

БАЛЬНЕОРЕСУРСИ

Г.И. СТЕЦЕНКО

ГЛИНА ИЛИ ОЗОКЕРИТ? (Краткая характеристика и лечебное применение)

СОБЩЕНИЕ 3: ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ И ГЛИНОЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

В клинической практике аппликации нагретого озокерита широко используются как болеутоляющее средство, прежде всего, при хронических заболеваниях гепатобилиарной системы. Однако достаточно смелым решением надо признать применение озокеритотерапии при острых воспалительных заболеваниях билиарных путей. Понятно, что прежде, чем рекомендовать этот способ лечения, Ч. Байриев, А. Рахманов пытались научно обосновать целесообразность озокеритотерапии в остром периоде хронического бескаменного и калькулезного холецистита. Так, при наличии болевого симптома и температурной реакции А. Рахманову (1975) удалось добиться не только уменьшения боли и снижения температуры, но и нормализации функции желчного пузыря, что и привело во многих случаях к отсрочке оперативного вмешательства. У части больных озокеритотерапия при остром холецистите применялась, как одна из форм подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде, с целью профилактики формирования постхолецистэктомического синдрома.

К сожалению, нам не удалось найти других работ по применению озокерита и вообще теплотерапии при остром холецистите, который иногда сопровождается острым панкреатитом. А при этой патологии тепла боятся и врачи, и больные. Возникает вопрос: почему туркменские хирурги взялись за такую сложную проблему, как применение озокеритотерапии при остром холецистите? Если вникать глубже в методику озокеритотерапии, которую описывают хирурги, то невольно начинаешь сомневаться, что при салфеточном способе озокеритотерапии нижний слой озокерита не превышал 48° С, а верхний – 65 –80 градусов. Действительно, при пропитывании ватно-марлевого матрасика расплавленным озокеритом его температура, в момент аппликации на тело больного, конечно же, была ниже 48° С, а салфетки, наложенные поверх, особенно последняя, не могла иметь температуру выше 55° С, так как при такой температуре озокерит жидкий и салфетка его не напитывает. Используя эту методику, действительно можно наложить озокерит при более низких показателях температуры, что, по-видимому, и было в данном случае, как один из вариантов митигированной озокеритотерапии.

Несмотря на обнадеживающее применение озокеритотерапии в острой стадии холецистита, вопрос этот остается открытым, и большинство хирургов придерживается противоположного подхода – вместо тепла использовать холод. Что касается озокерита, то, учитывая особенности химического состава и биологической активности, а также опыт туркменских хирургов, следовало бы изучить некоторые стороны возможности лечебного применения этого природного образования при остром процессе, с учетом возможности регулирования температуры наложенного озокерита.

Не меньший интерес представляет использование озокерита при острых вирусных гепатитах. Так, еще по данным А. С. Гилевич (1960), аппликации озокерита на область печени назначались на 14-20 день желтушного периода, что позволило сократить этот период.

После спада острых явлений, с целью рассасывания воспалительных продуктов, устранения отека и улучшения функции печеночных клеток, И.Е. Эльман (1960) применяла озокеритотерапию у детей с острым вирусным гепатитом. В этом случае применялась действительно митигированная озокеритотерапия, так как температура прокладки, прилегающей к коже, не превышала 40° С. И все же, в течение процедуры заметного изменения температуры тела, частоты пульса, величины артериального давления не отмечено, но наблюдалось выраженное потоотделение. Если во время процедуры наступал сон, то ее продолжительность могла увеличиваться и до двух часов. Аппликации озокерита проводились ежедневно, в течение 10-15 дней. После проведенного курса лечения с включением аппликаций озокерита, у большинства детей нормализовались размеры печени, тогда как в контрольной группе восстановление нормальных размеров печени задерживалось. Так как аппликации озокерита усиливают охранительное торможение, то применение этого вида терапии при вирусном гепатите, по мнению И. Е. Эльман, носит патогенетическую направленность.

В период спада клинических симптомов у детей с легкой и среднетяжелой формой вирусного гепатита И. С. Расницына (1976) дифференцированно применив озокерит и парафин, установила преимущества озокерита, объясняя это различием физических, химических и биологических свойств двух теплоносителей. Думается, что наряду с указанными различиями этих теплоносителей, существенное значение имеет методика лечебного их применения. Расплавленный парафин накладывается кистью на кожу больного, и поэтому в начальный период процедуры действует гипертермический раздражитель, крайне нежелательный при острой форме гепатита. При использовании салфеточной методики озокеритотерапии, сила термического раздражителя увеличивается постепенно. В отличие от парафина продолжительность теплового воздействия озокерита более длительное, чем можно объяснить некоторое увеличение внутривнутрипеченочного кровотока, определяемого И. Е. Расницыной методом реогепаатографии.

Если применение озокерита при острой патологии гепатобилиарной системы в некоторых случаях может быть полезной, хотя в силу различных причин и ограничено, и в какой-то степени, даже рискованно, то озокеритотерапия при хронических заболеваниях печени и желчных путей применяется довольно широко. Особенно значительное распространение получил этот метод на курортах карпатского региона. Это связано с тем, что озокерит производился на Прикарпатье. Обобщение опыта применения озокерита в комплексной курортной терапии сделано В. Н. Трифионовой в 1960 г. Конечно, эта оценка проводилась практическим врачом и не претендует на научную разработку, но с позиции практического врача, применение озокеритотерапии с одновременным использованием слабоминерализованной воды «Нафтуса», состав органических компонентов которой во многом напоминает химический состав озокерита, обеспечивает достаточно высокий лечебный эффект при заболеваниях печени и желчных путей.

Более конкретную оценку течения желчнокаменной болезни, при использовании аппликаций озокерита в комплексном курортном лечении дает А. Н. Соколовский (1965). Выраженный болеутоляющий эффект, полученный при включении в лечебный курортный комплекс озокеритотерапии больным желчнокаменной болезнью, опровергает некоторую боязнь многих курортологов при назначении тепловых процедур на рефлексогенную зону, связанную с желчными путями и поджелудочной железой. Характерно, что, по мнению автора, небольшая желтуха, как один из признаков застойных явлений в желчных путях, исчезала в одинаковой степени, независимо от применяемого комплекса, как правило, у всех больных. Можно с одной стороны сомневаться в полученных данных, а с другой – позавидовать такому успешному лечению довольно сложного заболевания.

С другой стороны, вряд ли, можно полностью согласиться с Л. К. Байкаловым (1978), который пишет, что применение озокерита при желчнокаменной болезни противопоказано даже в не осложненных случаях, так как это может вести к развитию печеночной колики, закупорки желчного протока или обострения воспалительного процесса. По-видимому, надо признать, что использование аппликаций озокерита при температуре выше 50 градусов, в отдельных случаях возможно возникновение усиления болевого симптома. Это реакция организма на неадекватный раздражитель, но в тоже время, как показывает опыт, озокеритотерапия хронического калькулезного холецистита, при удачно подобранном термическом режиме не только не вызывает приступа колики, но, наоборот, способствует установлению длительной ремиссии благодаря восстановлению тонуса вегетативной нервной системы.

Если раньше, во время курортного лечения, да и в других случаях озокеритотерапии, больные редко когда имели информацию о наличии или отсутствии камней в желчном пузыре, то в современных условиях нельзя назначать курортное лечение, не зная функциональное состояние желудка и других органов пищеварения.

И все же, несмотря на существующий оптимизм по отношению к озокеритотерапии при патологии гепатобилиарной системы, в отдельных работах имелись сообщения о неблагоприятном влиянии комплексной курортной терапии с включением аппликаций озокерита у больных хроническим гепатитом (В. И. Марковецкий, 1969). Было отмечено, что чаще всего повышался уровень билирубина за счет свободной фракции. Возник вопрос: на какие звенья обмена билирубина оказывает негативное действие аппликации озокерита на правое подреберье? Что при этом является ведущим: тепловой или химический фактор? В связи с тем, что гипербилирубинемия нарастает и при использовании кувальничкой грязи (Д. О. Уतिकеева и соавт., 1976), надо полагать, что основная роль в формировании негативной реакции, скорее всего, отводится гипертермическому фактору, что и было подтверждено при использовании митигированной озокеритотерапии, когда область правого подреберья прогревалась с помощью озокеритовой

грелки с постепенным повышением температуры от 36 до 42° С с помощью озокеритовой салфетки (Г. И. Стеценко и соавт., 1976).

Какой же механизм нарастания уровня билирубина в крови, то есть желтухи, за счет свободной фракции при действии гипертермического раздражителя? Не исключено, что одной из причин увеличения уровня свободного (неконъюгированного) билирубина является нарушения его поглощения на васкулярном полюсе гепатоцита, что подтверждается радионуклидными методами оценки патологии печени. Исследования, проведенные в нашей клинике, показали: в случае нарастания концентрации в крови неконъюгированного билирубина наблюдается снижение поглотительной функции печени (Г. И. Стеценко, 1976).

Не исключено, что в формировании неконъюгированной гипербилирубинемии вообще и при озокеритотерапии в частности не менее существенное значение имеет снижение активности фермента печеночной клетки глюкуронилтрансферазы, ответственной за глюкуронизацию (связывание свободного билирубина с глюкуроновой кислотой). Вообще процесс глюкуронизации специфический для механизма обезвреживания печенью многих токсических веществ. Дополнительное применение индуктора глюкуронилтрансферазы – фенобарбитала позволяет предупредить нарастание уровня свободного билирубина вообще и при использовании в лечебном комплексе аппликаций озокерита на правое подреберье в частности (Г. И. Стеценко, 1979).

Применение аппликаций озокерита 45 – 50° С больным хроническим персистирующим гепатитом, протекающим с минимальным нарушением функционального состояния печени у части больных вызывало не только увеличение гипербилирубинемии, но и дальнейшее усугубление других показателей функционального состояния печени. В первую очередь это касалось появлением в крови повышенной активности индикаторного фермента – аланинаминотрансферазы, отражающей проницаемость клеточной мембраны. В данном случае также необходимо отметить преимущество митигированной озокеритотерапии.

Для оценки состояния внутрипеченочного кровотока под влиянием аппликации озокерита различной температуры использовалась биполярная и тетраполярная реогепатография. Конечно, это не прямой метод оценки внутрипеченочного кровотока, но он позволяет хотя бы косвенно изучить состояние кровообращения в печени, точнее колебания кровенаполнения печени в период сердечного цикла. Искажение формы кривой, снижение амплитуды, нарушение фазовой структуры – все это свидетельствует о наличии патологического процесса в печени. Если не будет морфоструктурной патологии в печени, не будет и нарушения ее кровенаполнения, определяемое методом реогепатографии, о чем уже отмечалось ранее.

В состоянии ли прогревание рефлексогенной зоны, связанной с печенью, существенно изменить внутрипеченочный кровоток? Как показали наши исследования (Г. И. Стеценко, 1976), в одних случаях удается изменить кровенаполнение печени, причем, не всегда позитивно, в других – кровеносная система печени существенно не реагировала, как на одноразовую процедуру, так и на курсовое лечение с применением аппликаций озокерита.

Итак, включение аппликаций озокерита у больных хроническим персистирующим гепатитом без нарушения функционального состояния и применение глауконита у больных хроническим холециститом в комплексном курортном лечении, с целью уменьшения болевого симптома, вызванного, главным образом, сопутствующей патологией пищеварительной системы, позволяет добиться уменьшения боли, а чаще всего ее ликвидации, уменьшение горечи во рту, изжоги, не вызывая при этом ухудшения функционального состояния печени.

При умеренном нарушении функционального состояния печени применение аппликаций озокерита высокой температуры нежелательно, а скорее противопоказано. В таких случаях лучше использовать митигированную озокеритотерапию.

Особый интерес представляет динамика внешнесекреторной функции печени, и состояния внепеченочных желчных протоков при курсовом применении аппликаций озокерита и глауконита в комплексе с внутренним приемом минеральных вод. Конечно, все эти природные лечебные факторы с одной стороны способствуют восстановлению моторно-эвакуаторной функции, а с другой – нормализации физических и химических свойств желчи, что ведет к устранению ее литогенности (склонности к образованию камней), и обеспечению оптимальности пищеварительного процесса.

Не секрет, что большинство пациентов посещает бальнеологические курорты с целью предупреждения формирования желчных камней, зная о предрасположенности их организма к образованию этих камней, в связи с наличием воспалительного процесса во внепеченочных желчных путях. Наши клинические исследования, проведенные в условиях курорта Трускавец,

показали, что у одной половины больных наблюдается улучшение состава пузырной и печеночной фракций желчи, а во второй, к сожалению, не отмечено желаемого улучшения. Такое изменение состава желчи, наблюдаемое как при использовании аппликаций озокерита и внутреннего приема лечебной воды «Нафтуса», так и при использовании только «Нафтуси», по-видимому, вызвано не столько особенностями природных лечебных факторов, сколько формой и фазой патологического процесса в гепатобилиарной системе и способности ее к восстановлению.

Описаны случаи успешного применения аппликаций озокерита в раннем послеоперационном периоде после удаления желчного пузыря по поводу желчнокаменной болезни (Ч. Байриев, 1972; А. И. Соболев, 1976). Обоснование применения озокерита в раннем послеоперационном периоде сводится к тому, что тепловая аппликация озокерита стимулирует восстановительные процессы в печени и способствует восстановлению тонуса желчных путей. Это в какой-то степени предупреждает застойные явления в них, что обуславливает более гладкое течение реабилитационного процесса.

Озокеритотерапия в более поздние сроки после операции позволяет, в некоторой степени, избавиться от застойных явлений, обусловленных нарушением ритма желчеотделения и поступления в кишечник недостаточно концентрированной желчи. Прогревание озокеритом рефлексогенных зон, одновременно с внутренним приемом минеральных вод, является одним из принципов оптимизации реабилитации больных желчнокаменной болезнью (Г. И. Стеценко).

Итак, адекватное включение аппликаций озокерита и глауконита в лечебный комплекс гепатобилиарной патологии в большинстве случаев обеспечивает достаточный терапевтический эффект. Негативные моменты, возникающие в процессе озокеритотерапии этих заболеваний, вызваны, как правило, высокой температурой апплицируемого озокерита, несоблюдением других элементов инструктивных требований, в том числе показаний к озокеритотерапии.

ПОЧКИ И МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ

Многосторонняя деятельность почек обеспечивается рядом жизненно важных процессов: ультрафильтрацией в клубочках (образование первичной мочи, реабсорбцией в канальцах (обратное всасывание веществ, необходимых организму) и секрецией чуждых организму продуктов обмена веществ, синтез новых соединений, регулирующих кровяное давление, артериальное давление и свертывание крови). Ритм выделения мочи, объем и ее состав, прежде всего, отражает функциональные возможности почек и мочевыводящих путей.

Среди поражений почек и мочевыводящих путей наиболее распространенное воспалительное заболевание, характеризующееся изменением структурных единиц почек (клубочков – гломерулонефрит), (канальцев – пиелонефрит), а также заболевание мочевыводящих путей (чашечек, лоханок, мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала) – пиелит, цистит, уретрит. Важным фактором, способствующим формированию воспалительного процесса, наряду с инфекцией и переохлаждением, является снижение почечного кровообращения и застойные явления в мочевых путях.

Кроме воспалительной патологии почек и мочевыводящих путей, довольно распространены врожденные аномалии, опухоли, лекарственные поражения, а также нефропатии при поражении других органов.

Главным клиническим симптомом патологии почек и мочевыводящих путей, конечно же, является боль в поясничной области, причем, степень ее различная наиболее ярко выражается при наличии камня, особенно мигрирующего мочевыми путями. Кстати, размеры камней не всегда играют ведущую роль в возникновении и степени болевых ощущений. Чаще приступообразная боль бывает более интенсивной при продвижении мелких конкрементов («песка»). Механизм возникновения резкой боли по типу почечной колики объясняется внезапным спазмом гладкой мускулатуры мочевых путей, что вызывает повышение давления в полости и раздражении чувствительных нервных окончаний, расположенных в подслизистом слое.

Появление в моче форменных элементов крови (лейкоцитов, эритроцитов), а также белка, особенно в значительных количествах, свидетельствует о наличии воспалительного процесса в мочевых путях и в какой-то степени отражает активность воспалительного процесса.

Теплотерапия заболеваний почек, основанная на разгрузке клубочковой фильтрации, за счет усиления потоотделения, находит широкое применение у больных хроническим гломерулонефритом в условиях жаркого климата. В то же время, при хроническом пиелонефрите, когда превалирует патология канальцев и необходимо стимулировать мочевыделительную

функцию, применяется местное тепло для активации почечного кровотока. Одновременно используется спазмолитический эффект местной тепловой процедуры, а значит и болеутоляющий.

Кроме того, не исключен эффект теплового воздействия на иммунную систему, что может рассматриваться как один из механизмов противовоспалительного действия аппликаций озокерита.

ОТВЕТ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗОВУЮ ПРОЦЕДУРУ

К сожалению, ответная реакция почек на одноразовое прогревание рефлексогенной зоны, изучена недостаточно. Все же имеются сообщения, что после прогревания рефлексогенной зоны кожи собаки обычной водяной грелкой, мочеотделение значительно изменилось, правда не отмечается в какую сторону - увеличение или уменьшение, а скорее всего наступил эффект мочеиспускания (А. Р. Киричинский, 1949). В тоже время согласно известному закону Даст-Мората сосуды почек, в отличие от сосудов других внутренних органов, на тепловой раздражитель отвечают так же, как и сосуды кожи, то есть сначала суживаются, а потом расширяются.

Конечно, для достижения терапевтического эффекта при патологии почек с использованием тепловой процедуры, важно изменение, как интенсивности мочеиспускания, так и состава мочи. Прежде всего, это касается белка и форменных элементов крови. Умеренное нарастание степени эмиграции лейкоцитов в мочу в пределах нормальных показателей может рассматриваться как естественная реакция на тепловую процедуру.

Исследования, проведенные нами в Трускавце у больных мочекаменной болезнью без явлений пиелонефрита, позволили установить, что после одноразовой процедуры наблюдалась лишь тенденция к увеличению количества лейкоцитов и эритроцитов в 1мл мочи.

Уменьшение силы термического раздражителя с использованием озокеритовой грелки в температурном режиме 38–40 градусов вызывает хотя и несущественное, но уменьшение эмиграции форменных элементов крови в мочу, что подтверждает роль термического фактора в изменении проницаемости капиллярной сети почек и мочевых путей.

КУРСОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЗОКЕРИТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Курсовое применение озокерита при патологии почек и мочевыводящих путей, как правило, осуществляется в комплексе с другими лечебными курортными факторами, а иногда и лекарственными средствами. Понятно, что препараты на основе озокерита, обладающие противовоспалительным и болеутоляющим действием, применяются, прежде всего, при хронических воспалительных процессах, сопровождающихся болевыми симптомами. Поэтому на бальнеологических курортах для урологических больных широко используется озокеритотерапия. Касаясь обоснования применения озокерита при мочекаменной болезни М. А. Дудченко (1971) полагал, что прогревание кожных метамеров, связанных с почками, вызывает в них усиление кровообращения. Резонно заметить, что стимуляция диуреза связана с усилением почечной гемодинамики, хотя Л. К. Байкалов (1978), ссылаясь на М.Б. Пластунова и И. Т. Шимонко отмечает, что включение аппликаций озокерита при лечении воспалительных процессов в почках, приводит к усилению потоотделения и уменьшению количества мочи, повышению ее концентрации и тенденции к окислению.

Если применение аппликаций озокерита, как тепловой процедуры при патологии почек и мочевыводящих путей в значительной мере объяснимо, то предположение И.Т. Шимонко (1978) о роли биологически активных веществ озокерита в усилении почечной гемодинамики еще требует доказательств. Недооценка теплового фактора, под воздействием которого наступает существенная перестройка не только в коже, но и в сосудах органов и тканей, входящих в состав кожного метамера, подвергающегося термическому раздражению, нередко заставляет искать в пелоидах химические компоненты, которые, проникая через кожу, обеспечивают лечебный эффект. К сожалению, до сих пор не установлено, какие химические соединения проникают через кожу и их роль в обеспечении лечебного эффекта.

Благодаря выраженному болеутоляющему эффекту, озокеритовые аппликации, как вид теплотерапии, нашли широкое применение у больных мочекаменной болезнью в условиях курорта Трускавец. Четко установлено, что комплексное применение слабоминерализованной воды «Нафтуса», обладающей выраженным мочегонным эффектом и аппликаций озокерита облегчает отхождение песка и мелких камней, по сравнению с условиями клиники (И. Н. Стеценко и соавт.1974; М. А. Скоробогатов и соавт.1976).

На противовоспалительный эффект комплексной курортной терапии патологии почек указывают все урологи в Трускавце, однако степень противовоспалительного действия выражена по-разному. Применяя аппликации озокерита у детей, больных хроническим пиелонефритом, в том числе и калькулезным на курорте Трускавец, К.А. Великанов, И.Т. Шимонко (1974) заметили, что после 2-3 процедур отмечалось увеличение количества воспалительных элементов с последующим их уменьшением. Так как наблюдаемая реакция не сопровождалась усилением болевого симптома, повышением температуры и ухудшением общего состояния, то такая реакция рассматривалась как бальнеологическая, носящая временный характер. Следует отметить, что у больных хроническим калькулезным пиелонефритом количество лейкоцитов, увеличившееся после первых процедур, не только не уменьшилось к концу курса лечения, но даже увеличилось. На основании проведенных наблюдений сделан вывод, что незначительное увеличение лейкоцитов в моче в начале лечения у больных хроническим пиелонефритом не служит противопоказанием для дальнейшего применения озокерита. В то же время при калькулезном пиелонефрите применение озокерита у детей снижает эффективность курортной терапии и требует осторожности в его применении.

Улучшение уродинамики у больных мочекаменной болезнью по данным радиоизотопной ренографии при включении в лечебный комплекс озокеритотерапии, наблюдала И. Н. Стеценко (1974), что еще раз подтверждает снижение тонуса гладкой мускулатуры мочевыводящих путей.

Если наружные аппликации озокерита в урологической практике применяются широко, в том числе и при хроническом простатите в виде «трусков», то ректальное введение озокерита при патологии предстательной железы не нашло широкого применения, хотя попытки были. В литературе имеются сообщения об успешном использовании озокерито-масляной смеси (М.А. Скуратовская, А. С. Шатырко, 1968). Характерно, что после такого курса лечения не только уменьшалась боль внизу живота и при мочеиспускании, но и нормализовалась консистенция и размер железы, исчезали воспалительные элементы в ее секрете (Ю.И. Мельник. и соавт., 1982).

Конечно, быстрое уменьшение клинических проявлений хронического простатита при комплексном применении озокерита является привлекательной процедурой, как для пациента, так и для врачей урологов. Но при этом следует помнить, что необходимо провести кропотливую диагностику между аденомой, раком предстательной железы и простатитом, а также оценить состояние других, близлежащих органов, в первую очередь толстой кишки.

Включение аппликаций озокерита в лечебный комплекс больных хроническим циститом существенно и достаточно быстро способствует ликвидации болевого симптома, снижается частота болевых ощущений при мочеиспускании. Однако практически не освещено вагинальное использование озокерито-масляной смеси при цисталгиях и циститах у женщин, хотя такая процедура применялась.

ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

В предыдущих разделах озокеритотерапия патологии органов пищеварения, гепато-билиарной и мочеполовой систем рассматривалась с учетом срочного ответа организма на процедуру, некоторые стороны механизма биологического и лечебного действия озокерита. Это объясняется тем, что авторами проводились специальные исследования, направленные на раскрытие различных сторон механизма озокеритотерапии, с целью ее усовершенствования. Однако, учитывая то, что при патологиях других органов исследования проводились не так широко, то изложения будет кратким, в основном за счет данных литературы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тепловая процедура при патологии органов дыхания всегда находила место, как в народной, так и в официальной медицине. От самого простого - согревающего компресса и бани до сложных физиотерапевтических процедур. Если оглянуться назад, то можно увидеть, что озокерит, благодаря медленной отдаче тепла, применялся при самой разнообразной патологии дыхательных путей: от острых респираторных инфекций до крупозной пневмонии. Одновременно напоминаем, что озокеритотерапия не претендует на самостоятельный вид терапии, но не исключено, что в отдельных случаях такое лечение может оказаться ведущим.

Значительный интерес представляет сообщение О. П. Синерцовой, А. С. Гельмана (1969) о применении аппликаций озокерита при острых катарах верхних дыхательных путей у грудных детей. Причем, озокерит накладывается в виде «сапожек» на стопы и голени по принципу

отвлекающей терапии. Нежное тепло с рефлексогенных зон через кору и подкорку оказывало общее тормозящее действие, и дети успокаивались, как правило, засыпали. Не побоялись применить аппликации озокерита у грудных детей и с пневмонией. Салфетки, смоченные озокеритом, накладывались так, чтобы не было ограничений дыхательных экскурсий грудной клетки. Уже через 4-5 дней после проведения озокеритотерапии наблюдалось заметное улучшение общего состояния, уменьшались патологические изменения в легких, а между 5 и 10 днем лечения у большинства больных детей исчезали все воспалительные явления.

Изучение влияния озокеритотерапии при пневмонии у детей раннего возраста и ее роли в предупреждении формирования хронических форм заболевания посвящена работа В. Н. Громовой (1960). В этом случае также использовалась компрессная методика, при которой марлевые салфетки, пропитанные озокеритом, накладывались на заднюю поверхность грудной клетки с захватом области нижних шейных и верхних грудных позвонков. Температура прокладок, прилегающих к телу ребенка, не превышала 40° С, а последующих 45° С. Процедуры проводились ежедневно, спустя 1 час после еды, продолжительностью 30-40 минут. Как правило, лечение носило комплексный характер и проводилось наряду с медикаментозной терапией. В легких у детей выслушивались влажные мелкие хрипы, а рентгенологическими исследованиями выявлены очаги уплотнения ткани. В поведенческой реакции преобладали симптомы раздражительной слабости, нарушение сна. Во время процедуры дети вели себя спокойно и засыпали. Сон был спокойный, глубокий, продолжительностью до двух часов. Если больной уснул, то озокеритовый компресс не снимался.

Как в процессе однократной процедуры, так и после курсового лечения, отмечалось восстановление функционального состояния вегетативной нервной системы, улучшалась сердечная деятельность, в том числе и по данным ЭКГ. Но самое главное – ликвидировались воспалительные явления в легких. После выписки из стационара в течение года никакой патологии со стороны легких не отмечалось.

У нас имеются некоторые наблюдения применения озокерита на область грудной клетки (воротниковую и межлопаточные зоны) у детей с бронхиальной астмой. Особенно характерен один случай, когда у мальчика 10 лет приступы астмы были ежедневными и устранялись только после приема лекарств. Уже после 2-3 процедур приступы стали реже, а после 15 дневного курса – прекратились. К сожалению, ремиссия была непродолжительной, но после повторного курса озокеритотерапии наступила длительная ремиссия, то есть, в течение нескольких лет приступов не было.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ни у кого не вызывает сомнения в целесообразности применения тепловых процедур при наличии воспалительного процесса в суставах, а также при повреждении костной и мышечной систем. Изучение противовоспалительного действия аппликаций озокерита на моделях экспериментального асептического и септического воспалений, проведенное А. Н. Сергеевым (1960), убедительно показали, что применение озокерита ускоряет организацию и обратное развитие воспалительного процесса в суставах. Причем, установлена целесообразность раннего применения озокерита при наличии воспаления.

Рассматривая озокерит, как стимулятор процессов регенерации, А. А. Браун (1960) установил не только ускорение процессов заживления раны, но и стимуляцию роста шерсти. Наверное, надо бы подумать в отношении тех, кому угрожает выпадение волос.

Убедившись в обоснованности раннего применения озокерита при острых травмах, хирурги-травматологи начали широко использовать озокеритотерапию в первые дни травмы и установили, прежде всего, выраженный болеутоляющий эффект, ускоренное заживление ран.

При травмах конечностей, в том числе и связочного аппарата, патологические изменения наступают не только в костной и мышечной системах, но и в нервах, нервных окончаниях. Раннее применение физических факторов способствует устранению поступления раздражения с травмированной кости и сустава. Включение аппликаций озокерита в лечебный комплекс при повреждении коленного сустава способствовало более быстрому восстановлению функционального состояния сустава.

Применение озокерита при заболеваниях и последствиях травм периферических нервов с проведением специальных исследований показало, что аппликации озокерита 50 градусов могут

оказаться сверхсильным раздражителем и вызывать парадоксальные реакции. У больных хроническим пояснично-крестцовым радикулитом после наложения озокерита не выше 50 градусов, как правило, получены хорошие результаты, что подтверждается объективными исследованиями. При тяжелых формах пояснично-крестцового радикулита, особенно при наличии изменений со стороны связочного аппарата позвоночника, под действием озокерита клиническая картина существенно не изменялась, и требовалось дополнительных вмешательств. При травматических поражениях нервов, с наличием признаков их восстановления, после озокеритотерапии наблюдалось улучшение нервной проводимости.

ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Кожа не только защитный покров человеческого тела, но и сложный орган, через который осуществляется связь всех систем организма с внешней средой. Рассматривая кожу, как многофункциональный орган, А.М. Чернуха и Е. П. Фролов (1982) полагают, что ни один орган человеческого тела не превосходит кожу по широте физиологических и патологических процессов. Защитная функция кожи обеспечивается не только механически, за счет рогового слоя эпидермиса, но и путем участия ее в формировании общего иммунного ответа организма.

В то же время кожа, как никакие другие органы и системы организма, подвержена повреждениям и заболеваниям. Использование природных лечебных факторов, под влиянием которого существенно изменяются структурные единицы и функциональная активность кожи, позволяет влиять не только на патологический процесс собственно в коже, но и во многих органах, функционально связанных через кожу.

Если в предыдущих разделах этой книги кожа рассматривалась как рецепторное поле, на которое воздействовали нагретым озокеритом, то теперь пришла очередь к применению озокерита при патологических процессах непосредственно в коже, в первую очередь при воспалительных заболеваниях. О том, что под влиянием аппликаций озокерита наступает существенное изменение в коже, в том числе и нормальной, отмечалось раньше, но как использовать эту перестройку в коже для ликвидации патологического процесса в ней, к сожалению, известно не много. Об использовании озокерита в лечении заболеваний кожи имеются лишь отдельные работы (М. Ю. Гольдбенберг, 1968; В. Е. Ткач и соавт., 1991). Если учесть, что в озокерите имеются биологически активные вещества, в том числе продуцируемые озокеритовой палочкой, то станет понятным целесообразность применения озокерита, как местного противовоспалительного средства.

В связи с тем, что аппликации озокерита, как и другие виды нагретых пелоидов, изменяют состояние различных звеньев иммунитета, то при некоторых заболеваниях кожи, сопровождающихся иммунодефицитом, применение озокерита может существенно изменить течение этих заболеваний.

Кроме того, местное применение нагретого озокерита и глины может существенно изменить кровоснабжение кожи, что будет способствовать восстановлению нарушенной трофики.

Таким образом, под влиянием озокеритотерапии, во-первых, наступают неблагоприятные условия для развития патогенной микрофлоры, а во-вторых, позитивно измененный ответ организма способствует ликвидации патологического очага в коже.

Касаясь роли термического фактора в обеспечении бактериоцидности озокерита, М. Ю. Голденберг (1968) установил, что аппликации озокерита 37 градусов не оказывали бактериоцидного действия на стафилококковую культуру, тогда как при аппликации озокерита 45-50° С отмечался бактериостатический эффект. Именно это и позволило использовать аппликации озокерита при заболеваниях инфекционной этиологии: микробная экзема в стадии шелушения, фурункулы, карбункулы в стадии инфильтрации, инфильтративно-гнойная форма трихофитии при более высокой температуре.

Учитывая способность нагретого озокерита улучшать микроциркуляцию в коже, нами применялись аппликации озокерита при хронических инфильтративных и склеротических процессах в коже (склеродермия, ороговевшая и микробная экзема, суставной псориаз).

Нами изучалось использование зеленой глины для избавления от трещин кожи стопы. Наблюдения проведены у 19 человек. Лепешки из зеленой глины накладывались на трещины пятки, под пальцами. Площадь аппликации захватывала не только пораженный участок, но и значительную часть вокруг него. Температура глины – 25-30° С, продолжительность процедуры от 30 до 90 минут. Процедуру проводили 1 – 2 раза в день. У 3 пациентов трещина на коже пятки

зажила через три дня, у 14 человек – через 5-6 дней, у двух человек заживление наступило через 10 дней. Повторного возникновения трещин не наблюдалось в течение 6 месяцев.

Большинство дерматозов, особенно аллергических, образуются на фоне внутренней патологии (экзема, нейродермит, атопический дерматит, хроническая крапивница). Характерно, что в большинстве случаев такие заболевания кожи тесно связаны с патологией внутренних органов (пищеварительная система, печень), а поэтому озокеритотерапия этих заболеваний ведет к улучшению течения и кожной патологии.

Нельзя не остановиться на особенностях озокеритотерапии трофических язв голени, которые использовал М. Ю. Гольденберг (1968). Непосредственно на язву, а также ниже и выше ее, накладывался озокерит 45-50° С и забинтовывался на 10 дней. После снятия повязки проводилась обработка и отмечалась грануляция. После курса лечения из 3-5 десятидневных аппликаций наступало выздоровление у половины больных, а в остальных - значительное заживление язвы.

Таким образом, озокерит можно рассматривать как один из альтернативных способов лечения различных кожных заболеваний.

ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Половые органы предназначены для обеспечения продолжения рода человеческого и должны максимально отвечать, если можно так выразиться, физиологическим требованиям, а проще – быть здоровыми. Причем, не только в детородный период, но и после него, когда выполнена «программа минимум» – рожден ребенок. Сегодня вряд ли можно осмелиться оспаривать проблему максимума, но надо полагать, что она должна быть действительно максимальной. Один ребенок рода не продлит. То, что современная женщина прекращает рожать после одного ребенка, называя это планированием семьи, еще не значит, что это физиологический вариант человеческого развития. В природе, где все живое размножается, предусмотрен вариант максимальной программы – рождение во весь детородный период. Ведь сближение противоположных особей, а применительно к человеку – сексуальная жизнь, привлекательная удовольствием, которую получают двое от половой близости. Это своего рода ловушка, созданная природой для размножения живого. Неудовлетворенная половая близость отталкивает от последующих союзов, а, значит, теряется возможность получить еще одну особь. К сожалению, расплачивается за такое сопротивление природе все живое и человек в том числе. Сколько патологических состояний, как у женщин, так и мужчин, нарушающих гармоничный уклад половой жизни! Если обследовать, даже не глубоко, каждую женщину, то можно выявить не одно отклонение от возрастного физиологического развития. В первую очередь это касается половых органов и гормональной системы, обеспечивающей их нормальное функционирование.

Среди патологии женских половых органов следует выделить воспалительные заболевания, которые, как правило, не минуют ни одну женщину. Несколько реже встречаются эндокринные расстройства, приводящие, прежде всего, к нарушению менструального цикла. Ну, и, конечно же, бесплодие: как первичное, связанное с недоразвитием половых органов и эндокринной системы, так и вторичное – после перенесенного или имеющегося воспалительного процесса. Надо признать, что и как при большинстве воспалительных заболеваний, при воспалительной патологии женских половых органов, основным клиническим симптомом является боль. Ее локализация, иррадиация, изменение характера во многом определяются как анатомо-физиологическими особенностями половых органов, так и формой патологии. Так, наряду с местной локализацией болевого симптома, нередко наблюдается и отраженная боль (В. И. Бодяжина, 1978). Типично боль локализуется внизу живота, крестца с иррадиацией в прямую кишку. Иногда болевые ощущения протекают по типу мигрени, сопровождаются неустойчивостью настроения, со склонностью к депрессии или вспыльчивости, нарушением сна. Нередко разыгрывается типичная картина патологии органов пищеварения или мочеиспускания, а поэтому перед врачом стоит трудная задача в дифференциальной диагностике.

Расстройство половой функции проявляется в снижении полового влечения, отсутствии оргазма, болевых ощущениях, словом женщина не получает никакого удовлетворения от половой близости, а скорее наоборот. Сексуальная неудовлетворенность ведет к формированию полового невроза и к негативным социальным ситуациям, вплоть до развода.

Наряду с болевыми симптомами хронические воспалительные заболевания половой сферы у 35-45 % сопровождаются расстройствами секреторной функции влагалища. При этом изменяется количественный и качественный состав секрета влагалища. Появляются патологические выделения

– бели, которые являются проявлением не только заболеваний влагалища, но и других половых органов.

Особенности биологического действия физических факторов пелоидов (грязи, торф, озокерит) нашли широкое и обоснованное применение при гинекологической патологии.

Как при внутривлагалищном, так и при наружном применении озокерита на рефлексогенные зоны, связанные с половыми органами, лечебный эффект, прежде всего, связан с тепловым и механическим действием. Что касается химического фактора, то в данном случае, как и при других формах патологии не установлено, какой химический компонент является ведущим в обеспечении лечебного эффекта.

Наибольшую заинтересованность в лечебном применении озокерита при гинекологической патологии проявила Е. Д. Свет-Молдавская еще в 1958. Несмотря на то, что эти работы выполнены давно, актуальность их не потеряна и теперь. Остается только сожалеть, что они не получили дальнейшего широкого развития. В свое время Е. Д. Свет-Молдавская доказала противовоспалительный эффект как в эксперименте, так и в клинике. Причем, использовались как внутривлагалищное введение озокерито-масляной смеси, так и накожные аппликации. Продолжительность процедуры составляло 30 минут, всего на курс не менее 15-20 процедур.

Успех озокеритотерапии воспалительной патологии женских половых органов обусловлен, прежде всего, оптимальным вариантом озокерита – теплоносителя, обеспечивающего существенные перестройки метаболизма в пораженных органах за счет интенсификации микроциркуляции. Особо следует отметить потенцирующее действие озокеритотерапии по отношению к антибиотикам и сульфаниламидам. Не исключено, что благодаря улучшению микроциркуляции обеспечивается доставка этих лекарственных препаратов в очаг воспаления.

Нельзя умолчать и об обосновании применения озокерита при гипофункции эндокринного генитального аппарата в расчете на обнаруженные в озокерите гормоноподобные вещества эстрогенного действия. Причем, использование как одного озокерита, так и в сочетании с гормональными препаратами, по данным Е. Д. Свет-Молдавской, способствовало восстановлению овариально-менструального цикла у большинства больных. При этом следует отметить, что озокеритотерапия, как и все виды консервативной терапии успешна только в случае не резко выраженной патологии.

Что касается озокеритотерапии бесплодия, то, учитывая, что причиной этой патологии являются хронические воспалительные заболевания и нарушение овариального цикла, конечно же, следовало ожидать позитивных результатов, что и подтвердилось на практике. Применяя озокерит при первичном и вторичном бесплодии, как самостоятельную процедуру, так и в сочетании с массажем матки, гормональными препаратами наблюдала позитивные результаты, то есть наступление беременности у 16 %. Понятно, что на результаты лечения сказываются форма и степень патологии, а поэтому Р. Л. Габинова и С. Д. Лейкина отмечали наступление беременности уже в 30 % случаев.

Внутривлагалищное введение озокерито-масляной смеси больным хронической воспалительной патологией женских половых органов с одновременной аппликацией озокерита по типу «трусов» способствовало существенному уменьшению воспалительного процесса, что проявлялось как местными реакциями (уменьшение боли внизу живота, нормализацией pH среды влагалища, исчезновение патологических выделений), так и общими (нормализация СОЭ, лейкоцитоза).

Наши наблюдения показали, что введение озокералина во влагалище и наружное применение озокерафина на низ живота по типу «трусов» и на правое подреберье, способствовало одновременному снижению воспалительных явлений в генитальных органах и восстановлению функционального состояния печени и желчных путей (И. Г. Колотелюк).

Учитывая полученные результаты озокеритотерапии гинекологической патологии, считаем нужным обратить внимание широкой врачебной общественности на целесообразность комплексной терапии патологии гепатобилиарной системы и женских половых органов с использованием озокерита и глины.

ОЗОКЕРИТОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Среди патологии полости рта одно из ведущих мест занимает пародонтоз и другие воспалительные заболевания. Учитывая значительный рост травматизма, не последнее место занимают травмы лица и их последствия. И хотя нельзя сказать, что озокеритотерапия широко

применяется в стоматологии, но и говорить, что она не применяется для лечения заболеваний полости рта также нельзя.

Ускоренное рассасывание гематомы при лечении озокеритом переломов нижней челюсти, наблюдаемое Н. А. Агабалаевым (1970) в некоторой степени может показаться сомнительным, а порой даже вызвать опасения. Но полученные результаты, опубликованные в солидных источниках, заставляют верить. Более того, используя аппликации озокерита в начальной стадии остеомиелита, Н. А. Агабалаеву удалось не только купировать острый процесс, но снять интоксикацию в стадии абсцедирования и некроза, повысить резистентность тканевого барьера, восстановить структуру.

Нельзя не признать интересным решение М.А. Лаптевой (1974) использовать в качестве противовоспалительного средства для лечения пародонтита аппликации озокерита. При этом наряду с местным противовоспалительным эффектом, отмечались и существенные изменения в иммунном статусе организма, показанные на примере фагоцитарной активности лейкоцитов в периферической крови. Доказательством снижения воспалительных явлений в полости рта, характеризующиеся уменьшением проницаемости капилляров, явилось уменьшение степени эмиграции лейкоцитов по пробе М.А. Ясиновского.

Как и при других заболеваниях в стоматологии эффект озокеритотерапии выше при использовании ее в начальных стадиях воспалительно-дистрофической формы пародонтита, что подтверждается в работе П. Хребтатия (1975).

Совершенствуя способ озокеритотерапии пародонтита М. А. Лаптева, Г. И. Стеценко и А.А. Плотников (1986) предложили препарат озопарафин – смесь жильного озокерита водной выварки и пищевого парафина, обладающего достаточной эластичностью и малой адгезивностью, что позволило апплицировать его непосредственно на слизистую, без использования ватно-марлевых тампонов. Клинические исследования показали, что аппликации озопарафина на слизистую десен с последующим наложением озокерафина на кожу лица, создает длительную ремиссию заболевания. Исчезла боль в деснах, кровоточивость, восстановилась функция зубов. Кроме того, имеется возможность проводить такое лечение в домашних условиях.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОЗОКЕРИТОТЕРАПИИ И ГЛИНОЛЕЧЕНИЮ

Так как лечебные препараты на основе природного озокерита и глина используются в нагретом виде, то они показаны во всех случаях, где необходимо использовать тепло. Таким образом, озокерит и нагретая глина применяются при следующих патологических состояний:

- острые и хронические заболевания органов дыхания;
- патология органов пищеварения (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки без склонности к кровотечению, дискинезия кишечника, хронический энтероколит, хронический проктосигмоидит);
- патология гепатобилиарной системы (дискинезия желчных путей, хронический холецистит, хронический персистирующий гепатит);
- заболевание почек и мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит и простатит);
- дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, реабилитация после травм;
- хронические заболевания периферической нервной системы и сосудов;
- воспалительные заболевания кожи;
- хронические воспалительные заболевания женских половых органов и бесплодие;
- хронические воспалительные заболевания полости рта.

Основным противопоказанием к озокеритотерапии является:

- наличие опухолей, в том числе и доброкачественных;
- склонность к кровотечениям;
- туберкулез, тиреотоксикоз;
- хронический активный гепатит, цирроз печени;
- сердечно-сосудистая недостаточность II степени;
- гипертоническая болезнь II Б степени со склонностью к стенокардии;
- во всех остальных случаях, где противопоказана теплотерапия;

- беременность.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕБНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОКЕРИТА И ГЛИНЫ

Лечебное применение озокерита – этого уникального природного образования в течение половины столетия выдержано временем. Сейчас не стоит вопрос о прекращении использования озокерита в лечебной практике, точнее замены альтернативным теплоносителем, в том числе и глиной. Наоборот идут поиски оптимизации использования озокерита в медицине. Выдержит ли озокерит конкурентную борьбу с другими пелоидами? Надо надеяться, что выдержит.

Основной способ применения озокерита в настоящее время – накожные аппликации. Учитывая, что кожа является не только огромным рецепторным полем, но и самым большим иммунным органом, то становится понятным возможность использовать множество вариантов озокеритотерапии.

В основу совершенствования озокеритотерапии должно быть положено:

- сохранение добычи природного озокерита;
- работы по созданию новых препаратов на основе озокерита и его компонентов;
- создание оригинальных способов лечебного применения озокерита с учетом температуры озокерита, продолжительности процедуры и курса лечения, сочетание с другими природными и физиотерапевтическими факторами;
- изучение особенности озокеритотерапии в различных возрастных вариантах, особенно в раннем детском и пожилом возрастах.

Касаясь частных случаев лечебного применения озокерита, необходимо уделить внимание ответной реакции со стороны эндокринной, вегетативной нервной и иммунной систем, что позволит корректировать лечебный процесс с учетом индивидуального течения патологического процесса и ответных реакций. Таким образом, озокерит остается одним из альтернативных природных лечебных факторов, используемых в медицине при одновременном поиске и усовершенствовании этого вида лечения

Что касается проблем лечебного применения глины, то здесь надо набраться смелости и признать, что в этом виде пелоидотерапии имеется существенный пробел и его надо обязательно ликвидировать. Каким путем? Наверное, есть один, но надежный путь – это проведение углубленных научных исследований, близких к тем, которые проводились с гязями, но переносить научные результаты, полученные при изучении гязи на глину, конечно же, нельзя. Как же совершенствовать глинолечение?

Во-первых, необходимо провести профессиональное исследование химического состава глины разного цвета.

Во-вторых, определиться с биологической активностью химических компонентов, определяющих цвет глины, и возможные лечебные свойства.

Необходимо разработать оптимальные способы наружного и внутреннего применения глины, учитывая предыдущий опыт научной физиотерапии и народной медицины.

Новосибирск