

трансцеребральной интерференцтерапии и йодобромных ванн и лазеротерапии в большей степени влияют на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, тогда как все лечебные комплексы в равной степени влияли на костную систему.

2. У больных сахарным диабетом все исследуемые программы оказались эффективными в отношении их влияния на состояние сердечно-сосудистой системы. На состояние костной системы в большей степени влияют программы, состоящие из радоновых ванн и ультразвука, йодобромных ванн и лазеротерапии.

3. У больных с гипотиреозом программы, состоящие из контрастных ванн и трансцеребральной интерференцтерапии, йодобромных ванн и лазеротерапии, в большей степени влияют на костную и сердечно-сосудистую системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию.- М. Медицинское информационное агентство.- 2001.- 685 с.
2. Сметник В.П. Медицина климактерия. – Ярославль. ООО «Издательство Литера».- 2006.- 848 с.
3. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу.- М.: БИНОМ.- 2003.- 524 с.
4. Рожинская Л.Я. Современная стратегия профилактики, лечения остеопороза //Русс. мед. журнал – 2005. – № 6. с. 344-352.
5. Мельниченко Г. А., Катхуря Ю. В., Чазова Т. Е., Беркетова Т. Ю., Фадеев В. В., Пивоварова С. В. Особенности течения климактерического периода у женщин с заболеваниями эндокринной системы// Журнал акушерства и женских болезней – 1999 – № 1, с. 9-12.

6. Эседова А.Э. Постменопаузальная остеопения у женщин при первичном гипотиреозе// Российский вестник акушера-гинеколога – 2005. – № 1, с. 21-25.

7. Kanis J.A. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. JAMA 2001; 285: 785-795.

8. Попков С.А., Старкова Н.Т., Морозова Т.П., Волобуева Ю.В. О лечении климактерических расстройств у женщин при сахарном диабете II типа // Проблемы эндокринологии – 1996. – № 5. Том 42. – с. 18-20.

РЕЗЮМЕ

В климактерическом периоде повышается риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза, особенно у женщин с сахарным диабетом и гипотиреозом. При обследовании 363 женщин (117 человек без сопутствующей эндокринной патологии, 124 с сахарным диабетом типа 2, 122 с сопутствующим гипотиреозом) в возрасте от 47 до 52 лет, находящихся в перименопаузальном периоде, у 69% выявлена остеопения и у 10%-остеопороз. Изменения эхокардиографических показателей были в большей степени выражены у женщин с сахарным диабетом и гипотиреозом. Показано различное влияние реабилитационных программ на состояние костного метаболизма и показатели эхокардиографии в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.

ABSTRACT

At climacteric period women have a risk of development of cardiovascular disorders osteoporosis, especially those with diabetes mellitus type 2 and with hypothyroidism. 363 women (117 without endocrine diseases, 124 with diabetes mellitus type 2, 122 with hypothyroidism) 47 - 52 old were included in to the trial,. 69% of them had osteopenia and 10% osteoporosis. Changes of Doppler echocardiographic parameters indicators have been in a greater degree expressed at women with a diabetes and hypothyroidism. Various influence of rehabilitation programs were shown on a bone metabolism and echocardiographic parameters depending on presence of accompanying diseases.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД И РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

*ФИЛОНЕНКО А.В., к.м.н., доцент кафедры педиатрии
Чувашский Государственный университет им. И.Н.Ульянова
E-mail: filonenko56@mail.ru*

АННОТАЦИЯ

Применение курсовой иглорефлексотерапии в комплексной реабилитации новорожденного действительно снижает нагрузку на адаптационные механизмы и повышает способность вегетативной нервной системы по обеспечению безопасности организма от последствий повреждающего действия гипоксии в этот период. Проведение новорожденному совместного с матерью пособия оказывает более выраженное действие, чем рефлексотерапия только ребенку, что связано с оптимизацией вегетативной системы новорожденного и психозомоционального состояния матери. Влияние иглорефлексотерапии в системе «мать-дитя» на состояние здоровья новорожденного проявляется лучшими показателями вегетативного гомеостаза в ранний восстановительный период. Наиболее выраженные изменения показателей кардиоинтервалографии проявляются в значении величины показателя индекса напряжения.

Ключевые слова: вегетативная реактивность, иглорефлексотерапия, новорожденный, комплексная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Система «мать-дитя» положительно влияет на течение периода адаптации новорожденного. В ус-

ловиях совместного пребывания матери и ребенка стимулируется формирование иммунной системы новорожденных, системы гемостаза [1]. Особое значение в патогенезе нарушений жизненно важных функций новорожденного в период постнатальной адаптации имеют изменения со стороны вегетативной нервной системы [2]. Однако регуляторные функции вегетативной нервной системы у детей легко нарушаются при воздействии неадекватных возрасту факторов, создается угроза перехода физиологических состояний в патологические [3]. У детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС) в периоде новорожденности выявляется высокий процент вегетативно-висцеральных дисфункций в различных сочетаниях, а особенности функционирования вегетативной нервной системы характеризуются нарушениями катехоламинового и серотонинового обмена [4]. Не купированные на ранних этапах онтогенеза функциональные нарушения вегетативной регуляции приводят к развитию дистрофических процессов в органах, способствуют развитию симпатико- и вагозависимых психосоматических заболеваний в более старшем возрасте [5]. Рефлексотерапия, широко применяемая у взрослых, в период новорожденности и совместном лечении с матерью используется редко.

Цель исследования заключалась в изучении состояния вегетативной реактивности новорожденных детей с перинатальным поражением ЦНС гипоксически-ишемического генеза в начале и конце раннего восстановительного периода при различных вариантах акупунктурного воздействия в системе «мать-дитя».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением в основной группе находилось 137 новорожденных и их матерей в возрасте $26,1 \pm 0,6$ лет. Дети разделены на 3 подгруппы в соответствии с вариантом рефлекторного воздействия. На фоне медикаментозного лечения в 1 подгруппе акупунктура осуществлялась как матери, так и ребенку – 52 пары; во 2 подгруппе акупунктура проводилась только 36 матерям доношенных новорожденных детей; в 3 подгруппе курс иглорефлексотерапии получен только детьми – 49 доношенных новорожденных.

Контрольная группа, сопоставимая по возрасту, физическому развитию, полу, гестационному возрасту новорожденных, представлена 63 парами «мать-дитя», акупунктурное воздействие которым не оказывалось.

В начале раннего восстановительного периода средний возраст детей первой подгруппы (мальчиков – 28, девочек – 24) составил $11,1 \pm 1,0$ дня, второй (мальчиков – 19, девочек – 17) – $8,5 \pm 0,3$ дня, третьей (мальчиков – 22, девочек – 27) – $12,8 \pm 2,3$ дня. Возраст детей группы сравнения (мальчиков – 37, девочек – 26) – $8,6 \pm 0,4$ дня. К концу раннего восстановительного периода возраст детей первой подгруппы – $31,3 \pm 1,4$ дня, второй – $25,2 \pm 0,7$ дня, третьей – $31,4 \pm 2,5$ дня, группы сравнения – $26,2 \pm 0,4$ дня.

Все дети основной и контрольной групп родились от матерей с отягощенным течением беременности и родов. Находились на естественном или смешанном вскармливании. Имели проявления тяжелого гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Диагностика основана на данных анамнеза, клинического обследования, оценки неврологического статуса.

Для суждения о вегетативной реактивности организма новорожденных использовалась методика кардиоинтервалографии (КИГ) [6, 7], когда последовательный ряд 100 кардиоциклов фиксировался во II стандартном отведении со скоростью 50 мм/с. Линейкой «Taschenekameter» измерялись интервалы R-R и записывались в статистический ряд. Затем рассчитывались показатели вариационного размаха (ΔX), амплитуды моды (АМо), моды (Мо), индекса напряжения (ИН), индекса вегетативного равновесия (ИВР), показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) и вегетативного показателя ритма (ВПР).

Дисбаланс канально-меридианной системы партнеров диагностировался прибором отечественного производства «АРМ-РТ Партнер» методом Ryodoraku. Использовалась методика тормозного рецепта двух дистальных точек конечностей по F.Mann [8] с добавлением группового Ло-пункта ведущего канала повреждения текущего дня одной сто-

роны – второй уровень воздействия по Д.М.Табеевой. Сеанс продолжался 45-60 минут до самостоятельной элевации игл из кожи во время сна новорожденного после утреннего кормления. В ходе курса акупунктуры, состоящего из 5 сеансов, и, задействовавшего 15 различных точек, как у матери, так и у ребенка пользование одних и тех же мест не допускалось. При сохранении доминирования канала предыдущего дня воздействие осуществлялось на противоположной стороне. Применялись одноразовые иглы «SuJok Acupuncture Needles Sterilized by Gamma-ray» фирмы «Subal», Moscow.

Статистическая обработка произведена пакетом программ Statistika 5,0. Применялись параметрические и непараметрические методы статистического анализа (Стьюдента, Йейтса). Достоверность различий учитывалась на уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Достоверной разницы между качественной и количественной выраженностью общего, соматического, неврологического состояния и сопутствующей патологии новорожденных по отношению к детям группы сравнения не существует. Результаты исследования вегетативной реактивности новорожденных представлены в табл. 1 и 2.

В начале раннего восстановительного периода (табл. 1) исходный уровень вегетативной реактивности детей группы сравнения сопоставим с таковым новорожденных основных подгрупп ($p > 0,05$).

В конце раннего восстановительного периода, как следует из приведенных данных (табл. 2), на фоне комплексной реабилитации, включающей иглорефлексотерапию, у детей основной группы обнаруживаются достоверные отличия вегетативной реактивности от таковой новорожденных группы сравнения конца раннего восстановительного периода.

Дети группы сравнения сохраняют симпатикотонический вариант вегетативной реактивности и не выявляют достоверных отличий показателей вегетативного гомеостаза по отношению к таковым новорожденных начала раннего восстановительного периода. В основной группе величины статистически значимо отличаются от выраженности аналогичных показателей новорожденных группы сравнения конца раннего восстановительного периода.

Вариационный размах у детей 1 подгруппы достоверно снижался (на 20,0%), снижался (на 6,1%) у детей 2 подгруппы и возрастал (на 3,8%) у детей 3 подгруппы по отношению к аналогичному показателю у детей в начале раннего восстановительного периода, но значимо превышал (на 88,2%) у детей 1 подгруппы, и (на 13,2%) у детей 2 подгруппы величину показателя ΔX детей группы сравнения.

Средний показатель амплитуды моды детей контрольной группы не достоверно возрастает (на 7,4%) по отношению к началу раннего восстановительного периода. В основной же группе существенно отличаются от такового новорожденных группы сравнения конца раннего восстановительного периода, когда динамика АМо носит противоположную на-

правленность (уменьшение на 12,2% – в 1 подгруппе, $p>0,05$, на 11,2% – во 2 подгруппе, $p>0,05$ и на 18,7% – в 3 подгруппе, $p<0,05$), чем в группе сравнения.

Средние значения моды у детей 2 и 3 подгрупп и детей группы сравнения не имели достоверных различий. Средний уровень M_0 детей 1 подгруппы несопоставимо (на 9,3%) возрос по отношению к такому же показателю детей контрольной группы к концу раннего восстановительного периода.

Индекс напряжения достоверно снижался к концу раннего восстановительного периода в 1, 2 и 3 подгруппах (соответственно на 21,7, 23,2 и 14,4%) сравнительно с данными детей вышеназванных подгрупп в начале раннего восстановительного периода, и значимо уменьшился (соответственно на 36,7, 35,6 и 34,0%) относительно возросшего показателя ИН (на 19,8%) детей контрольной группы.

Индекс вегетативного равновесия снижался у детей основной группы (на 18,8, 22,4 и 14,5% соответственно для 1, 2 и 3 подгрупп), но возрастал (на 27,3%) у детей контрольной группы сравнительно с аналогичным показателем детей в начале раннего восстановительного периода, а также достоверно отличался (на 33,7%) у детей 2 подгруппы от детей группы сравнения в конце раннего восстановительного периода.

Средний уровень ПАПР детей основных подгрупп имел более существенную динамику снижения (на 9,4, 13,9 и 10,6% соответственно), чем детей группы сравнения (на 2,8%), однако статистически разницу доказать не удалось.

Вегетативный показатель ритма детей контрольной группы незначимо возрастал (на 14,8%) по отношению к началу раннего восстановительного периода, в то время как ВПР детей основной группы снижался и отличался (на 22,2% – в 1 подгруппе, $p>0,05$, на 25,8% – во 2 подгруппе, $p<0,05$ и на 17,7% – в 3 подгруппе, $p>0,05$) от детей в группе сравнения конца раннего восстановительного периода.

Таблица 1.

Показатели вегетативной реактивности в начале раннего восстановительного периода ($M \pm m$).

Показатель	Группа сравнения, n=63	1 подгруппа, n=52	2 подгруппа, n=36	3 подгруппа, n=49
ΔX (с)	0,078±0,01	0,16±0,06	0,082±0,01	0,066±0,001
АМ ₀ (%)	33,6±1,7	35,0±2,7	36,91±2,15	33,88±1,84
M_0 (с)	0,38±0,008	0,41±0,01	0,39±0,01	0,40±0,007
ИН (у.е.)	861,9±91,3	834,7±124,3	866,2±116,9	795,6±111,8
ИВР (у.е.)	587,1±63,4	649,4±92,4	637,76±79,9	612,1±79,9
ПАПР(у.е.)	94,9±5,1	86,87±6,9	98,5±7,3	86,6±5,3
ВПР (у.е.)	45,5±3,6	45,9±6,23	41,4±3,8	43,6±3,7

Таблица 2.

Показатели вегетативной реактивности в конце раннего восстановительного периода ($M \pm m$).

Показатель	Группа сравнения, n=63	1 подгруппа, n=52	2 подгруппа, n=36	3 подгруппа, n=49
ΔX (с)	0,068 ± 0,01	0,128±0,04*	0,077±0,01	0,0685±0,01
АМ ₀ (%)	36,07±1,59	31,7±2,04	32,07±1,54	29,36±1,78*
M_0 (с)	0,375±0,01	0,41±0,01*	0,385±0,01	0,39±0,01
ИН (у.е.)	1032,6±123,9	653,7±107,7*	664,9±69,37*	681,4±71,68*
ИВР (у.е.)	747,2±84,03	527,1±77,31	494,9±49,5*	523,3±54,18
ПАПР(у.е.)	92,2 ± 5,50	78,72 ± 5,93	84,80 ± 4,87	77,4 ± 4,66
ВПР (у.е.)	52,2±4,69	40,63 ± 4,69	38,76±2,96*	42,95±2,80

* – Разница показателей между группой наблюдения и контрольной группой достоверна, $p<0,05$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование подтверждает ранее представленные результаты [9] о высоком уровне симпатической активности новорожденных. Полученные нами данные в группах детей, перенесших гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, свидетельствуют о том, что вегетативный гомеостаз новорожденных характеризуется значительной активностью центрального контура регуляции с развитием вегетативной реактивности по гиперсимпатикотоническому типу и сохранением таковой до конца позднего перинатального периода, что указывает на весьма выраженную нагрузку защитно-приспособительных механизмов новорожденных группы сравнения.

Включение курса иглорефлексотерапии вызывает изменение показателей вегетативного статуса с перестройкой вегетативной реактивности по ваготоническому типу. Действенно снижается нагрузка на адаптационные механизмы и повышается способность вегетативной нервной системы по обеспечению «коридора безопасности» организма новорожденного от последствий повреждающего действия гипоксии в этот период.

Очевидно, что адаптация новорожденных в ранний восстановительный период в значительной степени зависит от адекватного функционирования системы «мать-дитя», которая нарушена при различных осложнениях беременности и родов [10]. Сравнение полученных показателей вегетативной реактивности с результатами в основной группе позволяет утверждать, что включение курса иглорефлексотерапии в систему «мать-дитя» достаточно эффективно при всех вариантах воздействия. Эффект воздействия обусловлен, вероятно, непосредственным механизмом ее сенсорного и трофического действия на вегетативную нервную систему, повышением вагусной активности [11], нормализацией медиаторного обмена ребенка [12]. Проведение новорожденному совместного с матерью пособия оказывает все же более выраженное действие, чем рефлексотерапии только ребенку, что весьма вероятно, может быть связано с оптимизацией вегетативной системы матери в становлении ее психоэмоции-

нального состояния, лактации и состава молока [13]. Влияние иглорефлексотерапии в системе «мать-дитя» на состояние здоровья новорожденного проявляется лучшими показателями вегетативного гомеостаза в поздний неонатальный период. Наиболее выраженные изменения показателей КИГ проявляются в значениях величины показателя индекса напряжения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, концепция, что включение акупунктуры в комплексную терапию новорожденных системы «мать-дитя» с гипоксически-ишемическим поражением мозга на ранних этапах реабилитации оптимизирует вегетативный гомеостаз детей в этот период, находит свое подтверждение. Вегетативный дисбаланс по гиперсимпатикотоническому типу, сохраняющийся на первом месяце жизни новорожденных, перенесших гипоксически-ишемическое поражение мозга, несмотря на медикаментозное лечение, весьма эффективно регулируется проведением иглорефлексотерапии новорожденному, особенно совместно с матерью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Засимова И.В. Медико-социальные аспекты совместного пребывания матери и ребенка в акушерских стационарах// Педиатрия.– 1988.– № 8.– С.94-98.
2. Козлова Л.В., Короид О.А. Состояние вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем в раннем постнатальном периоде у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию// Российский вестник перинатологии и педиатрии.– 2000.– № 6.– С. 56-57.
3. Петрова А.М., Коновалов А.В., Мазур В.А. Оценка адаптационных способностей новорожденных методом кардиоинтервалографии// Здоровоохранение Белоруссии.– 1987.– № 1.– С. 33-36.
4. Бережанская С.Б., Лукьянова Е.А., Каушанская Е.Я. Нейровегетативные дисфункции у новорожденных и детей раннего возраста, перенесших перинатальную гипоксию// Проблемы внутриутробной инфекции плода и новорожденного: Материалы III Съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины.– Москва, 2000.– С. 304-305.
5. Исмагилов М.Ф. Прогнозирование развития вегетативной дисфункции пубертатного периода как истока психосоматических заболеваний взрослых// Журнал невропатологии и психиатрии.– 1988.– № 11.– С.79-82.
6. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе – М.:Наука, 1984.– 278 с.
7. Кравцов Ю.И., Аминов Ф.К. Вегетативное обеспечение новорожденных по данным кардиоинтервалографии// Педиатрия.– 1990.– № 4.– С.41-45.
8. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Энциклопедия// Украинская энциклопедия им. М.П. Бажана (Киев). Киев: Укр.энцикло-

педия; М.: «АСТ-ПРЕСС», 1994.– С.369-370.

9. Евсеев Д.А., Панова Л.Н., Цирельников Н.И. Оценка постнатальной адаптации новорожденных с различной патологией методом компьютерного анализа ритма сердца// Акушерство и гинекология.– 2002.– № 1.– С.31-35.

10. Елизарова М.Г., Михалев Е.В., Филиппов Г.П., Пеккер Я.С. Варианты адаптационных реакций у новорожденных группы высокого риска по внутриутробному инфицированию// Акушерство и гинекология.– 2005.– № 4.– С. 19-23

11. Гойденко В.С., Комарова И.Б. Эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении психовегетативных расстройств у детей//Журнал неврологии и психиатрии.– 2003.– № 8.– С.23-28.

12. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия// Рефлексотерапия.– 2004.– № 1 (8).– С.7-17.

13. Филоненко А.В. Рефлексотерапия: психоэмоциональная сфера матери и ее взаимосвязь с выраженностью морфо-функциональных отклонений у новорожденного с перинатальным поражением нервной системы в поздний неонатальный период// Рефлексотерапия.– 2007.– № 4.– С. 40-44.

РЕЗЮМЕ

Изучение вегетативного гомеостаза новорожденных с перинатальным поражением нервной системы под влиянием курсового воздействия иглорефлексотерапии диады «мать-дитя» в ранний восстановительный период показало, что включение иглорефлексотерапии в комплексную реабилитацию партнеров обеспечивает оптимизацию вегетативной реактивности новорожденного. Новорожденные характеризуются симпатикотоническим вариантом вегетативной реактивности и не выявляют достоверной динамики показателей вегетативного гомеостаза в конце раннего восстановительного периода. У новорожденных, получивших курс акупунктуры, величины статистически значимо отличаются от выраженности аналогичных показателей новорожденных группы сравнения в конце раннего восстановительного периода и характеризуются ваготонической направленностью вегетативной реактивности. Исследование акупунктуры новорожденных открывает дополнительные возможности лечения постгипоксических изменений и оптимизации восстановительных процессов в нервной системе.

ABSTRACT

The study of the vegetative homeostasis of newborns with perinatal damage of the nervous system under the influence of acupuncture course of the diad «mother-baby» in the early reconvalescent period has shown, that inclusion of the acupuncture in complex rehabilitation of the partners provides the optimization of the vegetative reactivity of the newborn. The newborns are characterized by sympatricotonic variant of vegetative reactivity, and do not reveal the reliable modification of vegetative homeostasis parameters at the end of the early reconvalescent period. In the newborn, who got course of the acupuncture, the values statistically significantly differ from values of similar factors in the newborns of the comparison group at the end of the early rehabilitation period and characterized by vagotonic direction of vegetative reactivity. The study of newborn acupuncture gives more possibilities to treatment posthypoxic changes and optimization of reparative processes in central nervous system.

Key words: Vegetative reactivity, acupuncture, newborn, complex rehabilitation

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ НЕЙРОПАТИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

*КАСЫМОВА М.С., ассистент кафедры офтальмологии ТашИУВ
Ташкентский институт усовершенствования врачей, кафедра офтальмологии
Тел.: 118-51-45 (дом.), 187-51-45 (моб.)*

АННОТАЦИЯ

Лечение ишемических нейропатий всегда считалось одной из наиболее трудных задач в связи со сложностью структурно-функционального строения зрительного нерва [1, 3].

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время расширились и углубились представления об этиологии и патогенезе сосудистых нарушений в зрительном нерве, но лечение

больных с этой патологией не стало менее сложным, а применяемая терапия не стала более простой [1, 2, 4]. Особенно мало работ, посвященных реабилитации данной категории больных [1].

Этим объясняется и то, что в большинстве случаев исходы ишемических нейропатий остаются неблагоприятными, обуславливая значительное снижение зрительных функций и вследствие этого – инвалидизацию от атрофии зрительного нерва. Отсутствие эффективных методов лечения и реабилита-