

9. An electromyographic investigation of masticatory muscles symmetry in normo-occlusion subjects / V. F. Ferrario, C. Sforza, A. Colombo, V. Ciusa // J. Oral Rehabilitation. – 2000. – № 27. – P. 33–40.

10. Slavicek R. The Masticatory Organ: Functions and Dysfunction / R. Slavicek. – Klosterneuburg: Gamma Med. – wiss. Fortbildungen – AC, 2002. – 348 p.

Поступила 24.04.2010

З. А. ГУЗЕЕВА, Л. В. ЦАЛЛАГОВА, Л. М. МИРЗАЕВА, Л. С. ПОПОВА

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТОЗОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 362025, PCO – Алания, г. Владикавказ, ул. Кирова, 56, тел. 8672-53-95-25*

Работа выполнена на основании обследования и лечения 102 родильниц с гестозом. Показано, что общая магнитотерапия является эффективным методом лечения и реабилитации пациенток с гестозом в послеродовом периоде, улучшает показатели гемостаза, центральной и церебральной гемодинамики.

Ключевые слова: гестоз, послеродовой период, общая магнитотерапия, гемодинамика, реабилитация.

Z. A. GUZEYeva, L. V. TSALLAGOVA, L. M. MIRZAEVA, L. S. POPOVA

INFLUENCE OF COMMON MAGNITOTHERAPY ON HAEMODYNAMICS` INDICES AMONG PATIENTS WITH GESTOSIS IN POST-NATAL PERIOD

Department of Obstetrics and Gynaecology

*North-Ossetian State Medical Academy, Russian Health Service,
Russia, 362025, Alaniya, Vladikavkaz, Kirova str., 56, tel. 8672-53-95-25*

Research work is carried out of examination and treatment of 102 patients in birth with gestosis. It is shown that common magnetotherapy is a very effective method of treatment and rehabilitation of patients with gestosis in puerperal period, improves haemostaz indices, central and cerebral haemodynamics.

Key words: gestosis, puerperal period, common magnetotherapy, haemodynamics, rehabilitation.

Родоразрешение или прерывание беременности при гестозе не является окончательным решением проблемы. Интенсивная терапия во время беременности улучшает исходы родоразрешения, но существенно не влияет на клинико-физиологические, биохимические и нефрологические изменения при тяжелых гестозах в послеродовом периоде и не определяет его отдаленных последствий для женского организма [1, 2, 3]. Последствия перенесенных тяжелых форм гестоза проявляются не только в раннем послеродовом периоде, но и в последующие годы жизни женщины, прежде всего это касается функции головного мозга, печени и сердца, что нередко приводит к развитию полиорганной недостаточности [2, 3, 5]. Сложившаяся ситуация настоятельно требует разработки вопросов реабилитации родильниц, перенесших поздний гестоз, с использованием новых современных технологий, учитывающих особенности патогенеза этого состояния, направленных на достижение длительного терапевтического эффекта, снижение медикаментозной нагрузки на организм женщин и улучшение качества их жизни [2, 6]. Патогенетическим обоснованием к применению общей магнитотерапии (ОМТ) в комплексном лечении осложнений гестоза явились доказательства его положительного влияния на церебральное кровообращение и микроциркуляцию, антисвертывающую систему,

периферическое сопротивление сосудов и напряжение миокарда, иммуномодулирующее и седативное действие [5].

Цель исследования – изучить влияние ОМТ в комплексном лечении на показатели центральной и церебральной гемодинамики, гемостаза у родильниц, перенесших среднетяжелые и тяжелые формы гестоза.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на основании обследования и восстановительного лечения 102 родильниц с гестозом в послеродовом периоде.

Возраст обследованных женщин составил в среднем $28,2 \pm 5,2$ года, из них 9,8% относились к категории юных первородящих, а 21,6% были старше 35 лет. В 60,8% случаев гестоз был сочетанным, развившимся на фоне заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной систем, заболеваний почек. Средняя продолжительность гестоза у 74,5% женщин составила $5,2 \pm 0,8$ недели. Степень тяжести гестоза оценивалась по шкале Goukke в модификации Г. М. Савельевой и находилась в пределах 8–13 баллов (среднетяжелая и тяжелая формы заболевания).

Методом рандомизации пациентки были разделены на 2 группы: основную – 70 женщин, которым наряду с традиционным медикаментозным лечением

в послеродовом периоде проводилась общесистемная магнитотерапия, и контрольную – 32 женщины, получавшие только медикаментозное лечение. У 20 родильниц с не осложненной гестозом беременностью для сравнения изучали исходные параметры кровообращения.

Оценка суточного графика АД проводилась методом суточного мониторирования АД (СМАД); состояние центральной гемодинамики исследовалось методом тетраполярной трансторакальной реографии, церебральной гемодинамики – методом транскраниальной доплерографии (ТКДГ). Состояние свертывающей системы и реологических свойств крови оценивали по показателям количества тромбоцитов, фибринолитической активности плазмы и содержания фибриногена. Оценка изучаемых гемодинамических показателей проводилась на 8–10-е сутки послеродового периода в акушерском стационаре и через 1–2 месяца в условиях женской консультации по окончании реабилитационных мероприятий.

Все пациентки основной группы получали комбинированную лекарственную терапию с учетом современных принципов лечения среднетяжелых и тяжелых форм гестоза в послеродовом периоде, способствующую нормализации функции ЦНС, артериального давления, системы гемостаза и др.

Процедура общей магнитотерапии проводилась с полным помещением пациентки в цилиндрический соленоид аппарата «ЭОЛ-Магнитотурботрон». Использовалось переменное, равномерно вращающееся вокруг продольной оси пациента МП частотой 100 Гц. Курс ОМТ состоял из 10 процедур длительностью 15–20 минут. Индукция магнитного поля согласно рекомендациям В. С. Улащика и др. (2005) подбиралась индивидуально. При уровне артериального давления, измеряемого перед процедурой, до 139/89 мм рт. ст. индукция магнитного поля составляла 1,0–1,1 мТл, при АД от 139/89 мм рт. ст. до 159/99 мм рт. ст. – 2,1–2,7 мТл, при АД 160/100 мм рт. ст. и выше – 3,0–3,1 мТл.

Статистическую обработку данных осуществляли на персональном компьютере с помощью программы «Statistica» с определением средних значений (M), ошибки средней (m), критерия достоверности Стьюдента (t) и уровня значимости (p).

Результаты исследования и их обсуждение

Воздействие ОМТ хорошо переносилось больными. После 1-й процедуры у 42,9% пациенток основной группы наблюдали уменьшение или исчезновение головной боли, на 4–5-й процедуре у 84,3% пациенток этой группы уменьшались раздражительность, тревожность, улучшался сон. По окончании курсового комплексного лечения с использованием системной магнитотерапии статистически достоверным было снижение выраженности жалоб на головную боль, головокружение ($p < 0,01$), общее недомогание и боли в области сердца ($p < 0,05$), нарушение сна ($p < 0,05$), а также на плохое настроение, чувство тревоги и ухудшение памяти ($p < 0,01$). В контрольной группе, получавшей медикаментозную терапию, отмечено некоторое снижение выраженности по большинству оцениваемых показателей, но достоверно уменьшились лишь жалобы на головную боль ($p < 0,05$). Проведенная терапия в обеих группах оказала благоприятное влияние на психоэмоциональный статус женщин в послеродовом периоде. Однако в основной группе отмечалась более выраженная положительная динамика в оценке женщина-

ми с последствиями гестоза своего состояния. После лечения ОМТ не выявлено пациенток с низкой оценкой самочувствия, активности, настроения, тогда как в контрольной группе после лечения дали низкую оценку самочувствию 37,5% пациенток, настроению – 43,8%.

Общая магнитотерапия способствовала значительному потенцированию антигипертензивной терапии у родильниц с последствиями позднего гестоза. В процессе динамического наблюдения можно отметить снижение АД уже после первых процедур ОМТ: систолическое давление (САД), измеренное до и после процедуры, снижалось с $142,2 \pm 2,3$ до $120,0 \pm 3,4$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), диастолическое артериальное давление (ДАД) – с $91,4 \pm 1,8$ до $81,2 \pm 2,0$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Количество лекарственных препаратов и кратность их введения у 50 (71,4%) больных, получавших ОМТ, к концу курса лечения уменьшились в 2 раза.

После курсового лечения в основной группе по данным суточного мониторирования АД (СМАД) отмечено достоверное снижение средних значений САД за день на 11,1% (с $144,2 \pm 2,8$ до $128,2 \pm 3,0$ мм рт. ст., $p < 0,01$) и за ночь – на 9% (с $146,0 \pm 2,2$ до $130,0 \pm 1,8$ мм рт. ст., $p < 0,05$). В контрольной группе на фоне медикаментозной терапии динамика среднесуточных значений САД составила 5,4 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Средние значения дневного ДАД достоверно снизились у женщин основной группы с $92,8 \pm 1,8$ до $82,7 \pm 1,2$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), в контрольной группе динамика среднесуточного ДАД была незначительной. Общесистемная магнитотерапия оказала нормализующее влияние на вариабельность САД и ДАД в дневное и ночное время. Вариабельность САД днем снизилась на 21,7% (с $17,48 \pm 0,04$ до $12,76 \pm 0,08$ мм рт. ст., $p < 0,05$), ночью – на 26,1% (с $14,6 \pm 2,2$ до $10,8 \pm 0,8$ мм рт. ст., $p > 0,05$). Процент снижения ДАД днем составил 25% (с $14,4 \pm 0,8$ до $10,8 \pm 1,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$), ночью – 25,4% (с $13,4 \pm 0,9$ до $10,0 \pm 0,6$ мм рт. ст., $p < 0,05$). В контрольной группе достоверного снижения вариабельности АД не отмечено.

Включение системной магнитотерапии в восстановительное лечение родильниц с гестозом в послеродовом периоде усилило положительное влияние медикаментозной терапии на показатели гемостаза. Достоверно увеличилось количество тромбоцитов – на 21,4% ($p < 0,05$), снизился уровень гематокрита – на 20,1% ($p < 0,05$) и фибриногена и достоверно ($p < 0,05$) увеличился спонтанный фибринолиз – на 26,4%, в то время как в контрольной группе динамики в показателях гематокрита и спонтанного фибринолиза не наблюдалось. Достоверно быстрее (через 5 дней) снизился протромбиновый индекс, снижение концентрации РФМК в плазме крови произошло на 32,8%.

Включение ОМТ в реабилитационные мероприятия привело к улучшению показателей центральной и церебральной гемодинамики. Исходный фон у родильниц с последствиями перенесенного гестоза со среднетяжелым и тяжелым течением на 8–10-е сутки после родов характеризовался существенными изменениями центральной гемодинамики с преобладанием гиподинамического типа кровообращения (у 68,6%). При оценке ЧСС у пациенток основной группы на фоне медикаментозной терапии и курса ОМТ отмечено снижение ЧСС спустя 1 месяц наблюдения на $7,2 \pm 0,8$ уд. в мин ($p < 0,05$). Полученный результат регистрировался до 6 месяцев от исходных данных. У пациенток контрольной группы снижение ЧСС зарегистрировано только спустя 3 месяца на $5,8 \pm 0,4$ уд. в мин. По окончании

комплексного лечения с использованием системной магнитотерапии наблюдалось достоверное снижение коэффициента интегральной тоничности (КИТ) с $83,4 \pm 1,2$ до $74,1 \pm 0,8$ у. е. ($p < 0,05$) и общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) с $1494,2 \pm 35,2$ до $1244,2 \pm 32,4$ (дин $\times$ с $\times$ см $^{-5}$) ($p < 0,05$); увеличение ударного индекса (УИ) с $32,2 \pm 0,8$ до $43,2 \pm 1,2$ мл/м 2 и систолического индекса (СИ) с $2,62 \pm 0,28$ до $3,24 \pm 0,24$ л/мин/м 2 ($p < 0,05$).

Включение ОМТ в комплексное лечение родильниц с гестозом привело по данным ТКДГ к значимому улучшению показателей мозгового кровотока у 82,3% больных. Определялись достоверное ($p < 0,05$) усиление систолической (с $88,54 \pm 7,12$ до $100,84 \pm 12,43$ см/с) и средней скорости (с $52,44 \pm 3,02$ до $63,12 \pm 12,04$ см/с) кровотока в средних мозговых артериях, повышение уровня индекса резистентности (с $0,51 \pm 0,07$ до $0,55 \pm 0,04$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что общесистемная магнитотерапия повышает эффективность медикаментозного лечения женщин с тяжелыми формами гестоза в послеродовом периоде, положительно влияет на показатели гемодинамики, снижает лекарственную нагрузку на организм родильницы. Полученные данные позволяют рассматривать ОМТ как эффективный метод восстановительного лечения и профилактики отдаленных последствий гестоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Мозговая Е. В. Гестоз: теория и практика. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Венцовский Б. М., Запорожан В. Н., Сенчук А. Я., Скачко Б. Г. Гестозы: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 312 с.
3. Васильева З. В., Тягунова А. В. и др. Отдаленные последствия и реабилитация женщин, перенесших тяжелые формы гестоза // Рос. вестник акушера-гинеколога, 2000. – № 1. – С. 24–26.
4. Куликов А. Г., Сергеева Г. М. Клиническое применение общей магнитотерапии // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2008. – № 3. – С. 40–44.
5. Мазурская Н. М., Федорова М. В. и др. Особенности изменений показателей гемодинамики у пациентов с гестозом в послеродовом периоде // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2001. – № 4 (6). – С. 56–58.
6. Сидоренко В. Н. Эффективность лечебного действия неинвазивной гемомангнитотерапии у родильниц с гестозом // Медицинский журнал. – БГМУ, 2007. – № 3. – С. 84–88.
7. Улащик В. С., Золотухина Е. И., Хапалюк А. В. Общая низкоинтенсивная магнитотерапия в комплексном лечении больных артериальной гипертензией // Вопросы курортотол. – 2005. – № 3. – С. 17–20.

Поступила 27.04.2010

**М. Т. ДИДИГОВ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР², Г. К. КИРИПИДИ¹, Е. С. БАБЕНКО¹,
О. Ю. КЛЮЧНИКОВ¹, А. В. КУРИЛОВ¹, В. А. КЕШИШЯН¹**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

¹Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
муниципальное учреждение здравоохранения
Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи;
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы 14;
²кафедра хирургии № 1 Кубанского государственного медицинского университета,
Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение
«Городская клиническая больница № 2»,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.
E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Обобщен опыт хирургического лечения 112 больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом язвы двенадцатиперстной кишки. 82 пациентам выполнена радикальная дуоденопластика как первый этап хирургического лечения, направленный на восстановление моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка. Вторым этапом после дополнительного обследования производилась селективная проксимальная ваготомия как антацидная операция. 30 больным выполнена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Проведена сравнительная оценка способов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза, проанализированы ранние послеоперационные осложнения и отдаленные патологические синдромы.

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение.

**M. T. DIDIGOV¹, V. M. DURLSHTER², G. K. KARIPIDI¹, E. S. BABENKO¹,
O. Y. KLIUCHNIKOV¹, A. V. KURILOV¹, V. A. KESHISHIAN¹**

SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED CICATRICAL-ULCERATIVE STENOSIS OF DUODENAL ULCER

¹Department of Hospital Surgery with the course of Urology, Kuban State Medical University,
Russia, 350000, Krasnodar, st. 40 e Pobedy, 14;
Municipal Health Krasnodar city clinical hospital ambulance;