

Рис. 3. Уровни нитритов у новорожденных в зависимости от наличия АФА у матерей до родов (мкмоль/л).

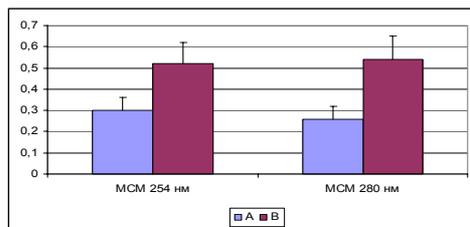


Рис. 4. Уровни МСМ у новорожденных группы «А» и группы «В» (ед.опт.плотн.).

Итак, у недоношенных новорожденных, рожденных от АФА «позитивных» матерей, имеются признаки более выраженной ангиопатии (увеличение уровней фактора Виллебранда и нитритов) и эндогенной интоксикации (увеличение уровней МСМ) по сравнению с новорожденными, родившимися от АФА «негативных» матерей. Сила влияния уровней АКЛА беременных на степень церебральной ишемии у новорожденных составила 48,2%. Сила влияния циркуляции материнских АФА до родов на уровни индекса резистентности у детей составила 29,7% на тяжесть гипоксически – ишемических перинатальных повреждений ЦНС – 17,4%, на нарушения гемостаза в виде тромбогеморрагического синдрома у новорожденных – 8,9%, балльную оценку по Апгар – 9,6%. Сила влияния циркуляции материнских АФА до родов на уровни нитритов составила 24,0%, ф. Виллебранда – 19,6%, уровни МСМ – 13,6%. В большей степени АФА матери влияют на ацидотическую направленность метаболических изменений (сила влияния 99,9%), уровни F_{iO_2} (12,0%), что связано с развитием более выраженной гипоксии. Результаты анализа множественной регрессии между АФА матери, состоянием новорожденных и их лабораторными показателями выявили корреляции уровней АФА с тяжестью церебральной ишемии у новорожденных, уровнями нитритов и МСМ ($R=0,60$, $p<0,001$), а также тяжестью ВЖК, уровнями нитритов и МСМ у новорожденных ($R=0,62$, $p<0,001$). Полученные данные указывают на комплексность влияния АФА на течение раннего неонатального периода.

Заключение. У недоношенных новорожденных, рожденных от АФА-позитивных матерей имеет место более тяжелое течение раннего неонатального периода. Циркуляция АФА у беременных, обусловленная осложненным течением беременности и родов, является фактором, влияющим на выраженность метаболических расстройств, эндотелиальной дисфункции и эндогенной интоксикации, клинически ассоциируясь с тяжестью их состояния, церебральной ишемии, ВЖК, а также с развитием геморрагических расстройств (ДВС-синдрома).

Литература

1. Карпов Н.Ю. и др. // Клини. мед.– 1999.– № 4.– С. 19–22.
2. Lopez-Pedraza C. et al. // Hemostasis.– 2006.– Vol. 12, №1.– P.41–45.
3. Lim W. et al. // JAMA.– 2006.– Vol. 295.– №9.– P.1050–1057.
4. Сидельникова В.М. // Привычная потеря беременности.– М.: Триада-Х.– 2002.– 304 с.
5. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике / Под ред. А.Д. Макацария.– М.: РУССО.– 2001.– 304 с.
6. De Carolis C. et al. // Am. J. Reprod. Immunol.– 2004.– Vol.52.– №4.– P.263–236.
7. Kdous M. et al. // Tunis Med.– 2005.– Vol. 83.– №1.– P.1–5.
8. Tincani A. et al. // Autoimmun Rev.– 2005.– №7.– P. 423.
9. Алекберова З.С. и др. // Тер. архив.– 1988.– С. 84–86.
10. Сидельникова В.М., Кириченко В.А. // Гемостаз и беременность.– М.: Триада-Х.– 2004.– 208 с.

11. Contractor S. et al. // Am J Perinatol. 1992.– Vol. 9.– №5.– P.409–410.
12. Sheridan-Pereira M. et al. // Obstet Gynecol.– 1988.– Vol.71.– №6.– P.1016–1018.
13. Saxena R. et al. // Indian J Pediatr.– 2003.– Vol.70.– №11.– P.903–907.
14. Heller C. et al. // Circulation.– 2003.– Vol. 108.– №11.– P.1362–1367.
15. Akman I. et al. // Turk J Pediatr.– 2003.– Vol. 45.– №2.– P.141–147.
16. Бондарь О.Е. и др. // Вопр. гинекол., акуш-ва и перинатол.– 2004.– Т.3, №4.– С. 64–67

УДК 618.12–002

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Я.Ф. АВЛАСТИМОВ, Н.Г. ИСТОШИН, А.Т. ТЕРЕШИН, А.Р. ЦАРАПКИНА

В структуре гинекологических заболеваний хронический неспецифический сальпингоофорит составляет от 38 до 70%, вызывая нарушения менструальной, репродуктивной функции.

Нарушения репродуктивной функции у больных ХНС в 35–68% случаев обусловлены трубно–перитонеальным бесплодием ТПБ, в 28–43% – нарушением процессов овуляции [1,2,5–8]. За последние 20 лет в диагностике и лечении ТПБ нашли широкое применение эндоскопические методы, которые показывают, что проходимость маточных труб после реконструктивно–пластических операций составляет 78–86%, частота наступления беременности только лишь 21–38% [1,3,8,11]. Несоответствие между высокими показателями восстановления проходимости маточных труб (55–86%) и наступлением беременности говорит о том, что проблема реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно–пластических операций на маточных трубах состоит в дальнейшей разработке реабилитации репродуктивной системы у больных ХНС [1,5,7,8]. Данные [1,4–9] говорят об использовании оптимизированных физиотерапевтических мероприятий в послеоперационном периоде у больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом (ХНС). Ряд исследователей [1,4,7,10] рекомендуют проводить немедикаментозную реабилитацию репродуктивной функции в ранний послеоперационный период для профилактики вторичной окклюзии маточных труб и спаечного процесса в малом тазу. Использование преформированных физических факторов в течение дня позволяет интенсифицировать физиотерапевтические воздействия с целью сокращения сроков лечения без снижения клинической эффективности, что было показано в ряде работ [6–10]. Исследования последних лет дают основание отнести к числу эффективных физических методов стимуляции маточных труб синусоидально-модулированными токами (СМТ-терапия) [2,4,9].

Цель исследования – влияние интенсивной СМТ-терапии на репродуктивную функцию после реконструктивно–пластических операций на маточных трубах у больных ХНС.

Материал и методы. Пациентки в 1-й день после оперативной лапароскопии получают СМТ-терапию маточных труб на аппарате «Эндотон-01Б» 2 раза в день через 30 минут по цервикально-крестцовой методике (на курс – 30 сеансов). Частота следования импульсов 50 Гц, глубина модуляции 100%, II род работы при длительности посылки пауз 4–6 с в течение 10 мин. при силе тока, вызывающей ощущение лёгкого покалывания и слабой вибрации под анодом. Рекомендуется в течение 1,5–2 мес после лапароскопии контрацепция презервативом. Под наблюдением было 50 больных ХНС в возрасте $31,3 \pm 1,8$ лет с длительностью бесплодия от 1 до 7 лет ($4,3 \pm 0,7$ лет), которые в раннем послеоперационном периоде реконструктивно–пластических операций на маточных трубах получали СМТ-терапию. Первичное бесплодие было у 31 (62%), вторичное – у 19 (38%) больных. Лапароскопические исследования показали I степень спаечного процесса в малом тазу у 17 (34%), II – у 19 (38%), III – у 10 (20%), IV – у 4 (8%). Под влиянием СМТ-терапии наступила ликвидация вагинальных белей у 18 (69,2%) из 26 больных.

Результаты. Во время проведения 4–6-й процедуры СМТ-терапии, у 26 (52%) больных наблюдалась очаговая реакция,

проявляющаяся в небольшом усилении болей внизу живота, повышении вагинальной секреции и некотором увеличении размеров яичников (при эхонографическом исследовании). Через 1–2 сеанса все эти явления исчезали. Во время усиления или возникновения болей у больных, получавших СМТ-терапию, сила тока во время процедуры была 5–10 мА. У больных, лечение которых СМТ-терапией способствовало спаду или исчезновению болей, после достижения анальгетического эффекта сила тока равна 16±22 мА. СМТ-терапия переносилась без отрицательных реакций сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма. Под влиянием СМТ-терапии нормализовалась менструальная функция у 27 (54%) из 43 больных (табл. 1).

Таблица 1

Влияние СМТ-терапии на состояние менструальной функции в ранний послеоперационный период у больных ХНС

Показатель	До лечения		После лечения		Эффект-ть, %
	Абс.	%	Абс.	%	
Альгодисменорея	20	40	9	18	55,0
Олигоменорея	11	22	6	12	45,5
Полименорея	10	20	5	10	50
Межменструальные кровянистые выделения	2	4	–	–	100
Нормальные менструации	7	14	27	54	40

После лечения по ТФД двухфазный менструальный цикл у больных остался без изменений у 18 больных. У 12 (63,2%) из 19 больных с НЛФ выявлен двухфазный менструальный цикл, у 2 (15,4%) из 13 больных с ановуляцией выявлен овуляторный менструальный цикл, а у 4 (30,8%) – НЛФ (табл. 2).

Таблица 2

Влияние СМТ-терапии на возникновение овуляторного менструального цикла в зависимости от длительности ХНС

Показатель	1–3 года			
	До лечения		После лечения	
	Абс.	%	Абс.	%
НЛФ	5	26,3	1	20
Ановуляция	4	30,8	1	25
Двухфазный цикл	13	100	13	100
3–5 лет				
НЛФ	12	57,9	4	36,4
Ано2уляция	6	46,2	3	50
Двухфазный цикл	5	100	5	100
5–7 лет				
НЛФ	2	100	2	100
Ановуляция	3	100	3	100
Двухфазный цикл	-	-	-	-

После СМТ-терапии у 32 (64%) больных выявлен двухфазный менструальный цикл, у 11 (22%) – НЛФ, у 7 (14%) – ановуляция. Под влиянием СМТ-терапии с длительностью ХНС 1–3 года при НЛФ овуляция наступает в 80%, с длительностью ХНС 3–5 лет – в 63,6% больных, при длительности ХНС >5 лет овуляции не возникает. У лиц с ановуляцией с длительностью ХНС 1–3 года овуляция наступила у 2 (50%), с длительностью ХНС >3 лет овуляции не было, но у 4 (40%) больных с длительностью ХНС <5 лет ановуляция формировалась в НЛФ (табл. 2).

Таблица 3

Влияние СМТ-терапии на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови в послеоперационный период у больных ХНС

Гормоны	До лечения	После лечения	Контроль	Р
ФСГ, мМЕ/мл	7,94±0,17	7,88±0,15	7,12±0,41	P ₁₋₂ >0,05 P ₂₋₃ <0,05
ЛГ, мМЕ/мл	6,32±0,23	7,89±0,73	8,82±0,24	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ >0,05
ПРЛ, мМЕ/мл	423,82±53,48	329,18±32,74	276,32±26,47	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05
Эстрадиол, пмоль/л	106,94±11,37	126,39±12,35	130,62±15,28	P ₁₋₂ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
Прогестерон, пмоль/л	18,41±1,23	20,07±0,38	22,53±1,74	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,03
Кортизол, нмоль/л	286,53±26,48	337,42±23,36	386,72±21,23	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05
Тестостерон, нг/мл	84,23±3,54	102,53±5,32	108,21±6,37	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05

У 34 (68%) больных ХНС была снижена глюкокортикоидная функция надпочечников, у 29 (58%) – андрогенная функция яичников. После СМТ-терапии концентрация ФСГ, ПРЛ в крови снизилась на 3,3% и 22,3% соответственно, достигая нормы

(p<0,05), концентрация ЛГ, Е2, П, К и Т увеличилась на 20%, 15,4%, 8,3%, 15% и 17,5% соответственно, достигая нормы. Концентрация К в крови у 19 (55,9%) из 34 больных и концентрация Т в крови у 13 (44,8%) из 29 больных достигали нормы (табл. 3).

После СМТ-терапии у больных с 2-фазным менструальным циклом концентрация ФСГ и ЛГ в крови была в пределах нормы, при НЛФ и ановуляции концентрация ФСГ в крови снизилась на 1,3% и 2,7% соответственно, не достигая нормы. Концентрация ЛГ в крови у больных с НЛФ увеличилась на 14% (норма), при ановуляции повысилась на 22,5%, не достигая нормы (табл. 4).

Таблица 4

Влияние СМТ-терапии в раннем послеоперационном периоде на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови в зависимости от функциональной активности яичников у больных ХНС

Характер менструального цикла	ФСГ, мМЕ/мл		ЛГ, мМЕ/мл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Двухфазный менструальный цикл	7,21±0,24	7,37±0,19	8,63±0,27	8,84±0,21
НЛФ	7,78±0,21	7,68±0,12	7,41±0,29	8,61±0,23
Ановуляция	8,14±0,13	7,92±0,14	5,76±0,31	7,43±0,36

Под влиянием СМТ-терапии у больных с 2-фазным менструальным циклом концентрация Е2 и П в крови в норме, у больных с НЛФ – увеличивается на 31% и 23% соответственно, соответствуя норме. У больных с ановуляцией увеличивается на 33% и 39%, не достигая нормы (табл. 5).

Таблица 5

Влияние СМТ-терапии на концентрацию стероидных гормонов в сыровотке крови в послеоперационном периоде у больных ХНС

Характер менструального цикла	Эстрадиол, пмоль/л		Прогестерон, пмоль/л	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Двухфазный менструальный цикл	143,72±24,91	151,89±27,53	22,34±2,86	23,14±2,37
НЛФ	92,53±23,46	134,62±14,87	16,49±1,53	21,41±2,32
Ановуляция	76,27±11,34	84,42±13,56	9,37±1,64	15,32±1,13

После СМТ-терапии у больных с двухфазным менструальным циклом концентрация К и Т в крови находились в пределах нормы, у больных с НЛФ концентрация К в крови повысилась на 7%, не достигая нормы, Т – повысилась на 6%, достигая нормы, у больных с ановуляцией уровень К и Т в крови повысился на 17,5% и 5%, не достигая нормы (табл. 6).

Таблица 6

Влияние СМТ-терапии в раннем послеоперационном периоде на концентрацию кортизола и тестостерона в крови в зависимости от функциональной активности яичников

Характер менстру. цикла	Кортизол, нмоль/л		Тестостерон, нг/мл		Р
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
2-фазный менстру. цикл	372,7±21,4	379,9±26,5	106,49±4,3	108,5±6,7	P ₁₋₂ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
НЛФ	314,2±23,16	337,6±23,5	98,3±3,47	104,8±3,69	P ₁₋₂ >0,05 P ₂₋₃ <0,05
Ановуляция	281,7±26,5	341,6±14,3	93,5±2,68	98,7±2,36	P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05

После СМТ-терапии при эхографической биометрии тела матки достоверно значимых изменений у больных не выявлено.

Таблица 7

Влияние СМТ-терапии в послеоперационный период на толщину эндометрия

Характер менструального цикла	До лечения	После лечения	Р
Двухфазный менструальный цикл	0,96±0,03	0,99±0,03	>0,05
НЛФ	0,71±0,11	0,94±0,11	<0,01
Ановуляция	0,53±0,12	0,74±0,12	<0,01

Эхонографическое исследование толщины эндометрия показало, что после СМТ-терапии его толщина увеличилась с 0,6±0,1 до 0,8±0,1 (p<0,05). У больных с двухфазным менструальным циклом нормативные данные толщины эндометрия не претерпели изменений (p>0,05), у больных с НЛФ – увеличилась с 0,71±0,11 см до 0,94±0,11 см (p<0,01), достигая нормы, у больных с ановуляцией – с 0,53±0,12 см до 0,74±0,12 см (p<0,01),

не достигая нормы (табл. 7). УЗИ эндометрия выявило секреторную его трансформацию у 30 (60%) больных, у которых после лечения появился двухфазный менструальный цикл.

После СМТ-терапии при эхосонографической биометрии длина яичников уменьшилась с $35,43 \pm 4,51$ мм до $34,31 \pm 4,22$ мм ($p < 0,005$ по тесту для сопряженных совокупностей); ширина – с $23,78 \pm 1,26$ мм до $21,52 \pm 2,97$ мм ($p < 0,01$), толщина – с $21,36 \pm 1,14$ до $20,14 \pm 1,12$ мм ($p < 0,01$). Уменьшение размеров яичников под влиянием СМТ-терапии связано с противоотечным его действием. Эхосонографическая биометрия размеров фолликулов показала, что у больных после лечения произошло достоверное увеличение диаметра максимального фолликула – с $1,41 \pm 0,14$ см до $1,72 \pm 0,13$ см ($p < 0,05$). У 12 (63,2%) из 19 больных с НЛФ и у 6 (46,2%) из 13 больных с ановуляцией после СМТ-терапии выявлен рост максимального фолликула (табл. 8).

Таблица 8

Влияние интенсивной СМТ-терапии на диаметр максимального фолликула в послеоперационный период в зависимости от функциональной активности яичников

Характер менструального цикла	До лечения	После лечения	Р
Двухфазный менструальный цикл	$2,11 \pm 0,16$	$2,12 \pm 0,14$	$> 0,01$
НЛФ	$1,76 \pm 0,17$	$1,92 \pm 0,16$	$< 0,01$
Ановуляция	$1,26 \pm 0,12$	$1,63 \pm 0,18$	$< 0,02$

Характерной особенностью всех пациенток, у которых отмечен рост диаметра фолликула после СМТ-терапии, было наличие в яичниках в середине менструального цикла до лечения фолликулов размерами $> 1,3$ см. Выявлены положительные коррелятивные связи между размером максимального фолликула до и после СМТ-терапии ($r = 0,36$; $p < 0,01$). Эффективность СМТ-терапии определялась исходным размером максимального фолликула. Под влиянием СМТ-терапии происходила нормализация фолликулиновой фазы у 26 (52%) больных.

До лечения наличие желтого тела было диагностировано у 19 (38%) больных с НЛФ, размеры которого составили $1,71 \pm 0,11$ см. После лечения увеличение диаметра желтого тела, характерного для овуляторного цикла, произошло у 12 (63,2%) больных, в среднем составляя $1,86 \pm 0,12$ см ($p < 0,01$).

Отсутствие динамики размеров желтого тела характерно для больных с эхографическими признаками одно- или двусторонними поликистозными яичниками. У 2 (15,4%) из 13 больных с ановуляцией после лечения отмечено увеличение желтого тела, характерного для овуляторного цикла, размер которого составил $1,72 \pm 0,14$ см ($p < 0,01$). Формирование желтого тела было лишь у тех больных, у которых диаметр максимального фолликула до терапии составил $\geq 1,3$ см.

Таблица 9

Влияние СМТ-терапии на внутрияичниковый кровоток в ранний послеоперационный период

Показатели	До лечения	После лечения	Контроль	Р
PJ	$1,21 \pm 0,32$	$1,01 \pm 0,22$	$0,75 \pm 0,04$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
JR	$0,67 \pm 0,14$	$0,63 \pm 0,15$	$0,48 \pm 0,01$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
R	$3,41 \pm 1,08$	$2,75 \pm 0,34$	$2,05 \pm 0,08$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
PK1 (см/с)	$11,22 \pm 2,26$	$15,27 \pm 1,54$	$14,21 \pm 1,42$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$
PK2 (см/с)	$4,81 \pm 1,23$	$6,36 \pm 1,19$	$6,93 \pm 0,64$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$
Avg (см/с)	$7,12 \pm 0,46$	$11,54 \pm 1,37$	$8,91 \pm 0,92$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$

Увеличение размеров желтого тела положительно коррелировало с концентрацией в крови Е2 ($r = 0,39$, $p < 0,01$), П ($r = 0,41$, $p < 0,01$) и диаметром максимального фолликула ($r = 0,43$, $p < 0,01$) до начала СМТ-терапии. Можно предположить, что изменения желтого тела определялись исходным размером фолликулов (не менее 1,3 см) и последующим их ростом.

Нормализация размеров желтого тела после лечения наступила у 22 (44%) больных ХНС. Допплерометрическое исследование внутрияичникового кровотока показало, что снизились пульсационный индекс на 20%, индекс резистентности – на 6%, выросли систолическая, диастолическая и максимальная скорости кровотока на 36%, 32% и 26,5% соответственно, что говорит о снижении сосудистого сопротивления, улучшении кровоснабже-

ния яичников, выявляя у 23 (46%) больных нормализацию внутрияичникового кровотока (табл. 9).

Эхосонографическая доплерометрия яичниковых ветвей маточных артерий показала снижение пульсационного индекса на 4%, рост соответственно индекса резистентности, систолической, диастолической и максимальной скорости кровотока на 9%, 15%, 12% и 8%; нормализация гемодинамики в яичниковых ветвях маточных артерий наступила у 22 (48%) больных (табл. 10).

Таблица 10

Влияние СМТ-терапии на гемодинамику в яичниковых ветвях маточных артерий

	До лечения	После лечения	Контрольная группа	Р
PJ	$3,27 \pm 0,14$	$3,15 \pm 0,34$	$2,79 \pm 0,31$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
JR	$0,68 \pm 0,05$	$0,74 \pm 0,03$	$0,87 \pm 0,02$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
R	$7,17 \pm 0,12$	$7,33 \pm 0,14$	$7,94 \pm 0,29$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
PK1 см/с	$18,43 \pm 1,14$	$21,13 \pm 1,19$	$26,87 \pm 2,51$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
PK2 см/с	$2,57 \pm 0,24$	$2,88 \pm 0,1$	$3,38 \pm 0,21$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
Avg см/с	$7,32 \pm 0,16$	$7,89 \pm 0,18$	$9,37 \pm 1,23$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$

Допплерометрия маточных артерий после СМТ-терапии показала, что пульсационный индекс и индекс резистентности снизились на 9% и 6%, повысились систолическая, диастолическая и максимальная скорости кровотока на 42%, 70% и 18%, выявив у 32 (64%) нормализацию кровотока в маточных артериях (табл. 11).

Таблица 11

Влияние СМТ-терапии на динамику кровотока в маточных артериях

	До лечения	После лечения	Контроль	Р
PJ	$3,52 \pm 0,11$	$3,24 \pm 0,23$	$2,81 \pm 0,22$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,05$
JR	$0,94 \pm 0,03$	$0,89 \pm 0,03$	$0,85 \pm 0,01$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,03$
R	$8,05 \pm 0,72$	$6,81 \pm 0,23$	$6,92 \pm 0,41$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,03$
PK1, см/с	$20,86 \pm 1,43$	$35,67 \pm 1,54$	$37,42 \pm 3,04$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{2-3} < 0,05$
PK2, см/с	$2,59 \pm 0,72$	$4,36 \pm 0,42$	$5,41 \pm 0,62$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{2-3} > 0,01$
Avg, см/с	$8,72 \pm 0,34$	$10,26 \pm 1,23$	$11,72 \pm 1,13$	$P_{1-2} < 0,01$ $P_{2-3} > 0,03$

Наиболее значимо изменился кровоток у 32 (64%) женщин, у которых в последующем менструальном цикле после окончания лечения было отмечено выраженное повышение уровня Е2 в крови. Однако, у 18 (36%) больных, у которых выявлена только тенденция к изменению показателей кровотока, после лечения также произошло достоверное повышение уровня Е2 крови. Корреляция между уровнем Е2 в крови после терапии и динамикой доплерометрических показателей кровотока органов малого таза не отмечено ($r = 0,29$, $p > 0,05$).

Таблица 12

Частотная характеристика наступления беременности в зависимости от функциональной активности яичников и длительности бесплодия после СМТ-терапии в раннем послеоперационном периоде

Характеристика цикла	Длительность бесплодия, лет			Эффективность лечения, %
	1-3	3-5	5-7	
Двухфазный менструальный цикл	7	3	–	55,6
НЛФ	3	2	–	26,3
Ановуляция	1	–	–	7,7

Изменение доплерометрических показателей произошло не только вследствие улучшения кровоснабжения яичников, но и в результате влияния на фолликулярный аппарат яичников СМТ-терапии. После лечения в течение 12 мес. беременность наступила у 16 (33,3%) из 50 женщин, из них 4 беременности были вне-маточными, наступившими у больных, ранее имевших III–IV степени спаечного процесса в малом тазу и НЛФ. Через 6 мес. ни в одном случае беременности не наступило.

После СМТ-терапии у больных ХНС с двухфазным менструальным циклом беременность наступает в 55,6%, с НЛФ – в 26,3%, с ановуляцией – в 7,7% случаев с длительностью бесплодия ≤ 3 лет (табл.12); СМТ-терапия эффективна в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных ХНС с 2-фазным менструальным циклом и бесплодием ≤ 3 лет.

Эхогистеросальпингография, проведенная у 32 женщин через 12 мес. после терапии, у которых не наступила беременность, выявила реокклюзию маточных труб у 10 (31,3%). Применение СМТ-терапии по цервикально-крестцовой методике в раннем послеоперационном периоде у больных ХНС, перенесших рекон-

структивно-пластические операции на маточных трубах, обладают в 52% случаев нормализующим влиянием на фолликулиновую и в 44% – на лютеиновую фазу, в 46% – гемодинамику органов малого таза, в 33,3% – репродуктивную систему. Если после СМТ-терапии в раннем послеоперационном периоде у больных ХНС, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в течение 6 мес. не наступила беременность, надо изыскивать дополнительные терапевтические мероприятия.

Литература

1. *Занько С.Н. и др.* Хронические воспалительные заболевания придатков матки. – Витебск, 1998. – 206 с.
2. *Кан В.Н.* Комбинированное использование лимфотропной энзимотерапии и синусоидальных модулированных токов в лечении больных неспецифическим сальпингоофоритом: Автореф. дис...к.м.наук. – Пятигорск, 2004 – 24 с.
3. *Кулаков В.И. и др.* // Акуш. и гинек. – 2001. – № 3. – С. 33.
4. *Логвина Л.Л.* Дифференцированный подход к немедикаментозной послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после сальпингооариолизиса: Автореф. дис...к.м.наук – Пятигорск, 2004 – 24 с.
5. *Медведев Б.И. и др.* Воспалительные заболевания матки и придатков: патогенез, клинико-морфологическая характеристика, диагностика, лечение. – Челябинск, 2001. – 278 с.
6. *Панфилова Е.Л.* Хроническое воспаление придатков матки: обоснование интенсивной ТНЧ-терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 24 с.
7. *Стругацкий В.М., Арсланян К.Н.* // Вопр. курортол., физиотерап. и ЛФК – 2002. – №2. – С. 42–45.
8. *Терешиш А.Т.* Хронический неспецифический сальпингоофорит. – М., 2005. – 428 с.
9. *Уманский М.Н.* Комплексная терапия в ранней немедикаментозной реабилитации после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах: Автореф. дис...к.м.наук. – Пятигорск, 2006. – 24 с.
10. *Ходжаев Б.Д.* Акупунктура и электроимпульсная терапия в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных малыми формами эндометриоза : Автореф. дис...к.м.наук. – М., 2006. – 24 с.
11. *Чеченова Ж.В., Краснополская К.В.* // Акуш. и гинек. – 2001. – № 2. – С. 40–44.

УДК 616. 31:614. 253. 8

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

И.В. ФИРСОВА*

Понятие «здоровье человека» ассоциативно выстраивает в нашем сознании образ физического и психологического благополучия. С ним связана возможность не только исполнения человеком своей социальной роли, его вклада в создание материальных благ, культурных ценностей, но и возможность в полной мере удовлетворять свои духовные и физические потребности. Для медиков давно уже не является откровением то, что нарушения физиологических процессов в организме влияют на психологическую сферу больного. Существует направление в медицинской науке, изучающее психосоматические заболевания. Кроме того, развитие болезни, особенно при существующей тенденции к хронизации процесса, формирует определенную типологию отношения пациента к своему состоянию (болезни), предписывает ему ролевые характеристики и поведенческую модель [2;4].

Можно предположить, что отношение к болезни, особенно стоматологического характера, у человека складывается в процессе социального и клинического опыта. Выступая в роли больного, человек автоматически становится субъектом социальной системы «врач – пациент». И от того, как складываются взаимоотношения между ними, а именно достаточно ли эти взаимодействия активны и эффективны, зависит уровень позитивных установок на преодоление болезни и степень достижения согласия между партнерами [1]. Не последнюю роль в терапевтическом альянсе играет модель общения между врачом и пациентом и уровень компетентности самого пациента в медицинских вопросах, и уровень профессиональных качеств врача-стоматолога [7].

Будет ли достигнуто согласие, зависит не только от способности участников к принятию ролей, но и от интересов каждого из них, что определяется культурой личности. Остается дискуссионным среди специалистов биоэтики вопрос о прогрессивности модели взаимоотношений врача и пациента на практике. И, несмотря на «архаичность» патерналистской модели, большинство стоматологов придерживаются именно её принципов [8].

Цель – изучение основных компонент коммуникативного взаимодействия между пациентами и врачами-стоматологами.

Материалы исследования. Согласно социологическому исследованию, проведенному нами среди врачей-стоматологов, патернализм как тип отношений с пациентами является наиболее распространенным (60% опрошенных). 20% врачей считают нужным использовать принципы интерпретационной модели, остальные 20% – контрактной. Мнения распределились: 39,1% опрошенных согласны полностью довериться врачу при лечении, 38,9% желают получить информацию и совет от врача по поводу заболевания и лечения, 22% респондентов предпочитают полагаться на своё право выбора лечения. Патерналистские настроения в большей степени присущи пациентам, поведение которых в отношении своего здоровья формируется на основе низкого уровня компетентности в вопросах медицины, больших нервно-психических перегрузок и желания переложить часть своих забот на плечи врача, а также дезориентацией в новых формах медицинского обслуживания, ценах и лекарствах.

Даже в условиях критики медицинский патернализм – это определенная концепция врачебного гуманизма. Отношение к больному с этической позиции милосердия, заботы, опеки, покровительства, снисходительности морально оправдано, если большой персонализирует страдание, беспомощность, заведомую стесненность свободы жизнедеятельности.

Однако сегодня мы наблюдаем отход от патерналистских позиций. Он обусловлен действием ряда причин. Это и быстрый рост грамотности населения, и осознание обстоятельности, что в плюралистическом обществе, где сосуществуют разные системы ценностей, ценности врача и ценности самого пациента и его представления о собственном благе. Развитие либеральных тенденций ведет к смене традиционной патерналистской модели отношений между врачом и пациентом на модели, основанные на принципах самоопределения, автономии пациента, участия его в принятии решения [6]. Жизненный путь человека протекает в социальном пространстве. Материальные условия, сфера потребления, социальные отношения определяют образ жизни человека, своеобразие его поведения и тип личности.

За последнее время было проведено достаточно большое число исследований, в которых изучались особенности поведения, особенности клинической картины протекания тех или иных заболеваний у людей. Установлена значимая положительная корреляция между выраженностью таких личностных черт как экстраверсия, беззаботность, открытость к изменениям и сознательность с продолжительностью жизни. Выявлена связь особенностей эмоциональности с заболеваемостью и смертностью. Эффективность лечения также находится в прямой зависимости от личностных особенностей больного: чем больше выражена такая личностная черта как полинезависимость, тем меньше пациент следует рекомендациям и назначениям врача [3;5]. Принятие методов и регламента лечения (комплаентность), с точки зрения психологии, во многом определяются такими факторами как конформизм и внушаемость. Осознанность изменения поведения, характерная для конформности в отличие от непроизвольной податливости при внушении в ходе решения проблемы комплаентности в стоматологии является более ценным. Но конформизм не является единственно возможной ответной реакцией. Конформные изменения встречаются наряду с такими ответными реакциями, как сопротивление, изменение отношения к себе, субъекту воздействия или происходящему. Предвидение формы ответной реакции, степени ее направленности определяет возможность коррекции комплаентного поведения [9].

На изменение поведения индивида оказывают характеристики самого человека: возраст, пол, профессиональная деятельность. Чем сложнее стимульный материал, тем чаще проявляется конформизм. Нонконформизм выступает как опровержение человеком мнения других. Но и конформизм, и нонконформизм – родственные свойства личности, уровень подчиненности влиянию группы. Другой фактор – независимость. Человек может

* Волгоградский ГМУ, кафедра терапевтической стоматологии