

Таблица

Динамика ряда клинико-функциональных показателей у больных юношеским остеохондрозом позвоночника до и после разработанного в рамках исследования комплекса их восстановительного лечения на курорте Геленджик

Перечень клинико-функциональных показателей у больных дорсопатиями (М 42.0 по МКБ-Х) в 2002-2006 годах (p<0,05)	Больные юношеским остеохондрозом позвоночника, проходившие восстановительное лечение в 2002-2006 годах в санатории «Вулан»	
	ОГ (n=279)	КГ (n=279)
Боль по визуально-аналоговой шкале, см	6,62±0,29 3,38±0,27*	8,38±0,16 5,39±0,18**
Боль в покое, баллы	1,5±0,07 0,4±0,02*	1,9±0,03 0,4±0,06**
Ограничение объема движений (градусы)	19,1±0,165 3,4±0,24*	18,9±0,135 7,6±0,126*
Время прохождения 30 м (в спортивном зале) в с	26,4±0,66 21,2±0,46**	30,02±0,12 25,4±0,16**

Примечание: в числителе – до лечения, в знаменателе – после лечения.
* – p < 0,05; ** – p < 0,001.

Расширение и повышение экзогенности границы между ПЯ и ФК, нестабильности ПДС (подвижности дисковых сочленений), выражающейся в смещении тел позвонков относительно друг друга при функциональных пробах более чем на 2 мм. У 22,6% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника (М42.0 по МКБ-Х) были выявлены протрузии МПД до 2 мм в сочетании с гиперэкстензией пульпозного ядра и снижением высоты МПД. После проведенного лечения у 71,9% (p<0,05) изучаемых больных при ультрасонографическом исследовании экзогенность пульпозного ядра снизилась до нормальных значений. При этом точечные гиперэкстензионные включения полностью исчезли у 32,4% (p<0,05) изучаемых больных. У 29,7% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника (М 42.0 по МКБ-Х) вышеуказанная методика ультрасонографического исследования зарегистрировала (после лечения) отсутствие смещения тел позвонков (относительно друг друга) при указанных функциональных пробах более чем на 2 мм. Таким образом, применение современных методик ультрасонографического исследования позвоночника позволило объективизировать позитивную динамику указанных в табл. клинико-функциональных характеристик у больных юношеским остеохондрозом позвоночника после их восстановительного лечения в санатории «Вулан» (курорт Геленджик), что было подтверждено при рентгенологической оценке величины костных каналов (до и после лечения) с использованием рентгеноконтрастных меток по Н.Ф. Порхуну, Е.Г. Сашко и др. Указанный метод рентгеноконтроля позволил активировать позитивную гемодинамику в вертебробазилярном бассейне у больных остеохондрозом с преимущественным поражением 1 шейного позвонка. Для этого по методу вышеуказанных исследователей из Санкт-Петербургского государственного университета им. И.П. Павлова две рентгеноконтрастные метки в форме колец с заданными размерами разной толщины (диаметром 10 мм) располагали в непосредственной близости от исследуемого костного канала (на сосцевидных отростках височных костей с 2-х сторон) у больного остеохондрозом позвоночника с преимущественным поражением 1 шейного позвонка. При этом указанная метка позволяла с большой точностью диагностировать изменение истинных размеров костного канала, что позволяло сопоставлять динамику клинико-функциональных симптомов у этой категории лиц с рентгенологическими признаками улучшения гемодинамики. Эта методика подтвердила рентгенологически наличие (табл.) позитивных гемодинамических сдвигов при оценке величины отверстия позвоночных артерий (после лечения). В рамках эксперимента объективизирована перспективность включения кавинтон-электрофореза в санаторную практику реабилитации лиц, страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника.

Литература

1. Порхун Н. и др. // Мануальная тер.– 2002.– № 4.– С. 31.
2. Кинзерский А.Ю., Шаранов И.Н. // Мануал. тер.– 2002.– № 4.– С. 41–42.
3. Лиев А.А., Кочкарова К.Ю. // Мат-лы III научн. конф. невр.– Черкесск, 1998.– С. 84–85.
4. Лиев А., Сангели М. // Мануал. тер.– 2002.– № 4.– С. 59.

УДК 618.145-007.415:615.838

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ИОДОБРОМНЫМИ ВОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

А.Б. ОВСИЕНКО, З.Н. ТЕУНОВА*

Многочисленность этиопатогенеза, сочетанность системных нарушений, сопровождающих развитие эндометриоза, определяют сложность выбора лечебного метода. В лечении больных данной категории наиболее физиологичен комплексный подход, включающий последовательное или одновременное применение хирургического удаления эндометриозных очагов и назначение гормонотерапии на разных этапах лечения. В то же время многогранность воздействия природных факторов на патогенез этого заболевания показывает обоснованность их применения в терапии больных эндометриозом. Л.П. Луговой, В.П. Баскаковым, А.Б. Овсиенко, А.В. Албасовой, Е.Е. Урвачевой (1981-2005) разработан метод радонотерапии (РТ) для лечения больных генитальным эндометриозом. Известна возможность использования иодобромных вод для лечения больных миомами матки. Нами проведено исследование, в котором в сравнительном аспекте сопоставлялись показатели состояния больных внутренним эндометриозом, получившим гормонотерапию или бальнеотерапию с применением иодобромных вод [1–5].

Цель работы – обоснование применения иодобромных вод в лечении больных внутренним эндометриозом. Проведение сравнительного анализа влияния на состояние больных эндометриозом иодобромных вод и гормонотерапии.

Материалы и методы исследования. У всех пациенток диагностирован аденомиоз матки в сочетании с позадишеечным эндометриозом. Больные были распределены в две группы наблюдения. В первой группе (40 человек) применялись в качестве лечения иодобромные ванны и иодобромные орошения, а во второй – гормонотерапия в течение 3 мес. (дифастон по 1 таб. в день с 16-го по 25-й день цикла). Болевой синдром оценивался по Mac Lavery C.M., Shaw P.W. (1995), изучались данные бимануального и ультразвукового исследований гениталий и гепатобилиарной системы, гистероскопии.

Результаты лечения. Бальная оценка болей при менструациях в 3 балла до лечения определялась у 82,5% женщин первой группы и 77,5% – второй; в 2 балла – у 17,5% первой группы и 22,5% – второй. После гормонотерапии оценка в 2 балла была у 35% больных, в 1 балл – у 45% (p<0,05); после бальнеотерапии – у 20% женщин оценка составила 2 балла и у 37,5% – 1 балл (p<0,05). После лечения в три балла болевой синдром не был оценен ни у одной пациентки. Таким образом, снижение степени выраженности болевого синдрома наблюдалось в большей мере у женщин, получивших бальнеотерапию.

При бимануальном гинекологическом обследовании после лечения изменений размеров, консистенции тела матки у женщин, получающих гормонотерапию, не выявлялось. После бальнеотерапии у 15 пациенток наблюдалось уменьшение тела матки пальпаторно на 1 нед., а у остальных в среднем на 0,5 недели; значительно улучшилась консистенция, уменьшились уплотнения в толще миометрия; шероховатость поверхности. Безболезненность тела матки после лечения уменьшалась у всех женщин. У 47,5% пациенток второй группы и 42,5% первой исходно определялась неоднородность, шероховатость и болезненность крестцово-маточных связок и позадишеечных образований. После полученного лечения только у больных первой группы наблюдалась сглаженность шероховатости позадишеечных образований, значительное уменьшение болезненности. При ультразвуковом исследовании не было заметных изменений размеров матки и эндометриальных очагов, изменений структуры миометрия (неоднородность, мозаичность структуры миометрия, чередование эхопозитивных и эхонегативных структурных участков с неровными «рваными», четко очерченными контурами) после гормонотерапии, что коррелировало с данными, полученными при бимануальном исследовании. После бальнеотерапии у 37,5% женщин отмечалось уменьшение размеров матки на 1 нед., уменьшались неоднородность и мозаичность структуры миометрия, размеры эндометриальных очагов, появлялась «разреженность» их структуры. Превышение размеров матки по отноше-

* ФГУ «Пятигорский государственный НИИ курортологии Росздрава», 357500 г. Пятигорск, пр. Кирова, 30; конт. т. 8(8793)-33-83-18

нию к размерам у здоровых женщин в первой группе составило 39,7% против 82,6% во второй. Толщина эндометрия как до, так и после лечения у всех пациенток не превышала границ нормативов для фазы цикла, в которой производилось исследование.

При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной системы у 17,5% пациенток второй и 20% первой групп исходно определялось утолщение стенок желчного пузыря. После лечения подобные изменения констатировались уже у 45% человек, получавших гормонотерапию, а после бальнеолечения у 2-х больных отмечалась даже нормализация толщины стенок желчного пузыря. Во второй группе признаки сгущения желчи (повышенная эхогенность, билиарный сладж) исходно были у 6,25%, в первой – у 7,5%, а после курсового лечения – у 27,5% второй группы и 7,5% – первой. Таким образом, после курсового приема гормональных препаратов наблюдалось заметное ухудшение данных оценки гепатобилиарной системы по данным ультразвукового исследования, что подтверждает более корректное воздействие на состояние больных применяемых природных факторов.

Всем пациенткам производилась гистероскопия в первую фазу менструального цикла – как до, так и после лечения (через 1 мес. после окончания курсовой терапии). При данном обследовании исходно у 45% женщин второй и 40% первой подгрупп определялись эндометриозные ходы по внутренним поверхностям тела матки, из которых наблюдались скудные кровянистые выделения. После лечения эти изменения выявлялись у 35% больных второй и 7,5% – первой групп (процент улучшения соответственно составил во второй группе 22%, а в первой – 81,3%). У 25% больных второй группы и 20% – первой исходно имелись синюшные гетеротопии без нарушения целостности, но с изменением окружающего цилиндрического эпителия в виде отека, неровности поверхности; после лечения эти изменения сохранялись у 22,5% человек второй группы и 10% первой. Таким образом, процент улучшения в первой группе составил 50% и 10% – во второй. Рельеф стенок матки был изменен у всех женщин до лечения: наблюдались неровности, меняющие очертания внутренних контуров. После курсовой терапии изменения данных параметров наблюдались нами только у 25% больных второй группы (процент улучшения 25%). В первой группе после приема иодобромных процедур у всех пациенток уменьшалось количество неровностей, они становились менее деформированными, особенно заметно – у 37,5% пациенток (процент улучшения 100%, процент значительного улучшения – 37,5%). Толщина эндометрия не превышала нормальных размеров ни у одной больной ни до, ни после курсовой терапии. Во всех случаях наблюдения (100%) и до, и после лечения был изменен сосудистый рисунок эндометрия – имелось множество извитых, утолщенных сосудов, с несколько синюшной окраской. После гормонотерапии сосудистый рисунок становился несколько сглаженнее только у 25% женщин (процент улучшения 25%); после бальнеотерапии сосудистый рисунок становился сглаженным у всех наблюдаемых пациенток, сосуды утончались и были менее извитыми (процент улучшения 100%). Таким образом, после гормонотерапии нами не было зафиксировано ухудшения состояния внутренней поверхности тела матки, однако и положительных сдвигов не наблюдалось. После бальнеотерапии, напротив, отмечалось заметное улучшение показателей гистероскопии, что свидетельствовало о комплексном многогранном воздействии применяемых природных факторов на различные аспекты и проявления эндометриозного процесса.

Заключение. Применение комплекса иодобромных процедур вызывает значительные положительные изменения клинического состояния и данных объективного исследования. В результате проведенного сравнительного анализа становится очевидным более физиологичное влияние на организм больной, страдающей генитальным эндометриозом, изучаемых комплексов природных физических факторов (иодобромных вод). Проведенные исследования свидетельствуют о положительном влиянии гормонотерапии на состояние гормонального статуса и выраженность болевого синдрома у наблюдаемых больных и незначительное ее влияние на состояние эндометриозных очагов.

Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина. – 1998.

2. Айламазян Э.К. и др. // Новости фармакотерапии. – 1997. – №3-4. – С. 93–97.

3. Баскаков В.П. // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2000. – №4 – С. 121–122.

4. Луговая Л.П. и др. Применение радоновых вод в комплексном лечении больных генитальным эндометриозом: Метод. реком. – Пятигорск, 1987. – С. 23–25.

5. Овсиенко А.Б. // Мат-лы Межд. научно-практ. конф. «ВУЗ. Здоровье. Интеллект». – Кисловодск, 2003. – С. 51–58.

УДК 615.015.21

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА БИОДИНАМИЧЕСКОЙ И ОЗОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ДОРСОПАТИЯМИ.

Л. А. ГРИДИН, Ю. Б. ЧЕВАРДОВА*

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника принадлежат к числу самых распространенных хронических патологий. Причем среди неврологических проявлений остеохондроза позвоночника на первое место выходит вертеброгенный болевой синдром.

Боль в спине приобретает особую социальную и экономическую значимость, так как наиболее часто встречается у лиц трудоспособного возраста [2]. Частота возникновения болей в спине возрастает в популяции населения старше 40 лет. Исследования других авторов показывают, что боль в пояснице является достаточно распространенным симптомом и среди подростков. Хроническая боль может способствовать изменению психики, возникновению неврастения, астении, депрессии.

В настоящее время разрабатывается множество методов лечения данной патологии. Наиболее привлекательной нам представляется немедикаментозная терапия. Это связано с неуклонным ростом аллергических реакций и нежелательных побочных действий на препараты, используемые для лечения неврологических симптомов пояснично-крестцового остеохондроза.

Авторами предлагается большое разнообразие нелекарственных методов, как то мануальная терапия, рефлексотерапия, аппаратно-мобилизационная биодинамическая коррекция, озонотерапия, лазеротерапия и др. однако, до сих пор нет рекомендаций о возможности их сочетанного применения при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника.

Несмотря на полуторавековую историю озонотерапии только в течение последнего десятилетия в медицинской литературе стали появляться публикации, касающиеся эффективного использования терапевтических концентраций озона в лечении болевых синдромов. Причем, в этом отношении намечалось даже некоторое отставание по сравнению с другими клиническими дисциплинами, связанное, очевидно, с определенными трудностями в объективизации озониндуцированных сдвигов, касающихся непосредственно позвоночника. Это привело к тому, что имеющийся опыт применения озонотерапии в лечении неврологических расстройств сводится к разрозненным попыткам использования метода при тех или иных нозологических формах.

Главной целью озонотерапии является реактивация нарушенного кислородного гомеостаза на уровне целостного организма, и ткани, при условии таких методологических приемов, когда парентеральное введение озона сопровождается превалированием компенсаторного увеличения активности антиоксидантной системы защиты организма над прооксидантной.

Разработано множество путей введения озона в организм человека с лечебной целью. Основные методы озонотерапии:

- 1) парентеральные: внутривенный, внутриартериальный, внутримышечный, подкожный, внутрисуставный;
- 2) локальные: интраназальные, интравагинальный, накожный, колоректальный и т.д.

В неврологии успешно используются парентеральные методы введения озона (большая и малая аутогемотерапия, внутривенное введение озонированных растворов и др.) при различных патологических процессах: мигрень, головокружение, атаксия

* Кафедра мануальной терапии ФППОВ ММА им. И. М. Сеченова