

ватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение. Дети получали гальваногрязевые аппликации на область подчелюстных лимфоузлов, а также тепловлажные ингаляции минеральной воды (№ 10). Полоскание горла проводили ежедневно, три раза в день после еды, свежеприготовленным, тёплым ($t=30-32^{\circ}$) отваром трав. В состав травяного сбора входили: лист берёзы бородавчатой, цветки календулы (ноготков) лекарственной, цветки ромашки аптечной, трава зверобоя продырявленного, корневища аира болотного, плоды фенхеля обыкновенного. Суммарное воздействие на организм данной фитокомпозиции обусловлено активностью её ингредиентов, обладающих противовоспалительными, антисептическими, спазмолитическими, бактериостатическими, обволакивающими, общеукрепляющими свойствами. Исследования кристаллограмм были проведены в динамике до и после применения полосканий травяным сбором на санаторно-курортном этапе лечения у 41 ребёнка с хроническим тонзиллитом из Евпаторийского санатория «Здравница». Образующийся кристаллографический рисунок обладает специфичностью, обусловленной состоянием организма – его нормой или же патологией. При различной патологии или аллергии организма в кристаллограммах слюны обнаруживаются наличие воспалительного и аллергического компонентов. До лечения у данной группы детей кристаллографиче-

ские исследования позволили выявить выраженный воспалительный процесс у 59 %, слабовыраженный воспалительный процесс – у 5 %, наличие аллергического компонента – у 31 %, у 5 % детей кристаллограммы были нормальными. После проведенного курса санаторно-курортного лечения с применением полосканий травяным сбором количество детей с воспалительным процессом уменьшилось до 29 %, у 36 % воспалительный процесс выявился в слабовыраженной форме, у 31 % больных в организме сохранился аллергический компонент, у 3 % детей кристаллографический рисунок соответствовал норме. Таким образом, как видно из результатов исследований кристаллографических рисунков слюны, у детей с хроническим тонзиллитом при поступлении на санаторно-курортное лечение преимущественно наблюдалось наличие в организме воспалительного процесса. Велик процент детей, имеющих аллергический компонент и лишь у 5 % детей кристаллограммы соответствовали нормальным характеристикам. Курс санаторно-курортного лечения с применением полосканий травяным сбором оказал благоприятное воздействие на состояние организма данной категории больных, значительно уменьшив количество детей с воспалительным процессом. Однако следует отметить, что количество детей с наличием в организме аллергического компонента сохранилось практически на том же уровне, что и до лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЬ МУЛЬТИ-ГИН® АКТИГЕЛЬ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ВУЛЬВОВАГИНИТОМ

Гармаш О. И., Мельникова Е. Н., Витринская О. Е., Марценюк Л. В.

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»

ГБУ РК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», г. Евпатория

Воспалительные заболевания половых органов занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии у девочек от 1 года до 8 лет, составляя около 65 % всех заболеваний половых органов. Воспалительные поражения половых органов девочек могут стать причиной серьезных нарушений менструальной, репродуктивной, половой функций в зрелом возрасте. Воспаление наиболее часто развивается в вульве и влагалище. Причиной вульвовагинита у девочек может быть специфическая (гонококки, микобактерии туберкулеза, коринебактерия дифтерии, трихомонада) и неспецифическая (условно-патогенные аэробы и анаэробы, хламидии, грибы, вирусы, простейшие и др.) инфекция. Вульвовагиниты могут развиваться после введения инородного тела, при глистной инвазии, онанизме, нарушениях реактивности организма вследствие вторичной инфекции. В раннем возрасте преобладает бытовой путь передачи инфекции (через предметы обихода, места общего пользования, при нарушении правил гигиены). Комплексное лечение включает санацию хронических очагов инфекции, повышение иммунитета и неспецифической резистентности организма. В настоящее время для лечения вульвовагинитов используют Гель Мульти-Гин® Актигель. Препарат основан на патентованном комплексе 2QR. Данное натуральное вещество добывают из лекарственных растений. Оно состоит из биоактивных полисахаридов, обладает способностью блокировать механизм адгезии вредных бактерий и таким образом нейтрализует действие этих бактерий. Этот блокирующий эффект безопасен и безвреден, так как не обусловлен токсическими веществами или агрессивными химикатами. Помимо основного свойства, позволяющего блокировать вредные бактерии, гель Мульти-Гин® Актигель укрепляет естественную восстановительную способность тканей и улучшает состояние слизистой оболочки. Он быстро восстанавливает оптимальную кислотность влагалища (показатель pH). Гель Мульти-Гин® Актигель

способствует росту численности полезных лактобактерий (молочно-кислых бактерий), в результате чего создается оптимальную и естественную микрофлору, препятствующую появлению дискомфорта. Под наблюдением находились 33 девочки в возрасте от 8 до 16 лет. При поступлении в санаторий установлены диагнозы – вагинит 9 (27,3 %), вульвовагинит – 14, нарушения менструального цикла с вульвовагинитом – 9 девочек. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались: скolioзическая болезнь – 18 (54,5 %), хронические заболевания носоглотки – 11 (33,3 %). Основными жалобами были бели – 20 (60,6 %), болезненные менструации – 7 (21,2 %), нерегулярные редкие менструации 6 (18,1 %), жжение вульвы – 3 (9 %). В анализе мазка лейкоциты покрывали поле зрения у половинных девочек, кокковая флора преобладала у 16 девочек, у 17 девочек флора была палочковой. По данным УЗИ патология не обнаружена у большей части девочек, спаечный процесс в малом тазу определялся у 5 девочек. В санатории в составе комплексной терапии: климатотерапии, лечебного питания, ЛФК, санации хронических очагов инфекции девочки получали аппликации геля Мульти-Гин® Актигель на наружные половые органы, курс 8-10 процедур. Также в комплекс лечения входило применение пайлер терапии на вульву и микроклизмы с шалфеем. После проведенного лечения уменьшилось количество жалоб на бели, жжение вульвы. Уменьшилось количество лейкоцитов в мазках до нормальных значений у 13 девочек, у 5 девочек количество лейкоцитов в мазках колебалось от 12 до 15 единиц. Все девочки выписаны из санатория с улучшением. Таким образом, аппликации геля Мульти-Гин® Актигель способствовали клиническому и лабораторному улучшению показателей у девочек с вагинитом и вульвовагинитом. Аппликации геля Мульти-Гин® Актигель могут быть рекомендованы к применению в комплексном санаторно-курортном лечении этой категории больных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИХ АРТРИТАХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Гармаш О. И.¹, Сколотенко Т. С.², Витринская О. Е.¹, Гордиенко П. В.³

¹ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»

²ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

³ГБУ РК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», г. Евпатория

За последние десятилетия в характерной клинико-лабораторной картине ювенильных идиопатических артритов наблюдаются значительные изменения, по сравнению с хорошо ранее известными проявлениями, что обусловлено ранним назначением базисных противовоспалительных и иммуномодулирующих препаратов (цитостатики, биологические агенты). Это подтверждают и наши наблюдения, которые проводились в детском клиническом санатории «Здравница» в течение 40 лет. Ранее при поступлении детей в санаторий «Здравница» мы наблюдали детей, отстающих в физическом развитии, пониженного питания, с бледностью кожных покровов. При осмотре активные движения в суставах были ограничены, болезненны, в них выражены пролиферативно-фиброзные изменения, контрактуры, особенно пальцев кистей («шея лебедя»), локтевых, коленных, голеностопных суставов. Артрит часто сопровождался тендовагинитом, ослаблением капсульно-связочного аппарата с развитием гиперподвижности суставов. Почти у всех детей наблюдалась атрофия мышц, нарушение осанки. У всех больных, поступивших на санаторно-курортное лечение в санаторий «Здравница», были изменены лабораторные показатели в зависимости от активности заболевания. Чаще всего эти изменения касались общего анализа крови: отмечалась анемия, увеличение числа лейкоцитов

до 20 тыс. и более (реже регистрировалась лейкопения), сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных, сегментоядерных лейкоцитов. СОЭ увеличивалась до 50-60 мм/ч. Эти показатели постепенно снижались в процессе санаторно-курортного лечения, но длительно оставались измененными и при улучшении состояния больных. До лечения характерна была диспротеинемия, снижение общего белка, увеличение α_1 -, α_2 -глобулинов в начале лечения, нарастание титра γ -глобулинов к концу его. В дальнейшем, при появлении иммунологических тестов, определяли содержание IgA, IgM, IgG, которые претерпевали подобные изменения. В анализе мочи отмечались нарушения только при висцеральных формах ЮИА (белок, эритроциты, лейкоциты и др.). В настоящее время изменились клинические проявления заболевания у детей, больных ЮИА. Дети поступают в санаторий в удовлетворительном состоянии, обычного телосложения и питания, согласно своему возрасту. Тяжелые поражения опорно-двигательного аппарата отсутствуют. Редко встречаются выраженная деформация суставов, не наблюдаются мышечные контрактуры, подвывихи, атрофии. Изменения в суставах могут быть пролиферативно-фиброзного характера без нарушения их функций, суставной синдром перестал носить прогрессирующий характер. Изменились не только клинические, но и лабораторные