

УДК 615.838:618.1-053.6

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ В
ЗДРАВНИЦАХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
БИОХИМИЧЕСКИХ И
ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Крутова Виктория Александровна – к.м.н.
*Базовая акушерско-гинекологическая клиника
Кубанского Государственного Медицинского
университета, Краснодар, Россия*

Быков Анатолий Тимофеевич – д.м.н., профессор
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Гордон Кирилл Владиславович - д.н.м., профессор
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Ермаков Борис Анатольевич - д.м.н.
*Сочинский Государственный Университет
туризма и курортного дела, Сочи, Россия*

В работе представлены результаты исследования эффективности санаторно-курортного лечения гинекологических больных с нарушениями менструальной функции. Показана целесообразность активного использования курортного потенциала внутренних и федеральных курортов Краснодарского края для проведения немедикаментозной коррекции показателей биохимического и иммунологического статуса на фоне медицинской реабилитации девушек-подростков с нарушениями менструальной функции.

Ключевые слова: МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА, КУРОРТЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

UDC 615.838:618.1-053.6

**THE EFFICACY OF NON-DRUG THERAPY OF
BIOCHEMICAL AND IMMUNOLOGICAL
INDICES IN GYNECOLOGIC PATIENTS AT
KRASNODAR KRAI HEALTH RESORTS**

Krutova Viktoria Aleksandrovna - MD
*Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia
Basic obstetric-gynecology clinics*

Bykov Anatolii Tymofeevich – MD, prof.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Gordon Kirill Vladislavovich – MD, prof.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Ermakov Boris Anatolievich, MD
*Sochi State University of tourism and health resort,
Sochi, Russia*

The results of health resort treatment of gynecologic patients with menstrual functional disturbances were demonstrated. The efficacy of this treatment for non-drug correction of biochemical and immunological indices combined with medical rehabilitation of female pubertants is shown.

Key words: UTERINE HEMORRHAGE IN PUBERTANT PERIOD, KRASNODAR KRAI RESORTS, MEDICAL REHABILITATION

Нарушения менструальной функции вышли на 2 место среди патологии репродуктивной системы у женщин юного возраста [2, 3]. При этом во многих случаях дебют заболевания приходится на пубертатный период [6]. Частота выявления маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) по данным профилактических осмотров колеблется от 16,6 до 48,1% в различных федеральных округах и составляет половину всех случаев нарушений менструального цикла у девочек и подростков [2,4]. В основе этиопатогенеза данной патологии лежат в том числе и проявления различных экстрагенитальных заболеваний с присущими им нарушениями в биохимическом и иммунологическом статусах [3].

Существующая система оказания медицинской помощи пациенткам с МКПП состоит из двух этапов: лечения в период кровотечения и профилактики рецидива заболевания [3,5]. Как на первом, так и на втором этапах проводится гормональная терапия дозы и продолжительность, которой, определяются типом кровотечения, степенью анемизации пациентки и, несмотря на соблюдение всех классических постулатов в лечении пациенток с МКПП, частота рецидивов остается достаточно высокой. Проблема полноценной санаторно-курортной реабилитационной терапии у пациенток с МКПП, как самостоятельного этапа терапии, является залогом профилактики развития стойких нарушений функции репродуктивной системы.

В состав курортов Краснодарского края входят приморские, степные и горные здравницы Кубани. Спектр природных физических лечебных факторов представлен уникальными климатическими факторами, создающими условия для талассо-, аэро и гелиотерапии, лечебными грязями (сопочные, иловые, торфяные), разнообразными источниками лечебных вод (сероводородные, азотно-кремнистые, углекислые, хлоридные, натриевые воды) [7]. Материально-техническая база санаторно-курортных учреждений федеральных (Анапа, Горячий Ключ,

Сочи) и внутренних (Апшеронский район, Ейск, Лабинск, Хадыженск и др.) курортов Кубани позволяет проводить дифференцированную в зависимости от гормонального статуса медицинскую реабилитацию девушек-подростков с патологией репродуктивной системы [1, 7].

Целью исследования явилась разработка и апробация дифференцированных, в зависимости от показателей гормонального статуса, методик медицинской реабилитации больных с МКПП на санаторно-курортном этапе лечения в здравницах Кубани.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения гинекологии детского и подросткового возраста Базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета. После исключения органической природы маточного кровотечения под наблюдением находилось 90 пациенток с МКПП (таблица № 1). Группа диспансерных больных, составивших основную группу исследования (n=60), получала дополнительно к стандартному комплексному лечению МКПП курс немедикаментозной медицинской реабилитации на базе здравниц федеральных и внутренних курортов Краснодарского края, который включал дифференцированное в зависимости от особенностей гормонального статуса применение ЛФК, диетотерапии, природных (климато- и бальнеотерапия, пелоидотерапия, питьевые режимы приема минеральных вод) и преформированных (транскраниальная электростимуляция, КВЧ-терапия на БАТ акупунктуры) физических лечебных факторов с целью профилактики рецидивов нарушения менструальной функции, восстановительной коррекции состояния репродуктивной системы и лечения сопутствующей экстрагенитальной патологии. Пациентки (n=30), состоящие под диспансерным наблюдением после эпизодов МКПП и проходящих лечение по существующим Стандартам (витаминотерапия, гормональное лечение), составили контрольную группу исследования.

Таблица 1 - Общий объем проведенных исследований

Методы исследования		Количество обследованных	Количество исследований
Клинический	- сбор анамнестических данных	90	90
	- определение индекса массы тела, типа сложения, степени оволосения	90	90
	- оценка гинекологического статуса	90	187
Лабораторно-диагностический			
Гормональный	- определение в плазме крови концентрации гормонов (ПРЛ, Т, ДЭА-С, Е2, ЛГ, ФСГ, 17-ОП, Пр., ТТГ)	90	1620
Ультразвуковой	-ультразвуковой мониторинг	90	270
рентгенологический	- рентгенография черепа и турецкого седла	34	34
	- компьютерная томография	8	8
	- магнитно-резонансная томография	2	2
эндоскопический	- гистероскопия	3	3
	- вагиноскопия	90	90
патоморфологический	- гистологическое исследование удаленных тканей	3	3

В ходе исследования были применены стандартные клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. Всем больным проводилось эхографическое исследование органов малого таза с цветовым доплеровским картированием при помощи прибора «Аюка 4000», с абдоминальным, трансвагинальным или трансректальным датчиками (3,5 и 6,0 МГц). Измеряли размеры матки и яичников, величину срединного М-эха, подсчитывали объем яичников. Обязательным скрининговым методом являлась оценка состояния шейки матки и влагалища с помощью вагиноскопии (вагиноскоп Olympus OCS 500). В

основной и контрольной группах наблюдения исследовали микробиоценоз влагалища для выявления инфекций, передаваемых половым путем. Уровни гипофизарных гормонов (ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактина), андрогенов (ДГЭА-S, тестостерона), тиреоидных и яичниковых гормонов были изучены с применением метода иммуноферментного анализа.

При статистической обработке данных использовался пакет программ STATISTICA for Windows 5.0 Stat-Soft, включавший расчет средних значений и их ошибок с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Пациенткам основной и контрольной групп проводились стандартные два этапа терапии (стационарный и амбулаторно-поликлинический) по классической схеме ведения пациенток с МКПП. Кровотечение у всех пациенток было остановлено на 1-3 день от начала терапии, в условиях стационара. Все пациентки переведены на второй этап лечения МКПП-коррекция менструального цикла, которая проводилась в течении 6-ти месяцев, включала в себя: гормонотерапию, витаминотерапию и метаболические средства, антианемическую терапию, лечение у невролога и эндокринолога по показаниям. Гормонотерапия назначалась с учетом выделенного типа МКПП.

Для пациенток основной группы наблюдения дополнительным - третьим этапом комплексного лечения МКПП явились медицинская реабилитация и восстановительное лечение в санаторно-курортных условиях. Санаторно-курортный этап включал модифицированные варианты климатотерапии, пелоидотерапию (для больных с гипоэстрогенией), процедуры общей бальнеотерапии и питьевые режимы приема местной лечебной минеральной воды (дифференцированные в зависимости от гормонального статуса девушки и особенностей характера курортных ресурсов лечебных местностей – баз исследования), диетотерапию, занятия ЛФК, 5 процедур транскраниальной

электростимуляции по 30 минут на сеанс, в последующие 10 дней больные получали КВЧ-терапию на БАТ акупунктуры. Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) головного мозга осуществлялась при помощи электростимулятора транскраниального импульсного биполярного «Трансаир-01», силой тока до 2мА, по 30 мин. на сеанс, на курс 10 процедур. КВЧ-терапия с длиной волны 5,6 мм, проводилась на органоспецифические зоны на передней брюшной стенке, имеющие рефлекторную связь с маткой и ее придатками (акупунктурные БАТ – R12 и внемеридианная точка ВМ-46, симметрично), общее время процедуры 20 минут, на курс – 10 процедур.

Лечебный комплекс у больных основной группы проводился на фоне умеренно-интенсивного (щадяще-тренирующего) режима физической активности, лечебной гимнастики и климатотерапии в виде: морских купаний (при T морской воды не ниже 18-20⁰С – 3-4 мин.; 21-23⁰С – 4-6 мин; 24-26⁰С – 15-25 мин.), воздушных ванн (при ЭЭТ не ниже 17 до 20 мин.; при ЭЭТ 19-20 до 30 мин.; при ЭЭТ 21-22 до 60 мин.; при ЭЭТ выше 23 – не ограничиваются), солнечных ванн (суммарной радиации от 1\4 до 2 биодоз с постепенным достижением пигментации кожи), которые зимой заменялись общими ультрафиолетовым облучением в зимнем аэрофотарии и плаванием в бассейне. Лечебная физкультура по методикам В.В. Абрамченко и В.М. Болотских (2007) рекомендовалась пациенткам на амбулаторно-поликлиническом и санаторно-курортном этапах, а также в дальнейшие периоды по основному месту жительства.

Результаты исследований. Донозологические психо-эмоциональные нарушения (астено-невротический и ипохондрический синдромы, нарушения темпов сенсомоторных реакций и кратковременной памяти) в ходе проведенного исследования были выявлены у 92,6% обследованных; изменения функциональной активности вегетативной нервной системы (субпороговое истощение симпато-адреналовой системы и

парасимпатикотония, снижение эффективности эрготропных влияний) - у 91,5% больных. По показателям гормонограммы пациентки основной и контрольной групп разделились на три группы: гипоестрогенный тип кровотечения был диагностирован у 11,1% пациенток, нормоэстрогения - 37,8% случаев, гиперэстрогения у 51,1% больных. Латентно протекающие нарушения функциональной активности щитовидной железы и надпочечников (йододефицитные состояния, латентный гипотиреоз, гиперандрогения) были диагностированы в 12,9% случаев. Широко была распространена и экстрагенитальная патология – лидировали функциональные и морфологические нарушения со стороны органов пищеварительной системы (хронические гастриты с различными вариантами секреторной активности желудка, дискинезия желчевыводящих путей, спастические запоры, дисбактериоз), которые диагностировались у 42,6% обследованных. Вышеназванное обусловило присоединение к стандартным схемам лечения МКПП комбинированного применения природных и преформированных физических лечебных факторов курортов Краснодарского края, по методикам дифференцированным в зависимости от специфики лечебных курортных факторов, особенностей гормонального фона и уровней защитно-приспособительных механизмов гомеостаза девушек.

Пациентки основной группы наблюдения были направлены на санаторно-курортное лечение с целью проведения этапа медицинской реабилитации, во время которого были использованы природные и преформированные физические факторы. Целью их применения явилась восстановительная коррекция, как показателей репродуктивной системы, так и проявлений выявленной у девушек экстрагенитальной патологии.

Выбор здравниц Краснодарского края, в которые направлялись больные, проводился дифференцированно в зависимости от характера используемых на их базах лечебных факторов и присущих им механизмов

воздействия на функциональную активность яичников. Пациенткам с гипоестрогенией было рекомендовано применение иловых грязей Ханского озера и Ясенского месторождения (Бейсугский лиман) и слабосульфидных хлоридно-натриевых вод курорта Ейск, а также общей бальнео- (минеральные воды скважин № 1-Л-бис и № 2-Л) и пелоидотерапии, при которой используются грязи Тамбуканских болот, на курорте Лабинск; при нормоэстрогении использовались минеральные воды (скважины № 32/2 и №4) курорта Горячий ключ; при гиперэстрогении использовались ейские и горячеключевские (скважина № 103/2) йодобромные воды, а также курортные факторы Апшеронского района и Хадыженска. На курорт Анапа направлялись пациентки с МКПП с различными вариантами гормонального статуса.

Результаты лечения. У больных с МКПП, проходивших в 2005-2010 годах медицинскую реабилитацию на базе ЛПУ и здравниц курортов Краснодарского края, отмечалась нормализация психо-вегетативного фона и уровней адаптационных реакций у 87% больных, у 93,7% обследованных диагностировалась нормоэстрогения, и только у 6,3% больных после лечения уровни эстрогенов превышали возрастные нормальные границы. В контрольной группе наблюдения у 33,3% обследованных показатели гормонального фона выходили за референтные границы. Успешная восстановительная коррекция донозологических патологических экстрагенитальных синдромов и компенсация имевшихся у больных с МКПП сопутствующих заболеваний органов дыхания, пищеварительной системы и обмена веществ, сопровождалось позитивной динамикой биохимических и иммунологических показателей (таблицы 2 и 3).

Таблица 2 - Динамика основных биохимических показателей на фоне лечения у больных основной и контрольной групп

Показатели и их нормальные значения	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=60)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий белок	55,9±0,9	70,8±1,2	62,8±0,3	76,8±1,4
Холестерол 3,10-5,70 ммоль/л	7,67±0,54	6,34±0,35	7,67±0,54	5,67±0,84
Триглицериды 0,40-1,71 ммоль/л	2,09±0,13	2,01±0,94	2,19±0,13	1,49±0,39
Общий билирубин 2,0-21,0 мкмоль/л	26,7±2,45	17,7±0,35	23,7±1,45	12,7±2,45
Свободный билирубин 2,0- 8,0 мкмоль/л	5,39±0,33	5,11±0,44	4,89±0,73	3,49±0,28
АСТ 5,0-31,0 Ед\л	35,9±3,56	32,9±1,46	36,2±2,56	22,1±1,46
АЛТ 5,0-31,0 Ед\л	41,7±2,67	31,7±1,57	39,7±2,07	23,7±1,07
Щелочная фосфатаза 80-320 мкмоль/л	230,8±5,05	295,2±7,98	265,4±3,97	530,9±6,98
АСТ/АЛТ 0,90-1,70	0,85±0,01	0,82±0,01	0,91±0,02	0,94±0,01
Кальций общий 2,5-2,87 ммоль/л	2,7±0,08	2,3±0,5	1,9±0,05	1,8±0,5
Кальций ионизированный 1,1-1,35 ммоль/л	0,91±0,08	1,78±0,98	1,2±0,09	19,1±0,98
Железо сыворотки 9,3-33,6 мкмоль/л	9,8±0,05	12,2±0,98	10,8±0,97	24,9±0,98
Магний 0,78-0,99 ммоль/л	0,65±0,06	0,87±0,98	0,88±0,06	0,78±0,87

Анализ динамики биохимических показателей указывал, что в основной группе наблюдения отмечался более выраженный рост уровня общего белка, нормализация показателей, характеризующих состояние гепатобилиарной системы, большие темпы восстановления концентрации железа сыворотки, ионизированного кальция и магния, что свидетельствовало о более благоприятной динамике восстановления обменно-метаболических процессов в организме подростков. Подтверждением этого явился и рост показателей щелочной фосфатазы,

отражающей в подростковом возрасте активность костной ткани, связанную с физиологическим ростом.

Таблица 3 - Динамика иммунологических показателей на фоне санаторно-курортного лечения у пациенток основной группы и у пациенток контрольной группы после второго этапа лечения маточных кровотечений пубертатного периода

Показатели	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (n=60)
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	$\frac{12,49 \pm 0,60}{9,46 \pm 0,30}$	$\frac{13,16 \pm 0,67}{6,09 \pm 0,44}$
Лимфоциты	$\frac{19,38 \pm 1,55^*}{24,20 \pm 3,55}$	$\frac{18,21 \pm 1,49^{**}}{27,38 \pm 1,97}$
CD3+-лимфоциты (Т-лимфоциты)	$\frac{25,0 \pm 1,2\%^*}{29,0 \pm 1,4\%}$	$\frac{24,9 \pm 1,4\%^{**}}{35,0 \pm 1,2\%}$
CD20+-лимфоциты (В-лимфоциты)	$\frac{7,7 \pm 0,6\%}{9,0 \pm 1,8\%}$	$\frac{7,6 \pm 0,4\%^{**}}{11,0 \pm 1,4\%}$
CD4+-лимфоциты (Т-хелперы)	$\frac{15,0 \pm 1,2\%^*}{19,0 \pm 1,7\%}$	$\frac{15,4 \pm 0,7\%^{**}}{23,5 \pm 1,2\%}$
CD8+ -лимфоциты (Т-супрессоры)	$\frac{12,5 \pm 0,6\%^*}{15,0 \pm 1,3\%}$	$\frac{12,1 \pm 0,3\%^{**}}{17,0 \pm 1,2\%}$

Примечание: в числителе – результаты до гормонального лечения, в знаменателе – после курса восстановительного лечения; при * - $p < 0,01$, при ** - $p < 0,001$.

Результаты иммунологического исследования указывали на более благоприятную динамику показателей в основной группе наблюдения, что выразилось в уменьшении количества лейкоцитов, восстановлении уровня лимфоцитов, чья концентрация характеризовала не только иммунный статус, но и уровни адаптационных реакций, оптимизации соотношения субпопуляций Т-лимфоцитов.

Результаты диспансерного наблюдения больных указывали, что после санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации, проведенного на базах исследования, наряду с нормализацией менструальной функции, у девушек отмечалось снижение частоты (в

среднем по различным вариантам нозологических форм в $2,3 \pm 0,034$ раза), а также степени выраженности сопутствующей (заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и пр.) экстрагенитальной патологии.

Протокол сопровождения пациенток с МКПП по классической схеме соблюдался полностью, но рецидивы МКПП имели место во всех группах, наблюдаемых пациенток. Среди больных с гипоестрогенным типом МКПП рецидив кровотечения был у 1 пациентки, что составило 10,0%; у больных с МКПП нормоэстрогенного типа рецидивы были отмечены в 8 случаях (23,5%), при гиперэстрогенном типе рецидив отмечался у 12 человек (26,1%). Таким образом, из всех пролеченных пациентов у 21 человека (23,3%), отмечались рецидивы МКПП. При этом число пациенток с рецидивами нарушений менструальной функции в контрольной группе было в 4,25 раза больше, чем у пациенток основной группы наблюдения (17 и 4 пациентки соответственно).

Заключение. Среди девушек-подростков, страдающих МКПП достаточно широко распространена экстрагенитальная патология, что предопределяет необходимость ее лечения параллельно с коррекцией нарушений менструальной функции, что обуславливает актуальность широкого применения различных технологий восстановительной медицины. Представляется целесообразным ввести в Стандарты лечения девушек-подростков третий (санаторно-курортный) этап лечения МКПП, что позволит существенно снизить частоту рецидивов нарушения менструальной функции. Приоритетное использование здравниц внутренних курортов Кубани обусловлено близким расположением санаториев к месту постоянного жительства, что создает благоприятный эмоциональный фон лечения. Пребывание в санатории не влечет за собой крупных материальных затрат родителей пациентки, тем самым даже в эпоху кризиса, пребывание ребенка в санатории может позволить себе

любая среднестатистическая российская семья. Отсутствие необходимости в переезде в другие климато-географические зоны облегчает течение акклиматизации и снижает частоту возможных физиобальнеореакций и обострений экстрагенитальных заболеваний.

Литература

1. *Боголюбов В.М.* Физиотерапия и курортология.- М.: изд-во «Бином», 2008.- С. 408.
2. *Веселова Н.М.* Оценка эффективности различных методов регулирующей терапии девочек подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода. // «Проблемы репродукции»: материалы первого международного конгресса по репродуктивной медицине.- М.: Медиа Сфера, 2006.-С.38-39.
3. *Гуркин Ю.А.* Детская и подростковая гинекология. – Москва: МИА, 2009.- С.560.
4. *Дебольская А.И., Веселова Н.М.* Некоторые спорные вопросы классификации, этиологии и патогенеза маточных кровотечений пубертатного периода. //Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2006, №1.-С.28-32.
5. *Уварова Е.В., Веселова Н.М.* Маточные кровотечения пубертатного периода (междисциплинарное решение гинекологической проблемы)// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2005.-№3.- С.30-38.
6. *Уварова Е.В., Веселова Н.М.* Обоснование выбора гестагенов для лечения маточных кровотечений пубертатного периода. //Российский вестник акушера-гинеколога-2005.-Т.5, №2.- С.61.
7. *Холопов А.П., Шашель В.А., Перов Ю.М., Настенко В.П.* Грязелечение.- Краснодар: Периодика Кубани 2002.- С. 284.