

6. Avierinos J.F., Detaint D., Messika-Zeitoun D. et al. // Am. J. Cardiol. — 2008. — Vol. 5(101). — P. 662–667.

7. James P.A., Altimos S., Skinner J.R. // Am. J. Med. Genet. — 2003. — Vol. 11(9). — P. 32–36.

8. Maron B.J., Chaitman B.R., Ackerman M.J. et al. // Circulation. — 2004. — Vol. 22(109). — P. 2807–16.

Поступила 19.09.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Масленникова Ольга Михайловна (Maslennikova O.M.), зав. каф. внутр. болезней и проф. мед. ФГБУ ДПО «ЦГГМА» УД Президента РФ, доктор мед. наук. E-mail: o.m.maslennikova@gmail.com.

Егорова Лариса Александровна (Egorova L.A.), проф. каф. внутр. болезней и проф. мед. ФГБУ ДПО «ЦГГМА» УД Президента РФ, доктор мед. наук. E-mail: egorova-ossn@yandex.ru.

Боровикова Татьяна Анатольевна (Borovikova T.A.), вр. аллерголог-иммунолог ГБУЗ МО «Люберецкая район. больница №2», канд. мед. наук. E-mail: medik-t.a@mail.ru.

Зверков Игорь Владимирович (Zverkov I.V.), проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «ЦГГМА» УД Президента РФ, доктор мед. наук. E-mail: org@cgma.su.

Масловский Леонид Витальевич (Maslovskiy L.V.), проф. каф. терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «ЦГГМА» УД Президента РФ, доктор мед. наук. E-mail: org@cgma.su.

УДК 615.84

Н.Б. Корчажкина¹, Л.С. Круглова², С.Н. Турбовская³, М.А. Елфимов²

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (обзор литературы)

¹ Главное медицинское управление УД Президента РФ, пер. Б. Черкасский, д. 11, Москва, Россия, 109012

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1 А, Москва, Россия, 121359

³ ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», ул. Селезневская, д. 20, Москва, Россия, 127473

В статье рассмотрены основные аспекты применения санаторно-курортного лечения при хронических кожных заболеваниях.

Ключевые слова: климатотерапия, аэротерапия, талассотерапия, гелиотерапия, бальнеотерапия, пелоидотерапия, хронические кожные заболевания.

N.B. Korchazhkina¹, L.S. Kruglova², S.N. Turbovskaia³, M.A. Elfimov². **Prophylaxis and rehabilitation of patients with chronic dermatosis (review of literature)**

¹ The main medical administration of the Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 11, B. Cherkassky pereulok str., Moscow, Russia, 109012

² Central state medical academy of department of presidential affairs of the Russian Federation, 19, build. 1, Marshala Timoshenko str., Moscow, Russia, 121359

³ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatology, Venereology and Cosmetology, Department of Health, 20, Seleznevskaya str., Moscow, Russia, 127473.

The article covers main aspects of sanatorium-and-spa treatment in chronic skin diseases.

Key words: climate therapy, aérotherapy, thalassotherapy, heliotherapy, balneotherapy, pelotherapy, chronic skin diseases.

В связи с тем, что большинство кожных заболеваний носит хроническое, рецидивирующее течение с длительными обострениями и кратковременными ремиссиями, тема реабилитации данных пациентов является очень важным этапом тактики их ведения. Издревле для лечения кожных заболеваний применялось воздействие климата, солнца, лечебных вод и грязей.

Известен тот факт, что помимо местного воздействия на кожу курортное лечение (естественные физические факторы) благоприятно влияет и на весь организм, обеспечивая более стойкий терапевтический эффект.

Как правило, лечебные курорты располагаются в экологически чистых местах с благоприятными природными условиями — горы, море, чистый лесной

или горный воздух, насыщенный ионами — все это благотворно влияет на самочувствие, эмоциональное настроение и качество жизни больных [2]. Основными лечебными факторами климатолечебных курортов являются различные составляющие климата, что позволяет широко использовать аэротерапию, гелиотерапию, талассотерапию и др., в соответствии с природно-климатическими зонами такие курорты подразделяются на равнинные, степные, пустынные, горные, приморские [2,10]. Лечебным фактором бальнеолечебных курортов является минеральная вода разных типов, используемая для наружного (ванны, орошения) и внутреннего (питье, кишечное промывание) применения. Грязелечебные курорты используют для лечения грязь разных типов (иловая, торфяная, псевдовулканическая).

Под понятием климат подразумевают режим погодных условий определенной местности. Климатолечение — дозированное использование с лечебной целью особенностей местных климатических факторов [2,14,16].

Климатические факторы стимулируют механизмы долговременной адаптации организма, при этом на фоне неспецифических реакций организма проявляются специфические эффекты, характерные для отдельных климатолечебных факторов. Климатические факторы действуют на организм через нервно-рефлекторный аппарат кожи и дыхательных путей, обонятельные, зрительные и вкусовые рецепторы. Для лечения, медицинской реабилитации и профилактики обострений кожных болезней чаще рекомендуется пребывание в условиях морского климата, континентальных средне- или высокогорного и климата лесов [3,6,10].

Морской климат характеризуется сравнительно высоким атмосферным давлением, малыми колебаниями температуры, высокой и умеренной влажностью, ветрами, отсутствием пыли и микроорганизмов в воздухе, большой плотностью кислорода, большим количеством азота, повышенной аэроионизацией, содержанием в воздухе минеральных солей и их ионов. К приморским курортам относят: курорты Южного берега Крыма (Евпатория), курорты южной и северной части Черноморского побережья Кавказа, курорты Азовского и Средиземного моря [14]. Показаниями для лечения в морском климате являются хроническая крапивница, экзема, атопический дерматит, псориаз, красный плоский лишай, склеродермия, ихтиоз, алоpecia, дискератозы, витилиго, дисгидроз, простая форма врожденной пузырчатки, пруриго, кожный зуд [10].

Высоко- и среднегорный климат отличается чистым, разреженным, ионизированным воздухом с небольшой влажностью, малой облачностью, с высокой плотностью длинно- и средневолнового УФ-излучения, низким атмосферным давлением и парциальным давлением кислорода (естественная гипоксия), сравнительно низкой температурой воздуха. К высоко- и среднегорным курортам относятся Абастумани, Бакурианская группа курортов, Джермук, Яремча,

Дилижан, Северный Кавказ, Альпы. Эффективна реабилитация в горном климате при хронической крапивнице, хронической экземе, атопическом дерматите, псориазе, хронических воспалительных заболеваниях кожи [10,14,16].

Для климата лесов характерен прохладный сухой климат с невысокой температурой и относительной «влажностью». В весенне-летний период повышенный фитогенез обуславливает высокое содержание в воздухе летучих ароматических веществ, которые обладают седативным и бактерицидным действием (аэрофитотерапия). Лесной климат благоприятно воздействует на течение хронической экземы, атопического дерматита, псориаза, красного плоского лишая, нейродерматозов [10–12].

Аэротерапия — основной, чрезвычайно ценный и наиболее часто используемый метод климатолечения. Продолжительность пребывания на воздухе может ограничиваться дневным временем или быть круглосуточной в течение нескольких недель. В основе лечебного эффекта воздушных ванн (воздействие окружающей воздушной среды на обнаженную поверхность тела) лежит увеличение насыщения крови кислородом и улучшение окислительных процессов за счет увеличения функциональных возможностей, дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Систематическое применение воздушных ванн улучшает трофику кожи, ее кровообращение, функцию потовых и сальных желез, состояние нервной системы, нормализует обмен веществ, кроветворение, повышает сопротивляемость организма. Показания: пиодермии, хроническая экзема, псориаз, атопический дерматит, пруриго, туберкулез кожи, ихтиоз, красный плоский лишай, крапивница и др. [10,12,16].

Талассотерапия — лечебное применение морской воды (купание). В широком понимании подразумевает использование всех природных факторов при пребывании на морском побережье. Купания стимулируют кожный кровоток, активируют обмен веществ, нормализуют функцию центральной и вегетативной нервной системы. Талассотерапия наиболее широко используется при псориазе, хронической экземе, атопическом дерматите, мастоцитозе, склеродермии, ихтиозе, кератодермиях, болезни Девержи, болезни Дарье, красном плоском лишае [10,18].

Гелиотерапия — воздействие солнечными лучами на организм человека в лечебных и профилактических целях, особенно показана при некоторых дерматологических заболеваниях с сезонным течением. Действующим фактором гелиотерапии служит энергия электромагнитного излучения Солнца; спектр белого излучения делят на ультрафиолетовую (УФ), видимую и инфракрасную части [1].

ИК-лучи обладают способностью к проникновению на глубину до 50–60 мм. Под влиянием ИК-лучей образующееся тепло усиливает тканевый обмен, повышает фагоцитарную активность лейкоцитов, ускоряет тканевую регенерацию, оказывает противозудное

действие, что вместе с усилением кровотока способствует обратному развитию воспалительных процессов [13,19].

Инфракрасные лучи обладают свойством изменять интенсивность действия УФ-лучей. Так, облучение участка кожи ИК-лучами до облучения УФ-лучами — усиливают действие последних, а при воздействии после УФ-облучения — ослабляет их действие: инфракрасные лучи в значительной степени нейтрализуют действие рентгеновских лучей [1,10]. Инфракрасная терапия используется при хронических воспалительных процессах на коже, аллергодерматозах, вульгарных угрях, себорейном дерматите, эрозивно-язвенных поражениях кожи, псориазе, бляшечной склеродермии [20].

УФ-лучи проникают на глубину 0,5–0,6 мм: средневолновые лучи (УФ-Б) достигают шиповатого слоя эпидермиса, длинноволновые (УФ-А) — сосочкового и сетчатого слоев дермы [5,10]. При воздействии УФ-излучения появляется пигментация кожи, повышающая устойчивость кожи к повторным облучениям, происходит стимуляция образования витамина Д и продукции цитокинов, обладающих противовоспалительным и иммуносупрессивным действием, индукция апоптоза клеток, вовлеченных в патогенез заболевания [1,9].

Показаниями к применению в дерматологии видимого света являются аллергодерматозы, себорейный дерматит, вульгарные угри, дерматозы, сопровождающиеся нарушениями неврогенного характера, профилактика и медицинская реабилитация больных с хроническими дерматозами [3,6,10,15].

Бальнеолечение — наружное и внутреннее применение минеральных вод. Лечебными минеральными водами считаются природные воды, в которых содержится не менее 2 г/л минеральных или органических компонентов, микрофлора и газы [4]. Основные критерии оценки минеральной воды: общая минерализация, газовый и ионный состав, содержание биологически активных микроэлементов и органических веществ, радиоактивность, температура, рН [8,15]. В зависимости от состава и лечебного значения различают 8 основных бальнеотерапевтических групп минеральных вод: воды без «специфических» компонентов; углекислые воды; воды сульфидные (сероводородные); воды железистые, мышьяковые с высоким содержанием марганца, меди, алюминия, цинка, свинца; воды бромные, йодные, йодобромные; воды кремнистые термальные (термы); воды мышьякосодежащие; радоновые воды (радиоактивные).

В дерматологии с лечебной целью наиболее часто применяют следующие минеральные ванны: сульфидные, хлоридные натриевые, йодобромные и шлаковые ванны [2,10].

Сульфидные ванны обладают выраженным химическим действием. Под влиянием сульфидных ванн улучшается обмен веществ в коже, ее трофика, ускоряется рост волос, усиливается секреция сальных и

потовых желез, стимулируются окислительно-восстановительные процессы, что является патогенетическим методом лечения многих кожных заболеваний с нарушениями процессов ороговения (псориаз, ихтиоз, фолликулярный дискератоз, ладонно-подошвенная кератодермия), а также функции сальных желез (угревая сыпь, себорейный дерматит, экзема) [7,10,11].

Хлоридно-натриевые воды — это воды морей, морских лиманов и заливов, материковых соленых озер, а также природных подземных источников, истекающих на поверхность земли. Число курортов с хлоридно-натриевыми водами составляет 14% всех курортов [14]. Главная составная часть этих вод — хлористый натрий, но они содержат хлор в соединении с кальцием, магнием, калием, литием, алюминием. В дерматологии хлоридно-натриевые и морские ванны применяются при псориазе, кератодермиях, дискератозах, атопическом дерматите, хронической экземе, склеродермии, хронических воспалительных заболеваниях кожи, красном плоском лишае [13,17].

Близким по механизму действия являются рапные ванны и лиманные купания. Рапа — высококонцентрированная минеральная вода озер и лиманов, содержащая минеральные элементы в виде солей и ионов, а также гуминовые кислоты, витамины, гормоны, биогенные стимуляторы, аминокислоты, жирные кислоты, полисахариды. Рапа Мертвого моря содержит 22 химических элемента, отличается по составу других соленых озер, прежде всего, высокой минерализацией (до 340 г/л) и высоким содержанием брома и занимает одно из первых мест в курортном лечении болезней кожи [21–23].

Йодобромные ванны оказывают седативное, обезболивающее, противозудное и фотозащитное действие, способствуют нормализации функции эндокринных желез и улучшают капиллярное кровообращение. Показания для применения йодобромных ванн в дерматологии: нейродерматозы, псориаз, хроническая экзема, трофические язвы [2,10,19].

Основными компонентами шлаковых вод являются тиосульфаты и ионы кальция. В действии шлаковых вод на кожу основная роль принадлежит гидросульфидным ионам. Показания для применения в дерматологии: хроническая экзема, псориаз, зуд кожи, крапивница.

Из газовых ванн наиболее показаны в дерматологии: углекислые, азотные, кислородные и жемчужные. Оседающие на коже пузырьки газа, улетающая, раздражают механорецепторы, производя своеобразный тактильный массаж. В силу различной теплоемкости воды и газа создается своеобразный «температурный» массаж [2].

Углекислые ванны оказывают выраженное действие на гемодинамику, усиливает систолу, замедляют сердечный ритм, усиливая приток венозной крови к сердцу, нормализуют кровяное давление, увеличивают скорость кровотока. Углекислые и азотные ванны используются при островоспалительных кожных процессах таких как экзема и атопический дерматит [3,10,19,20].

Жемчужные ванны готовят путем пропускания воздуха через мелкие отверстия, через которые он выходит в ванну в виде множества пузырьков «жемчужин» под давлением 50–150 кПа [2]. По седативному действию на организм жемчужные ванны напоминают кислородные. Жемчужные ванны используют при заболеваниях кожи, сочетающихся с функциональными нарушениями нервной системы (все формы неврастения, истерия, астеническое состояние), атопический дерматит, псориаз, кожный зуд, ограниченный нейродермит [2,10].

Лечение радоновыми минеральными ваннами проводят на курортах с радиоактивными источниками. Основным действующим веществом является радон — инертный радиоактивный газ, образующийся при распаде радия с α -излучением и γ -излучением. Основное действие оказывает α -излучение, поэтому этот вид терапии иногда называют альфа-терапией. В зависимости от радиоактивности воды различают: слаборадоновые — от 0,185 до 1,48 кБк/л, средне-радоновые — от 1,48 до 7,4 кБк/л и высокоррадоновые — выше 7,4 кБк/л [14]. В течение процедуры через кожу проникает 0,15–0,27% радона, что обуславливает высокую концентрацию продуктов ионизации в тканях [16]. После процедуры на коже образуется радиоактивный «налет», который оказывает действие еще в течение трех часов. Радоновые ванны нормализуют повышенную функцию щитовидной железы, стимулируют функцию коры надпочечников и нормализуют функцию яичников. Под воздействием ванн проявляется противовоспалительное и кератопластическое действие, нормализуются обменные нарушения в коже. Радоновые ванны в дерматологии назначают при фолликулярном дискератозе Дарье, болезни Девержи, псориазе, склеродермии, хронической экземе, атопическом дерматите, ограниченном нейродермите, пруриго [10,11].

Пелоидотерапия, или грязелечение — лечебное применение органоминеральных коллоидальных образований, содержащих биологически активные вещества и микроорганизмы. По происхождению лечебных грязей и наибольшему их применению в настоящее время различают три типа: 1) иловые — черные сульфидные грязи и сапропелевые; 2) торфяные грязи; 3) псевдовулканические грязи (сопочные, гидротермальные, грязи горячих источников) [2,10].

Иловые сульфидные грязи образуются на дне соленых водоемов в анаэробных условиях. Их образование тесно связано с деятельностью микроорганизмов.

Сапропелевые органические грязи образуются на дне пресных водоемов при разложении растений и животных организмов. Сапропели обладают большой теплоудерживающей способностью и высокой влагоемкостью (80–95%), но низкой минерализацией около 0,1% массы [2,13].

Торфяные грязи содержат значительное количество органических веществ, образующихся при разложении растений в условиях недостатка кислорода и избыточ-

ной влаги. Для лечения применяются торфы пресных вод с влажностью 60–65%.

Псевдовулканические грязи образуются в зонах активной вулканической деятельности. Являются глинистыми образованиями с достаточно высоким содержанием микроэлементов и ионов.

В основе механизма действия грязелечебных процедур лежит термическое, химическое, механическое и, в меньшей степени, радиоактивное и электрическое воздействие [10,11]. Основной действующий фактор — термический. Грязи обладают высокой теплоемкостью и теплопроводностью, сравнительно низкой теплоудерживающей способностью. Это определяет высокую терапевтическую ценность лечебных грязей. При воздействии на хронический воспалительный очаг грязевые процедуры вызывают обезболивающее, противовоспалительное, рассасывающее действие. Грязевые аппликации повышают бактерицидную активность кожи и действуют бактериостатически. Лечебные грязи оказывают вяжущее, дубильное и бактериостатическое действие на кожу, что объясняется «реакцией» гуминовых кислот с белками кожных покровов [10,19].

Показания к грязелечению в дерматологии: псориаз, ограниченный нейродермит, кожный зуд, ихтиоз, кератодермии, хроническая экзема, склеродермия, ожоги, отморожения, трофические язвы, алопеция, рубцы, ограниченные формы атопического дерматита [6].

Необходимо помнить, что несмотря на то, что методы санаторно-курортного лечения широко используются для лечения и реабилитации больных хроническими кожными заболеваниями, есть дерматозы, при которых данные методы противопоказаны — это инфекционные заболевания кожи (в том числе грибковые), чесотка и другие паразитарные заболевания, ретикулезы, красная волчанка и фотодерматозы.

Выводы. 1. Санаторно-курортное лечение позволяет не только добиться стойкой ремиссии хронических кожных заболеваний, но и восстанавливает утраченный энергетический потенциал кожных больных. 2. Данный вид терапии улучшает психо-эмоциональное состояние пациентов, значительно повышая их качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES стр. 21–22)

1. Акимов В.Г. Биологические эффекты ультрафиолетового облучения кожи. // Вест. дерматол. и венерол. — 2008. — №3. — С. 81–85.
2. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. — М., 1998; СПб: ВМедА, 1998. — 256 с.
3. Довжанский С.И., Оржешковский В.В. Физиотерапия кожных заболеваний. — Изд-во Сарат. Ун-та, 1986. — 200 с.
4. Дубенский В.В., Редько Р.В. Физиотерапия в дерматовенерологии: исторические аспекты и перспектива // Рос. журнал кожных и венерических болезней. — 2002. — № 5. — С. 33–38.
5. Жукова О.В., Круглова Л.С. Современные комбинированные фармако-физиотерапевтические методы терапии больных псориазом // Акт. вопросы дерматовенерологии и дерматоонкологии. — 2014. — С. 21–22.

6. Илларионов В.Е. Основы физиотерапии: Уч. пособ. — М.: МИМСР, 2003. — С. 59–64.

7. Корчажкина Н.Б., Ляшенко А.Ю., Эктова Т.В., Саламова И.В. Восстановительное лечение очаговой алопеции. // Дерматология. Прилож. к журналу Consili.

8. Круглова Л.С. К вопросу о лечении тяжелых, торпидных форм атопического дерматита у взрослых // Акт. вопр. восстановит. мед. — 2006. — №2. — С. 30–32.

9. Круглова Л.С., Понич Е.С. Дифференцированное применение фототерапии при псориазе // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2015. — №6. — С. 41–47.

10. Круглова Л.С., Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Турбовская С.Н. «Физиотерапия в дерматологии». — М.: «Геотар-Медиа», 2016. — С. 304

11. Марзеева Г.И., Кирсанова М.М. Заболевание кожи. Справ. по физиотерапии. — М.: Медицина, 1992. — С. 434–445.

12. Милевский А.И. Физиотерапия заболеваний кожи. — Киев: Здоровье, 1987. — 71 с.

13. Пономаренко Г.Н. Основы доказательной физиотерапии. — СПб.: ВМедА, 2003. — 224 с.

14. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. — СПб., 2002. — 493с.

15. Пономаренко Г.Н. Сто лучших курортов мира. — СПб: Балтика, 2006. — 320 с.

16. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии СПб.: ИИЦ Балтика, 2005. — 400 с.

17. Потекаев Н.Н., Круглова Л.С. Результаты и перспективы применения методов физиотерапии в дерматологии / М-алы Московского Форума «Здоровье столицы». — М., 2012. — С. 98–99.

18. Разумов А.Н., Хан М.А., Кривцова М.А. и др. Физиотерапия в педиатрии. — М., 2003. — 131с.

19. Сосин И.Н., Буявух А.Г. Физиотерапия кожных и венерических болезней. — Симферополь, 2001. — 333с.

20. Ясногородский В.Г. «Справочник по физиотерапии». — М.: Медицина, 1992. — 511с.

REFERENCES

1. Akimov V.G. Biologic effects of ultraviolet irradiation of skin // Vest. dermatol. i venerol. — 2008. — 3. — P. 81–85 (in Russian).

2. Bogolyubov V.M., Ponomarenko G.N. General physical therapy. — St-Petersburg, VmedA, 1998. — 256 p. (in Russian).

3. Dovzhanskiy S.I., Orzheshkovskiy V.V. Physical therapy of skin diseases. — Izd-vo Sarat. Un-ta, 1986. — 200 p. (in Russian).

4. Dubenskiy V.V., Red'ko R.V. Physical therapy in dermatovenerology: historical aspects and prospects // Ros. zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. — 2002. — 5. — P. 33–38 (in Russian).

5. Zhukova O.V., Kruglova L.S. Contemporary combined pharmacologic and physical methods in treatment of psoriasis patients // Aktual'nye voprosy dermatovenerologii i dermatoonkologii. — 2014. — P. 21–22 p (in Russian).

6. Illarionov V.E. Basics of physical therapy. Textbook. — Moscow: MIMSR, 2003. — P. 59–64 (in Russian).

7. Korchazhkina N.B., Lyashenko A.Yu., Ektova T.V., Salamova I.V. Recovery treatment of alopecia areata // Dermatologiya.

Appendix for Consilium Medicum J. — 2012. — 2. — P. 20–21 (in Russian).

8. Kruglova L.S. On treatment of severe torpid forms of atopic dermatitis in adults // Aktual'nye voprosy vosstanovitel'noy meditsiny. — 2006. — 2. — P. 30–32 (in Russian).

9. Kruglova L.S., Ponich E.S. Differentiated use of phototherapy in psoriasis // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. — 2015. — 6. — P. 41–47 (in Russian).

10. Kruglova L.S., Kotenko K.V., Korchazhkina N.B., Turbovskaya S.N. Physical therapy in dermatology. — Moscow: «Geotar-Media», 2016. — 304 p. (in Russian). — Moscow: Meditsina, 1992. — P. 434–445 (in Russian).

11. Milyavskiy A.I. Physical therapy of skin diseases. — Kiev: Zdorov'e, 1987. — 71 p. (in Russian).

12. Ponomarenko G.N. Basis of evidence-based physical therapy. — St-Petersburg: VmedA, 2003. — 224 p. (in Russian).

13. Ponomarenko G.N. Physical methods of treatment: Manual. — St-Petersburg, 2002. — 493 p. (in Russian).

14. Ponomarenko G.N. One hundred of best world resorts. — St-Petersburg: Baltika, 2006. — 320 p. (in Russian).

15. Ponomarenko G.N., Vorobyev M.G. Manual on physical therapy. — St-Petersburg: IITs Baltika, 2005. — 400 p. (in Russian).

16. Potekaev N.N., Kruglova L.S. Results and prospects of physical therapy in dermatology / Materials of Moscow Forum «Health of Capital». — Moscow, 2012. — P. 98–99 (in Russian).

17. Razumov A.N., Khan M.A., Krivtsova M.A., et al. Physical therapy in pediatrics. — Moscow, 2003. — 131 p. (in Russian).

18. Sosin I.N., Buyavuh A.G. Physical therapy of skin and venereal diseases. — Simferopol', 2001. — 333 p. (in Russian).

19. Yasnogorodskiy V.G. Manual in physical therapy. — Moscow: Meditsina, 1992. — 511 p. (in Russian).

20. AbeIs D. et al. Remission of psoriasis at the Dead sea. // J. Amer. Acad. Dermatol. — 2000. — Vol. 43. — № 2, 1. — P. 325–326.

21. AbeIs D., Even-Paz Z, Efron D. Bioclimatology at the Dead sea in Israel. // Klin Dermatol. — 1996. — Vol. 14. — p. 653–8.

22. Costantino M., Lampa E. psoriasis and mud bath therapy: clinical-experimental study // Clin Ter. — 2005. — 156 (4) . — P. 145–9.

Поступила 19.09.2016

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Корчажкина Наталья Борисовна (Korchazhkina N.B.), зам. нач. Главного медицинского УД Президента РФ, зав. каф. мед. реабилитации, спорт. мед., лечеб. физ-ры, курортологии и физиотерапии с курсами акушерства и гинекологии, офтальмологии, педиатрии, сестринского дела, ФГБУ ДПО «ЦГМУ» УД Президента РФ, д-р мед. наук, проф. E-mail: kaffizio@gmail.com.

Круглова Лариса Сергеевна (Kruglova L.S.), проф. каф. мед. реабилитации, спорт. мед., лечеб. физ-ры, курортологии и физиотерапии с курсами акушерства и гинекологии, офтальмологии, педиатрии, сестринского дела, ФГБУ ДПО «ЦГМУ» УД Президента РФ, д-р мед. наук. E-mail: kruglovals@mail.ru.

Турбовская Светлана Николаевна (Turbovskaia S.N.),
врач дерматовенеролог, ЗАО Европейский медицинский
центр, канд. мед. наук. E-mail: derm@ya.ru.

Елфимов Михаил Алексеевич (Elfimov M.A.),
проф. каф. восстановит. мед., лечеб. физ-ры, курортологии
и физиотерапии, ФГБ ДПО «ЦГМУ» УД Президента РФ,
д-р мед. наук. E-mail: kaffizio@gmail.com.

УДК: 616-009.11-031.4

А.В. Червинская¹, К.В. Котенко²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРАВЛЯЕМОЙ ГАЛОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1 А, Москва, Россия, 121359

² Главное медицинское управление УД Президента РФ, ул. Б. Черкасский переулок, д. 11, Москва, Россия, 109012

Целью исследования явилось изучение особенностей и эффективности применения метода управляемой галотерапии у больных профессиональной хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Обследовано 73 больных с профессиональной легкой и среднетяжелой стадией ХОБЛ в возрасте от 45 до 64 лет. Все больные были рандомизированы на две сопоставимые группы — основную и контрольную (37 и 36 человек соответственно). Основной группе больных наряду с общепринятой фармакотерапией проводили курсы управляемой галотерапии (10 процедур с определенной концентрацией сухого солевого аэрозоля хлорида натрия в соответствии с методическими рекомендациями).

На основании комплексной оценки клинико-функциональных и лабораторных методов была оценена эффективность управляемой галотерапии у больных профессиональной ХОБЛ. Получено значительное улучшение: при ХОБЛ легкой стадии — в 40% случаев, при ХОБЛ средней тяжести — в 30%, при общей эффективности у этих больных 90 и 85% соответственно. Анализ полученных результатов позволяет оценивать управляемую галотерапию как эффективный метод реабилитации и профилактики больных профессиональной ХОБЛ.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких, управляемая галотерапия, галокомплекс, сухой солевой аэрозоль хлорида натрия.

A.V. Chervinskaya¹, K.V. Kotenko². **Efficiency of controlled halotherapy in rehabilitation of patients with occupational lung diseases**

¹ Central state medical academy of department of presidential affairs of the Russian Federation, 19, build. 1, Marshala Timoshenko str., Moscow, Russia, 121359

² The main medical administration of the Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 11, B. Cherkassky pereulok str., Moscow, Russia, 109012

The study was aimed at features and efficiency of controlled halotherapy method in patients with occupational chronic obstructive lung disease (COLD).

Examination covered 73 patients with occupational mild and moderate stages of COLD, aged 45 to 64. All the patients were randomized to 2 comparable groups — main and reference (37 and 36 examinees respectively). The main group in addition to conventional medical therapy received courses of controlled halotherapy (10 procedures with certain concentration of sodium chloride dry aerosol in accordance to methodic recommendations).

Based on complex evaluation of clinical, functional and laboratory methods, the authors assessed efficiency of controlled halotherapy in patients with occupational COLD. Considerable improvement was seen: for mild COLD — in 40% of cases, for moderate COLD — in 30%, with general efficiency for these patients of 90 and 85% respectively. Analysis of the results obtained enables to evaluate controlled halotherapy as an effective method of rehabilitation and prevention in occupational COLD patients.

Key words: respiratory diseases, occupational chronic obstructive lung disease, controlled halotherapy, halocomplex, sodium chloride dry aerosol.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост распространенности болезней органов дыхания (БОД), среди которых большая роль отводится хрони-

ческой обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [3,8]. Современная концепция, объясняющая стремительный рост числа хронических легочных заболеваний, исходит