

КУРОРТНЫЕ ВЕДОМОСТИ

НАУЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ

С НОВЫМ ГОДОМ!
ВАШ САНАТОРИЙ
«КРАСИВО»



ТЕМА НОМЕРА: **НЕРВНАЯ СИСТЕМА. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Рыночная хозяйственная модель управления: состояние и перспективы 4

Курортная реабилитация онкологических больных 8

Головокружения: типы и методы лечения 26

Как улучшить качество питания в санатории 50

УЧРЕДИТЕЛИ:

Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук.
Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре, спорту и туризму.

ИЗДАТЕЛЬ:

Д.П. Демидов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А.Н. Разумов, председатель (Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы)
М.Н. Барыбкина (Всероссийский институт научной и технической информации РАН, Москва)
И.П. Бобровицкий (Международный университет восстановительной медицины, Москва)
В.П. Боряк (Санаторий «Родник», Пятигорск)
А.М. Ветитнев (Сочинский государственный университет)
Э.Г. Глубоковская (Госдума, Москва)
Л.Т. Гильмутдинова (Башкирский государственный медицинский университет, Уфа)
А.А. Зайцев (Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России)
Т.А. Ирисова (Российская международная академия туризма, Москва)
А.С. Кайсинова (Пятигорский НИИ курортологии ФМБА России)
Н.Н. Каладзе (Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь)
Э.З. Маев (Медицинский институт усовершенствования врачей ГОУ ВПО МГУПП, Москва)
Р.В. Петров (Президиум Российской академии наук, Москва)
Е.Л. Поважная (ЗАО «Группа компаний Медси», Москва)
Г.Н. Пономаренко (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)
М.А. Хан (Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы)



Журнал «Курортные ведомости» -
официальное издание Национальной курортной ассоциации

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

80300 – каталог «Роспечать»
42296 – каталог «Пресса России»

РЕДАКЦИЯ:

Научный редактор – М.Н. Барыбкина
Дизайн и верстка – Е.В. Апраксина
Корректура – С.А. Максимова

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ:

Тел./факс: (499) 155-43-04, (495) 961-42-41
E-mail: kved@list.ru
www.kved.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство по №77-3488, регистрационный номер 004734.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

121170, г. Москва,
Поклонная улица, д. 11, стр. 1, оф. 201.
Тел./факс: (499) 155-43-04, (495) 961-42-41
Отпечатано в типографии
«Красногорский полиграфический комбинат»

Ответственность за подбор и изложение фактов в подписанных статьях несут авторы, высказанные в статьях мнения могут не совпадать с точкой зрения редакции и редакционного совета и не налагают на них никаких обязательств. За содержание рекламной информации ответственность несет рекламодатель.

При перепечатке текстов, фотографий, результатов исследований, а также при цитировании ссылка на журнал обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ

■ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Рыночная хозрасчетная модель управления: собственники КУ, просыпайтесь наконец! (Анисимов Б.Н.).....	4-6
• Реабилитация онкологических больных в условиях курорта (Мустафин Ч.К.).....	8-11
Санатории «Красиво»: лечение заболеваний нервной системы и опорно-двигательного аппарата (Рыжков Е. В., Макиева К.С.)	12-14
Санаторий «Русь»: уютная здравница в центре Анапы.....	14-17

■ НЕРВНАЯ СИСТЕМА: ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

• Цереброваскулярные заболевания: технологии реабилитации и санаторно-курортного лечения (Горбунов Ф.Е.).....	16-18
Итоги и перспективы второго стационарного этапа реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения в клиническом курорте «Ангара»: (Князюк О.О., Абрамович С.Г.).....	20-22
Современные технологии в реабилитации пациентов с инсультом (Гильмутдинова Л.Т. и др.).....	24-26
Современные принципы лечения головокружений (Сичинава Н.В.)	26-28
✓ Санаторно-курортное лечение больных с различными формами функциональных нарушений (Ефименко Н.В. и др.).....	32-34
Современные физиотерапевтические технологии для психоэмоциональной и вегетативной реабилитации (Червинская А.В., Корчажжина Н.Б.)	35-37
✓ Радонотерапия в коррекции психоэмоциональных нарушений у больных наружным генитальным эндометриозом (Бестаева А.Э., Ахкубекова Н.К., Цаллагова Л.В.)	36-38
Талассотерапия в реабилитации хронических заболеваний (Остапишин В.Д.).....	38-40
✓ Валериановые ванны в лечении больных с неврозами и вегетативными расстройствами (Ефименко Н.В. и др.).....	40-42

■ МЕТОДЫ КУРОРТОЛОГИИ

Lympha-tron: профессиональный аппарат для прессотерапии	44
Безоперационное лечение позвоночника с помощью оборудования серии «Ормед» (Гиниятуллин Н.И., Гиниятуллин М.Н.)	46

■ ВОПРОСЫ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ В ЗДРАВНИЦАХ

Как улучшить качество питания без увеличения расходов на пищеблоке в санатории	50-52
--	-------

■ КОНФЕРЕНЦИИ, ВЫСТАВКИ: 7, 56, 3-4 СТРАНИЦЫ ОБЛОЖКИ

Итоги III международного конгресса «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация. Спортивная медицина»	54-56
---	-------



САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Среди многочисленных форм функциональных нарушений наиболее распространенным является синдром раздраженного кишечника (СРК), которым страдает 15-20% населения, главным образом – работоспособного возраста.

Ефименко Н.В., доктор мед. наук, профессор; **Кайсинова А.С.**, доктор мед. наук, профессор; **Просольченко А.В.**, канд. мед. наук; **Поволоцкая Н.П.**, канд. геогр. наук, Пятигорский государственный НИИ курортологии ФМБА России, г. Пятигорск; **Хапаева Ф.М.**, Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, г. Черкесск; **Слепых В.В.**, доктор биол. наук, Кисловодский научный сектор ФГБУ «Сочинский национальный парк» МПР РФ, г. Кисловодск

Современных позиций СРК является биопсихосоциальным функциональным кишечным расстройством. В патогенезе СРК лежат частые стресс-ситуации, нарушение копинга и связанные с ними сенсоромоторные дисфункции: развитие висцеральной гиперчувствительности, расстройства моторики, возникновение и персистенция умеренно выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника. Отрицательные эмоции, стрессовые ситуации отражаются на нейрогуморальной и вегетативной регуляции деятельности кишечника, стимулируют нарушение функции антиноцицептивных структур, усиление депрессий, которые часто сопровождаются снижением адаптационных возможностей организма, нарушениями терморегуляции, вегетативной и нейрогуморальной регуляции, повышением метеочувствительности, усилением психоэмоциональных и депрессивных проявлений.

Недостаточная эффективность применяемых медикаментозных методов лечения СРК требует разработки новых, патогенетически обоснованных методов лечения, которые бы воздействовали

одновременно на ведущие звенья патогенеза, повышали эффективность медикаментозной терапии, способствующей ограничению их применения. К таким физическим факторам относятся природные лечебные факторы (климатоландшафтные, грязевые, бальнеологические) и преформированные факторы низкогорных бальнеоклиматических курортов. Они оказались весьма эффективными при курортном лечении функциональных нарушений на низкогорных курортах.

Целью исследования явилась разработка инновационного метода курортной реабилитации больных на основе сочетанного применения природной аэроионофитотерапии (АИФТ) при проведении терренкура в парке и электросна, включаемых в базовый комплекс курортного лечения.

В работе использованы материалы исследования биоклиматических особенностей фитонцидной активности и эдасферы древесной растительности курортного парка низкогорного бальнеологического курорта Эссентуки (медицинские типы погоды, оцененные по динамике атмосферных показателей; режим ионизации воздуха; фактор мутности атмосферы; фитонцидность, компонентный состав

летучих метаболитов растений парка).

Проведены исследования эффективности курортной реабилитации у 80 больных СРК с преобладанием запоров в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст больных 39,7±4,4 лет), из них 61 женщина (76%) и 19 мужчин (24%), с длительностью заболевания от 2 до 10 лет в период восстановительного лечения в Эссентуковской клинике ФГБУ Пятигорского государственного НИИ курортологии ФМБА России.

Частота нейроциркуляторной астении составляла 40%. У большинства пациентов (54%) отмечались симптомы вегетативной дистонии: склонность к головокружениям, головная боль, гипергидроз, повышенная зябкость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, бессонница, плохая переносимость «духоты», транспортных переездов. Клиническая картина заболевания у пациентов характеризовалась наличием обстипационного синдрома у 100% (80) больных; абдоминального болевого синдрома – у 89% (71) больных (средняя интенсивность боли – 2,35±0,32 балла); диспепсического синдрома – у 58% (46) больных, психоэмоциональные нарушения – у 90% (72) больных СРК. Повышенная метеочувствительность выявлена у 100% (80) больных. Частота акта дефекации у 95% (76) больных составляла менее 3 раз в неделю. Более половины больных (55%) отмечали четкую связь между возникновением боли и психоэмоциональным напряжением или стрессовыми ситуациями. У 20% больных (18) боли возникали после еды.

В патогенезе СРК лежат частые стресс-ситуации, нарушение копинга и связанные с ними сенсоромоторные дисфункции: развитие висцеральной гиперчувствительности, расстройства моторики, возникновение и персистенция умеренно выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника. Отрицательные эмоции, стрессовые ситуации отражаются на нейрогуморальной и вегетативной регуляции деятельности кишечника.

Таблица 1. Динамика клинических синдромов у наблюдаемых больных с синдромом раздраженного кишечника

Клинические синдромы	Основная группа (n=40)		Группа сравнения (n=40)		P ₁₋₂
	абс (%)	% улучшения	абс (%)	% улучшения	
Болевой	$\frac{37(93)}{2(5)^*}$	94,6	$\frac{36(90)}{12(36)^{**}}$	66,6	< 0,025
Диспепсический	$\frac{38(95)}{3(8)^{**}}$	92,2	$\frac{37(93)^*}{11(28)^{**}}$	70,3	< 0,05
Астеноневротический	$\frac{36(90)}{4(5)^{**}}$	88,8	$\frac{36(90)^*}{13(33)^{**}}$	63,9	< 0,05

Примечание: в числителе показатели до лечения, в знаменателе – после лечения; *статистически достоверное различие по сравнению с состоянием до лечения * - p<0,05; ** - p<0,01; p1-2 – достоверность различия между показателями в группах.

Структурное психосоматическое обследование позволило диагностировать у 62 человек (77%) разнообразные нарушения, в том числе симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств» – у 10 (12%), низкая стрессоустойчивость – у 38 (47%), социальная неудовлетворенность – у 14 (18%). По тесту Бэка выявлена средняя степень выраженности депрессии (22,8±1,8 балла) у 40% (32) пациентов, легкая степень (15,4±0,8 балла) – у 50% (40), а у 10% (8) пациентов депрессия не наблюдалась. Тревожные расстройства (ощущения немотивированной угрозы, «внутреннего беспокойства», напряженного ожидания, внутренней дрожи) высокого уровня отмечались у 33 (41%) пациентов, среднего уровня – у 23 (29%), низкого уровня – у 17 (21%) и у 7 (9%) пациентов тревога не отмечалась.

Между длительностью заболевания, выраженностью депрессии, диссомнией зарегистрирована умеренная прямая зависимость (r=0,484, p=0,042; r=0,578, p=0,039). Установлена высокая корреляционная зависимость между интенсивностью абдоминальной боли и дистимией, а также уровнем тревоги (r=0,762, p=0,025; r=0,654, p=0,031).

Все больные методом случайной выборки были разделены на две группы. В основной группе (ОГ) пациенты получали природную аэронофитотерапию (АИФТ) на трех лечебных площадках курортного парка и процедуры электрона. В группе сравнения (ГС) лечебный комплекс включал санаторно-курортный режим, умеренный режим физической активности, диетотерапию (диета №5), ЛФК, курсовой прием питьевой минеральной воды (углекислая хлоридно-ги-

дрокарбонатная натриевая минеральная вода средней минерализации, 6-8 г/л, «Ессентуки №4» в количестве 3-3,5 мл/кг массы тела) за 30 минут до еды, 3 раза в день в теплом виде и углекислые минеральные ванны (8-10 процедур) по стандартной методике, микроклизмы из отвара лечебных трав №6; массаж шейно-воротниковой зоны (№6).

Природная АИФТ проводилась последовательно на трех лечебных площадках под пологом специально подобранной древесной растительности парка. Условия внешней среды на лечебных площадках характеризовались благоприятным микроклиматом, слабой природной гипоксией (6-8%); высокой природной ионизацией воздуха (ΣN(-)+N(+)) 1000-2400 ион/см³ с низким коэффициентом униполярности ионов (до 1,2); сверхмалым уровнем (ниже 1 мкг/м³) летучих фитоорганических веществ

Таблица 2. Динамика психоэмоциональных показателей у больных с синдромом раздраженного кишечника с запорами в зависимости от применяемого лечебного комплекса

Группа больных (n=40)	Показатель	Норма	До лечения	После лечения	p (до-после)
Основная группа	Самочувствие	5,25±0,21	3,11±0,13	5,19±0,15	<0,01
	Активность	5,45±0,12	3,45±0,11	5,39±0,14	<0,01
	Настроение	5,55±0,19	3,51±0,17	5,63±0,18	<0,01
Группа сравнения	Самочувствие	5,25±0,21	3,21±0,15	4,65±0,11*	<0,001
	Активность	5,45±0,12	3,40±0,16	4,80±0,14*	<0,001
	Настроение	5,55±0,19	3,46±0,15	4,98±0,17*	<0,01
Основная группа	Тревога/депрессия по шкале HADS	4,4±0,28	8,5±0,29	4,3±0,26	<0,01
Группа сравнения	Тревога/депрессия по шкале HADS	4,4±0,28	8,6±0,31	5,8±0,21*	<0,05
Основная группа	Депрессия по шкале Бека	10,4±0,47	19,7±0,49	10,9±0,61	<0,01
Группа сравнения	Депрессия по шкале Бека	10,4±0,47	18,4±0,58	14,9±0,71*	<0,05

Примечание: *достоверность различий (p<0,05) между показателями в группах.

Таблица 3. Динамика показателей регулирующих систем организма и уровня адаптации по данным кардиоритмограмм

Показатели	Основная группа (n=40)		Группа сравнения (n=40)		P ₁₋₂
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Вегетативная регуляция (метод вариационного анализа ритмов сердца)	24,1±2,2	57,3±3,9**	26,8±3,6	45,5±3,1*	<0,05
Нейрогуморальная регуляция (метод нейродинамического анализа)	31,2±2,8	49,5±2,5**	29,8±1,9	37,4±2,7	<0,01
Психоэмоциональное состояние (метод картирования биоритмов мозга)	31,0±2,1	49,1±2,9**	30,9±2,3	38,4±1,9*	<0,05
Уровень адаптации организма (метод фрактального анализа)	24,5±2,3	51,5±2,7**	22,9±2,4	34,1±2,1*	<0,01

Примечание – *статистически достоверная позитивная динамика показателя к концу лечения по сравнению с показателями до лечения * – p<0,05; ** – p<0,01%.

(ЛФОВ) растений (обладающих адаптогенным, успокаивающим, антиоксидантным, противовоспалительным, седативным, антисептическим и другими действиями); низким фактором мутности атмосферы (<2,7). Природная АИФТ сочеталась с тренировкой ходьбой по маршрутам терренкура. Маршруты прокладывались в парке с учетом рельефа местности, живописности окружающего пейзажа и приближенности к лечебным площадкам. Через 2-3 часа после климатоландшафтотерапии пациентам назначались процедуры электросна от аппарата «ЭС-10-5». Электросон проводился ежедневно, продолжительностью 20 минут, на курс 6-8 процедур по глазнично-сосцевидной методике с использованием прямоугольного импульсного тока частотой 10 Гц.

Статистическая обработка полученных данных была выполнена в программе Statsoft STATISTICA for Windows 6.0. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости p<0,05.

После проведенного курортного лечения у большинства пациентов наблюдалась положительная динамика основных клинических и параклинических показателей, характеризующих общее самочувствие, состояние психоэмоциональной сферы и моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (табл.1). Однако у пациентов основной группы в сравнении с группой сравнения более существенно снизились болевой (на 28%, p<0,025), диспепсический (на 21,9% p<0,005), астеноневротический (на 24,9%, p<0,05) син-

дромы. Нормализовалась (1 раз в сутки) частота акта дефекации.

Анализ динамики тестирования по шкалам САН, HADS, Бека (табл. 2) выявил более выраженные преимущества в коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов основной группы. Показатели качества жизни (самочувствие, активность и настроение), состояния тревоги (по госпитальной шкале HADS) и депрессии по шкале Бека к концу курса лечения улучшились практически у всех больных, но более существенными были позитивные сдвиги у больных основной группы.

Показатели кардиоритмограмм, оцененные с помощью диагностической программы «Лотос» («Динамика», СПб), также свидетельствовали о повышении адаптивных функций у больных с синдромом раздраженного кишечника под влиянием комплексного курортного лечения с включением АИФТ (табл. 3). У пациентов основной группы также более существенно повысилась активность вегетативной регуляции (с 24,1±2,2% до 57,3±3,9%, p<0,01), чем у пациентов группы сравнения (с 26,8±3,6% до 45,5±3,1%, p<0,05).

Таким образом, анализ полученных результатов клинического исследования больных с функциональными изменениями, в частности – синдромом раздраженного кишечника, показал, что лечебный комплекс, включавший процедуры природной аэроионофитотерапии на специальных природных лечебных площадках (под поло-

гом растительных ассоциаций курортного парка с благоприятными фиторесурсами, повышенной природной аэроионизацией, при отсутствии антропогенных аэрозольей в приземной атмосфере) в период проведения дозированной ходьбы с уточненной протяженностью маршрутов терренкура в парке и электросна по сравнению традиционным курортным лечением данного заболевания обладает более выраженным саногенетическим действием, направленным на увеличение устойчивости к воздействию факторов внешней среды, устранение вегетативного дисбаланса, уменьшение психоэмоционального напряжения, коррекцию показателей качества жизни и депрессивных нарушений, купирование клинических проявлений заболевания, нормализацию моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника. Указанная динамика клинико-функциональных показателей в совокупности обеспечивает получение более высокого терапевтического эффекта проводимых мероприятий у пациентов основной группы по сравнению с результатами лечения в группе сравнения. ■

Между длительностью заболевания, выраженностью депрессии, диссомнией зарегистрирована умеренная прямая зависимость. Установлена высокая корреляция между интенсивностью абдоминальной боли и дистимией, а также уровнем тревоги.