

РЕЗЮМЕ

Представлены материалы клинических испытаний магнитотерапии «Viofor JPS» у пациентов зрелого возраста с заболеваниями сердечнососудистой системы. Показана эффективность магнитотерапии для улучшения периферического кровообращения.

Ключевые слова: заболевания сердечнососудистой системы, магнитотерапия, периферическое кровообращение.

ABSTRACT

In the work materials of clinical tests of magnetotherapy «Viofor JPS» at patients of age of maturity with diseases are presented cardiac-vascular system. Efficiency of magnetotherapy for improvement of peripheral circulation.

Key words: diseases cardiac-vascular system, magnetotherapy, peripheral circulation.

Контакты:

Исупов А.Б. E-mail: iab@chuslake.ru

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

УДК 615.83.03:618.1-089.168.5

¹**Гордон К.В.:** профессор кафедры восстановительной медицины, физиотерапии, мануальной терапии, ЛФК и спортивной медицины, д.м.н., профессор;

²**Автомеев С.М.:** заместитель генерального директора по лечебной части.

¹ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский Университет» Минздравсоцразвития России, г. Краснодар, Россия

²ООО «Клиника Екатерининская»; г. Краснодар, Россия

Введение

Основной целью комплексного лечения гинекологических больных активного репродуктивного возраста является обеспечение восстановления или сохранение репродуктивной функции, профилактика акушерской и перинатальной патологии, получение здорового потомства, что в целом призвано способствовать позитивной динамике демографической ситуации. Однако существующая разобщенность различных этапов лечения (стационарного, амбулаторно-поликлинического, санаторно-курортного) данной группы гинекологических больных приводит к снижению лечебно-профилактической эффективности, повышению уровня материально-экономических затрат и удлинению сроков лечения [1, 2]. Технологии восстановительной медицины являются недооцененным резервом в оптимизации методологии проведе-

ния восстановительной коррекции репродуктивной функции, поскольку для них характерны системное воздействие на организм человека, широкий спектр позитивных эффектов, возможность комплексного использования и невысокий уровень экономических затрат, что в целом придает их применению инновационный характер.

Поскольку последние десятилетия ознаменовались широким внедрением лечебно-диагностических лапароскопий в практическую гинекологию, в особенности у женщин активного репродуктивного возраста, имеющих высокий риск или уже страдающих бесплодием, представляет интерес разработка комплексных методов применения природных и преформированных физических факторов как для восстановления их репродуктивного потенциала и повышения лечебно-профилактической эффективности оперативного

лечения, так и для профилактики акушерской и перинатальной патологии, направленной на сохранение здоровья матери и новорожденного [3].

Цель исследования – оценка лечебно-профилактической эффективности комплексного санаторно-курортного лечения в теплое время года в здравницах Российского Причерноморья гинекологических больных, перенесших органосохраняющие операции на органах малого таза и имевших высокий риск развития трубно-перитонеального бесплодия.

Материал и методы исследования. Единицами наблюдения в рамках настоящего исследования с использованием метода непреднамеренного отбора больных были определены 267 пациенток, перенесшие органосохраняющие операции на придатках матки по поводу внематочной беременности, спаечного процесса или трубно-перитонеального бесплодия. Пациентки основной группы (144 женщины, постоянно проживающие в приморских населенных пунктах Краснодарского края) в отсроченном предоперационном периоде на этапе санаторно-курортного лечения, проводившегося в теплое время года (май-октябрь) получали климатотерапию, включавшую персонифицированные режимы аэро-, гелио и талассотерапии, сероводородную или йодобромную бальнеотерапию в виде общих ванн и влажных орошений, транскраниальную электростимуляцию (ТЭС) по 30 минут, 5 сеансов и воздействие электромагнитными волнами крайне высокой частоты (КВЧ-терапию) на область проекции матки и ее придатков на передней брюшной стенке, 10 сеансов по 30 мин. КВЧ-терапия проводилась с использованием аппарата Стелла-1-БФ, позволяющего воздействовать различными вариантами сочетаний длин волн, в режимах № 22 и 23, который обладает анальгетическим, дефибринолитическим и иммуностимулирующим действием. Учитывая, что большую часть обследованных составляли женщины, постоянно проживающие в приморских городах, данным пациенткам рекомендовалось продолжать талассотерапию и после окончания интенсивного курса санаторно-курортного лечения, а также и на фоне беременности, с учетом имеющихся особенностей клинического течения основного заболевания или наступившей беременности. Больные контрольной группы (123 женщины) в раннем послеоперационном периоде получали только медикаментозное стандартное лечение и в период до 18 месяцев после операции другого лечения не получали.

В ходе проведения санаторно-курортного лечения, прегравидарной подготовки и динамического наблюдения женщин, у которых после санаторно-курортного лечения наступила и развивалась беременность неоднократно оценивался психо-эмоциональный спектр личности [4, 5], особенности функциональной активности вегетативной нервной системы (А.М. Вейн, 1991), результаты кардиоритмографии, уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза (Л.Х. Гаркави, 2000) [6]. Кроме изучения гинекологического статуса, оценки степени морфологических изменений в малом тазу, путем бимануального и ультразвукового исследования, у больных проводилось изучение уровней яичниковых и гонадотропных гормонов. Биохимическое исследование наряду со стандартно определяемыми у диспансерных гинекологических больных или беременных

показателей дополнительно включало анализ иммунного статуса, белкового спектра сыворотки крови и изучение состояния системы перекисного окисления липидов (ПОЛ), которое оценивали по уровню общих липидов, диеновых конъюгатов по Ребуагел в модификации В.Г. Гаврилова и сотр, малонового диальдегида в строге эритроцитов в пересчете на 1 кг липидов по Стальной и Гавришвили в модификации Супловой и Барковой, при этом из антиоксидантов определяли церулоплазмин модифицированным методом Ревина, каталазу по Королюку [7, 8].

Отдаленные результаты оценивались в период до 3 лет после проведения реконструктивно-пластических операций на органах малого таза.

Результаты исследования. После проведенного курса восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе у пациенток основной группы отмечалась позитивная динамика показателей функциональной активности ВНС и гинекологического статуса. У 86,4% больных был отмечен выраженный противовоспалительный и дефибринолизующий эффект, выражающийся в исчезновении инфильтрации в области придатков матки, размягчении и исчезновении спаек и в восстановлении подвижности тела матки. Восстановление оптимального кровообращения в сосудистом бассейне малого таза коррелировало не только с противовоспалительным и рассасывающим действием, но и с нормализацией функции яичников – количество больных с 2-фазным менструальным циклом увеличилось на 27%. Исходно сниженное процентное количество Т-лимфоцитов после курса лечения увеличилось в 54,5% случаев. Количество Т-хелперов увеличилось у 73,4% женщин, достигнув максимальных значений, достигнув максимального уровня в $842,5 \pm 78,9$ /мкл, а исходно повышенное в среднем на $29,7 \pm 0,78\%$ количество Т-супрессоров снизилось у 23,4% пациенток. В период до 9 месяцев после операции отмечался прирост уровня альбуминов с его последующей стабилизацией на уровне $56,9 \pm 1,24\%$. Отмечалось достоверное снижение уровня крупного класса «острофазных» белков – альфа-1-глобулинов, свидетельствующих о снижении интенсивности воспалительной реакции. В-глобулины имели тенденцию к снижению до 9 месяцев после оперативного лечения, после чего они стабилизировались на уровне $10,1 \pm 0,34\%$. Уровни конечных продуктов ПОЛ достоверно снижались у всех больных, в среднем на $4,7 \pm 0,08\%$ за 21 день курса курортной реабилитации. Наилучшие результаты получены у пациенток, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после лечебной лапароскопии.

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что в основной группе наблюдения беременность в течение 1 года после операции наступила в 54,2% случаев, что в среднем практически в 1,5 раза превышает описываемую в литературе лечебно-профилактическую эффективность данного вида эндоскопических операций [2, 7]. У пациенток основной группы, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после операции, беременность наступила в 60% случаев, поступивших на СКЛ через 6–9 месяцев – в 42%, через 1 год – в 12,3% случаев. Обострения хронических воспалительных заболеваний внутренних гениталий в течение 3 лет не было отмечено у 62,8% женщин. После курса восстановительного

лечения в 28% случаев наблюдалось улучшение в клиническом течении экстрагенитальной патологии. У больных контрольной группы позитивная динамика основных гомеостатических показателей под воздействием курортного лечения была менее выраженной: в течение 1 года после оперативного лечения беременность не наступила ни у одной больной, в течение 3 лет после операции у 12% больных, причем в 1/3 случаев – внематочная.

Существенный интерес представляет анализ клинического течения наступивших беременностей у женщин из состава основной и контрольной групп. Сравнительный анализ катamnестических данных показал, что если в контрольной группе частота гестоза достигла 25%, то в основной группе этот показатель составил только 6,25%. Ультразвуковые и клинические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности в основной группе также были существенно ниже. Средний срок гестации составил в контрольной группе – $40,3 \pm 0,75$ недели, в основной – $38,4 \pm 0,39$ недели.

В основной группе с целью профилактики перенашивания не пришлось прибегать к родовозбуждению, а в контрольной – к родовозбуждению пришлось прибегнуть в 16,4% случаев. В основной группе существенно ниже была и доля гипотонических маточных дисфункций, потребовавших применения утеротонических средств и, напротив, достоверно выше была доля быстрых и стремительных родов. Так продолжительность I родов составила в контрольной группе в среднем $546,3 \pm 47,2$ мин., в основной группе наблюдения соответственно: $457,3 \pm 24,1$ мин., при этом длительность потужного периода составила в контрольной группе $33,0 \pm 4,2$, а в основной $22,1 \pm 1,5$ мин. Таким образом, этот показатель в контрольной группе был более чем на 30% выше, чем у обследованных основной группы наблюдения. Продолжительность повторных родов в контрольной группе была больше на 18,6%, а длительность потужного периода на 25%.

Утеротонические средства с целью родостимуляции в родах применялись у рожениц контрольной группы в 10 раз чаще, чем в основной, где также реже отмечались случаи несвоевременного (дородового и раннего) излития околоплодных вод: $7,8 \pm 0,79\%$ случаев по подгруппам против 28% в контрольной группе. Наркотические анальгетики вводились в подгруппах основной группы в среднем в $12,5 \pm 0,54\%$ случаев, а в контрольной группе – в 41,3% случаев. Несвоевременное излитие вод в контрольной группе имело место в 28%, что практически в 3 раза превысило этот показатель среди рожениц основной группы, в которой и показатели материнского травматизма в основной группе были намного ниже. Эпизиотомия по показаниям со стороны плода не применялась в контрольной группе, в то время как в контрольной группе производилась в 10,8% случаев. Эпизиотомия по показаниям со стороны матери (угрожающий разрыв промежности) применялась в основной группе в 2 раза реже чем в контрольной группе.

Гипотонические дисфункции не отмечались среди рожениц основной группы. В контрольной группе слабость родовой деятельности отмечена в 6 случаях, дородовое излитие околоплодных вод с последующим родовозбуждением утеротоническими средствами – ещё в 4 случаях; трижды неудавшаяся попытка фармакологической коррекции указанных состояний ста-

ла причиной выполнения кесарева сечения. Процент оперативного родоразрешения операцией кесарева сечения по подгруппам основной группы составил $8,3 \pm 0,24\%$, в контрольной группе – $16,4 \pm 0,37\%$.

Более физиологичное течение беременности у женщин из состава основной группы обеспечило существенное улучшение росто-весовых показателей, выразившееся в первую очередь в снижении частоты гипотрофии плода. Частота перинатальной заболеваемости в основной группе была существенно ниже чем в контрольной. Финансовые затраты на госпитализацию беременных, получавших восстановительную коррекцию в соответствии с авторскими методиками, были на 36,7% ниже по сравнению с расходом материальных средств при стандартном ведении беременности.

В целом, беременных определяется тем, что в основной группе исследования продолжительность I родов сократилась на 21,6% в сравнении с контрольной группой, повторных родов – на 13,1%; частота несвоевременного излития вод в родах уменьшилась в 2,8 раза, потребность в наркотических анальгетиках сократилась в 2,6 раза, частота кесарева сечения уменьшилась в 1,45 раза, из них по экстренным показаниям – в 1,52 раза. Без существенного изменения росто-весовых показателей новорожденных, частота материнского родового травматизма у этих женщин сократилась в 3,37 раза, частота развития различных форм хронической ФПН – в 3,14 раза, частота позднего гестоза – в 4,6 раза. Перинатальная заболеваемость новорожденных у рожениц из состава основной группы наблюдения сократилась в 6,3 раза. Благодаря этому, затраты на дородовую и послеродовую госпитализацию беременных, родильниц и новорожденных сократились на величину до 2,13 раза, что составило разницу в 4079,6 руб. на одну пару «мать и ребенок». Таким образом, включение курса морских купаний в комплекс лечения или профилактики патологии беременности и родов обеспечивает достоверную оптимизацию клинического течения гестационного процесса, родов, послеродового периода и позитивно отражается на показателях здоровья новорожденных.

Выводы

Таким образом, перспективность применения предложенных технологий восстановительной медицины в ходе санаторно-курортного лечения на этапе прегравидарной подготовки гинекологических больных, перенесших органосохраняющие операции на органах малого таза и имеющих высокий риск трубно-перитонеального бесплодия, определяется тем, что применение комплекса природных и преформированных физических лечебных факторов в отсроченном послеоперационном периоде обеспечивает нормализацию психо-эмоционального состояния, функциональной активности вегетативной нервной системы, гормонального фона, иммунного статуса, активности антиоксидантной системы и специфических функций женского организма, достоверно повышает эффективность хирургического лечения, что в целом обуславливает повышение частоты наступления беременности до 52% случаев и многократное снижение частоты акушерской и перинатальной патологии, что в условиях модернизации системы здравоохранения в России имеет важное медико-экономическое значение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии // Курортология и физиотер. 2000. № 2. - С. 42–44.
2. Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии. М.: ГЭОТАР. Медицина. 2000. - 250 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практик. руководство для врачей /Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 2-е изд., доп. - 496 с.
4. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983.
5. Психологические тесты /Под ред. А.А.Карелина. -М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.Л. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов-на-Дону, 1977. - 109 с.
7. Энциклопедия клинических и лабораторных тестов./ Под ред. Н.Тица. Изд-во «Лабинформ». М. 1997. 940 с.
8. Королюк М.А., Шапова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения активности каталазы //Лаб.дело. - 1988, № 1.- С.16–19.

РЕЗЮМЕ

Обследовано 144 пациентки, перенесших реконструктивно-пластические операции на придатках матки, и проходивших преемственное восстановительное лечение в здравницах Краснодарского края, включавшее климатотерапию, талассотерапию, ЛФК, общий массаж, транскраниальную электронейростимуляцию и КВЧ-терапию, сероводородную или йодобромную бальнеотерапию. У пациенток основной группы, прошедших курс восстановительного лечения через 3–5 месяцев после операции, беременность наступила в 52% случаев, а ее клиническое течение сопровождалось выраженным снижением акушерской и перинатальной патологии, обеспечившим значимое снижение материально-финансовых затрат.

Ключевые слова: этапная реабилитация, органосохраняющие операции, санаторно-курортное лечение, талассотерапия, физиотерапия, бесплодие.

ABSTRACT

A total of 144 patients after reconstructive and plastic operations on uterine appendages, which were successive rehabilitation treatment in health resorts of Krasnodar Territory, which included climatotherapy, thalassotherapy, exercise therapy, massage, and transcranial electroneurostimulation EHF-therapy, bromine, or hydrogen sulfide balneotherapy. In the main group of patients who have undergone rehabilitation treatment after 3-5 months after surgery, pregnancy occurred in 52% of cases, while there was a large reduction in obstetric and perinatal pathology, which provided a significant reduction in material and financial costs.

Key words: stage care rehabilitation, organ-preserving surgery, spa treatments, thalassotherapy, physiotherapy, infertility.

Контакты:

Гордон Кирилл Владиславович. E.mail: doctor4007@rambler.ru;

Автомеев Светлана Михайловна. E.mail: avtosvet215@rambler.ru.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

УДК 616.31-08

Копытов А.А.: доцент кафедры стоматологии, к.м.н.;

Рыжова И.П.: профессор кафедры стоматологии, д.м.н., профессор.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия

Введение

Реабилитация пародонта основная задача, ежедневно решаемая врачом-стоматологом. Признаки заболеваний пародонта у лиц, достигших тридцатипятилетнего возраста диагностируются в 97% случаев [2]. Причём доля воспалительно-дистрофических заболеваний составляет 92–95%, первично дистрофических 3–5%, и 1–2% составляют лица страдающие полной вторичной адентией [1]. Нарушение целостности зубного ряда, возможное без утраты зубов,отягощает

течение патологического процесса, а в иных случаях может завершаться социальной дезадаптацией [7]. Развитие стоматологии как науки, предусматривает целью не только восстановление целостности зубных рядов, но и контроль над нормализацией морфофункциональных характеристик, обуславливающих стойкую компенсацию утраченных во время болезни функций, адаптацию к ортопедическим конструкциям, обеспечивающим физическую, психическую, социальную полноценность больных.