

ДИНАМИКА МЕТОДИЧЕСКИХ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Санаторий «Вулан» Черноморского зонального управления специализированных санаториев
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
курорт Архипо-Осиповка, Краснодарский край*

В современной специальной литературе широко обсуждается (Мамишев С. Н., Винокуров Б. Л., 1999; Разумов А. Н., 2003; Куртаев О. Ш., Утехина В. П., Ищенко Г. Н., 2004; и др.) высокий уровень корреляционной зависимости между степенью задействования природных лечебных физических курортных факторов и уровнем коррекции ведущих показателей общественного здоровья различных социальных групп населения. Исходя из этого постулата мы определили **целью нашего исследования** научный анализ, разработку и внедрение на курортах российского Причерноморья системы медико-социальной оценки результатов восстановительного лечения в семейных здравницах больных с дисметаболической патологией как эффективной составляющей медико-организационных мероприятий по оптимизации показателей общественного здоровья населения. Базами нашего исследования в период 2000–2005 годов являлись здравницы семейного отдыха на курортах российского Причерноморья (Геленджик, Архипо-Осиповка, Джанхот, Бетта, Анапа и др.), где методом непреднамеренного отбора была сформирована первая группа единиц наблюдения, включающая в себя 278 юридических лиц (санаториев, пансионатов с лечением, курортных поликлиник и иных здравниц семейного отдыха на курортах Кубани в виде обществ с ограниченной ответственностью, закрытых акционерных обществ, некоммерческих партнерств, муниципальных и федеральных государственных предприятий, других организационно-правовых форм собственности), осуществлявших лицензированную медицинскую деятельность по восстановительному лечению пациентов с различными клиническими проявлениями дисметаболической патологии. В качестве второй группы единиц наблюдения выступали (также сформированные методом непреднамеренного отбора в ходе социологического опроса 2000 пациентов в названных здравницах семейного отдыха за период 2000–2005 годов) 1137 больных с различными клиническими проявлениями метаболического синдрома вследствие трех основных заболеваний: 1) I 11.9 по МКБ-X. Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности (379 больных, включая основную группу – 279 человек и контрольную группу – 100 человек); 2) I 25.6

по МКБ-X. Бессимптомная ишемия миокарда (основная группа – 279 человек, контрольная группа – 100 человек); 3) E 11 по МКБ-X. Инсулиннезависимый сахарный диабет с ожирением (основная группа – 279 человек, контрольная группа – 100 человек). При этом на базах исследования пациентам из основных групп наблюдения (n общ.=837) назначалась авторская схема системного восстановительного лечения в семейных здравницах Краснодарского края с обязательным использованием природных и преформированных физических курортных факторов, а больным контрольных групп наблюдения (n общ.=300) назначались в ходе их лечения на базе местных муниципальных учреждений здравоохранения лишь тривиальные схемы медикаментозной терапии.

На поликлиническом и санаторно-курортном этапах особая роль отводилась климато- и бальнеолечению. При этом активно использовались муниципальные водолечебницы городов Краснодара и Анапы, где наблюдаемым пациентам (за исключением больных с повышенным АД) отпускались контрастные ванны или искусственные йодобромные общие ванны (t 36–38° C, 10–15–20 минут по нарастающей, 8–10 процедур через день на курс лечения). Одновременно бальнеолечебницы здравниц – баз исследования на курорте Сочи и ванны корпуса БФО «Мацеста» использовались для отпуска природных месторождений (50–100–150 мг/л, 6–8–10–12–15 минут, t 36° C, № 8–10 через день на курс лечения) или общих йодобромных ванн Кудепстинских природных минеральных источников. В водолечебнице курортной поликлиники Геленджика, а также в здравницах Архипо-Осиповки и на других черноморских курортах Краснодарского края пациентам с дисметаболической патологией отпускались на основе подогретой морской воды (t=36–38° C; 8–10–15–20 минут по нарастающей, № 10–12 ч/день) жемчужные и контрастные ванны (кроме больных с повышенным АД). Гелиотерапия (одномоментные и прерывистые, а также общие и местные естественные солнечные ванны или искусственное УФО), а также модифицированные методики назначения теплых, индифферентных, прохладных воздушных ванн (сухих, влажных, сырых), включая слабо-, средне- и сильнодинамичные, назначались

на всех базах исследования пациентам основных групп наблюдения, а морские процедуры названному контингенту больных (обтирания морской водой, укутывания во влажные простыни, смоченные морской водой, обливания, окунания и морские купания) практиковались на санаторно-курортном этапе реабилитации. На фоне описанных форм климатобальнеотерапии среди больных основной группы наблюдения использовался широкий спектр аппаратной физиотерапии, среди которого следует выделить методики гипопиридемии квантовой терапии: процедуры информационно-волнового воздействия, реализуемые с помощью разрешенных к серийному выпуску Комитетом по новой медицинской технике Минздравсоцразвития РФ (протокол № 7 от 13.07.1998) генераторов электромагнитного излучения (ЭМИ) с длиной волны (несущей частотой), аналогичной в используемых в лечебной практике аппаратах (дециметрового, миллиметрового диапазонов и ближней инфракрасной части оптического спек-

ра), но со сверхмалой выходной мощностью излучения (примерно 10 мВт) и одинаковой частотной модуляцией (информационной частотой) в соответствии с принципом ИВВ, а именно аппаратах «Хроно-ДМВ» (длина волны 67 см), «Хроно-КВЧ» (длина волны 2 мм) и «Азор-ИК» (длина волны 0,86 мкм). Кроме этого в зависимости от превалирования той или иной формы дисметаболической патологии больным основной группы наблюдения назначались аппаратные физиотерапевтические процедуры с использованием метода СМТ-электросна (трансцеребральная амплипульс-терапия на аппарате «Амплипульс-4» по глазнично-затылочной методике в модификации Э. М. Ореховой или воздействие импульсным магнитным полем от аппарата «Сердолик» интенсивностью 100 мТл по 15 мин. на курс 10–12 процедур в дни, свободные от ванн. Из иных дисметаболических реабилитационных мероприятий у пациентов основных групп наблюдения применялись методы экстракорпоральной терапии, ведущими из которых были прерывистый

Таблица 1

**Критерии лечебно-профилактической эффективности
реализованных авторских схем восстановительной коррекции
метаболического синдрома у изучаемого контингента больных**

Шифр болезней по МКБ-X	Выписаны с баз исследования со значительным улучшением объективного состояния и субъективного самочувствия	Выписаны с этих же баз исследования с улучшением объективного состояния здоровья и субъективного самочувствия
Больные с выраженными клиническими проявлениями дисметаболической патологии (метаболическим синдромом) вследствие следующего основного заболевания: I 11 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без застойной сердечной недостаточности I 25.6 Бессимптомная ишемия миокарда E 11. Инсулиннезависимый сахарный диабет с ожирением	Нормализация или существенная позитивная динамика основных клинко-функциональных характеристик: индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), а также уровня показателей общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и др. Оптимизация показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы с учетом содержания ТБК-активных продуктов на фоне нормализации среднего систолического (СрСАД), диастолического (СрДАД), пульсового АД и ЧСС как в течение суток, так и при мониторинговании в периоды бодрствования и сна. Нормализация у больных с МС, природа которого во многом обусловлена наличием у них инсулиннезависимого сахарного диабета, уровней иммунореактивного инсулина (ИРИ), глюкогона, свободного трийодтиронина (Т3), свободного тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ). Нормализация активности ферментов трансмембранного транспорта ионов Na, K, Mg и Ca АТФаз в мембранах эритроцитов, а также оптимизация качества жизни (по данным катамнеза) при тестировании по опросному листу российской версии MOS-SF-Item Short Form Health Survey	Определенное улучшение (или четко выраженная к этому тенденция) значений антропометрических показателей: массы тела, ИМТ, ОТ и т. д. Констатация улучшения показателей внутрисердечной динамики (до и после восстановительного лечения по авторским схемам) при эхокардиографии по методике Н. Feiganbaum на ультразвуковой системе «Acuson-128 XP/10с» в В-режиме: конечно-диастолического, ударных объемов и индексов (КДО, УО, КДУ, УИ), фракций выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), минутного объема кровообращения (МОК) и сердечного индекса (СИ). Оптимизация доплер-показателей ЭхоКГ (максимальных скоростей раннего и позднего транзитральных потоков – пик Е и пик А) их соотношения Е/А, времени изоволюмической релаксации и времени замедления раннедиастолического потока, а также временных интегралов линейной скорости кровотока на аортальном и пульмональных клапанах. Позитивная динамика (по завершении поэтапной восстановительной коррекции) размеров левого предсердия (ЛП), массы миокарда ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в диастолу. Оптимизация показателей психоэмоционального статуса, а также кислороднезависимой биоцидности нейтрофильных гранулоцитов

лечебный плазмореф и эфферентное ультрафиолетовое облучение крови. Для проведения процедур плазморефа использовали рефрижераторную центрифугу фирмы «Вектап» (со встроенным хладоагрегатом), системой контейнеров «Гемакон». Чаще всего практиковалась стандартная схема (Воробьев П. А., 1998) проведения прерывистого плазморефа этим больным, которая включала 3–5–7 подобных процедур (при удалении на каждой процедуре по 500–800 мл плазмы) через 1–2–3 дня. Экстракорпоральный метод воздействия на кровь у изучаемого контингента больных проводился с использованием методики ультрафиолетового облучения крови (Воробьев П. А., Дворецкий Л. И., 1992). При этом применялся типовой отечественный медицинский аппарат – ультрафиолетовый облучатель крови МД 73М «Изолюда».

В основу критериев лечебно-профилактической эффективности был положен классический принцип, распространенный в здравоохранении и в отечественной курортологии, для определения стандартов эффективности санаторно-курортного лечения при выписке из здравниц, т. е. реализация процесса выписки больных, завершивших полный курс восстановительного лечения со следующими параметрами объективного состояния и субъективного самочувствия: со значительным улучшением, с улучшением, без улучшения, с ухудшением.

Критерии, изложенные в таблице 1, послужили основой для проведения анализа лечебно-профилактической и медико-экономической эффективности реа-

лизированных авторских схем восстановительной коррекции метаболического синдрома у изучаемого контингента больных с дисметаболической патологией, что представлено в таблице 2.

Комментируя данные таблицы 2, следует подчеркнуть, что в основных группах наблюдения, где были реализованы авторские схемы восстановительной коррекции метаболического синдрома, 10,55% от общего числа наблюдаемых больных с дисметаболической патологией были выписаны из баз исследования со значительным улучшением объективных показателей состояния здоровья и субъективного самочувствия. Одновременно в контрольных группах наблюдения, где в процессе восстановительного лечения использовались традиционные (сложившиеся в 60-е годы прошлого столетия) реабилитационные процедуры, не только не было зарегистрировано пациентов, выписанных из баз исследования со значительным улучшением, но и наблюдались 3,69% (n=42, p<0,05) пациентов, выписанных из баз исследования без улучшения объективных показателей состояния здоровья. Для сравнения: в основных группах наблюдения, где больные проходили авторский курс процедур при восстановительной коррекции метаболического синдрома, количество выписанных с баз исследования без улучшения за период 2000–2005 годов составило только 0,36% от общего числа единиц наблюдения. Вместе с тем в качестве основной перспективной значимости разработанных и реализованных авторских схем восстановительного лечения

Таблица 2

Лечебно-профилактическая эффективность разработанных и реализованных автором схем восстановительной коррекции метаболического синдрома у изучаемых больных

Единицы наблюдения (p<0,05)	Кол-во	Выписаны со значительным улучшением	Выписаны с улучшением	Выписаны без улучшения
Больные с клиническими проявлениями дисметаболической патологии (метаболическим синдромом) вследствие основного заболевания:	1137 в том числе:	n=120, или 10,55%, в т. ч.:	n=975, или 85,76%, в т. ч.:	n=42, или 3,69%, в т. ч.:
I 11 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без сердечной недостаточности	379			
1.1. Основная группа наблюдения	279	n=41, или 3,60%	n=237, или 20,65%	n=1, или 0,09%
1.2. Контрольная группа наблюдения	100	Нет	n=88, или 7,74%	n=12, или 1,05%
I 25.6 Бессимптомная ишемия миокарда	379			
2.1. Основная группа наблюдения	279	n=37, или 3,26%	n=240, или 21,11%	n=2, или 0,18%
2.2. Контрольная группа наблюдения	100	Нет	n=87, или 7,65%	n=13, или 1,14%
E 11. Инсулиннезависимый сахарный диабет с ожирением	2			
1.1. Основная группа наблюдения	279	n=42, или 3,69%	n=237, или 20,85%	Нет
1.2. Контрольная группа наблюдения	100	Нет	n=86, или 7,56%	n=14, или 1,23%

**Динамика показателей качества жизни при восстановительной коррекции
(по авторской схеме) в здравницах состояния здоровья пациентов
с дисметаболической патологией**

Группы пациентов с метаболическим синдромом	Шкалы опросника SF-36				
	Психологическое здоровье				Суммарные измерения
	Жизнеспособность (VT)	Социальное функционирование (SF)	Роль эмоциональное функционирование (RE)	Психологическое самочувствие (MH)	Психологическое здоровье (MCS)
До начала лечения	37,28±1,49	34,58±1,35	29,77±1,62	32,15±1,28	33,43±1,44
После лечения	51,43±1,46	41,83±1,14	39,36±1,05	55,3±1,25	46,98±1,22
p	p<0,001	p<0,05	p<0,05	p<0,001	p<0,001
Группы пациентов с метаболическим синдромом	Шкалы опросника SF-36				
	Физическое здоровье				Суммарные измерения
	Физическое функционирование (PF)	Роль физическое функционирование (RF)	Боль (BP)	Общее здоровье (GH)	Физическое здоровье (PCS)
До начала лечения	30,79±1,45	31,74±1,56	45,37±1,12	23,58±1,07	42,41±1,31
После лечения	69,19±1,28	49,82±1,50	12,7±1,08	78,45±0,84	52,54±1,18
p	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

следует признать тот факт, что ни один из наблюдаемых пациентов не был за указанный период выписан с баз исследования с ухудшением показателей состояния здоровья.

Медико-экономическая эффективность представленных схем восстановительного лечения базировалась на определении показателей качества жизни больных, а также показателей непосредственной экономической деятельности здравниц семейного отдыха в 2000–2005 годах.

Для оценки качества жизни у больных с дисметаболической патологией применяли российскую версию опросника MOS-SF-36 (MOS-SF-Item Short Form Health Survey), который содержит следующие шкалы: физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RF), боли (BP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), ролевого эмоционального функционирования (RE) и психологического здоровья (MH), что представлено в таблице 3. Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel-98, при этом соблюдали общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Рассчитывали средние арифметические величины (M) и их ошибки (σ). С целью определения значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин применяли t -критерий Стьюдента и F -критерий Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах. При этом разница средних величин считалась достоверной при $p < 0,05$.

По мере использования предлагаемых нами схем восстановительной терапии в здравницах Сочи у наблюдаемых пациентов отмечена тенденция к уменьшению большинства ранее негативно тестируемых параметров психологического статуса. Так, в процессе исследования проявления тревоги и вегетативные нарушения у наблюдаемых больных основной группы

значительно и достоверно снизились по сравнению с исходными величинами ($p < 0,05$).

В то же время показатели степени социальной дезадаптации на фоне лечения изменились в меньшей степени ($p > 0,05$) и по-прежнему оставались на уровне умеренно выраженных. Проведенный в здравницах – базах исследования анализ тяжести выявленных психологических изменений (по шкале общего клинического впечатления) выявил после лечения у пациентов из основной группы четкую положительную клиническую динамику. Если в начале исследования психологические расстройства оценивались как выраженные у 39,9%, средней тяжести – у 49,7%, легкой – у 10,4% больных (т. е. преобладали нарушения выраженные и средней тяжести), то на фоне предложенных нами схем восстановительной терапии интенсивность этих расстройств значительно изменилась. Выраженные психологические нарушения к концу санаторной реабилитации не были зарегистрированы совсем, а доминировали легкая (66,4%) и средняя степени тяжести (33,6%) названных нарушений уровня показателей психологического статуса.

Как видно из представленных данных (табл. 3), разработанная нами восстановительная терапия в первую очередь существенно и достоверно повысила КЖ пациентов по показателям психологического здоровья MH и MCS ($p < 0,001$), а также показателю жизнеспособности – VT ($p < 0,001$). В то же время достоверных различий по шкалам социального функционирования (SF) и ролевого эмоционального функционирования (RE) в процессе наблюдения выявлено не было ($p < 0,05$). Среди показателей физического здоровья статистически значимо изменился показатель ролевого физического функционирования – RF ($p < 0,05$). Остальные параметры: физического функционирования (PF), боли (BP), общего здоровья (GH) – и суммарные измерения физического здоровья (PCS) имели стойкую тенденцию к уменьшению ($p < 0,05$).

Полученные значения лечебно-профилактической эффективности предложенного комплекса восстановительного лечения для изучаемого контингента больных находились в прямой корреляционной зависимости с катamnестическими данными медико-экономической эффективности представленного исследования в целом, что отражено в таблице 4.

Для анализа медико-экономической эффективности автор рассылал в адрес пациентов (спустя один год после их лечения в здравницах – базах исследования) специальные опросные катamnестические карты.

Обсуждая данные таблицы 4, следует подчеркнуть, что у пациентов основной группы наблюдения по истечении одного года с момента лечения в здравницах – базах исследования по авторским методикам средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности по основному заболеванию была практически в 2 раза ниже, чем у пациентов из контрольной группы наблюдения. При этом количество больных, имевших за этот период случаи обострения по основному заболеванию, было в 2,8 раза ниже по основной группе наблюдения в сравнении с аналогичным показателем в контрольной группе наблюдения, к больным которой авторские схемы санаторно-курортной реабилитации не применялись.

Выводы

1. Проведенный в рамках представленной научной работы на статистически достоверном уровне наблюдений ($n=278$ юридических лиц – санаториев, пансионатов с лечением, курортных поликлиник, $p<0,05$) системно-структурный анализ комплексного взаимовлияния правовых, социальных, экономических, природно-экологических, организационно-медицинских и иных факторов, определяющих динамику современного развития здравниц семейного отдыха на курортах российского Причерноморья, позволил констатировать, что в период 2000–2005 годов в Геленджике, Сочи, Анапе, Архипо-Осипов-

ке, Джанхоте, Бетте и иных лечебно-оздоровительных территориях Черноморского побережья Краснодарского края активно реализовывались основные положения Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации.

2. Вышеуказанное не только свидетельствовало о коренном изменении стратегии отечественного здравоохранения в плане интенсификации задействования природных лечебных курортных факторов в существующей системе плановых реабилитационных мероприятий для различных категорий длительно или часто болеющих (взрослых, подростков и детей), но и доказывало (на фоне экономического возрождения российской санаторно-курортной отрасли) реальные преимущества использования здравниц семейного отдыха в качестве инструментария для достижения позитивной динамики ряда магистральных показателей общественного здоровья (заболеваемость, инвалидизация, временная нетрудоспособность и т. д.) населения РФ в течение последних 3–5 лет.

3. Проведенное автором в 2000–2005 годах в рамках представленной диссертационной работы научное обоснование методологии сочетанного использования физических (природных и преформированных) факторов Черноморского побережья Кубани, современных аппаратных физиопроцедур и низкодозовой комбинированной медикаментозной терапии в индивидуальных схемах взаимопреемственной врачебной тактики восстановительного лечения в муниципальных учреждениях здравоохранения и семейных здравницах больных с дисметаболической патологией позволило выделить среди постоянных и переменных составляющих восстановительной коррекции метаболического синдрома: а) климатобальнеопроцедуры (общие йодобромные или сероводородные ванны; гелиотерапия в виде одномоментных или прерывистых естественных солнечных ванн или искусственного УФО; модифицированные методики назначения теплых, индифферентных, прохладных

Таблица 4

Сравнительная медико-экономическая эффективность предложенного комплекса восстановительного лечения (по данным опросных катamnестических карт) пациентов, проходивших санаторную реабилитацию на курортах Геленджик, Архипо-Осиповка, Джанхот, Сочи, Анапа, Бетта

Пациенты с выраженными клиническими проявлениями дисметаболической патологии	Медико-экономическая эффективность предложенных индивидуальных схем восстановительного лечения на черноморских курортах Краснодарского края (на основании полученных в течение 1 года спустя пребывания в здравницах – базах исследования опросных катamnестических карт)
1. Основная группа наблюдения ($n=837$, $p<0,05$). Получено в ответ на запрос автора от этих больных (по истечении одного года после лечения на курортах Кубани) 549 опросных катamnестических карт, или 65,5% от числа больных данной группы наблюдения	Отсутствовали случаи временной нетрудоспособности по основному заболеванию в течение одного года у 82,7% больных основной группы наблюдения, принимавших комплексное восстановительное лечение на черноморских курортах Кубани по авторским схемам реабилитации. Отмечались случаи временной нетрудоспособности по основному заболеванию у 17,3% больных основной группы (средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности $6,1\pm0,9$ дня)
2. Контрольная группа наблюдения ($n=300$, $p<0,05$). Получено в ответ на запрос автора от этих больных (по истечении одного года после лечения на курортах Кубани) 238 опросных катamnестических карт, или 79,3% от числа больных данной группы наблюдения	Отсутствовали случаи нетрудоспособности по основному заболеванию в течение одного года у 51,4% больных контрольной группы наблюдения ($n=143$). Отмечались случаи временной нетрудоспособности по основному заболеванию в течение 1 года после лечения (по тривиальным, сложившимся еще в 60–70-е годы прошлого столетия методикам) у 48,6% больных данной группы наблюдения, приславших опросные катamnестические карты, причем, средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности составила $11\pm1,0$ дня

ЛИТЕРАТУРА

1. Ольбинская Л. И., Хапаев Б. А. Суточное мониторирование артериального давления в диагностике и лечении артериальной гипертензии: Руководство для врачей. М., 2000. 312 с.
2. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Терещенко С. Н. и др. Клиническое значение суточного мониторирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертензией // Кардиология. 1997. № 9. С. 98–104.
3. Оганов Р. Г. Успехи и проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в конце XX века. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. М., 2004. № 2. С. 3–5.
4. Мамедов М. Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома / Под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова. М.: изд-во «Полиграф Холдинг – Мультипринт», 2004. 75 с.
5. Мамедов М. Н., Перова Н. В., Метельская В. А., Бритов А. Н., Шамарин В. М., Оганов Р. Г. Компоненты метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией // Кардиология. 1997. Т. 37. № 12. С. 37–41.
6. Мамишев С. Н., Винокуров Б. Л. Управление системой реабилитации пациентов на курортах и ее медико-экономическая эффективность. Майкоп: Респ. изд. полиграф. пред. «Адыгея», 2003. 115 с.
7. Rizzoni D., Agabidi-Rosei E. Relationships of cardiac function and structure to blood pressure rhythms. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2000. Vol. 783. P. 159–171.
8. Willich S. N., Lowel H., Lewis M. et al. Association of wake time and onset of myocardial infarction: triggers and mechanisms of myocardial infarction (TRIMM) pilot study. Circulation, 2001. Vol. 84. P. 162–167.

M. V. NIKITIN

DYNAMICS OF THE METHODIC AND METHODOLOGICAL APPROACHES OF THE USE OF THE PHYSICAL NATURAL AND PREFORMATED SPA FACTORS OF KRASNODAR REGION IN THE MODERN SYSTEM OF PERFECTION OF THE PUBLIC HEALTH CHARACTERISTICS

In this study the real advantages of the use of the health centers of the family rest as an instrument for receiving of the positive dynamics of a number of the main characteristics of public health (morbidity, invalidity, temporary disability, etc.) of the Russian Federation population during the recent 3–5 years are proved.

Л. А. НИКУЛИН, А. В. ПОМОРЦЕВ, М. А. ЛИТВИНСКАЯ

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

**Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, кафедра УЗД ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета**

Количество родов в тазовом предлежании за последние десятилетия остается неизменным: они наблюдаются в 3–3,5% случаев при доношенной беременности одним плодом [1, 3]. По данным акушерской клиники Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (НЦАГиП РАМН), частота тазового предлежания варьирует от 3,8 до 5,2%.

Роды в тазовом предлежании принято считать патологическими из-за большого числа осложнений у

матери и, особенно, у плода. Перинатальная смертность при тазовых предлежаниях в 3–5 раз выше, чем при головных [3, 11].

По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, частота кесарева сечения при тазовом предлежании имеет тенденцию к росту. Так, количество оперативных родоразрешений выросло от 52,32% в 1985–1989 гг. до 84,93% в 1996 году. Несмотря на значительное увеличение числа