УДК 615.834:616.61

СЛОБОДЯН Е.И.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Резюме. *Подавляющему большинству пациентов с почечной патологией независимо от ее причины показаны реабилитационные санаторно-курортные мероприятия, направленные на профилактику развития и прогрессирования хронической почечной недостаточности на ранних стадиях хронической болезни почек, снижение риска развития осложнений, улучшение качества жизни и ее продолжительности при уже имеющей место хронической почечной недостаточности.*

Ключевые слова: *хроническая болезнь почек, реабилитация.*

Среди хронических неинфекционных болезней патология почек занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии — диализа и пересадки почки. Несмотря на многообразие этиологических факторов, большинство хронических болезней почек (ХБП) имеют единый механизм прогрессирования. Их длительное, непрерывное и многоэтапное лечение требует разработки ряда высокоэффективных подходов, позволяющих существенно замедлить прогрессирование ХБП, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение [1, 4]. Недостаточная эффективность только медикаментозных методов лечения обусловливает более широкое применение физических факторов. Считается общепризнанным, что их использование запускает эволюционно сформированные специфические механизмы реагирования, закрепленные на уровне генотипа [13, 15]. Поэтому к подавляющему большинству пациентов с почечной патологией независимо от ее причины применимы реабилитационные санаторно-курортные мероприятия, направленные на профилактику развития и прогрессирования хронической почечной недостаточности (ХПН) на ранних стадиях ХБП, снижение риска развития осложнений, улучшение качества жизни и ее продолжительности при уже имеющей место ХПН.

Санаторно-курортная реабилитация больных с заболеваниями почек проводится во многих санаториях Украины и ближнего зарубежья: климатических (приморские — Ялта, с климатом пустынь — Байрам-Али) и климато-бальнеологических курортах (Трускавец, Янгантау, Железноводск, Березовские минеральные воды, Краинка, Джермук, Аршан, Джава, Саирме). Кроме того, больным с заболеваниями почек рекомендованы курорты, специализирующиеся на грязелечении. К таким курортам относятся Евпатория, Саки, Одесса, Анапа, Бердянск, Верзи-Ятчи, Друскининкай, Ейск, Иссык-Ита, Карачи, Кашин, Краинка, Ликенай, Липецк, Медвежье, Молла-Кара, Молтаево, Муялды, Куяльник, Пятигорск, Садгород, Сергиевские Минеральные Воды, Старая Русса, Тинаки, Увильды, Усолье, Усть-Кут, Учум, Шира, Эльтон. Восстановительное лечение целесообразно проводить в теплое время года на протяжении 3–5 месяцев с мая по сентябрь включительно [5–8, 17].

При ХБП 1–2-й стадии санаторно-курортные мероприятия направлены на лечение нефрологического заболевания, явившегося причиной развития и прогрессирования ХБП (табл. 1).

Выбор физического фактора, локализации, дозы и продолжительности процедуры дает возможность целенаправленно влиять на состояние иммунной системы, почечной гемодинамики, функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей, способствующих прогрессированию ХБП.

Реабилитация больных хроническим пиелонефритом (ХП) включает весь спектр санаторно-курортных мероприятий, указанных в табл. 1.

© Слободян Е.И., 2014
© «Здоровье ребенка», 2014
© Заславский А.Ю., 2014

Климатотерапия — один из старейших методов лечения. Она включает аэро-, гелио-, талассотерапию и направлена на улучшение нейрогуморальной регуляции организма вообще и мочевыделительной системы в частности, на нормализацию сопротивляемости организма и повышение его устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды. Климатические факторы способствуют выделению воды и NaCl экстраренальным путем, что облегчает деятельность почек [3, 8, 17].

Среди бальнеологических факторов в терапии больных ХП широко используются углекислые, хлоридно-натриевые, йодобромные и радоновые ванны. Они способствуют нормализации кровообращения, особенно венозного, в почках и области малого таза, нарушение которого оказывает заметное влияние на прогрессирование воспалительного процесса в мочевых путях. На динамику секреторной и экскреторной функций почек влияет тренирующее действие ванн на сердечно-сосудистую систему. Бальнеотерапия назначается больным ХП в стадии ремиссии не ранее чем через три месяца после обострения [13, 15].

В лечении ХП активно применяется питье минеральных вод. Предпочтение отдается минеральным водам невысокой минерализации. Их терапевтический эффект связан с изменением pH мочи, что создает неблагоприятные условия для развития патогенной микрофлоры, поэтому имеет большое значение для эффективного лечения воспалительных процессов в мочевых путях. За счет диуретического эффекта улучшается дренажная функция верхних мочевых путей, снижается скопление слизи, бактерий, токсинов, продуктов воспалительного процесса в канальцевом аппарате и чашечно-лоханочной системе [5, 7, 10].

Также для лечения ХП применяют теплолечение: озокерит, парафин, лечебные торфяные и иловые грязи. В ряду лечебных грязей, отличающихся уникальными лечебными свойствами, заметное место занимают сульфидные иловые грязи приморского типа Евпаторийского и Сакского курортов, характеризующиеся наиболее высоким содержанием сульфидов и сульфатов (0,21 и 5,85 г в 100 г грязи) и степенью минерализации грязевого раствора (железа общего — 1,41 г; железа закисного — 0,66 г; железа окисного — 0,75 г; общего сероводорода — 0,25 г; элементарной серы — 0,06 г). В ней обнаружено более 13 активных в биологическом отношении микроэлементов, а также разнообразные органические субстраты. Придавая определенное значение химическому составу грязи, многие авторы считают, что содержащиеся в ней вещества (микроэлементы, липиды, углеводы, нафтановые кислоты, эстрогены и т.д.) проникают через кожу и, оказывая биостимулирующее действие на организм, изменяют скорость биохимических процессов в тканях. Грязевые аппликации раздражают рецепторы, улучшают почечный кровоток, повышают диурез, оказывают противовоспалительное и противоаллергическое действие, обладая противоотечным, репаративно-регенераторным, метаболическим, трофическим, иммуномодулирующим, дефиброзирующим, бактерицидным, биостимулирующим, коагулирующим и кератолитическим эффектами. Пелоидотерапия может быть назначена изолированно или в сочетании с преформированным физическим фактором — грязь-электрофорезом или СМТ-форезом грязи на область проекции почек. Основным условием при назначении пелоидотерапии является состояние стойкой клинико-лабораторной ремиссии с непременным отсутствием диагностически значимой бактериурии во избежание нежелательной бальнеореакции. С целью оптимизации проводимой терапии целесообразно параллельное использование фитотерапии и адаптогенов [3, 10, 12, 14, 16].

Таблица 1. Санаторно-курортное лечение пациентов с 1–2-й стадией ХБП

Стадия ХБП	СКФ, мл/мин	Санаторно-курортные мероприятия
1-я	Нормальная или высокая, > 90	Санаторный режим Лечебное питание Климатотерапия по 1–2-му режиму Питьевые воды низкой минерализации Бальнеотерапия Пелоидотерапия (нативная грязь, грязь/электрофорез, СМТ-форез грязи по показаниям) Аппаратная физиотерапия (по показаниям) Фитотерапия Санация очагов хронической инфекции ЛФК
2-я	Легкое снижение, 60–89	Санаторный режим Лечебное питание Климатотерапия по 2-му режиму Питьевые воды низкой минерализации Бальнеотерапия Аппаратная физиотерапия (по показаниям) Фитотерапия Санация очагов хронической инфекции ЛФК

Обязательно назначение в комплексе санаторно-курортных мероприятий лечебной физкультуры. Применяются упражнения для всех мышечных групп, с предметами и без них, на гимнастических тренажерах; специальные упражнения для мышц живота, спины, тазового дна, которые должны улучшать кровообращение в почках. Темп упражнений медленный и средний, число повторений 8–10 раз. Продолжительность занятий 10–15–20 минут. Постепенно увеличивая дозировку физической нагрузки, повышают функциональную нагрузку на почки, благодаря чему достигается адаптация выделительной системы к значительной мышечной работе, даже в условиях сниженного почечного кровообращения. Целесообразна дозированная ходьба [17, 18].

В основе реабилитации пациентов с ХБП на фоне хронического гломерулонефрита (ХГ) лежит климатотерапия. Наиболее подходящими являются климатические курорты пустынь, а также приморские курорты, чему соответствуют в Украине южный и западный регионы Крыма. Сухой и жаркий воздух этих курортов способствует усилению потоотделения. Вместе с потом выделяются промежуточные продукты азотистого обмена, что облегчает работу почек. Благодаря такой разгрузке улучшается почечный кровоток, увеличивается скорость клубочковой фильтрации (СКФ), нивелируется мочевой синдром. Благодаря улучшению работы почек восстанавливается электролитный состав плазмы крови. За счет повышения выделительной функции почек снижается артериальное давление, улучшается работа сердца. Возможен прием сидячих или общих хлоридно-натриевых ванн (20 г/л); жемчужных, морских с температурой воды 37–38 °С, через день, всего 8–10 ванн. Под их воздействием значительно улучшается функция почек, повышается клиренс мочевой кислоты, увеличивается диурез, что приводит к повышению экскреции уратов из организма. Эти ванны также показаны больным с сопутствующими заболеваниями: ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, нарушением липидного обмена [7, 8, 15].

Непременным условием эффективной реабилитации больных с ХБП является тщательная санация очагов хронической инфекции — триггерных факторов прогрессирования как ХП, так и ХГ.

Однако на протяжении последних десятилетий в зарубежной литературе практически нет работ по изучению вопросов санаторно-климатического лечения больных с гломерулонефритом (ГН). В большинстве отечественных руководств по нефрологии ссылки делаются на источники пятнадцати-тридцатилетней давности. Поэтому важной задачей на современном этапе является создание доказательной базы, позволяющей научно обосновать применение оптимальных физических методов в лечении ГН на санаторно-курортном этапе.

Бальнеолечение — основа реабилитационных мероприятий при ХБП на фоне мочекаменной болезни. Санаторно-куротное лечение проводится как при наличии камня, так и после его удаления или самостоятельного отхождения. Минеральные воды обладают выраженным мочегонным эффектом за счет усиления почечного плазмотока и фильтрации мочи в почечных клубочках, анальгезирующим и спазмолитическим действием при патологическом спазме гладкой мускулатуры мочевыводящей системы, благодаря чему, если размеры, форма камня и состояние верхних мочевыводящих путей позволяют, возможно его самостоятельное отхождение. После удаления или самостоятельного отхождения камня реабилитационные мероприятия направлены на предотвращение рецидивов камнеобразования, профилактику воспаления и повышение тонуса гладкой мускулатуры мочевыделительной системы. Увеличение водной нагрузки и снижение удельного веса мочи приводят к увеличению диуреза, что предотвращает аномальную кристаллизацию и формирование камней в мочевом тракте. В зависимости от химического состава минеральные воды способны изменять pH мочи, который должен регулироваться в соответствии с химическим составом мочевых солей и камней. При наличии гиперурикурии и оксалурии показаны щелочные минеральные питьевые воды (pH 7,2–8,5). При наличии фосфатурии и фосфатных камей необходимо рекомендовать кислые минеральные питьевые воды (pH 3,5–6,8). Сдвиг ионного равновесия в сторону окисления обусловливается содержанием в питьевых минеральных водах сульфатного аниона, диоксида углерода и солей кальция [3, 5–7].

Начиная с 3-й стадии ХБП целью санаторно-курортного лечения становится снижение риска развития осложнений, улучшение качества жизни и ее продолжительности при уже имеющей место ХПН (табл. 2).

У пациентов с ХБП и уже нарушенной азотвыделительной функцией почек с целью ее активизации возможно воздействие такой эффективной и доступной методикой, как термотерапия. Термотерапия — лечение дозированными аэрогипертермическими ваннами в условиях климатотрона, где моделируются основные параметры сухого и жаркого климата известного курорта Байрам-Али. Другими словами — это лечение сухим теплом. Термотерапия способствует улучшению работы почек: повышается эффективность клубочковой фильтрации, увеличивается азотвыделительная функция почек. В результате наблюдается снижение артериального давления, уменьшение отеков. Первая процедура термотерапии длится около 20 минут, а затем продолжительность сеанса увеличивается каждый день на 10 минут и доводится до 40–60 минут в зависимости от индивидуальной чувствительности под контролем пульса, артериального давления и массы тела. За неделю проводится не более пяти сеансов [7, 8, 11, 16].

Аналогичным эффектом обладают инфракрасные сауны. В инфракрасной сауне не происходит

Таблица 2. Санаторно-курортное лечение пациентов с 3А стадией ХБП

Стадия ХБП	СКФ, мл/мин	Санаторно-курортные мероприятия исключительно в санаториях местного значения
3А	Легкое или умеренное снижение, 45–59	Санаторный режим Лечебное питание Климатотерапия по 2-му режиму Детоксикационные мероприятия (прием сорбентов, термотерапия, гидроколонотерапия с щелочными минеральными водами) Питье щелочных минеральных вод Фитотерапия Психотерапия Санация очагов хронической инфекции ЛФК

Таблица 3. Санаторно-курортное лечение пациентов с 3Б–5-й стадией ХБП

Стадия ХБП	СКФ, мл/мин	Санаторно-курортные мероприятия
3В	Умеренное или тяжелое снижение, 30–44	Санаторно-курортные мероприятия не показаны
4-я	Тяжелое снижение, 15–29	
5-я	Почечная недостаточность, < 15	

нагрева воздуха, но наблюдается высокий проникающий эффект. Нормальной температурой для инфракрасной кабины можно назвать 38–45 °С. Тело человека при этом равномерно и глубоко прогревается изнутри. Нужно отметить, что это не дает большой нагрузки на сердце, что очень важно для пациентов с ХБП, имеющих высокий кардиоваскулярный риск. Человек в ней начинает интенсивно потеть. Таким образом, происходит вывод шлаков и интенсификация азотвыделительной функции почек.

С детоксикационной целью в условиях санатория целесообразно использование аппаратного метода очищения толстого кишечника — гидроколонотерапии. В отличие от обычной клизмы, где вода достигает лишь нижних отделов толстого кишечника, при гидроколонотерапии толстый кишечник промывается на протяжении около двух метров. Используется щелочная минеральная вода (минерализация 2–8 г/дм^3). Длительность процедуры — до 45 минут, на курс — 6 сеансов (1–2 раза в неделю) [13, 15, 16].

Начиная с 3В стадии ХБП санаторно-курортная реабилитация больным в Украине не показана (табл. 3), т.к. медицинские мероприятия для пациентов с 3В–4-й стадией ХБП направлены на преддиализную подготовку, а для пациентов со СКФ 15 мл/мин и менее отсутствуют санатории с возможностью проведения гемо- и перитонеального диализа.

Однако пациенты, находящиеся на заместительной терапии, и после трансплантации нуждаются в реабилитации, которая позволит улучшить их состояние: предотвратить возникновение осложнений, уменьшить проявления сопутствующих заболеваний, в том числе астенодепрессивного синдрома, и значительно повысить качество жизни. Новые направления в лечении ХБП используются на таком курорте, как Марианске Лазне, Чехия (санаторий «Пацифик-Астория»), рекомендованном для лечения пациентов с заболеваниями почек и мочевыводящих путей, ХПН, для восстановления послеоперационных больных, в том числе после трансплантации почек. А также Бад Брюкенау, Германия (реабилитационная клиника «Зиннталь»), специализирована для лечения больных с заболеваниями почек, включая все стадии почечной недостаточности, с возможностью проведения гемодиализа, состояний после пересадки почек, реабилитации после лечения онкологических заболеваний мочевыводящей системы. В Греции — на курорте Лутраки (центр диализа «Medialyse»). Термальные маломинерализованные слаборадоновые воды Лутраки применяют для питьевого лечения при заболеваниях почек и мочевыделительной системы. В Хорватии (центр диализа «Медулин»). В России центр диализа создан в санатории «Сестрорецкий курорт» [2, 7].

Таким образом, среди корригирующих технологий восстановительной нефрологии должное распространение имеет использование методов санаторно-курортной реабилитации больных с ХБП. Их квалифицированное лечение возможно только при соблюдении принципов этапности и преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями — стационаром, поликлиникой и санаторием с соблюдением требований доказательной физиотерапии.

Список литературы

1. Бевзенко Т.Б. Хроническая болезнь почек и экология // Почки. — 2013. — № 2(3). — С. 17-25.

2. Карпухин М.В. Восстановительная терапия урологических и андрологических больных на курортах Европы / М.В. Карпухин, А.А. Ли, М.Е. Гусев. — М.: Интел Принт, 2003. — 144 с.

3. Клинические протоколы санаторно-курортного лечения детей / Под ред. К.Д. Бабова, Л.Я. Гриняевой, Т.А. Золотаревой и др. — Одесса: М.П. Черкасов, 2010. — С. 242-255.

4. Комарова О.В. Хроническая болезнь почек. Современные представления // Российский педиатрический журнал. — 2011. — № 4. — С. 47-49.

5. Лечебное применение натуральных минеральных питьевых вод Крыма у взрослых и детей: метод. рекомендации / Сост.: В.Н. Любчик и др. — Евпатория, 2013. — 22 с.

6. Ли А.А. Восстановительная терапия урологических и андрологических больных / А.А. Ли, И.В. Карпухин, М.Е. Гусев // Проблемы восстановительной медицины. — 2005. — № 3. — С. 24-37.

7. Маньшина Н.В. Курортное лечение болезней почек и мочевыводящих путей // Медицинский совет. — 2007. — № 2. — С. 30-42.

8. Пирог Л.А. Климатотерапия заболеваний почек // Физиотерапия и курортология. — 2011. — № 4. — 133-136.

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

10. Рудиченко Е.В. Комплексное восстановительное лечение больных хроническим пиелонефритом / Е.В. Рудиченко, Т.А. Гвозденко, М.В. Антонюк // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 2006. — № 3. — С. 16-19.

11. Слободян Е.И. Возможности оптимизации восстановительного лечения больных с хронической болезнью почек // Сборник материалов научных чтений, посвященных 15-летию курорта Евпатория как Всеукраинской детской здравницы, 2012. — С. 106-108.

12. Улащик В.С. Физиофармакотерапия как направление в лечении, профилактике и реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 2013. — № 3. — С. 3-11.

13. Улащик В.С. Общая физиотерапия: Учебник / В.С. Улащик, И.В. Лукомский. — Мн.: Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003. — 512 с.

14. Ушаков А.А. Практическая физиотерапия. — М.: МИА, 2009. — 605 с.

15. Физиотерапия: Национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с.

16. Физиотерапия: учебник / Под ред. А.А. Владимирова, В.В. Ежова, Г.Н. Пономаренко. — К.: Формат, 2013. — 384 с.

17. Хан М.А. Восстановительное лечение детей с хроническим пиелонефритом / М.А. Хан, Е.В. Новикова // Педиатрия. — 2011. — Т. 90, № 3. — С. 128-131.

18. Хан М.А. Восстановительная медицина в системе оздоровления детей и подростков // Здоровье здорового человека. — М., 2007. — С. 453-472.

Получено 13.12.13 ▯

Слободян О.І.
ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

САНАТОРНО-КУРОРТНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Резюме. Переважній більшості пацієнтів із нирковою патологією незалежно від її причини показані реабілітаційні санаторно-курортні заходи, спрямовані на профілактику розвитку та прогресування хронічної ниркової недостатності на ранніх стадіях хронічної хвороби нирок, зниження ризику розвитку ускладнень, поліпшення якості життя і її тривалості за вже сформованої хронічної ниркової недостатності.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, реабілітація.

Slobodian Ye.I.
SI «Crimean State Medical University named after S.I. Georgievsky», Simferopol, Ukraine

SANATORIUM-RESORT THERAPY POTENTIAL IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENT STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Summary. Sanatorium rehabilitation measures aimed at preventing the development and progression of chronic renal failure on the early stages of chronic kidney disease also aimed at decrease in risk of complications development, improvement of life quality and its duration while chronic kidney insufficiency already taking place is medically necessary for the vast majority of patients with renal disease, regardless of the cause.

Key words: chronic kidney disease, rehabilitation.