

На правах рукописи



Темботова Ирина Ахмедовна

**АКУПУНКТУРА И ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ
В РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
САЛЬПИНГООФОРИТОМ**

14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина,
лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



005549971

19 12 2014 2014

Пятигорск – 2014

Работа выполнена на кафедре детских болезней, акушерства и гинекологии ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова» и на базе ГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения и курортов КБР.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Терешин Анатолий Тимофеевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры внутренних болезней №5
ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Минздрава России
Цогоев Алан Сергеевич

кандидат медицинских наук, заведующая
отделением Пансионата санаторного типа
«Факел» ОАО Газпром (г. Кисловодск).
Мосиянц Людмила Михайловна

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Российский научный центр
медицинской реабилитации и курортологии»
Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Защита диссертации состоится «09» мая 2014 года в «12» ча-
сов на заседании диссертационного совета при ФГБУ ПГНИИК ФМБА России
по адресу (357501, г. Пятигорск, проспект С.М. Кирова, 30).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ ПГНИИК ФМБА
России по адресу (357501, г. Пятигорск, проспект С.М. Кирова, 30) и на сайте
<http://www.gniik.ru/index.php/dissert-sovet/zashiti-dissert-test/viewcategory/4>.

Автореферат разослан «09» мая 2014 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент



Е. Н. Чалая

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АП	–	акупунктура
ГГНЯС	–	гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковая система
Е2	–	эстрадиол
К	–	кортизол
ЛГ	–	лютеинизирующий гормон
МРИ	–	массо-ростовой индекс
П	–	прогестерон
ПРЛ	–	пролактин
РК1	–	максимальная систолическая скорость кровотока
РК2	–	конечная диастолическая скорость кровотока
СМТ	–	синусоидально-модулированные токи
Т	–	тестостерон
ТПБ	–	трубно-перитонеальное бесплодие
ТФД	–	тесты функциональной диагностики
ФСГ	–	фолликулостимулирующий гормон
ХС	–	хронический сальпингоофорит
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
Avg	–	средняя скорость кровотока
IR	–	индекс резистентности
PI	–	пульсационный индекс
R	–	систола-диастолическое отношение

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В структуре женского бесплодия хронический сальпингофорит (ХС) составляет от 35 до 68 % [Серов В.Н. и соавт., 1995; Кулаков В.И. и соавт., 2003], протекающий не только с нарушением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы (ГГНЯС), но и трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ). Диагностика и лечение ТПБ стали более успешными с введением в гинекологическую практику эндоскопических методов [Савельева Т.М. и соавт., 1997; Стрижаков А.М. и соавт., 2002; Волков Н.И. и соавт., 2002], которые показывают, что проходимость маточных труб после реконструктивно-пластических операций составляет 78-86 %, частота наступления беременности только лишь 21-38 % [Занько С.Н. и соавт., 1998; Чеченова И.К. и соавт., 2002]. Однако, при выполнении эндоскопических реконструктивно-пластических операций на оперируемых органах образуется ожоговая поверхность, появляется значительное количество вазоактивных веществ, аутоантител к тканям внутренних гениталий, что является факторами, предрасполагающими к развитию местной асептической воспалительной реакции и повторному образованию спаек [Логвина Л.Л., 2001; Уманский М.Н., 2006; Чмыр Е.Н., 2001], что вызывает необходимость проведения ранней послеоперационной профилактики спаечного процесса [Логвина Л.Л., 2001; Уманский М.Н., 2006; Чмыр Е.Н., 2001].

Ряд исследователей [Пшеничникова Т.Я., 1991; Штыров С.В., 1994; Волобуев А.И. и соавт., 1985] выявили у больных ХС стрессиндуцированную дисфункцию лимбико-ретикулярного комплекса, нарушение гемодинамики органов малого таза, сократительной активности маточных труб, в послеоперационной коррекции которых неизменную роль занимают преформированные физические факторы [Стругацкий В.М. и соавт., 1995; Панфилова Е.Н., 1997].

Литературные данные [Стругацкий В.М., 1985–2003; Алисултанова Л.С. и соавт., 1995] свидетельствуют об использовании интенсивной ранней немедикаментозной реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах с целью нормализации трофических функций органов малого таза, требованиям которых отвечает акупунктура и электростимуляция маточных труб [Логвина Л.Л., 2002; Панфилова Е.Л., 1997; Чаплиева И.Я., 2002], нормализующие функциональную активность лимбико-ретикулярного комплекса, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, гемодинамику органов малого таза и сократительную активность маточных труб.

В научной литературе отсутствуют данные о комбинированном использовании интенсивной электростимуляции маточных труб и акупунктуры в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных ХС отсутствуют.

Цель исследования: разработать и патогенетически обосновать комбинированное использование акупунктуры и электростимуляции маточных труб в ран-

ней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом.

Задачи исследования:

1. Изучить функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, лимбико-ретикулярного комплекса, гемодинамику органов малого таза, у больных хроническим сальпингоофоритом.

2. Изучить функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, лимбико-ретикулярного комплекса, гемодинамику органов малого таза, сократительную активность маточных труб под влиянием под влиянием акупунктуры и электростимуляции маточных труб после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных хроническим сальпингоофоритом.

3. Изучить функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, лимбико-ретикулярного комплекса, гемодинамику органов малого таза, сократительную активность маточных труб под влиянием акупунктуры после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных хроническим сальпингоофоритом.

5. Оценить эффективность непосредственных и отдалённых результатов лечения комбинированного использования электростимуляции маточных труб и акупунктуры на состояние репродуктивной системы у больных хроническим сальпингоофоритом после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах.

6. Разработать идентификационные критерии для комбинированного использования электростимуляции маточных труб и акупунктуры в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных хроническим сальпингоофоритом.

Научная новизна. Впервые на основании комплексной оценки клинических, эндокринологических, инструментальных методов исследования с учётом состояния всех систем, вовлечённых в патологический процесс, дана оценка эффективности реабилитации репродуктивной функции после комбинированного использования интенсивной СМТ-терапии и АП у больных ХС, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

Показано нормализующее влияние на функциональную активность ГГЯНС, гемодинамику органов малого таза, сократительную активность маточных труб комбинированного использования АП и СМТ в раннем послеоперационном периоде после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных ХС. Разработаны идентификационные критерии отбора больных ХС для комбинированного использования АП и СМТ в ранней послеоперационной реабилитации больных, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

Показано, что при использовании АП или комбинированного использования СМТ и АП наиболее перспективными в плане наступления беременности являются супружеские пары в возрасте до 35 лет при длительности бесплодия до

5 лет и имеющие до операционной лапароскопии I–II степени спаечного процесса в малом тазу.

Теоретическая значимость. Проведена оценка эффективности реабилитации репродуктивной функции после комбинированного использования СМТ и АП у больных ХС, перенёсшим реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. Патогенетически обоснован метод комбинированного использования АП и СМТ нарушений репродуктивной функции в ранней послеоперационной реабилитации больных, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах у больных ХС. Показана взаимная интегрирующая роль АП и интенсивной СМТ-терапии в реабилитации репродуктивной функции больных ХС.

Практическая значимость. 1. Практическому здравоохранению предложена новая медицинская технология ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах по поводу ХС, включающая АП и СМТ. 2. Разработаны критерии отбора больных для АП и СМТ в раннем послеоперационном периоде у больных ХС.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы диссертации доложены и обсуждены на клинических конференциях кафедры акушерства и гинекологии Кабардино-Балкарского государственного университета им. М.Х. Бербекова. Результаты исследований и основные рекомендации используются при обучении студентов, клинических ординаторов, врачей на рабочих местах на кафедре акушерства и гинекологии медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета им. М.Х. Бербекова.

Положения, выносимые на защиту:

1. Хронический сальпингоофорит с нарушением репродуктивной функции - полисистемное заболевание, обусловленное сочетанными изменениями репродуктивной системы, которые зависят от степени поражения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, распространения спаечного процесса в малом тазу, нарушения гемодинамики органов малого таза, сократительной активности маточных труб, длительности заболевания и бесплодия, неадекватной консервативной терапии, оперативных вмешательств на органах малого таза.

2. Комбинированное использование акупунктуры и СМТ-терапии в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, приводит к большему проценту наступления беременности, восстановлению сократительной активности маточных труб, гемодинамики органов малого таза, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, снижению процента реокклюзии маточных труб.

3. Послеоперационная реабилитация репродуктивной функции при использовании акупунктуры и СМТ-терапии наступает у женщин моложе 35 лет, длительности бесплодия до 5 лет, ранее имевших I–II степени спаечного процесса в малом тазу, нормализации сократительной активности маточных труб, функ-

циональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 175 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (250 источников), иллюстрирована 47 таблицами и 24 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 110 женщин в возрасте от 21 до 38 лет, у которых при комплексном клиническом, гормональном, инструментальном, морфологическом обследовании в поликлинических и стационарных условиях диагностирован ХС, ассоциированный с ТПБ, и в связи с чем им произведена оперативная лапароскопия.

При объективном исследовании учитывались особенности телосложения, определяли массо-ростовой индекс (МРИ).

Ультразвуковое сканирование осуществляли с помощью аппарата «Aloka SSD-200G» (Япония) с использованием трансвагинального датчика с частотой 5,0 МГц на 12–13-й и 19–23-е дни менструального цикла. Гемодинамику органов малого таза изучали с помощью аппарата «Aloka SSD-200G» (Япония) трансвагинальным датчиком с частотой 5,0 МГц на 5–8-й день менструального цикла. Допплерометрическое измерение кровотока проводили в маточных артериях, яичниковых ветвях маточных артерий, в сосудах стромы яичников и оценивали следующие доплерометрические показатели: PK1, PK2, Avg, IR, PI, R.

Для оценки анатомического состояния маточных труб, матки, яичников использовалась лапароскопия с хромосальпингоскопией, проводимая лапароскопом фирмы «Karl Storz» (Германия) в первой фазе менструального цикла по общепринятой методике [Волков Н.И., 1996]. Поражение придатков матки оценивали по стадиям распространения спаечного процесса в малом тазу по классификации J.Hulka (1978). Гистероскопию с целью уточнения состояния полости матки и эндометрия производили с помощью гистероскопа фирмы «Karl Storz» (Германия) с последующим соскобом эндометрия и его гистологического исследования.

Сократительная активность маточных труб изучена методом кимографической пертурбации по А.И.Волобуеву на аппарате ДЛТБ-1 (Ижевск) на 5–7-й день менструального цикла.

Функцию яичников изучали по ТФД. ПРЛ, ЛГ, ФСГ, Е2, Т, К, определяли в крови на 5–7-й, П – на 20–22-й дни менструального цикла. Концентрации ПРЛ, ЛГ, ФСГ в крови определяли с использованием тест-наборов «Иммунотек» (Чехия), Е2, Т, П, К – в крови – наборами фирмы СП «Белорис» (Белоруссия).

В качестве нормы использовали показатели содержания гормонов в крови 20 здоровых молодых женщин (22-40 лет).

Для исключения мужского фактора бесплодия все супруги пациенток консультированы урологом, произведено двукратное развёрнутое исследование эякулята.

Методы лечения

1-я группа – 60 больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом, в раннем послеоперационном периоде получала акупунктуру и интенсивную СМТ-терапию. Электростимуляцию синусоидальными модулированными токами маточных труб проводят аппаратом «Амплипульс-7» по влагалищно-крестцовой методике 2 раза в день с перерывом 30 минут. Частота следования импульсов 50 Гц, глубина использования 100 % II род работы при длительности посылок пауз 4–6 секунд в течение 10 минут при силе тока, вызывающей у больной ощущение лёгкого покалывания и слабой вибрации под анодом. На курс 30 сеансов. Дифференцированная акупунктура проводится по методу Института акушерства и гинекологии РАМН.

С целью индукции овуляции у больных ХС в послеоперационном периоде мы разработали патогенетически обоснованную АП, опираясь на теорию трёхуровневого энергетического обеспечения акупунктурной точки по Д. М. Табеевой (1980).

После оперативной лапароскопии у больных ХС с ановуляцией с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы с целью индукции овуляции проводили 3 курса акупунктуры по II варианту возбуждающего метода по следующей схеме:

1 с: GJ 4 /2/, TR 5 /2/, E 36 /2/, VB 41 /2/, ухо: придаток мозга /2/, яичник /2/. Ключущее цзю J 2;

2 с: GJ 10 /2/, TR 6 /2/, VB 39 /2/, VB 37 /2/, ухо: ствол мозга /2/, надпочечник /2/. Тонизация точек T 14, T 2. Поверхностная иглотерапия паравerteбральных областей;

3 с: SP 6 /2/, RP 7 /2/, RP 8 /2/, MC 5 /2/, MC 6 /2/, ухо: гипофиз /2/, железы внутренней секреции /2/. ПИТ внутренней стороны бедер;

4 с: P 7 /2/, R6 /2/, R 2 /2/, P 5 /2/, ухо: кора головного мозга /2/, таламус /2/. Продольная и поперечная скальптерерапия через T 20. ПИТ низа живота. Ключущее цзю 2-4;

5 с: RP 2 /2/, P 4 /2/, P 8 /2/, MC 6 /2/, C 7 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, почка /2/. Ключущее цзю J3, J5. ПИТ пояснично-крестцовой области;

6 с: F 4 /2/, F 5 /2/, F 8 /2/, MC 3 /2/, C 8 /2/, ухо: наружные гениталии /2/, таламус /2/. Ключущее цзю T 3, T 4. ПИТ внутренней стороны бедер;

7 с: V23 /2/, V 43 /2/, V 27 /2/, V 28 /2/, ухо: симпатическая точка /2/, полость таза /2/. Тонизация T 15. ПИТ паравerteбральных областей. Ключущее цзю J3. Скальптерерапия левой зоны гениталий;

8 с: V60 /2/, V 31 /2/, V 32 /2/, V 10 /2/, ухо: затылок /2/, щитовидная железа /2/. Скальптерерапия правой зоны гениталий. ПИТ шейно-воротниковой области. Ключущее цзю R 14 /2/;

9 с: V62 /2/, V 52 /2/, V 53 /2/, V 55 /2/, TR 18 /2/, ухо: гипофиз /2/, железы внутренней секреции /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

10 с: R 7 /2/, R 8 /2/, C 3 /2/, C 5 /2/, TR 20 /2/, ухо: почка /2/, вершина черепа /2/. ПИТ внутренней стороны бедер;

11 с: R 9 /2/, R 10 /2/, JG 7 /2/, JG 10 /2/, TR 21 /2/, ухо: сексуальная точка /2/, солнечное сплетение/2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю RP 13 /2/;

12 с: RP 9 /2/, RP 10 /2/, GJ /2/, F 8 /2/, F 9 /2/, ухо: желудок /2/, печень /2/. ПИТ паравerteбральных областей;

13 с: F 12/2/, VB 27 /2/, VB 28 /2/, E 28 /2/, E 29 /2/, ухо: гипофиз /2/, яичник /2/. ПИТ низа живота;

14 с: VB 29 /2/, E 30 /2/, E 24 /2/, E 33 /2/, TR 5 /2/, ухо: селезенка /2/, сердце, 1 /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

15 с: VB 21 /2/, VB 39 /2/, V10 /2/, V 60 /2/, V 62 /2/, ухо: легкое /2/, придаток мозга /2/. ПИТ шейно-воротниковой области.

После оперативной лапароскопии у больных ХС с недостаточностью II-й фазы менструального цикла при гиперэстрогении с нарушением гипоталамо-гипофизарной системы проводили 3 курса акупунктуры по II варианту тормозного метода по следующей схеме:

1 с.: E 36 /2/, GJ 4 /2/, GJ 11 /2/, ухо: полость таза /2/. Ключущее цзю VB 28 /2/, E 25 /2/, J 2;

2 с: TR 5 /2/, VB 41 /2/, P 7 /2/, R 6 /2/, ухо: симпатическая точка /2/, матка /2/. Ключущее цзю V 25 /2/, V 26 /2/;

3 с: TB 5 /2/, VB 41 /2/, VB 25 /2/, RP 6 /2/, ухо: надпочечник /2/, почка /2/. Ключущее цзю V 27 /2/, V 28 /2/;

4 с: TR 5 /2/, VB 41 /2/, VB /2/, R 14 /2/, ухо: селезенка /2/, сердце, 1 /2/. Ключущее цзю V 29 /2/, V 30 /2/;

5 с: E 29 /2/, E 30 /2/, RP 10 /2/, C 7 /2/, ухо: кора головного мозга /2/, сердце /2/. Ключущее цзю V 31 /2/, V 32 /2/;

6 с: R 3 /2/, R 7 /2/, R 12 /2/, GJ 4 /2/, E 25 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, щитовидная железа /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю V 33 /2/, V 34 /2/;

7 с: RP 2 /2/, RP 4 /2/, F 8 /2/, ухо: гипоталамус /2/, гипофиз /2/, ПИТ шейно-воротниковой области. Ключущее цзю RP 13 /2/, RP 14 /2/. Цубо-терапия V 53 /2/, V 54 /2/;

8 с: V67 /2/, V58 /2/, F 3 /2/, F 5 /2/, VB 26 /2/, ухо: матка /2/, яичник /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области. Ключущее цзю VB 27 /2/, VB 28 /2/;

9 с: R 3 /2/, R 7 /2/, R 12 /2/, GJ 11 /2/, R 5 /2/, ухо: надпочечник /2/, полость таза /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю V 34 /2/, V 26 /2/;

10 с: RP 6 /2/, R 6 /2/, R 12 /2/, E 24 /2/, E 30 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, симпатическая /2/. ПИТ паравerteбральных областей. Ключущее цзю RP 13 /2/, RP 14 /2/;

11 с: R 11 /2/, R 12 /2/, MC 6 /2/, MC 5 /2/, VB 41 /2/, ухо: легкие /2/, верхушка уха /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

12 с: Е 27 /2/, Е 28 /2/, ВР 6 /2/, С 8 /2/, V 60 /2/, ухо: наружные гениталии /2/, желудок /2/. ПИТ внутренней стороны бедер. Ключущее цзю V 30 /2/, V 28 /2/;
13 с: Е 29 /2/, RP 1 /2/, P 7 /2/, MC 5 /2/, С 7 /2/, ухо: затылок /2/, надпочечник /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области. Ключущее цзю V 23 /2/, V 27 /2/;
14 с: RP 2 /2/, RP 10 /2/, R 7 /2/, MC 6 /2/, R 5 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, матка /2/. ПИТ шейно-воротниковой области;
15 с: RP 4 /2/, RP 6 /2/, F 5 /2/, R 9 /2/, V 10 /2/, ухо: яичник /2/, почка /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю J 2, J 4, J 5. Цубо-терапия V24 /2/, V31 /2/.

После оперативной лапароскопии больным ХС при недостаточности II-й фазы менструального цикла с гиперэстрогенией проводили 3 курса акупунктуры II вариантом тормозного метода с 5-6-го дня менструального цикла по следующей схеме:

1 с: GJ 11 /2/, Е 36 /2/, TR, 18 /2/, ухо: таламус /2/;

2 с: GJ 4 /2/, Е 28 /2/, Е 30 /2/, VB 39 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, подкорка /2/. ПИТ шейно-воротниковой области;

3 с: GJ 3 /2/, V 62 /2/, TR 20 /2/, J 2, ухо: симпатическая /2/, кора головного мозга /2/. Вакуумный баночный массаж (ВБМ) в течение 10 мин, после чего - классический ручной массаж 3-5 мин;

4 с: V 10 /2/, V 60 /2/, V 2 /2/, V 4 /2/, V 14 /2/, ухо: яичник /2/, гипоталамус /2/. ПИТ паравerteбральных областей;

5 с: MC 6 /2/, RP 6 /2/, RP 9 /2/, RP 15 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, наружные гениталии /2/. ПИТ низа живота;

6 с: P 7 /2/, R 6 /2/, R 11 /2/, R 15 /2/, J 4, ухо: матка /2/, верхушка уха /2/, ПИТ верхней части живота, области грудины;

7 с: С 7 /2/, F 3 /2/, F 5 /2/, F 13 /2/, VB 3 /2/, J2, ухо: печень /2/, яичник /2/, ВБМ 10 мин, после которого - классический ручной массаж 3-5 мин;

8 с: TR 5 /2/, VB 20 /2/, VB 34 /2/, VB 41 /2/, ухо: симпатическая /2/, полость таза /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

9 с: GJ 3 /2/, V62 /2/, J 16, ухо: живот /2/, щитовидная железа /2/. ВБМ 10 мин с последующим ручным классическим массажем 3-5 мин;

10 с: P 7 /2/, R 3 /2/, R 14 /2/, ухо: почка /2/ легкие /2/. ПИТ низа живота;

11 с: GJ 3 /2/, V 62 /2/, J 2, ухо: надпочечник /2/, яичник /2/. ВБМ 10 мин, после чего 3-5 мин. ручной классический массаж;

12 с: GJ 4 /2/, Е 25 /2/, Е 36 /2/, С 7 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, ствол мозга /2/, ПИТ шейно-воротниковой области;

13 с: RP 6 /2/, RP 4 /2/, P 5 /2/, С 8 /2/, ухо: матка /2/, яичник /2/. Продольная и поперечная скальптерепия проекции Т 20. ПИТ низа живота;

14 с: R 2 /2/, R 6 /2/, P 7 /2/, R 9 /2/, С 7 /2/, J 4, ухо: щитовидная железа /2/, легкие /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

15 с: RP 10 /2/, RP 12 /2/, С 5 /2/, MC 3 /2/, MC 2 /2/, ухо: сердце /2/, симпатическая /2/. Тонизация RP 14 /2/, Т 14. ВБМ 10 мин. с последующим ручным массажем 3-5 мин.

2-я группа – 50 больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом в раннем послеоперационном периоде получала акупунктуру.

Если после 1-го курса АП у больных наступала беременность, дальнейшее использование АП прекращали.

Между курсами лечения АП перерыв составлял 2 недели.

Статистический анализ результатов. Анализ клинических данных проводился с помощью стандартных методов статистики с использованием программного обеспечения для ПК Microsoft Excel и Statistica 6.0. Для представления данных использовали стандартные методы описательной статистики. Количественные показатели представлены в виде средних и стандартных квадратных отклонений, а качественные признаки сгруппированы в таблицы сопряженности. Для сравнения групп использовались методы, основанные на дисперсионном анализе – F-критерий, t-критерий Стьюдента (для анализа нормально распределённых выборок); непараметрические критерии – критерий хи-квадрат, точный критерий Фишера (основанные на хи-квадрат-распределении), ранговые критерии: U-тест Манна-Уитни (непараметрический критерий для сравнения данных по группам) и критерий Вилкоксона (для сравнения данных полученных до и после лечения). Для определения связи между параметрами использовали коэффициент корреляции Пирсона (для нормально распределённых совокупностей) и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (непараметрический ранговый метод) (Уткин В.А., 2002, 2009).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Под нашим наблюдением находилось 110 пациенток с ХС в возрасте от 21 до 38 лет (в среднем $34,2 \pm 1,7$ лет) с длительностью бесплодия (первичное бесплодие было у 61,8 %, вторичное – у 38,2 %) от 1 года до 8 лет (в среднем – $4,3 \pm 1,2$ года), длительностью ХС от 1 до 6 лет (в среднем $3,9 \pm 1,2$ года).

64 (58,2 %) больных были умственного труда, 46 (41,8 %) – физического.

У больных были жалобы на отсутствие беременности (100 %), боли тянущего, ноющего характера в низу живота, пояснично-крестцовой области 100 %, снижение настроения (100 %), дизритмичный, поверхностный сон (72,7 %), повышенную утомляемость (67,4 %), раздражительность (69,1 %), головные боли (56,4 %), снижение либидо (65,5 %), снижение процента оргастичности (70,9 %), боли при половых актах (44,5 %), предменструальный синдром (35,5 %), болезненные менструации (40,9 %), обильные длительные менструации (20,9 %), нерегулярные менструации с задержками (17,3 %).

Инфекционный индекс у пациенток составил $5,3 \pm 0,4$, что в 2,1 раза выше по сравнению с популяционной группой ($2,5 \pm 0,5$, $p < 0,05$) [Волков Н.И., 1997]. Аллергологический индекс был в 1,7 раза ($0,71 \pm 0,07$) выше по сравнению с популяционной группой ($0,42 \pm 0,04$, $p < 0,05$). Индекс трансмиссивных инфекций у больных составил $2,1 \pm 0,4$, что в 3,5 раза превышает популяционные данные ($0,6 \pm 0,3$, $p < 0,05$). Индекс внутриматочных вмешательств составил $1,2 \pm 0,3$, ин-

декс абортот – $1,3 \pm 0,4$, индекс родов – $1,1 \pm 0,3$. Установлена высокая корреляция между возникновением ХС и различными внутриматочными вмешательствами ($r = -0,83$, $p < 0,05$).

Больные по поводу бесплодия принимали длительную, патогенетически необоснованную терапию (в среднем $2,3 \pm 0,4$ лет), направленную на устранение спаечного процесса в малом тазу и индукцию овуляции.

Оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза были произведены у 29 (26,4 %) больных, из них: аппендэктомия – у 21 (19,1 %), резекция и ушивание яичника по поводу его апоплексии – у 10 (9,1 %), тубэктомия по поводу внематочной беременности – у 14 (12,7 %). Индекс оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза у больных составил $0,41 \pm 0,03$.

Гинекологические заболевания в анамнезе были у всех 110 пациенток, из них: сальпингоофорит – у 110 (100 %), цервициты и эрозия шейки матки – у 56 (50,9 %), эндометрит – у 17 (15,5 %), кольпиты специфической и неспецифической этиологии – у 61 (55,5 %).

Медико-психологическое тестирование показало, что у 100 % больных выявлено снижение «самочувствие» в $1,13$ ($4,8 \pm 0,1$), «активность» – в $1,09$ ($4,6 \pm 0,2$), «настроение» – в $1,06$ ($4,8 \pm 0,2$), повышение ситуационной тревожности – в $1,17$ ($45,1 \pm 1,8$) и личностной тревожности – в $1,17$ ($35,2 \pm 2,4$) раза по сравнению со здоровыми ($5,4 \pm 0,1$, $5,0 \pm 0,2$, $5,1 \pm 0,2$, $38,4 \pm 1,2$ и $28,7 \pm 1,2$ соответственно, $p < 0,05$ ко всем показателям), что свидетельствует о наличии психоэмоциональных нарушений.

Показатели морфограммы у всех больных не отличались от нормативных данных ($p > 0,05$). МРИ в среднем составил $23,6 \pm 0,4$, что не отличается от нормы ($22,8 \pm 0,1$; $p > 0,05$) [Волков Н.И., 1997].

Менархе у больных в среднем составило $13,4 \pm 0,3$ года, что не отличается от популяционной группы [Волков Н.И., 1997]. У 82,7 % больных менструальная функция была нарушена: из них у 40,9 % – альгодисменорея, у 20,9 % – полименорея, у 17,3 % – олигоменорея, у 3,6 % – межменструальные кровянистые выделения.

У 35 (31,8 %) больных обострение ХС было до 1 раза в год, у 41 (37,3 %) – до 2 раз в год, у 27 (24,5 %) – до 3 раз в год, у 7 (6,4 %) – более 3 раз в год. Индекс обострений ХС у больных составил $2,4 \pm 0,3$.

Элекроальгезиметрия показала, что в «алгических» точках солнечного ($53,7 \pm 1,6$ мкА), подчревного ($52,8 \pm 2,3$ мкА), правом яичниковом ($44,6 \pm 2,5$ мкА), левом яичниковом ($45,7 \pm 2,1$ мкА) и маточном ($44,3 \pm 1,9$ мкА) сплетениях в 1,5-1,8 раза снижен порог болевой чувствительности по сравнению со здоровыми ($78,9 \pm 6,8$ мкА, $p < 0,05$ ко всем показателям), что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс глубоких вегетативных сплетений.

У 72,7 % больных выявлены нарушения ЭЭГ, что позволило выделить 3 типа характерных патологических изменений.

К I типу относились ЭЭГ, характеризующиеся снижением биоэлектрической активности головного мозга (амплитуда колебаний 12-17 мкВ) с преобладанием

во всех отведениях альфа-ритма с частотой активности 13-15 колебаний в сек. В ряде случаев в лобной, височной и теменной отведениях регистрировался тета-ритм.

II тип ЭЭГ характеризовался дезорганизацией альфа-ритма, участками заостренного альфа-ритма с переходом в быструю бета-активность.

III тип ЭЭГ характеризовался доминирующим альфа-ритмом с переходом в тета-активность с амплитудой 80-90 мкВ и частотой 5-6 колебаний в сек. Сдвиг был более выражен в лобно-теменных отведениях.

По данным ряда авторов (Крыжановский Г.Н., 1989-1990; Калужный Л.В., 1984; Зинкевич Я.С., 2005), I тип ЭЭГ был характерен для больных с нарушениями мезодизэнцефальной области и коры головного мозга, II и III типы ЭЭГ – для больных с гипоталамо-гипофизарными нарушениями без изменений корковых процессов.

У 30 (27,3 %) больных ЭЭГ была в пределах нормы. У 41 (37,3 %) больной выявлен I тип, у 21 (19,1 %) – II тип, у 18 (16,4 %) – III тип ЭЭГ.

Данные эхогидротубации у всех больных выявили непроходимость маточных труб. При эхонографии у больных в 88,2 % случаев выявлен спаечный процесс в малом тазу, в 49,1 % – признаки перилоофорита, в 19,1 % – варикозное расширение вен малого таза, в 15,5 % – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, 14,5 % – хронический эндометрит. При фолликулометрии доминантный фолликул был уменьшен в 1,5 раза ($1,41 \pm 0,13$ см) по сравнению с нормой ($2,14 \pm 0,11$ см, $p < 0,05$), размер желтого тела – на 14,7 % ($1,63 \pm 0,11$ см) по сравнению с нормой ($1,87 \pm 0,12$ см, $p < 0,05$). Толщина эндометрия в секреторную фазу менструального цикла была снижена в 1,6 раза ($0,6 \pm 0,1$ см) по сравнению с нормой ($0,98 \pm 0,02$ см, $p < 0,05$). У больных с НЛФ толщина эндометрия была снижена в 1,3 ($0,73 \pm 0,11$ см), с ановуляцией – в 1,8 ($0,53 \pm 0,12$ см) раза по сравнению с больными с двухфазным менструальным циклом ($0,96 \pm 0,03$ см, $p < 0,05$ ко всем показателям).

Допплерометрия внутрияичникового кровотока показала, что JP повышен в 1,6 ($1,23 \pm 0,27$), JR – в 1,4 ($0,68 \pm 0,13$), R – в 1,7 ($3,43 \pm 1,05$), PK1 снижена в 1,3 ($11,24 \pm 1,24$ см/с), PK2 – в 1,4 ($4,86 \pm 1,17$ см/с) и Avg – в 1,3 ($7,14 \pm 0,49$ см/с) раза по сравнению с нормой ($0,75 \pm 0,04$, $0,48 \pm 0,01$, $2,05 \pm 0,08$, $14,21 \pm 1,42$ см/с, $6,93 \pm 0,64$ см/с и $8,91 \pm 0,92$ см/с соответственно, $p < 0,05$ ко всем показателям) и выявила снижение внутрияичникового кровотока.

Допплерометрия яичниковых ветвей маточной артерии показала, что JP повышен в 1,2 ($3,26 \pm 0,15$), JR – снижен в 1,3 ($0,69 \pm 0,04$), R – в 1,1 ($7,16 \pm 0,12$), PK1 – в 1,3 ($18,44 \pm 1,14$ см/с), PK2 – в 1,3 ($2,58 \pm 0,025$ см/с) и Avg – в 1,3 ($7,33 \pm 0,17$ см/с) раза по сравнению с нормой ($2,79 \pm 0,31$, $0,87 \pm 0,02$, $7,94 \pm 0,29$, $26,87 \pm 2,51$ см/с, $3,38 \pm 0,21$ см/с и $9,37 \pm 1,23$ см/с соответственно, $p < 0,05$ ко всем показателям) и выявила снижение кровотока, дистонию и сосудистый спазм в яичниковых ветвях маточной артерии у всех больных.

Допплерометрия маточных артерий показала, что JP повышен в 1,3 ($3,61 \pm 0,13$), JR – в 1,12 ($0,96 \pm 0,03$), R – в 1,2 ($8,14 \pm 0,13$), PK1 снижена в 1,7 ($21,92 \pm 1,39$ см/с), PK2 – в 2 ($2,68 \pm 0,52$ см/с) и Avg – в 1,3 ($8,73 \pm 0,32$ см/с) раза ($p < 0,05$) по сравнению

с нормой ($2,81 \pm 0,22$, $0,85 \pm 0,01$, $6,92 \pm 0,41$, $37,42 \pm 3,04$ см/с, $5,41 \pm 0,62$ см/с и $11,72 \pm 1,13$ см/с соответственно, $p < 0,05$ ко всем показателям) и выявила повышение сосудистого тонуса, дистонию, артериальный и венозный застой, снижение кровотока у всех больных.

При лапароскопии перитубарные спайки обнаружены у 47 (42,7 %), гиперемия маточных труб – у 49 (44,5 %), нодозный сальпингит – у 34 (30,9 %), гидатиды маточных труб – у 64 (58,2 %), разрушение складчатости слизистой маточных труб – у 46 (41,8 %), варикозное расширение вен малого таза – 23 (20,9 %), гидросальпинкс – у 19 (17,3 %), гипотрофия маточной трубы – у 7 (6,4 %), утолщение стенок трубы – у 7 (6,4 %), перетяжки – у 6 (5,5 %), истончение стенок трубы – у 4 (3,6 %), атрофия маточной трубы – у 3 (2,7 %), выпячивания на маточных трубах – у 2 (1,8 %) больных.

По классификации Н. Нулка (1978) I степень спаечного процесса в малом тазу выявлена у 43 больных (39,1 %), II – у 46 (41,8 %), III – у 16 (14,5 %) и IV – у (4,5 %). Синдром Фитц-Хью-Куртиса обнаружен у 20 (18,2 %) больных с III – IV степенью спаечного процесса в малом тазу. Выявлена высокая корреляция: чем выше степень спаечного процесса в малом тазу, тем больший процент варикозного расширения вен малого таза ($r=0,87$, $p < 0,05$).

При гистероскопии у 61 (55,5 %) больной обнаружена слизистая тела матки в стадии секреции, у 19 (17,3 %) – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 8 (7,3 %) – очаговая гиперплазия эндометрия, у 3 (2,7 %) – смешанный гипопластичный эндометрий, у 7 (6,4 %) – хронический эндометрит, у 12 (10,9 %) – несоответствие состояния эндометрия фазе менструального цикла.

Гистологическое исследование эндометрия выявило эндометрий в стадии секреции у 61 (55,5 %), железисто-кистозную гиперплазию – у 19 (17,3 %), очаговую гиперплазию – у 9 (8,2 %), смешанный гипопластичный эндометрий – у 4 (3,6 %), хронический эндометрит – у 6 (5,5 %), несоответствие состояния эндометрия фазе цикла – у 11 (10 %) больных. Несовпадение гистероскопического и гистологического диагнозов выявлено в 5 (4,5 %) случаях. Таким образом, одновременно проведённые гистероскопия и гистологическое исследование эндометрия у больных ХС позволяют диагностировать патологические изменения эндометрия у 34,5 % больных и указывают на необходимость проведения данных методов исследования у данного контингента больных.

Во время лапароскопии были проведены следующие оперативные вмешательства: сальпингоовариолизис – у 110 (100 %), сальпингостомия с одной или обеих сторон – у 52 (47,3 %), фимбриопластика – у 49 (44,5 %) больных.

По ТФД у 22 (20 %) больных выявлен двухфазный менструальный цикл, у 50 (45,5 %) – НЛФ, у 38 (34,5 %) – ановуляция.

Концентрация ФСГ в крови у больных увеличена на 10,8 % ($7,93 \pm 0,17$ мМЕ/мл) по сравнению с нормой ($7,12 \pm 0,41$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), ПРЛ – на 37 % ($438,63 \pm 41,76$) по сравнению с нормой ($276,32 \pm 26,47$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), ЛГ снижена на 28,3 % ($6,32 \pm 0,23$ мМЕ/мл) по сравнению с нормой ($8,82 \pm 0,24$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), П – на 22 % ($18,46 \pm 1,19$ пмоль/л) по сравнению с нормой ($22,53 \pm 1,74$ пмоль/л, $p < 0,05$), К – на 21,5 % ($318,37 \pm 26,54$ нмоль/л) по сравне-

нию с нормой ($386,72 \pm 21,23$ нмоль/л, $p < 0,05$), Т – на 21,3 % ($89,21 \pm 3,36$ нг/мл) по сравнению с нормой ($108,21 \pm 6,37$ нг/мл, $p < 0,05$), Е2 ($126,24 \pm 10,18$ пмоль/л) – соответствовала норме ($130,62 \pm 15,28$ пмоль/л, $p > 0,05$). Таким образом, у 88 (80 %) больных ХС выявлены нарушения ГГЯНС.

Больные ХС, которым произведены реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, были репрезентативно распределены на 2 группы. 1-я группа (60 больных) в раннем послеоперационном периоде получала АП и интенсивную СМТ-терапию, 2-я группа (50 больных) – АП.

В 1-й группе после лечения медико-психологическое тестирование выявило повышение факторов «Самочувствие» – в 1,13 (с $4,71 \pm 0,1$ до $5,3 \pm 0,2$, $p < 0,05$), «активность» – в 1,07 (с $4,0 \pm 0,2$ до $4,9 \pm 0,2$, $p < 0,05$), «Настроение» – в 1,09 (с $4,6 \pm 0,2$ до $5,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$), снижение ситуационной тревожности – в 1,19 (с $45,3 \pm 2,1$ до $38,1 \pm 2,3$, $p < 0,05$), личностной тревожности – в 1,17 (с $35,3 \pm 2,1$ до $30,4 \pm 4,2$, $p < 0,05$) раза по сравнению с изначальными данными, во 2-й группе выявлено повышение факторов «Самочувствие» – в 1,06 (с $4,8 \pm 0,3$ до $5,1 \pm 0,3$, $p < 0,05$), «Активность» – в 1,07 (с $4,6 \pm 0,1$ до $4,8 \pm 0,2$, $p < 0,05$), «Настроение» – в 1,06 (с $4,6 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,3$, $p < 0,05$), снижение ситуационной тревожности – в 1,2 (с $45,4 \pm 2,3$ до $37,8 \pm 2,4$, $p < 0,05$), личностной тревожности – в 1,15 (с $35,2 \pm 2,3$ до $30,7 \pm 2,1$, $p < 0,05$) раза по сравнению с изначальными данными, в результате чего нормализация психо-эмоционального состояния наступила у 53 (88,3 %) больных 1-й и у 39 (78 %) 2-й группы.

После лечения в 1-й группе эффективность терапии альгодисменореи достигла 83,3 %, олигоменореи – 80 %, полименореи – 70 %, межменструальных кровянистых выделений – 100 %, во 2-й группе эффективность терапии альгодисменореи достигла 76,2 %, олигоменореи – 66,7 %, полименореи – 60 %, межменструальных кровянистых выделений – 100 %, в результате чего нормальные менструации наступили у 80,4 % больных 1-й и у 65,9 % 2-й группы.

По ТФД после лечения в 1-й группе двухфазный менструальный цикл выявлен у 39 (63,3 %), НЛФ – у 13 (21,7 %), ановуляция – у 8 (13,3 %) больных, во 2-й группе двухфазный менструальный цикл выявлен у 29 (58 %), НЛФ – у 12 (24 %), у 9 (18 %) – ановуляция.

После терапии в 1-й группе концентрация ФСГ в крови снизилась на 7,6 % (с $7,91 \pm 0,13$ мМЕ/мл до $7,31 \pm 0,12$ мМЕ/мл, $p > 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), ПРЛ – на 52,5 % (с $431,82 \pm 43,56$ мМЕ/мл до $283,24 \pm 12,32$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), ЛГ – увеличилась на 31,9 % (с $6,31 \pm 0,27$ мМЕ/мл до $8,32 \pm 0,24$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), Е2 – на 4,1 % (с $126,38 \pm 10,41$ до $131,59 \pm 13,46$ пмоль/л, $p > 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), П – на 19,2 % (с $18,43 \pm 1,24$ до $21,97 \pm 0,26$ пмоль/л, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), К – на 17,7 % (с $316,53 \pm 23,41$ до $372,58 \pm 21,13$ нмоль/л, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), Т – на 17,2 % (с $89,26 \pm 5,63$ до $104,62 \pm 5,47$ нг/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), в результате чего нормализация ГГНЯС наступила у 63,3 % больных.

После терапии во 2-й группе концентрация ФСГ в крови снизилась на 6 % (с $7,94 \pm 0,37$ мМЕ/мл до $7,48 \pm 0,13$ мМЕ/мл, $p > 0,05$), достигая нормы, ПРЛ – на

52,9 % (с $434,72 \pm 42,36$ до $284,38 \pm 23,74$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), ЛГ – увеличилась на 24,7 % (с $6,32 \pm 0,24$ до $8,39 \pm 0,23$ мМЕ/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), Е2 – на 3,8 % (с $126,54 \pm 11,37$ до $131,41 \pm 12,34$ пмоль/л, $p > 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), П – на 10,7 % (с $18,45 \pm 1,21$ до $20,43 \pm 0,28$ пмоль/л, $p < 0,05$), не достигая нормы ($p < 0,05$), К – на 15,4 % (с $318,51 \pm 24,36$ до $376,41 \pm 22,31$ нмоль/л, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), Т – на 14,8 % (с $88,53 \pm 3,48$ до $103,89 \pm 5,32$ нг/мл, $p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), в результате чего нормализация ГГНЯС наступила у 58 % больных.

В 1-й группе после лечения глюкокортикоидная функция коры надпочечников восстановилась у 40 (93 %) из 43 (71,7 %) и андрогенная функция яичников – у 27 (84,4 %) из 32 (53,3 %) больных, во 2-й группе – у 27 (81,8 %) из 33 (66 %) и у 20 (71,4 %) из 28 (56 %) больных соответственно. У больных обеих групп под влиянием терапии наблюдалось однонаправленное повышение концентраций Т и К в крови, что указывает на сохранение периферических механизмов репродуктивного гомеостаза [Дильман В.М., 1983].

У больных 1-й группы после терапии электроальгезиметрия в «алгических» точках солнечного сплетения повысилась в 1,44 (с $53,4 \pm 1,8$ до $76,7 \pm 2,7$ мкА, $p < 0,05$), подчревного – в 1,42 (с $52,7 \pm 2,6$ до $74,6 \pm 3,2$ мкА, $p < 0,05$), правого яичникового – в 1,71 (с $44,8 \pm 2,4$ до $76,4 \pm 2,8$ мкА, $p < 0,01$), левого яичникового – в 1,72 (с $45,4 \pm 2,2$ до $78,1 \pm 2,2$ мкА, $p < 0,005$) и маточного – в 1,73 (с $44,5 \pm 1,7$ до $76,8 \pm 1,7$ мкА, $p < 0,001$) раза, у больных 2-й группы электроальгезиметрия в «алгических» точках солнечного сплетения повысилась в 1,4 (с $53,6 \pm 1,3$ до $75,4 \pm 2,3$ мкА, $p < 0,01$), подчревного – в 1,42 (с $51,9 \pm 2,2$ до $73,7 \pm 3,4$ мкА, $p < 0,01$), правого яичникового – в 1,64 (с $44,9 \pm 2,4$ до $73,5 \pm 2,8$ мкА, $p < 0,005$), левого яичникового – в 1,65 (с $45,1 \pm 2,3$ до $74,2 \pm 3,1$ мкА, $p < 0,001$) и маточного – в 1,71 ($44,3 \pm 1,8$ до $75,7 \pm 2,6$ мкА, $p < 0,005$) раза по сравнению с изначальными данными, в результате чего данные электроальгезиметрии в «алгических» вегетативных сплетениях достигли значений нормы у 54 (90 %) больных 1-й и у 41 (82 %) 2-й группы, что подтверждает данные антиноцицептивного эффекта комбинированного использования АП и СМТ-терапии и отдельно АП.

После лечения в 1-й группе количество больных с нерегулярным α -ритмом снизилось с 38,3 % до 10 %, β -ритмом – с 18,3 % до 5 %, дизритмией – с 16,7 %, пароксизмами медленных волн – с 21,7 % до 3,3 %, острыми волнами – с 13,3 % до 5 %, межполушарной асимметрией – с 38,3 % до 10 %, высокой степенью реактивности – с 48,3 % до 6,7 %, низкой степенью реактивностью – с 25 % до 11,7 %, регулярным α -ритмом повысилось с 26,7 % до 81,7 %, средней степенью реактивности – с 26,7 % до 81,7 %, в результате чего у 49 (81,7 %) больных наступила нормализация функциональной активности ЛРК.

После лечения во 2-й группе количество больных с нерегулярным α -ритмом снизилось с 38 % до 14 %, β -ритмом – с 21 % до 6 %, дизритмией – с 12 % до 4 %, пароксизмами медленных волн – с 22 % до 4 %, острыми волнами – с 16 % до 6 %, межполушарной асимметрией – с 34 % до 8 %, высокой степенью реактивности – с 46 % до 10 %, низкой степенью реактивности – с 26 % до 14 %, регулярным α -ритмом повысилось с 28 % до 76 %, средней степенью реактив-

ности – с 28 % до 76 %, в результате чего у 38 (76 %) больных наступила нормализация функциональной активности ЛРК.

В 1-й группе после лечения у больных с двухфазным менструальным циклом толщина эндометрия не претерпевала нормативных изменений ($p>0,05$), у больных с НЛФ – увеличилась в 1,3 (с $0,73\pm 0,11$ до $0,94\pm 0,02$ см, $p<0,01$), достигая нормы ($p>0,05$), с ановуляцией – в 1,3 раза (с $0,54\pm 0,12$ см до $0,72\pm 0,03$ см, $p<0,01$), не достигая нормы ($p>0,05$). УЗИ эндометрия выявило секреторную трансформацию эндометрия у 39 (63,3 %) больных, у которых после лечения был выявлен двухфазный менструальный цикл.

Во 2-й группе после лечения у больных с двухфазным менструальным циклом толщина эндометрия не претерпевала нормативных изменений, у больных с НЛФ – увеличилась с $0,72\pm 0,11$ см до $0,92\pm 0,03$ см ($p<0,01$), достигая нормы ($p>0,05$), с ановуляцией – (с $0,52\pm 0,12$ см до $0,71\pm 0,12$ см, $p<0,01$), не достигая нормы ($p<0,05$). УЗИ эндометрия выявило секреторную трансформацию эндометрия у 29 (58 %) больных, у которых после лечения выявлен двухфазный менструальный цикл.

В 1-й группе после лечения при эхографической биометрии яичников длина их уменьшилась в 1,16 (с $36,31\pm 2,28$ мм до $31,18\pm 2,15$ мм, $p<0,01$), ширина – в 1,47 (с $23,76\pm 1,21$ мм до $20,29\pm 1,81$ мм, $p<0,01$), толщина – в 1,17 раза (с $21,31\pm 1,16$ мм до $18,25\pm 1,17$ мм, $p<0,01$) по сравнению с изначальными данными, во 2-й группе – длина яичников уменьшилась в 1,13 (с $36,38\pm 2,24$ мм до $32,31\pm 2,13$ мм, $p<0,05$), ширина – в 1,14 (с $23,51\pm 1,14$ мм до $20,52\pm 1,27$ мм, $p<0,01$), толщина – в 1,1 раза (с $21,33\pm 1,14$ мм до $19,17\pm 1,13$ мм, $p<0,01$) по сравнению с изначальными данными. Таким образом, можно предположить, что уменьшение размеров яичников под влиянием терапевтических факторов связано преимущественно с их противовоспалительным, рассасывающим и противотёчным действием.

По данным фолликулометрии в 1-й группе после лечения происходило увеличение диаметра максимального фолликула в 1,4 раза (с $1,42\pm 0,12$ см до $1,94\pm 0,13$ см, $p<0,05$), во 2-й – в 1,3 раза (с $1,41\pm 0,13$ см до $1,83\pm 0,14$ см, $p<0,05$) по сравнению с изначальными данными. В 1-й и 2-й группах после лечения диаметр максимального фолликула не отличался от нормы у больных с двухфазным менструальным циклом. В 1-й группе у 24 (88,9 %) больных с НЛФ после лечения диаметр максимального фолликула увеличился в 1,18 раза (с $1,73\pm 0,06$ см до $2,04\pm 0,11$ см, $p<0,01$), во 2-й – у 15 (65,2 %) из 23 больных диаметр максимального фолликула увеличился в 1,08 раза (с $1,79\pm 0,16$ до $1,93\pm 0,14$ см, $p<0,01$) по сравнению с изначальными данными. В 1-й группе у 14 (66,7 %) из 21 больной с ановуляцией выявлено увеличение доминантного фолликула в 1,42 раза (с $1,28\pm 0,12$ до $1,82\pm 0,15$ см, $p<0,05$), во 2-й – у 8 (47,1 %) из 17 больных диаметр максимального фолликула увеличился в 1,37 раза (с $1,26\pm 0,11$ до $1,73\pm 0,14$ см, $p<0,02$) по сравнению с изначальными данными. В результате лечения нормализация фолликулиновой фазы наступила у 38 (79,2 %) из 48 больных 1-й и у 29 (72,5 %) из 40 больных 2-й группы.

Характерной особенностью всех пациенток, у которых отмечен рост доминантного фолликула от проводимой терапии, является наличие в яичниках в овуляторную фазу до лечения фолликулов размерами от 1,3 до 1,7 см (в среднем, $1,52 \pm 0,13$ см), в результате чего можно сделать вывод, что эффективность роста доминантного фолликула под влиянием терапии определялась исходным диаметром максимального фолликула.

Эхсонография показала, что в 1-й группе после лечения наступило увеличение диаметра жёлтого тела в 1,12 (с $1,71 \pm 0,11$ до $1,92 \pm 0,08$ см, $p < 0,01$), во 2-й – в 1,08 раза (с $1,71 \pm 0,11$ до $1,87 \pm 0,12$ см, $p < 0,01$) по сравнению с изначальными данными, характерного для нормального овуляторного цикла. Появление жёлтого тела произошло лишь у тех больных, у которых диаметр максимального фолликула до начала терапии составил не менее 1,3 см. Увеличение размеров жёлтого тела положительно коррелировало с концентрацией в крови E2 ($r=0,39$, $p < 0,01$), П ($r=0,45$, $p < 0,01$) и диаметра максимального фолликула ($r=0,45$, $p < 0,01$) до начала терапии. На основании этого можно предположить, что изменения жёлтого тела определялись исходным размером фолликулов и последующим их ростом.

У больных 1-й группы после лечения доплерометрия внутрияичникового кровотока показала снижение IP на 31,7 % (с $1,23 \pm 0,27$ до $0,84 \pm 0,11$, $p < 0,05$), IR – на 21 % (с $0,67 \pm 0,13$ до $0,53 \pm 0,06$, $p < 0,05$), увеличение PK1 на 26,3 % (с $11,23 \pm 1,21$ до $14,18 \pm 1,32$, $p < 0,05$), PK2 – на 46,2 % (с $4,87 \pm 1,12$ до $6,73 \pm 1,24$ см/сек, $p < 0,05$), Avg – на 26,5 % (с $7,14 \pm 0,52$ до $8,64 \pm 1,23$ см/сек, $p < 0,05$), у больных 2-й группы снижение IP произошло на 33 % (с $1,21 \pm 0,17$ до $0,91 \pm 1,12$, $p < 0,05$), IR – на 15,5 % (с $0,64 \pm 0,14$ до $0,58 \pm 0,15$, $p < 0,05$), увеличение PK1 – на 23,6 % (с $11,24 \pm 2,23$ до $13,89 \pm 1,24$ см/сек, $p < 0,05$), PK2 – на 36,2 % (с $4,83 \pm 1,13$ до $6,58 \pm 1,13$ см/сек, $p < 0,05$), Avg – на 19,5 % (с $7,13 \pm 0,46$ до $8,52 \pm 1,27$ см/сек, $p < 0,05$) по сравнению с изначальными данными, в результате чего нормализация гемодинамики внутрияичникового кровотока наступила у 66,7 % больных 1-й и у 58 % 2-й группы.

У больных 1-й группы после лечения доплерометрия в яичниковых ветвях маточных артерий показала снижение IP на 21 % (с $3,24 \pm 0,12$ до $2,68 \pm 0,21$, $p < 0,05$), повышение IR – на 15,5 % (с $0,71 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,03$, $p < 0,05$), PK1 – на 42,3 % (с $18,49 \pm 1,14$ до $26,31 \pm 1,27$ см/сек, $p < 0,05$), PK2 – на 18,5 % (с $2,68 \pm 0,26$ до $3,29 \pm 0,14$ см/сек, $p < 0,05$), Avg – на 26,2 % (с $7,34 \pm 0,18$ до $9,26 \pm 0,57$ см/сек, $p < 0,05$), у больных 2-й группы наступило снижение IP на 13,7 % (с $3,23 \pm 0,14$ до $2,84 \pm 0,12$, $p < 0,05$), увеличение IR на 16,2 % (с $0,68 \pm 0,05$ до $0,79 \pm 0,03$, $p < 0,05$), PK1 – на 34,5 %, PK2 – на 10,9 % (с $2,67 \pm 0,24$ до $2,96 \pm 0,13$ см/сек, $p < 0,05$), Avg – на 22 % (с $7,32 \pm 0,16$ до $8,94 \pm 0,14$ см/сек, $p < 0,05$) по сравнению с изначальными данными, в результате чего нормализация гемодинамики в яичниковых ветвях маточной артерии наступила у 70 % больных 1-й и у 60 % 2-й группы.

У больных 1-й группы после лечения доплерометрия в маточных артериях показала снижение IP на 23,2 % (с $3,61 \pm 0,12$ до $2,93 \pm 0,12$, $p < 0,05$), IR – на 10,3 % (с $0,96$ до $0,87 \pm 0,03$, $p < 0,05$), повышение PK1 на 63,7 % (с $21,94 \pm 1,37$ до $35,92 \pm 2,61$ см/сек, $p < 0,05$), PK2 – на 100 % (с $2,63 \pm 0,59$ до $5,27 \pm 0,24$ см/сек, $p < 0,05$).

$p < 0,05$), Avg – на 29,5 % (с $8,74 \pm 0,31$ до $11,32 \pm 0,36$ см/сек, $p < 0,05$), у больных 2-й группы наступило снижение IP на 11,9 % (с $3,53 \pm 0,12$ до $2,97 \pm 0,12$, $p < 0,05$), IR– на 6,9 % (с $0,93 \pm 0,03$ до $0,87 \pm 0,03$, $p < 0,05$), повышение PK1 на 64,2 % (с $21,86 \pm 1,34$ до $35,89 \pm 1,23$ см/сек, $p < 0,05$), PK2 – на 90,3 %, Avg – на 28 % (с $8,72 \pm 0,32$ до $11,17 \pm 0,28$ см/сек, $p < 0,05$) по сравнению с исходными данными, в результате чего нормализация гемодинамики в маточных артериях наступила у 81,7 % больных 1-й и у 79 % 2-й группы.

В течение 12 мес. после окончания лечения в 1-й группе беременность наступила у 25 (41,6 %) из 60 больных, из них у 3 (12 %) – внематочные, во 2-й группе – у 16 (32,1 %) из 50 больных, из них у 1 (6,3 %) – внематочная. По окончании 6 мес. после лечения в обеих группах ни в одном случае беременности не наступило. Таким образом, если после использования АП и СМТ-терапии и АП в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в течение 6 мес. не наступила беременность, следует проводить более углублённые диагностические исследования и изыскивать новые терапевтические мероприятия.

У 1-й группы с ранее имевшими I степень спаечного процесса в малом тазу после проведения терапии беременность наступила у 14 (56 %), со II – у 8 (32 %) и с III – у 3 (12 %), у 2-й группы – у 10 (62,5 %), у 5 (31,3 %) и у 1 (6,3 %) соответственно больных. Таким образом, чем выше степень спаечного процесса в малом тазу, тем меньший процент наступления беременности после реконструктивно-пластических операций ($r=0,87$, $p < 0,05$).

Проведённые исследования показывают, что в 1-й группе больных беременность наступила у 17 (43,6 %) из 39 больных с двухфазным менструальным циклом с длительностью бесплодия до 5 лет, у 7 (53,8 %) из 13 больных с НЛФ с длительностью бесплодия до 3 лет, у 1 (12,5 %) из 8 больных с ановуляцией с длительностью бесплодия до 3 лет, во 2-й группе беременность наступила у 10 (34,5 %) из 29 больных с двухфазным менструальным циклом и длительностью бесплодия до 3 лет, у 5 (41,7 %) из 12 больных с НЛФ и длительностью бесплодия до 3 лет и у 1 (11,1 %) из 9 больных с ановуляцией с длительностью бесплодия до 3 лет.

В 1-й группе после лечения нормализация сократительной активности маточных труб наступила у 41 (68,3 %), во 2-й – у 24 (48 %) больных. Маточная беременность не наступила ни у одной пациентки с сохраняющимися после терапии отклонениями от нормативных значений 5 и более показателей кимпертубограмм (табл. 1).

Эхогистеросальпингография, проведенная у 35 (58,3 %) больных 1-й группы через 12 мес. после терапии, у которых не наступила беременность, выявила реокклюзию маточных труб у 9 (25,7 %) и у 15 (44,1 %) из 34 (68 %) больных 2-й группы. Следовательно, с целью профилактики реокклюзии маточных труб после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах в раннем послеоперационном периоде следует проводить адекватные терапевтические мероприятия, направленные на профилактику спаечного процесса в малом тазу.

Динамика показателей кимографической пертубации и восстановления репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом, перенёвших операцию лапароскопии и послеоперационные реабилитационные терапевтические мероприятия

Показатели пертубограммы	Беременность наступила (n=41)		Беременность не наступила (n=79)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Среднее значение	0,314±0,012	0,332±0,013* p<0,05	0,262±0,014	0,291±0,012 p<0,05
Среднеквадратичное отклонение	3,473±0,257	5,413±0,129 p<0,05	2,823±0,241	3,467±0,318 p>0,05
Асимметрия	0,252±0,017	0,223±0,012* p>0,05	0,293±0,018	0,256±0,013 p<0,05
Экссесс	-0,726±0,138	-0,863±0,112* p<0,05	-0,632±0,135	-0,734±0,129 p<0,05
Номер максимальной гармоники	10,258±0,372	12,453±0,216* p<0,05	9,638±0,332	10,172±0,264 p>0,05
Коэффициент гармоничности	32,584±0,439	30,842±1,243* p<0,05	36,532±0,338	32,746±0,429 p<0,05
P трубное	93,672±11,286	86,272±5,278* p<0,05	93,136±5,273	89,673±4,321 p<0,05
P максимальное	127,453±6,269	109,436±6,324 p<0,05	126,543±5,342	121,738±7,563 p>0,05
P базовое	74,175±6,123	63,246±5,238 p<0,05	73,346±5,634	69,836±4,326 p>0,05

Примечание: p – уровень различий средних до и после лечения, *p<0,05 – по сравнению со здоровыми.

При ранее имевшей II степени спаечного процесса в малом тазу реокклюзия маточных труб наступила в 6 (13 %), при III – в 13 (81,3 %), при IV – в 5 (100 %) случаях. Таким образом, чем выше степень спаечного процесса в малом тазу, тем чаще (в 2-3 раза) после реконструктивных операций на маточных трубах у больных возникает реокклюзия маточных труб ($r=0,94$, $p>0,05$).

Беременность после терапии в возрасте 21–25 лет наступила у 9 (47,4 %) из 19, в возрасте 26–30 лет – у 14 (42,4 %) из 33, в возрасте 31–35 лет – у 15 (33,3) из 44, в возрасте 36–38 лет – у 3 (23,1 %) из 13 больных. Таким образом, чем в более раннем репродуктивном возрасте установлена окклюзия маточных труб и произведена реконструктивно-пластическая операция на маточных трубах с последующей адекватной реабилитацией, тем больший процент реабилитации репродуктивной функции ($r=0,89$, $p<0,05$). У больных с длительностью бесплодия 1-2 года беременность наступает в 50 %, 3-4 года – в 41,9 %, 4-5 лет – в 31,8 % случаев.

После терапии беременность наступила у 29 (42,6 %) из 68 больных с первичным бесплодием и у 12 (28,6 %) из 42 больных со вторичным бесплодием.

При III–IV степени спаечного процесса в малом тазу, непроходимости единственной маточной трубы в сочетании со старшим репродуктивным возрастом женщины, длительным бесплодием, наличием неоднократных оперативных вмешательств на органах малого таза, оперативные методы для восстановления репродуктивной функции женщины малоперспективны [Авластимов Я.Ф., 2010; Чмыр Е.Н., 2011]. В таких случаях наиболее целесообразным является сочетанное применение эндоскопических методов с последующим экстракорпоральным оплодотворением [Савельева Т.М. и соавт., 2002; Bolcroft K. et al., 1999; Moelbek F.A. et al., 1994].

В 1-й группе после лечения значительное улучшение отмечено у 25 (41,7 %) и улучшение – у 27 (45 %), во 2-й – у 16 (32 %) и у 24 (48 %) больных соответственно. Индекс обострений ХС в 1-й группе после лечения уменьшился в 2,1 раза (с $2,3 \pm 0,4$ до $1,1 \pm 0,2$, $p < 0,05$), во 2-й – в 1,71 раза (с $2,4 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,2$, $p < 0,05$).

Полученные клинические данные показывают, что восстановление проходимости маточных труб далеко не всегда означает восстановление их функциональной активности. Поэтому в послеоперационном периоде всем пациенткам показано проведение реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику спаечного процесса в малом тазу, кинетики маточных труб и ГГНЯС.

ВЫВОДЫ

1. Хронический сальпингоофорит – мультифакториальное и полисистемное заболевание, сопровождающееся в 100 % случаев алгическим синдромом, в 100 % – психоэмоциональными нарушениями, в 80 % – нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы, в 72,7 % – функциональной активности лимбико-ретикулярного комплекса, в 100 % – гемодинамики органов малого таза, которые усугубляются по мере длительности и частоты обострений хронического сальпингоофорита, степени распространения спаечного процесса в малом тазу.

2. Акупунктура и интенсивная СМТ-терапия в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в 88,3 % случаев обладает анальгезирующим действием, в 88,3 % – нормализующим влиянием на психо-эмоциональное состояние, в 63,3 % – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, в 81,7 % – функциональную активность лимбико-ретикулярного комплекса, в 68,3 % – сократительную активность маточных труб, в 81,7 % – гемодинамику органов малого таза, вызывая у 86,7 % больных положительный терапевтический эффект.

3. Акупунктура в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в 78 % случаев обладает анальгезирующим действием, в 78 % – нормализующим влиянием на психо-эмоциональное состояние, в 58 % – гипоталамо-гипофизарно-

надпочечниково-яичниковую систему, в 76 % – функциональную активность лимбико-ретикулярного комплекса, в 48 % – сократительную активность маточных труб, в 72 % – гемодинамику органов малого таза, вызывая у 72 % больных положительный терапевтический эффект.

4. Реабилитация репродуктивной функции с использованием акупунктуры и интенсивной СМТ-терапии в раннем послеоперационном периоде наступила у 41,6 %, при использовании акупунктуры – у 32 %; через 12 месяцев у незабеременевших женщин, применявших акупунктуру и интенсивную СМТ-терапию, реокклюзия маточных труб выявлена у 25,7 %, применявших акупунктуру – у 44,1 %, что показывает целесообразность использования адекватной немедикаментозной терапии в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

5. Беременность у больных хроническим сальпингоофоритом, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в большем проценте случаев наступает при I-III степени спаечного процесса в малом тазу в раннем и среднем репродуктивном периодах (до 35 лет), низким проценте оперативных вмешательств на органах малого таза, длительности бесплодия не более 3-х лет, длительности хронического сальпингоофорита не более 5 лет, двухфазном менструальном цикле и недостаточности лютеиновой фазы, нормализацией 5 и более показателей кимопертубограммы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При хроническом сальпингоофорите с трубно-перитонеальном бесплодии к эндоскопическому лечению следует прибегать в более ранние сроки во избежание формирования более высоких степеней распространения спаечного процесса в малом тазу. Эхогистеросальпингографию следует признать оптимальным методом диагностики проходимости маточных труб как до, так и после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах.

2. Для практического применения разработан и предложен метод комбинированного использования дифференцированной акупунктуры и интенсивной СМТ-терапии по влагалищно-крестцовой методике в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. Электростимуляцию синусональными модулированными токами маточных труб проводят аппаратом «Амплипульс-7» по влагалищно-крестцовой методике 2 раза в день с перерывом 30 минут. Частота следования импульсов 50 Гц, глубина использования 100 % II род работы при длительности посылки пауз 4-6 секунд в течение 10 минут при силе тока, вызывающей у больной ощущение лёгкого покалывания и слабой вибрации под анодом. На курс 30 сеансов. Между курсами лечения АП и СМТ-терапии перерыв 2 недели.

После оперативной лапароскопии у больных ХС с ановуляцией с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной системы с целью индукции овуляции

рекомендуется проводить 3 курса акупунктуры по II варианту возбуждающего метода по следующей схеме:

1 с: GJ 4 /2/, TR 5 /2/, E 36 /2/, VB 41 /2/, ухо: придаток мозга /2/, яичник /2/. Ключущее цзю J 2;

2 с: GJ 10 /2/, TR 6 /2/, VB 39 /2/, VB 37 /2/, ухо: ствол мозга /2/, надпочечник /2/. Тонизация точек Т 14, Т 2. Поверхностная иглотерапия паравертебральных областей;

3 с: SP 6 /2/, RP 7 /2/, RP 8 /2/, MC 5 /2/, MC 6 /2/, ухо: гипофиз /2/, железы внутренней секреции /2/. ПИТ внутренней стороны бедер;

4 с: P 7 /2/, R6 /2/, R 2 /2/, P 5 /2/, ухо: кора головного мозга /2/, таламус /2/. Продольная и поперечная скальптерерапия через Т 20. ПИТ низа живота. Ключущее цзю 2-4;

5 с: RP 2 /2/, P 4 /2/, P 8 /2/, MC 6 /2/, C 7 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, почка /2/. Ключущее цзю J3, J5. ПИТ пояснично-крестцовой области;

6 с: F 4 /2/, F 5 /2/, F 8 /2/, MC 3 /2/, C 8 /2/, ухо: наружные гениталии /2/, таламус /2/. Ключущее цзю Т 3, Т 4. ПИТ внутренней стороны бедер;

7 с: V23 /2/, V 43 /2/, V 27 /2/, V 28 /2/, ухо: симпатическая точка /2/, полость таза /2/. Тонизация Т 15. ПИТ паравертебральных областей. Ключущее цзю J3. Скальптерерапия левой зоны гениталий;

8 с: V60 /2/, V 31 /2/, V 32 /2/, V 10 /2/, ухо: затылок /2/, щитовидная железа /2/. Скальптерерапия правой зоны гениталий. ПИТ шейно-воротниковой области. Ключущее цзю R 14 /2/;

9 с: V62 /2/, V 52 /2/, V 53 /2/, V 55 /2/, TR 18 /2/, ухо: гипофиз /2/, железы внутренней секреции /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

10 с: R 7 /2/, R 8 /2/, C 3 /2/, C 5 /2/, TR 20 /2/, ухо: почка /2/, вершина черепа /2/. ПИТ внутренней стороны бедер;

11 с: R 9 /2/, R 10 /2/, JG 7 /2/, JG 10 /2/, TR 21 /2/, ухо: сексуальная точка /2/, солнечное сплетение/2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю RP 13 /2/;

12 с: RP 9 /2/, RP 10 /2/, GJ /2/, F 8 /2/, F 9 /2/, ухо: желудок /2/, печень /2/. ПИТ паравертебральных областей;

13 с: F 12/2/, VB 27 /2/, VB 28 /2/, E 28 /2/, E 29 /2/, ухо: гипофиз /2/, яичник /2/. ПИТ низа живота;

14 с: VB 29 /2/, E 30 /2/, E 24 /2/, E 33 /2/, TR 5 /2/, ухо: селезенка /2/, сердце, 1 /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

15 с: VB 21 /2/, VB 39 /2/, V10 /2/, V 60 /2/, V 62 /2/, ухо: легкое /2/, придаток мозга /2/. ПИТ шейно-воротниковой области.

После оперативной лапароскопии у больных ХС с недостаточностью II фазы менструального цикла при гиперэстрогении с нарушением гипоталамо-гипофизарной системы рекомендуется проводить 3 курса акупунктуры по II варианту тормозного метода по следующей схеме:

1 с.: E 36 /2/, GJ 4 /2/, GJ 11 /2/, ухо: полость таза /2/. Ключущее цзю VB 28 /2/, E 25 /2/, J 2;

2 с: TR 5 /2/, VB 41 /2/, P 7 /2/, R 6 /2/, ухо: симпатическая точка /2/, матка /2/. Ключущее цзю V 25 /2/, V 26 /2/;

3 с: ТВ 5 /2/, VB 41 /2/, VB 25 /2/, RP 6 /2/, ухо: надпочечник /2/, почка /2/. Ключущее цзю V 27 /2/, V 28 /2/;

4 с: TR 5 /2/, VB 41 /2/, VB /2/, R 14 /2/, ухо: селезенка /2/, сердце, 1 /2/. Ключущее цзю V 29 /2/, V 30 /2/;

5 с: E 29 /2/, E 30 /2/, RP 10 /2/, C 7 /2/, ухо: кора головного мозга /2/, сердце /2/. Ключущее цзю V 31 /2/, V 32 /2/;

6 с: R 3 /2/, R 7 /2/, R 12 /2/, GJ 4 /2/, E 25 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, щитовидная железа /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю V 33 /2/, V 34 /2/;

7 с: RP 2 /2/, RP 4 /2/, F 8 /2/, ухо: гипоталамус /2/, гипофиз /2/, ПИТ шейно-воротниковой области. Ключущее цзю RP 13 /2/, RP 14 /2/. Цубо-терапия V 53 /2/, V 54 /2/;

8 с: V67 /2/, V58 /2/, F 3 /2/, F 5 /2/, VB 26 /2/, ухо: матка /2/, яичник /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области. Ключущее цзю VB 27 /2/, VB 28 /2/;

9 с: R 3 /2/, R 7 /2/, R 12 /2/, GJ 11 /2/, R 5 /2/, ухо: надпочечник /2/, полость таза /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю V 34 /2/, V 26 /2/;

10 с: RP 6 /2/, R 6 /2/, R 12 /2/, E 24 /2/, E 30 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, симпатическая /2/. ПИТ паравerteбральных областей. Ключущее цзю RP 13 /2/, RP 14 /2/;

11 с: R 11 /2/, R 12 /2/, MC 6 /2/, MC 5 /2/, VB 41 /2/, ухо: легкие /2/, верхушка уха /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

12 с: E 27/2/, E 28 /2/, BP 6 /2/, C 8 /2/, V 60 /2/, ухо: наружные гениталии /2/, желудок /2/. ПИТ внутренней стороны бедер. Ключущее цзю V 30 /2/, V 28 /2/;

13 с: E 29 /2/, RP 1 /2/, P 7 /2/, MC 5 /2/, C 7 /2/, ухо: затылок /2/, надпочечник /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области. Ключущее цзю V 23 /2/, V 27 /2/;

14 с: RP 2 /2/, RP 10 /2/, R 7 /2/, MC 6 /2/, R 5 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, матка /2/. ПИТ шейно-воротниковой области;

15 с: RP 4 /2/, RP 6 /2/, F 5/2/, R 9 /2/, V 10 /2/, ухо: яичник /2/, почка /2/. ПИТ низа живота. Ключущее цзю J 2, J 4, J 5. Цубо-терапия V24 /2/, V31 /2/.

После оперативной лапароскопии больным ХС при недостаточности II фазы менструального цикла с гиперэстрогенией рекомендуется проводить 3 курса акупунктуры II вариантом тормозного метода с 5–6-го дня менструального цикла по следующей схеме:

1 с: GJ 11 /2/, E 36 /2/, TR, 18 /2/, ухо: таламус /2/;

2 с: GJ 4 /2/, E 28 /2/, E 30 /2/, VB 39 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, подкорка /2/. ПИТ шейно-воротниковой области;

3 с: GJ 3 /2/, V 62 /2/, TR 20 /2/, J 2, ухо: симпатическая /2/, кора головного мозга /2/. Вакуумный баночный массаж (ВБМ) в течение 10 мин, после чего – классический ручной массаж 3-5 мин;

4 с: V 10 /2/, V 60 /2/, V 2 /2/, V 4 /2/, V 14 /2/, ухо: яичник /2/, гипоталамус /2/. ПИТ паравerteбральных областей;

5 с: MC 6 /2/, RP 6 /2/, RP 9 /2/, RP 15 /2/, ухо: железы внутренней секреции /2/, наружные гениталии /2/. ПИТ низа живота;

6 с: P 7 /2/, R 6 /2/, R 11 /2/, R 15 /2/, J 4, ухо: матка /2/, верхушка уха /2/, ПИТ верхней части живота, области грудины;

7 с: C 7 /2/, F 3 /2/, F 5 /2/, F 13 /2/, VB 3 /2/, J2, ухо: печень /2/, яичник /2/, ВБМ 10 мин, после которого – классический ручной массаж 3-5 мин;

8 с: TR 5 /2/, VB 20 /2/, VB 34 /2/, VB 41 /2/, ухо: симпатическая /2/, полость таза /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

9 с: GJ 3 /2/, V62 /2/, J 16, ухо: живот /2/, щитовидная железа /2/. ВБМ 10 мин с последующим ручным классическим массажем 3-5 мин;

10 с: P 7 /2/, R 3 /2/, R 14 /2/, ухо: почка /2/ легкие /2/. ПИТ низа живота;

11 с: GJ 3 /2/, V 62 /2/, J 2, ухо: надпочечник /2/, яичник /2/. ВБМ 10 мин, после чего 3-5 мин. ручной классический массаж;

12 с: GJ 4 /2/, E 25 /2/, E 36 /2/, C 7 /2/, ухо: шэнь-мэнь /2/, ствол мозга /2/, ПИТ шейно-воротниковой области;

13 с: RP 6 /2/, RP 4 /2/, P 5 /2/, C 8 /2/, ухо: матка /2/, яичник /2/. Продольная и поперечная скальптерепия проекции T 20. ПИТ низа живота;

14 с: R 2/2/, R 6 /2/, P 7 /2/, R 9/2/, C 7 /2/, J 4, ухо: щитовидная железа /2/, легкие /2/. ПИТ пояснично-крестцовой области;

15 с: RP 10 /2/, RP 12 /2/, C 5 /2/, MC 3 /2/, MC 2 /2/, ухо: сердце /2/, симпатическая /2/. Тонизация RP 14 /2/, T 14. ВБМ 10 мин. с последующим ручным массажем 3-5 мин.

Рекомендуется в течение 1,5–2 мес. контрацепция презервативом.

3. Комбинированное использование акупунктуры и интенсивной СМТ-терапии является эффективным методом в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах и предупреждения реокклюзии маточных труб и его следует рекомендовать при длительности бесплодия не более 5 лет у больных хроническим сальпингоофоритом до 35 лет при ранее имевшем место I–II степени распространения спаечного процесса в малом тазу с/без НЛФ.

4. Акупунктура является эффективным методом в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах и его следует рекомендовать при длительности бесплодия не более 3 лет у больных хроническим сальпингоофоритом до 35 лет при ранее имевшем место I–II степени спаечного процесса в малом тазу с/без НЛФ.

5. Комбинированное использование акупунктуры и интенсивной СМТ-терапии после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах с III–IV степенью распространения спаечного процесса в малом тазу является подготовительным этапом для проведения вспомогательных репродуктивных технологий. Бесперспективными для ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции являются следующие эндоскопические состояния маточных труб: утолщение и истончение стенок трубы, гипотрофия и атрофия маточной трубы.

6. При отсутствии беременности в супружеской паре в течение 6 мес. после проведённых реабилитационных мероприятий следует решать вопрос об углублённых методах диагностики и адекватных терапевтических мероприятиях.

7. Противопоказаниями к выполнению комбинированного использования акупунктуры и интенсивной СМТ-терапии в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных хроническим сальпингофоритом являются: острый воспалительный процесс мочеполовой системы, обострение хронических заболеваний мочеполовой системы, острые инфекционные заболевания, лихорадка невыясненной этиологии.

8. Разработанные нами практические рекомендации можно использовать в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, кабинетах физиотерапии. Метод не имеет побочных явлений, повышает эффективность реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингофоритом, перенёвших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Темботова, И.А. Квантовая и электроимпульсная терапия в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингофоритом / И.А. Темботова, А.Т. Терешин, Е.Н. Чмыр // Современные технологии санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации: Матер. Юбилейной научно-практич. конф. – Томск, 2012. – С. 269-272.

2. Терешин, А.Т. Акупунктура и радонотерапия в послеоперационной реабилитации репродуктивной у больных наружными формами генитального эндометриоза / А.Т. Терешин, И.А. Темботова, Н.К. Ахкубекова, М.А. Михаэлис // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Аспекты реабилитации и восстановительного лечения: Матер. Научно-практич. конф.– Пятигорск, 2012. – С. 124-126.

3. Темботова, И.А. Электроимпульсная терапия в ранней послеоперационной реабилитации больных, пренесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах/ И.А. Темботова, А.Т. Терешин, Е.Н. Чмыр, М.А. Михаэлис// Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Аспекты реабилитации и восстановительного лечения: Матер. Научно-практич. конф. – Пятигорск, 2012.– С. 130–133.

4. Темботова, И.А. Лазеро- и СМТ-терапия в реабилитации больных хроническим сальпингофоритом / И.А. Темботова, А.Т. Терёшин, В.В. Чистякова, В.М. Чистяков// Влияние окружающей среды на здоровье населения государственных участников СНГ: Научно-практический конгресс. – Пятигорск, 2013. – С. 158–161.

5. Чистякова, В.В. Использование акупунктуры в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингофори-

том / В.В.Чистякова, А.Т. Терёшин, И.А. Темботова, В.М. Чистяков // Влияние окружающей среды на здоровье населения государств-участников СНГ: Научно-практический конгресс. – Пятигорск, 2013. – С 172–175.

6. Терёшин, А.Т. Клинико-гормональные и лапароскопические параллели у больных хроническим сальпингоофоритом / А.Т. Терёшин, И.А. Темботова, В.М. Чистяков, Я.Ф. Авластимов // Врач-аспирант. – 2013. – № 4.3(59). – С 521–532.

7. Темботова, И.А. Акупунктура и синусоидальные модулированные токи в послеоперационной реабилитации больных хроническим сальпингоофоритом/ И.А. Темботова, А.Т. Терешин, Я.Ф. Авластимов, В.М. Чистяков// Врач-аспирант. – 2013. – № 5(60). – С 93–103.

8. Терёшин, А.Т. Эндо-вазкулярная лазеро- и СМТ-терапия в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом/ А.Т. Терёшин, В.М.Чистяков, И.А. Темботова, В.В. Чистякова// Курортная медицина. – 2013. – №2. – С. 57–62.

9. Терешин, А.Т. Акупунктура и СМТ-терапия в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом / А.Т. Терешин, И.А. Темботова // Методическое пособие для врачей и научных сотрудников. – Пятигорск, 2013. – 35 с.

10.Терёшин, А.Т. Акупунктура и электроимпульсная терапия в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных хроническим сальпингоофоритом / А.Т. Терёшин, И.А. Темботова // Монография. – Нальчик, 2014. – 193 с.

Лицензия ИД № 00003 от 27.08.99

Подписано в печать 05.05.14.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 1,2. Тираж 100 экз.

Издательство М. и В. Котляровых
(ООО «Полиграфсервис и Т»)
360051, КБР, г. Нальчик, ул. Кабардинская, 19
Тел./факс: (8662) 42-62-09
e-mail: elbrus@mail.ru www.elbruss.ru