

7. Произаев К.И., Ильницкий А.Н., Князькин И.В. и др. Боль. Молекулярная нейроиммуноэндокринология и клиническая патофизиология. – СПб.: ДЕАН, 2006. – 304 с.
8. Солтов А.В. Механизмы лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии: Дис... канд. мед. наук. – Чита, 2005.

– 146 с.

9. Shenkman B., Brill G., Solpov A., et al. CD4+ lymphocytes require platelet for adhesion to immobilized fibronectin in flow: Role of $\beta 1$ (CD29)-, $\beta 2$ (CD18) related integrins and non-integrin receptors // Cellular Immunology. – 2006. – Vol. 11. – P.520-527.

Информация об авторах: 670047, г.Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30а, Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, кафедра медицинской реабилитации ИГМАПО, тел/факс: (3012) 416670; Есаулова Ирина Николаевна – ассистент кафедры, e-mail: esaulova_i@mail.ru; Тарнуев Владимир Абогеевич – к.м.н., доцент кафедры

© КИРГИЗОВ В.Ю., МОСКАЛЕВА А.Ю., КИРГИЗОВА О.Ю. – 2012
УДК 618.11-006.2-085.8-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКУПUNKТУРЫ И ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ФOLЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Вячеслав Юрьевич Киргизов, Анна Юрьевна Москалева, Оксана Юрьевна Киргизова

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра рефлексотерапии и традиционной китайской медицины, зав. – д.м.н. О.Ю. Киргизова)

Резюме. В статье показана эффективность рефлексотерапевтического и физиотерапевтического лечения ретенционных образований яичников. Представлены результаты лечения 90 девушек в возрасте от 15 до 20 лет с фолликулярными кистами яичников (средний возраст больных составил $17,51 \pm 0,15$ лет). В работе продемонстрировано, что комбинированное акупунктурное и физиотерапевтическое воздействие приводит к нормализации менструального цикла и гормонального статуса и эффективному регрессу кист. Полный регресс кисты наблюдается у 42% больных, уменьшение среднего размера кисты в 2 раза – у 58% больных.

Ключевые слова: фолликулярная киста яичника, акупунктура, рефлексотерапия.

THE EFFICIENCY OF ACUPUNCTURE AND PHYSIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF OVARIAN FOLLICULAR CYSTS

V.Yu. Kirgizov, A.Yu. Moskalyova, O.Yu. Kirgizova

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. The results of the treatment of 90 pubertal girls have been presented. The average age of the patients was $17,51 \pm 0,15$ years. The high effectiveness of the methods of reflexotherapy and physiotherapy in the treatment of follicular ovarian cyst in pubertal girls have been shown in the paper. There was done the evaluation of the influence of reflexotherapy and physiotherapy on hormonal status. Complete regression of cysts was noted in 42% of patients, the decrease of the average cysts size was noted in 58% of pubertal girls.

Key words: reflexotherapy, physiotherapy, follicular ovarian cyst.

Фолликулярные кисты относятся к функциональным опухолевидным образованиям яичников и встречаются в 25-30% случаев всех кистозных образований [4,5,6]. Длительное существование кист в пубертатном возрасте наряду с нарушениями гормонального профиля является неблагоприятным прогностическим признаком развития патологических состояний эндометрия, встречающихся в 63% случаев [8,11]. В пубертатном возрасте лечение проводят гестагенами или комбинированными прогестинами с целью инволюции кисты, нормализации менструального цикла и восстановления гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений [6,7,8].

Принимая во внимание возможность воспалительной этиологии в развитии кисты, рекомендуют также проводить противовоспалительную терапию [9].

Арсенал методов физического лечения, применяемый в гинекологической практике, пополняется постоянно [13]. Патогенетический и симптоматический подход физиотерапии помогает добиться хороших клинических результатов без медикаментозного и, что особенно важно, без гормонального лечения [3].

Возросший в последнее десятилетие интерес к рефлексотерапии как к эффективному методу безлекарственной терапии [1] обусловлен полученными объективными данными об её результативности и вновь открывшимися возможностями современных технологий [2]. Несмотря на проведенные исследования, в литературе до настоящего времени нет убедительных данных о влиянии комплексных воздействий различными физио- и рефлексотерапевтическими факторами у девушек с фолликулярными кистами яичников.

Цель работы: дать патогенетическое обоснование

комплексного воздействия акупунктуры и низкочастотного электрического поля у девушек с фолликулярными кистами яичников.

Материалы и методы

Было обследовано 90 девушек с фолликулярными кистами яичников (ФКЯ) в возрасте от 15 до 20 лет. Средний возраст больных составил $17,51 \pm 0,15$ лет. Диагноз ФКЯ верифицировался на основании клинических, лабораторных данных и данных функциональных исследований.

Критериями включения в основную группу были: 1) наличие по УЗИ фолликулярной кисты яичника в виде однокамерного эхонегативного образования с ровными внутренними контурами, без включений, диаметром 3-6 см; 2) 1-2-я степень чистоты влагалища; 3) отсутствие инфекций, передающихся половым путем.

Критериями исключения были: 1) срок после менархе ≤ 2 лет; 2) прием гормональных препаратов меньше чем за 3 месяца до исследования; 3) длительность задержек менструаций ≥ 2 месяцев; 4) подозрение или установленный диагноз «гипоталамический синдром пубертатного периода».

Больные были разделены на 2 группы по 45 человек в каждой:

1-я группа (n=45) – девушки с ФКЯ, которым проводилось консервативное медикаментозное лечение. Средний возраст девушек составил $17,53 \pm 0,23$ года, возраст менархе – $12,71 \pm 0,13$ лет.

2-я группа (n=45) – девушки с ФКЯ, которым проводилось только комплексное рефлексотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение. Средний возраст

составил $17,48 \pm 0,22$ года, средний возраст менархе – $12,60 \pm 0,15$ лет.

3-я группа ($n=30$) – условно здоровые девушки с нормальным оварально-менструальным циклом, не принимавшие гормональные контрацептивы (не менее 3 последних месяцев). Средний возраст составил $17,63 \pm 0,28$ года.

Клиническое обследование больных включало: изучение общих сведений о девушке, жалоб и анамнеза заболевания. Применялись тесты функциональной диагностики (кольпоцитология), ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ). Гормональный статус определялся по уровням лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормонов (ФСГ), пролактина, прогестерона, эстрадиола, кортизола в сыворотке крови.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось при помощи приборов «Аloka-650» с абдоминальным датчиком 3,5 МГц, «Аloka SSO-500-Mikrus» с абдоминальным конвексным датчиком 3,5 МГц.

Больным 1-й группы ($n=45$) проводилось консервативное лечение по схеме, включающее медикаментозную терапию – актовегин 2 мл внутримышечно №10, лонгидаз 3000 ЕД внутримышечно №7, аевит 1 драже 3 раза в день в течение 10 дней, тиосульфат натрия 10 мл внутривенно струйно №10.

Больным 2-й группы ($n=45$) медикаментозная терапия не применялась. Больным проводили комплексное акупунктурное и физиотерапевтическое воздействие.

Воздействовали на акупунктурные точки (АТ), расположенные в области нижних конечностей, живота и крестца, имеющие общее действие и специфическую направленность на гормональную регуляцию: Е36(2), Рр6 (2), I4, Е28 (2), V30–32 (2). Глубина введения игл – до предусмотренных ощущений, время процедуры – 15–20 минут. Курс лечения состоял из 10–12 ежедневных процедур.

После сеанса рефлексотерапии больные получали физиотерапевтическое лечение, использовался аппарат «Хивамат». Воздействие осуществлялось в положении больной лёжа на спине, ручным аппликатором на нижнюю часть живота, 10–12 ежедневных процедур продолжительностью 10 минут. Применялась интенсивность 50%, режим 1 : 1. В начале процедуры (5 минут) использовалась частота 190 Гц, в оставшиеся 5 минут – 50 Гц.

При статистической обработке данных использовался дескриптивный анализ (среднее арифметическое, стандартная ошибка среднего, стандартное отклонение, медиана, асимметрия и эксцесс). В зависимости от типа распределения данных применялись различные алгоритмы статистического анализа. Использовались параметрические t -критерии Стьюдента для связанных и несвязанных групп и F -критерий Фишера, и непараметрический U -критерий Манна-Уитни, критерии Вальда-Вольфовица, Колмогорова-Смирнова и критерий Вилкоксона. Значимость различий оценивали при 5% уровне.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения отмечался регресс клинической симптоматики в обеих группах больных.

Оценка эффективности различных видов проводимого лечения показала, что наиболее значимые результаты получены при комплексном рефлексотерапевтическом и физиотерапевтическом воздействии.

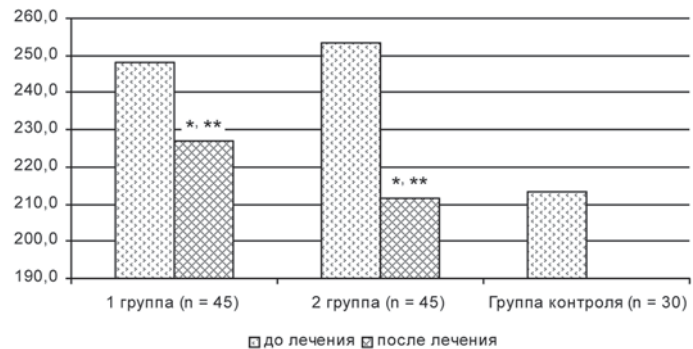
Так, жалобы на периодические боли в нижней части живота вне менструации сохранились у 22 (48,8%) больных 1-й группы и лишь у 5 (11,1%) – 2-й группы. Нарушения менструального цикла в виде олигоменореи, гиперменореи, нерегулярных, болезненных

менструаций значительно уменьшились во 2-й группе (в 79% случаев) по сравнению с 1-й (в 43% случаев) ($p < 0,05$).

Анализ показателей УЗИ органов малого таза у больных с ФКЯ, полученных после проведенного лечения, показал, что существенная положительная динамика наблюдалась во 2-й группе больных, которым проводилась акупунктура и лечение низкочастотным электрическим полем.

Так, по данным ультразвукового исследования полый регресс кисты наблюдался у 12 (26,6%) больных первой группы и у 19 (42,2%) – второй группы. У остальных девушек второй группы отмечалось выраженное уменьшение среднего размера кист. В первой группе у 8 (17,7%) пациенток динамика отсутствовала, при этом у одной больной киста увеличилась в размерах с 32 до 42 мм, тогда как во второй группе при курсовом комплексном применении рефлексотерапии и электростатического массажа размеры кисты не изменились лишь у одной больной.

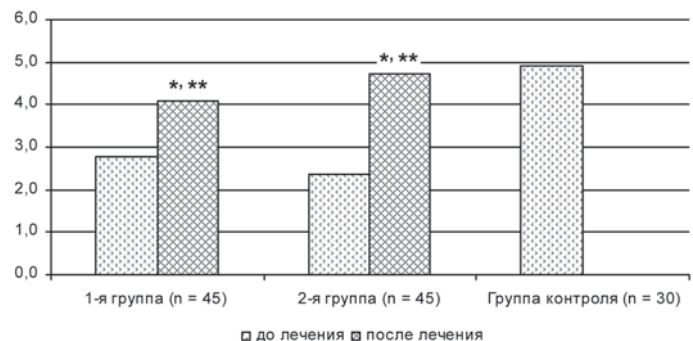
Анализ функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы проводился по оценке динамики средних уровней эстрадиола, прогестерона и пролактина у больных ФКЯ до и после лечения. Так средний уровень эстрадиола в обеих группах больных ФКЯ после проведенного лечения приблизился к таковому у здоровых девушек (рис. 1).



Примечания: * – по t -критерию связанных групп различия между показателями, полученными до и после лечения, значимы ($p < 0,05$); ** – значимость различий с контрольной группой ($p < 0,05$).

Рис. 1. Уровень эстрадиола (мЕД/мл) у девушек с ФКЯ после лечения.

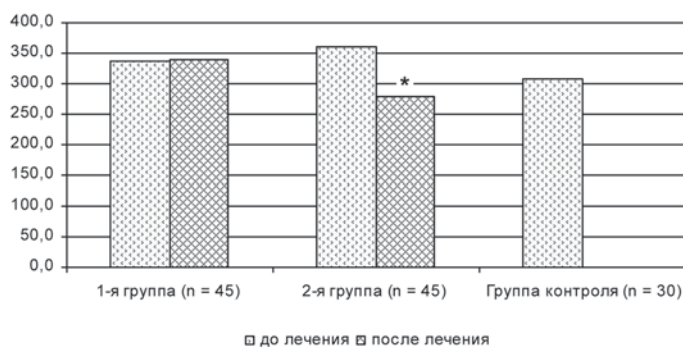
Средний уровень прогестерона после проведенного лечения достиг нормы только во второй группе, где девушки получали акупунктурное и физиотерапевтическое воздействие (рис. 2).



Примечания: * – по t -критерию связанных групп различия между показателями, полученными до и после лечения, значимы ($p < 0,05$); ** – значимость различий с контрольной группой ($p < 0,05$).

Рис. 2. Уровень прогестерона (нмоль/л) у девушек с ФКЯ после лечения.

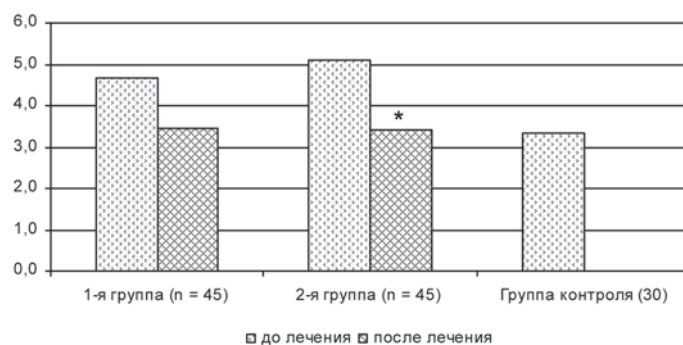
Уровень пролактина после проведенного лечения достоверно снизился лишь во второй группе. Кроме того, отмечается статистически значимая разница по



Примечания: * – по t-критерию связанных групп различия между показателями, полученными до и после лечения значимы ($p < 0,05$).

Рис. 3. Уровень пролактина (мЕД/мл) у девушек с ФКЯ после лечения.

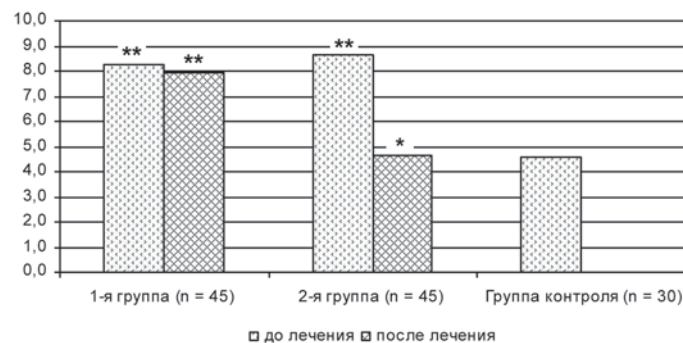
T-критерию между группой стандартного и комплексного рефлекс- и физиотерапевтического лечения (рис.



Примечания: * – по t-критерию связанных групп различия между показателями, полученными до и после лечения, значимы ($p < 0,05$).

Рис. 4. Уровень ЛГ (мЕД/мл) у девушек с ФКЯ после лечения.

3). Анализ гонадотропной функции гипофиза прово-



Примечания: * – по t-критерию связанных групп различия между показателями, полученными до и после лечения значимы ($p < 0,05$); ** – значимость различий с контрольной группой ($p < 0,05$).

Рис. 5. Уровень ФСГ (мЕД/мл) у девушек с ФКЯ после лечения.

дился по изменению средних уровней ЛГ и ФСГ после проведенного лечения. Повышенная концентрация ЛГ после проведенного лечения сохранилась на прежнем уровне в первой группе больных. Во второй группе после комплексного немедикаментозного лечения отмечалось существенное снижение среднего уровня ЛГ (рис. 4). Снижение уровня ЛГ ведет к нормализации фолликулогенеза и полноценной овуляции.

Статистически значимое снижение среднего уровня ФСГ после лечения также отмечалось лишь во второй группе (рис. 5).

Глюкокортикоидная функция надпочечников у больных ФКЯ оценивалась по анализу среднего уровня кортизола. Так, средний уровень кортизола существенно не изменился в обеих группах, и статистически значимой разницы между средним уровнем кортизола в группах больных до и после лечения не было выявлено. Однако по сравнению с группой контроля, во второй группе, получавшей немедикаментозное лечение, средний уровень кортизола стал достоверно ниже, что может свидетельствовать о переходе функциональных систем организма на более низкий уровень функционирования, это является показателем минимизации и экономизации деятельности этих функциональных систем.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что комплексное рефлексотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение вызывает положительные системные сдвиги в организме, что выражается уменьшением клинической симптоматики, нормализацией гормонального статуса и функционального состояния репродуктивной системы у девушек пубертатного возраста с ФКЯ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н. Современная концепция доказательной рефлексотерапии // Материалы Международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке». – М., 2006. – С.5-6.
2. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии: Учебное пособие. – М.: Арнебия, 2001. – 304 с.
3. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 415 с.
4. Киргизова О.Ю., Москалева А.Ю. Немедикаментозные инновационные технологии в лечении функциональных кист яичников // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 90. №7. – С.97-99.
5. Киргизова О.Ю., Москалева А.Ю., Машанская А.В. Рефлексотерапевтическая коррекция нейроэндокринных нарушений при гипоталамическом синдроме пубертатного периода // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2005. – №5. – С.188-192.
6. Коколина В.Ф., Алиханов А.А. Томографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований у девочек. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 132 с.
7. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М., 2007. – 503 с.
8. Меджидова К.К. Этапное лечение женщин с опухолевидными процессами яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2005. – 22 с.
9. Николаева И.Н. Новые подходы к диагностике и лечению ретенционных кист яичников и возможности восстановления репродуктивной функции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Благовещенск, 2006. – 24 с.
10. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Энциклопедия. – М.: АСТ Пресс, 2004. – 526 с.
11. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2001. – С.227-238.
12. Сутурина Л.В., Колесникова Л.И. Основные патогенетические механизмы и методы коррекции репродуктивных нарушений у больных с гипоталамическими синдромами. – Новосибирск: Наука, 2001. – 134 с.
13. Физиотерапия: национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 864 с.

Информация об авторах: Киргизов Вячеслав Юрьевич – доцент, к.м.н.; Москалева Анна Юрьевна – аспирант; Киргизова Оксана Юрьевна – заведующий кафедрой, д.м.н., 664079, Иркутск, Юбилейный 100, тел. (3952)-20-67-61; e-mail: kirgizova.ok@rambler.ru