

Медицина реабілітація хронічних дерматозів у дітей та підлітків у санаторних умовах

Голяченко Г.Б.

Тернопільський обласний комунальний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Голяченко Г. Б.

Приведены данные об особенностях восстановительного лечения детей и подростков, болеющих хроническими дерматозами. Разработаны программы восстановительного лечения отдельно для атопического дерматита, псориаза и крапивницы в санаторных условиях. Программы включали ЛФК, электрофорез, УФО, диадинамотерапию, электросон, водолечение, ультразвуковое лечение, магнитотерапию, фитотерапию, рефлексотерапию, фармакотерапию, теплотечение, бальнеотерапию, лазеротерапию, диетотерапию, гомеопатию, психотерапию, дарсонвализацию, коротковолновую и микроволновую терапию. Для каждого дерматоза разрабатывались соответствующие комплексы. Восстановительное лечение показало высокую медицинскую эффективность.

MEDICAL REHABILITATION OF CHRONIC DERMATOSIS IN CHILDREN AND TEENAGERS IN SANATORIUM CONDITIONS Holiachenko H. B.

Data are presented on peculiarities of medical rehabilitation of children and teenagers with chronic dermatosis (CD). Programs of medical rehabilitation on a sanatorium basis specifically for atopic dermatitis, psoriasis and hives have been worked out. They included exercise therapy, electrophoresis, ultraviolet irradiation, diadynamic therapy, electrosleep, hydrotherapy, ultrasonic therapy, magnetotherapy, phytotherapy, reflexotherapy, pharmacotherapy, thermotherapy, balneotherapy, laser therapy, dietotherapy, homoeopathy, psychotherapy, d'arsonvalization, neodathermy, microwave therapy. For each type of dermatosis certain ranges of treatment procedures have been developed. Medical rehabilitation showed high medical efficiency.

За даними окремих дослідників, в Європі зна хронічні дерматози страждають від 3 до 15 % дитячого населення. В Україні в структурі захворюваності:

- а) дітей віком до 14 років:
 - 1 місце займають хвороби органів дихання (62,2 %);
 - 2 місце – інфекційні та паразитарні хвороби (5,9 %);
 - 3 місце – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,6 %);
- б) підлітків:
 - 1 місце займають хвороби дихання (46,2 %);
 - 2 місце – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,5 %);
 - 3 місце – травми та отруєння (6,4 %).

Як видно з вищенаведеного, причинна структура захворюваності у дітей та підлітків в основному співпадає [5, 7].

Псоріаз – одне з найбільш поширених хронічних мультифакторних захворювань шкі-

ри з домінуванням генетичної компоненти; його питома вага в загальній патології шкіри коливається, за даними різних авторів, від 0,6 до 8 %. Помітна тенденція до ускладненого перебігу з явищами дисемінації, еритродермії, артропатії, торпідності до терапії, частішого рецидивів.

Причини виникнення хронічних дерматозів та низької ефективності традиційного лікування в Україні, як і в світі, є:

- забруднення навколишнього середовища;
- алергізуюча дія деяких нових продуктів харчування;
- зменшення термінів грудного вигодовування;
- вакцинація;
- нерациональне використання ліків;
- інфекційні агенти;
- неадекватне організаційне та ресурсне забезпечення окремих ланок лікувального та реабілітаційного процесу тощо.

Мета дослідження – розробити програми відновлювального лікування дітей і підлітків,

хворих на хронічні дерматози, у санаторних умовах.

Матеріал і методи – оброблені дані відновлювального лікування дітей, хворих на atopічний дерматит, псоріаз і кропив'янку, в санаторії «Авангард».

Результати дослідження та їхнє обговорення. Відновлювальне лікування або медична реабілітація хворих дітей та підлітків з вищезгаданою патологією є наступним етапом після стаціонарного лікування. Логічним продовженням після санаторно-курортної реабілітації є диспансерний нагляд. Дотримання зазначеної послідовності лікувальних та реабілітаційних заходів є визначальним і потребує чіткої організації та взаємодії всіх складових.

Відновлювальне лікування або медична реабілітація проводилась таким чином. Застосовувалась медикаментозна та немедикаментозна терапія з метою ліквідації залишкових явищ, ускладнень патологічних процесів та відновлення функцій. Керуючі впливи на цьому етапі були нозологічно специфічні і залежали від результатів лікування на попередньому етапі.

Основні заходи відновлюваної терапії базувались на використанні природних та преформованих фізичних факторів:

- фізіотерапії;
- бальнеотерапії;
- кліматотерапії;
- механотерапії;
- грязелікування тощо.

Для здійснення цих заходів найкраще підходять умови санаторію.

Завданням медичної реабілітації дітей та підлітків, хворих на хронічні дерматози, була:

- мінімізація проявів хвороби;
- збільшення інтервалу між загостреннями;
- відновлення їх фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Організація відновлювального лікування дітей і підлітків пов'язувалась з вирішенням таких завдань:

- виявлення особливостей перебігу хронічних дерматозів залежно від форми та стадії патологічного процесу;
- виділення клінічних варіантів перебігу захворювань на підставі клініко-функціональних, інструментальних, лабораторних, рентгенологічних показників для обґрунтування патогенетичних підходів та оптимального вибору методів реабілітації;
- розробка індивідуальних програм відновлювального лікування;
- визначення ефективності розроблених реабілітаційних комплексів при застосуванні різнопланових керуючих впливів.

Вибір керуючих впливів ґрунтувався на та-

ких міркуваннях.

1. *Санаторний режим* був загальним. Комплекс клімато- та бальнеолікування призначався з урахуванням загального стану хворого, нозологічної форми та перебігу дерматозу, а також характеру супутніх захворювань.

2. *Дієтотерапія.* Більшість форм хронічних дерматозів пов'язано з патологією внутрішніх органів, особливо органів травлення та обміну речовин. Алергічна компонентна хронічних дерматозів часто підтримується алергенами, які містяться в продуктах харчування. При псоріазі обмежувались в раціоні дітей та підлітків жири тваринного походження та продукти, багаті на холестерин (яєчний жовток, ікра, какао, шоколад). При нейродерміті призначалась дієта з обмеженням вуглеводів та кухонної солі. Із раціону дітей вилучався яєчний білок, прянощі, приправи, консервовані та копчені продукти, цитрусові та соки з них. Індивідуальна чутливість до окремих харчових продуктів визначалась за допомогою алергічних проб.

Велике значення в лікувальному харчуванні хворих на хронічні дерматози має вміст в їжі вітамінів (аскорбінової кислоти, тіаміну, ретинолу, токоферолу).

3. *ЛФК* (ранкова гігієнічна гімнастика, дихальна гімнастика, теренкур, рухливі ігри) впливала на функціональний стан шкіри, емоційну сферу, покращення нервово-судинних реакцій, що сприяло зворотному розвитку запального процесу.

4. *Інтраназальний електрофорез* включав лікарські препарати (вітамін В, Димедрол, хлорид натрію, електрофорез за Щербаком натрію броміду, новокаїну, Димедролу тощо).

5. Застосовувався *діадинамофорез* препаратів, зазначених у п. 4.

6. *Кліматотерапія* в теплий сезон поєднувалась з бальнеолікуванням

7. *УФО* (загальне, сегментарне, локальне) застосовувалось в залежності від площі ураження; опромінення поєднувалось з фотосенсибілізуючими препаратами.

8. *Електросон* викликав седативний ефект, зменшував гостроту реакції на симптоматику хронічних дерматозів.

9. *Бальнеотерапія* включала такі засоби: сірководневі, радонові, хвойні, крохмальні, содові, шавлієві, комбіновані ванни, загальні або 4-камерні з метою зменшення свербіжу шкіри, розсмоктування інфільтратів, ділянок гіперкератозу тощо. Сульфідні ванни збуджували хеморецептори, які впливали на функцію ендокринних залоз і рівень метаболізму, стимулювали функцію кори надниркових залоз та неспецифічні фактори імунітету – фагоцитарну активність лейкоцитів тощо. Покращувався функціональ-

ний стан шкіри, змінювалась проникність її рогового шару, місцева терморегуляція.

10. *Лазерна терапія* включала опромінення поверхні шкіри скануючим променем, лазеропунктуру, ВЛОК. Діючи на живий організм, лазерне опромінення:

- мало біостимулюючий, судинорозширюючий, анальгезуючий, протизапальний, регенеративний ефекти;

- корегувало клітинний і гуморальний імунітети, підвищувало неспецифічну резистентність організму.

11. *Теплолікування* використовувалось у вигляді апікацій на ділянки шкіри. В механізмі дії озокериту основним є глибоке прогрівання тканин, що приводило до розширення судин, прискорення крово- та лімфообігу, обміну речовин, активізації фагоцитозу і регенерації ушкоджених тканин. Усе це сприяло прискоренню розсмоктування вогнищ запалення.

12. *Психотерапія* включала індивідуальні заняття, аутогенне тренування, естетотерапію (музикотерапія, арт-терапія тощо), нормалізувало емоційний стан хворих, покращувало настрій, виробляло позитивну установку на повне одужання.

13. *Нетрадиційні методи* (рефлексотерапія, гомеопатична терапія, фітотерапія та їх варіанти) викликали десенсибілізуючий, седативний та імуномодельюючий ефекти.

14. *Водолікування* мало важливе значення за наявності супутньої патології травного тракту, яка і визначала вибір виду мінеральної води.

15. *Фармакотерапія* в санаторії при хронічних дерматозах є додатковим методом лікування і використовувалась лише при тенденції до загострення чи прогресування процесу, вираженої чи затяжної бальнеореакції, загострення супутньої патології. В інших випадках приймання ліків проводилось лише для додаткової десенсибілізації дитячого організму.

При загостренні хронічних дерматозів призначалось загальне та місцеве лікування:

- загальне лікування проводилось за принципами гіпосенсибілізації та седативного впливу; при загостренні генералізованих форм хронічних дерматозів застосовувалась гормональна терапія, плазмоферез

- зовнішнє лікування, як правило, є симптоматичним; за відсутності тенденції до загострення в період клімато- та бальнеолікування, для зменшення сухості шкіри призначались індиферентні мазі та креми.

Базові програми реабілітації хронічних дерматозів ідентичні, але існують особливості їх використання в залежності від форми та перебігу захворювання.

Атопічний дерматит. Особливості дієти за-

значені вище; зазвичай застосовувалась дієта № 9. Призначались:

- седативні засоби (Тріоксазин, Седуксен, Мепробамат, броміди та ін.);

- гіпосенсибілізуючі препарати (Димедрол, Супрастин, Діазолін, Лоратидин, Піпільфен та ін.);

- вітаміни.

При стійких формах дифузного нейродерміту застосовувалась гормонотерапія. Зовнішні засоби включали мазі та пасти з АСД, Димедролом, ментолом, кортикостероїдами.

Широко використовувались можливості кліматотерапії. Сонячні ванни призначались в залежності від характеру дерматиту та стану хворої дитини. Застосовувалось на ділянки ураження паравертебральне УФО – до трьох біодоз. Для розсмоктування інфільтрації застосовувалось теплолікування (лікувальна грязь, озокерит, парафін, 39-42° С, 15-20 хв., через день, 10-12 процедур) та сегментальні апікації 39-41° С («комірець», паравертебральна ділянка, попереково-куприкова ділянка), 15-20 хв., 10-12 процедур.

Призначались:

- загальні сульфідні ванни, 60-100 мг/л, 37° С, через день, 10-15 хв., N 10-12, у комбінації із зрошенням ділянок, камерними ваннами;

- або хлоридно-натрієві ванни малої та середньої мінералізації, 36-37° С, 10-15 хв., N 10-12;

- або ропні ванни, 40 г/л, 36° С, 12-15 хв., N 10-12;

- або радонові ванни, 5-20 нКі/л, 36-37° С, 12-15 хв., N 10-12.

ЛФК включала ранкову гігієнічну гімнастику і теренкур.

Апаратна фізіотерапія:

- загальне УФО (з ½ біодози, збільшуючи експозицію через день на ½ біодози до трьох біодоз максимум), на курс 10-14 опромінювань;

- електрофорез за Щербаком:

- 1) 0,5-відсоткового розчину новокаїну;

- 2) 0,5-відсоткового розчину Димедролу;

- 3) 5-відсоткового розчину кальцію хлориду;

- інтраназальний електрофорез:

- 1) 5-відсоткового розчину тіаміну;

- 2) 10-відсоткового розчину кальцію хлориду;

- 3) 0,5-відсоткового розчину Димедролу.

Електросон призначався в залежності від функціонального стану нервової системи (при високій збудливості – частота струму 30-40 Гц, при переважанні гальмівних процесів – 40-120 Гц, 30-40 хв., N 10-12).

За важкого перебігу хвороби призначалась PUVA-терапія. В якості фотосенсибілізуючих засобів використовувався Псорален, Бероксан,

Пувален (за 2 год. до опромінення, дози 0,6-0,8 мг на 1 кг маси тіла), 3-4 процедури на тиждень; після зникнення висипань опромінення проводили двічі на тиждень протягом 3-4 тижнів, потім 1 раз на тиждень протягом місяця, в подальшому – 1 раз на 2 тижні.

Ультразвукова терапія проводилась безпосередньо на ділянку ураження, лабільно, 0,3-0,6 Вт/см, 10-12 хв., *N* 10-12; застосовувався фонофорез лікарських засобів (кортикостероїди, вітаміни, Димедрол, іхтіол та ін.).

Застосовувались також такі засоби:

- електрофорез Димедролу – інтраназально або за Вермелем, бром-кальцій-електрофорез;
 - мікрохвильова терапія – дистанційно, доза слаботеплова, 10-12 хв., *N* 10-15;
 - місцева дарсонвалізація або ультратон-терапія (тихий розряд);
 - індуктотермія на ділянку надниркових залоз, доза тепла, сила струму 200-250 мА, 15-20 хв., *N* 10-15;
 - діадинамотерапія на ділянку шийних симпатичних вузлів – до відчуття вібрації, 10 хв., *N* 6-10;
 - магнітотерапія змінним або постійним магнітним полем на зону ураження, *N* 10-20;
 - рефлексотерапія – у залежності від перебігу процесу та динаміки симптомів.
- Термін реабілітації – 24 дні.

Псоріаз. Лікування було складним та багатокомпонентним. Основою лікувального комплексу було кліматолікування. Дієтотерапія передбачала при всіх формах псоріазу дієту № 7, їжу, збагачену вітаміном А, з обмеженим вмістом тваринних жирів, вуглеводів та кухонної солі.

Бальнеолікування включало:

- хлоридно-натрієві ванни малої або середньої мінералізації, 36-38 °С, 15 хв.;
- сірководневі ванни, 80-120 мг/л, 36-37° С, 10-15 хв.;
- ропні ванни, 40-60 г/л, 36° С, 12-15 хв.;
- радонові ванни малої та середньої концентрації, 36° С, 10-15 хв.

Таблиця 1 - Ефективність медичної реабілітації (МР) хронічних дерматозів у дітей та підлітків порівняно з традиційним лікуванням (ТЛ), (%)

Ефективність	Атопічний дерматит		Псоріаз		Кропив'янка		Разом	
	ТЛ	МР	ТЛ	МР	ТЛ	МР	ТЛ	МР
Одужання	0±2,9	60,8±11,2	15,4±7,1	70,1±13,8	60,0±12,6	100,0±5,5	15,1±3,9	72,4±7,2
<i>t</i>	5,24		3,53		2,92		6,99	
<i>p</i>	< 0,001		< 0,01		< 0,01		< 0,001	
Покращення	97,8±2,2	39,2±11,2	80,8±7,7	29,9±13,8	40,0±12,6	0±5,5	82,6±4,1	27,6±7,2
<i>t</i>	5,14		3,22		2,92		6,62	
<i>p</i>	< 0,001		< 0,01		< 0,01		< 0,001	
Без змін	2,2±2,2	0±4,2	3,8±3,7	0±5,2	0±4,6	0±5,5	2,3±1,6	0±3,0
<i>t</i>	0,46		0,59		–		0,68	
<i>p</i>	> 0,05		> 0,05		–		> 0,05	

Теплолікування: лікувальна грязь, парафін, озокерит на «комірцеву» ділянку, паравертебрально, на попереково-куприкову ділянку, 39-41° С, 15-20 хв., *N* 12-14.

Фармакотерапія проводилась згідно пока-зань.

Апаратна фізіотерапія: взимку – загальне УФО, починаючи з ½ біодози з наступним збільшенням експозиції на ½ біодози до трьох біодоз максимум, через день, *N* 12-15.

ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, теренкур.

Рефлексотерапія застосовувалась залежно від перебігу процесу та динаміки симптомів.

Термін реабілітації – 24 дні.

Кропив'янка. Дієтотерапія передбачала індивідуальну протиалергічну дієту з обмеженням гострих приправ, яєчного білка, копчених продуктів, консервації, цитрусових, шоколаду. Перед початком лікування проводилось алергологічне обстеження.

Кліматолікування проводилось з великою обережністю.

Бальнеолікування проводилось за методиками, описаними для лікування псоріазу.

Фармакотерапія ґрунтувалась на седативній та гіпосенсибілізуючій терапії.

Апаратна фізіотерапія: електрофорез на «комірцеву» зону або на попереково-куприкову ділянку:

- 5-відсоткового розчину кальцію хлориду;
- 0,5-відсоткового розчину новокаїну;
- 2-відсоткового розчину натрію броміду.

Застосовувався також інтраназальний електрофорез вищеназваних препаратів.

Електросон здійснювався згідно показань та методикою, описаними для лікування атопічного дерматиту.

Термін реабілітації – 24 дні.

Ефективність медичної реабілітації хронічних дерматозів у дітей та підлітків порівняно з традиційним лікуванням ілюструється даними табл. 1.

Як видно з таблиці, частка тих, що одужали, в цілому зросла в 4,8 разу ($t = 6,99, p < 0,001$), у тому числі:

- при atopічному дерматиті частка тих, що одужали, склала $60,8 \pm 11,2 \%$, а при традиційному лікуванні – $0 \pm 2,9 \%$ ($t = 5,24, p < 0,001$);

- при псоріазі частка тих, що одужали, зросла в 4,5 разу ($t = 3,53, p < 0,01$);

- при кропив'янці частка тих, що одужали, зросла на $66,7 \%$ ($t = 2,92, p < 0,01$).

Висновки

1. Розроблені програми реабілітації для хворих на хронічні дерматози. Базові програми були ідентичними для усіх хвороб і включали дієту, теплолікування, ЛФК, кліматотерапію, бальнеотерапію, апаратну фізіотерапію, нетрадиційні методи та фармакотерапію. Ці базові програми були індивідуалізовані для кожного з

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ищейкин К.С.* Индивидуализация лечения детей, больных на atopичный дерматит, у зависимости від клініко-патогенетичних варіантів його перебігу / К. С. Ищейкин. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Харків, 2003. - 20 с.
2. *Комар В.С.* Захворювання шкіри / В.С. Комар // Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ «Укрпрофоздоровниця». / За ред. Е. О. Колесник. - К.: «Купріянова», 2005. - С. 196 – 201.
3. *Лемко І.С., Вагерич К.І., Гайсак М.О.* Обґрунтування бальнеологічного лікування при псоріазі / І.С. Лемко, К.І. Вагерич, М.О. Гайсак. / Мат. III з'їзду фізіотерапевтів, курортологів та медичних реабілітологів. АР Крим, м. Ялта, 30 вересня – 3 жовтня 2008 р. - К.: «Купріянова», 2008. - С. 184-185.
4. *Основи курортології* / За ред. М.В. Лободи, Е.О. Колесника. - К.: «Купріянова», 2003. - 512 с.
5. *Поберская В.А.* Современные подходы к санаторно-курортному лечению детей в соответствии с государственной программой «Здоровье нации» / В.А. Поберская / Мат. II з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортологів; науково-практичної конференції із міжнародною участю «Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини», Одеса, 28 – 29 травня 2003 р. - К.: «Купріянова», 2003.- С. 385 – 386.
6. *Торопова Н. П., Синявская О. А., Градина А. М.* Тяжелые (инвалидизирующие) формы atopического дерматита у детей. Методы

конкретних хронічних дерматозів.

2. Результати медичної реабілітації виявились суттєво ліпшими порівняно з традиційним лікуванням. Частка тих, що одужали, в цілому зросла в 4,8 разу ($t = 6,99, p < 0,001$), у тому числі при atopічному дерматиті вона склала $60,8 \pm 11,2 \%$, а при традиційному лікуванні складала $0 \pm 2,9 \%$ ($t = 5,24, p < 0,001$); при псоріазі частка тих, що одужали, зросла в 4,5 разу ($t = 3,53, p < 0,01$), а при кропив'янці – зросла на $66,7 \%$ ($t = 2,92, p < 0,01$).

Перспективи подальших досліджень стосуються медичної, психофізіологічної та психогігієнічної реабілітації, корекції функціонального стану і професійної дієздатності дітей та підлітків з хронічними дерматозами, що відкриває нові перспективи в лікуванні цієї патології.

- медико-социальной реабилитации // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1997. – № 5. – С. 53–56.
7. *Діагностика та терапія atopічного дерматиту.* Стандарти діагностики та терапії. – К., 2002.
 8. *Використання кліматичних факторів в комплексі санаторно-курортного лікування* / За ред. Л. І. Фісенко. - К.: «Купріянова», 2005. - С. 180-201.
 9. *Балаболкин И.И.* Наружная терапия atopического дерматита у детей (Гидратация, увлажняющие препараты) // Педиатрия. – 2005. - № 3.- С. 78-84.
 10. *Белаш Н.Г.* Стратегии повышения эффективности и безопасности наружной терапии детских аллергодерматозов //Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. - 2005. – № 1. - С. 57-58.
 11. *Калюжная Л.Д.* Актуальные проблемы дерматовенерологии – atopический дерматит // Укр. мед. часопис. – 2003. - № 2 – С. 87-91.
 12. *Кутасевич Я.Ф.* Новые возможности лечения аллергодерматозов // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. - 2006. - № 3. - С. 58-62.
 13. *Современный взгляд на патогенетическую терапию atopического дерматита* / Ю.К. Скрипкин, А.С. Дворников, Л.С. Круглова и др. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2006. - № 4. - С. 36-39.