

группе больных детей с астенией также наблюдалась положительная динамика параметров РЭГ, больше выраженная в каротидном бассейне, в котором чаще всего происходило нарушение мозгового кровообращения (А. возрастала на 0,036 Ом, В/А — на 31,7%, ВО уменьшился на 15,4%). У детей с синдромом усталости в конце лечения увеличилось сниженное изначально пульсовое кровенаполнение в сосудах полушарий. Увеличение кровенаполнения артериального русла одного полушария приводило к снижению межполушарной асимметрии на 15,7% в каротидном и 18,8% в вертебробазилярном бассейне. Оценка иммунного статуса включала определение популяционного состава Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов, а также фагоцитарной активности моноцитов в периферической крови. Для идентификации популяции лимфоцитов использовали моноклональные антитела (CD₃+, CD₄+, CD₈+, CD₂₂+), анализируемые с помощью люминесцентного микроскопа. Вычисляли иммунорегулирующий индекс (CD₄+ / CD₈+). При оценке функциональных свойств моноцитов периферической крови их получали методом адгезии прилипающих к стеклу клеток по S. Nosh. Функцию моноцитов оценивали по фагоцитозу ЕА-комплексов и НСТ-редукции. Данные табл. 2 говорят, что под влиянием предложенных схем лечения у детей с астенией и синдромом усталости (R 53 по МКБ-Х) имеются позитивные изменения иммунного статуса. Данные табл. 3 констатируют нормализацию концентрации общих липидов (ОЛ, г/л) в подгруппе 1 с 2,53±0,18 до 2,40±0,1 при p<0,001; в подгруппе 2 с 2,49±0,19 до 2,40±0,1 при p<0,001; в подгруппе 3 с 2,51±0,17 до 2,40±0,19 при p<0,001. Указанные данные коррелируют с оптимизацией уровня малонового диальдегида: например, МДА (нмоль на 1 мг липидов) изменялся в подгруппе наблюдения 1 с 19,6±1,9 до лечения до 18,1±1,7 после лечения; у больных подгруппы 2 соответственно с 19,3±1,8 до 18,0±1,0.

Таблица 3

Динамика показателей состояния ПОЛ и ответных реакций в системе антиоксидантной защиты (АОЗ) (M±m)

Перечень показателей интенсивности ПОЛ и АОЗ	n=280					
	подгруппа 1 7-8 лет		подгруппа 2 9-10 лет		подгруппа 3 11-12 лет	
	до лече- ния	после лече- ния	до лече- ния	после лече- ния	до лече- ния	пос- ле лече- ния
Уровень МДА эритроцитов, нмоль/л*	47,2±1,24	44,1±2,0	46,6±1,4	44,2±2,5	49,9±2,2	44,3±3,1
МДА, нмоль на 1 мг липидов*	19,6±1,9	18,1±1,7	19,3±1,8	18,2±1,9	19,3±1,8	18,0±1,0
Концентрация общих липидов (ОЛ, г/л)**	2,53±0,18	2,40±0,1	2,40±0,19	2,43±0,1	2,51±0,17	2,40±0,19
Каталаза, мккат/л*	41,2±3,0	31,1±2,0	41,0±3,2	31,2±2,0	42,2±2,1	31,1±1,9
Показатель среднемолекулярных пептидов (СМП, усл. ед.)*	0,32±0,01	0,29±0,02	0,31±0,01	0,29±0,02	0,32±0,02	0,29±0,01
Показатель диеновых конъюгатов (ДК, отн. ед.)*	3,32±0,33	4,20±0,22	3,41±0,3	4,21±0,21	3,35±0,34	4,20±0,19
Уровень церулоплазмина (ЦП, г/л)*	0,32±0,02	0,29±0,01	0,32±0,01	0,29±0,01	0,32±0,01	0,29±0,02

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

Можно сделать вывод о лечебно-профилактической эффективности лечения в здравницах российского Причерноморья детей с астенией и синдромом усталости при условии задействования представленных технологий восстановительного лечения.

Литература

1. Никитин М.В., Шонгина Н.Н. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы II Междунар. конгр. «Здравница-2002». – М., 2002. – С.152.
2. Никитин М.В., Шонгина Н.Н. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы V Междунар. конгр. «Здравница-2005». – М., 2005. – С.158.
3. Никитин М.В. и др. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы VI Междунар. конгр. «Здравница-2006». – Сочи, 2006. – С.167.
4. Шонгина Н.Н., Никитин М.В. // Актуальн. пробл. восст. мед., курортол. и физиотер.: Мат-лы VII Междунар. конгр. «Здравница-2007». – Уфа, 2007. – С.235.

УДК 616.71-018.3-002

ТЕХНОЛОГИИ ЗАДЕЙСТВОВАНИЯ КАВИНТОН-ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КУРОРТЕ ГЕЛЕНДЖИК ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЮНОШЕСКИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Н.Н. НИКИТИНА*

Анализ данных современной медицинской статистики по разделу «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» позволяет констатировать негативную динамику регистрации больных с этой патологией за период 2000-2006 годов (по диагнозам, установленным впервые в жизни), когда заболеваемость населения России в абсолютном исчислении составила в 2000 году 4 млн. 452 тыс. чел., а в 2006 году уже 4 млн. 746 тыс. чел. При этом доля юношеского остеохондроза позвоночника (в т.ч. болезнь Кальве, болезнь Шейермана и т.д.) возросла за этот же период на 7,3% в общей структуре этой патологии.

Цель исследования – обоснование, разработка и внедрение в деятельность здравниц курорта Геленджик прогрессивных технологий (с саногенетическим акцентом на инновационную методику применения кавинтон-электрофореза) восстановительного лечения подростков (14-17 лет), страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника (М 42.0 по МКБ-Х).

Материалы и методы исследования. Представлены две рандомизированные группы пациентов (подростки 14-17 лет; n_{общ}=558, в т.ч. юноши – 295 чел. или 52,9%, а девушки – 263 чел., или 47,1%), страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника. Численность основной (ОГ) и контрольной групп (КГ) была одинаковой, т.е. n=279 (в каждой группе). Пациентам ОГ назначался кавинтон-электрофорез, когда 5 мг кавинтона, растворенного в 10 мл дистиллированной воды, наносили на одну из прокладок раздвоенного электрода (анода); на другую – наносилась дистиллированная вода. Катод располагали в правой подключичной области. Сила тока 10-12 мА, время воздействия 15 минут, 12-15 процедур на курс лечения. При исследовании до и после курса лечения оценивали симптомы: головная боль, головокружение, изменение АД, сон, эмоционально-волевые расстройства. Всем пациентам до и после лечения снимали РЭГ. Пациентам КГ (n=279, p<0,05) назначались: жемчужные ванны (на основе морской воды 36-38°C по 12-15-20 минут по возрастной на 1 процедуру, N 10-12 на курс лечения через день); детензоротерапия (в качестве дополнительной механокоррекции нарушений позвоночного столба; частные методики мануальной терапии по модифицированной лечебной технике устранения экстензионных и флекссионных дисфункций [3-4]).

Позитивная динамика ряда клинико-функциональных характеристик регистрировалась при помощи алгезиметра, позволяющего установить порог болевой чувствительности при нарушениях функции позвоночника, а сама оценка болевого синдрома (до и после лечения) у больных с названной формой дорсопатий проводилась по визуально-аналоговой шкале с расчетом индекса боли по Дартмутской анкете. Субъективное восприятие боли больным коррелировало с оценкой состояния больного врачом по балльной системе (в покое, ночью, при пассивных движениях, после дня обычной физической нагрузки, при ходьбе по лестнице и т.д.). Оценивалась также способность больного подняться со стула, присесть на корточки и подняться (табл.). У больных (М 42.0 по МКБ-Х) после лечения снизились не только боли, но и уменьшилось ограничение объема движений (в градусах) в пораженных отделах позвоночника, а также значительно уменьшилось время, затрачиваемое этими больными на преодоление 30 метров спортивного зала (в с). Названная позитивная динамика клинико-функциональных показателей у изучаемого контингента больных дорсопатиями подтверждалась ультрасонографической диагностикой имеющих дистрофических изменений межпозвонковых дисков у этих же больных, которая проводилась на аппарате «Аloka-1700» электронным конвексным датчиком с частотой 5 МГц по методике А.Ю. Кинзерского, И.Н. Шарпова и др. У 72,5% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника выявились изменения межпозвонковых дисков (МПД): начальные дистрофические изменения МПД в виде повышения эхогенности ПЯ – пульпозного ядра (появления в ПЯ точечных гиперэхогенных включений).

* НИЦ курортологии и реабилитации (г. Сочи); санаторий «Вулан» Росздрава (курорт Архипо-Осиповка Краснодарского края).

Таблица

Динамика ряда клинико-функциональных показателей у больных юношеским остеохондрозом позвоночника до и после разработанного в рамках исследования комплекса их восстановительного лечения на курорте Геленджик

Перечень клинико-функциональных показателей у больных дорсопатиями (М 42.0 по МКБ-Х) в 2002-2006 годах (p<0,05)	Больные юношеским остеохондрозом позвоночника, проходившие восстановительное лечение в 2002-2006 годах в санатории «Вулан»	
	ОГ (n=279)	КГ (n=279)
Боль по визуально-аналоговой шкале, см	6,62±0,29 3,38±0,27*	8,38±0,16 5,39±0,18**
Боль в покое, баллы	1,5±0,07 0,4±0,02*	1,9±0,03 0,4±0,06**
Ограничение объема движений (градусы)	19,1±0,165 3,4±0,24*	18,9±0,135 7,6±0,126*
Время прохождения 30 м (в спортивном зале) в с	26,4±0,66 21,2±0,46**	30,02±0,12 25,4±0,16**

Примечание: в числителе – до лечения, в знаменателе – после лечения.
* – p < 0,05; ** – p < 0,001.

Расширение и повышение экзогенности границы между ПЯ и ФК, нестабильности ПДС (подвижности дисковых сочленений), выражающейся в смещении тел позвонков относительно друг друга при функциональных пробах более чем на 2 мм. У 22,6% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника (М42.0 по МКБ-Х) были выявлены протрузии МПД до 2 мм в сочетании с гиперэкстензией пульпозного ядра и снижением высоты МПД. После проведенного лечения у 71,9% (p<0,05) изучаемых больных при ультрасонографическом исследовании экзогенность пульпозного ядра снизилась до нормальных значений. При этом точечные гиперэкстензионные включения полностью исчезли у 32,4% (p<0,05) изучаемых больных. У 29,7% (p<0,05) больных остеохондрозом позвоночника (М 42.0 по МКБ-Х) вышеуказанная методика ультрасонографического исследования зарегистрировала (после лечения) отсутствие смещения тел позвонков (относительно друг друга) при указанных функциональных пробах более чем на 2 мм. Таким образом, применение современных методик ультрасонографического исследования позвоночника позволило объективизировать позитивную динамику указанных в табл. клинико-функциональных характеристик у больных юношеским остеохондрозом позвоночника после их восстановительного лечения в санатории «Вулан» (курорт Геленджик), что было подтверждено при рентгенологической оценке величины костных каналов (до и после лечения) с использованием рентгеноконтрастных меток по Н.Ф. Порхуну, Е.Г. Сашко и др. Указанный метод рентгеноконтроля позволил активировать позитивную гемодинамику в вертебробазилярном бассейне у больных остеохондрозом с преимущественным поражением 1 шейного позвонка. Для этого по методу вышеуказанных исследователей из Санкт-Петербургского государственного университета им. И.П. Павлова две рентгеноконтрастные метки в форме колец с заданными размерами разной толщины (диаметром 10 мм) располагали в непосредственной близости от исследуемого костного канала (на сосцевидных отростках височных костей с 2-х сторон) у больного остеохондрозом позвоночника с преимущественным поражением 1 шейного позвонка. При этом указанная метка позволяла с большой точностью диагностировать изменение истинных размеров костного канала, что позволяло сопоставлять динамику клинико-функциональных симптомов у этой категории лиц с рентгенологическими признаками улучшения гемодинамики. Эта методика подтвердила рентгенологически наличие (табл.) позитивных гемодинамических сдвигов при оценке величины отверстия позвоночных артерий (после лечения). В рамках эксперимента объективизирована перспективность включения кавинтон-электрофореза в санаторную практику реабилитации лиц, страдающих юношеским остеохондрозом позвоночника.

Литература

1. Порхун Н. и др. // Мануальная тер.– 2002.– № 4.– С. 31.
2. Кинзерский А.Ю., Шаранов И.Н. // Мануал. тер.– 2002.– № 4.– С. 41–42.
3. Лиев А.А., Кочкарова К.Ю. // Мат-лы III научн. конф. невр.– Черкесск, 1998.– С. 84–85.
4. Лиев А., Сангели М. // Мануал. тер.– 2002.– № 4.– С. 59.

УДК 618.145-007.415:615.838

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ИОДОБРОМНЫМИ ВОДАМИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

А.Б. ОВСИЕНКО, З.Н. ТЕУНОВА*

Многочисленность этиопатогенеза, сочетанность системных нарушений, сопровождающих развитие эндометриоза, определяют сложность выбора лечебного метода. В лечении больных данной категории наиболее физиологичен комплексный подход, включающий последовательное или одновременное применение хирургического удаления эндометриозных очагов и назначение гормонотерапии на разных этапах лечения. В то же время многогранность воздействия природных факторов на патогенез этого заболевания показывает обоснованность их применения в терапии больных эндометриозом. Л.П. Луговой, В.П. Баскаковым, А.Б. Овсиенко, А.В. Албасовой, Е.Е. Урвачевой (1981-2005) разработан метод радонотерапии (РТ) для лечения больных генитальным эндометриозом. Известна возможность использования иодобромных вод для лечения больных миомами матки. Нами проведено исследование, в котором в сравнительном аспекте сопоставлялись показатели состояния больных внутренним эндометриозом, получившим гормонотерапию или бальнеотерапию с применением иодобромных вод [1–5].

Цель работы – обоснование применения иодобромных вод в лечении больных внутренним эндометриозом. Проведение сравнительного анализа влияния на состояние больных эндометриозом иодобромных вод и гормонотерапии.

Материалы и методы исследования. У всех пациенток диагностирован аденомиоз матки в сочетании с позадишеечным эндометриозом. Больные были распределены в две группы наблюдения. В первой группе (40 человек) применялись в качестве лечения иодобромные ванны и иодобромные орошения, а во второй – гормонотерапия в течение 3 мес. (дифастон по 1 таб. в день с 16-го по 25-й день цикла). Болевой синдром оценивался по Mac Lavery C.M., Shaw P.W. (1995), изучались данные бимануального и ультразвукового исследований гениталий и гепатобилиарной системы, гистероскопии.

Результаты лечения. Бальная оценка болей при менструациях в 3 балла до лечения определялась у 82,5% женщин первой группы и 77,5% – второй; в 2 балла – у 17,5% первой группы и 22,5% – второй. После гормонотерапии оценка в 2 балла была у 35% больных, в 1 балл – у 45% (p<0,05); после бальнеотерапии – у 20% женщин оценка составила 2 балла и у 37,5% – 1 балл (p<0,05). После лечения в три балла болевой синдром не был оценен ни у одной пациентки. Таким образом, снижение степени выраженности болевого синдрома наблюдалось в большей мере у женщин, получивших бальнеотерапию.

При бимануальном гинекологическом обследовании после лечения изменений размеров, консистенции тела матки у женщин, получающих гормонотерапию, не выявлялось. После бальнеотерапии у 15 пациенток наблюдалось уменьшение тела матки пальпаторно на 1 нед., а у остальных в среднем на 0,5 недели; значительно улучшилась консистенция, уменьшились уплотнения в толще миометрия; шероховатость поверхности. Безболезненность тела матки после лечения уменьшалась у всех женщин. У 47,5% пациенток второй группы и 42,5% первой исходно определялась неоднородность, шероховатость и болезненность крестцово-маточных связок и позадицервикальных образований. После полученного лечения только у больных первой группы наблюдалась сглаженность шероховатости позадишеечных образований, значительное уменьшение болезненности. При ультразвуковом исследовании не было заметных изменений размеров матки и эндометриальных очагов, изменений структуры миометрия (неоднородность, мозаичность структуры миометрия, чередование эхопозитивных и эхонегативных структурных участков с неровными «рваными», четко очерченными контурами) после гормонотерапии, что коррелировало с данными, полученными при бимануальном исследовании. После бальнеотерапии у 37,5% женщин отмечалось уменьшение размеров матки на 1 нед., уменьшались неоднородность и мозаичность структуры миометрия, размеры эндометриальных очагов, появлялась «разреженность» их структуры. Превышение размеров матки по отноше-

* ФГУ «Пятигорский государственный НИИ курортологии Росздрава», 357500 г. Пятигорск, пр. Кирова, 30; конт. т. 8(8793)-33-83-18