

Литература

1. Макарова, И.И. Клинико-патогенетические аспекты предменструального синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Макарова И.И. – М., 2007. – 48 с.
2. Манухин, И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – М. : Геотар-Медиа, 2010. – 247 с.
3. Межевитинова, Е.А. Предменструальный синдром / Е.А. Межевитинова, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 2002. – Экстравыпуск. – С. 3–8.
4. Покровский, В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма / В.М. Покровский. – Краснодар, 2010. – 243 с.
5. Покровский, В.М. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В.М. Покровский, В.В. Пономарев, В.В. Артюшков [и др.] // Патент № 86860 от 20 сентября 2010 года.
6. Сасунова, Р.А. Предменструальный синдром / Р.А. Сасунова, Е.А. Межевитинова // Гинекология. – 2010. – Т.12, № 6. – С. 34–40.
7. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология : руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2005. – 632 с.
8. Тарасова, М.А. Предменструальный синдром : методическое пособие / М.А. Тарасова, Т.М. Лекарева, В.В. Потин, Н.Н. Перова. – СПб., 2007. – 48 с.
9. Backstrom, T. The role of hormones and hormonal treatment in premenstrual syndrome / T. Backstrom, L. Andreen, V. Birzniece [et al.] // CNS Drugs. – 2003. – Vol. 17, № 5. – P. 325–332.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ КОМПЕНСАЦИИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

И. И. КУЦЕНКО, М. С. БАБИЧЕВА

Представлены данные о применении пробы сердечно-дыхательного синхронизма для оценки регуляторно-адаптивного статуса организма с целью повышения качества диагностики стадий компенсации при отеочной форме предменструального синдрома. Обследовано 45 пациенток с отеочной формой предменструального синдрома и 20 условно здоровых женщин. Установлена взаимосвязь не только между временем появления, выраженностью клинической симптоматики и уменьшением регуляторно-адаптивного статуса, но и стадиями компенсации. Значения индекса регуляторно-адаптивного статуса как показателя функциональных возможностей организма могут служить дополнительным критерием при определении стадии компенсации предменструального синдрома.

Ключевые слова: предменструальный синдром, регуляторно-адаптивный статус

EVALUATION OF THE BODY ADAPTIVE AND REGULATORY STATUS AT DIFFERENT STAGES OF COMPENSATION OF EDEMATOUS FORM OF PREMENSTRUAL SYNDROME

KUTSENKO I. I., BABICHEVA M. S.

The data are given on the use of cardiorespiratory synchronization test to assess the regulatory and adaptive status of the body in order to improve the quality of the diagnosis of compensation stages in the edematous form of premenstrual syndrome. The study involved 45 patients with edematous form of premenstrual syndrome and 20 conditionally healthy women. The interrelation was made not only between the time of appearance, severity of symptoms and decreasing the regulatory and adaptive status, but also between the compensation stages. The values of regulatory and adaptive status index, as an indicator of the functionality of the body, can serve as an additional criterion in determining the compensation stage of premenstrual syndrome.

Keywords: PMS, regulatory and adaptive status

© О. Р. Контлокова, В. В. Рыжков, 2013
УДК 618.39:616-08-039.72:612.821.6

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИСТРЕССОВОЙ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. Р. Контлокова, В. В. Рыжков

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема невынашивания беременности остается до настоящего времени одной из наиболее сложных в современном акушер-

Контлокова Олеся Рамазановна, очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(938) 3006634; e-mail: okontloкова@mail.ru

Рыжков Валерий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(8652) 554332; e-mail: stavrisk@yandex.ru

стве. Частота этой патологии стабильно высокая и составляет 15–20 % исходов всех беременностей [4].

В условиях демографического и экономического кризисов, происходящих в России, эта проблема имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, поскольку репродуктивные потери на разных сроках беременности приводят к снижению воспроизводства населения, а выхаживание недоношенных и маловесных детей требует от государства весьма значительных расходов [3].

Последние десятилетия отмечены значительным ухудшением здоровья беременных женщин, что приводит к снижению адаптационного потенциала, угнетению антиоксидантной защиты и нарастанию эндогенной интоксикации, а в конечном итоге – к преждевременному прерыванию беременности.

Как известно, стресс – это неспецифическая адаптационная реакция организма, развивающаяся в ответ на чрезвычайный по силе и длительности воздействия раздражитель, которая приводит к истощению функциональных возможностей организма. Вместе с тем известно, что существуют и другие адаптационные реакции (тренировки, активации) в ответ на раздражители слабой и средней силы, которые носят физиологический характер и могут быть использованы в клинике для поддержания нормального гемостаза, в том числе и у беременных [1, 2, 5].

Цель исследования: оптимизация методов диагностики, лечения и реабилитации женщин с невынашиванием беременности с учетом адаптационных реакций и использованием системной антистрессовой активационной терапии (САТ).

Материал и методы. Нами был проведен анализ динамики адаптационных реакций у беременных по методике Л.Х. Гаркави (2006). Типы адаптационных реакций у пациенток определяли по содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и по опроснику 7-балльной самооценки состояния. Лейкоцитарный индекс эндогенной интоксикации производился по методу Островского – Светича (расчет индекса отношения гранулоцитов к лимфоцитам и отношения нейтрофилов к лимфоцитам).

Для исследования мы отобрали 170 пациенток с угрозой невынашивания беременности, сопоставимые по возрасту и характеру соматической и гинекологической патологии. Выделены 2 группы – основная и контрольная.

В основную группу вошли 73 женщины с угрозой невынашивания беременности, в комплексную терапию которым с учетом имеющейся экстрагенитальной и генитальной патологии была включена САТ с использованием адаптогенов растительного и синтетического происхождения в условиях отделения патологии беременных МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя», с последующей реабилитацией в условиях санатория «Зори Ставрополя» г. Пятигорска.

В качестве адаптогенов использовали витамин Е по 400 мг/сут., по показаниям при наличии симптомов эндотоксикоза лечение дополнялось энтеросорбентами («Полифепан» 30 мл 3 р/сут.).

Всем пациенткам основной группы в условиях санатория были включены элементы общего саногенетического воздействия: лечебно-охранительный режим, климато- и ландшафтотерапия, дозированная ходьба по терренкуру, аутотренинг, минеральная вода (Лермонтовский минеральный источник № 7), кислородные коктейли. По отдельным показаниям назначались ЛФК, бальнеотерапия, масляные ингаляции, спелеотерапия, ручной массаж воротниковой зоны. Лечение подбиралось строго индивидуально с участием врача акушера-гинеколога и курортолога. В контрольную группу вошло 97 пациенток, получавших лечение только в отделении патологии беременных по общепринятым стандартам.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар все пациентки обеих групп предъявляли жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота (100 %), боли в поясничной области (15–16 %), патологические выделения из половых путей (57–62 %).

При акушерском исследовании у беременных женщин выявлена гипертонизированность матки в 100 % случаях. Также пациентки предъявляли жалобы на раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности, активности, аппетита, нарушение сна и тревогу за исход беременности и родов.

Во время обследования было выявлено, что у 66 пациенток основной группы (90,4 %) и у 87 контрольной группы (89,6 %) диагностировались различные генитальные и экстрагенитальные заболевания (табл. 1). Из таблицы видно, что в обеих группах преобладали воспалительные заболевания нижнего отдела урогенитальной системы, а также заболевания почек и мочевыводящих путей.

Таблица 1
Структура заболеваемости беременных основной и контрольной групп

Нозологическая форма	Основная группа		Контрольная группа		Критерии достоверности
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	
Воспалительные заболевания нижнего отдела урогенитальной системы	42	57,53	60	61,85	$p>0,05$
Болезни почек и мочевыводящих путей	11	15,06	15	15,46	$p>0,05$
Заболевания эндокринных органов	7	9,58	6	6,18	$p>0,05$
Заболевания желудочно-кишечного тракта	6	8,21	6	6,18	$p>0,05$
Прочие заболевания	7	9,58	10	10,3	$p>0,05$

В процессе работы нами было установлено, что общей закономерностью в патогенезе невынашивания беременности у пациенток обеих групп явился стресс и его разновидности.

Во время исследования были определены типы адаптационных реакций у беременных в основной и контрольной группах.

Так, стрессовые реакции были выявлены у 55 (75,34 %) беременных первой группы и у 75 (77,31 %) во второй ($p>0,05$). Реакции тренировки у 11 (15,06 %) и у 14 (14,43 %) соответственно ($p>0,05$). Реакция активации отмечена у 7 (9,58 %) пациенток основной группы и у 8 (8,24 %) в группе сравнения ($p>0,05$).

После использования САТ реакции стресса исчезли совсем, реакции тренировки отмечены у 27 беременных, что составило 36,98 %, реакция активации у 46 – 63,01 % ($p<0,001$) при сравнении показателей до и после комплексного лечения. Беременные отмечали значительное улучшение общего состояния и повышение адаптационного потенциала, что и повлияло на благополучный исход беременности.

В контрольной группе у женщин, получавших лечение только в отделении патологии беременных по общепринятым стандартам, реакции стресса после выписки из стационара зарегистрированы у 16 пациенток – 16,49 % ($p<0,05$), реакции тренировки у 63 – 64,94 % ($p<0,01$), реакции активации у 18 женщин – 18,6 % ($p<0,05$) при сравнении показателей до и после стационарного лечения. У беременных сохранялась низкая активность, пессимизм, раздражительность, угнетенность, нарушение сна и аппетита.

Из проведенных исследований видно, что в основной группе после использования САТ наблюдались

только физиологические адаптационные реакции, причем с явным преобладанием реакций активации (63 % беременных), тогда как в группе сравнения у большей части пациенток отмечались реакции тренировки, а у каждой 6 беременной сохранялся стресс (табл. 2).

Таблица 2

Типы адаптационных реакций у беременных в основной и контрольной группах после проведенного лечения

Тип адаптационной реакции	Реакции стресса		Реакции тренировки		Реакции активации	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
Основная группа n=73	0	0*	27	36,98**	46	63,01***
Контрольная группа n=97	16	16,49*	63	64,94**	18	18,6***

*P<0,001; **P<0,05; ***P<0,001.

Содержание лимфоцитов в периферической крови после проведенного лечения в основной группе составило $25 \pm 0,5$ %, в контрольной – $20,4 \pm 0,5$ %, ($p < 0,001$). Лейкоцитарный индекс эндогенной интоксикации в третьем триместре беременности у лиц первой группы составил $2,87 \pm 0,07$, во второй – $3,55 \pm 0,09$ ($p < 0,001$), что говорит о более благоприятном течении беременности в плане развития эндотоксикоза у женщин, получавших СААТ.

Использование СААТ положительным образом влияло на благополучные исходы беременности для матери и плода. Так, в основной группе беременность осложнилась гестозом только у 2 женщин, что составило 2,74 %, тяжелых форм отмечено не было. В контрольной группе гестоз присоединился у 16 беременных – 16,49 % ($p < 0,01$), причем у 2 (2,06 %) была диагностирована тяжелая преэклампсия.

Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация) отмечены у 4 (5,47 %) рожениц первой группы и у 9 (9,27 %) во второй ($p < 0,05$). Общая продолжительность родов у женщин первой и второй групп существенно не различалась и составила $7,0 \pm 0,25$ и $7,3 \pm 0,26$ часов ($p > 0,05$), что свидетельствует о рациональном ведении родов и своевременном решении вопроса об операции кесарево сечение при аномалиях родовой деятельности.

Следует особо отметить, что преждевременные роды произошли только у одной беременной основной группы, что составило 1,37 %, тогда как в контрольной у 14 (14,43 %, $p < 0,001$). Объем кровопотери в родах у женщин первой группы составил $240,0 \pm 7,6$ мл, в группе сравнения – $225,6 \pm 5,3$ ($p > 0,05$). Объем кровопотери при операции кесарево сечение соответственно составил $710,7 \pm 54,3$ и $700,0 \pm 32,7$ мл ($p > 0,05$), различия не достоверны.

Синдром задержки развития плода отмечен у одной родильницы основной группы, что составило 1,37 %, в группе сравнения указанная патология диагностирована у 13 (13,4 %) новорожденных ($p < 0,001$).

Оценка по шкале Апгар на первой минуте у новорожденных основной группы из числа женщин, родивших через естественные родовые пути, составила $7,7 \pm 0,1$ балла, в контрольной $7,4 \pm 0,1$ балла ($p < 0,02$). Вторая оценка через 5 минут составила $8,6 \pm 0,1$ и $8,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$) соответственно.

Оценка новорожденных, извлеченных путем операции кесарево сечение, у женщин первой группы на

первой минуте составила $7,5 \pm 0,2$ балла, во второй – $6,9 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). На пятой минуте $8,4 \pm 0,1$ и $7,7 \pm 0,2$ ($p < 0,01$) соответственно.

Средняя масса детей, рожденных от матерей основной группы, составила $3400,45 \pm 68$ г, в группе сравнения $3086,86 \pm 59,8$ ($p < 0,01$). Детей с массой 4500 г и более в обеих группах не было. Доля крупных детей с массой 4000–4180 г в первой группе 6,84 % (5 детей), во второй 3,1 % (3 ребенка). Средняя длина новорожденных – $51,5 \pm 0,3$ и $50,5 \pm 0,3$ см ($p < 0,05$) соответственно.

Проведенные исследования показали, что у женщин с угрозой невынашивания беременности выявлены фоновые заболевания (воспалительные процессы нижнего отдела урогенитальной системы, болезни почек и мочевыводящих путей, патология эндокринных органов, болезни желудочно-кишечного тракта), которые меняют «норму беременности» и приводят к развитию стресса, который является основной причиной патологического течения беременности и родов, а также преждевременного прерывания беременности.

Таким образом, использование СААТ способствует значительному и достоверному снижению частоты патологических адаптационных реакций у беременных, что способствует снижению числа преждевременных родов, гестозов, аномалий родовой деятельности, рождению детей с более высокой оценкой по шкале Апгар и лучшими антропометрическими показателями.

Выводы

1. Общей закономерностью в патогенезе невынашивания беременности у пациенток является стресс.
2. В комплексную терапию женщинам с риском невынашивания беременности должна быть включена системная антистрессовая активационная терапия с использованием адаптогенов в условиях стационара с последующей реабилитацией в санаторно-курортных условиях.
3. Использование системной антистрессовой активационной терапии в условиях стационара и санатория влияет только положительным образом на адаптационный потенциал беременных женщин и значительно сокращает количество преждевременных родов.

Литература

1. Гаркави, Л.Х. Активационная терапия / Л.Х. Гаркави. – Ростов н/Д : Изд-во Рост. ун-та, 2006. – 256 с.
2. Гаркави, Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко. – М. : «ИМЕДИС», 1998. – 656 с.
3. Сидельникова, В.М. Преждевременные роды и недоношенный ребенок / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 304 с.
4. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М. : Медицинское информационное агентство, 2010. – 536 с.
5. Garkavi, L. Mechanism and ways of adaptation to environment in the theory of general nonspecific adaptational reactions / L. Garkavi, E. Kvakina, A. Shikhlyarova [et. al.] // World Congr. Internat. Soc. for Adaptation Medicine. – Franiungam, 1997. – P. 135.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИСТРЕССОВОЙ АКТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. Р. КОНТЛОКОВА, В. В. РЫЖКОВ

Представлены результаты применения и эффективность системной антистрессовой активационной терапии (СААТ) у беременных женщин с риском невынашивания беременности. Всего наблюдались 170 пациенток. В основную группу вошли беременные в количестве 73 человек, в комплексную терапию которым была включена СААТ с использованием адаптогенов и санаторно-курортных факторов. В контрольную – 97 пациенток, получавших лечение по общепринятым стандартам. В результате исследования было выявлено, что общей закономерностью в патогенезе невынашивания беременности у пациенток является стресс и его разновидности. Проведенная работа показала, что использование СААТ в комплексном лечении беременных из группы риска по невынашиванию способствует уменьшению патологических адаптационных реакций вплоть до полного их исчезновения, достоверному снижению количества преждевременных родов, гестозов, аномалий родовой деятельности, рождению более здоровых детей.

Ключевые слова: невынашивание беременности, стресс, системная антистрессовая активационная терапия, адаптогены, санаторно-курортный фактор

SYSTEMIC ANTISTRESS ACTIVATION THERAPY IN PREVENTION OF PREMATURE DELIVERY

KONTLOKOVA O. R., RYZHKOV V. V.

170 pregnant women were observed. The main group consisted of 73 patients receiving antistress activation therapy (AAT) (adaptogens and treatment at health-resort). Comparative group consisted of 97 patients treated according to the working standard. The data obtained have demonstrated SAAT efficacy in treatment of pregnant women with high risk of premature delivery. SAAT promoted reduction of stress-reactions, reliable decrease of premature delivery rates, gestosis, abnormal delivery processes and finally contribute to the birth of healthy newborns.

Key words: premature delivery, stress, systemic antistress activation therapy, adaptogens, health-resort factors

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.735.8.002.61:34.47.12

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТНЫХ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ГУБАХ

С. В. Сирак, В. В. Чеботарев, А. Г. Сирак, А. А. Григорьян
Ставропольский государственный медицинский университет

Пузырчатка представляет собой злокачественное заболевание, клинически проявляющееся образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках пузырей, развивающихся в результате акантолиза. Без лечения дан-

ное заболевание приводит к смерти больного. Болеют чаще женщины, чем мужчины, обычно после 40 лет.

Основные проявления данного заболевания характеризуют четыре клинические формы: вульгарная, вегетирующая, листовидная и себорейная (синдром Сенира – Ашера). Слизистая оболочка полости рта, по данным А.Л. Машкиллейсона, поражается при всех формах пузырчатки, кроме листовидной [3]. По данным Combes и Canisares (1950), Lever (1965), вульгарная пузырчатка у 62 % больных начинается с высыпаний на слизистой оболочке полости рта. По Н.Д. Шеклакову (1961), число таких больных составляет 67 %, по данным А.Л. Машкиллейсона – почти 85 % [2]. Общим для всех разновидностей пузырчатки признаком является акантолиз с образованием интраэпителиальных пузырей на слизистой оболочке полости рта и коже. Клинически акантолиз можно выявить путем легкого трения пальцем здоровой на вид кожи [1]. Вблизи пузырей, а иногда и в отдалении от них происходит при этом отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием эрозии (симптом Никольского). При потягивании за обрывки покрывки пузыря обнаруживается отслойка эпителия далеко за пределы видимой эрозии («крае-

Сирак Сергей Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8917869; 8(8652) 350551; e-mail: sergejsirak@yandex.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: (8652)287922, 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Сирак Алла Григорьевна,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 465986, (8652) 355536; e-mail: ddt11@yandex.ru.

Григорьян Анна Арменовна,
аспирант кафедры стоматологии ИПДО
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: (8652)350551