

УДК 618.1

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КУРОРТА СОЧИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕДГРИВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Р.С. ЛАДАНОВ, И.И. ПОСПЕЛОВ*

Частота воспалительных заболеваний женских половых органов, по данным [1], продолжает расти: среди гинекологических больных 75% составляют женщины активного репродуктивного возраста, причем >50% из них еще нерожавшие. Фармакотерапия не может в полной мере обеспечить ликвидацию морфофункциональных нарушений воспалительного генеза в репродуктивной системе, в связи с чем сохраняется актуальность разработки методов немедикаментозной восстановительной коррекции специфических функций женского организма.

Талассотерапия – общепризнанный лечебный фактор, который широко используется на всех мировых морских курортах. Дозированное использование аэро- и гелиотерапии, морских купаний обеспечивает повышение уровня защитно-приспособительных реакций гомеостаза, потенцирует клинические эффекты параллельно применяющихся природных и преформированных физических факторов. Грязелечение является распространенным методом использования природных факторов. Терапевтическое действие пелоидов обусловлено местным воздействием биологически активных веществ, которые в процессе процедуры проникают в кожу и накапливаются там, усиливая метаболизм подлежащих тканей, повышая возбудимость и проводимость нервных проводников кожи. Лечебные грязи оказывают обезболивающий, расслабляющий, противовоспалительный эффекты. Пелоидотерапия снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, уменьшает спаечный процесс в анатомических структурах, усиливает гормональную функцию яичников, улучшает гемодинамику органов малого таза.

Большинство здравниц курорта Сочи использует привозную лечебную грязь из различных регионов. При этом курорт располагает значительными запасами иловых грязей (2,6 млн. тонн иловых грязей в Имеритинской низменности). Экономически невыгодно транспортировать лечебную грязь, когда имеются ее местные запасы. Исследования химического состава этих грязей показали, что они относятся к слабосульфидным, слабосолевым грязям. Адлерская грязь отличается низкой засоренностью, высоким показателем влагоемкости, теплоемкости и теплоудерживающей способности, она обладает бактериостатическим и бактерицидным свойством. Сочинским НИИ курортологии и физиотерапии еще в 1971 году разработан метод обогащения адлерской грязи сероводородной водой, что повысило ее лечебные свойства. Сероводородные воды снижают активность экссудативного и инфильтративного компонентов воспаления, дают фибринолитический эффект, усиливают гормональную активность яичников, нормализуют гипоталамо-гипофизарно-яичниковые взаимосвязи, стимулируют симпатoadреналовую систему и глюкокортикоидную активность надпочечников, повышают защитно-приспособительные реакции организма, обладают десенсибилизирующим действием.

Цель исследования – разработка и апробация метода предгравидарной подготовки гинекологических больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОТ) в стадии стойкой ремиссии, основанного на применении природных физических факторов курорта Сочи.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано и пролечено в гинекологической клинике НИЦ КиР Росздрава (г.Сочи) 270 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями тазовых органов, осложненных бесплодием в 85% случаев. Основную группу исследования составили 170 женщин, которые на фоне талассопродур (в щадящем тренировочном режиме, с постепенным увеличением длительности и степени физической нагрузки) получали электрофорез лечебной грязи в сочетании с общими сероводородными ваннами и влагалитными орошениями. С третьего дня от поступления больной на лечение ей назначали гальванопелоидотерапию на область гипогастрия и пояснично-крестцовую область на уровне L4-S2 позвонков продолжительностью процедуры 20 минут. Для отпуска процедур

использовали аппарат «Поток-1» и электроды площадью 12×14 см. Электрод со знаком (-) помещался надлонно, сила тока устанавливалась в пределах 0,05–0,1 мА/см² и регулировалась по индивидуальным ощущениям пациентки, продолжительность процедуры составляла 20 минут. На следующий день проводили сероводородные влагалитные орошения по Ягунову с постоянной концентрацией (150 мг/л) сероводорода, температурой воды 39–40°C, длительностью 10-15 минут, через 20 минут после которых проводили общие сероводородные ванны при изменяющейся концентрации сероводорода в синусоидальном режиме (50-100-150-100-50-100-150-100 мг/л сероводорода), температуре воды 36-37°C, 6-15 минут. Процедуры проводили через день, на курс по 8 общих и местных бальнео- и по 10 физиопроцедур.

Контролем служили 100 женщин с ХВЗОТ, не получавших в ходе восстановительного лечения гальванопелоидотерапию.

С целью объективизации результатов исследованию анализу была подвергнута динамика основных биохимических и иммунологических показателей, результаты клинического и гинекологического исследований, динамика психовегетативного статуса, уровней адаптационных реакций, данных реовазографии и кардиоинтервалографии. Для обработки результатов использовался статистический метод в рамках доверительных границ, установленных с вероятностью безошибочного прогноза $p=0,95$ и более при $t \geq 2$. Для оценки статистической связи полученных результатов использовался корреляционный метод.

Результаты исследования. В конце лечения больные обеих групп отмечали улучшение общего состояния. Анализ предъявляемых жалоб выявил благоприятные сдвиги у всех больных, причем субъективные сдвиги отмечались уже к 10-12 дню пребывания. Боли внизу живота и в пояснично-крестцовой области к концу лечения прекратились у большинства пациенток. Из 35,6% пациенток, страдавших дисменореей у 44,4% женщин очередные менструации прошли безболезненно. Уменьшение кровопотери во время менструаций в конце лечения отмечено у всех больных. По данным влагалитного обследования, в конце лечения исчезновение и размягчение спаек зарегистрировано у 85% женщин основной группы и у 54,5% лиц контрольной группы, бимануальное исследование в конце лечения стало безболезненным в 89% и 64,5% случаев соответственно.

Функциональная активность яичников улучшилась у лиц, получавших электрофорез грязи с общими сероводородными ваннами и влагалитными орошениями: число больных с 2-фазным менструальным циклом в конце лечения выросло с 9,5% до 47,6% (в контроле – с 13,3% до 26,6%), а с монофазным циклом уменьшилось с 42,8% до 14,3% (в контроле – с 53,3% до 13,3%). Позитивная динамика адаптационных реакций, показателей психоэмоционального состояния, функциональной активности ВНС, показателей гемодинамики также была более выражена в основной группе.

Достоверных различий в динамике биохимических и иммунологических показателей отмечено не было: под влиянием примененных лечебных комплексов снижалось напряжение в системе перекисного окисления липидов у 84% женщин, отмечался иммуномодулирующий эффект, нормализация соотношений Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций. Клиническая эффективность лечения в обеих группах была высокой: со значительным улучшением в основной группе было выписано 20% женщин (в контроле – 7,4%), с улучшением – 72% (в контроле – 61,7%) больных, с небольшим улучшением – 8% (в контроле – 22,2%) пациенток. Отдаленные результаты, полученные при анкетировании 150 респондентов, в течение 18 месяцев после санаторно-курортного этапа восстановительного лечения, указывали, что среди пациенток основной группы беременность наступила в 42% случаев, протекала нормально и закончилась срочными родами у 64,7% женщин из числа забеременевших. В контроле беременность наступила только в 27% случаев, осложнилась внематочной беременностью у 4 женщин, невынашиванием беременности и родов было осложнено акушерской патологией. Уровень перинатальной патологии среди рожениц из состава основной группы был в 2,4 раза ниже, чем в контрольной.

Выводы. Включение гальванопелоидотерапии в комплексное восстановительное лечение больных с ХВЗОТ потенцирует эффекты талассотерапии и сероводородных бальнеопроцедур, оказывает благоприятный эффект на психонейроэндокрин-

* НИЦ курортологии и реабилитации Росздрава, г.Сочи

ную регуляцию репродуктивной системы, обеспечивает повышение уровня фертильности данной группы гинекологических больных, обладает протективным эффектом в отношении акушерской и перинатальной патологии, что позволяет рекомендовать данный метод в качестве ингредиента комплексной предгравидарной подготовки у женщин активного репродуктивного возраста, имевших в анамнезе хроническим воспалительные заболевания органов малого таза.

Литература

1. Кулаков В.И. и др. // Мат-лы конгр. «Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней». – М., 2000. – С. 678–680.

УДК 616.3112-002

БАЛЬНЕО- И ПЕЛИОДОТЕРАПИЯ В ЗДРАВНИЦАХ АНАПЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ У ДЕТЕЙ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Д.С.-О. АНАГИЕВ*

Актуальность исследования состоит в прямой корреляционной зависимости между ухудшающимися показателями экологического неблагополучия территорий ряда субъектов РФ [1] и статистическими выкладками последних 5 лет, свидетельствующих о росте заболеваемости хроническими гингивитами у детей из этих же регионов. По сведениям исследователей из Санкт-Петербургской государственной медицинской педиатрической академии [2] одонтогенные инфекции являлись одной из причин заболеваемости детей из экологически неблагополучных территорий Северо-Западного и Уральского Федеральных округов России не только хроническими гингивитами (32,3 случая в 2002 году и 35,8 случаев в 2006 году на 1000 зарегистрированных больных детей с диагнозом, установленным впервые в жизни), но и в целом болезнями органов пищеварения (болезненность детей в указанных регионах РФ в 2000 году 102,14, а в 2006 уже 108,91 на 1000 детского населения). Существующий анализ соматических заболеваний у детей [3–4] позволяет утверждать, что хронические гингивиты играют определяющую роль в возникновении хронических гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, других поражений ЖКТ в детском возрасте. Как показали наши наблюдения и обследования детей, прибывших в течение последних 5 лет на санаторно-курортное лечение в детский санаторий «Бимлюк» Росздрава (под наблюдением находилось 757 детей в возрасте 8-12 лет, прибывших в период 2003-2008 годов из экологически неблагополучных климатогеографических зон России), 97% детей, страдающих различными соматическими заболеваниями, имели воспалительную патологию полости рта (в т.ч. хронические гингивиты различной степени выраженности у 36,9% обследованных детей). Одновременно в Методических указаниях от 12.12.1999 №99/231 «Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей» не существует раздела, связывающего проблемы санаторно-курортной реабилитации лиц с хроническими болезнями органов пищеварения и аспектами диссеминации у них хронических гингивитов. Это обусловило социальную востребованность научных изысканий по избранной проблеме.

Цель исследования – объективизация показателей биохимического и иммунного статуса (при реабилитации в здравницах Анапы) детей, страдающих хроническими гингивитами, этиопатогенетически связанными с проживанием этих пациентов в экологически неблагоприятных регионах России. При этом базой исследования являлся детский санаторий «Бимлюк» Росздрава, где различные формы хронических гингивитов (десквамативные, гиперпластические или простые маргинальные, т.е. относящиеся по Международной статистической классификации болезней к 4-значной рубрике К 05.1 по МКБ-Х) клинически купировались с помощью следующих реабилитационных мероприятий: 1) авторских модификаций питьевого режима (3 раза по 180 мл за 35-40 мин. до еды подогретой на водяной бане до t°=23-25°С) природной минеральной воды «Анапская» скважины №3-Э (табл. 1); 2)

применения названной минеральной воды в виде ультразвуковых ингаляций высокодисперсными омагниченными аэрозолями с отечественным аппарате ингаляционной терапии TUR USI 50 с магнитной насадкой в виде кольцевого магнита при продолжительности вдыхаемой смеси 3 минуты и курсе лечения 10 процедур ч/день; 3) гингивального фонофореза отжима лечебной грязи Кизилташского лимана (курорт Анапа) с содержанием кальциевого и хлоридно-натриевого ионного состава грязевого раствора в пределах 45 г/дм³, плотностью тока 0,2-0,4 вт/см², курсовой кратностью до 8 процедур, ч/день; 4) магнитолазерной фототерапии на гелиево-неоновом отечественном лазере АГ-201-03 «У» при использовании низкоинтенсивного некогерентного красного света (ННКС) с длиной волны 0,6-0,9 мкм и плотностью потока мощности на пораженные участки десен 30-50 мВт/см по 10-12 процедур на курс; 5) талассопродур (по второму режиму умеренно-интенсивного воздействия после недельной адаптации и использования режима слабого воздействия). Описывая методику назначения климатопродур следует подчеркнуть, что аэротерапия проводилась в виде: а) пребывания пациентов на воздухе в одежде, в движении, покое; б) сна в климатопалатах пляжа на свежем воздухе; в) воздушных ванн и прогулок у моря. Морские купания проводились по режимам слабого и умеренного воздействия в сочетании с гимнастикой, различными играми, свободным плаванием в акватории лечебного пляжа.

Ионный состав природной минеральной воды «Анапская», скважины №3-Э: минеральная вода малой минерализации, хлоридно-сульфатная натриевая, слабо щелочная. Утвержденные запасы – 43 м³/сут.; использование: промышленный разлив, лечебное питье в бювете. По ГОСТ 13273-88 наиболее приближается к XIV группе Феодосийскому типу питьевых лечебно-столовых минеральных вод. Формула ионного состава

$$M_{3,2} \frac{Ca_4(HCO_3 + CO_3^{2-})17 SO_4^{2-} 49}{Na_{98}} p_{H8,6}$$

Предложенные схемы лечения реализовывались у больных детей основной группы (ОГ, n=279). Полученный терапевтический эффект сравнивался с данными контрольной группы (КГ, n=278) детей 8-12 лет, проходивших за минувший 5-летний период стандартное лечение (антибиотики, фторированные пасты, полоскание полости рта настоями шалфея, календулы, сертифицированные фармакопрепараты, содержащие фитонциды, обладающие дезинфицирующим, противовоспалительным или антибактериальным действием; и др.) в детском МУЗ г. Анапы по поводу аналогичных нозологических форм гингивитов. Преимущества авторских методик восстановительной терапии детей, страдающих гингивитами представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Сравнительная динамика показателей ПОЛ и АОЗ

Средний показатель за 2003-2007 г.г.	ОГ n=279, p<0,05		КГ n=278, p<0,05	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ДК _(г)	0,78±0,01	0,83±0,01	0,77±0,02	0,78±0,01
КД и СТ _(г)	0,09±0,01	0,14±0,01	0,09±0,01	0,10±0,01
ДБ _(г) ед. И О	0,50±0,01	0,57±0,01	0,49±0,02	0,51±0,02
КД и СТ _(г)	0,31±0,02	0,25±0,01	0,30±0,02	0,29±0,01
ЦП, мг/дл	30,7±1,1	36,3±1,2	30,4±3,8	31,7±1,7
а-ТФ, мкмоль/л	12,3±0,1	14,6±0,1	12,2±0,1	12,9±0,1

Примечание: Индексами (г) и (и) обозначены соответственно гептановая и изопропанольная фазы липидного экстракта

Предложенные нами инновации в восстановительном лечении больных детей, страдающих гингивитами, приводили к нормализации у них уровня церулоплазмينا (ЦП) и содержания а-токоферола (а-ТФ) в сыворотке крови (табл. 1). Для этой цели использовался реактив Эммери – Энгель с поправкой на оптическое поглощение каротинов. Одновременно у больных детей из ОГ после курса санаторно-курортной реабилитации повышался уровень гептанэстрагируемых кетодиенов и сопряженных триенов, уровень которых вырос в 1,6 раза относительно исходных значений при поступлении в здравницу. Аналогичная динамика у больных КГ практически не имела позитивной тенденции. В табл. 2 представлен иммунокорректирующий эффект реализованных в 2003-2007 гг. схем лечения, проявляющийся нормализацией показателей концентрации иммуноглобулинов. Анализ индивидуальных значений Тх показал, что у 71,9% больных количество Тх было исходно повышено в среднем до 69,24±0,10% (p<0,05).

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи)