13 лет с названной нозологической формой псориаза, проходившие реабилитацию (основная группа n=278) в 2002-2006 годах в детских профильных санаториях Росздрава «Юность», «Вулан», «Бимлюк» или ординарное поликлиническое лечение согласно действующим стандартам (контрольная группа n=278) без задействования наших инновационных методик климатолечения. Объективизация динамики основных клинико-функциональных показателей у наблюдаемых больных проводилась по индексу PASI (при оценке индекса охвата и тяжести псориаза), а также с помощью систематизации параметров ПОЛ в эпидермисе (до и после лечения). Среди превалентных методов лечения избиралась тактика сочетанного назначения талассопродур, причем (для указанного контингента детей с псориазом) 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, страдающих монетовидной и бляшечной формами псориаза обыкновенного, 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 калоражного метода, т.е. определения калорий по авторской модификации, указанной в таблице 1 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.

Таблица 1.

Авторская модификация стандартного исчисления продолжительности назначения 1 солнечной ванны для детей, страдающих псориазом (L 40 по МКБ-Х), в зависимости от напряжения солнечной радиации на лечебных пляжах здравниц-баз исследования.

Напряжение солнечной радиации по пиранометру в кал/см ² , мин.	0,50-0,52	0,53-0,58	0,59-0,66	0,67-0,76	0,77-0,91	0,92-1,00	1,00-1,09
Продолжительность солнечной ванны для получения							
5 кал/см ² , мин.	8	7	6	5	5	5	5
10 кал/см ² , мин.	15	10	13	12	11	10	10
20 кал/см ² , мин.	30	28	27	26	22	18	18
30 кал/см ² , мин.	50	48	45	40	34	32	28

Обсуждая данные таблицы 1, следует подчеркнуть, что практическая реализация авторской моди-

фикации исчисления продолжительности назначения 1 солнечной ванны для конкретного ребенка, страдающего псориазом, осуществляется достаточно просто. Например, если по стандартному пиранометру напряжение солнечной радиации составляет 0,62 кал/см², а врачебное назначение требует отпустить пациенту 10 калорий, то время солнечной ванны для этого больного составит 13 минут пребывания на лечебном пляже.

Следует отметить, что наши методики позволяют целенаправленно и 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. По мнению вышеназванных исследователей, в зимние месяцы (декабрь, январь, февраль) 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 наиболее 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). Однако именно воздушные ванны имеют четкую градацию врачебных назначений, когда ряд исследователей опираются на традиционную дозировку воздушных ванн по параметрам так называемой ЭЭТ (эквивалентно-эффективной температуры), 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 выше двадцати трех градусов), индифферентные (ЭЭТ равна двадцать одному-двадцать двум градусам), прохладные (ЭЭТ равна семнадцати-двадцати градусам), умеренно-холодные (ЭЭТ равна пятнадцати-шестнадцати градусам);

- по аэродинамическому воздействию на аэро-статические (при штиле), слабодинамические (при скорости ветра до 1 м/сек), среднединамические (при скорости ветра 1-4 м/сек), сильнодинамические (при скорости ветра более 4 м/сек);

- по гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности менее 55%), умеренно сухие (при относительной влажности воздуха 56-70%), влажные (при относительной влажности 71-85%) и сырые (при относительной влажности более 85%). Следует отметить, что в рамках исследования процедуры аэротерапии дополнялись особой методикой назначения индивидуальных режимов пребывания на свежем воздухе в одежде (в покое и в движении) изучаемому контингенту больных, что отражено на схеме 1. Врачебное психотерапевтическое воздействие использовалось для детей с псориазом при организации еще одной аэротерапевтической процедуры, связанной с длительным пребыванием на свежем воздухе в покое, которую условно квалифицировали термином «дневной сон в климато-палате под влиянием гипносуггестии». В этих же

климатопалатах использовалась такая аэротерапевтическая процедура, как «дневной электросон на свежем воздухе в одежде», на курс лечения которым назначалось 15-20 полтора-часовых процедур.

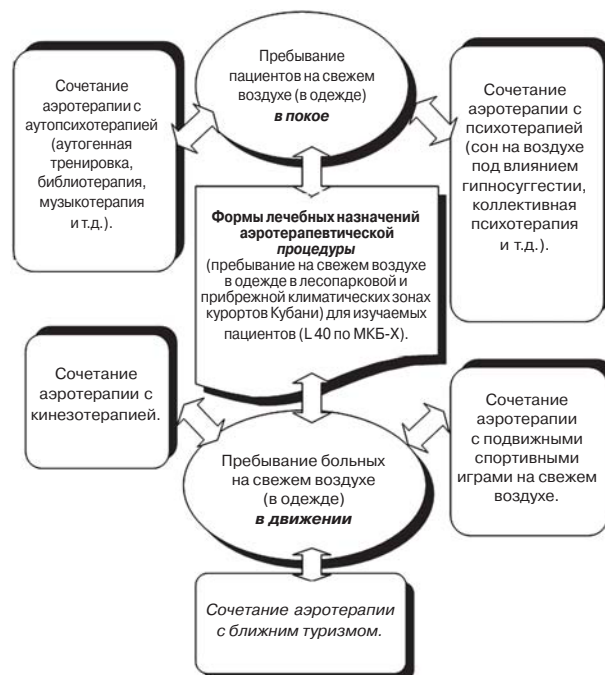


Схема 1. Ингредиенты аэротерапевтической процедуры (пребывание на свежем воздухе в одежде) в лесопарковой и прибрежной климатических зонах курортов Кубани для изучаемых пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

Таблица 2.

Динамика индекса PASI у основных и контрольных групп наблюдения под влиянием авторской и стандартной схем восстановительного лечения в здравницах-базах исследования*)

Нозология	Средний индекс охвата и тяжести псориаза (PASI)			
	основная группа		контрольная группа	
	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.

Комментируя данные таблицы 2, следует подчеркнуть, что индекс PASI под влиянием предложенных автором инновационных сочетаний природных физических лечебных факторов черноморского побережья Кубани и прогрессивных форм аппаратной физиотерапии и диетотерапии существенно снизился в основных группах наблюдения. Подобное снижение индекса PASI наблюдалось в 2,39 раза у детей, прошедших по авторским методикам восстано-

вительное лечение в здравницах-базах исследования по поводу монетовидного или бляшечного вульгарного псориаза, тогда как у контрольной группы наблюдения детей с аналогичным диагнозом названный показатель снизился при выписке лишь в 1,38 раза. Последнее сочеталось с положительной динамикой параметров перекисного окисления липидов в эпидермисе наблюдаемых детей, что представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Систематизация параметров ПОЛ в эпидермисе детей, больных псориазом, под влиянием предложенных схем восстановительной терапии. (M±m).

Показатель перекисного окисления липидов в эпидермисе	Диеновые конъюгаты (N= 2,32 на 1 мг липидов)		Кетодиены и сопряженные триены (N= 2,78 на 1 мг липидов)	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Пациенты с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного:				
1.1. Основная группа *	1,08±0,02	2,26±0,01	1,21±0,05	2,26±0,01
1.2. Контрольная группа **	1,07±0,03	1,45±0,02	1,23±0,04	1,86±0,01
Примечание: * = p < 0,05; ** = p < 0,01				

Обсуждая данные таблицы 3, следует указать, что изменения показателей диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ) определяли после экстракции липидов хлороформ-метанольной смесью по стандартной методике. Систематизация полученных результатов указывает на существенную эффективность предложенных нами методик восстановительного лечения в здравницах с использованием природных физических курортных факторов Кубани по сравнению с традиционными схемами медикаментозной терапии. Подтверждением этому служит тот факт, что в основной группе наблюдения по завершению предложенного восстановительного лечения показатели ДК, КД и СТ практически выросли (по сравнению с исходными) в 2 раза, тогда как в контрольной группе наблюдения аналогичные показатели имели лишь тенденцию к оптимизации. Так, например, у пациентов с монетовид-

ной и бляшечной формой псориаза обыкновенного уровень диеновых конъюгатов при выписке из здравниц-баз исследования достиг значения 2,26±0,1, а у детей контрольной группы остался на уровне 1,45±0,02 при N=2,32 на 1 мг липидов. При этом как наблюдаемые пациенты основной группы, так и дети из контрольной группы наблюдения при поступлении в здравницы-базы исследования имели примерно одинаковые исходные уровни диеновых конъюгатов в эпидермисе (1,08±0,02 и 1,07±0,03). Символично, что при поступлении в базы исследования дети, страдающие монетовидной или бляшечной формой псориаза обыкновенного, в этих же группах наблюдения имели практически одинаковое снижение уровня кетодиенов и сопряженных триенов в эпидермисе (соответственно 1,21±0,05 и 1,23±0,04). После проведенных различных схем восстановительного лечения у пациентов основной группы наблюдения уровень кетодиенов и сопряженных триенов вырос до значений 2,26±0,01 (т.е. почти в 1,9 раза), тогда как в контрольной группе эти же показатели отличались лишь на уровне 1,86±0,01.

ВЫВОДЫ

1. Представленный авторский комплекс задействия физических лечебных факторов черноморских курортов Кубани высокоэффективен при лечении детей с монетовидной и бляшечной формой псориаза обыкновенного (L 40.0 по МКБ-Х).

2. Предложенные схемы восстановительной терапии достаточно быстро могут быть освоены медицинским персоналом как профильных муниципальных учреждений здравоохранения, так и детских здравниц любых лечебных местностей Российской Федерации, располагающих сходными природными санационными факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селицкий Г.Д., Федоров С.М., Кулагин В.И. Влияние неблагоприятных факторов на заболеваемость кожи. – М., 1997. – С. 91-92.
2. 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.
3. Санаторно-курортное и восстановительное лечение. Сборник нормативно-правовых и методических материалов (под ред. А.Н. Разумова и Л.В. Ивановой). – М.: МЦФЭР, 2004. – 720 с.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ФИЗИОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

ЕВСЕЕВА М. М., к.м.н., научный сотрудник гинекологического отделения восстановительного лечения ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий», г. Москва, Россия

Женщины с последствиями хронического воспаления органов малого таза в виде перитонеальных тазовых спаек, хронической тазовой боли, маточной и трубной форм бесплодия, эмоционально-невротических расстройств нуждаются в реабилитации. Преформированные физические факторы занимают главенствующее место в медицинской реабилитации. Это основано на полифункциональном характере действия физических факторов, стимулировании

компенсаторных возможностей организма; ускорении регенерации и укреплении иммунитета; улучшении психоэмоционального состояния, повышении общего тонуса организма и снятии утомления; способности влиять на все органы и системы, стимулировать защитные силы и адаптацию; хорошо совмещении с другими реабилитационными средствами, способности их потенцировать и пролонгировать.