

этом у пациентов группы А такие постоперационные осложнения (на фоне ДР), как прогрессирование рубеоза радужки или отслойка сетчатки встречались реже, чем у пациентов группы В.

Таблица 2

Сравнительная характеристика преимуществ использования санаторных этапов предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных пролиферативной диабетической ретинопатией в здравницах Сочи

Осложнения после восстановительных офтальмооперативных вмешательств	Группа А n=282, p<0,05	Группа В n=282, p<0,05
Кровоизлияния в полость глаза	n=22 или 7,8%	n=41 или 14,5%
Транзиторная гипертензия	n=19 или 6,7%	n=28 или 9,9%
Прогрессирование рубеоза радужки	n=2 или 0,7%	n=4 или 1,4%
Отслойка сетчатки	n=1 или 0,35%	n=3 или 1,05%
Всего:	n=44 или 15,6%	n=76 или 26,9%

Вывод. Предложенные нами схемы санаторно-курортной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных ПДР в здравницах Сочи эффективны и на статистически достоверном уровне наблюдений ($p<0,05$) позволяют снизить общий уровень постоперационных осложнений в 1,7 раза. Предлагаемые нами технологии восстановительного лечения больных ПДР унифицированы, просты для освоения медперсоналом учреждений здравоохранения и санаториев, поэтому рекомендуются для внедрения на территории Краснодарского края и в других рекреационных зонах России.

Литература

1. Melhem M.F., Craven P.A. // J Am Soc Nephrology. – 2002. – Vol. 13(1). – P. 108–116.
2. Крутенков О.А., Евграфов В.Ю. // Мат-лы II Евро-Азиатской конф. по офтальмохирургии. – Ч. 2, разд. 6–12. – Екатеринбург, 2001. – С.326–327.
3. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию: Рук-во для врачей. – М.: Берг, 2007. – 200 с.

УДК 618.33; 618.531/532

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУБАНИ И МОРСКИХ ПРОЦЕДУР ПРИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВОДНО-СОЛЕВОГО РАВНОВЕСИЯ У ПОСТОЯННЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ СОЧИ НА РАННИХ СРОКАХ ИХ БЕРЕМЕННОСТИ.

Л.М. НЕСВАТ*

Актуальность темы исследования определяется разнородностью причин возникновения ранних токсикозов беременности, среди которых видные отечественные и зарубежные гинекологи [1–5] выделяют такие факторы риска, как гиподинамию, курение, нарушение питания, артериальную гипертензию и иные причины, способствующие развитию гипоксии плода и нарушениям в системе гемостаза. Однако в контексте обнаружения причин осложненной беременности часто акцент смещается в сторону токсемий беременных (Р 00.0 по МКБ-Х), связанных с утомлением из-за переживания беременными стрессонасыщенных ситуаций или состояний, связанных с эмоционально-информационной перегруженностью общения (R 68.8 по МКБ-Х), с нарушениями водно-солевого равновесия (O 21.1 по МКБ-Х). При этом [4] считает нужным выделить среди причин ранних токсикозов беременности нарушения обмена веществ: истощение запаса углеводов; дегидратацию; нарушения водно-солевого равновесия.

Цель исследования – разработка авторских схем немедикаментозной коррекции нарушений основных клинко-физиологических констант беременных (постоянных жительниц Сочи) при ранних токсикозах у них. В качестве баз исследования выступали МУЗ Сочи «Городской перинатальный центр», а также сочинские санатории «Волна» и «Ставрополье», где в рамках целевой региональной программы «Здоровое материнство» использовались потенциальные возможности лечебных физических природных факторов курорта Сочи для коррекции нарушений водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности. При этом учитывались теоретические разработки ученых Сочинского НИЦ курортологии и реабилитации (С.Н. Мамишев, К.А.

Георгиади-Авдиенко, Н.Т. Рыжков, В.П. Утехина, Т.В. Мельникова, М.П. Коновалова, М.И. Завора, 2005), которые неоднократно подчеркивали, что ионный состав минеральных вод Кубани может выполнять преобладающую функцию в регулировании кислотно-щелочного равновесия. Натрий входит в состав тканевых жидкостей и крови, поддерживает осмотическое соотношение между клеткой и окружающей средой, принимает участие в процессах нервного возбуждения и мышечного равновесия. Поступая в организм с минеральной водой, натрий быстро всасывается в кровь и соединяется с белками и другими органическими веществами. Калий является составной частью клетки и внеклеточной среды, участвует в образовании гликогена, влияет на проводимость сердечной мышцы, способствует уменьшению отеков и др. Кальций уплотняет клеточную мембрану и снижает ее проницаемость, играет роль в свертываемости крови. Хлор входит в состав тканевой жидкости и крови, содержится в органах и тканях. Железо стимулирует образование эритроцитов и гемоглобина, являясь общеукрепляющим средством.

Наблюдалось 280 постоянных жительниц Сочи в возрасте 20–40 лет, страдающих нарушениями водно-солевого равновесия (проявляющихся в виде чрезмерной рвоты беременных в сроке до 22-х полных недель). В лабораторных условиях анализировался в сыворотке крови уровень кальция (с помощью унифицированного метода М. Vorro по цветовой реакции с креозолфталейном-плексомом) и магния (по методу V. Chromy при определении магния в цветовой реакции с магоном). В обеих реакциях кальций и магний давали яркое красно-фиолетовое окрашивание, сравниваемое по специальной шкале интенсивности окраски в зависимости от концентрации этих элементов в сыворотке крови. Активность ферментов трансмембранного транспорта поливалентных связок ионов Na^+ - K^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+} (АТФ-аз) в мембранах эритроцитов изучали по методу А.М. Казенного и соавт. (1994).

Коррекцию водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности осуществляли с помощью авторских режимов лечебного питья сульфатно-гидрокарбонатной кальциево-натриевой магниевой слабощелочной природной минеральной воды слабой минерализации «Горячключевская» (формула ионного состава: $\frac{\text{Ca}^{2+}(\text{HCO}_3^- + \text{CO}_3^{2-}) 64 \text{ SO}_4^{2-} 25}{\text{Mg}^{2+} 0,5 \text{ Na} 49 \text{ Ca} 37 \text{ Mg} 14} \text{ pH} 7,6$) по следующей

методике: утром – до 150 мл; перед обедом – до 200 мл; перед ужином вновь до 150 мл в теплом виде при $t^{\circ}=20-23^{\circ}\text{C}$ в течение ≥ 4 недель с момента появления признаков ранних токсикозов. По нормативам эта вода относится к столовым минеральным водам, для которых нет ограничений в суточной и курсовых дозах потребления. Дефицит названных ионов компенсировался в первой половине беременности назначением морских процедур (табл. 2).

Морские процедуры принимались по индивидуальным схемам назначения солнечных и воздушных ванн (табл. 1).

В комплексе процедур воздушные ванны подразделялись в зависимости от t° на теплые ($t \geq 22^{\circ}\text{C}$), индифферентные ($t=21-22^{\circ}\text{C}$), прохладные ($t=17-20^{\circ}\text{C}$), умеренно-холодные ($t=15-16^{\circ}\text{C}$); по аэродинамическому воздействию на аэростатические (при штиле), слабо- (при скорости ветра до 1 м/с), средне- (1–4 м/с) и сильнодинамические (>4 м/с); по гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности $<55\%$), умеренно сухие (56–70%), влажные (71–85%) и сырые ($>85\%$).

Клиническое значение роста концентрации магния и кальция в сыворотке крови говорит о замедлении процессов нормального внутриматочного развития плода (табл.2), что в итоге может привести к гестозам 2-й половины беременности. Поэтому использование природных физических лечебных факторов в виде минеральных вод и особого режима морских процедур при ранних токсикозах беременности является одним из факторов коррекции плацентарного кровообращения, что обусловлено нормализацией активности ионных АТФ-аз в мембранах эритроцитов беременных при правильном использовании курортной терапии. Об этом говорит динамика показателей АТФ-зависимого ионного транспорта в эритроцитах наблюдаемых жительниц Сочи, когда на сроке беременности до 10 недель удавалось снизить проявления ферментативной ионной Ca^{2+} -недостаточности и ферментативно-ионной Na^+ - K^+ - или Mg^{2+} -избыточности. Под влиянием авторских схем восстановительной терапии изначально повышенный уровень Mg^{2+} -АТФ-азы в сыворотке крови наблюдаемых беременных снизился до $4,1 \pm 0,2$ нмоль/мл, а уровень Na^+ - K^+ -АТФ-азы – до $3,7 \pm 0,1$ нмоль/мл (при исходных параметрах

* НИЦ курортологии и реабилитации, г. Сочи

соответственно $5,5 \pm 0,3$ нмоль/мл и $4,3 \pm 0,2$ нмоль/мл). Одновременно уровень Ca^{2+} -АТФ-азы, сниженный до восстановительного лечения в здравницах ($7,6-7,8$ нмоль/мл) на фоне беременности до 10 недель и после этого срока, нормализовался после немедикаментозной коррекции, достигнув уровня $9,2-9,3$ нмоль/мл.

Таблица 1

Назначение морских процедур для коррекции водно-солевого равновесия при ранних токсикозах беременности

Ингредиентов талассотерапии	Режимы назначения
Обтирания	В течение 1-3 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие t° морской воды $20-22^{\circ}$ (в зимнее время - подогревать), продолжительность процедуры - 5 минут (всю 1 половину беременности).
Влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	В период до 20 недель беременности в зимний период при t° подогретой морской воды $27-28^{\circ}$ 10-12 процедур. Начинать с 5 мин. постепенно увеличивая до 15 минут.
Морские купания	При выраженных признаках ранних токсикозов беременным по режиму слабого воздействия теплые (t° $20-24^{\circ}$; 1-2-5 минут), а при относительно выраженных признаках токсикозов 1 половины беременности дни – по режиму умеренно-интенсивного воздействия (теплые - 15-20 минут; умеренно-теплые - 5-12 минут, прохладные 1-3 минуты).

Таблица 2

Динамика показателей АТФ-зависимого ионного транспорта в эритроцитах беременных при реализации авторских схем немедикаментозной коррекции нарушений водно-солевого равновесия

Биохимические показатели сыворотки крови	Постоянные жительство курорта Сочи ($n_{\text{общ}}=280$, $p<0,05$)			
	на сроке беременности до 10 недель ($n=140$)		на сроке беременности 11-20 недель ($n=140$)	
	до процедур	после	до процедур	после
1. Активность ионных АТФ-аз в мембранах эритроцитов				
1.1. $\text{Na}^{+}\text{-K}^{+}$ АТФ-аза ($N=3,6-3,8$ нмоль/мл)	$4,3 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,1$
1.2. Mg^{2+} -АТФ-аза ($N=4,0-4,2$ нмоль/мл)	$5,5 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,1$
1.3. Ca^{2+} -АТФ-аза ($N=9,2-9,5$ нмоль/мл)	$7,8 \pm 0,4$	$9,3 \pm 0,1$	$7,6 \pm 0,3$	$9,2 \pm 0,2$
2. Уровень кальция сыворотки крови при цветовой реакции с крезолфталенинкомплексом по методу М. Вогтос ($N=2,3-2,5$ ммоль/л)	$3,6 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,1$	$3,7 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,2$
3. Уровень магния сыворотки крови при цветовой реакции с маконом по методу V. Chromy ($N=2,6-2,75$ ммоль/л)	$3,9 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,1$

Выводы. Предложенные схемы лечебного питания природной слабощелочной сульфатно-гидрокарбонатной кальциевонатриевой магниевой минеральной воды «Горячключевская» (скважины 1Р месторождения Горячий Ключ Краснодарского края) являются эффективной формой коррекции нарушений водно-солевого равновесия у женщин с ранними токсикозами беременности. В определении тактики врачебных назначений немедикаментозной коррекции клинико-биохимических проявлений токсемии беременных важную роль играют морские процедуры, включая плавание по щадящей методике, или обтирания кожи беременных морской водой, богатой ионами натрия, калия, кальция и магния, являющихся приоритетами коррекции водно-солевого равновесия при токсикозах 1-й половины беременности.

Литература

- Кулаков В.И. // Акуш. и гинекол. – 2002. – №2. – С. 4-7.
- Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности. – М.: Академия, 2006. – 212 с.
- Савельева Г. и др. // Акуш. и гинекол. – 2005. – №3. – С. 3-5.
- Eskes T. K. // Eur J of Obstetrics & Gynecol and Reprod Biol. – 2001. – Vol.95. – P.206-212.
- Okonofua F.E.etal. // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2006. – Vol. 28, № 2. – P. 143-147.

УДК 617.765-002

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СХЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИЕЙ

Е.Е. СОГОЛОВСКАЯ*

Официальные материалы Центра ВОЗ по профилактике устранимой слепоты [3] указывают на то, что распространенность центральной инволюционной хориоретинальной дистрофии (ЦИХД) по мировому показателю обращаемости в медицинские учреждения в среднем составляла с начала XXI века до 300 случаев на 100 тыс. населения. По данным [1], в России этот показатель составляет 15 случаев на 1000 населения, хотя в ежегодной (в период 2003-2007 годов) структуре сосудистой патологии глаза ЦИХД занимает до 41,3% от числа офтальмообращаемости в муниципальные учреждения здравоохранения. Если ранее ЦИХД была в 86,8% прерогативой людей старше 70 лет, то за последние 5 лет отмечается [2] снижение в 28,1% случаев возрастного порога наступления данной офтальмопатологии до 57-60 лет. Одновременно указывает на корреляционную связь между случаями возникновения ЦИХД у пациентов и наличием у них различных нозологических форм офтальмогерпеса с первичной локализацией патологического процесса в пигментном эпителии сетчатки, мембране Бруха и хориокапиллярах макулярной области, где наиболее часто наблюдаются сухая или атрофическая форма ЦИХД, которая характеризуется атрофией пигментного эпителия. Реже бывает экссудативная «влажная» форма инволюционной дистрофии сетчатки с характерным быстрым ухудшением зрения из-за развития неоваскулярных мембран, фиброваскулярных рубцов и кровоизлияний в сетчатку и стекловидное тело. Сформированы методом непреднамеренного отбора 3 рандомизированные (по возрасту, полу, профпринадлежности и клиническим проявлениям) группы лиц, страдающих ЦИХД.

1-й группе больных ЦИХД ($n=279$, $p<0,05$) в ходе лечения на экссудативных или экссудативно-геморрагических стадиях процесса (в т.ч. при наличии субретинальной неоваскулярной мембраны – СНМ) велась лазеркоагуляция по классической методике (ЛЖКМ) для удаления отека макулярной области или разрушения СНМ. Перспективны фотодинамическая терапия, транспупиллярная термотерапия и коагуляция фидерных сосудов.

2-я группа больных ЦИХД ($n=278$, $p<0,05$) получала после лазеркоагуляции в виде антиоксидантной терапии препарат «СТРИКС». Нарушение антиоксидантной системы защиты организма играет важную роль в патогенезе многих заболеваний, в т.ч. дистрофии сетчатки. Антиоксидантная терапия широко представлена в офтальмологической практике, в том числе в лечении инволюционного витрео-ретиального синдрома. Широко используются витамин А (бета-каротин), С, Е (токоферол), цинк, селен, тауфон, эмоксипин, гистохром и др. В лечении ЦИХД сетчатки применялся препарат «СТРИКС»: комплекс экстракта черники и бета-каротина. Он имеет антиоксидантные свойства, связывая свободные радикалы и защищая клетки от повреждения активными формами O_2 , обладает иммуномодулирующим действием. Курс лечения – 2 мес., доза 82,4 мг экстракта черники и 12 мг концентрата бета-каротина 2 раза в день.

Таблица 1

Динамика показателей ПОЛ и АОЗ

Показатели интенсивности процессов ПОЛ и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты.	Группы наблюдения в здравницах-базах исследования в 2003-2007 годах больных ЦИХД ($n=838$)					
	1-я группа $n=279$		2-я группа $n=278$		3-я группа $n=281$	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	После лечения
МДА эритроцитов, нмоль/л*	$47,1 \pm 1,8$	$45,7 \pm 1,6$	$48,1 \pm 1,2$	$44,3 \pm 3,2$	$47,9 \pm 1,1$	$44,2 \pm 0,7$
МДА липидов *	$22,3 \pm 1,1$	$20,4 \pm 1,2$	$22,7 \pm 1,5$	$18,1 \pm 1,3$	$22,6 \pm 1,2$	$17,6 \pm 0,9$
Общ. липиды г/л**	$2,26 \pm 0,17$	$2,43 \pm 0,2$	$2,69 \pm 0,18$	$2,46 \pm 0,1$	$2,53 \pm 0,19$	$2,47 \pm 0,2$
Каталаза, мкат/л*	$30,5 \pm 3,3$	$32,4 \pm 2,1$	$41,0 \pm 3,4$	$33,9 \pm 2,9$	$35,2 \pm 3,1$	$31,6 \pm 2,2$
Среднемолекулярные липиды усл. ед.**	$0,288 \pm 0,02$	$0,279 \pm 0,01$	$0,364 \pm 0,03$	$0,298 \pm 0,01$	$0,302 \pm 0,02$	$0,278 \pm 0,01$
Диеновые конъюгаты, отн. ед.*	$3,12 \pm 0,35$	$4,01 \pm 0,31$	$3,52 \pm 0,27$	$4,29 \pm 0,29$	$3,51 \pm 0,2$	$4,28 \pm 0,1$
Перилоплазмин, г/л*	$0,321 \pm 0,01$	$0,298 \pm 0,01$	$0,342 \pm 0,02$	$0,299 \pm 0,01$	$0,318 \pm 0,01$	$0,297 \pm 0,01$

Примечание: достоверность различий обозначена - * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза».