

ных по площади поражениях кожи с инфильтрацией подлежащих тканей, то есть в случаях, составляющих технический предел возможного иссечения.

Полное приживление кожных лоскутов при комбинированной пластике возможно даже в случаях широкого иссечения опухоли с удалением подлежащей кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная хирургия микрохирургия в онкологии. — М., 2001. — 194 с.

2. Ioannides C., Fossion E., McGrouther A. D. // J. Cranio-Maxillofacial Surgery. — 1999. — Vol. 27, № 3. — P. 145—152.

3. Jackson I. T. // J. Craniomaxillofacial Surg. Aug. — 1996. — Vol. 24 (Suppl. 1). — P. 3.

4. Tolhurst D. E., Carstens M. H., Greco R. J., et al. // Plastic Reconstr. Surg. — 2001. — Vol. 87, № 4. — P. 603—612.

Контактная информация

Дашкова Ирина Рудольфовна — к. м. н., врач-онколог Ростовского НИИ онкологии, e-mail: rniioi@list.ru

УДК 616-055.2: 615.838

КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ САНАТОРИЯ «ТИНАКИ» В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М. А. Кузьмина, М. В. Ипатова, С. П. Синчихин, З. Т. Наврузова

Астраханская государственная медицинская академия

В статье представлены данные о эффективности и патогенетическом обосновании применения природных физических факторов (бальнео-, пелоидотерапии) санатория «Тинаки» в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Ключевые слова: бальнео-, пелоидотерапии, санаторий «Тинаки», гинекология.

HEALTH-RESOR FACTORS OF THE TINAKI REHABILITATION CENTRE IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGIC PATIENTS

M. A. Kuzmina, M. V. Ipatova, S. P. Sinchikhin, Z. T. Navruzova

The paper present facts of effectiveness and pathogenetic substantiation of natural physical factors (sulfide-sludge mud and iodide-bromine waters) of the Tinaki Rehabilitation Center, in the treatment of women with chronic inflammatory diseases of small pelvis.

Key words: balneo-, mudtherapy, Tinaki Rehabilitation Center, gynecology.

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье и детородную функцию женщины, а потому эффективность их лечения относится к актуальной медико-социальной проблеме [2, 3]. Несмотря на успехи в диагностике и терапии воспалительных заболеваний внутренних гинекологических органов, их частота не имеет тенденции к снижению, а положительный эффект от лечения достигается лишь у половины больных [4]. Решение указанной проблемы осложняется высокой частотой встречаемости у этих пациенток экстрагенитальной патологии с вторичными полисистемными функциональными нарушениями, наличием сопутствующих доброкачественных гормонозависимых образований органов репродуктивной системы, а также полиморбидностью клинических проявлений с синдромом взаимного отягощения [3, 5]. Одним из перспективных направлений в лечении хронических воспалительных заболеваний половых органов

является санаторно-курортное лечение с применением бальнео-, пелоидотерапии. Данные виды лечения благоприятно влияют на различные звенья патогенеза заболевания при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций [6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Научно обосновать целесообразность применения сульфидно-иловых грязей и йодобромных вод у пациенток с ХВЗОМТ, поступающих в гинекологическое отделение санатория «Тинаки».

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях гинекологического отделения Центра реабилитации «Тинаки» проведено обследование и лечение 108 женщин, имеющих ХВЗОМТ, осложненных синдромом тазовой боли. Следует отметить, что у 50 % пациенток длительность заболевания превышала более пяти лет.

Наблюдаемые женщины находились в возрасте от 18 до 35 лет, средний их возраст составил $(25,4 \pm 0,5)$ лет.

Все исследуемые пациентки были разделены на 3 группы. Больные I группы ($n = 41$) получали пелоидотерапию в виде грязевых аппликаций на «трусиковую зону» и вагинальных тампонов в комплексе с общими йодобромными ваннами и вагинальными орошениями минеральной водой «Тинаки». Пациентки II группы ($n = 35$) с сопутствующими доброкачественными гормонозависимыми заболеваниями органов малого таза, не требующих оперативного лечения, получали бальнеотерапию в виде общих йодобромных ванн и вагинальных орошении той же минеральной водой. Пациентки III группы ($n = 32$) вышеуказанных воздействий не получали.

У наблюдаемых женщин проведен сбор анамнестических данных, общепринятое клинико-лабораторное обследование, гинекологическое исследование, эхография органов малого таза.

С помощью иммуноферментативного метода у пациенток определяли содержание в крови фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ФСГ и ЛГ).

Адаптационные реакции в организме пациенток в процессе лечения оценивали по морфологии белой крови — методике, предложенной Л. Х. Гаркави и соавт.

Для исследования и объективизации болеутоляющего эффекта использовали комбинированную шкалу, представляющую собой сочетание шкал визуально-аналоговой (ВАШ) и вербально-ранговой (ВРШ), на которой регистрировали интенсивность боли и уровень ее снижения.

Для оценки эффективности анальгетического действия бальнео- и пелоидотерапии в комплексе лечебных мероприятий определяли коэффициент обезболивающего действия (КОД), который рассчитывали на основании метода «пропорциональной ответной функции» как отношение разности между исходными и конечными показателями уровня интенсивности боли к исходному.

Структуру боли изучали с помощью Мак-Гилловского опросника в модификации В. В. Кузьменко и соавт.

Состояние микроциркуляции у 104 пациенток оценивали по данным лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), которую осуществляли с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01» (НПП ЛАЗМА, Россия). Состояние периферического кровотока оценивали в двух непарных и одной парной кожных точках. Выбор точек для исследования осуществляли с учетом локализации в зоне отраженных болей Захарьина—Геда и наличием общих источников иннервации на уровне сегментов спинного мозга. В ходе исследования оценивали среднее значение показателя микроциркуляции (ПМ), его среднеквадратическое отклонение, производили вейвлет-анализ, где вычисляли амплитудно-частотные характеристики ко-

лебаний (осцилляций) кровотока в конкретных регуляторных диапазонах (эндотелиальный, нейрогенный, миогенный, дыхательный, сердечный).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ сопутствующих экстрагенитальных заболеваний показал, что у обследуемых преобладали болезни желудочно-кишечного тракта (38,5 %); патология лор-органов выявлена в 16 % случаев, а мочевыделительной системы — у 19,4 % пациенток.

Нарушения менструальной функции различного характера выявлены у 64,8 % пациенток: дисменорея — в 25,1 % случаев, гипоменструальный синдром — в 38,9 % случаев, гиперполименорея — в 35,2 % случаев. Нарушения детородной функции выявлены у 41 % женщин, первичное бесплодие составило 18,5 % наблюдений, а вторичное — 22,2 % случаев.

Жалобы на боль предъявляли все пациентки. Она оказывала крайне негативное действие на психо-эмоциональное состояние женщин и качество жизни.

При бимануальном исследовании у большинства пациенток выявлены спаечные изменения в области придатков матки; у 4,6 % — выраженная болезненность при пальпации стенок малого таза. Результаты ультразвукового исследования органов малого таза позволили исключить наличие гиперпластических процессов эндометрия.

Исходные данные тестирования по Мак-Гилловскому опроснику боли в модификации Кузьменко составили: число дескрипторов сенсорной шкалы — $6,3 \pm 0,16$, а аффективной — $2,2 \pm 0,01$; индекс рангов сенсорной шкалы — $12,3 \pm 0,09$, аффективной — $3,9 \pm 0,02$. В сенсорной шкале процент выбранных дескрипторов составил $(48,1 \pm 1,31)$ %, а рангов — $(22,6 \pm 0,17)$ %, в аффективной шкале — $(37,2 \pm 0,24)$ % дескрипторов и $(20,6 \pm 0,08)$ % рангов, то есть испытуемые относительно чаще характеризовали боль с точки зрения их сенсорной характеристики.

Изучение состояния гормонального статуса обследованных больных выявило изменения деятельности различных звеньев системы гипоталамус — гипофиз — яичники — надпочечники. Содержание ЛГ было повышено у 31,3 % пациенток, ФСГ — у 27 %. У 72,2 % отмечены нарушения функции яичников: недостаточность лютеиновой фазы цикла — у 42,5 % пациенток, монофазный менструальный цикл — у 29,6 % женщин. Показатели концентрации прогестерона в крови у 53,2 % пациенток не отличались от нормативных значений, а у остальных были снижены. Показатели концентрации эстрадиола у 25 % обследованных были выше нормативных.

По данным исходных показателей лейкограммы, благоприятные адаптационные реакции до начала лечения отмечены у 61,1 % пациенток, однако в

39,8 % случаев выявлены признаки неполноценности этих реакций. Неблагоприятные реакции изначально составили 38,9 % случаев, где преобладала реакция переактивации.

По данным ЛДФ, у 90,7 % пациенток установлены нарушения в системе микроциркуляторного русла на уровне артериол и капилляров. Нарушения выражались в снижении миогенного и нейрогенного тонуса артериол, а также в наличии застойных явлений в капиллярах, близких к стазу. Изначально высокий ПМ у пациенток исследуемых групп и достоверное превышение амплитуды дыхательных колебаний (АтахД), свидетельствовал о наличии застойных явлений в венозном звене микроциркуляторного русла (МЦР).

Динамическое наблюдение за больными в процессе лечения свидетельствовало о хорошей переносимости процедур. Проведенный курс терапии более, чем в 82,6 % случаев оказал благоприятное воздействие на общее состояние больных, повышение работоспособности, продолжительность ночного сна. Восстановление функции желудочно-кишечного тракта отмечено у больных I и II групп в 84,2 и 76,8 % случаев соответственно. К окончанию курсового лечения болевые ощущения уменьшились или полностью прекратились у 90 % пациенток I группы и 79 % больных II группы. Оценивая динамику клинических симптомов заболевания, следует подчеркнуть, что включение в лечебный комплекс йодобромных вод потенцирует лечебные эффекты пелоидов.

Благоприятные адаптационные реакции выявлены у 95,2 % пациенток I группы, причем реакция повышенной активации, наиболее прогностически благоприятная, отмечена в 46,5 % случаев. Во II группе благоприятные адаптационные реакции составили 79,9 %, однако реакция повышенной активации отмечена лишь в 17,1 %. Усиление адаптационных реакций отмечено в группе пациенток, получавших лечебные грязи и йодобромные ванны, в 29,5 %; а в группе, где использовали только бальнеотерапию, — в 25,7 % случаев. Лишь на 6,3 % усилились реакции у пациенток, не получавших лечение природными лечебными факторами, причем у 3,1 % женщин выявлены признаки хронического стресса, что является неблагоприятным фактором и свидетельствует о прогрессировании патологического процесса.

Изучение динамики гормональных показателей выявило определенные различия в характере на проводимую терапию. Так, у больных I группы отмечено достоверное увеличение содержания эстрадиола в фолликулиновую фазу с $(68,6 \pm 4,57)$ до $(80,4 \pm 3,42)$ пг/мл, а концентрация прогестерона повысилась с $(37,5 \pm 1,32)$ до $(46,1 \pm 2,86)$ нмоль/л ($p < 0,5$). Во II группе курсовое лечение йодобромной водой повлияло преимущественно на секрецию эстрогенов, что проявилось в достоверном снижении уровня эстрадиола с $(156,3 \pm 4,49)$ до $(140,2 \pm 5,38)$ пг/мл ($p < 0,05$). Динамика показателей состояния гонадот-

ропной функции гипофиза характеризовалась достоверным повышением уровня ЛГ с $(4,35 \pm 0,20)$ до $(5,81 \pm 0,32)$ мМЕ/л в лютеиновую и ФСГ с $(4,18 \pm 0,34)$ до $(5,26 \pm 0,14)$ мМЕ/л в фолликулиновую фазу цикла у пациенток I группы. Во II группе женщин отмечено достоверное снижение уровня ЛГ с $(6,49 \pm 0,25)$ до $(5,60 \pm 0,32)$ мМЕ/л; а концентрация ФСГ в крови значительных колебаний под влиянием лечения не претерпевала. Следует отметить, что восстановление генеративной функции в течение последующего года после окончания лечения может свидетельствовать о нормализации секреции ФСГ в более поздние сроки. Снижение уровня кортизола уже в следующем после лечения менструальном цикле у пациенток I и II групп характеризует, по нашему мнению, антистрессорный эффект выбранного лечебного курса.

Клиническим проявлением позитивных изменений в системе гипофиз—яичники явилась нормализация менструальной функции у 75,6 % больных I и у 60 % женщин II групп.

Структура боли у обследованных женщин после лечения также претерпела изменения. У больных I группы в сенсорной шкале средний процент выбранных дескрипторов составил 24,6 %, а рангов — 11,2 %; в аффективной шкале 30 % дескрипторов и 14,2 % рангов, то есть обследуемые характеризовали боль с точки зрения ее эмоционального восприятия. Во II группе процент дескрипторов в сенсорной шкале составил 32,3 %, рангов — 15,5 %; в аффективной — 33,3 и 16,3 % соответственно. Следовательно, обследуемые II группы отдавали предпочтение сенсорным и аффективным характеристикам боли приблизительно в равных соотношениях. И только 25 % пациенток III группы сравнения отдали предпочтение эмоциональной окраске боли до лечения, что и осталось без изменения по прошествии 1 месяца, в течение которого остальные пациентки получали лечение природными физическими факторами.

По окончании лечения КОД только у больных I группы соответствовал выраженному анальгетическому эффекту, а у женщин II группы — только средней выраженности. Поэтому больные II группы нуждались в дальнейшей лекарственной болеутоляющей терапии.

После курса лечения отмечалась положительная динамика данных амплитудно-частотного спектра с возрастанием удельного веса активных регуляторных механизмов, что четко прослеживалось в I группе больных. Достоверное возрастание амплитуды нейрогенных с $(0,12 \pm 0,03)$ до $(0,26 \pm 0,06)$ перф. ед. и миогенных колебаний с $(0,10 \pm 0,07)$ до $(0,24 \pm 0,06)$ перф. ед. ($p < 0,05$) в этой группе пациентов свидетельствовало о перераспределении кровотока именно в пользу так называемых «нутритивных» путей модуля микроциркуляции (МЦ). Снижение же показателей амплитуды дыхательных колебаний с $(0,32 \pm 0,05)$ до $(0,18 \pm 0,04)$ перф. ед. можно

расценивать как уменьшение ишемии тканей и несостоятельности веноулярного отдела МЦР и как результат уменьшения застойных явлений в венозном звене. Достоверно уменьшилась амплитуда дыхательных колебаний [с $(0,47 \pm 0,04)$ до $(0,34 \pm 0,06)$ перф. ед] по окончании лечения у больных второй группы. Значения амплитуд нейрогенных и миогенных колебаний во второй группе имели недостоверную тенденцию к увеличению. При анализе нормированных по показателю МЦ амплитуд колебаний отмечались те же изменения, что и при анализе абсолютных величин, но с большей степенью достоверности.

Следовательно, анализ динамики показателей ЛДФ свидетельствовал о положительном влиянии проведенной терапии на микроциркуляторные процессы, наиболее выраженные у пациенток I группы.

У пациенток III группы достоверных изменений в изучаемых показателях не выявлено.

Результативность лечения оценена нами в показателе частоты наступления беременности, которая в I группе составила 34,1 % случаев, во II — 17,1 % случаев и в III — в 6,25 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование природных физических факторов Центра реабилитации «Тинаки» в лечении женщин с ХВЗОМТ, осложненных синдромом тазовой боли, является эффективным и патогенетически обоснованным методом восстановительных лечебных программ. Выбранные физиовоздействия обладают болеутоляющим эффектом, снижая сенсорную составляющую боли, улучшают адаптационные реакции и этим способствуют повышению неспецифической ре-

зистентности организма, улучшают периферическое кровообращение. Все вышеизложенное предотвращает прогрессирование течения хронического патологического процесса в малом тазу и улучшает состояние органов репродуктивной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казачкова Э. А. Патогенез, клинико-морфологическая характеристика и лечение воспалительных заболеваний матки и придатков: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — Челябинск, 2000.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / Под ред. В. И. Кулакова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 560 с.
3. Кузьменко В. В., Фокин В. А., Матисс Э. П. Психологические методы количественной оценки боли // Сов. Медицина. — 1986. — №10. — С.44—48.
4. Миорова А. Б. // Акуш. и гин. — 2005. — №3. — С. 27—30.
5. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, Л. В. Адамян и др. — М., 2001.
6. Стругацкий В. М., Евсеева М. М., Арсланян К. Н., Ткаченко Н. М. // Акуш. и гин. — 1999. — № 6. — С. 24—26.
7. Яроцкая Е. Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии: Автореф. дис.... д-ра. мед. наук. — М., 2004. — 48 с.

Контактная информация

Синчихин Сергей Петрович — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Астраханской государственной медицинской академии, e-mail: roddomkrd@yandex.ru