кофе некрепкий, томатный сок, фруктово-ягодные соки из кислых сортов ягод и фруктов, щелочная минеральная вода. Общее количество жидкости (вместе с супом, молоком, простоквашей, компотом, напитками) до 5 стаканов в день; 13) Жиры. Сливочное и растительное масло (40 г на день для приготовления пищи); 14) Поваренная соль. Для добавления в блюда 5 г (пища приготавливается без соли).

Запрещаются: конфеты, шоколад, кондитерские изделия, сдоба, мороженое и другие сладости. Острые, пряные, копченые и соленые закуски и блюда, перец, хрен, алкогольные напитки. Лечение малокалорийными диетами должно проводиться при систематическом взвешивании. Кроме основной рекомендуемой диеты, необходимо периодически, примерно один раз в неделю, устраивать разгрузочные дни. при небольшой физическом работе—мясные: 280—350 г отварного без соли мяса с овощным (лучше капустным) гарниром; творожные: 500—600 г творога с 2—3 стаканами чая или кофе с молоком без сахара. В свободные от работы дни назначаются разгрузочные дни: яблочные (1500 г яблок), арбузные (1,5—2 кг мякоти арбуза), простоквашные или кефирные (1,5 л), молочные (5—6 стаканов), сметанные (300—400 г сметаны). Пища распределяется равномерно в течение дня на 5 приемов. Полное голодание в течение 1—2 недель с употреблением лишь щелочных минеральных вод нельзя признать целесообразным. Проведенные в Институте питания РАМН специальные наблюдения показали, что при этом возникает отрицательный азотистый баланс и нарушаются все виды межклеточного обмена, что вредно для организма. При сочетании хронических аллергических конъюнктивитов с подагрой, атеросклерозом, хроническим холангитом из диеты полностью исключаются мясные и рыбные бульоны, ливер (внутренние органы). Мясо и рыбу дают преимущественно в вареном виде. Вместо мясных и рыбных блюд чаще следует вводить блюда из тощего творога, несколько ограничивая общее количество белка в рационе.

Литература

1. Оленева, В.А. Диетотерапия в профилактике и лечении аллергозов.// Научный вестник аллергологии. – 2004. – № 7. – 32–38 с.
2. Brouning, D., Perkigs, S., Lark, L, Reevaluation of long-term outcomes of dynamic allegrosis // Ann. Thorac. Surg. – 2010 Sep. – 76 (3). – P. 821–7.

Кузнецова Т.Г.

Сущностное наполнение обучающих технологий на этапе санаторной реабилитации больных с красным плоским лишаем

Актуальность поднятой проблемы определяется тем, что по свидетельству ведущих российских дерматологов (А.А. Кубанова, 2009; Л.И. Тихонова, 2010;

Sulfatonic®

В.А. Самсонов, 2011) различные формы красного плоского лишая (L 43 по МКБ-Х) занимают в структуре дерматологических заболеваний у россиян до 18-19% по первичной обращаемости в профильные диспансеры. Международная статистическая классификация болезней Десятого пересмотра включает в подраздел папулосквамозных нарушений: лишай гипертрофический красный плоский (L 43.0 по МКБ-Х); лишай красный плоский буллезный (L 43.1 по МКБ-Х); лишаевидную реакцию на лекарственно средство (L 43.2 по МКБ-Х); лишай красный плоский подострый (активный) или тропический (L 43.3 по МКБ-Х) и другие формы лишая красного плоского неуточненного (L 43.8; 43.9 по МКБ-Х). Наиболее распространенной формой среди больных, поступающих (в латентной стадии течения) на санаторную реабилитацию, является лишай красный плоский (синоним: лишай Вильсона), представляющий собой зудящий дерматоз с плоскими красными полигональными папулами с гладкой, блестящей поверхностью и легким западением в центре папулы. Последнее нередко сопровождается поражением слизистых оболочек, ногтей, а на месте папул в 55-60% случаев возникает реинволюционная пигментация. Другой распространенной формой (до 15% больных) среди поступающих в российские дерматологические санатории являются пациенты с атрофическим красным плоским лишаем, представляющим собой вторичный дерматоз, характеризующийся папулезными высыпаниями, на месте которых возникает (в 100% случаев) локализованная кожная атрофия. В этой связи возрастает необходимость изыскания новых схем немедикаментозной терапии названой патологии кожи, поскольку, по свидетельству Ю.К. Скрипкина (2001), поливариантные схемы фармакотерапии дают стойкий положительный эффект (без рецидивов) лишь в 45-48% случаев. Основной группе наблюдаемых пациентов (n=280 больных, страдающих красным плоским лишаем; n=278 лиц, страдающих красным плоским атрофическим лишаем; $p<0,05$) назначалась питьевая природная хлоридно-гидрокарбонатная натриевая (содовая) минеральная вода скважины № 6030 Ханского месторождения (г. Майкоп, Республика Адыгея) за 30 минут до еды (в теплом виде +20-25^0 С и мелкими глотками) 4 раза в день по 150-200 мл на прием в течение 5-6 месяцев при осуществлении плановой диспансеризации. Модифицированный подход к режиму дозирования солнечных ванн для названного контингента больных базировался на индивидуальном определении у них эритемной дозы при помощи биодозиметра Далфельда-Горбачева с параллельной регистрацией напряжения солнечной радиации (по пиранометру) и ее интенсивности (по автоматическому УФ-дозиметру на основе серийного спектрофотометра (ОФД-1). Кроме этого, бальнеотерапия применялась в виде общих сероводородных (50-100-150 мг/л при температуре 36^0 С, продолжительностью 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 8-10 ванн на курс лечения) или йодобромных (при температуре 36-38^0 С, продолжительностью 1 ванны 10-15-20 минут с нарастающим итогом через день, 8-10 процедур на курс лечения) общих ванн природных минеральных источников местных месторождений. В дни, свободные от ванн, назначалась

Sulfatonic®

пелоидотерапия в виде ограниченных аппликаций (tє 38-40є С, продолжительностью 1 процедуры 10-15-20-30 минут по нарастающей, 10-12 процедур на курс лечения) на пораженные участки кожи. Указанная методика пелоидотерапии сочеталась в эти же дни с избранными формами аппаратной физиотерапии, в т.ч. использовался дистанционный способ магнитно-инфракрасно-лазерной (МИЛ) терапии, при котором терминал лазера располагался на расстоянии 0,5-1 см от облучаемого объекта. В зависимости от распространенности процесса продолжительность экспозиции составляла от 5 до 30 мин. Максимальная площадь, обрабатываемая во время 1 сеанса, – 40 $см^2$. Первые 5 сеансов проводили с частотой импульсов 1 кГц, последующие 1-5 кГц, остальные 5 или 10-5 кГц. Курс этой терапии по методу Ф.Я. Хайруллина и соавт. состоял из 15-20 сеансов, проводимых ежедневно. При наличии отклонений в иммунном статусе больного с учетом результатов иммунологических исследований проводили облучение области тимуса в течение 2 мин частотой импульсов 80 Гц и мощностью излучения светодиодов 80 мВт. Одной из постоянных составляющих авторской схемы восстановительного лечения изучаемого контингента пациентов стала импульсная фототерапия (ИФТ) по методике Ю.Э. Русак и соавт. при использовании фототерапевтической импульсной установки «Имфолюкс-1-01», которая состоит из облучателя с ксеноновой лампой ДКсТ 5000. Облучение пациентов проводилось с расстояния 1,5 м, ежедневно, начальная доза составляла S биодозы, т.е. 20-30 импульсов с постепенным повышением до 40 импульсов через каждые 2 процедуры. В зависимости от локализации высыпаний раздельно облучалось от 1 до 4 полей. Максимальное количество импульсов на 1 поле доводилось до 360-400. Лечение проводилось в отдельной кабине с максимальной светоизоляцией, курс составлял 15-25 процедур. В ряде упорных случаев импульсная фототерапия (ИФТ) заменялась процедурами ПУВА-терапии, основанного на сочетанном пероральном либо местном применении фотосенсибилизаторов фурокумаринового ряда (псораленов) и ультрафиолета длинноволнового диапазона А (длина волны 320-400 нм). Больным контрольной группы наблюдения (n=103 среди лиц, страдающих гипертрофическим красным плоским лишаем; n=101 среди лиц, страдающих атрофической формой красного плоского лишая) при реализации типовых диспансерных мероприятий использовались мазевые схемы действующего Стандарта лечения пациентов с названым диагнозом. Как свидетельствуют данные таблицы 1, до лечения у 560 наблюдаемых лиц с различными формами красного плоского лишая (т.е. у 73,5% больных) отмечался повышенный уровень показателя молочной кислоты в крови (свыше 1 ммоль/л). После реализации указанным пациентам разработанной системы восстановительного лечения, количество больных с повышенным содержанием в крови молочной кислоты значительно снизилось и составило 287 чел. или 37,6% от общего числа наблюдений (n=762). Вышеуказанный факт свидетельствует об улучшении показателей гомеостаза у изучаемых больных. Для констатации показателей ПОЛ эпидермиса у больных с красным плоским лишаем

Sulfatonic®

(до и после лечения) после экстракции из гепаринизированной взвеси крови липидов хлороформ-метанольной смесью определяли динамику показателей диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД) и сопряженных триенов (СТ), что представлено в таблице 2.

Таблица 1

Результаты лабораторного исследования уровня молочной кислоты у изучаемого контингента больных с заболеваниями кожи до и после лечения

Группы изучаемых пациентов L 43 по МКБ-Х	**Повышенный уровень показателя молочной кислоты (норма: ниже 1 ммоль/л) в крови больны (n=762)**			
	до лечения		**после лечения**	
	абс.	% от общего числа наблюдений	абс.	% от общего числа наблюдений
Лишай гипертрофический красный плоский: основная группа (n=280) контрольная группа (n=103)	 176 103	 23,09% 13,52%	 42 99	 5,51% 12,99%
Лишай атрофический красный плоский: основная группа (n=278) контрольная группа (n=101)	 181 100	 23,75% 13,12%	 48 98	 6,29% 12,86%

Таблица 2

Динамика параметров ПОЛ в эпидермисе больных красным плоским лишаем под влиянием предложенных схем восстановительной терапии. (M±m)

Показатель перикисного окисления липидов в эпидермисе	**Диеновые коньюгаты (Δ 232 на 1 мг липидов)**		**Кетодиены и сопряженные триены (Δ 278 на 1 мг липидов)**	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Лишай гипертрофический красный плоский: 1.1. Основная группа * 1.2. Контрольная группа **	 0,96±0,03 0,97±0,03	 2,11±0,05 1,44±0,02	 0,61±0,02 0,63±0,01	 1,96±0,01 0,89±0,01
2. Лишай атрофический красный плоский: 2.1. Основная группа * 2.2. Контрольная группа **	 0,83±0,01 0,85±0,02	 2,04±0,03 1,15±0,01	 0,58±0,01 0,59±0,02	 1,78±0,01 0,82±0,01
Примечание: * = p < 0,05; ** = p < 0,01				

Sulfatonic®

Как видно из данных этой таблицы, количество начальных продуктов ПОЛ было значительно ниже их нормальных значений в эпидермисе (N= 4,54±0,55). Несмотря на то, что после лечения уровень диеновых конъюгатов (ДК), а также кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ) увеличился в 1,8–2,1 раза по сравнению с исходным, названные параметры ПОЛ эпидермиса не смогли окончательно нормализоваться, что, по нашему мнению, свидетельствует об упорности течения красного плоского лишая и требует повторного проведения санаторно-курортной реабилитации изучаемого контингента больных.

Рис. 1 Уровень веществ, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-активных продуктов) в эпидермисе основной и контрольной групп наблюдения

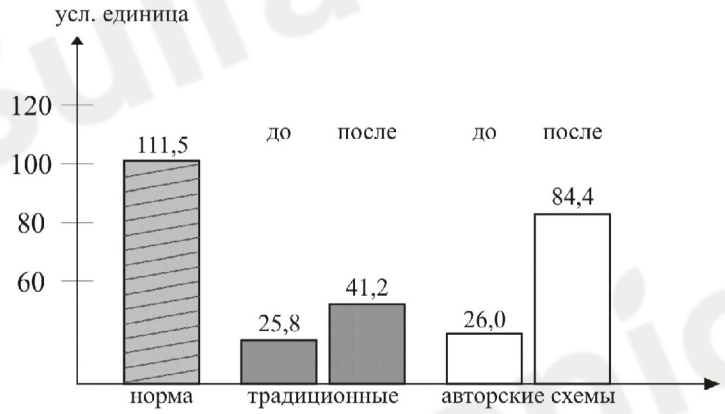


Таблица 3 Сравнительная характеристика показателей иммунного статуса больных, страдающих красным плоским лишаем (L 43 по МКБ-Х)

Показатели иммунного статуса	Больные с изучаемыми нозологическими формами Красного плоского лишая (n общая = 762)			
	основные группы наблюдения (n=558, p<0,01)		контрольные группы наблюдения (n=204, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после
CD 38 (N=14,6)	23,8±2,1	14,9±0,2	23,7±2,0	19,7±1,2
CD 8 (N=21,9)	31,4±1,6	22,6±0,9	30,9±1,4	29,1±1,0
CD 4 (N=35,0)	27,7±1,2	33,4±0,7	27,8±1,1	28,8±0,5
CD 3 (N=55,6)	59,3±0,8	56,0±0,3	59,4±0,2	59,0±0,3
CDDR (N=6,9)	14,0±2,2	8,1±1,0	14,1±2,3	13,7±1,2
CD 71 (N=1,0)	1,6±0,1	1,1±0,1	1,6±0,2	1,5±0,1
CD 25 (N=1,8)	2,8±0,5	1,9±0,1	2,9±0,4	2,5±0,2
CD 22 (N=9,5)	9,1±0,1	9,4±0,1	9,1±0,1	9,2±0,1
CD 95 (N=2,0)	3,6±0,6	2,2±0,2	3,7±0,4	3,2±0,2
CD 16 (N=16,5)	14,3±0,8	16,2±0,3	14,4±0,6	14,8±0,3
Ig A	2,7±0,3	2,1±0,1	2,7±0,2	2,6±0,1
Ig M	1,3±0,01	1,27±0,01	1,3±0,01	1,3±0,01
Ig G	12,4±0,5	10,9±0,3	12,2±0,4	12,0±0,2
ЦИК с ПЭГ 3,5	18,8±0,2	28,1±0,2	18,9±0,1	19,4±0,3
ЦИК с ПЭГ 7,0	178±11,4	233±10,1	176±12,0	181±9,4

Sulfatonic®

Как свидетельствуют данные рис. 1., количество ТБК-активного материала в пораженном эпидермисе больных (L 43 по МКБ-Х) до лечения было исходно ниже нормального уровня более чем в 4 раза. Однако под влиянием авторских технологий восстановительного лечения уровень ТБК-активных продуктов у пациентов основной группы наблюдения составил 75,69% от нормы (111,5 усл.ед.), тогда как в контрольной группе наблюдения, где пациентам назначались лишь традиционные формы медикаментозной терапии, рост ТБК-активных продуктов был ниже (чем в основной группе наблюдения) почти в 2 раза. При этом, общий маркёр зрелых Т-лимфоцитов (CD3) и уровень маркёра апоптоза (CD95) так и не удалось привести к нормальным значениям как у больных основной, так и больных контрольной групп наблюдения (таблица 3). Что касается субпопуляции лимфоцитов, то здесь наблюдалась следующая взаимосвязь с высокой степенью достоверности: после лечения среди пациентов обеих групп наблюдения количество CD8 – лимфоцитов (маркёр Т-супрессорных клеток) достоверно выше, а количество CD4 – лимфоцитов (маркёр Т-хелперных клеток) достоверно ниже нормативных показателей. В-лимфоцитарная популяция (CD22) после лечения представлена в основной группе более высокими показателями, чем в контрольной группе наблюдения. Характеризуя гуморальное звено иммунного ответа у пациентов с изучаемыми нозологическими формами лишая, следует отметить достаточно выраженную оптимизацию показателей IgA, IgM, IgG, а также изначально низких уровней крупно- и мелкомолекулярных ЦИК у больных основной группы при отсутствии позитивной динамики этих показателей в контрольной группе.

Литература

1. Кубанова, А.А. О статистике больных с гипертрофическим красным плоским лишаем.// Вестник дерматологии. – 2009. – №4. – 32–37 с.
2. Самсонов, В.А. Диссеминация случаев красного плоского буллезного лишая среди населения в средней полосе России.// Научный вестник ВГМУ. – 2011. – №1. – 72–75 с.
3. Скрипкин, Ю.К. Сравнительные формы преимуществ медикаментозного и немедикаментозного лечения больных с лишаевидной реакцией на лекарственные средства.// Практический дерматолог. – 2001. – №9. – 42–46 с.
4. Тихонова, Л.И. Эффективность действующих стандартов амбулаторного и госпитального лечения больных красным плоским лишаем.// Клиническая дерматовенерология. – 2010. – №6. – 95–98 с.

Sulfatonic®