

11. Индивидуальная непереносимость.

Считаю необходимым внести в противопоказания возрастное ограничение до 75 лет, поскольку у пожилых пациентов часто отмечается ухудшение общего самочувствия, в связи, с чем они прекращают дальнейший прием процедур.

С осторожностью следует подходить к назначению механотерапии пациентам с выраженным остеохондрозом шейного отдела позвоночника и дисциркуляцией в ВВБ. По нашим наблюдениям плохая переносимость этой процедуры связана с переразгибанием позвоночника в шейном отделе и возникновением головокружений различной интенсивности, отмечается также покраснение лица. Подушки же под голову не предусматриваются.

И еще, для предотвращения, каких либо переломов, следует воздержаться от назначения механотерапии людям с установленным выраженным остеопорозом.

У нас есть наблюдения по отпуску процедур у 888 человек. Всего отпущено процедур 7098.

Трое пациентов отказались от дальнейшего приема процедур в связи с усилением болевого синдрома, еще трое - из-за дискомфорта ощущений. Это пациенты пожилого возраста, с выраженным спондилезом. Один пациент прекратил прием процедур в связи с госпитализацией в урологическое отделение и отхождением камня почки. У пациентов молодого и среднего возраста при умеренном болевом синдроме и вторичном миотоническом синдроме отмечен положительный эффект. Хороший эффект наблюдался и при астено-невротических состояниях, сопровождающих хронические болевые синдромы. Отмечалось повышение двигательной активности и фона настроения больных.

АКУПUNKТУРА И ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С АУТОИММУНЫМ ТИРЕОИДИТОМ И БЕСПЛОДИЕМ

А.Т. Терешин, Н.В. Палкина, А.А. Бачканова

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России

Исследования состояния репродуктивной системы у больных гипотиреозом свидетельствуют о высокой частоте расстройств менструальной функции (72%), бесплодия (60%) (Татарчук Т.Ф. и соавт., 2003; Kim С.Н. et al., 1998; Poppe К. et al.,

2003) и крайне противоречивых методах лечения бесплодия при гипотиреозе (Герасимов Г.А., 1992; Фадеев В.В. и соавт., 2001). Это объясняется различными методологическими подходами в отношении изучения гормонального статуса при АИТ и его влияния на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему. Применяемые при АИТ на фоне гипотиреоза методы лечения бесплодия (индукция овуляции) зачастую не учитывают особенностей течения заболевания, вызывают ряд аллергических и побочных реакций (Glinoe D. et al., 1984).

Все вышеизложенное обуславливает необходимость изыскания новых, эффективных немедикаментозных методов лечения нарушений репродуктивной функции у больных гипотиреозом, ассоциированным с АИТ.

Цель исследования - разработать и научно обосновать метод комбинированного использования внутривенного лазерного облучения крови и акупунктуры для восстановления репродуктивной функции у больных гипотиреозом, ассоциированным с АИТ.

Материалы и методы. Все больные (120) составили две репрезентативные лечебные группы. 1-я группа (60 больных) получала внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) и акупунктуру (АП). 2 - я группа (60 больных) получала только внутривенное лазерное облучение крови.

По клиническому течению в 1-й и 2-й группах у 10 (16,7%) больных выявлена легкая степень гипотиреоза, у 32 (53,3%) - средняя, у 18 (30%) - тяжелая.

Регулярный менструальный цикл наблюдался у 14 (11,7%), аменорея - у 34 (28,3%), олигоменорея - у 36 (30%), меноррагия - у 14 (11,7%), гипоменорея - у 19 (15,8%), метроррагия - у 3 (2,5%), альгоменорея - у 17 (14,2%) больных. Выявлена коррелятивная зависимость между нарушениями менструальной функции и степенью гипотиреоза: аменорея и олигоменорея были характерны для больных с тяжелой степенью гипотиреоза ($r=0,84$, $p<0,05$), олигоменорея - со средней степенью ($r=0,93$, $p<0,05$), регулярный менструальный цикл, гипоменорея - с легкой степенью ($r=0,94$, $p<0,05$).

Результаты. После ВЛОК и АП у больных олигоменорея исчезла на 22,2% больше по сравнению с больными, получающими только ВЛОК, гипоменорея - на 38,3%, аменорея - на 21,6%, меноррагия - на 12,5%, альгоменорея - на 11% соответственно. Таким образом, комбинированное использование ВЛОК и АП эффективно при лечении олигоменореи (44,4%), гипоменореи (41,7%), меноррагии (50%), аменореи (56,3%), альгоменореи (53,3%). ВЛОК эффективно при лечении альгоменореи (35,7%), меноррагий (37,5%).

Регулярные менструации после проведенной терапии у больных 1-й группы наступили у 32 (53,3%), у больных 2-й группы у 19 (31,7%). Выявлена высокая степень коррелятивной зависимости между восстановлением регулярного менструального цикла и степенью тяжести гипотиреоза: чем ниже степень тяжести гипотиреоза, тем больший процент восстановления регулярного менструального цикла (для 1-й группы – $r=0,82$, $p<0,05$, для II-1 группы – $r=0,79$, $p<0,05$).

Комбинированное использование ВЛОК и АП вызывает нормативные данные альбуминов, глобулинов, альфа-1-глобулинов в сыворотке крови у больных гипотиреозом. ВЛОК приводит к нормализации только лишь альбуминов у больных гипотиреозом.

Проведенные исследования показывают, что ВЛОК и АП для нормализации гаммаглобулинов в крови следует использовать у больных со средней степенью гипотиреоза, ВЛОК – у больных со слабой степенью гипотиреоза.

После проведенной терапии в 1-й группе нормализация липидного обмена отмечена у 17 (28,3%) больных: у 5 (50%) – с легкой степенью гипотиреоза, у 10 (31,2%) – со средней и у 2 (11,1%) – с тяжелой. После ВЛОК нормализация липидного обмена у 9 (15%) больных: у 2 (20%) – с легкой степенью гипотиреоза, у 5 (15,6%) – со средней, у 2 (11,1%) – с тяжелой. Выявлена высокая степень коррелятивной зависимости между нормализацией липидного обмена и степенью тяжести гипотиреоза после проведенного лечения: так, чем ниже степень тяжести гипотиреоза, тем в большем проценте случаев наступала нормализация липидного обмена после проведенной терапии (для 1-й группы – $r=0,81$, $p<0,05$; для 2-й группы – $r=0,72$, $p<0,05$).

После ВЛОК и АП концентрация АТ-ТГ и АТ-ТПО в крови снизилась в 2,1 и 3,2 раза соответственно, после ВЛОК – в 1,2 и 1,5 раза соответственно.

После ВЛОК и АП концентрация антитиреоидных антител в крови в 2 раза больше снижена по сравнению со 2-й группой.

После ВЛОК и АП АТ-ТГ и АТ-ТПО в крови у больных с легкой степенью гипотиреоза снизилась в 2 раза по сравнению со 2-й группой, со средней степенью – в 1,4 – 1,46 раза по сравнению со 2-й группой, с тяжелой степенью – в 1,4 – 1,7 раза по сравнению со 2-й группой.

После лечения у больных 1-й группы нормализация тиреоидных антител к АТ-ТПО и АТ-ТГ наступила у 7 (70%) больных с легкой, у 21 (65,6%) – со средней и у 8 (44,4%) – с тяжелой степенью гипотиреоза, что свидетельствует о высокой коррелятивной зависимости между нормализацией концентрации тиреоидных антител в крови после лечения и снижением степени гипотиреоза

($r=0,84$, $p<0,05$). После лечения у больных 2-й группы нормализация тиреоидных антител к АТ-ТПО и АТ-ТГ наступила у 2 (20%) больных с легкой степенью гипотиреоза, у 5 (15,6%) – со средней, у 2 (11,1%) – с тяжелой.

После ВЛОК и АП объем щитовидной железы нормализовался у 43 (71,7%) больных и составил в среднем $16,7\pm 1,4$ мм³, после ВЛОК – у 20 (33,3%) и составил в среднем $21,1\pm 1,3$ мм³.

После лечения в 1-й группе объем ЩЖ соответствовал нормативным данным у 9 (90%) больных с легкой степенью гипотиреоза, у 25 (78,1%) – со средней, у 10 (55,6%) – с тяжелой, что показывает высокую степень коррелятивной зависимости между нормативными данными объема ЩЖ и степенью гипотиреоза после терапии: объем ЩЖ после лечения принял нормативные данные в большей степени, чем ниже была степень тяжести гипотиреоза ($r=0,84$, $p<0,05$). После лечения во 2-й группе объем ЩЖ принимал нормативные данные у 5 (50%) больных с легкой степенью гипотиреоза, у 10 (31,3%) – со средней, у 5 (27,7%) – с тяжелой, что показывает среднюю коррелятивную зависимость между нормативными данными объема ЩЖ и степенью тяжести гипотиреоза после терапии: объем ЩЖ после лечения принимал нормативные данные в большем проценте случаев, чем ниже была степень тяжести гипотиреоза ($r=0,57$, $p<0,02$).

После ВЛОК и АП у 37 (61,7%) пациенток размеры тела матки соответствовали норме, у 13 (21,7%) была гипертрофия тела матки, у 10 (16,7%) – гипоплазия, после ВЛОК у 22 (36,7%) больных размеры тела матки соответствовали норме, у 28 (46,7%) – была гипертрофия, у 10 (16,7%) – гипоплазия тела матки. После лечения в 1-й группе нормативные размеры матки были в 1,7 раза чаще по сравнению со 2-й группой, гипертрофия тела матки реже в 2,2 раза по сравнению со 2-й группой.

После проведенных ВЛОК и АП двухфазный менструальный цикл был чаще в 1,8 раза по сравнению со 2-й группой, НЛФ и ановуляции уменьшились в 1,1 и 1,7 раза соответственно по сравнению со 2-й группой ($p>0,05$). Выявлена высокая коррелятивная зависимость после проведенного лечения между процентом восстановления двухфазного менструального цикла и степенью тяжести гипотиреоза: так, после проведенного лечения процент восстановления двухфазного менструального цикла повышается, при снижении степени тяжести гипотиреоза (для 1-й группы $r=0,91$, $p<0,05$, для 2-й – $r=0,86$, $p<0,05$).

В 1-й группе после лечения наблюдается достоверное снижение концентрации ТТГ в крови в 1,6 раза или на 37,7% ($6,32\pm 1,14$ мМЕ/л, $p<0,05$) по сравнению с изначальными цифровыми значениями, во 2-й группе – в 1,4 раза или на 30,3% ($7,06\pm 0,93$

мМЕ/л, $p < 0,05$) соответственно, т.е. в 1-й группе после лечения концентрация ТТГ в крови снижается на 7,4% выше по сравнению со 2-й группой: при легкой степени гипотиреоза концентрация ТТГ в крови снижается на 3,3%, при средней – на 26,7%, при тяжелой – на 16,5%, соответственно по сравнению со 2-й группой.

После лечения в 1-й группе концентрация Т4 в крови достоверно повысилась в 1,4 раза или на 29% ($118,34 \pm 12,53$ нмоль/л, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми значениями, во 2-й группе – в 1,3 раза или на 21,1% ($112,27 \pm 14,19$ нмоль/л, $p < 0,05$) соответственно, т.е. в 1-й группе после лечения концентрация Т4 в крови повышается на 8% больше по сравнению со 2-й группой, при легкой степени гипотиреоза концентрация Т4 в крови повышается на 12,8%, при средней – на 4,6%, при тяжелой – на 4% соответственно по сравнению со 2-й группой.

После лечения в 1-й группе концентрация ПРЛ в крови достоверно снизилась в 1,5 раза или на 3,2% ($495,38 \pm 12,26$ мМЕ/л, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми данными, во 2-й группе – в 1,1 раза или на 10% ($656,12 \pm 26,34$ мМЕ/л, $p < 0,05$) соответственно. После ВЛОК и АП концентрация ЛГ в крови снизилась в 1,9 раза или на 47,8% ($5,34 \pm 1,31$ МЕ/л, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми значениями, после ВЛОК – в 1,5 раза или на 35% ($6,63 \pm 1,16$ МЕ/л, $p < 0,05$) соответственно. Выявлена высокая степень коррелятивной зависимости между достоверным снижением концентрации ЛГ в крови и снижением степени тяжести гипотиреоза (для 1-й группы – $r = 0,86$, $p < 0,05$, для 2-й группы – $r = 0,79$, $p < 0,05$). После ВЛОК и АП концентрация ФСГ в крови снижалась в 1,4 раза или на 27,5% ($6,73 \pm 0,34$ МЕ/мл, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми данными, после ВЛОК в 1,2 раза или на 17,6% ($7,63 \pm 0,54$ МЕ/мл, $p < 0,05$) соответственно. После ВЛОК и АП концентрация Е2 в крови увеличилась в 1,4 раза или на 30% ($104,92 \pm 3,76$ нмоль/л, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми значениями, после ВЛОК – в 1,3 раза или на 20% ($91,83 \pm 4,32$ нмоль/л, $p < 0,05$) соответственно, т.е. в 1-й группе после лечения концентрация Е2 в крови повысилась на 10% по сравнению со 2-й группой. После ВЛОК и АП концентрация П в крови у больных увеличилась в 2,4 раза или на 58% ($36,64 \pm 3,27$ нмоль/л, $p < 0,05$) по сравнению с исходными цифровыми значениями, после ВЛОК – в 1,9 раза или на 46,3% ($28,63 \pm 4,41$ нмоль/л, $p < 0,05$) соответственно.

В 1-й группе в течение 1 года в результате проведенного лечения беременность наступила у 20 (33,3%) больных: у 6 (60%) – с легкой степенью гипотиреоза, у 14 (43,8%) – со средней, самое большое количество беременностей (8) наступало в первые 2-3 месяца после проведенной терапии. Следовательно, ВЛОК и

АП с целью наступления беременности можно использовать у больных с легкой и средней степенью гипотиреоза. Во 2-й группе после ВЛОК беременность наступила у 8 (13,3%) больных: у 5 (50%) – с легкой степенью гипотиреоза, у 3 (9,4%) – со средней, беременности наступали в первые 5 месяцев после проведенной терапии. Следовательно, ВЛОК с целью наступления беременности можно использовать только лишь у больных с легкой степенью гипотиреоза.

Таким образом, после ВЛОК и АП беременности наступали в 2,5 раза чаще по сравнению со 2-й группой: у больных 1-й группы с легкой степенью гипотиреоза – в 1,2 раза чаще по сравнению с больными 2-й группы, у больных 1-й группы со средней степенью гипотиреоза – беременности наступали в 4,7 раза чаще по сравнению с больными 2-й группы.

ВЛИЯНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Кудрявцев А.А., Меркулова Г.А., Мельникова В.И.
ФГБУ ПГНИИК ФМБА России г. Пятигорск,*

ФГКУ «Санаторий «Ессентуки» ФСБ России»

Холецистэктомия, выполненная своевременно и технически правильно, в большинстве случаев приводит к улучшению состояния пациентов желчнокаменной болезнью. Однако, операция не всегда устраняет уже развившиеся у больных нарушения функционирования органов пищеварительной системы и клинические проявления заболевания. У значительного числа больных, перенесших холецистэктомию, сохраняются или через некоторое время возобновляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие коррекции. Такое состояние обозначается как постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) и трактуется как совокупность функциональных и/или органических изменений, связанных с патологией билиарной системы. Исторически сложилось так, что вследствие простоты и емкости данный термин нашел широкое распространение в клинической практике.

При выборе принципов и методов лечения больных после холецистэктомии следует учитывать, что применение бальнеологических процедур в традиционных режимах может не обеспечить достаточный терапевтический эффект лечения.