Санаторно-курортное лечение детей на курортах Краснодарского края

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение 3

1. Санаторно-курортное лечение детей при хронических заболеваниях органов дыхания 4

2. Детские курорты 8

3. Методы лечения в специализированных санаториях и на климатических курортах 10

Литература 18

# Введение

Краснодарский край расположен на юге европейской части РФ, в северо-западной части Кавказа. Благодаря своему географическому положению, климатическим условиям он является наибольшим общепризнанным рекреационным регионом страны.

На территории края, кроме крупнейшего в России курорта Сочи, расположены такие известные курорты, как Ейск, Анапа, Горячий Ключ, Геленджик, курортные местности Туапинского, Геленджикского, Приморско-Ахтарского и Темрюкского районов.

Санаторно-курортное лечение включает комплексное применение лечебных факторов и особенностей климата юга России [1]. Климатолечебные процедуры успокаивают нервную систему, вызывают бодрое настроение, способствуют улучшению обмена веществ и возрастание защитных сил организма. Как правило, закаливающие процедуры рассчитаны на здоровых людей и не подходят тем, кто страдает хроническими заболеваниями. Система физической реабилитации детей, страдающих частыми респираторными заболеваниями и хроническими легочными заболеваниями, широко используется на курортах юга России.

Санаторно-курортное лечение детей в Краснодарском крае, продолжая развиваться и совершенствоваться, играет все возрастающую роль в общей системе лечебно-профилактической помощи детскому населению.

## 1. Санаторно-курортное лечение детей при хронических заболеваниях органов дыхания

Хронические заболевания органов дыхания неспецифической этиологии стали в последнее время частыми страданиями детей различных возрастных периодов их жизни. Возникая в большей своей половине в самом раннем детстве, они склонны прогрессировать в последующие периоды жизни ребенка и нередко служат причиной его ранней инвалидности, а иногда (в раннем возрасте) и смерти во время одного из очередных обострений или от извившегося амилоидоза внутренних органов (чаще в старшем возрасте).

Основными заболеваниями из этой группы являются хроническая пневмония и бронхиальная астма. Бронхиальная астма, хотя и представляет своеобразное заболевание инфекционно-аллергического характера с ярко выраженным нервным компонентом, тем не менее, она вполне закономерно может быть включена в группу хронических неспецифических заболеваний легких, так как основным плацдармом патологического процесса являются легкие. К тому же инфекции и катар слизистых оболочек верхних дыхательных путей, бронхов, острые и хронические пневмонии провоцируют и осложняют приступы бронхиальной астмы.

Ребенок относительно хорошо защищен от заболеваний органов дыхания. Обильное снабжение слизистой оболочки носа сосудами способствует согреванию и насыщению влагой поступающего в дыхательные пути воздуха. Здоровая слизистая оболочка носа является надежным защитным барьером. Она хорошо задерживает бактерии, пылевые частицы, аэрозоли, взвешенные в воздухе. Часть последних удаляется из организма чиханьем, часть поглощается фагоцитами. Носовая слизь, содержащая лизоцим, оказывает бактерицидное действие, обезвреживая микробы.

Однако повторные инфицирования ребенка, снижение как местного, так и общего иммунитета и другие факторы, ослабляющие организм, могут вызвать острые заболевания органов дыхания. Наиболее подвержены этим заболеваниям дети, страдающие рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом или перенесшие хроническую дизентерию. Острые заболевания органов дыхания, особенно возникающие в ранние периоды жизни ребенка и часто повторяющиеся, ведут к исподволь решившемуся хроническому заболеванию легких.

Хронические заболевания легких заметно участились в последнее время в основном потому, что теперь дети, больные острой пневмонией, умирают редко. Болезнь принимает иногда затяжное или рецидивирующее течение, при котором воспалительный процесс в слизистой, а затем подслизистой оболочке, выстилающей дыхательные пути, в перибронхиальной и интерстициальной легочной ткани постепенно уменьшает и извращает сократительную и перистальтическую деятельность бронхов, нарушает дренирующую их функцию и деформирует их.

При малейшем подозрении на формирующийся хронический бронхолегочный процесс участковый педиатр должен направить ребенка в стационар на клиническое обследование и лечение. При подтверждении диагноза ребенок по возможности непосредственно из стационара или в непродолжительном времени по выписке должен поступить в местный специализированный санаторий. При отсутствии такового ему должны быть организованы дома полусанаторный режим, "долечивание" и диспансерное наблюдение.

Кроме такого рода лечебно-оздоровительного комплекса (поликлиника, стационар, местный санаторий), у врача может быть другой вариант также трехэтапного комплекса, в котором местный санаторий заменен курортом (поликлиника, стационар и через какой-то период пребывания дома на полусанаторном режиме - курорт). Наконец, при особо упорном заболевании или когда больной живет в условиях особо неблагоприятного для него климата, придется применить четыре этапа, т.е. последовательно провести больного после поликлинического наблюдения и стационарного лечения и через местный санаторий и через курорт, причем последовательность санаторного и курортного лечения в зависимости от условий, от особенностей реактивности больного может меняться: курортное лечение может предшествовать лечению в местном санатории, где результаты будут закрепляться.

Санаторное лечение является важным этапом единого лечебно-профилактического и оздоровительного комплекса. Как правило, оно должно быть непосредственным продолжением лечения, проводимого в больнице, так как больные хронической пневмонией, переходящие из фазы обострения в фазу ремиссии, еще не могут считаться достаточно здоровыми. Бронхолегочный процесс затих, но полного излечения еще не наступило, еще продолжаются процессы обратного развития инфильтрации и экссудации в интерстициальной ткани, еще прогрессируют процессы фиброзирования и склерозирования. Еще держатся и функциональные расстройства: не восстановлена полностью функция дыхания, устойчивы сердечно-сосудистые расстройства, при напряжениях и нагрузке ясно проявляется та или иная степень легочно-сердечной недостаточности.

Нерационально направлять в далекий путь на курорт ребенка, у которого в дополнение к перечисленному не восстановлен полностью эмоционально-психический тонус, тем более что в вагоне могут быть условия скученности, там он рискует контактировать с инфекционным больным, легко может быть подвергнут то переохлаждению, то перегреванию. Требуется выждать 3-4 месяца, а иногда и больше, прежде чем можно будет при наличии соответствующих показаний отправить его на тот или иной климатический - приморский или горный - курорт, на котором имеется специализированный детский санаторий. Механизм действия климатических условий и других природных курортных факторов в основном один и тот же. Являясь раздражителями многочисленных рецепторов нервной системы человеческого организма, климатические и природные факторы вызывают сложные рефлекторные и гуморальные процессы, воздействуют на кору головного мозга, ретикулярную формацию его, а отсюда происходит перестройка в работе всех органов и систем, повышение иммунобиологического состояния.

К курортному лечению следует прибегать, когда требуются более сильные впечатления, препятствующие "уходу в болезнь". Живописный ландшафт курортной местности: ("ландшафтный фактор", по П.Г. Мезерницкому), виды гор, моря, яркой зелени южной и субтропической растительности, меняющиеся краски неба, как правило, производят на ребенка неизгладимое впечатление и оказывают несомненный лечебный эффект, создавая спокойное, жизнерадостное и бодрое настроение.

Показанием к направлению ребенка на курорт является такое положение, когда требуется изъять его на время из привычной обстановки, когда малая эффективность пребывания в местном санатории в прошлом создала у больного пессимистическое отношение к санаторному лечению и у него держится угнетенное настроение. Это особенно часто наблюдается у детей, страдающих бронхиальной астмой, протекающей на фоне пневмонии II и II-ПI-стадии.

Курортное лечение показано и детям плохо развивающимся, значительно отстающим в физическом развитии, детям-астеникам с преобладанием симпатического тонуса и с вяло текущим хроническим неспецифическим процессом легких. К показаниям для лечения в условиях курорта относятся упорные, сопутствующие основному процессу синусит, хронический тонзиллит, аллергическое состояние, когда требуется повысить сопротивляемость организма, провести энергичную десенсибилизацию. Таким образом, на курорт направляют детей, которым нужен мощный толчок к перестройке реактивности.

В связи со сказанным в санатории на курортах рекомендуется направлять детей:

а) страдающих частым катаром верхних дыхательных путей, бронхитом, при наличии синусита, хронического тонзиллита;

б) страдающих хронической пневмонией I и II стадии, от стающих в физическом развитии или имеющих выраженную астению с преобладанием симпатического тонуса;

в) страдающий бронхиальной астмой, особенно протекаю щей на фоне хронической пневмонии;

г) после перенесенных операций на легких, когда компенсаторная функция легких уже начала восстанавливаться и нет резко выраженной легочно-сердечной недостаточности.

Противопоказания для направления на курорт больных те же, которые указаны и для местных санаториев. Кроме того, следует воздерживаться от направления на южные приморские курорты с их обилием возбуждающих факторов детей с резко повышенной нервной возбудимостью, когда вегетативные рефлексы имеют выраженный ваготропный характер. Это особенно строго следует соблюдать в отношении детей-северян. Для них, а также для детей полосы средних широт при таком состоянии нервной системы и вегетативного статуса более показаны местные санатории, а из санаториев курортных местностей - расположенные в северных зонах (в Прибалтике, на побережье Финского залива, Карельском перешейке).

## 2. Детские курорты

В южных климатических широтах, кроме Крыма, для лечения детей с хроническими заболеваниями органов дыхания организовано еще очень мало санаториев соответствующего профиля. В Анапе дети с указанными заболеваниями могут лечиться в общетерапевтическом санатории "Чайка", в пансионате "Анапа" для матерей с детьми и в условиях курортной поликлиники [2].

Приморско-горно-степной климат Анапы оказывает на организм детей закаливающее влияние, в связи с чем пребывание на этом курорте показано для детей, страдающих хроническим тонзиллитом, хроническим назофарингитом, хроническим бронхитом со скудным отделяемым, хронической пневмонией, бронхоэктатической болезнью в начальных стадиях. Дети могут в течение всего года пользоваться климатолечением, с мая по октябрь купаться в море, при тонзиллите получать грязелечение (грязевые воротники по Щербаку). Наличие виноградных хозяйств дает возможность проводить виноградолечение, что очень ценно при наличии хронического фарингита, бронхита и бронхиальной астмы (виноград облегчает отхаркивание мокроты). Закаливающее влияние пребывания в Анапе сказывается в том, что в дальнейшем дети менее подвержены простудным заболеваниям, реже и легче переносят их.

Лечатся дети с теми же медицинскими показаниями, как в Анапе, и в детском отделении санатория "Солнце" в 3 км севернее Геленджика. Санаторий расположен в прекрасном парке у самого берега моря.

На северном берегу Азовского моря на Бердянском курорте имеется детский санаторий, который принимает детей по следующим показателям: хронический катар верхних дыхательных путей, тонзиллит, бронхит, пневмония, вторичное малокровие. С этими же показаниями принимают детей, и в Бердянский дом отдыха для матерей с детьми.

Природные и климатические условия Бердянского курорта благоприятны для лечения указанных выше заболеваний у детей. Климат курорта приморский, равнинный - степной с теплым сухим летом (24°) и мягкий зимой (-4°). Климатические условия Бердянска позволяют использовать его для климатолечения детей, тем более что здесь в течение 4 месяцев летнего сезона возможна талассотерапия, так как в Бердянске вдоль залива, образуемого песчаной косой, тянется удобный песчаный пляж, полого спускающийся к морю, дно которого также постепенно углубляется.

Возможны также виноградолечение и при показаниях грязелечение (грязевые воротники при тонзиллитах). Грязь иловая, добываемая из близлежащих соленых озер, по составу близка к грязям Одесских лиманов.

Очень мало еще используются в борьбе с хроническими заболеваниями легких горные курорты. Между тем многолетний опыт (в довоенные годы - Е.Н. Третьякова, в послевоенные - Р.Т. Таирова) говорит о большой эффективности лечения детей, больных бронхиальной астмой, в таких климатических условиях. Чистый горный воздух с обилием ультрафиолетовых лучей, пониженное барометрическое давление способствуют улучшению дыхательной функции легких; улучшается и состояние сердечно-сосудистой системы (Р.Т. Таирова). По возвращении домой у одних детей приступы не возобновляются в течение ряда месяцев, даже года, у других - вскоре вновь появляются, но происходят реже и протекают в смягченной форме, а потому общее состояние детей не нарушается так резко, как раньше.

## 3. Методы лечения в специализированных санаториях и на климатических курортах

Основой лечения в санаториях детей с хроническими заболеваниями органов дыхания являются правильный режим, климатотерапия, рациональное питание, гигиеническая и лечебная гимнастика и в отношении многих больных физиотерапевтические и водные процедуры [3]. Педагогический процесс и воспитательная работа также способствуют укреплению здоровья детей и улучшению их нервно-психического статуса.

Режим. Общий режим санатория должен быть всесторонне продуман. В его основу должен быть положен принцип щажения нервной системы и психики больных детей. Все факторы, которые отрицательно влияют на их нервно-психическое состояние, должны быть устранены.

В спальнях, столовых, игровых и классных комнатах, в процедурных и кабинете врача должна быть создана уютная обстановка, предусмотрены правильный выбор цвета окраски стен и мебели, обеспечена хорошая аэрация, эффективная температура, правильное расположение источника света.

Веранды должны быть просторными, имеющими подвижные стенки-щиты для защиты от ветра и жалюзи или шторы для предохранения от излишних солнечных лучей.

Создание охранительного режима для детей является обязанностью всех сотрудников санатория. Неизменно доброжелательный спокойный тон в беседе с детьми и между собой, тишина, порядок - все это дает возможность больным полностью насладиться гармонией окружающей природы.

Режим не может быть одним и тем же для всех больных. Следует учитывать возраст детей, стадию болезни, срок, прошедший после обострения (длительность периода ремиссии или затихания процесса). Режим маленьких детей в силу их возрастных особенностей должен обеспечивать им более продолжительный сон, а двигательные нагрузки должны быть более короткими, менее утомительными и чаще сменяться периодами отдыха.

Как правило, в санаториях данного профиля устанавливается 3 режима: I режим делится на режимы 1а и 16. Режим 1а (постельный) назначают на 1-3 дня тотчас по переводе из стационара в санаторий для адаптации к новым условиям. Его назначают также в дальнейшем в случае обострения воспалительного процесса в органах дыхания, приступов бронхиальной астмы, присоединения какого-либо острого интеркурентного заболевания. Режим 16 (полупостельный) назначают больным с затянувшимся разрешением пневмонии и с другими остаточными воспалительными явлениями в легких, плевре и носоглотке, при легких приступах бронхиальной астмы, а также реконвалесцентам после перенесенного интеркурентного заболевания.

Режим II - щадящий - назначают вскоре после тяжелого обострения II стадии пневмонии, больным с III стадией хронической пневмонии, с тяжелой формой бронхиальной астмы в стадии относительной ремиссии, а также временно на несколько дней, по индивидуальным показаниям детям, находящимся на III режиме.

Режим III является тренирующе-стимулирующим, так как он содержит элементы закаливания. На этот режим переводят детей с I и II стадией хронической пневмонии и с легкой формой бронхиальной астмы, уже адаптировавшихся к условиям санатория.

Через весь режим дня красной нитью должно проходить климатолечение. Для пребывания на открытом свежем воздухе должно быть отведено не менее 5-6 часов в день, а если позволяют время года и климат, то и больше, вплоть до круглосуточного пребывания на воздухе - в саду, на верандах.

Климатотерапия применяется не только в виде длительного пребывания на свежем воздухе, когда ребенок находится в одежде, но и в виде воздушных, а иногда и солнечных ванн.

Питание детей следует строить не только с учетом физиологических возрастных потребностей в пищевых ингредиентах, витаминах, минеральных солях и микроэлементах, но и считаясь с патологическим процессом, его особенностями и со стадией процесса.

Не закончившийся воспалительный процесс требует временного ограничения в пищевом рационе углеводов, соли и воды. Для обеспечения регенерации эпителия дыхательных путей нужно вводить витамин А в дозах, превышающих возрастную потребность в этом витамине. Пострадавшая дыхательная функция легких для улучшения окислительных процессов требует введения витаминов С и В1. Развившаяся гипопротеинемия и диспротеинемия, отражающие нарушения белкового обмена, требуют увеличения количества рибофлавина, обеспечивающего обмен аминокислот. Потеря белка с мокротой при бронхоэктазах, недостаточное получение и усвоение белка из-за плохого аппетита и интоксикации требуют введения повышенного количества легко усвояемых белков. Практически это легко осуществить включением в пищевой рацион дрожжей. Хороши для этой цели обезгореченные пивные дрожжи, напитки и блюда из пекарских дрожжей. Дети охотно пьют шиповнико-дрожжевой напиток (квасок), свекольно-дрожжевую смесь. В виде лекарственного назначения дают дрожжевую пасту или дрожжевое молоко. В меню включаются блюда из дрожжей; соусы, котлеты, биточки, паштеты, картофельная запеканка с дрожжевой крошкой, перловая рассыпчатая каша также с дрожжевой крошкой (Ф.К. Молчанов).

Детям с повышенной реактивностью и находящимся в состоянии аллергизации необходимо вместе с другими десенсибилизирующими лечебными мероприятиями провести и десенсибилизирующую диетотерапию: ограничение калорийности, поваренной соли, воды и введение продуктов с повышенным содержанием кальция, витамина D. Для борьбы с ацидозом в питание вводят инжир, отвар изюма, чернослива, печеный картофель. Для возбуждения аппетита и как питательный и хорошо усвояемый продукт полезно применять, кумыс.

Большое внимание, инициатива и чувство ответственности должны быть проявлены при составлении меню с тем, чтобы оно было разнообразным и удовлетворяло вкусы и потребности организма больного ребенка.

Лечебная физкультура. Гигиеническая и лечебная гимнастика в санаториях данного профиля имеет чрезвычайно большое значение. Ослабленному болезнью, еще недавно прикопанному к постели ребенку, ограниченному в условиях I и II режима, занятия гимнастикой дают выход в его потребности и движении. Рационально проводимые с учетом сил ребенка и состояния патологического процесса, эти занятия содействуют повышению его эмоционально-психического тонуса, попытают реактивность, корригируют ряд патологических состояний и отставание физического развития, которое нередко отмечается у этих больных.

Чрезвычайно большое значение имеют занятия лечебной гимнастикой. В комплексы лечебной гимнастики обязательно входят специальные дыхательные упражнения, но их дают не изолированно, а на фоне общих упражнений, имеющих целью воздействовать на весь организм ребенка.

При III стадии пневмонии с наличием бронхоэктазов в комплекс добавляют упражнения, содействующие очищению бронхов от секрета.

Упражнения проводятся в медленном темпе. Глубокий вдох ребенок делает через нос, а выдох - через рот, стараясь форсировать его сколько может.д.ля максимального опорожнения бронхоэктазов рекомендуется в качестве положения так называемое дренажное положение. В ряде санаториев широко применяют массаж грудной клетки в сочетании с дренажным положением (на боку, на животе, на четвереньках). Занятия требуют осторожного и сугубо индивидуального подхода, так как у этих больных часто имеется сердечно-легочная недостаточность.

При бронхиальной астме лечебную гимнастику рассматривают как активную неспецифическую патогенетическую терапию. Физические упражнения, меняя возбудимость коры головного мозга, повышают ее влияние на все функциональные системы организма ребенка, а это способствует угасанию патологических условно-рефлекторных связей и восстановлению угасших нормальных связей. Очень важно научить этих больных правильно дышать, уметь регулировать тонус бронхиальной мускулатуры.

Физиотерапевтические мероприятия следует широко применять в условиях местного санатория. Особенно можно рекомендовать лечение электрическим полем УВЧ. УВЧ терапия показана тогда, когда начинают выявляться признаки приближающегося обострения, независимо от того, проводилась ли она ранее. УВЧ терапия рекомендуется при бронхоэктазах и тогда, когда ребенок в стационаре лечился другими средствами и методами, а процесс не затих и не стабилизовался. Наибольшее применение нашло пользование электрическим полем УВЧ в слаботепловой дозировке (Е.Я. Гинзбург, Д.В. Мессель). Согласно рекомендации этих авторов, применяется поперечный метод на пораженную область легкого, продолжительность сеанса 10-12 минут, частота - через день; всего 12-15 процедур на курс лечения. Лечение электрическим полем УВЧ обусловливает более быструю и более полную ликвидацию острых воспалительных явлений в легких, чем это имеет место при антибиотикотерапии.

Значительно реже показана диатермия. Ее назначают при появлении ограниченного нового свежего воспалительного очага, но при отсутствии нагноительных процессов в легких больного, т.е. практический лишь при I стадии хронической пневмонии. Широкое применение находит ионогальванизация с кальцием и витаминами С и В1. Она не противопоказана и тогда, когда у ребенка имеется сопутствующий хронической пневмонии туберкулезный процесс.

В зимний период или в дождливую пасмурную погоду в другие сезоны, когда пользование солнечными лучами ограничено, возникает насущная потребность использовать искусственные источники света. Наиболее желательно применение группового облучения детей, во время которого они могут свободно передвигаться, играть, заниматься ритмикой и не чувствовать стеснения от проводимой процедуры.

При наличии у детей в качестве сопутствующего заболевания хронического тонзиллита, отита или другого какого-либо очага инфекции, не санированного до перевода в санаторий, для ликвидации этого очага также применяют физиотерапевтические процедуры. При тонзиллите показано лечение миндалин холодным кварцем, ультрафиолетовое облучение миндалин через тубус, новокаиновый электроионтофорез по Ф.А. Богомоловой, при отите - лечение электрическим полем УВЧ, ультрафиолетом, при гайморите - гальванизация и лечение электрическим полем УВЧ. Применим также массаж. Он не требует волевых напряжений со стороны больного, почему показан и значительно ослабленным детям.

Водолечение. Водные процедуры являются обязательным мероприятием. Человек дышит не только легкими, но и всей поверхностью тела, а раздражение экстерорецепторов кожи рефлекторным путем улучшает функции многих систем и органов. Водные процедуры обычно начинают с влажных обтираний всего тела с последующим обсушиванием и растиранием до порозовения кожи. Влажные обтирания тепловатой водой относятся к "мягким" процедурам, подготавливающим к более сильным воздействиям - обливаниям, душам и купаниям в бассейне или естественном водоеме. Мелкие "плескательные" и более глубокие бассейны широко применяются в санаториях Западной Европы, но в наших детских санаториях данного профиля они еще мало распространены.

Обтирания начинают водой температуры 33-30° и постепенно снижают ее до 20-18°. Обливания хорошо освежают ребенка, особенно после солнечных ванн. Их начинают с орошения протянутых рук, попеременно поднимаемых ног, затем ребенок подставляет спину и, наконец, все тело. Температура воды такая же, как и при обтираниях. Купания начинают при температуре воды не ниже 20-19° и температуре воздуха в тени 20-18°. Продолжительность купания 5-10 минут, при ветре - короче. Детям со II или III стадией хронической пневмонии, с бронхиальной астмой в лучшем случае разрешают лишь окунуться.

Прогулки и экскурсии занимают видное место в жизни детей в санатории. Но для каждой группы больных детей прогулки должны быть строго дозированы по продолжительности с учетом сил и возраста больных. Длительность прогулок не должна превышать 1-2 часов, а путь в один конец не должен превышать 1-1,5 км. Отдых (привал) при достижении объекта экскурсии должен быть 20-30-минутным. Маршрут выбирают не утомительный по силам данной группы детей.

В условиях южных курортов климатотерапия может применяться в максимальных пределах благодаря возможности круглосуточного пребывания больных детей (при наличии к тому медицинских показаний) на верандах. На приморских курортах для водных процедур пользуются морской водой, многим детям (при соответствующей температуре воздуха и воды) разрешаются морские купания. На южных курортах, где произрастают лечебные сорта винограда, в лечебный комплекс включается виноградолечение. Оно особенно показано детям, истощенным гнойной интоксикацией, при осложнении хронической пневмонии легочно-сердечной недостаточностью.

# Литература

1. Краснодарский край: Санатории, пансионаты, дома отдыха, базы отдыха, гостиницы, акватории, дельфинарии: отельный справочник. – Краснодар, 2003. – 160 с.
2. Романов Н.Е. Курорты Кубани. – Краснодар: Книжное издательство, 1983. – 112 с
3. Санаторно-курортное лечение детей. Под ред.Д.Д. Лебедева. – М., 1986 г. – 400с.