

чем до лечения (37,41±1,22) в здравницах – базах исследования, тогда как аналогичный показатель у больных контрольной группы наблюдения, проходивших в муниципальном учреждении здравоохранения обычные диспансерные процедуры, практически не изменился. Одновременно суммарное измерение показателей психологического здоровья по шкале опросника SF-36 выявил у пациентов основной группы позитивную динамику характеристик социального функционирования жизнеспособности и ролевого эмоционального поведения.

Вывод. Разработанная нами восстановительная терапия в первую очередь существенно и достоверно повысила уровень **показателей качества жизни** несовершеннолетних пациенток, перенесших процедуру прерывания беременности в связи с состоянием физиологической незрелости, по показателям психологического здоровья МН и MCS ($p<0,001$), а также показателю жизнеспособности – VT ($p<0,001$), по шкалам социального функционирования (SF) и ролевого эмоционального функционирования (RE) и ролевого физического функционирования – RF ($p<0,05$), определяемых в ходе тестирования респондентов по адаптированной российской версии общего опросника MOS-SF-36 (MOS-SF-Item Short Form Health Survey).

Литература

1. Сковрцова В.И. Структура общей заболеваемости и инвалидизации наследия РФ.// Человек и лекарство: материалы Национального медицинского конгресса. М. 2009. Т.1. С. 6–14.
2. Большакова А.А. Прерывание беременности у лиц подросткового возраста в связи с состоянием физиологической незрелости.// Вестник акушера. 2009, №3. С. 356–37.
3. Карвасарский Б.Д. Симптоматическая и групповая психотерапия для подростков. СПб.: ПИТЕР, 2000. 218 с.
4. Щегольков А.М. и соавт. Приемы аутогенной тренировки в сочетании с лечебной физкультурой при реабилитации в здравницах членов семей военнослужащих.-Сочи: Изд-во «РИТМ», 2005.126 с.

METHODOLOGY OF OPTIMIZATION OF QUALITY INDICES OF LIFE AT TEENAGERS AFTER INTERRUPTION OF PREGNANCY IN CONNECTION WITH PHYSIOLOGICAL IMMATURETY CONDITION

V.M. SIMANOVA, B.A. YERMAKOV

Sochi Research Institute of Neuroorthopaedy and Regenerative Medicine

Regenerative therapy first of all has essentially and authentically raised the indices the level of life quality of the minor patients after the procedure of abortion in connection with state of physiological immaturity, according to the indices of psychological health, viability, scales of social functioning, role emotional functioning and role physical functioning.

Key words: quality of a life of minor patients after abortion.

УДК 616-007.29

БИОФЛАВОНИДЫ ЧЕРНОМОРСКИХ ПРИБРЕЖНЫХ КУРОРТНЫХ ЗОН КУБАНИ КАК ФАКТОР ПОЗИТИВНОЙ ДИНАМИКИ АНТИОКСИДАНТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОЦЕДУРУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СВЯЗИ С СОСТОЯНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НЕЗРЕЛОСТИ

В.М.СИМАНОВА, О.Ш.КУРТАЕВ*

В ходе исследования получена система научных доказательств высокой терапевтической эффективности разработанных приемов фитотерапии для названного контингента больных при использовании мелкодисперсного способа преобразования отваров названных лечебных трав черноморских рекреационных зон Кубани в аэрозольно-капельную взвесь через небулайзер.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье; фитотерапия.

Собранные нами в ходе контент-анализа тематических источников статистические данные [3,4,5] показывают, что на фоне снижения общих показателей фертильности женщин в мире частота беременности в подростковом периоде продолжает расти, причем абсолютное большинство юных беременных не имеет установки на донашивание беременности. Однако уже в этом возрасте имеется прерорбидный фон для развития осложнений

беременности, связанный с экстрагенитальной патологией и инфекциями урогенитального тракта. Определенную сложность представляет и незрелость механизмов, обеспечивающих поддержание полноценного уровня гормонов, как это происходит в организме взрослой женщины.

Цель исследования – научная разработка системы применения отваров и настоев из биофлавоноидов (произрастающих в курортных местностях кубанского Причерноморья) для своевременной коррекции показателей антиоксидантного и иммунного статуса женщин, перенесших процедуру прерывания беременности в связи с состоянием физиологической незрелости.

Материалы и методы исследования: а) гинекологический кабинет лечебно-профилактической клиники «На здоровье» (г. Краснодар); клинический отдел НИИ НО и восстановительной медицины (г. Сочи); санаторно-курортный комплекс семейного отдыха и лечения «Вулан» Российского Научного центра восстановительной медицины и курортологии (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края). Единицы наблюдения составили две рандомизированные группы (возраст на момент прерывания беременности: 14-15 лет; все наблюдаемые – учащиеся школ или средних специальных заведений; каждая проживает в семье неполного состава, т.е. их воспитывает только мать). Первая группа (n=280, $p<0,05$) в период реабилитации после процедуры прерывания беременности получала изготовленные по авторским рецептам настои и отвары их биофлавоноидов прибрежных черноморских рекреационных кубанских зон. Вторая группа (n=280, $p<0,05$) такой немедикаментозной терапии в аналогичный период (1-3 мес. после прерывания беременности) не получала. Особо следует сослаться на правила лечения травами, разработанные отечественными фитотерапевтами [2]. Эти правила гласят: приготовленные из трав отвары и настои доступны, дешевы и зачастую не менее эффективны, чем дорогие импортные лекарства. При этом фитотерапия не дает такого количества нежелательных побочных эффектов и алергизирующих воздействий на организм, как химические препараты. Однако лечение эффективно при условии соблюдения нескольких постулатов:

- травы заваривайте только в эмалированной или стеклянной посуде;
- процеживайте отвары горячими;
- не используйте старое сырье и растения, которые вам незнакомы;
- отвары и настои пейте только свежими;
- после месячного курса лечения нужно сделать недельный перерыв;
- во время лечения травами нельзя употреблять алкоголь, пряности, жирную пищу».

Известные российские фитотерапевты [1] указывают, что «при сборе надземной части растений, их верхушек необходимо пользоваться острым ножом, секатором или серпом, но ни в коем случае не вырывать растение с корнем. Подземные части растения (корни, корневища) рациональнее всего выкапывать осенью после созревания семян. В весеннее время можно заготавливать подземные части тех растений, которые хорошо размножаются вегетативным путем. Надземные части растений рекомендуется заготавливать в сухую ясную погоду, так как сырые растения быстро плесневеют, долго сохнут, что ведет к значительным потерям ценных веществ. Корни и корневища можно выкапывать в любую погоду, так как они подлежат очистке и промыванию. Не допускать при сборе каких-либо примесей, не брать порченные, сильно поврежденные, запыленные растения. Не собирать их в черте города и населенных пунктов с развитой промышленностью, близко от автомагистралей, железнодорожного полотна, сельскохозяйственных угодий, около промышленных объектов. Собранные сырье необходимо быстро разложить на сушку. Сушить практически все растения необходимо в тени, без доступа прямого солнечного света, в хорошо проветриваемых помещениях или под навесами. Крупные части растения, а также корни и корневища (предварительно промыв холодной водой) необходимо перед сушкой измельчить. Раскладывать сырье для сушки желательно гонким слоем. Особенно это касается достаточно крупных листьев, таких, как листья бадана, подорожника, мать-и-мачехи и других. Листья мать-и-мачехи укладывают в один слой светлой частью вверх. Можно использовать и различные сушкилки, духовки и т.п., температура сушки обычно не более 45-50 градусов. Сушат растения и пучками, подвешивая на чердаках, в

* НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины (г. Сочи)

проветриваемых помещениях, под навесами. Необходимо при этом следить, чтобы во влажные периоды внутри пучка не появилась плесень. Высушенные растения обычно хранят в хорошо закупоренных банках. Можно использовать также мешочки из плотной ткани или плотной бумаги. Необходимо помнить, что главные вредители лекарственных растений в этот период – влага, свет, высокая температура. Сухие листья растений, цветы, плоды, почки обычно закладываются на хранение без обработки, крупные части (стебли, ветки, корни, кора, трава) желателно предварительно измельчить. Для этого можно использовать секатор, ножницы, мясорубку, ступку. В таком компактном виде хранить их гораздо удобнее. Сроки хранения – обычно один год, максимально допускается два года. Естественно, многое зависит от условий хранения и от самих растений. Например, чагу можно хранить всего несколько месяцев, а корни солодки – несколько лет. Поливитаминные растения также долго хранить не рекомендуется, к тому же держать их желательно в темном и обязательно прохладном месте. Подавляющее большинство других растений сохраняет свои свойства при обычной, комнатной температуре (в сухом виде в темном месте или в темной таре). Перед использованием растения необходимо измельчить (если это не сделано ранее) таким образом, чтобы размер частиц не превышал 2-3 мм для травы и листьев (цветки обычно не измельчаются) и 5-6 мм для коры, корней и корневищ.

Следует особо обратить внимание на фитотерапию, проводимую наблюдаемым пациенткам с помощью лекарственных растений-адаптогенов, произрастающих в районе предгорий Сочи (табл.1). При лечении применяют средства, воздействующие на иммунологическую реактивность и неспецифические факторы защиты. Для этого рекомендуется применять адаптогены, т.е. биостимуляторы растительного происхождения (элеутерококк колючий, заманиха и др.). Фармакологическое действие на организм человека характеризуется безвредностью, отсутствием ингибирующего действия на физиологические процессы и способностью повышать резистентность организма против стрессовых и вредных воздействий физической, химической и биологической природы. Большое значение имеет правильный подбор индивидуальных доз, так как при передозировке возможны побочные эффекты (перевозбуждение, бессонница, повышение АД). Комментируя данные таблицы 1 следует указать, что лечение проводят курсами по 10-15 дней с перерывами по 1,5-2 месяца. Принимают за 20 минут до еды.

Таблица 1

Растения – адаптогены, произрастающие в районе предгорий курорта Сочи и используемые в курсовом восстановительном лечении женщин, перенесших процедуру прерывания беременности в связи с состоянием физиологической незрелости

Название	Используемые органы	Форма применения	Дозы, курс лечения
1. Аралия маньчжурская (Aralia mandshurica)	radices	настойка 1:5 на 70% спирте	по 20-30 капель 2-3 раза в день
2. Заманиха высокая (Echinopanax elatum)	rhizomata et radices	настойка 1:5 на 70% спирте	по 30-40 капель 3 раза в день
3. Левзея сафлоровидная (Leuzea carthamoides)	rhizomata et radices	настойка 1:1 на 70% спирте	по 20-30 капель 2-3 раза в день
4. Лимонник китайский (Schisandra chinensis)	fructus	настойка 1:5 на 95% спирте; порошок	по 20-30 капель 1-3 раза в день; по 0,5 гр. 2 раза в день
5. Родиола розовая (Rhodiola rosea)	radices	экстракт 1:1 на 40% спирте	по 5-10 капель, затем дозу увеличивают
6. Элеутерококк колючий (Eleutherococcus senticosus)	Rhizomata et radices	экстракт 1:1 на 40% спирте	по 20-30 капель за 30 минут до еды 2 раза в день. Курс лечения 25-30 дней.

Названное состояло в прямой корреляционной зависимости с позитивной динамикой других лабораторных показателей крови и МДА эритроцитов у пациентов основной группы наблюдения (табл. 2). При этом существенно повышенные значения СОЭ, тромбоцитов, фибриногена и протромбинового индекса практически пришли к нормальным значениям. Вместе с тем у пациенток контрольной группы наблюдения под влиянием ординарных схем диспансеризации подобной позитивной динамики не отмечалось.

Таблица 2

Изменение ряда ведущих лабораторных показателей крови и МДА эритроцитов у пациенток, перенесших процедуру прерывания беременности в связи с состоянием физиологической незрелости

Наблюдаемые пациентки, p<0,05	СОЭ, мм/ч	тромбоциты, 10 ⁹ /л	Силаовая проба, ед.	фибриноген, г/л	Протромбиновый индекс, %	МДА, мкмоль/чНб
1. Основная группа (n=280) – до лечения – после лечения	35,42±1,34 10,05±0,08	306,31±4,022 14,29±1,13	228,69±3,32 187,47±2,67	3,83±0,28 2,96±0,14	79,53±1,16 69,54±0,06	8,04±0,11 9,39±0,15
2. Контрольная группа (n=280) – до лечения – после лечения	34,91±1,12 20,15±0,21	308,46±3,92 275,51±2,74	226,78±3,09 219,90±2,17	3,82±0,34 3,41±0,18	79,42±1,08 75,22±1,02	8,08±0,19 8,69±0,12

Таблица 3

Коррекция показателей иммунного статуса наблюдаемых пациенток в рамках предложенной восстановительной терапии (M±m)

Показатель (p<0,05)	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после	до лечения	после
НСТ-восстанавливающие нейтрофилы: % – спонтанные (N=7,00) – стимулированные (N=45,10)	6,73±0,06 31,15±0,07	6,98±0,03 44,91±0,08	6,74±0,02 31,22±0,05	6,79±0,01 35,64±0,03
CD4 ⁺ -T _H % (N=45,5) CD8 ⁺ -T _H % (N=22,9) Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) CD4 ⁺ /CD8 ⁺ (N=1,98)	41,37±0,12 24,13±0,08 1,71±0,10	45,27±0,09 22,87±0,05 1,97±0,04	41,39±0,18 24,16±0,09 1,71±0,13	43,68±0,15 23,75±0,06 1,83±0,02
IgA, г/л (N=2,8-2,9) IgG, г/л (N=12,5-13,1) IgM, г/л (N=2,7-2,8)	3,19±0,09 16,25±0,41 3,27±0,08	2,94±0,01 13,26±0,14 2,82±0,03	3,18±0,07 16,27±0,35 3,26±0,09	3,02±0,01 14,80±0,19 3,06±0,02

Комментируя данные табл. 3 следует подчеркнуть, что нормализация иммунорегуляторного индекса у изучаемых подгрупп свидетельствует о высокой эффективности предложенного пациенткам основной группы наблюдения восстановительного лечения. При этом избранная дозировка, кратность, последовательность, сезонность аэро-, гелиопродур на уникальном российском Черноморском побережье Краснодарского края способствовали нормализации хелперно-супрессорного равновесия после лечения по авторским схемам, включая небулайзерные процедуры фитотерапии из отваров местных лекарственных растений. Следует подчеркнуть также, что НСТ-тест у больных основной группы наблюдения пришёл к практически нормальным значениям, тогда как стандартные диспансерные мероприятия, проводимые на стационарном и поликлиническом уровне сходному контингенту пациенток в муниципальных учреждениях здравоохранения (контрольная группа наблюдения), выявили практическую стагнацию как спонтанного, так и стимулированного НСТ-теста, а также показателей иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM.

Выводы.

1. В рамках завершеного 5-летнего эксперимента было сформировано авторское видение собственной модели системной восстановительной терапии для пациенток, перенесших процедуру прерывания беременности в связи с состоянием физиологической незрелости, где фитотерапия выступала (как магистральная составляющая саногенетических ресурсов курорта Красная Поляна) по следующим направлениям: а) антимикробная активность эфирных масел краснополянских лаванды и цветков местного розмарина вместе с адаптированным рододендром Редовского; б) бактерицидность краснополянского предгорного пятилопастного пустыльника, арктоуса альпийского и горнолуговой голубики; в) седативный эффект от приема релаксирующих флавоноидов, содержащихся в богатых валеопотриатами корневищах краснополянкой валерианы лекарственной и местных гвоздичных трав (волдырника горного, мягковолосника альпийского).

2. В ходе исследования получена система научных доказательств высокой терапевтической эффективности разработанных приемов фитотерапии для названного контингента больных при использовании мелкодисперсного способа преобразования отваров названных лечебных трав черноморских рекреационных зон Кубани в аэрозольно-капельную взвесь через небулайзер (от 3-5 до 15-20 мин. по нарастающей на 1 сеанс с добавлением к отварам в концентрации 1:100 краснополянкой мёда, температурной взвеси 20-25°C, через каждые 3-4 часа светового дня, общим числом до 100 процедур за 24-26 дней пребывания в здравнице).

Литература

1. Гажёв Б.Н., Виноградова Т.А. Сбор, обработка и хранение лекарственных растений // Российский фитотерапевт. 2003, №2. С. 39–44.
2. Варельджан Г.Э., Постовая Н.П., Дугин П.А. Фитотерапия // Научный вестник Северного Кавказа. 2002, №1. С. 27–29.
3. Грищенко В.И. Показатели фертильности женщин // Бюллетень практического гинеколога. 2008, №4. С. 71–74.
4. Казаков Б.И. Преморбидный фон для развития осложненных беременностей у несовершеннолетних // Гинекология. 2009, №7. С. 51–54.
5. Репина М.А. Гормональный фон у беременных младше 18 лет // Плацентарная недостаточность и ее профилактика: Материалы IV конф. акушеров Сибири. Барнаул, 2010. С. 80–82.

BIOFLAVONOIDS OF THE BLACK SEA COASTAL RESORT KUBANZONES AS A FACTOR OF POSITIVE DYNAMICS OF ANTIOXIDANT CHARACTERISTICS AND IMMUNOLOGIC INDICES AT WOMEN AFTER THE PROCEDURE OF ABORTION IN CONNECTION WITH A PHYSIOLOGICAL IMMATURETY CONDITION

V.M. SIMANOVA, O.SH. KURTAEV

Sochi Research Institute of Neuroorthopaedy and Regenerative Medicine

In the course of this research the system of scientific proofs of high therapeutic efficiency of the developed receptions of phitotherapy for the contingent of the patients mentioned has been received at the use of a fine-dyspersated way of transformation of broths of medicinal grasses of the Black Sea recreational zones of Kuban into an aerosol and drop suspension through nebulazer.

Key words: reproductive health; herbal medicine.

УДК 616-001

ЭТАП РАННЕЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ КАК ВЕДУЩИЙ ИНГРЕДИЕНТ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ТРАВМОЙ

И.В. БУРНАЕВ*

Непрерывный мониторинг церебральной оксигенации, в настоящее время, становится возможным, необходимым и достаточно объективным методом контроля адекватного мозгового кровотока и потребления мозгом кислорода.

Ключевые слова: внутричерепная травма, оксигенотерапия.

Проблема лечения внутричерепной травмы (ВЧТ) является одной из наиболее актуальной задач медицины критических состояний (МКС). Внутричерепная травма составляет 20-30% всех травм организма, а среди летальных исходов от них ее удельный вес достигает 50-60%. Как причина смерти и инвалидизации лиц молодого и среднего возраста ВЧТ опережает сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Поэтому, не случайно, что травматическая внутричерепная травма во многих странах остается одной из самых актуальных социально-медицинских проблем [1].

Травматическое повреждение головного мозга делят на первичное и вторичное. И если тяжесть первичного повреждения мозга, как правило, определяет исход на догоспитальном этапе тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ), то от развития и действия вторичных повреждающих факторов зависит клинический прогноз и исход острого и отдаленного периодов после ТЧМТ. Следовательно, основной задачей оказания помощи при ТЧМТ на госпитальном уровне становится предотвращение вторичного повреждения мозга (ВПМ). Другими словами, коррекция факторов ВПМ и есть интенсивная терапия больных с травматическими повреждениями мозга [2].

Цель исследования – изучение закономерностей динамики статистических показателей возникновения сочетанных черепно-мозговых травм у социальных групп населения на территории городского округа Тольятти, а также выработки алгоритма врачебной тактики при назначении различных форм оксигенотерапии в рамках восстановительного лечения названной категории больных. По нашим данным процент пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) по отношению к общему количеству больных, поступивших в Тольяттинскую городскую больницу №5 с различ-

ной нейрохирургической патологией неуклонно растет в течение последних 8 лет. Статистический материал за 6 лет представлен на рис.. Транспортный травматизм, как причина ЧМТ, в течение последних лет прочно занимает первое место по г. Тольятти (2007 г. – 43,5%, 2008 г. – 45,2%, 2009 г. – 44,1%). Удельный вес умышленной (криминальной) травмы по-прежнему высок и, к сожалению, также стабилен (2007 г. – 36,5%, 2008 г. – 37,3%, 2009 г. – 35,7%). На долю производственного травматизма приходится 14-18,5%. Меняется, к сожалению, и характер травмы. Если раньше преобладали случайные бытовые, производственные и автодорожные травмы в виде наезда на пешеходов, то сейчас участились автодорожные при столкновении автомобилей на большой скорости. Бытовые травмы стали более жестокими: падения с высоты; нанесение увечий с множественными, сочетанными ранениями людьми, находящимися в наркотическом и алкогольном опьянении. В связи с этим значительно увеличилась сила повреждающего воздействия и, как следствие, возрос удельный вес сочетанной черепно-мозговой травмы.

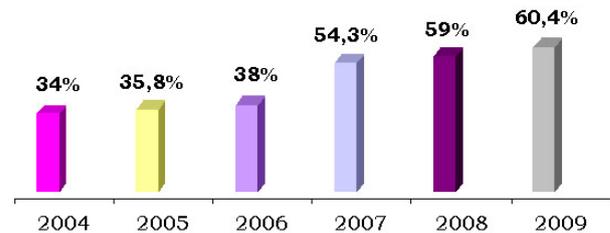


Рис. Процентное соотношение пострадавших с СЧМТ к общему числу поступивших нейрохирургических больных.

Примечание: СЧМТ – сочетанная черепно-мозговая травма.
ТЧМТ – изолированная тяжелая черепно-мозговая травма.
КВТ – краниовертебральная травма.

Отмечается тенденция к увеличению травматизма людей молодого возраста. По статистике ОРИТ хирургической больницы за последние 3 года 65% травм приходится на больных моложе 50 лет, 29% травм – люди в возрасте от 50 до 70 лет и только 6% пострадавших были старше 70 лет.

Для проведения оксигенотерапии больным с ЧТМ в рамках искусственной вентиляции легких используются современные вентиляторы «Puritan-Bennett 7200» «Adult Star»(Infrasonics), «Puritan Bennet 740», «Dixon». В остром раннем периоде ЧТМ мы применяем режимы: CMV и SIMV (постоянная принудительная вентиляция, синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция) с PS (поддержка давлением) и без нее, гипоксическими смесями с FiO₂ 30-45%, для поддержания PaO₂ крови не менее 90-100 мм рт.ст. В процессе накопления клинического опыта лечения больных мы пришли к твердому убеждению: метод респираторной терапии должен быть один – нормовентиляция. Выраженная гипервентиляция у больных в остром периоде после ТЧМТ в отсутствии признаков повышенного ВЧД, абсолютно противопоказана. При сравнении пациентов, которым была проведена гипервентиляция со снижением PaCO₂ до 25-28 мм рт.ст. с группой больных, где PaCO₂ поддерживалась на уровне 37-42 мм рт.ст., была выявлена существенная разница в пользу нормовентиляции; достоверно обнаружен лучший клинический исход спустя 1-3 месяца после травмы. ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (PCO₂-30-33 мм рт.ст) может стать необходимой на короткий срок период времени (не более 6-8 часов), при развивающейся ВЧГ с признаками театориального вклинения или прогрессирующего неврологического ухудшения, не связанного с действием экстракраниальных факторов. Лучшая адаптация и, в последующем, более плавный период на спонтанное дыхание наблюдались при ИВЛ аппаратом «Puritan Bennet 7200». Большой интерес в респираторной терапии вызывает вопрос о правильной подборе РЕЕР (ПКЭД). Оптимальный уровень РЕЕР определяется по следующим параметрам ИВЛ:

- P_{AP} (ПДДП-пиковое давление в дыхательных путях);
- «точка поворота» – график V/P(объем/давление);
- C_I-compliance (податливость системы);
- интервал P_{AP}-P_{PP} (пиковое давление-давление плато);
- отрицательное минимальное влияние на геодинамику.

Высокочастотную ИВЛ аппаратами «Ассистент-2» используем в качестве респираторной поддержки у больных с ОЦН, со-

* НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины (г. Сочи); клиническая больница № 5 городского округа г.Тольятти