

УДК 616.5-002-053,2

П. В. ЦВЕНЬ, Г. Б. ГОЛЯЧЕНКО, В. С. КИЛІВНИК (Тернопіль)

## ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

ДП "Клінічний санаторій "Авангард" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"  
Тернопільський комунальний шкірно-венерологічний диспансер

Наведені дані про особливості проведення відновлювального лікування дітей і підлітків, що страждають на хронічний дерматоз (ХД). Визначені особливості застосування реабілітаційних заходів в санаторних умовах залежно від форми ХД.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** відновлювальне лікування, хронічні дерматози, діти та підлітки.

За даними окремих дослідників, в Європі на хронічні дерматози ХД страждають від 3 % до 15 % дитячого населення.

В Україні в структурі захворюваності дітей віком від 0 до 14 років перше місце займають хвороби органів дихання (62,2 %), на другому місці – інфекційні та паразитарні хвороби (5,9 %) і на третьому – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,6 %). У структурі захворюваності підлітків перше місце належить хворобам дихання (46,2 %), на другому місці – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,5 %), на третьому – травми та отруєння (6,4 %). Таким чином, причинна структура захворюваності у дітей та підлітків переважно співпадає [5,7].

Псоріаз – одне з найбільш поширених хронічних мультифакторних захворювань шкіри з домінуванням генетичної компоненти, 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, частішання рецидивів.

Причинами виникнення ХД 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, в санаторних умовах.

**Матеріали і методи:** оброблені дані відновлювального лікування дітей, хворих на atopіч-

ний дерматит, псоріаз і кропив'янку, в санаторії "Авангард".

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відновлювальне лікування, або медична реабілітація, хворих дітей та підлітків з вищезазначеною патологією є наступним етапом після стаціонарного лікування. Логічним продовженням 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, проводилось наступним 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 відновлювальної терапії базувались на використанні природних та преформованих фізичних факторів: фізіо-, бальнео-, клімато-, механотерапії, грязелікування тощо. Для здійснення цих заходів найкраще підходять умови санаторію.

Завданням медичної реабілітації дітей та підлітків з ХД 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 наступних завдань:

- виявлення особливостей перебігу ХД залежно від форми та стадії патологічного процесу;
- виділення клінічних варіантів перебігу захворювань на підставі клініко-функціональних, інструментальних, лабораторних, рентгенологіч-

них показників для обґрунтування патогенетичних підходів та оптимального вибору методів реабілітації;

в) розробка індивідуальних програм ВЛ;

г) визначення ефективності розроблених реабілітаційних комплексів при застосуванні різнопланових керуючих впливів.

Приоритети керуючих впливів в залежності від форми ХД наведені в табл.1

Вибір вищенаведених керуючих впливів ґрунтувався на наступних міркуваннях.

1. *Санаторний режим* був загальним. Комплекс клімато– та бальнеолікування призначався з урахуванням загального стану хворого, нозоло-

Таблиця 1. Схема пріоритетів керуючих впливів при ХД

Керуючі впливи	Псоріаз	Атопічний дерматит	Кропив'янка
ЛФК	+++	++	++
Електрофорез	-	++	+
Кліматотерапія	+++	+++	+++
УФО	+++	+++	++
Діадинамотерапія	+	-	+
Електросон	+	+	++
Водолікування	++	++	+
Ультразвукова терапія	++	-	-
Магнітотерапія	++	++	-
Фітотерапія	+	++	++
Рефлексотерапія	++	++	++
Фармакотерапія	++	++	++
Теплолікування	+++	+++	+++
Бальнеотерапія	+++	+++	+++
Лазерна терапія	++	++	++
Дієтотерапія	++	++	++
Гомеопатія	+	+	+
Психотерапія	+	+	+
Дарсонвалізація	-	+	-
Ультратонтерапія	-	+	-
Індуктотермія	-	+	-
Мікрохвильова терапія	+	+	-

*Примітка* методи лікування: - +++ першого плану, ++- другого плану, +- третього плану.

гічної форми та перебігу дерматозу, а також характеру супутних захворювань.

2. *Дієтотерапія*. Більшість форм ХД пов'язано з патологією внутрішніх органів, особливо органів травлення та обміну речовин. Алергічна компонентна ХД 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 ХД 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 по Щербакі натрію броміду, новокаїну, димедролу тощо).

5. *Діадинамофорез* препаратів, зазначених в 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 ХД.

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 наднирників та неспецифічні фактори імунітету – фагоцитарну активність лейкоцитів тощо. Покращувався функціональний 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, судиннорозширювальний, анальгезуючий, протизапальний, регенеративний ефекти;
- корегувало клітинний і гуморальний імунітети, підвищувало неспецифічну резистентність організму.

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

12. *Психотерапія* включала індивідуальні заняття, аутоганне тренування, естетотерапію (музикотерапія, арт-терапія тощо), які нормалізували емоційний стан хворих, покращували настрої, виробляли позитивну установку на повне одужання.

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

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

15. *Фармакотерапія* в санаторії при ХД 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 приводилось лише для додаткової сенсибілізації дитячого організму.

При загостренні ХД призначалось загальне та місцеве лікування. Загальне лікування проводилось за принципами гіпосенсибілізації та седативного впливу. При загостренні генералізованих форм ХД застосовувалась гормональна терапія, плазмаферез. 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 ХД ідентичні, але існують особливості їх використання в залежності від форми та перебігу захворювання.

*Атопічний дерматит.* Особливості дієти зазначені вище. Зазвичай застосовувалась дієта №9. Призначались седативні засоби (триоксазин, седуксен, мепробамат, броміди та ін.), гіпосенсибілізуючі препарати (димедрол, супрастин, діазолін, лоратидін, 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 залежно від характеру дерматиту та стану хворої дитини. Застосовувалось на ділянки ураження паравертебральне УФО до 3-х біодоз. Для розсмоктування інфільтрації застосовувалось теплолікування (лікувальна грязь, озокерит, парафін, 39-42 °С, 15-20 хв., через день, 10-12 процедур) та сегментальні аплікації 39-41 °С ("комірець", паравертебральна ділянка, попереково-куприкова ділянка), 15-20 хв., № 10-12.

Призначались загальні сульфідні ванни, 60-100 мг/л, 37 °С через день, 10-15 хв., № 10-12, в комбінації із зрошенням ділянок, камерними ваннами або хлоридно-натрієві ванни малої та середньої мінералізації, 36-37 °С, 10-15 хв., 10-12 процедур; рапні ванни, 40 г/л, 36 °С, 12-15 хв., № 10-12; радонові ванни 5-20 нКі/л, 36-37 °С, 12-15 хв., № 10-12.

ЛФК включала ранкову гігієнічну гімнастику і теренкур.

Апаратна фізіотерапія. Загальне УФО (з 1/2 біодози, збільшуючи експозицію через день на 1/2 біодози до 3-х біодоз максимум), на курс 10-14 опромінювань. Електрофорез по Щербаку: 0,5 % розчину новокаїну, 0,5 % розчину димедролу, 5 % розчину кальцію хлориду. Інтраназальний електрофорез: 5% розчину тіаміну, 10 % розчину кальцію хлориду, 0,5 % 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., № 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 ваги 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, № 10 – 12; застосовувався фонофорез лікарських засобів (кортикостероїди, вітаміни, димедрол, іхтіол та ін.).

Вживались також наступні засоби:

- електрофорез димедролу-інтраназально або по Вермелю, бром-кальцій-електрофорез;
- мікрохвильова терапія дистанційно, доза слаботеплова, 10-12 хв., № 10 – 15;
- місцева дарсонвалізація або ультратонотерапія (тихий розряд);
- індуктотермія на ділянку наднирників, доза теплова, сила струму 200 – 250 мА, 15 – 20 хв., № 10 – 15;
- діадинамотерапія на ділянку шийних симпатичних вузлів, до відчуття вібрації, 10 хв., № 6 – 10;
- магнітотерапія змінним або постійним магнітним полем на зону ураження, № 10 – 20;
- рефлексотерапія в 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.; рапні ванни, 40–60 г/л, 36 °С, 12–15 хв.; радонові ванни малої та середньої концентрації, 36 °С, 10–15 хв.

Теплолікування: лікувальна грязь, парафін, озокерит на “комірцеву” ділянку, паравертбрально, на попереково-куприкову ділянку, 39 – 41 °С, 15–20 хв., № 12–14.

Фармакотерапія проводилась згідно показань.

Апаратна фізіотерапія: взимку – загальне УФО, починаючи з  $\frac{1}{2}$  біодози з наступним збільшенням експозиції на  $\frac{1}{2}$  біодози до 3-х біодоз максимум, через день, № 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% розчину кальцію хлориду, 0,5% розчину новокаїну, 2 % розчину натрію броміду. Застосовувався також інтраназальний електрофорез вищеназваних препаратів.

Електросон здійснювався згідно показань та методикою, описаними джля лікування atopічного дерматиту.

Термін реабілітації – 24 дні.

### **Висновок**

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 виду хронічних дерматозів.

**Подальше вдосконалення** медичної, психофізіологічної та психогігієнічної реабілітації, корекції функціонального стану і професійної дієздатності дітей та підлітків з хронічними дерматозами відкриває нові перспективи в лікуванні цієї патології.

### Список літератури

1. Іщейкін К. Є. Індивідуалізація лікування дітей, хворих на атопічний дерматит, у залежності від клініко-патогенетичних варіантів його перебігу / Автореф. дис. канд. мед. наук. К. Є. Іщейкін. – Х., 2003.- 20 с.
2. Коляденко Е. В. Почему ультрафиолетовые лучи в гиперэритальных дозах не вызывают злокачественного перерождения эпидермиса при псориазе. / Е.В.Коляденко // Матеріали II з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортологів; науково-практичної конференції із міжнародною участю [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”],- (Одеса, 28-29 трав. 2003 р.) – К.: Купріянова, 2003.- С. 348.
3. Комар В. С. Захворювання шкіри / В.С.Комар // Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”; / За ред. Колесник Е.О. – К.: “Купріянова”, 2005.- С. 196 – 201.
4. Лемко І. С. Обґрунтування бальнеологічного лікування при псоріазі / І. С. Лемко, К. І. Вагерич, М. О. Гайсак./ Матеріали III з'їзду фізіотерапевтів, курортологів та медичних реабілітологів, м.Ялта, 30 верес. – 3 жов. 2008 р.- К.: “Купріянова, 2008.- С. 184-185, 2003. – 512 с.
5. Основи курортології / [за ред. М. В. Лободи, Е. О. Колесника.]-К.: Купріянова, 2003. – 512 с.
6. Поберская В.А. Современные подходы к санаторно-курортному лечению детей в соответствии с государственной программой «Здоровье нации» / В.А.Поберская / Матеріали II з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортол.; наук.-практ. конф. із міжнар. уч. [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”] (Одеса, 28 – 29 трав. 2003 р.) – К.: Купріянова; 2003.- С. 385 – 386.
7. Цаплина Г. В. Влияние лечебных факторов санатория «Очаков» на кожные заболевания / Г.В. Цаплина// Матеріали II з'їзду Всеукр. асоц. фізіотерапевтів та курортол.; наук. – практич. конф. із міжнарод. уч. [“Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини”], (Одеса, 28 – 29 травня 2003 р.) – К.: Купріянова; 2003. – С. 244 – 245.

### ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

П.В. Цвень, Г. Б. Голяченко, В. С. Киливник (Тернополь)

Приведены данные относительно особенностей проведения восстановительного лечения детей и подростков, страдающих хроническими дерматозами (ХД). Определены особенности применения реабилитационных мероприятий в санаторных условиях в зависимости от формы ХД.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **восстановительное лечение, хронические дерматозы, дети та подростки.**

### MEDICAL REHABILITATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH CHRONIC DERMATOSES

P. V. Tsven., H. B. Holiachenko., V.S. Kylyvnyk (Ternopil)

Data is provided on peculiarities of medical rehabilitation of children and teenagers suffering from chronic dermatosis. Peculiarities of rehabilitation measures in sanatorium conditions depending on the form of chronic dermatosis.

KEY WORDS: **medical rehabilitation, chronic dermatosses, children and teenagers.**

Рецензент: к.мед.н. М. Ф. Корнелишин