

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В САНАТОРИИ

¹Полуянова И.Е., ²Пирогова Л.А.

¹Республиканский центр по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения, Минск, Беларусь

²УО «ГрГМУ», Гродно, Беларусь

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом случаев метаболического синдрома во всем мире и в Республике Беларусь. Доказано, что артериальная гипертензия в сочетании с ожирением в 100% случаев предшествует развитию нарушений коронарного кровообращения [7, 8, 15, 22].

Ежегодно увеличивается количество пациентов с ишемической болезнью сердца, имеющих кластер факторов риска, обозначенных как «метаболический синдром», наличие которого свидетельствует о глубоких метаболически взаимосвязанных атеротромботических нарушениях в организме [6, 7, 19, 21].

Метаболический синдром считается одной из наиболее актуальных проблем медицины. Его медицинская и социальная значимость обусловлена тем, что у пациентов с метаболическим синдромом примерно в 4 раза возрастает частота развития опасных для жизни сердечно-сосудистых заболеваний, а также сахарного диабета 2-го типа.

Метаболический синдром, как типичный представитель болезней цивилизации, чаще встречается в экономически развитых странах, частота его развития связана с возрастом, полом и абдоминальным ожирением [2].

В Республике Беларусь на долю болезней системы кровообращения в 2015 г. в структуре общей смертности приходилось 57,6% [16].

Что касается ожирения и сахарного диабета 2-го типа, то распространенность этих заболеваний продолжает расти во всем мире. В Республике Беларусь на 1 января 2016 г. на диспансерном учете находилось 287 976 пациентов с сахарным диабетом, в том числе с сахарным диабетом 1 типа – 17 026 чел., сахарным диабетом 2 типа – 268 092 чел. [24].

Статистика бесстрастно фиксирует и еще одну

неблагоприятную тенденцию: доля лиц с избыточной массой тела среди взрослых доходит до 61%, среди подростков – до 21% [4]. Ожирение представляет очень существенную угрозу здоровью человечества. Распространение этого хронического заболевания по темпам сходно с эпидемией [23].

В последние годы метаболический синдром является одной из наиболее обсуждаемых медицинских проблем. Эксперты ВОЗ определяют его как «пандемию XXI века». Это связано с широким распространением метаболического синдрома – до 30% и более в популяции, дальнейшим ростом заболеваемости и тем, что он предшествует таким патологиям, как сахарный диабет 2-го типа и атеросклероз [20].

В настоящее время метаболический синдром определяют, как симптомокомплекс, сочетающий инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, гипергликемию, гипертриглицеридемию, дислипотемию, артериальную гипертензию, нарушение системы гемостаза, хроническое субклиническое воспаление и гиперурикемию, связанные в одну патогенетическую цепь. Главным звеном в патогенезе метаболического синдрома является инсулинорезистентность, связанная с висцеральным ожирением.

Фармакологические методы лечения пока не имеют эффективных препаратов, с помощью которых можно решать проблему метаболического синдрома в комплексе, поэтому чаще всего используются лекарства для снижения уровня холестерина в крови, артериального давления, подавления аппетита с целью уменьшения массы тела [18].

Вместе с тем известно, что различные природные и преформированные физические факторы могут оказывать реальное модифицирующее влияние на процессы гормональной регуляции обмена веществ, что априорно предполагает перспективность научных исследований, посвященных их применению в лечении и профилактике метаболического синдрома [11].

Установлено, что физические нагрузки за счет активации метаболических процессов способствуют уменьшению массы тела [3].

Особо следует подчеркнуть, что длительные физические нагрузки позволяют задействовать в активизации

энергетического обмена триглицериды, трансформируя их в свободные жирные кислоты и тем самым способствуя уменьшению жировых запасов [18].

Опыт показывает, что метаболический синдром в санаториях часто не выставляется как диагноз, а если и диагностируется, то не всегда эффективно лечится [20].

Поэтому нашей целью являлось выделить и сформулировать основные мероприятия по диагностике и лечению метаболического синдрома в санаторно-курортных организациях.

Измерение антропометрических данных – первое, что должен сделать врач при подозрении на метаболический синдром. Для этого достаточно измерить рост, вес и окружность талии пациента. Ожирением считается индекс массы тела (индекс Кетле) $>30 \text{ кг/м}^2$ (вес в кг/на рост в м^2), вычисляется по формуле, специальной линейке или по таблице [20].

Определение уровня глюкозы и липидов крови вполне доступно на уровне санаторных медицинских лабораторий. Поскольку нарушение толерантности к глюкозе в 60% случаев проявляется нормальным уровнем глюкозы натощак, при подозрении на метаболический синдром, по мнению А.В. Чернышёва и И.Н. Сорочинской, необходимо проведение орального глюкозотолерантного теста. Для этого после определения уровня сахара натощак пациент принимает 75 г глюкозы (или 125 г сахара рафинада), растворенной в стакане воды и через 2 часа определяется уровень глюкозы крови. Несколько менее информативным показателем считается уровень постпрандиальной (через 2 часа после завтрака) гликемии.

Обязательным является измерение суточного артериального давления.

Основным признаком метаболического синдрома является: центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин.

К дополнительным критериям относятся:

- артериальная гипертензия (артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт. ст.);
- повышение уровня триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л;
- снижение концентрации уровня ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин;
- повышение содержания ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л;

– гипергликемия натощак – глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л;

– нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л).

Наличие у пациента центрального ожирения и двух из дополнительных критериев является основанием для диагностики метаболического синдрома [9, 13, 20].

Адекватно подобранная на досанаторном этапе медикаментозная терапия не менялась в течение всего санаторно-курортного лечения.

Основой эффективного лечения метаболического синдрома является активная немедикаментозная терапия в санатории.

Для лечения пациентов с метаболическим синдромом в условиях санатория А.В. Чернышёвым и И.Н. Сорочинской предложена комплексная программа. Применялась специально разработанная модифицированная кардиометаболическая диета. Ее суточная калорийность не превышала 2000 ккал в сутки за 4 приема пищи, с резким ограничением простых углеводов, насыщенных животных жиров, холестерина, поваренной соли.

Акцент в диете делался на рыбу, белое постное мясо, нежирные кисломолочные продукты, растительные белки и масла, большое количество овощей, несладких фруктов, соков, грубоволокнистой клетчатки, балластных веществ. Диета подразумевала также употребление не менее 2 литров чистой пресной воды в день. 2 раза в неделю проводились разгрузочные дни, кефирно-творожный и фруктово-овощной.

Активизация физической активности – один из важнейших аспектов комплекса. В обязательном порядке назначалась ежедневная ходьба в быстром темпе от 5 до 10 км в день в зависимости от возраста, диагноза и толерантности к физической нагрузке пациента. 3 раза в неделю назначались статодинамические тренировки по 30 минут, с малыми утяжелениями на все группы мышц на тренажерах под руководством инструктора ЛФК. 3 раза в неделю – спортивные игры по 30 мин. (дни игр чередовались с тренировками на тренажерах).

Спортивные игры: волейбол, стритбол, баскетбол, мини-футбол, бадминтон, большой теннис, настольный теннис

назначались лечащим врачом с учетом спортивной подготовки пациентов и их толерантности к физической нагрузке. Игры проводились и дозировались инструктором ЛФК. Назначалось обязательное ежедневное плавание и купание в бассейне или водоеме, гидрокинезитерапия по 30 мин. 2 раза в день. Интенсивность физических тренировок контролировалась по частоте пульса. Обязательным элементом в дозировании физических нагрузок являлось определение тренировочного пульса, его минимального и максимального значения. Объем тренировок составлял ежедневно 1,5-2 часа. Пациенты получали активную гидротерапию: душ Шарко, шотландский душ, подводный душ-массаж.

Проводились закаливающие процедуры: обтирания, обливания прохладной и холодной водой, контрастный душ. Также проводилась терморелаксационная терапия с окунанием в холодный бассейн и гипокситерапия на аппарате «Горный воздух». Все обследуемые, большинство вместе с супругами, проходили занятия в кардиошколе, организованной в санатории. Это мотивировало пациентов к лечению и оздоровлению, ориентировало их на здоровый образ жизни.

С пациентами проводились индивидуальные, семейные, групповые консультации, занятия, общие лекции. Раздавались информационные буклеты, листовки, в номерах находились информационные папки, в корпусах и на территории санатория располагались стенды со сведениями по профилактике и лечению кардиологических заболеваний и метаболических нарушений. Ежедневно транслировались радиобеседы, показывались киножурналы перед кинофильмами по санаторно-курортному лечению метаболического синдрома. По кабельному телевидению транслировались передачи по использованию природных и немедикаментозных методов в условиях санатория. Были разработаны индивидуальные рекомендации для пациентов на межсанаторный период, связанные с изменением образа жизни и контролем за своим состоянием, результаты которых заносились в специальные дневники. Все пациенты проходили консультацию у психотерапевта. После беседы, осмотра и тестирования, при необходимости назначались сеансы профессиональной психотерапии, аутотренинга, свето-аромо-музыкотерапии [20].

В.К. Фролков и О.В. Михайлюк отмечают, что физические

нагрузки на тренажерах и в большей степени гидрокинезотерапия или аквааэробика способствуют существенному регрессу многих показателей. А дополнительный внутренний прием минеральной воды усиливает эти эффекты. Учитывая тот факт, что у пациентов с метаболическим синдромом, получавших гидрокинезотерапию или аквааэробика, одновременно отмечается существенное снижение коэффициента атерогенности и уровня триглицеридов в крови, можно утверждать, что данные методы являются в наибольшей степени эффективными для нормализации липидного обмена.

Предлагаемые методы коррекции не только стимулируют процессы саногенеза за счет уменьшения явлений инсулинорезистентности, но и способствуют снижению уровня глюкозы в крови. Это свидетельствует о том, что методы восстановительной медицины оказывают системное воздействие на организм пациента и в отличие от лекарственных препаратов практически не дают побочных эффектов [18].

С.А. Балакин и соавторы отмечают, что среди факторов, которые могут стать основой для разработки разнообразных нефармакологических технологий коррекции метаболических нарушений у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с ожирением, особый интерес представляют минеральные воды, которые при внутреннем приеме могут активизировать энтероинсулярные гормональные взаимодействия, способствуя оптимизации метаболических реакций [17]. Нарушение последних является одной из причин ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний и развития метаболического синдрома [1, 25, 26].

Научные исследования, проведенные у пациентов, которые были разделены на 2 группы: первая группа получала базовую стандартную терапию: диета, лечебная физкультура и гипотензивные препараты, тогда как пациенты второй группы дополнительно получали внутрь минеральную воду «Новотерская» комнатной температуры в количестве 200-250 мл за 20-30 минут до еды. Длительность курса составляла четыре недели. Изучение динамики исследуемых показателей в процессе лечения показало, что внутренний прием минеральной воды является достаточно значимым фактором в общей системе лечебно-профилактических мероприятий, проводимых у пациентов с артериальной

гипертензией в сочетании с абдоминальным ожирением. Выявлено, что по сравнению с пациентами первой группы по некоторым показателям положительные изменения на фоне приема минеральной воды были достоверно выше [1, 17, 25, 26].

А.Н. Разумов с соавторами отмечает, что отдаленные результаты фитобальнеологических воздействий в санатории у пациентов с метаболическим синдромом подтверждают наибольшую эффективность комплексного применения корригирующих факторов. На фоне комплексного применения фитотерапии и минеральных вод длительность сохранения достигнутых клинико-лабораторных результатов составила 8-9 месяцев. Изолированное применение фитококтейлей или бальнеотерапии сопровождалось сохранностью эффектов в течение 6 месяцев [12].

В.В. Рубин и Е.Е. Урвачёва отмечают положительные изменения в характере эректильной функции при санаторно-курортном лечении пациентов с метаболическим синдромом на Железноводском курорте [14].

При проведении авторами исследования пациенты были разделены на две репрезентативные группы. В первой группе на фоне тренирующего режима, дробного диетического питания и внутреннего приёма Славяновской минеральной воды в питьевом режиме (3 раза в день за 45 минут до еды) пациенты принимали ванны из этой же минеральной воды с температурой 36-37°C, экспозицией 15 минут, на курс – 8 процедур, сифонные промывания минеральной водой по 8-10 литров индивидуально, 3-4 на курс и пелоидотерапию в виде аппликаций иловой грязью Тамбуканского озера на «трусиковую» зону с температурой 40-42°C, экспозицией 15-20 минут и ректальных тампонов (42-45°C, 25-30 минут), на курс 6-8 процедур.

Во 2 группе пелоидотерапия была заменена термотерапией, проводимой посредством мини-сауны профилактической «Кедровая здравница», (46-58°C, 10 минут, 6-8 процедур).

Зарегистрировано положительное влияние обоих изученных методов воздействия на клинические и параклинические показатели наблюдаемых пациентов. На фоне лечения наметились положительные изменения в характере эректильной функции, которые стали более четкими после окончания приема курортной терапии.

Отрицательных результатов санаторно-курортного лечения в наблюдаемых группах не отмечалось [14].

А.С. Каспирович и В.А. Шашель, отмечая тот факт, что метаболический синдром в подростковом возрасте является предшественником сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни, предлагают следующую комплексную программу для детей и подростков с метаболическим синдромом и синдромом вегетативной дисфункции в санаторно-курортных условиях:

– диетотерапию со снижением общей калорийности до 1500 ккал в сутки с условием постепенного исключения углеводов с высоким гликемическим индексом, количества жиров на 1/3 от общей калорийности и поваренной соли до 6 г в сутки. Причем детям с синдромом вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу в режим питания были включены продукты с повышенным содержанием калия, магния, витаминов А и Е, полиненасыщенных жирных кислот, а при вегетативной дисфункции по ваготоническому типу из режима питания исключили продукты, усиливающие секрецию пищеварительных желез и добавили продукты с повышенным содержанием кальция, витаминов группы В;

– лечебную физкультуру с индивидуальными дозированными нагрузками ежедневно. Детям с вегетативной дисфункцией по симпатикотоническому типу лечебную физкультуру назначали по 15-20 минут 2-3 раза в день, при синдроме вегетативной дисфункции по ваготоническому типу – проводили по 30-40 минут 1 раз в день в утренние часы;

– детям с синдромом вегетативной дисфункции по ваготоническому типу осуществляли ручной массаж нижних конечностей и мест повышенного жировотложения, по симпатикотоническому – массаж воротниковой зоны и областей повышенного жировотложения 15-20 минут, 10 процедур;

– бальнеотерапию при метаболическом синдроме с синдромом вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу, включавшую в себя ванны с настоями седативных трав (мяты перечной, валерианы), при температуре воды 35-37°C, продолжительностью 10-15 минут, через день, 10 процедур, а по ваготоническому типу – растительные с настойкой белокопытника, березового или смородинового листа, чередуя с

пелоидотерапией (тонкослойные грязевые обертывания зон с повышенным жиросложением), 10 процедур;

– фитотерапию в виде приемов чая на основе гипогликемических трав (можжевельник, березовые почки, молодые побеги клена, крапива, яснотка белая, борщевик), при синдроме вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу в рацион дополнительно были введены травы, обладающие седативным действием, – валериана, пустырник, зверобой, мелисса, а по ваготоническому – фитотерапия с дополнением настоев трав для стимуляции физической активности: женьшень, элеутерококк, лимонник, заманиха;

– физиотерапию, при метаболическом синдроме с синдромом вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу на область воротниковой зоны электрофорез с 5%-ным раствором бромистого натрия, 4%-ным раствором сульфата магния, 2%-ным раствором эуфиллина, 1%-ным раствором папаверина, а при метаболическом синдроме с синдромом вегетативной дистонии по ваготоническому типу – с 5%-ным раствором хлорида кальция.

Абсолютное большинство клинических показателей метаболического синдрома в сочетании с синдромом вегетативной дисфункции по ваготоническому и симпатикотоническому типам у детей, прошедших указанное санаторно-курортное лечение, а также показатели, характеризующие состояние здоровья, значительно улучшились [5].

Л.Н. Погребняк и соавторы проводили исследования с целью оценки эффективности коррекции метаболических изменений у детей в условиях санатория. Комплексная программа проводилась в течение 14 дней на базе санатория «Сосновка» Новгородской области Российской Федерации и включала в себя этапную диетотерапию, дозированные физические нагрузки, групповую, индивидуальную и семейную психотерапию, обучение детей и родителей по программе «Школа ребенка с лишним весом» с использованием видео и печатных материалов, физиолечение.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что комплексное восстановительное немедикаментозное лечение по программе в условиях санатория является краткосрочным эффективным методом терапии для детей с конституционально-

экзогенным ожирением и метаболическими изменениями, так как ведет к снижению массы тела, индекса массы тела и нормализации артериального давления, позволяет скорректировать дислипидемию и инсулинорезистентность [10].

В.К. Фролковым и О.В. Михайлюк установлено, что в процессе санаторного лечения практически у всех пациентов с метаболическим синдромом в той или иной степени происходили благоприятные изменения в различных функциональных системах, задействованных в патогенетических звеньях этого заболевания [18].

Таким образом, с помощью целенаправленной диагностики, повышения приверженности пациентов к лечению с применением обучающих программ, персонализированной диеты с ограничением калоража, животных жиров, поваренной соли, простых углеводов и разгрузочными днями, контролируемой интенсивности физической активности, отказа от табакокурения, злоупотребления алкоголем, водных процедур, нормализации сна и общего психо-эмоционального состояния на фоне адекватного медикаментозного лечения удалось своевременно выявить метаболический синдром и значительно улучшить самочувствие и клиничко-функциональное состояние этих пациентов за время санаторно-курортного лечения.

Ранняя диагностика метаболического синдрома и адекватная комплексная терапия с акцентом на активное немедикаментозное воздействие являются важным звеном в лечении метаболического синдрома и борьбе с фатальными сердечно-сосудистыми осложнениями [20].

Методы немедикаментозной терапии оказывают системное воздействие на организм пациента и в отличие от лекарственных препаратов практически не дают побочных эффектов, что подчеркивает актуальность и необходимость внедрения комплексных программ диагностики и лечения метаболического синдрома в санаторно-курортных организациях Республики Беларусь.

Литература:

1. Балакин С.А., Разумов А.Н., Михайленко Л.В., Юсупова Р.М., Гильмутдинова Л.Т., Кудаярова Р.Р., Янтурина Н.Х. Питьевые минеральные воды в комплексной терапии метаболических нарушений при мягкой артериальной гипертонии. Медицинский вестник Башкортостана. № 3. Том 5. 2010. – С. 94 – 99.

2. Егорова И.Э., Булавинцева О.А. Метаболический синдром. Учебное пособие для студентов. Иркутск. ИГМУ. – 2011, – 29 с.

3. Еделев Д.А. Бобровницкий И.П., Михайленко Л.В., Фролков В.К. Применение физических и природных факторов в восстановительной коррекции функциональных резервов человека. М.: БиНоМ.; – 2009.

4. Капитонова Э.К., Капитонов А.М. Оптимальное питание в системе антивозрастной медицины. Медицинские новости. №12, – 2014. – С. 48-52.

5. Каспирович А.С., Шашель В.А. Реабилитация детей и подростков с метаболическим синдромом в санаторно-курортных условиях. Кубанский научный медицинский вестник № 5 (134) – 2012. – С. 35-38.

6. Мамедов М.Н. Метаболический синдром: практические аспекты диагностики и лечения в амбулаторных условиях. – М.: издательство «ФАС-медиа», 2005. – 35 с.

7. Митьковская Н.П., Григоренко Е.А. Метаболический синдром – диагноз, вводящий в заблуждение. Медицинский журнал, № 3 (17), – 2006. – С. 27-29.

8. Мычка В.Б. Артериальная гипертензия и ожирение. – Consilium provisorum. 2002. – 21 с.

9. Остроумова О.Д., Зыкова А.А. Метаболический синдром в практике врача: новые возможности коррекции. Эндокринология. № 2, – 2011. – С. 18-22.

10. Погребняк Л.Н., Ершевская А.Б., Задубровская Н.Д., Котова Т.Е. Динамика метаболических изменений у детей и подростков с конституционально-экзогенным ожирением в условиях санаторного лечения. Вестник Новгородского государственного университета. № 78, – 2014. – С. 47-49.

11. Полушина Н.Д., Фролков В.К., Ботвинева Л.А. Превентивная курортология (теоретические и прикладные аспекты, перспективы). Пятигорск; 1997.

12. Разумов А.Н., Михайленко Л.В., Балакин С.А., Янтурина Н.Х., Гильмутдинова Л.Т., Юсупова Р.М., Назарова Э.М., Кириллова Н.А. Отдаленные результаты санаторно-курортной терапии метаболического синдрома. Медицинский вестник Башкортостана. № 2. – Том 6. – 2011. – С. 302-305.

13. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр), 2009 г. Коллектив авторов.

14. Рубин В.В., Урвачёва Е.Е. Восстановительная терапия эректильной дисфункции при метаболическом синдроме на Железноводском курорте. Медицинский вестник Северного Кавказа, № 3, – 2011. – С. 103-105.

15. Соколов Е.И. Метаболический синдром. – М.: ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2005. – 48 с.

16. Стат. сборник «Демографический ежегодник Республики Беларусь», Минск. – 2016. – 444 с.

17. Фролков В.К. Общепатологические аспекты нефармакологической коррекции гормональных механизмов пищеварительной системы. Автореф. дисс. ... доктора биол. наук. – М. – 1994. – 38 с.

18. Фролков В.К., Михайлюк О.В. Природные и физические факторы в коррекции обмена веществ у пациентов с метаболическим синдромом. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. № 4, – 2014. С. 11-14.

19. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. – М.: Медиа Медика, 2004. – 144 с.

20. Чернышёв А.В., Сорочинская И.Н. Терапия и диагностика метаболического синдрома в санатории. Вестник РУДН, серия Медицина, 2012, № 6. – С. 149-156.

21. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. Метаболический синдром. – М.: издательство Реафарм, 2004. – 136 с.

22. Coronary artery disease risk in familial combined hyperlipidemia and familial hypertriglyceridemia: a case-control comparison from the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. P. N. Hopkins, G. Heiss, R. C. Ellison, M. A. Province, J. S. Pankow, J. H. Eckfeldt and S. C. Hunt. // Circulation. – 2003. – Vol. 108, № 5. – P. 519-523.

23. James W.F.T. Epidemiology of obesity // Internat J Obes. – 1992. – № 16 (2 suppl). – P. 23-26.
24. Minzdrav.gov.by/ru/static/for-population/new_url_75635544.
25. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes, 1988. – Vol. 37. – P. 1595-607.
26. Reaven G.M. The role of insulin resistance and compensatory hyperinsulinemia in patients with essential hypertension. In: «Hypertention» ed. By S.Oparil & M.A. Weber, 2-nd edition, 2005, – P. 123-131.

ОТДЕЛЕНИЮ «МАТЬ И ДИТЯ» САНАТОРИЯ «ПОРЕЧЬЕ» – 10 ЛЕТ

¹Ровбуть Т.И., ²Ацкевич Т.В., ²Карпишевич Д.Л.

¹УО «ГрГМУ», Гродно, Беларусь

²Открытое Акционерное Общество «Белагроздравница»,
Филиал «Санаторий «Поречье», Поречье, Беларусь

В ноябре 2016 г. исполнилось 10 лет со дня открытия в санатории «Поречье», входящего в ОАО «Белагроздравница», отделения «Мать и дитя».

Открытие отделения было обусловлено необходимостью реабилитации детского населения Республики Беларусь в современных условиях возрастающей на ребенка социальной, экологической и психологической нагрузки.

По данным официальной статистики заболеваемость детей до 14 лет в последнее десятилетие увеличилась на 30%, а среди подростков на 54% [1]. Число детей с хронической патологией составляет 16%. По итогам диспансеризации в санаторно-курортном лечении нуждается 14,7% детей, причем с возрастом эта потребность увеличивается вдвое ввиду увеличения частоты аллергических заболеваний, функциональных изменений нервной и сердечно-сосудистой систем, а также неблагоприятного влияния длительной медикаментозной терапии при хронических заболеваниях. Особое значение курортное лечение имеет в восстановительном лечении детей, страдающих (детским церебральным параличом), перенесших операции на сердце, легких, при заболеваниях костно-мышечной системы. Немедикаментозные методы лечения как более физиологичные, имеющие мало противопоказаний и осложнений, способствующие нормализации регуляторных систем, обмена