

женных с прогрессивными формами аппаратной физиотерапии) в существенном снижении исходно повышенного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), подавляя его гиперпродукцию.

Таблица 2.

Систематизация показателей иммунного статуса детей с псориазом, прошедших лечение по авторским схемам в здравницах-базах исследования.

Показатели иммунного статуса	Основные группы наблюдения детей, проходивших восстановительное лечение по авторским схемам					
	Псориаз обыкновенный (n=279, p<0,01)		Псориаз артропатический (n=278, p<0,01)		Распространенный псориаз, псориазная артропатия (n=283, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
CD 38 (N=14,6)	22,7±1,1	15,0±0,3	23,4±1,0	15,1±0,1	23,2±1,2	15,4±0,2
CD 8 (N=21,9)	30,5±0,9	22,1±0,3	31,6±1,3	22,6±0,4	33,2±1,2	22,8±0,1
CD 4 (N=55,0)	26,8±1,0	34,6±0,2	27,9±1,1	34,8±0,2	26,9±0,9	34,6±0,3
CD 3 (N=55,6)	60,4±0,6	55,8±0,1	61,2±0,2	56,0±0,1	60,7±0,3	56,1±0,3
CD DR (N=6,9)	12,2±1,2	7,1±0,1	13,4±1,3	7,4±0,2	14,1±1,3	7,8±0,2
CD T1 (N=1,0)	1,5±0,2	1,1±0,2	1,7±0,1	1,1±0,2	1,8±0,3	1,0±0,1
CD 25 (N=1,8)	1,3±0,1	1,8±0,1	2,6±0,2	1,8±0,2	2,4±0,3	1,9±0,1
CD 22 (N=9,5)	9,9±0,1	9,6±0,1	10,6±0,3	9,6±0,1	10,3±0,2	9,4±0,2
CD 95 (N=2,0)	3,2±0,4	2,1±0,1	3,9±0,3	2,2±0,1	3,7±0,6	2,2±0,1
CD 16 (N=16,5)	14,0±0,5	16,1±0,1	14,2±0,3	16,3±0,1	13,8±0,3	16,2±0,2
IgA	2,3±0,2	2,1±0,1	2,8±0,2	2,2±0,2	2,9±0,2	2,3±0,1
IgM	1,4±0,01	1,26±0,01	1,5±0,01	1,3±0,01	1,9±0,3	1,3±0,01
IgG	12,6±0,4	10,8±0,1	12,3±0,1	10,9±0,1	12,7±0,2	10,4±0,1
ЦИК с ПЭГ 3,5 (N=29,5)	19,6±0,2	29,0±0,1	18,7±0,2	28,9±0,1	19,9±0,3	29,0±0,2
ЦИК с ПЭГ 7,0 (N=247)	184±9,3	237±9,6	179±9,9	231±8,4	184±11,2	231±8,1

Вышеописанный клинический подход к оптимизации механизма иммунопатогенеза различных нозологических форм псориаза получил в рамках настоящего исследования дальнейшее подтверждение при лабораторном исследовании гепаринизированной крови наблюдаемых детей, что описано в табл. 2. Комментируя данные этой таблицы, надо добавить, что в контрольных группах наблюдаемых детей с различными нозологическими формами псориаза (L 40.0; L 40.5; L 40.8 по МКБ-X) представленные иммунологические параметры были исходно изменены до практически тех же значений, однако под влиянием только стандартных медикаментозных схем их не удалось нормализовать. Одновременно с этим в основных группах исследования отмечалась оптимизация уровня В-лимфоцитарной популяции (CD 22), а также количества CD 4-лимфоцитов, т.е. маркеров Т-хелперных клеток, а также ряда маркеров клеточной дифференцировки, по которой можно судить о степени участия лимфоцитарных субпопуляций в иммунном

ответе. С этой точки зрения существенной информативностью обладают полученные показатели CD 3-маркера зрелых клеток, поскольку их нормализация является свидетельством активизации зрелых (медуллярных) тимоцитов. Знаменательным является то, что в ходе применения авторских схем немедикаментозного воздействия удалось нормализовать уровень CD 8 как маркера активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов на фоне нормализации уровня CD 95, что позволяет позитивно расценить конечный этап пролиферативного звена иммунного ответа в виде запрограммированной гибели клеток (апоптоза). Одновременно гуморальное звено иммунного ответа базировалось на нормализации (после лечения по авторским методикам) изначально низких уровней крупно- и низкомолекулярных ЦИК у детей из основных групп наблюдения, а также на восстановлении количественного соотношения натуральных киллеров (CD 16).

ВЫВОДЫ

Предложенные схемы восстановительного лечения в здравницах обеспечивали в основных группах наблюдения существенную позитивную динамику первично измененных количественных показателей лейкоцитов, лимфоцитов и фагоцитарной активности гранулоцитов периферической крови, тогда как в контрольных группах наблюдения под влиянием традиционных схем медикаментозной терапии отмечалась лишь слабая тенденция к нормализации показателей клеточного иммунитета. В ходе применения авторских схем немедикаментозного воздействия удалось нормализовать уровень CD 8 как маркера активации супрессорно-цитотоксических Т-лимфоцитов на фоне нормализации уровня CD 95, что позволяет позитивно расценить конечный этап пролиферативного звена иммунного ответа в виде запрограммированной гибели клеток (апоптоза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриков Н.А. Методология отпуска процедур фонофореза с отжимом лечебной грязи. Методич. рекоменд., утв. Ученым Советом Сочинского НИИ КиФ. – Сочи, 1992. – 16 с.
2. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Айрапетян Н.Р. и соавт. Инфликсимаб в терапии псориаза. // Vestn Dermatol Vntrol. – 2005. – № 5. – С.33-34.
3. Короткий Н.Г. Первый опыт применения анти-ФНО-α (ремикейд) при лечении тяжело протекающего псориаза. // Vestn Dermatol Venerol. – 2005. – № 1. – С.35-36.
4. Кубанова А.А. Актуальные вопросы дерматологии в практическом здравоохранении. // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2000. – № 4. – С.12-14.
5. Русак Ю.Э. и соавт. Методика импульсной фототерапии для детей, страдающих псориазом. // Новое в аппаратной физиотерапии: Материалы III традиционной научн.-практ. конф. Ассоциации физиотерапевтов Сибири. – Новосибирск, 2001. – С.38-39.

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ЕВСЕЕВА М. М., к.м.н., науч. сотруд. гинекологического отделения восстановительного лечения
ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий», г. Москва, Россия, wadgelmir@mtu-net.ru

АННОТАЦИЯ

Пелоидотерапия – самый распространенный метод использования естественных физических факторов в гинекологии. Пелоидотерапия улучшает гемо- и лимфодинамику органов малого таза, снижает ак-

тивность эксудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников, способствует развитию мышечных волокон. Кроме того, грязь является природным источником антибиотиков. В механизме

лечебного действия знаменитых Тамбуканских грязей большое значение имеют органические вещества, в том числе липиды, продуцируемые сине-зелеными водорослями. Во многом благодаря липидному комплексу грязь ускоряет регенерацию, обладает антибактериальной активностью. В современных условиях наиболее удобными в применении являются готовые формы и фармацевтические препараты, сохраняющие все свойства нативной лечебной иловой грязи. Простота и доступность методик с использованием этих препаратов облегчают работу персонала, способствуют широкому применению пелоидотерапии в восстановительном курортном и внекурортном лечении гинекологических больных.

Ключевые слова: пелоидотерапия, гинекология, Тамбуканская иловая грязь, готовые формы и фармацевтические препараты нативной грязи.

ВВЕДЕНИЕ

Пелоидотерапия (грязелечение) – один из древнейших методов терапии естественными природными факторами. В природе встречаются три вида лечебной грязи: иловая, торфяная, сапропелевая. В курортной практике чаще других используют иловую грязь, образующуюся в соленых озерах и лиманах морей. Наиболее известной и изученной является Тамбуканская лечебная грязь. Озеро Большой Тамбукан не нуждается в рекламе, так как в течение многих лет является основной (по иловым сульфидным грязям) сырьевой базой Российской Федерации. Лечебная грязь Тамбуканского озера относится к иловой высокоминерализованной, среднесульфидной грязи щелочной реакции и представляет собой густую пластическую массу черного цвета, маслянистую, с легким запахом сероводорода. В ней содержится большое количество неорганических солей (минерализация воды в озере колеблется от 30 до 100 г на литр, удельный вес ее 1,43) и минералов: кальция, магния, железа, цинка, селена, серебра, стронция, марганца, а также различных органических соединений и биологических компонентов [7]. Длительное и всестороннее изучение физико-химического состава и лечебных свойств лечебной грязи доказало ее многогранное как местное, так и общее действие на организм человека. Долгое время действие лечебной грязи связывали только с ее физико-химическими свойствами, тепловым действием, влиянием солей и сероводорода, а также радиоактивностью. А между тем в механизме лечебного действия иловой грязи большое значение имеют органические вещества [13]. Выделенные из лечебной Тамбуканской грязи липиды имеют сложный состав: твердые и жидкие высокомолекулярные кислоты, фосфолипиды (кефалины и лецитины), пигменты, серосодержащие вещества. Продуцируют весь этот липидный комплекс сине-зеленые водоросли, в большом количестве обитающие в водоеме на поверхности ила. В состав водорослей входит до 60% аминокислот; b-каротин в них в 25 раз больше, чем в моркови, а витамина B₁₂ в 6 раз больше, чем в сырой говяжьей печени. Это самый богатый источник железа – в 50 раз больше, чем в шпинате! Витамина Е они содержат в 3 раза больше, чем зародыши пшеницы. Методом колоночной и тонкослойной хроматографии выделено и установлено количественное соотношение липидов в лечебной

Тамбуканской грязи. Так около 7% всех липидов лечебной иловой грязи составляет лецитин, влияние которого на организм трудно переоценить [7]. Он участвует в формировании нервных оболочек; увеличивает скорость передачи нервных импульсов; улучшает память и внимание; способствует нормализации уровня глюкозы в крови; предупреждает развитие цирроза; увеличение его содержания в мышечной ткани способствует повышению выносливости мышц; предупреждает ожирение; участвует в образовании сурфактанта в легких и т.д. Липиды играют важную роль в созревании и старении, защитных реакциях организма, в том числе предотвращении различных патологических состояний. Во многом благодаря липидному комплексу грязь ускоряет регенерацию. А выделенные из липидов соли жирных кислот обладают еще и антибактериальной активностью. Издавна Тамбуканскую грязь применяли для лечения открытых инфицированных и долго не заживающих ран. Многолетний опыт внутриванного применения лечебной грязи показал, что при этом методе лечения не происходит инфицирования слизистых оболочек за счет микробов, внесенных с ней, наоборот, отмечается их очищение от патогенной микрофлоры. На основании многочисленных клинических наблюдений и лабораторных исследований доказано существование антагонизма между грязевыми микробами-сапрофитами и патогенными микробами ран. К факторам, определяющим бактерицидное действие иловых грязей, относят и определенную соленость рапы и грязевого раствора, влияние микроэлементов, наличие полибактериофагов. Доминирующая роль в этом действии принадлежит органическому комплексу веществ. Из Тамбуканской грязи выделено несколько штаммов плесени рода *Penicillium*. Кроме вышеперечисленного, в состав ее входит гуминовая кислота (до 5%), которая является основным компонентом давно существующего препарата «Гумизоль».

Пелоидотерапию можно считать универсальным методом лечения, поскольку спектр заболеваний, при которых наблюдается положительный эффект, достаточно широк [6]. Взаимопотенцирующее действие факторов пелоидотерапии (термического, барического, химического и биологического) определяет выраженное иммуномодулирующее действие лечебных грязей, воздействие которых вызывает естественные адаптационные реакции организма человека, отработанные фило- и онтогенетически. В механизме действия лечебных пелоидов большую роль играют все элементы – экзокринный, эндокринный и триггерный [5]. Выявлены связь иммунологических эффектов пелоидотерапии с активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и модулирующее действие пелоидов на формирование иммунного ответа [8]. Оптимизация функционирования иммунной системы может быть расценена как одно из проявлений саногенетического действия пелоидов, повышения адаптационных возможностей организма [1]. Лечебные грязи оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее, обезболивающее и рассасывающее действие. Пелоидотерапия улучшает гемо- и лимфодинамику, снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаянные структуры, усиливает гормональную функцию эндокринных желез, способствует развитию мышечных волокон [11]. Кроме того, грязь является природ-

ным источником антибиотиков за счет большого количества содержащихся в ней спороносных бактерий, актиномицетов, плесневых грибов, значительная часть которых вырабатывает пенициллиноподобные вещества, чем обусловлен антибактериальный эффект при лечении заболеваний кожи и слизистых.

Опыт использования лечебных грязей исчисляется тысячелетиями. Высокая эффективность этого вида лечения при многих заболеваниях привела к использованию его не только на курортах, но и по месту жительства больных. Возможность применения грязелечения вне курортов вошла в практику в 90-х годах XIX века, когда Б. А. Либов доказал ценное значение этого метода при женских болезнях. При внекурортном грязелечении используют в основном местные процедуры на небольшие участки тела – аппликации и компрессы, а также вагинальные и ректальные тампоны по той же методике, что и на курорте.

Эффективность пелоидотерапии, возросший интерес к ее использованию во внекурортных условиях, а также условия работы с повышенными требованиями страховой и частной медицины явились стимулом к совершенствованию переработки, транспортировки, хранения и методик применения лечебной грязи. Так, готовые формы отечественной фирмы «Лимус+» отвечают всем требованиям взыскательных потребителей, так как производят продукцию в удобной эстетичной упаковке для разового использования, позволяющей легко транспортировать и длительно (1–2 года) хранить нативную Тамбуканскую грязь. Готовые формы лечебной грязи (аппликационные средства различных размеров и форм, тампоны для вагинального и ректального использования) наиболее удобны к применению на курортах и, особенно, вне курорта. Кроме того, перспективными являются и фармацевтические препараты на основе лечебной грязи. Приоритет исследований при изучении фракций лечебной грязи принадлежит профессору А.Л. Шинкаренко (40–60-е годы прошлого столетия). Препарат из Тамбуканской иловой грязи, предложенный ею для лечения, обладает антибактериальным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Однако производство этого препарата не было организовано из-за сложной технологической схемы и применения огнеопасных растворителей. Впервые полный комплекс веществ был получен из Тамбуканской лечебной грязи благодаря новейшему методу экстракции, разработанному фармацевтической фирмой «Бивитекс». Этот метод позволяет получить биосубстанцию, не нарушая активности биологических ингредиентов, и практически исключает потери ценнейших компонентов. Уникальностью данного метода является использование экстрагентов различной полярности, спирта и растительного масла (соевого, кукурузного, подсолнечного и др.), позволяющих в вакууме выделить практически весь состав полезных веществ с сохранением даже термолабильных, разрушающихся при других методах экстракции (при $t > 50^{\circ}\text{C}$). Следует отметить, что экстракция проводится непосредственно из нативной лечебной грязи Тамбуканского озера, то есть свежедобытой (влажной), а не высушенной, как это делалось раньше. Фирмой «Бивитекс» проведена стандартизация грязи и лекарственных форм на ее основе, разработаны методики количественного определения основных компонентов – каротиноидов и хлорофиллов с помо-

щью спектрофотометрии. Именно эти БАВ являются продуктами жизнедеятельности микрофлоры и микрофауны озера Тамбукан и обуславливают биологическое действие грязи. Из сырьевой субстанции получен ряд фармацевтических препаратов под патентованным названием «Тамбуил»: масляный экстракт пелоидов, спиртовая эссенция, грязевой концентрат для аппликаций, препарат «Паратамга» – смесь концентрата грязи с медицинским парафином, свечи для ректального или вагинального использования, позволяющие широко использовать пелоидотерапию во внекурортных и даже домашних условиях. Фармацевтические препараты серии «Тамбуил» соответствуют требованиям ОСТ и GMP. Все они прошли клинические испытания и получили высокую оценку специалистов Главного Клинического Госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко, Московского городского ожогового центра НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Научного Центра Акушерства, Гинекологии и Перинатологии РАМН (ныне ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий»), Центрального Военного Клинического Госпиталя им. А.А. Вишневского и др. медицинских учреждений.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ

Тамбуканская лечебная грязь. ТУ 9310-003-04710595-95. Регистрационный номер 065/002442. Расфасовка по 250 и 500 граммов. Состав: лечебная иловая грязь (80%) и пластифицирующие добавки (20%).

Чаще всего лечебную грязь используют для компрессов и аппликаций, вагинальных и ректальных тампонов.

Методика проведения грязевого компресса. В стеклянной, эмалированной или пластмассовой посуде грязь развести теплой водой в соотношении 1:1 до получения однородной сметанообразной массы. Ткань, на которую предварительно нанесен шпатель слой лечебной грязи (до 1 см), наложить на область воздействия, сверху накрыть целлофаном или клеенкой и укутать одеялом. При необходимости можно использовать термосопровождение в виде электрической грелки. Продолжительность процедуры 30 минут, при хорошей переносимости время увеличивают до 1 часа. По окончании процедуры грязь смыть теплой водой, кожу протереть сухим полотенцем. После процедуры необходим отдых в течение 30–40 минут, лучше лежа на кушетке и укрывшись теплым одеялом, для сохранения тепла.

Методика проведения грязевой аппликации. В стеклянной, эмалированной или пластмассовой посуде грязь развести водой в соотношении 1:1 до получения однородной сметанообразной массы. Подогреть грязь на водяной бане (для лучшего прогревания грязи желательно использовать термостат) до нужной температуры. Обычно это $40\text{--}42^{\circ}\text{C}$, в отдельных случаях 44°C , при митигированном грязелечении $38\text{--}40^{\circ}\text{C}$. Грязевую лепешку (для формирования использовать марлевую салфетку в 1–2 слоя) толщиной 4 см уложить на область воздействия, прикрыть целлофаном или клеенкой и укутать теплым одеялом. Продолжительность первой процедуры 15 минут, при хорошей переносимости в дальнейшем ее длительность увеличивают до 30 и даже 40 минут. По окончании процедуры грязь смывают теплой водой, а кожу протирают поло-

тенцем. После грязевой аппликации необходим отдых в течение 30–60 минут лежа на кушетке, при этом пациента желательно укрыть одеялом для сохранения тепла. Грязевые компрессы и аппликации применяют при хронических воспалительных, дегенеративно-дистрофических и посттравматических процессах различной локализации, спаечном процессе брюшной полости, послеоперационных инфильтратах при стихании остроты процесса, при гипофункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы и многих других состояниях.

Методика применения грязевого вагинального тампона. Положение пациентки – лежа на процедурной кушетке с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и слегка разведенными в стороны ногами. Ввести во влагалище с помощью шприца Баржанского или другого приспособления 200 мл теплой (40–44°C) лечебной грязи. Для сохранения тепла укутать пациентку теплым одеялом. Продолжительность процедуры 30 минут, после чего женщина самостоятельно удаляет грязевой тампон, используя биде. Вагинальные грязевые тампоны применяют при хронических рецидивирующих кольпитах и цервицитах, эндо- и миометритах, гипотрофии и гипоплазии матки, а сочетанное их использование с токами надтональной частоты с ректальным расположением электрода эффективно при перитонеальных тазовых спайках с фиксированной или субфиксированной ретродевиацией матки [2, 3].

Методика применения грязевого ректального тампона. Положение пациента – лежа на левом боку. Медленно шприцом Баржанского ввести в прямую кишку 200 мл теплой (40–42°C) лечебной грязи. Удерживать тампон в положении лежа на левом боку или на животе в течение 30–60 минут, до появления позыва на дефекацию. При ректальной пелоидотерапии создается возможность проведения грязи в более высокие отделы малого таза, этим достигается усиление теплового влияния, а также возможность рефлекторного воздействия на более обширную рецептивную поверхность. Ректальное грязелечение применяют и как самостоятельный вид лечения, и в комплексе с бальнео- и электротерапией при хронических воспалениях и функциональных расстройствах кишечника; при высоко расположенных воспалительных процессах в заднем параметрии, при выраженных перитонеальных тазовых спайках с фиксированной или субфиксированной ретродевиацией матки, укорочении крестцово-маточных связок [2, 4, 10, 11].

Продолжительность курса лечения устанавливают в зависимости от тяжести заболевания, активности патологического процесса, его давности, общего состояния и состояния сердечно-сосудистой системы, учитывая при этом реактивность больного. Обычно это 10–12 процедур.

«Паратамга» – аппликационное средство. ТУ 9398-10280704-00. Регистрационный номер 065/004133. Расфасовка по 250 и 500 граммов. Состав: парафин медицинский – 1 часть; нативная Тамбуканская лечебная грязь – 2 части; экстрактивные вещества иловой грязи Тамбуканского озера – 1 часть. «Паратамга» – термостойкий препарат, сочетающий в себе все лечебные свойства Тамбуканской иловой грязи, экстрактивных веществ и теплоносителя парафина. Температура плавления препарата 40–42°C.

Методика проведения процедуры. Разогреть

препарат на водяной бане или, лучше, в термостате до 42°C. Нанести шпателем теплую массу толщиной 1 см на область воздействия, накрыть целлофаном и укутать сверху одеялом. Продолжительность процедуры и время отдыха после них такие же, как при проведении аппликаций. Использованный препарат «Паратамга» можно применять многократно для одного и того же пациента. Через каждые 2–3 процедуры перед разогревом добавлять в него 2–3 мл масляного раствора Тамбуканской иловой грязи для поддержания эластических свойств препарата.

«Паратамга» А – аппликационное средство. ТУ 9398-10280704-00. Регистрационный номер 065/004133/А. Расфасовка по 250 и 500 граммов. Состав: масло какао – 1 часть; нативная Тамбуканская иловая грязь – 2 части; экстрактивные вещества иловой грязи – 1 часть.

Методика проведения процедур, их продолжительность и количество такие же, как при проведении аппликаций. Присутствие масла какао улучшает проникновение в кожу биологически активных веществ, лецитина, каротина, витаминов группы В, С и Е.

«Паратамга» Б – аппликационное средство. ТУ 9398-10280704-00. Регистрационный номер 065/004133/Б. Расфасовка по 250 и 500 граммов. Состав: масло растительное (подсолнечное, оливковое или соевое) – 1 часть; нативная Тамбуканская лечебная грязь – 2 части; экстрактивные вещества иловой грязи – 1 часть. Присутствие растительного масла позволяет использовать препарат даже при свежих рубцах, чувствительной и склонной к аллергическим реакциям коже.

«Паратамга» В – аппликационное средство. ТУ 9398-10280704-00. Регистрационный номер 065/004133/В. Расфасовка по 250 и 500 граммов. Состав: рапа Тамбуканской лечебной грязи – 1 часть; нативная иловая грязь Тамбуканского озера – 2 части; экстрактивные вещества иловой грязи – 1 часть. Препарат оказывает раздражающее действие на кожные рецепторы за счет солей рапы и поэтому обладает выраженным стимулирующим действием. Используют его как для компрессов, так и для аппликаций, предварительно разведя водой до нужной консистенции.

Масляный экстракт пелоидов Тамбуканского озера. ТУ 9369-001-32629188-98. Регистрационный номер 065/003612. Расфасовка по 100 мл. Препарат не требует разведения и может быть применен в готовом виде как для внутреннего, так и наружного использования. Содержание каротиноидов в нем составляет 3,2%. Масляный экстракт «Тамбуил» обладает противовоспалительным, антибактериальным, антиоксидантным и иммуномодулирующим действием, ускоряет регенерацию [7].

Масляный экстракт принимают внутрь по 1 десертной (столовой) ложке за 15–30 минут до еды, запивая теплой (горячей) водой или молоком, 2–3 раза в день. Курс лечения – от 3 недель до 2 месяцев. Препарат эффективен при воспалительных и язвенных процессах кожи и слизистых, 2–3-недельный прием масляного раствора после антибиотикотерапии купирует симптомы дисбактериоза [2].

Внутриполостное воздействие. Применяют при хронических воспалительных и дистрофических процессах влагалища и шейки матки, а также в комплексном лечении эктопий у гинекологических больных

[2]. Для влагалищных тампонов используют 5-7 мл экстракта грязи. Можно рекомендовать женщине самостоятельное введение тампона, ежедневно на ночь, исключая дни менструации. Курс лечения от 10 дней до 1 месяца. При лечении проктитов и парапроктитов, трещин прямой кишки препарат используют для микроклизм в готовом виде или в разведении 1:1 с теплой водой.

Наружное использование эффективно при вяло заживающих послеоперационных рубцах и гнойных ранах, пролежнях и ожогах. На пораженные участки кожи накладывают марлевые салфетки, предварительно пропитанные масляным экстрактом лечебной грязи. Повязки меняют каждые 1-2 дня в зависимости от количества раневого отделяемого. При применении препарата в отделении гнойной хирургии ЦВКГ им. А. А. Вишневого у больных с гранулирующими ранами мягких тканей различной этиологии и локализации в фазе регенерации полная эпителизация раневых дефектов наблюдалась на 5-6 дней раньше, чем при применении традиционных препаратов, например, облепихового масла. Кроме того, уменьшение количества бактерий ниже «критического уровня» было достигнуто уже на третьи сутки лечения и составило $2,4 \times 10^4$ и $2,8 \times 10^4$ м.т. в 1 грамме ткани [9]. В отделении острых термических поражений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского масляный препарат «Тамбуил» используют на всех стадиях течения раневого процесса для улучшения репаративных процессов при местном лечении ожогов II-III степени. Применение препарата не вызывает ни болезненных, ни аллергических реакций. Препарат можно использовать и как контактную среду при лечении ультразвуком (ультрафонофорез) хронических воспалительных и спаечных процессов [9].

Спиртовая эссенция пелоидов Тамбуканского озера. Для внутреннего и наружного использования. ТУ 9310-004-43589233-99. Регистрационный номер 065/004021. Препарат помимо спирта этилового (67%) содержит до 1,5% каротиноидов, до 6,0% хлорофилла и различные макро- и микроэлементы. Соотношение микроэлементов оптимально для регулирования обменных процессов, в частности, коррекции иммунитета, ферментативной активности, репаративных процессов в клетках кожи и слизистых. Препарат обладает противовоспалительным, антиоксидантным и иммуномодулирующим действием. Кроме того, доказана его умеренная антибактериальная активность в отношении бактерий группы стафилококков [7].

Для внутреннего использования спиртовую эссенцию применяют в разведении 1:4 (1 часть эссенции и 4 части воды) по 1 чайной ложке за 20-30 минут до еды 2-3 раза в день. Курс лечения составляет от 20 дней до 1,5 месяцев. В Главном Военном Клиническом Госпитале ВВ МВД России изучали действие препарата на патологически измененную слизистую желудочно-кишечного тракта. Для лечения хронических гастродуоденитов, язвенной болезни 12-перстной кишки в стадии обострения использовали смесь из масляного раствора и спиртовой эссенции в соотношении 2:1 (1 десертная ложка масляного препарата и 1 чайная ложка эссенции) внутрь 3 раза в сутки за 30 минут до еды. Купирование болевого синдрома в этом случае наблюдали уже на второй день приема указанных препаратов. Рубцевание язв при эзофаго-

гастродуоденофиброскопии и фиброколоноскопии в луковице 12-перстной кишки отмечали на 3 суток раньше, а эпителизацию эрозий в толстой кишке на 2 суток раньше, чем в контрольных группах.

При воспалительных и деструктивных процессах костно-мышечной системы (остеохондрозе, артритах, миозитах и др.) препарат применяют без разведения наружно. В разведении водой 1:4, 1:6 используют в косметологии при дряблой и стареющей коже, при целлюлите чаще без разведения [9]. Обработка кожи спиртовой эссенцией пелоидов непосредственно до, а также после проведения грязевых аппликаций и компрессов повышает эффект лечения [7, 9].

Суппозитории – содержащие препарат Тамбуканской лечебной грязи и прополис. ТУ 9369-002-32629188-98. Регистрационный номер 065/003613. Упаковка – 10 свечей. Состав: масло какао, насыщенное липидным комплексом Тамбуканской лечебной грязи до содержания каротиноидов не менее 2% – 2,3 г, нативный прополис – 0,05 г, эмульгатор Т-2 – 0:015. Соотношение компонентов в препарате обеспечивает хорошую растворимость и активное всасывание слизистой оболочкой биологически активных веществ. Свечи оказывают антибактериальное, противовоспалительное, обезболивающее и иммунокорректирующее действие, ускоряют регенерацию [7]. При лечении острого и хронического простатита противовоспалительный и обезболивающий эффект суппозитория сравним с эффектом нестероидного противовоспалительного препарата вольтарен, который широко используют в комплексном лечении воспалительных заболеваний предстательной железы [12]. В гинекологической практике свечи применяют в комплексной терапии воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки (кольпитов и цервицитов), а также для ускорения очищения раны и эпидермизации эктопий после химической и лазерной деструкции [2]. Для этого свечи вводят во влагалище ежедневно на ночь в течение 10-20 дней, исключая дни менструации. Длительное ректальное введение свечей показано при хронических воспалительных процессах матки и ее придатков, перитонеальных тазовых спайках [2], при сопутствующих заболеваниях прямой кишки (трещинах и проктитах). Курс лечения – от 10 дней до 1,5 месяцев. При непереносимости больными продуктов пчеловодства лечение свечами исключают.

Высокая эффективность Тамбуканской иловой грязи, проверенная веками и прославившая курорты Кавказских Минеральных Вод, не вызывает сомнений у врачей очень широкого круга специальностей. Создание удобных разовых форм, а также фармацевтических препаратов, сохраняющих все свойства нативной грязи, позволяют расширить применение пелоидотерапии до внекурортного и даже домашнего использования. Современный дизайн и удобство применения смогут облегчить работу медицинского персонала на курортах и за его пределами, а невысокие цены отечественных препаратов сделают доступным грязелечение для более широких слоев населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринзайд М.И., Гринзайд Ю.М. К вопросу об информационных механизмах действия естественных физических факторов // Материалы первой региональной научно-практической конференции по проблемам курортов КМВ. – Пятигорск. – 1994. – С. 5-6.
2. Евсеева М.М. Курортные факторы в лечении, реабилитации и

профилактике женских болезней и их применение в современных условиях // АГ-инфо. – 2006. – № 1. – С. 19-23.

3. Евсеева М.М. Физические факторы в восстановительном лечении женщин с тазовыми перитонеальными спайками и ретродевиацией матки // Третий международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация – 2006». – М.: 2006. – С. 54-55.

4. Евсеева М.М., Стругацкий В.М. Применение лечебной грязи во внекурортной терапии хронического воспаления органов таза // Российский конгресс «Генитальные инфекции и патология шейки матки». – М.: 2004. – С. 90-91.

5. Иммуномодулирующие эффекты физических факторов: Пособие для врачей / Гринзайд М.И., Гринзайд Ю.М., Евсеева С.Н., Полушина Н.Д. и др. – Пятигорск. – 1996. – 29 с.

6. Калинин С.В. Физиология грязелечения как частный случай неспецифической адаптации организма // Вопросы курортол. – 2003. – № 4. – С. 52-53.

7. Карагулов Х.Г. Разработка малоотходной технологии лекарственных препаратов пелоидов Тамбуканского озера, их исследование и стандартизация: автореф. дис... к.м.н. – Пятигорск. – 2002. – 21 с.

8. Позднякова Л.И. К вопросу о механизме иммунорегуляторного

эффекта пелоидов // Иммунологические концепции в курортологии: Сборник научных трудов. – Пятигорск: ПНИИК и Ф. – 1987. – С. 30-35.

9. Родин Ю.А., Ушаков А.А. Грязелечение Тамбуканской иловой грязи: Методические рекомендации. – М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. – 2004.

10. Стругацкий В.М., Евсеева М.М. Внекурортное грязелечение в программе восстановительной терапии женщин с хроническим воспалением органов таза // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. Материалы Всероссийского форума «Здравница – 2002». – 2002. – С. 203.

11. Стругацкий В.М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии. – М.: 1981. – С. 15-16.

12. Шаплыгин Л.В., Монаков Д.М., Слободина О.П. Применение препарата Тамбуил-суппозитории в лечении хронического простатита // Воен. мед. журнал. – 2003. – № 9.

13. Шинкаренко А.Л., Миленина Н.Г. Органические вещества лечебных грязей и их роль в механизме действия на организм: Методические рекомендации. – Пятигорск. – 1973.

ИНТЕРФЕРЕНЦТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

ЯРУСТОВСКАЯ О.В., ОРЕХОВА Э.М., АЛИСУЛТАНОВА Л.С., АЙВАЗЯН Т.А., РУБЧЕНКОВА С.А., КОЧЕТКОВ А.В., БОБКОВА А.С.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава», г. Москва, Институт повышения квалификации ФМБА, г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Проведено обследование и лечение 120 женщин, страдающих типичной формой климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести течения в периоде перименопаузы. Изучено влияние трансцеребрального воздействия интерференционных токов как монофактора и в комплексе с подводным душем-массажем на клиническое течение заболевания, психологический статус, функциональное состояние ЦНС, системы гипофиз-яичники, липидный спектр крови и гемокоагуляционный статус. Установлена более выраженная позитивная динамика комплексной терапии у пациенток с нейровегетативной формой легкой и средней степени тяжести у пациенток в периоде пременопаузы, преимущественно при сохраненной цикличности менструальноподобных реакций.

Ключевые слова: Климактерический синдром, интерференционные токи, подводный душ-массаж, гормональный статус, церебральная гемодинамика, психодиагностическое тестирование.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы изучения клиники и разработка методов терапии больных с климактерическим синдромом (КС) имеют важное медико-социальное значение, что продиктовано частотой патологии (40-60% женщин в периоде перименопаузы), увеличением средней продолжительности жизни, возросшей социальной активностью женщин, а также разнообразием аспектов, определяющих качество жизни женщин этой возрастной группы [5, 8, 12].

Несмотря на отсутствие единого мнения по вопросам развития КС, большинство исследователей ведущее значение придают дисфункции гипоталамических структур, обеспечивающих координацию кардиоваскулярных, температурных сдвигов с эмоционально-поведенческими реакциями разного

типа [8, 21]. Одним из существенных факторов развития КС является и дефицит эстрогенных влияний, что влечет за собой формирование симптомокомплекса, характерного для так называемой болезни “эстрогенного дефицита” [2, 4, 8, 12, 13]. Сложность механизмов патогенеза и разнообразие клинических проявлений определяют трудности терапии больных с КС. В то же время опыт клинических наблюдений и научных исследований убедительно доказал, что терапевтическое вмешательство на относительно ранних этапах климактерического периода благоприятно влияет на качество жизни женщины в последующие годы [12, 4].

По мнению ряда исследователей, одним из основных методов профилактики и коррекции климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия [2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14]. Однако, учитывая наличие отрицательных свойств, присущих фармакологическим препаратам, их дороговизну, противопоказания к гормональной терапии, объясним интерес к разработке методов немедикаментозного лечения больных с КС [1, 16, 19].

Теоретическими предпосылками к использованию нейротропной интерференцтерапии как метода монотерапии, так и в комплексном применении с подводным душем-массажем у изучаемого контингента больных явились результаты проведенных ранее исследований по оценке эффективности применения интерференционных токов по методу электросна при различных заболеваниях, свидетельствующие об активном их влиянии на функциональное состояние ЦНС, подкорковые структуры головного мозга, вегетативный и гормональный дисбаланс [9]. Кроме того, опыт клинического применения гидротерапии при лечении пациенток с КС, а также научные данные свидетельствуют о позитивном влиянии этих процедур на вегетативное обеспечение организма, состояние психоэмоциональной сферы, эндокринный гомеостаз [15]. Все вышеперечисленное