

В результате применения активной тактики нам удалось снизить летальность с 39,1% до 10,9%.

Вывод. Активная хирургическая тактика, заключающаяся в проведении кратковременной комплексной интенсивной терапии и выполнении радикальных операций в ранние сроки, применение малоинвазивных методов лечения (видеоторакоскопия, медиастиноскопическая окклюзия культи главного бронха), а также использование оригинального метода обработки культи бронха позволили снизить вероятность развития несостоятельности культи бронха и уменьшить летальность с 39,1% до 10,9%.

Литература

1. Вишневецкий А. А. и др. // Мат-лы II межд. конф. по торакальной хир., посв. 40-летию РНЦХ РАМН 2003 С. 58–72.
2. Вишневецкий А. А., Перепечин В. И. – там же С. 36–44.
3. Вишневецкий А. А. и др. – там же С. 44–58.
4. Григорьев Е. Г. Острый абсцесс и гангрена легкого // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, №1.
5. Григорьев Е. Г., Коган А. С. Очерки парахирургического лечения острых гнойных процессов легких и плевры Иркутск: РИО ГИУВа, 1998 283 с.
6. Ивченко Д. Р. и др. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении: Тез. науч. конф Санкт-Петербург 2003 С. 50.
7. Кириохин А. В. и др. // Тез. 13 Нац. Конгр. по болезням дыхательных путей СПб, 2003 С. 150.
8. Колесников И. С. Хирургия легких и плевры: Рук-во для врачей М Медицина 1988 383 с.
9. Котляров П. М. // Медицина 2004 №1(4) С. 47–50.
10. Перельман М. И. // Современные технологии в торакальной хирургии: Тез. науч. конф Москва – Омск 1995 С. 5–12.
11. Федосеев В. Ф. Совершенствование радикального хирургического лечения гангрены легкого: Дис... канд. мед. наук Архангельск, 2004 139 с.
12. Peter N. et al. // Ann Thorac Surg. – 2006. – Vol. 81. – P. 309–313.

УДК 618.146–006.6

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ФИТОАДАПТОГЕНАМИ ЭЛЕУТЕРОКОККОМ И ФИТОВИТОМ

С.М. КОЗЫРЕВА*

Диагностические и лечебно-реабилитационные технологии восстановительной медицины с позиции теории функциональных систем направлены на мобилизацию защитных сил организма, восстановление его функциональных резервов и здоровья, т.к. развитие патологического процесса, его течение и исход зависят не от болезнетворного фактора, а от резистентности организма, состояния его систем адаптации.

Частота заболеваемости раком шейки матки (РШМ) продолжает нарастать, поэтому лечение этой болезни представляет важную медико-социальную проблему и состоит не только в подавлении клинически активного процесса, но и в избавлении пациенток от сопутствующих психо-эмоциональных расстройств, в улучшении качества и продолжительности жизни [7].

В условиях, когда действующий на организм стрессовый фактор необычайно силен, особенно онкологический, который у больных вызывает детерминированный страх обреченности – дизадаптация, возникающая при этом слишком сложна, приспособительная реакция оказывается неосуществимой. В этом контексте успехи хронопатофизиологии последнего десятилетия позволяют решать задачи и обеспечивать новые возможности путей оптимизации лечения заболеваний и дизадаптации при патологических процессах и нозологических формах заболеваний, основанные на новых знаниях механизмов нарушенной временной организации физиологических функций (десинхронозов), проявляющихся дизрегуляторной патологией.

Онкогинекологические операции и процесс облечение этих больных по своему физическому и психо-эмоциональному воздействию являются сильным стрессовым фактором и сопровождаются предельным функциональным напряжением всех органов

и систем [12]. Хирургическое вмешательство, как и любая травма, ведет к развитию иммунодефицита, который без иммунокоррекции сохраняется длительное время. Опираясь на различные технологии повышения внутренних резервов человека для реализации задач профилактики и лечения, восстановительная медицина отдает предпочтение не медикаментозным методам [8,6]. Применяемые на сегодняшний день базовые методы лечения (хирургическое, лучевое, полихимиотерапия) РШМ являются лишь этапом в терапии больных этой категории, реализация эффекта которых требует осуществления реабилитационной терапии, закрепляющей их результаты и способствующие восстановлению нарушенных функций (десинхронозов) организма. Функционирование регуляторных систем организма, в т.ч. нервной, эндокринной и иммунной после такого сильного стресса, как расширенная гистерэктомия при РШМ, изучено мало. Гипотеза о позднем иммунодефиците в послеоперационном периоде после подобных оперативных вмешательств, требует решения вопроса о психологической и иммунореабилитации этих больных, целью которых является восстановление функциональной способности иммунной системы под воздействием комплекса лечебно-профилактических мероприятий для достижения полного выздоровления больного или стойкой клинико-иммунологической ремиссии [11].

Цель – изучение патогенетических механизмов иммунного дефицита больных РШМ и характера влияния фитоадаптогенов экстракта элеутерококка жидкого и фитовита на иммунный статус больных этой категории, установление временной организации физиологических функций у больных РШМ, выявление лиц с патологическим десинхронозом, внедрение хрономедицинских технологий оптимизации лечения и реабилитации больных с использованием для этой цели указанных фитоадаптогенов.

Материал и методы. Под наблюдением для восстановительного лечения находилось 90 пациенток, перенесших операцию по поводу РШМ, из которых 42 представляли группу первичных больных и 48 – группу с рецидивом заболевания, подвергшихся химиотерапии. Пациентки были разделены на 3 возрастные группы. Первая – от 26 до 33 лет (16 чел.), вторая – от 34 до 45 лет (30 чел.), третья – от 46 до 55 лет и старше (44 чел.). Диагноз РШМ ставился на основании клинических и лабораторных данных, инструментальных, морфологических и цитологических методов диагностики с использованием гистологической классификации опухолей женских гениталий ВОЗ [1]. У 13 женщин первой возрастной группы гистологически диагностирован плоскоклеточный рак влагалищной порции шейки матки, у 2-х – аденокарцинома цервикального канала. У 27 больных второй возрастной группы идентифицирован плоскоклеточный рак, в 2-х случаях – аденокарцинома цервикального канала, в одном – железисто-плоскоклеточный рак. В третьей возрастной группе у 38-и пациенток выявлен плоскоклеточный рак, в 5-и случаях – аденокарцинома цервикального канала, в 2-х – железисто-плоскоклеточный рак.

В старших возрастных группах почти у всех пациентов отмечались сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (17 чел.), атеросклероз церебральных артерий (17 чел.), хронические неспецифические заболевания легких (16 чел.), заболевания желудочно-кишечного тракта (10 чел.), заболевания опорно-двигательного аппарата (15 чел.). Пациентки проходили общеклиническое обследование в которое включались оценка толерантности к легкой физической нагрузке, эхокардиография, исследование показателей липидного обмена, перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы, реологических свойств крови, микроциркуляции. Изучение состояния психической сферы включало методики: САН (самооценка самочувствия, активности, настроения), тест Люшера, анализ психологических синдромов. Иммунологическое исследование проведено во всех возрастных группах больных РШМ с охватом до 80% пациенток. Исследование Т-системы проводилось методом спонтанного розеткообразования (Е-РОК), реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с фитогемагглютинином (ФГЛ). Подсчитывалось общее количество Т-лимфоцитов, их субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров, определялось их соотношение (иммунорегуляторный индекс). Состояние В-системы оценивалось по абсолютному и процентному количеству В-лимфоцитов, определяемого методом комплементарного розеткообразования (ЕАС-РОК) и по содержанию сывороточных иммуноглобулинов классов IgA, IgG, IgM. О неспецифической защите фагоци-

* 362002. Республиканский онкологический диспансер РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Зортова, 2

тарной активности нейтрофилов судили по тесту восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест).

Таблица 1

Динамика иммунологических показателей у больных раком шейки матки при включении в схему лечения фитоадаптогенов (n=78)

| Показатели | Норма | I группа травяной коктейль (n=20) | | II группа Элеутерококк (n=28) | | III группа фитовит (n=30) | |
|---|-----------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Лейкоциты $\times 10^9/\text{л}$ | 5,88±0,21 | 6,97±0,69 | 6,79±1,11 | 6,60±0,58 | 7,26±0,45* | 6,73±0,67 | 6,83±0,67 |
| Лимфоциты $\times 10^9/\text{л}$ | 1,96±0,06 | 2,34±0,18 | 2,05±0,27 | 2,32±0,31 | 2,12±0,14 | 2,06±0,14 | 2,37±0,17* |
| T- лимфоциты (E-РОК) $\times 10^9/\text{л}$ | 1,05±0,05 | 1,21±0,16 | 0,98±0,11 | 1,08±0,15 | 1,01±0,22 | 0,95±0,96 | 1,20±0,18 |
| T-хелперы $\times 10^9/\text{л}$ | 0,65±0,05 | 0,75±0,13 | 0,65±0,23 | 0,61±0,11 | 0,61±0,12 | 0,51±0,18 | 0,71±0,13 |
| T- супрессоры $\times 10^9/\text{л}$ | 0,41±0,03 | 0,45±0,15 | 0,32±0,13 | 0,47±0,16 | 0,39±0,13 | 0,39±0,18 | 0,47±0,12 |
| Еа-РОК (активные T- лимфоциты) $\times 10^9/\text{л}$ | 0,59±0,04 | 0,64±0,15 | 0,53±0,16 | 0,63±0,26 | 0,59±0,11 | 0,49±0,14 | 0,68±0,18 |
| ЕАС-РОК (В- лимфоциты) $\times 10^9/\text{л}$ | 0,41±0,03 | 0,70±0,18 | 0,61±0,11 | 0,49±0,18 | 0,48±0,16 | 0,51±0,16 | 0,45±0,15 |
| Иммунорегуляторный индекс | 1,64±0,12 | 1,64±0,33 | 2,02±0,26 | 1,28±0,13 | 1,54±0,01* | 1,26±0,12 | 1,49±0,10* |
| РБТЛ с ФГА% | 40,5±1,8 | 42,51±2,22 | 42,49±2,58 | 40,41±1,81 | 41,0±1,72 | 40,91±2,52 | 39,71±1,52 |
| IgG, г/л | 11,5±0,5 | 13,39±1,01 | 12,10±0,57 | 12,31±0,48 | 11,39±0,50 | 13,21±1,13 | 12,22±0,75 |
| IgM, г/л | 1,15±0,06 | 1,55±0,18 | 1,61±0,22* | 1,55±0,22 | 1,34±0,12 | 1,66±0,13 | 1,34±0,19 |
| IgA, г/л | 1,9±0,08 | 1,61±0,27 | 1,82±0,30 | 2,16±0,17 | 1,93±0,24 | 2,06±0,21 | 2,25±0,23 |
| НСТ-тест (индекс активности фагоцитов, усл.ед.) | 1,0±0,2 | 1,00±0,01 | 0,76±0,14 | 0,74±0,10 | 0,96±0,14* | 0,57±0,12 | 0,91±0,14* |

Примечание: * – различие между показателями до- и после лечения достоверно при $p < 0,05$

Реабилитация больных включала лечебное питание на основе гиполлипидемической диеты, психотерапию. Для воздействия на иммунологический статус применялись препараты растительного происхождения, которым отдано предпочтение перед иммуномодуляторами медикаментозного ряда в связи с их более щадящим действием, свободным от побочных эффектов. В числе этих препаратов применялся экстракт элеутерококка жидкий оказывающее стимулирующее (тонизирующее) действие на центральную нервную систему и функции организма в целом, применяется при общем их ослаблении, повышает выносливость при физических и психических нагрузках, снижает интоксикацию, улучшает кровообращение [5]. Известно адаптогенное действие элеутерококка, получены доказательства его влияния на иммунологический статус [9]. Препарат назначался в дозе 20 капель (1 мл) один раз в день. В качестве контроля применялся травяной коктейль состава: корень валерианы, плоды малины, цветы ромашки. Все это послужило аргументом его предпочтительного применения.

Фитовит – комбинированный растительный препарат общеукрепляющего действия, оказывающий адаптогенное и ноотропное влияние. Обладает цитопротекторной активностью, повышает неспецифическую резистентность организма к инфекциям и интоксикациям, улучшает процессы пищеварения [10]. Среди многочисленных компонентов фитовита, большинство обладает иммуномодулирующим действием (*Tinospora cordifolia*, *Tribulis terrestris*, *Piper longum*), что и предопределил его выбор. Препарат назначался по одной капсуле один раз в день [4].

Все пациенты получали базисную комплексную терапию. По виду применяемого фитоадаптогена, они были разделены на три группы, сопоставимых по основным показателям их состояния. Первую, контрольную группу составили 20 больных, получавших травяной коктейль. Больные второй группы (28 чел.) получали экстракт элеутерококка. В третью группу вошли 30

больных, получавших фитовит. Больные получали фитопрепараты в течение трех недель. Для усиления эффективности фитотерапии, лечение проводилось с учетом времени максимального терапевтического эффекта при воздействии на организм – хроночувствительности. Изучалась хроноструктура суточных и сезонных ритмов интегральных показателей физиологических функций, в частности иммунологического статуса. Положительное влияние комплексного применения фитоадаптогенов на хронотип пациента и состояние биоритмов его физиологических функций позволяет прогнозировать оптимизацию общепринятого лечения при РШМ. Актуальность работы заключается в разработке представления об особенностях временной организации физиологических функций больных РШМ и патофизиологическом обосновании применения хронотерапевтического лечения лиц этой категории.

Результаты обрабатывались методом вариационного анализа по t-критерию Стьюдента. Обработка, расчеты и построение графиков производились на ЭВМ «Pentium-3» с помощью компьютерных программ «Statistica 5.1» и «Microsoft Excel 2000».

Результаты. После реабилитации у 85% больных, получавших фитопрепараты, и у 69% больных контрольной группы были устранены наблюдавшиеся при поступлении местные осложнения операционной травмы (болезненность рубца, местное воспаление мягких тканей, лигатурные свищи). Все больные отметили улучшение самочувствия, уменьшение или исчезновение болей в области таза. Сами больные давали высокую оценку проводимому лечению. Во всех группах больных отмечено уменьшение частоты сердечных сокращений, нормализация артериального давления.

Основной критерий эффективности фитотерапии – динамика функционального класса – оказалась положительной у большинства больных ($p < 0,01$). У больных контрольной группы снижение функционального класса отмечено в 72%, у больных второй группы – в 74% и третьей группы – в 80%. Лучшие показатели были зарегистрированы у больных, получавших фитопрепараты, по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Фракция выброса, по данным эхокардиографии, достоверно увеличилась, причем несколько больше на фоне приема фитопрепаратов: в контрольной группе с $48,3 \pm 2,1\%$ до $5,4 \pm 2,1\%$, во второй группе – с $50,5 \pm 2,2\%$ до $54,2 \pm 1,1\%$, в третьей группе – с $48,8 \pm 2,1\%$ до $55,7 \pm 2,2\%$. У большинства больных улучшились показатели сократительной способности миокарда, показатели функции внешнего дыхания и кровообращения в малом круге, нормализовалось артериальное давление. Наблюдалась положительная динамика липидного состава и реологических свойств крови, баланса перекисного окисления липидов и антиоксидантной неферментативной (токоферол, каратиноиды, рибофлавин) и ферментативной (супероксиддисмутазы, глутатионпероксидаза, каталаза) защиты. Восстановительное лечение больных РШМ дает высокий реабилитационный эффект, т.к. отмечена тенденция потенцирования этого эффекта иммуноактивными фитоадаптогенными препаратами. Однако следовало выяснить степень участия иммунологической реактивности в достижении этого эффекта.

Таблица 2

Динамика психологических показателей у больных раком шейки матки при приеме в дополнение базового лечения фитоадаптогенов (методика САИ, тест Люшера)

| Показатели | | Контроль без фитоадаптогена | Группы фитоадаптогенов | | |
|------------------------------|---|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| | | | I – Травяной коктейль | II – Экстракт элеутерококка | III – Фитовит |
| Самочувствие (баллы) | a | 42,60±1,23 | 44,25±1,40 | 46,16±2,52 | 46,5±0,86 |
| | b | 53,1±0,94 | 54,03±0,07 | 56,66±0,80 | 57,2±0,91 |
| Активность (баллы) | a | 48,31±0,63 | 49,44±0,86 | 47,64±1,36 | 48,7±1,13 |
| | b | 52,61±1,2 | 53,17±0,72 | 52,43±1,12 | 54,7±1,11 |
| Настроение (баллы) | a | 45,16±2,15 | 48,71±1,15 | 46,58±0,62 | 46,5±1,12 |
| | b | 54,32±1,39 | 55,52±1,02 | 53,48±1,15 | 55,3±1,52 |
| Уровень стресса (%) | a | 31,59±0,51 | 32,71±0,71 | 29,57±0,75 | 28,58±1,02 |
| | b | 22,39±0,50 | 18,64±0,41 | 16,54±0,87 | 16,4±1,03 |
| Работоспособность (усл. ед.) | a | 48,77±1,33 | 53,43±0,88 | 54,66±2,90 | 56,1±1,73 |
| | b | 67,87±0,88 | 67,86±1,47 | 71,10±1,44 | 70,9±1,53 |

Примечание: a – до лечения, б – после лечения. Различие до- и после лечения во всех группах достоверны ($p < 0,05$)

До и после операции иммунные нарушения выявлены у 82,3% больных. В табл. 1 представлены результаты иммунологи-

ческого исследования наблюдавшихся больных. Как явствует из приведенных данных, до начала лечения у большинства больных отмечен низкий уровень Т-лимфоцитов и их субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров. Наиболее характерным оказался низкий уровень иммунорегуляторного индекса. Можно было полагать, что даже через месяц после операции у больных перестигирует недостаточность клеточного звена иммунитета. Закономерным оказалось также снижение активности фагоцитоза, НСТ-тест был значительно ниже нормальных значений. При включении в схему лечения травяного коктейля, который, как считалось, не оказывает иммуномодуляторного действия, наблюдалось повышение иммунорегуляторного индекса, что дало основание полагать, что реабилитационный эффект лечения в определенной степени, хотя и косвенно, опосредован через иммунную систему. Однако отмеченное и у этих больных снижение индекса активации фагоцитоза требовало относительной интенсификации иммуотропной терапии у наиболее активных больных. Включение в схему лечения экстракта элеутерококка, обладающего иммуномодулирующим действием, приводило к улучшению измененных показателей иммунограммы – повышению иммунорегуляторного индекса до нормы, нормализации содержания IgA и IgM. Однако число В-лимфоцитов, хотя и снижалось, оставалось все же повышенным. Элеутерококк оказал положительное действие на состояние фагоцитоза. Если НСТ-тест до лечения был ниже нормы, то после курса фитотерапии он восстановился.

Фитовит оказал еще более выраженное действие на иммунную систему реабилитируемых больных. Достоверно ($p < 0,05$) нормализовались после лечения иммунорегуляторный индекс, показатель активности фагоцитов, концентрация IgG и IgM. Количество В-лимфоцитов снижалось более заметно, но оставалось несколько повышенным. Из этого следует, что иммунорегуляторный индекс, как достоверно меняющийся показатель, фиксируемый во всех группах, может считаться наиболее информативным маркером иммунной реактивности больных РШМ. Его повышение у больных контрольной группы может быть расценено как напряжение адаптивных резервов клеточного иммунитета. У больных второй и третьей групп, которые принимали растительные препараты с иммуномодулирующими свойствами, повышение данного индекса свидетельствовало о благоприятных сдвигах клеточного иммунитета. Надо отметить стабилизацию общего количества лимфоцитов, которое уменьшалось до нормы на фоне приема экстракта элеутерококка. Действие фитовита сопровождалось некоторым повышением количества лимфоцитов. Видимо, курс лечения фитовитом не был вполне достаточным из-за нерегулярного его приема больными. Продолжение приема данного препарата после выписки до суммарной дозы в 30 капсул значительно повышало этот эффект. Анализируя динамику других показателей иммунограммы, отметим стабилизирующее влияние экстракта элеутерококка на концентрацию IgA, которая уменьшалась к концу лечения до нормального уровня. Другой показатель, значение которого достоверно улучшалось в ходе курса фитотерапии – это индекс активности фагоцитоза (НСТ-тест), его достоверное повышение отмечено в группах лиц, получавших экстракт элеутерококка и фитовит.

РШМ и хирургическое вмешательство травмируют психику пациентов. Психическая сфера страдает подчас больше, чем соматическое состояние. У больных формируется своеобразная внутренняя картина болезни, которая характеризуется преобладанием того или иного психологического синдрома. У наблюдавшихся нами больных были зарегистрированы следующие синдромы: кардиофобический (17,2%), депрессивный (16,6%), агрипнический (19,5%), анозогнозический (8,4%), неврастенический (18,4%) [4]. Синдромы нередко сочетались. Приходилось наблюдать сочетание анозогнозического и скрытого кардиофобического синдромов. При специальных исследованиях отмечалось снижение показателей системы САН (самочувствие, активность, настроение), снижалась работоспособность, высоким оказался показатель стресса (табл. 2). Оперативное вмешательство сопровождается развитием адаптационного синдрома, который охватывает организм с его комплексом регуляторных систем: нервной, эндокринной, иммунной. В реакцию стресса и развитие адаптационного синдрома включаются и исполнительные системы (кардиореспираторная, система обмена веществ и др.). Биологическая сущность адаптационного синдрома определяется взаимодействием функциональных систем, нацеленных на достижение положительного результата – обеспечения гомеостаза и приспособления

организма к условиям существования [2, 8]. Для иммунореабилитации состояние адаптационного процесса имеет определяющее значение. Важен вопрос о состоянии адаптации в постановке лечения десинхронозов фитoadаптогенами [10].

После лечения ряд синдромов (депрессивный, анозогнозический) купировался, выраженность остальных синдромов уменьшилась. У больных повысилась работоспособность, выносливость, улучшились внимание, память, возвратились важные профессиональные навыки. Достоверно лучшие результаты получены у лиц, принимавших экстракт элеутерококка и фитовит.

Существует немало методов оценки адаптации среди которых наибольшей популярностью пользуется метод, основанный на грациях процентного содержания форменных элементов крови (лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов) [3]. Информативность этого метода для общей оценки адаптации сомнений не вызывает. Однако, оценивая такое сложное явление как состояние адаптации, едва ли можно ограничиться только подсчетом лейкоцитов без учета комплексного характера реагирования организма и его регуляторных систем, в том числе иммунной, которая нередко остается вне поля зрения исследователей. Все это заставляет оценивать адаптацию применительно к той или иной нозологической форме заболевания или основному патологическому процессу. Из числа пролеченных фитoadаптогенами больных полная адаптация отмечена у 76%, в состоянии неполной адаптации находилось 22%, им требовалось продолжение фитокоррекции, 2% находились в состоянии дизадаптации, они нуждались в строгом врачебном наблюдении и индивидуальной реабилитационной тактике.

Пред- и послеоперационный периоды у больных РШМ протекают с иммунопатологическими сдвигами (супрессия Т-системы иммунитета, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов) и сезонными отличиями в ключевых патофизиологических механизмах хроноадаптации, коррелирующими с соматической и психической дизадаптацией. Значительная патогенетическая роль иммунных нарушений в формировании манифестных проявлений клинической картины в пред- и послеоперационном периодах у больных РШМ требуют осуществления (в дополнение базового лечения) иммунореабилитации с применением для этой цели фитoadаптогенов, как необходимого компонента общей реабилитационной стратегии. Интегративная оценка реактивности как регуляторных, так и исполнительных систем организма, функционирующего как целостная саморегулирующаяся система, может быть дана по показателям степени иммунологической адаптации. Результаты психологической реабилитации больных РШМ в значительной степени опосредуются через иммунную систему, вклад которой в достижение полезного может быть потенцирован применением фитoadаптогенов экстракта элеутерококка и фитовита, которые должны входить в арсенал дополнительного лечения особенно послеоперационных больных уже на раннем этапе.

Выводы. Иммунологическая эффективность базового лечения РШМ в комплексе с хронотерапевтическим приемом фитoadаптогенов экстракта элеутерококка и фитовита вытекает из положительных сдвигов в организме больных после проведенного курса лечения, способствующего достоверному количественным и функциональным характеристикам иммунитета: снижению токсического воздействия химиопрепаратов, улучшению качества жизни больных, увеличению сроков их выживаемости. Получены новые знания о роли нарушений временной организации физиологических функций в развитии и прогрессировании РШМ. Выявлены характерные черты десинхроноза, сопровождающего РШМ, который препятствует успешной адаптации и является одним из ключевых патогенетических звеньев в физиологических системах исследованных больных. Установлены сезонные отличия в ключевых патофизиологических механизмах хроноадаптации больных РШМ. Ранней весной и поздней осенью основным патофизиологическим механизмом хроноадаптации является увеличение частоты колебаний в ритмах физиологических систем, что проявляется в возрастании частоты ультрадианных ритмов. В зимний сезон организм пациенток использует два патофизиологических механизма хроноадаптации, увеличивая и снижая амплитудные характеристики достоверных биологических ритмов, что проявляется ростом доли ультра- и инфраничных ритмов физиологических систем. Хронофитотерапия РШМ адаптогенами элеутерококком и фитовитом позволяет улучшить результаты базового лечения, синхронизируя ритм лечебного

воздействия с ритмами физиологических функций, способствуя уменьшению дизрегуляторных иммунных нарушений, восстановлению компенсаторных и репаративных механизмов, улучшению показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Литература

1. Автандилов Г. Г. Опухоли молочной железы и женских половых органов. Классификация опухолей ВОЗ – 2003.– РМА-ПО.– М., 2004.– 28 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем.– М.: Медицина.– 1975.– 225 с.
3. Гаркави Л.Х. и др. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону.– Изд. Ростовского ун-та, 1979.–126 с.
4. Клячкин Л.М. и др. Иммунореабилитация кардиохирургических больных // Int J on Immunorehabil.– 1999.– №11.– P.56–163.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства.– Ч.1.– М.: Медицина, 1993.– С.162.
6. Сетишвили Р.И. Иммунореабилитация: определение и современная концепция // Int.J.on Immunorehabil.– 1998.– №10.– P.5–7.
7. Сидоренко Ю.С. Аутогеомонохимиотерапия.– Ростов-на-Дону, 2002.–303 с.
8. Теория и практика восстановительной медицины / Под ред. А.А. Хадарцева, В.М.Еськова.– Тула – М., 2005.–Т.III.– 220с.)
9. Теория и практика восстановительной медицины /Под ред. А.А.Хадарцева.– Тула – М., 2006.– Т.VI.– 152 с.
10. Хетагурва Л.Г., Салбиев К.Д. Хронопатофизиология доклинических нарушений здоровья.– Владикавказ: Проект-Пресс, 2001.– 176 с.
11. Jordan H. Kurorththerapie(Jena:Gustav Fischer Verlag).– 136 S.
12. Volante R., Ronco G. National survey of the quality of 2nd level in screening for cervical cancer. Azienda Ospedaliera O.I.R.M. Sant'Anna, Torino Epidemiol Prev.–2006.– 30 (Supp.13):51–7.

PATHOPHYSIOLOGICAL BASE OF IMMUNEREHABILITATION OF PATIENTS ILL WITH CERVICAL CANCER OF UTERUS BY PHYTOADAPTOGENES I.E. ELEUTEROCOCCUS AND PHYTOVIT

S. M. KOZYREVA

Summary

For the first time there were established qualitative cytologic indices of the patients ill with cervical cancer of uterus immunity after a course of treatment by phytoadaptogenes of eleuterococcus and phytovit extraction was carried out which reflect positive dynamics of immune status in patients pre- and post operation. New knowledge about the role of the impairments of temporary organization of physiological function in the uterus cervical cancer development and progressing was acquired.

Key words: phytoadaptogenes of eleuterococcus

УДК 616.711-067.55

О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

В.В. МОИСЕЕВ, А.А. ЛИЕВ, А.А. АСТЕЖЕВА*

Высокая распространенность первичной инвалидности вследствие дорсопатий составляет 19 случаев на 100 000 населения (т. е. ежегодно примерно 27 100 человек становятся инвалидами).

В нозологической структуре первичной инвалидизации вследствие дорсопатий [14] поражение межпозвоночного диска шейного отдела с миелопатией (21,2%) занимает третье место, уступая лишь сколиозу (21,8%) и остеохондрозу позвоночника (21,5%), оставляя общий уровень инвалидности населения России

при указанной патологии костно-мышечной системы весьма высоким. Цервикальная миелопатия рассматривается как системный процесс дискомедулярного конфликта с синдромом бокового амиотрофического склероза, признаками которой могут быть сегментарные гипотрофии в кистях и, одновременно, симптомы пирамидной недостаточности с гиперрефлексией, патологическими пирамидными рефлексиями и спастическим повышением мышечного тонуса в нижних конечностях.

Пока не определены стандарты оказания специализированной помощи данной категории больных. Одновременно российские курортологи, вертеброневрологи и организаторы здравоохранения выражают обеспокоенность отсутствием специализированных, в т.ч. вертеброневрологических колек, в учреждениях отечественного здравоохранения и отмечают недостаточную задействованность природных и преформированных физических лечебных факторов Кавказских Минеральных Вод [9].

Цель исследования – обоснование, разработка и внедрение новых концептуальных направлений в реабилитации и восстановительном лечении больных вертеброгенными цервикальными миелопатиями – этиопатогенетически обоснованное применение методов мануальной коррекции, локальной криотерапии, плазмафереза в оптимальном сочетании с природными и преформированными факторами Кавказских Минеральных Вод.

Материалы и методы. Базой исследования являлась Клиника вертеброневрологии Ставропольской ГМА (г. Кисловодск). В качестве единиц наблюдения выступали сформированные методом непреднамеренного отбора рандомизированные группы больных. Единичами наблюдения с января 2006 года по сентябрь 2007 года были 528 пациентов с цервикальной патологией в возрасте от 18 до 65 лет, с давностью заболевания от одного года до 12 лет. Возрастной состав обследованных: от 18 до 29 лет – 28 чел.; от 30 до 39 лет – 137; от 40 до 49 лет – 175; от 50 до 59 лет – 158; старше 60 лет – 30. Всего 294 мужчины и 234 женщины.

Таблица 1

Вегетативно-сосудистые изменения в области верхних конечностей в исследуемых группах пациентов

| Группа, количество больных | Отечность кистей | Побле днение кистей | Цианоз кистей | Гипер гид- роз | Сухость кожи | Снижение кожной температуры | | Повышение кожной температуры | |
|----------------------------|------------------|---------------------|---------------|----------------|--------------|-----------------------------|--------|------------------------------|--------|
| | | | | | | Прокс. | Дист. | Прокс. | Дист. |
| | | | | | | отделы | отделы | отделы | отделы |
| I ЦМ | 13 | 15 | - | 17 | 10 | 13 | 15 | 22 | 13 |
| 58 человек | 22,4% | 25,9% | | 29,3% | 17,2% | 22,4% | 25,9% | 37,9% | 22,4% |
| II ЦС | 5 | 12 | 8 | 14 | 10 | 3 | 15 | 12 | 9 |
| 30 человек | 16,6% | 40% | 26,7% | 46,7% | 33,3% | 10% | 50% | 40% | 30% |

У 313 из них (205 мужчин и 108 женщин) наиболее частыми жалобами являлись различные виды нарушений чувствительности, онемение и парестезии кончиков пальцев рук и ног, чувство жжения в конечностях, изменение окраски кожи кистей или стоп, «ползание мурашек», а так же боль различной степени выраженности, окраски и локализации, ломота, мышечная слабость и «похудание» отдельных групп мышц. В большинстве случаев пациенты связывали свои жалобы с болями в шейном отделе позвоночника и отмечали время и условия их возникновения. Проводилось обязательное динамическое неврологическое обследование по общепринятым методикам. Клиническая симптоматика обуславливалась ареалом поражения и заинтересованностью невралных структур спинного мозга, длительностью вертеброневрологического анамнеза и характеризовалась синдромом вертеброгенной цервикобрахиальной различной степени выраженности и окраски в сочетании с периферическим парезом верхних конечности, спастическим парезом или пlegией нижних конечностей, диссоциированными расстройствами поверхностной и выраженными нарушениями глубокой чувствительности, нарушением функции тазовых органов. Вертеброневрологическое обследование, направленное на выявление патобиомеханических нарушений со стороны опорно-двигательной системы, имело целью оценку степени выраженности вертебрального синдрома (ВС). Посредством глубокой пальпации мышц шеи и плечевого пояса были выявлены объективные признаки миофасциального болевого синдрома (МФБС) – регионарный постуральный дисбаланс мышц (РПДМ), триггерные пункты (ТП), локализация которых рассматривалась в зависимости от структурных единиц мышц. Для выявления функциональных биомеханических

* Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины Ставропольской ГМА, Клиника вертеброневрологии, Кисловодск, 357716, ул. Коминтерна, 10; факс (879-37)-77250; e-mail: SGMA@narzan.com