

пии и УЗИ гениталий. В то же время в работе подтверждена необходимость локального деструктивного воздействия на шейку матки при вирус-индуцированных патологических процессах шейки матки, несмотря на проводимое противовирусное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебнева, Т.Н. Папилломовирусная инфекция и патология шейки матки / Т.Н. Бебнева, В.Н. Прилепская // Гинекология. - 2001. - Т.3, №3. - С. 77-81.
2. Вершинина, О.В. Опыт применения Лавомакса и Йодоксиды при лечении поражений шейки матки вирусом папилломы человека высокого онкогенного риска / О.В. Вершинина // Лавомакс в клинической практике: сб. статей. - М.: МДВ. - 2007. - С. 89-91.
3. Зекореева, З.М. Коррекция гормонального фона при гиперэстрогенных состояниях у больных с эктопиями шейки матки / З.М. Зекореева, А.Б. Овсиенко // Владикавказский медико-биологический вестник. - 2012. - Т. XV. - № 23. - С. 82-85.
4. Овсиенко, А.Б. Анализ состояния влагалищного биотопа при отрицательных вариантах посткоитального теста / А.Б. Овсиенко, Л.В. Мелихова // Курортная медицина. - 2014. - №2. - С. 24-26.
5. Овсиенко, А.Б. Некоторые варианты медикаментозной терапии при папилломавирусной инфекции у больных с патологическими процессами шейки матки // Врач-аспирант. - 2015. - №1.2(68). - С. 228-233.
6. Полякова, В.А. Эффективность лечения патологии шейки матки радиохирургическим методом. / В.А. Полякова, И.А. Карпова, А.В. Захарова, В.В. Малофеева // Материалы Российского конгресса «Генитальные инфекции и патология шейки матки». - 2004. - С.70.
7. Снисаренко, Е.А. Опыт применения Лавомакса в комплексном лечении папилломавирусной инфекции / Е.А. Снисаренко, И.А. Коваленко // Лавомакс в клинической практике: сб. статей. М.: МДВ. - 2007. - С. 92-103.
8. Харитоновна, Л.И. Лейкоплакия шейки матки как ВПЧ-ассоциированное заболевание / Л.И. Харитоновна, Н.Ю. Мелехова, А.Н. Иванян // Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя». - М., 2005. - С. 533.
9. Boulanger, J.C. Epidemiology of HPV infection / J.C. Boulanger, H. Sevestre, E. Bauville et al. // Gynecol Obstet Fertil. - 2004. - Vol. 32. - P. 218-223.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИРОДНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ И ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА

Овсиенко А.Б., Новахова Ж.Д.

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск

При вирус-индуцированных патологических процессах шейки матки проведено двухэтапное лечение: на первом этапе - сочетанное лечение с использованием радоновых гинекологических орошений в качестве иммунокоррекции и противовирусного препарата лавомакс; на втором этапе радиохирургическое воздействие. Выявлена высокая эффективность противовирусного сочетанного лечения в отношении коррекции вагинальной среды и среды цервикального канала, уменьшению уровней показателей вирусных инфекций, улучшению данных бимануального исследования, кольпоскопии и УЗИ гениталий. По данным объективных исследований показана предпочтительность сочетания назначения противовирусного препарата лавомакс и иммуномодулирующего лечения, в качестве которого были использованы природные факторы - радоновые гинекологические орошения. Подтверждена необходимость локального деструктивного воздействия на шейку матки при вирус-индуцированных патологических процессах шейки матки, несмотря на проводимое противовирусное лечение.

Ключевые слова. Микробиоценоз влагалища, противовирусное лечение, радоновые гинекологические орошения, радиоволновое воздействие.

SUMMARY

THE COMBINED EFFECT OF THE NATURAL IMMUNE CORRECTION AND ANTIVIRAL MEDICATION IN THE THERAPY OF VAGINAL MICROBIOTIC DISORDER

Ovsienko A.B., Novahova Zh.D.

FSBI PSSRIRS FMBA of Russia, Pyatigorsk

There has been conducted a two-stage treatment under virus-challenged pathological cervical processes: at the first stage - the combined treatment using radon gynecological irrigations as immunocorrection, and antiviral drug "lavomaks"; at the second stage - radiosurgical treatment. We have revealed a high efficiency of combined antiviral treatment for the correction of vaginal and cervical environment, reduction of the levels of virus infections, improvement of bimanual examination analysis, colposcopy and genitalia ultrasound investigation. Objective studies show more preferable treatment: combination of anti-viral medication "lavomaks" and immunomodulating treatment the basis of which was natural factors - radon gynecological irrigation. There has been confirmed the need for a local destructive effect on the cervix in virus-challenged pathological cervical processes despite the providing antiviral treatment.

Key words: vaginal biocenosis, antiviral treatment, radon gynecological irrigation, radio-frequency impact

© Коллектив авторов
УДК 616.62-008.221

Емжуев К.Э., Черващенко Л.А.

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ НА ЖЕЛЕЗНОВОДСКОМ КУОРПТЕ

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск

Сведения об авторах

Емжуев Касим Эдуардович, аспирант научного отдела восстановительной урологии филиала Железноводская клиника ФГБУ ПГНИИК ФМБА России; elenasoboleva2005@yandex.ru
Черващенко Любовь Анатольевна, главный научный сотрудник научного отдела восстановительной неврологии Пятигорской клиники ФГБУ ПГНИИК ФМБА России; elenasoboleva2005@yandex.ru

Введение. Структуры вегетативной нервной системы (ВНС) играют ведущую роль в регуляции мочеиспускания как на сегментарном, так и на надсегментарном уровнях, в связи с чем выдвигается гипотеза, согласно, которой дисфункция ВНС может выступать в роли значимого

фактора в патогенетических механизмах гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП). На сегодняшний день в литературе существует небольшое количество работ, рассматривающих роль ВНС в рамках симптомокомплекса ГАМП [6]. Нарушения цикла сон-бодрствование, изменения на электроэнцефалограммах, типичные для вегетативной дисфункции, выявление гормонального дисбаланса позволяют косвенно судить о дисфункции ВНС [1].

Впервые метод кардиоинтервалографии (КИГ) при заболеваниях с нарушением функции мочеиспускания был предложен для оценки состояния ВНС у детей с ночным энурезом, обнаружив преобладание парасимпатической активации в этой группе пациентов [9]. В дальнейшем F. Blanc et al. (2001) [6] провели КИГ у женщин со стрессовой, смешанной и ургентной инконтиненцией в покое, выяснив, что общая вариабельность ритма сердца ниже при ургентном недержании. Подобные результаты были получены J.V. Choi et al. (2005) [7], которые обследовали 40 женщин с ГАМП и сравнили их с результатами обследования 130 здоровых женщин. Следующим шагом в функциональной оценке ВНС при ГАМП были исследования K. Hubeaux et al. (2007) [8], которые изучили КИГ при пустом мочевом пузыре и в момент искусственного заполнения мочевого пузыря во время уроцистометрии у 7 женщин со стрессовым недержанием и у 3 пациенток с ГАМП. У первых в ходе ретроградной цистометрии не наблюдалось изменения показателей, в то время как при ГАМП отмечалась повышение симпатической активации в конце заполнения мочевого пузыря, что являлось, по мнению исследователей, отражением тревоги во время удержания мочи.

Цель исследования. Разработать и научно обосновать методики коррекции вегетологических нарушений у женщин, страдающих гиперактивным мочевым пузырем, на этапе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Всем пациенткам проводили базовое обследование для исключения урологических заболеваний, способных вызвать ургентное и учащенное мочеиспускание: клинический анализ мочи, включающий исследование физических, химических свойств мочи и исследование осадка мочи, для исключения признаков воспаления в стенке мочевого пузыря, почках, инфекции нижних мочевыводящих путей; ультразвуковое сканирование почек и мочевого пузыря и уретроцистоскопию для исключения мочекаменной болезни и опухолей мочевого пузыря, урофлоуметрию для измерения скорости мочеиспускания. Всем пациенткам проведено исследование вегетативной нервной системы методом кардиоинтервалографии. При оценке неврологического статуса обращали внимание, прежде всего, на чувствительную сферу, двигательную активность, вегетативный статус. Кардиоинтервалография была проведена 60 пациенткам с ГАМП, исследования проводили при функциональной нагрузке на мочевой пузырь. Состояние вегетативной нервной системы оценивали на основании анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с использованием диагностического автоматизированного комплекса ЭЭГА-21-26 «Энцефалан-131-03» (Россия, НПКФ «Медиком МТД», г. Таганрог), регистрируя кардиоинтервалы в одном из стандартных отведений в положении лёжа на спине (фоновая проба - ФП) и стоя (активная ортостатическая проба - АОП, активный тилт-тест). По данным спектрального анализа ВСР определялись следующие показатели: высокочастотные колебания (HF%) частотой 0,15-0,40 Гц, отражающие активность парасимпатического кардиоингибиторного центра продолговатого мозга (колебания парасимпатического отдела ВНС); низкочастотные колебания (LF%) частотой 0,04-0,15 Гц, отражающие активность симпатических центров продолговатого мозга (кардиостимулирующий и вазоконстрикторный), реализующиеся через влияния симпатической и парасимпатической нервной системы, но преимущественно за счёт импульсов от верхнего грудного (звёздчатого) симпатического ганглия; очень низкочастотные колебания (VLF%) частотой 0,003-0,04 Гц, отражающие активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма, реализующиеся через изменения содержания в крови гормонов; общая мощность спектра (TP), отражающая суммарный эффект воздействия

на сердечный ритм всех уровней регуляции [5]. Количественно адаптационные и реабилитационные возможности организма оценивали по характеру вегетативной реактивности и общему уровню вегетативного обеспечения до и после проведения лечебных комплексов.

Изучена эффективность 3-х лечебных комплексов. Больные 1-й группы (30 чел.) получали углекислые минеральные ванны температурой 36-37°C, продолжительностью 10-15 минут, на курс 8 процедур и грязевые аппликации на тросиковую зону температурой 38-40°C, продолжительностью - 15 минут, на курс 8 процедур. Больные 2-й группы (30 чел.) получали бальнеопелоидотерапию по вышеописанной методике и прием М-холиноблокатора «Спазмекс» по 15 мг 1 раз в день перед сном. Больные 3-й группы (30 чел.) получали бальнеопелоидо- и медикаментозную терапию по вышеописанной методике и физиотерапевтическое воздействие методом глубокой осцилляции от аппарата «Хивамат-200» на проекцию мочевого пузыря с автоматическим переключением частот от 160 до 15 Гц, продолжительность 15 минут, на курс 10 процедур. Общим для всех комплексов был лечебный режим, рациональное питание и внутренний приём углекисло-гидрокарбонатно-сульфатной натриево-кальциевой воды малой минерализации (3,6-3,7 г/л) в количестве 3-5 мл на килограмм массы тела 3 раза в день за 40-45 минут до еды.

Статистическая обработка данных проводилась с применением программных пакетов «Statistica» 6,0 версии. Уровень значимости различий между связанными выборками при соблюдении условий нормальности распределения и равенства дисперсий определялся с помощью критерия Стьюдента. Качественные показатели анализировались по критерию углового преобразования Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Для оценки связей между признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rS).

Результаты исследований. В урологическом отделении Железноводской клиники под наблюдением находились 90 женщин в возрасте от 30 до 55 лет, в среднем, 43,4±3,2 года. Наибольшее количество женщин было в возрасте 50-55 лет - 45,6%, в возрасте 40-49 лет - 33,3%, наименьшее количество женщин отмечено в возрасте 30-39 лет – 21,1%. Полученные нами данные совпадают с результатами, представленными Е.Б. Мазо и Г.Г. Кривобородовым (2003) [4].

Средний возраст дебюта заболевания различался в возрастных группах: у женщин 30-39 лет он составил 34,9±2,7 года, среди пациенток 40-49 лет - 42,2±3,4 года, у женщин 50-55 лет средний возраст начала заболевания составил 48,8±3,8 лет. Длительность заболевания была от 2 до 8 лет, составив в среднем 4,6±2,2 года. Таким образом, пик заболеваемости ГАМП у женщин оказался в возрастном периоде от 42 до 48 лет. У женщин в период от 40 до 49 лет происходит угасание менструальной функции [1, 3, 4]. Происходящие в этот период процессы гормональной перестройки оказывают влияние и на функцию нижних мочевых путей, повышая чувствительность рецепторов мочевого пузыря. Эти изменения и являются, по нашему мнению, одним из «пусковых факторов» развития ГАМП, что совпадает с литературными данными [1, 3, 4].

На этапе отбора для исследования мы исключили из дальнейшего анализа больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевых и половых органов.

Все пациентки были опрошены относительно возможной причины развития симптомов ГАМП. Вопрос, задаваемый пациенткам с симптомами ГАМП, был сформулирован следующим образом: «С чем Вы связываете появление у себя нарушений мочеиспускания - учащения мочеиспускания, неудержимых позывов на мочеиспускание или неудержания мочи?». Пациентка могла назвать только одну, по ее мнению, основную причину заболевания. Из 90 больных 36 (40%) не смогли связать развитие ГАМП с какой-либо одной определенной причиной. В порядке убывания частоты причины развития ГАМП у женщин представлены следующим образом: наступление менопаузы - у 21 (23,3%) пациентки, роды - у 15 (16,7%), опущение тазовых органов - у 10 (11,1%), перенесенные инфекции мочевых путей — у 8 (8,9%) больных.

При подробном опросе выяснилось, что у 40 (44,4%) пациенток дебют заболевания совпал по времени с некоторыми проявлениями вегетативной дисфункции, по поводу которой женщины обращались за медицинской помощью к неврологу.

Среди особенностей течения заболевания отмечен ремитирующий характер в половине наблюдений. Заслуживает внимания тот факт, что обострение заболевания в 57,7% связано с эмоциональным стрессом. При этом пациентки отмечали, что в определенных благоприятных социальных условиях (дома, на отдыхе, при выполнении интересного занятия) urgentные позывы или учащенное мочеиспускание отсутствовали.

Все пациентки были проконсультированы врачом-неврологом. При изучении жалоб больных с ГАМП была выделена группа симптомов, свидетельствующих о патологии вегетативной нервной системы (табл. 1).

К концу курортного лечения головные боли перестали беспокоить 42,8% ($p<0,05$) женщин 1-й, 56,5% ($p<0,05$) 2-й и 3-й групп, головокружения после лечения не отметили 41,7%, 50% и 36,4% пациенток соответственно, на снижение работоспособности, повышенную утомляемость перестали жаловаться 50%, 61,5% ($p<0,05$) и 69,2% ($p<0,05$) пациенток соответственно, жалобы на учащенное сердцебиение перестали предъявлять 55,5% ($p<0,05$) пациенток 1-й и 2-й групп и 57,8% ($p<0,05$) 3-й группы, нормализация сна отмечена у 23,3%, 66,7% ($p<0,05$) и 73,3% ($p<0,05$) женщин соответственно.

Таблица 1 - Динамика клинической симптоматики, свидетельствующей о дисфункции вегетативной нервной системы у больных с гиперактивным мочевым пузырем, под влиянием различных лечебных комплексов

Показатель	1 ЛК		2 ЛК		3 ЛК	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Склонность к покраснению или побледнению лица при волнении	22	73,3	21	70,0	22	73,3
	12	40,0*	10	33,3*	9	30*
Онемение, похолодание конечностей	15	50,0	15	50,0	15	50,0
	11	36,7	11	36,7	10	33,3
Изменение окраски конечностей	14	46,7	15	50,0	13	43,3
	11	36,7	12	40,0	11	36,7
Гипергидроз	15	50,0	16	53,3	16	53,3
	10	33,3	8	26,7*	6	20*
Учащенное сердцебиение, «замирание» сердца	18	60,0	18	60,0	19	63,3
	8	26,7*	8	26,7*	8	26,7*
Затруднения дыхания при волнении	13	43,3	13	43,3	14	46,7
	7	23,3*	6	20	7	2,3*
Склонность к поносам, запорам	15	50,0	15	50,0	15	50
	5	16,7*	10	33,3	8	26,7*
Головокружение	12	40,0	12	40,0	11	36,7
	7	23,3	6	20	7	2,3*
Головные боли	21	70	23	76,7	23	76,7
	12	40*	10	33,3*	10	33,3*
Снижение работоспособности, повышенная утомляемость	14	46,7	13	46,7	13	46,7
	7	23,3	5	16,7*	4	13,3*
Нарушения сна	30	100	30	100	30	100
	23	76,7	10	33,3*	8	26,7*

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

Разнообразные клинические проявления вегетативной дисфункции у больных с ГАМП послужили основанием для проведения анализа вариабельности сердечного ритма у изучаемых больных. Так, при исследовании исходного текущего функционального состояния в покое у больных выявлено снижение значимости сегментарных механизмов в регуляции тонуса с компенсаторным напряжением надсегментарных. У женщин с ГАМП в покое в положении лежа наблюдалась выраженная симпатикотония за счет преобладания надсегментарных влияний VLF, сегментарных LF с соответственным повышением симпатико-парасимпатического индекса. Таким образом, можно сделать вывод о том, что при ГАМП даже незначительная водная нагрузка на мочевой пузырь может восприниматься как значимый физиологический стресс, сопровождающийся адаптацией в виде симпатических влияний. Это совпадает с данными исследований ряда

авторов, доказавших, что нормальной адаптивной реакцией на физиологическое наполнение мочевого пузыря является увеличение парасимпатической активации [4].

После лечения общая спектральная мощность ТР увеличилась в 0,9 раза у пациенток всех лечебных групп. Вклад волн HF диапазона достоверно увеличился в 1,9, 1,7 и 1,5 раза соответственно, снизился вклад волн VLF в 2,7, 2,6 и 2,4 раза соответственно ($p < 0,05$). Проведение АОП сопровождалось повышением по сравнению с исходными данными общей спектральной мощности ТР в 0,7 раза ($p < 0,05$) у женщин трех групп и процентного вклада волн HF диапазона в 1,2 раза, что указывает на положительную динамику под влиянием всех лечебных комплексов. Снижение коэффициента LF/HF в фоновой пробе в 1,2 раза в 1-й группе, 1,1 раза во 2-й и 3-й позволяет говорить о благоприятной динамике в отношении восстановления баланса между отделами ВНС (табл. 2). Таким образом, после проведенного лечения во всех изучаемых группах мы выявили увеличение значимости сегментарных механизмов и соответственное уменьшение напряженности надсегментарных в обеспечении деятельности.

Таблица 2 - Динамика вегетологических показателей по данным вариационной пульсометрии, спектрального анализа под влиянием различных лечебных комплексов

Показатели	Нормативные значения в ФП и АОП (В.М. Михайлов, 2000)	Лечебные комплексы	Больные, n=20	
			Фоновая проба	Активная ортостатическая проба
Общая мощность спектра ТР (мс ²)	$\frac{1\ 561-4\ 754}{956-2\ 494}^*$	1 ЛК	$\frac{2\ 389 \pm 105,3}{2531,4 \pm 271,4}$	$\frac{1\ 394 \pm 112,2}{1945,4 \pm 185,1}^*$
		2 ЛК	$\frac{2\ 297 \pm 107,3}{2633,7 \pm 267,3}$	$\frac{1\ 388 \pm 113,1}{1952,6 \pm 187,2}^*$
		3 ЛК	$\frac{2\ 301 \pm 105,21}{2628,5 \pm 265,32}$	$\frac{1\ 375 \pm 114,21}{1948,6 \pm 191,32}^*$
Высокочастотные колебания HF (%)	$\frac{21,05-50,53}{4,21-11,66}$	1 ЛК	$\frac{19,2 \pm 1,4}{35,9 \pm 2,3}^*$	$\frac{17,4 \pm 1,4}{20,6 \pm 1,5}$
		2 ЛК	$\frac{20,3 \pm 1,1}{33,8 \pm 2,1}^*$	$\frac{18,4 \pm 1,3}{20,1 \pm 1,4}$
		3 ЛК	$\frac{20,32 \pm 1,21}{31,54 \pm 2,21}^*$	$\frac{17,44 \pm 1,2}{21,1 \pm 1,3}^*$
Низкочастотные колебания LF (%)	$\frac{24,63-42,72}{38,31-61,86}$	1 ЛК	$\frac{30,3 \pm 2,2}{45,2 \pm 4,1}^*$	$\frac{31,2 \pm 2,7}{48,7 \pm 2,1}^*$
		2 ЛК	$\frac{30,2 \pm 2,6}{47,1 \pm 4,1}^*$	$\frac{29,3 \pm 2,6}{49,7 \pm 2,1}^*$
		3 ЛК	$\frac{29,8 \pm 2,41}{48,1 \pm 4,13}^*$	$\frac{29,3 \pm 2,6}{50,3 \pm 2,13}^*$
Очень низкочастотные колебания VLF (%)	$\frac{17,51-39,79}{29,68-49,63}$	1 ЛК	$\frac{50,5 \pm 3,4}{18,9 \pm 1,5}^*$	$\frac{51,4 \pm 3,1}{30,7 \pm 2,2}^*$
		2 ЛК	$\frac{49,5 \pm 3,2}{19,1 \pm 1,4}^*$	$\frac{52,3 \pm 3,3}{30,2 \pm 2,6}^*$
		3 ЛК	$\frac{49,88 \pm 3,18}{20,36 \pm 1,4}^*$	$\frac{53,26 \pm 3,31}{28,6 \pm 2,59}^*$
LF/HF	1,5 – 2,0	1 ЛК	$\frac{1,6 \pm 0,03}{1,3 \pm 0,05}^*$	$\frac{1,7 \pm 0,03}{2,4 \pm 0,02}^*$
		2 ЛК	$\frac{1,48 \pm 0,02}{1,39 \pm 0,05}$	$\frac{1,6 \pm 0,02}{2,5 \pm 0,03}^*$
		3 ЛК	$\frac{1,53 \pm 0,04}{1,47 \pm 0,03}$	$\frac{1,68 \pm 0,01}{2,38 \pm 0,04}^*$

Примечание: * - $p < 0,05$, числитель показатели до лечения, знаменатель – после лечения.

После лечения произошло статистически значимое снижение числа женщин с симпатическим типом регуляции ВНС - на 20% в 1-й группе, на 30% во 2-й и на 35% в 3-й группе ($p < 0,05$) за счет увеличения числа больных с сохраненным балансом отделов вегетативной нервной системы ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3 - Динамика текущего функционального состояния у больных с гиперактивным мочевым пузырем под влиянием различных лечебных комплексов

Текущее функциональное состояние	1 ЛК		2 ЛК		3 ЛК	
	n	%	n	%	n	%
Симпатический тип регуляции	13	65,0	13	65,0	14	70,0
	9	45,0*	7	35,0*	7	35,0*
Сохраненный баланс отделов ВНС	3	15,0	3	15,0	2	10,0
	7	35,0*	8	40,0*	8	40,0*
Ваготонический тип регуляции	4	20,0	4	20,0	4	20,0
	4	20,0	5	25,0	5	25,0

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

При проведении АОП прослежена та же тенденция – гиперсимпатикотоническая реактивность перестала быть преобладающим типом реакции на нагрузку у 38,5% женщин 1-й группы и у 42,98% пациенток 2-й и 3-й групп (табл. 4).

Таблица 4 – Динамика вегетативной реактивности больных с гиперактивным мочевым пузырем под влиянием различных лечебных комплексов

Типы реакции на нагрузку	1 ЛК		2 ЛК		3 ЛК	
	n	%	n	%	n	%
Гиперсимпатикотоническая реактивность	13	65,0	14	70,0	14	70,0
	8	40,0	8	40,0*	8	40,0*
Нормотоническая реактивность	3	15,0	2	10,0	2	10,0
	8	40,0*	7	35,0	7	35,0*
Асимпатикотоническая реактивность	4	20,0	4	20,0	4	20,0
	4	20,0	5	25,0	5	25,0

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

Таким образом, в результате лечения во всех терапевтических группах отмечена тенденция к улучшению вегетологических показателей, субъективной оценки пациентками своего состояния. Это объясняется тем, что больные, находясь в условиях санаторно-курортного учреждения, подвергались влиянию всей суммы лечебных факторов: бальнеопелоидотерапия, диетическое питание, длительное пребывание на воздухе, положительное воздействие ландшафта, активный двигательный режим (чередование покоя и дозированного движения, прогулки, экскурсии). Также бесспорна ведущая роль УМВ в перестройке вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, обусловленная их действием (рефлекторным и непосредственным) на центры вегетативной регуляции [2]. В свою очередь, физиотерапевтическое воздействие методом глубокой осцилляции от аппарата «Хивамат-200» на проекцию мочевого пузыря позволило статистически достоверно улучшить клиническую симптоматику, свидетельствующую о дисфункции вегетативной нервной системы, у женщин с ГАМП.

Вывод. В целом, комплексное курортное лечение (бальнеопелоидо- и медикаментозная терапия) с включением физиотерапевтического воздействия (метод глубокой осцилляции на проекцию мочевого пузыря от аппарата «Хивамат») позволяет достоверно улучшить качество жизни у женщин с гиперактивным мочевым пузырем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аккер, Л.В. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин в репродуктивном, пери- и менопаузальном периодах / Л.В. Аккер, А.И. Неймарк и др. - М., 2007. - 173 с.
2. Великанов, И.И. Влияние углекислых минеральных ванн с различной концентрацией углекислоты на мозговое кровообращение, вегетативную регуляцию сердца больных с начальными проявлениями сосудисто-мозговой недостаточности / И.И. Великанов, Л.С. Косякова, И.А. Дробчук, Ф.Х. Хубиева // Курортная медицина. – 2012. - №4. - С. 62-65.
3. Кривобородов Г.Г. Медикаментозное лечение гиперактивного мочевого пузыря / Г.Г. Кривобородов, Е.Б. Мазо // Рус. мед. журн. – 2004 - №8 – С. 23-25.
4. Мазо, Е.Б. Гиперактивный мочевой пузырь. / Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов - М.: ВЕЧЕ, 2003.
5. Михайлов, В.М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода. / В.М. Михайлов // Иваново, 2000. - 290 с.
6. Blanc, F. Activity of the autonomous nervous system measured based on the variability of heart rate in female urinary incontinence / F. Blanc, V. Pichot, F. Roche et al. // J. Prog. Urol. – 2001 - 1(3). - P.492-497.
7. Choi, J.B. Analysis of heart rate variability in female patients with overactive bladder. / J.B. Choi, Y.B. Kim, B.T. Kim, Y.S. Kim// Urology. – 2005. - 65(6). – P.109-112.
8. Hubeaux, K. Autonomic nervous system activity during bladder filling assessed by heart rate variability analysis in women with idiopathic overactive bladder syndrome or stress urinary incontinence / K. Hubeaux, X. Deffieux, S. Ismael et al. // J Urol. – 2007. - 178(6). – P. 2483-2487.

9. Unalacak M. et al. Assessment of cardiac autonomic regulation in children with monosymptomatic nocturnal enuresis by analysis of heart rate variability / M. Unalacak et al. // Tohoku J. Exp. Med. – 2004. – P. 63

РЕЗЮМЕ

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ НА ЖЕЛЕЗНОВОДСКОМ КУРОРТЕ

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск

Емкужев К.Э., Черевашенко Л.А.

Структуры вегетативной нервной системы играют ведущую роль в регуляции мочеиспускания как на сегментарном, так и над сегментарном уровнях, в связи с чем выдвигается гипотеза, согласно которой дисфункция ВНС может выступать в роли значимого фактора в патогенетических механизмах гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП). Цель исследования: разработать и научно обосновать методики коррекции вегетологических нарушений у женщин, страдающих гиперактивным мочевым пузырем, на этапе санаторно-курортного лечения. Материалы и методы. Изучена эффективность 3-х лечебных комплексов. Больные 1-й группы получали углекислые минеральные ванны и грязевые аппликации на трусиковую зону. Больные 2-й группы получали бальнеопелоидотерапию и прием М-холиноблокатора «Спазмекс». Больные 3-й группы получали бальнеопелоидо- и медикаментозную терапию по вышеописанной методике, а также физиотерапевтическое воздействие методом глубокой осцилляции от аппарата «Хивамат-200» на проекцию мочевого пузыря. В результате лечения во всех терапевтических группах отмечена тенденция к улучшению вегетологических показателей, субъективной оценки пациентками своего состояния. Авторы указывают на ведущую роль углекислого газа в перестройке вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. Вывод. Комплексная курортная терапия с включением физиотерапевтического воздействия (метод глубокой осцилляции на проекцию мочевого пузыря от аппарата «Хивамат») позволила статистически достоверно улучшить качество жизни у женщин с ГАМП.

Ключевые слова: гиперактивный мочевой пузырь, вегетативная нервная система, углекислые ванны, метод глубокой осцилляции

SUMMARY

CORRECTION OF VEGETOLOGICAL ABNORMALITIES WITH WOMEN SUFFERED FROM HYPERACTIVE BLADDER IN ZHELEZNOVODSK RESORT

FSBI "Pyatigorsk State SRI of Resort Study FMBA Russia"

Emkuzhev K.E., Cherevaschenko L.A.

The structure of the vegetative nervous system (VNS) plays a major role in regulating of urination both on the segmental and suprasedgmental levels. There is a hypothesis according to which the dysfunction of the VNS can act as a significant factor in pathogenic mechanisms of hyperactive bladder (HAB). The authors aimed to develop and validate methods for correction of vegetological disorders with women suffering from hyperactive bladder at the stage of sanatorium-and-spa treatment. We have studied the efficiency of 3 medical complexes. The patients of Group 1 received acidulous mineral baths and mud application on the pants zone. The patients of Group 2 received balneopeloidotherapy and intake of M- anticholinergic drug "Spazmeks". The patients of Group 3 received balneopeloido- and drug therapy according to the above methods and physiotherapeutic influence by deep oscillation method from the device "Hivamat-200" on the projection of the bladder. As a result of the treatment in all experimental groups we have got a tendency of the improvement of vegetological indicators and subjective assessment of the patients' condition. The authors point to the key role of carbon dioxide in restructuring of autonomic regulation of the cardiovascular system. In turn, the physiotherapeutic influence by the method of deep oscillation on the projection of the bladder let statistically improve clinical symptoms that showed the dysfunction of vegetative nervous system with the women suffering from HAB.

Key words: overactive bladder, autonomic nervous system, carbonic baths, deep oscillation method

© Коллектив авторов
УДК 616.65-002 : 615.838

Мкртчян А.М., Кайсинова А.С., Кочарян Г.В.

БАЛЬНЕОПЕЛОИДО- И ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, Пятигорск, Россия

Сведения об авторах:

Мкртчян Артур Месропович, заведующий урологическим отделением филиала Железноводская клиника ФГБУ ПГНИИК ФМБА России; тел/факс (87932) 42502;

Кайсинова Агнесса Сардоевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по лечебной работе ФГБУ ПГНИИК ФМБА России; тел. 8 (879 3) 33-57-66;

Кочарян Газик Виталиевич, врач-уролог ЛПУ «Санаторий «Здоровье» ОЛДЦ, г. Железноводск; тел/факс (87932) 42502

Актуальность. Хронический простатит (ХП) является весьма распространенным урологическим заболеванием среди мужчин молодого и среднего возраста, приводящим к болевому синдрому, дизурии, сексуальным расстройствам и нарушению репродуктивной функции. Актуальность данной проблемы, прежде всего, связана с тем, что максимально высокий удельный вес заболеваемости регистрируется у лиц 20-40 лет, то есть страдают мужчины наиболее активного в сексуальном и трудовом отношениях возраста [3, 7, 12].

В настоящее время не решены до конца вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, прогноза, а также лечения больных ХП [3, 8]. Перспективным направлением считается комплексная идентификация иммунохимическими методами цитокинового статуса в качестве маркеров регуляции иммунного и воспалительного ответа. Наиболее информативным является исследование высокоактивных биологических веществ пептидной природы в крови пациентов [2, 4]. Однако в литературе имеется лишь небольшое количество различных по результатам и их трактовке работ, в которых изучаются вышеперечисленные показатели при хроническом простатите.