

неспецифическим простатитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. Пятигорск, 2004. 24 с.

3. Мазо Е.Б., Зубарев А.Р., Жуков О.Б. Ультразвуковая диагностика вазомоторной эректильной дисфункции. М.: Медицина, 2003. 112 с.

4. Машин В.В. Бальнеопеллоид- и электролазеротерапия в комплексном немедикаментозном лечении эректильной дисфункции у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 2009. 24 с.

5. Михайличенко В.В. Патогенез, клиника, диагностика и лечение копулятивных и репродуктивных расстройств у мужчин при конгестиях в мочеполовом венозном сплетении: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1996. 46 с.

6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. М., 2004. 304 с.

7. Путьлин В.А. Эндovasкулярная лазеротерапия в сочетании с аку- и лазеропунктурой в комплексном лечении infertility у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 2009. 24 с.

8. Сексология / Справочник: Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. 575 с.

9. Терещин А.Т., Машин В.В. Системно-структурный анализ сексуальных расстройств у мужчин: Пособие для врачей. М., 2008. 56 с.

10. Richard G., Batstone D., Doble A. Chronic prostatitis // Curr. Opin. Urol, 2003. №3. P. 23–29.

BALNEOTHERAPY AND NEUROVASCULAR TRAINING IN CORRECTION OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

F.A. V.N. MOROZOV, A.T. TERYOSHIN, V.A. PUTILIN, V.V. MASHNIN

The Federal Official body «The Pyatigorsk State Scientific Research Institute of Balneology of Federal Medical and Biologic Agency of Russia», Stavropol Territory, Pyatigorsk, avenue of Kirov, 30

Chronic prostatitis in structure erectile dysfunctions occupies 40-72%. In pathogenesis HP leading role plays the breaches Haemodynamics, the drainage and neurotrophic functions of the prostate, which are aggravated by frustration of hipophysial-adrenal-testicular system. 36-65% of patients with HP the allergic conditions appear? that aggravates the current ED. In this connection in ED treatment it is necessary to find the new Not medicamentous methods of treatment, which are therapeutics and vascular training. The row of the researchers have shown that medical effect in patient with HP increases under multifunction use therapeutic influence. It is shown positive influence of ED balneum. NST causes the normalization of GNTS.

Key words: chronic prostatitis, erectile function.

УДК 618

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЛАЗЕРО- И СМТ-ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРТИТОМ

Е.Н. ЧМЫР, А.Т. ТЕРЁШИН, Я.Ф. АВЛАСТИМОВ*

В структуре гинекологических заболеваний хронический сальпингоофорит (ХС) составляет от 38% до 70% [6,8], вызывая в 35-68% случаев трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ), в 28-43% – нарушение процессов овуляции [4-6]. Проходимость маточных труб после оперативной лапароскопии составляет 78-86%, частота наступления беременности – 21-38% [4,5,8,9,11], что показывает необходимость дальнейшей разработки реабилитации репродуктивной системы у больных ХС. Ряд исследователей [1,5,7-11] рекомендуют проводить физические методы реабилитации репродуктивной функции в ранний послеоперационный период с целью профилактики вторичной окклюзии маточных труб и регуляции гипоталамо-надпочечниково-яичниковой системы (ГНЯС). Неоднократное использование преформированных физических факторов в течение дня позволяет интенсифицировать воздействия с целью сокращения сроков лечения без снижения клинической эффективности [7-10].

Ключевые слова: гинекологические заболевания, сальпингоофорит

Исследования [1, 3] дают основание отнести к числу наиболее эффективных физических методов лечения больных ХС внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), синусоидально-модулированные токи (СМТ-терапия) [2, 5, 7, 10].

Цель исследования – анализ влияния комбинированного воздействия ВЛОК и интенсивной СМТ-терапии на репродуктивную функцию после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных ХС.

Под нашим наблюдением находилось 110 больных ХС в возрасте от 21 до 38 лет (в среднем 31,3±1,8 лет), перенесших лапароскопические реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. Жалобы больных были на бесплодие (первичное – у 34, вторичное – у 26), тянущие, ноющие боли в низу

живота и пояснице – у 60 (100%), нарушение менструальной функции – у 52 (86,7%), вагинальные бели – у 34 (56,7%).

Лапароскопию с хромосальпингоскопией проводили лапароскопом фирмы «Karl Storz» (Германия) в первой фазе менструального цикла. Поражение придатков матки оценивали по стадиям распространения спаечного процесса в малом тазу по классификации J.Nulka. Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ТФД). Прогестерон (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, эстрадиол (Е2), тестостерон (Т), кортизол (К) определяли в крови на 5-7-й, прогестерон (П) – на 20-22 дни менструального цикла иммуноферментным методом. Забор крови производили из локтевой вены в 8-9 ч., натощак. Концентрации ПРЛ, ЛГ, ФСГ, К в сыворотке крови определяли с использованием тест-наборов «Иммунотек» (Чехия), Е2, Т в крови – наборами фирмы СП «Белорис» (Белоруссия). В качестве нормы использовали показатели содержания гормонов в плазме крови 20 здоровых женщин репродуктивного периода (20-35 лет). Для исключения мужского фактора бесплодия все супруги пациенток консультированы андрологом, произведено двукратное развернутое исследование эякулята.

Больные были разделены на 2 рандомизированные группы. Больные 1 группы (60 женщин) в 1 день после оперативной лапароскопии получали ВЛОК и СМТ-терапию, 2 (50 женщин) – СМТ-терапию. ВЛОК проводилось на аппарате АДТ «Матрикс-ВЛОК» с помощью одноразовых световодов КИВЛ-01 лазерным излучением в красной области спектра (0,03 мкм) мощностью 1,5-2 МВт на выходе световода через день; на курс – 10 сеансов, время воздействия – 20 мин. Электростимуляция СМТ маточных труб проводилась на аппарате «Эндотон-01Б» по цервикально-крестцовой методике (на курс – 30 сеансов, 2 сеанса в день). Частота следования импульсов 50 Гц, глубина модуляции 100% II род работы при длительности посылок пауз 4-6 сек в течение 10 мин при силе тока, вызывающей у больной ощущение лёгкого покалывания и слабой вибрации под анодом. За 2-2,5 ч или через 2-2,5 ч после приёма ВЛОК больным проводили 2 раза в день СМТ-терапию (2 процедуру СМТ-терапии проводили через 30 мин после 1). Рекомендуются в течение 1,5-2 мес. после оперативной лапароскопии контрацепция презервативом.

Таблица 1

Влияние терапии на состояние менструальной функции в послеоперационной реабилитации у 2 групп больных хроническим сальпингоофоритом

Показатель	До лечения		После лечения		Эффективность, %
	Абс.	%	Абс.	%	
Альгодисменорея	22	36,7	9	15	59,1
	20	40	9	18	55,0
Олигоменорея	17	28,3	7	11,7	58,8
	11	22	6	12	45,5
Полименорея	11	18,3	5	8,3	54,5
	10	20	5	10	50
Межменструальные кровянистые выделения	2	3,3	-	-	100
	2	2	-	-	100
Нормальные менструации	8	13,3	41	68,3	41,3
	7	14	27	54	40

Здесь и далее в числителе – показатели 1, в знаменателе – показатели 2 группы

ВЛОК и СМТ-терапия переносилась больными хорошо. В 1 группе первичное бесплодие было у 34 (62%), вторичное – у 26 (38%) больных, во 2 – у 31 (62%) и у 19 (38%) соответственно. Диагностическая лапароскопия у всех больных выявила ТПБ, у больных 1 группы 1 степень спаечного процесса в малом тазу была у 23 (38,3%), II – у 25 (41,7%), III – у 12 (20%), у 2 – 19 (38%), 21 (42%), 10 (20%) соответственно. При оперативной лапароскопии 53 (48,2%) больным произведена фимбриопластика, 57 (51,8%) – сальпингоовариолизис.

После лечения в 1 группе болевой синдром купировался у 55 (91,7%), во 2 – у 32 (64%) больных ХС. После лечения вагинальные бели прекратились у 29 (85,3%) больных 1 группы и у 18 (69,2%) – 2. Данные о влиянии терапии на состояние менструальной функции в послеоперационный период у 2 групп больных ХС представлены в табл. 1. Из табл. 1 следует, что в 1 группе наступила нормализация менструальной функции у 41 (68,3%) больной: исчезли альгодисменорея у 59,1%, олигоменорея – у 58,8%, полименорея – у 54,5%, во 2 – наступила нормализация менструальной функции у 27 (54%) больных: исчезли альгодисменорея у 41,2%, олигоменорея – у 45,5%, полименорея – у 50%.

* Федеральное Государственное Учреждение «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства России», Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Кирова, 30

Таблица 2

Влияние терапии на возникновение овуляторного менструального цикла в зависимости от длительности хронического сальпингоофорита в 2 группах

Показатель	1-3 года				3-5 лет				5-7 лет			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
НЛФ	11	37,9	2	18,2	14	48,3	4	28,6	4	13,8	4	100
	5	26,3	1	20	12	57,9	4	36,4	2	100	2	100
Ановуляция	4	15,4	-	-	10	38,5	-	-	3	46,2	3	100
	4	30,8	1	25	6	46,2	3	50	3	100	3	100
Двухфазный цикл	12	80	12	100	3	20	3	100	-	-	-	-
	13	100	13	100	5	100	5	100	-	-	-	-

Таблица 3

Влияние терапии на концентрацию пептидных и стероидных гормонов в крови в послеоперационный период у 2-х групп больных хроническим сальпингоофоритом

Гормоны	До лечения	После лечения	Контрольная группа
ФСГ, мМЕ/мл	7,93±0,14 7,94±0,17	7,38±0,12 7,88±0,15	7,12±0,41
ЛГ, мМЕ/мл	6,29±0,25 6,32±0,23	8,28±0,43 7,89±0,73	8,82±0,24
ПРЛ, мМЕ/мл	426,73±49,64 423,82±53,48	316,27±11,38 329,18±32,74	276,32±26,47
Эстрадиол, пмоль/л	106,67±10,41 106,94±11,37	128,46±8,32 126,39±12,35	130,62±15,28
Прогестерон, пмоль/л	18,39±1,21 18,41±1,23	21,67±0,24 20,07±0,38	22,53±1,74
Кортизол, нмоль/л	293,47±21,36 286,53±26,48	352,64±27,18 337,42±23,36	386,72±21,23
Тестостерон, нг/мл	84,19±3,67 84,23±3,54	101,62±4,87 102,53±5,32	108,21±6,37

По ТФД в 1 группе после лечения двухфазный менструальный цикл остался без изменений у 15 (25%) больных, 19 (73%) из 26 больных с НЛФ выявлен двухфазный менструальный цикл, у 7 – недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), у 7 (36,8%) из 19 больных с ановуляцией выявлен овуляторный менструальный цикл, у 7 (36,8%) – НЛФ. Во 2-й группе после лечения двухфазный менструальный цикл остался без изменений у 18 (36%) больных, у 12 (66,7%) из 19 больных с НЛФ выявлен двухфазный менструальный цикл, у 2 (15,4%) из 13 больных с ановуляцией выявлен овуляторный менструальный цикл, у 4 (30,8%) – НЛФ. Таким образом, в 1 группе после лечения выявлен двухфазный цикл у 41 (68,3%), во 2 – у 32 (64%) больных.

Влияние терапии в 2 группах на возникновение двухфазного менструального цикла в зависимости от длительности ХС представлено в табл. 2. Из табл. 2 следует, что в 1 группе с длительностью ХС 1-3 года при НЛФ овуляция возникает в 81,8%, с длительностью ХС 3-5 лет – в 71,4% случаев, при длительности ХС 5-7 лет овуляции не возникает; у больных с ановуляцией и длительностью ХС 1-3 года овуляция наступает в 75%, с длительностью ХС 3-5 лет – в 40% случаев, при длительности ХС 5-7 лет овуляции не возникает. Во 2 группе с длительностью ХС 1-3 года при НЛФ овуляция наступает в 80%, с длительностью ХС 3-5 лет – в 63,6% случаев, при длительности ХС более 5 лет овуляции не возникает; у больных с ановуляцией и длительностью ХС 1-3 года овуляция наступает в 50% случаев, с длительностью ХС более 3 лет овуляции не возникало. Влияние терапии на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови в послеоперационный период у 2 групп больных ХС представлено в табл. 3.

Из табл. 3 следует, что после лечения в 1 группе концентрации ФСГ и ПРЛ в крови достоверно снизились на 7% и 26% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$), ЛГ, Е2, П, К и Т – достоверно повысились на 31%, 20%, 17,3%, 20,2% и 19,3% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$). Под влиянием терапии нормализация ГНЯС наступила у 28 (46,7%), концентрации К в крови – у 42 (93,3%) из 45 больных, концентрации Т – у 20 (66,7%) из 30 больных.

Во 2 группе после лечения концентрация ФСГ в крови снизилась на 3,3% ($p>0,05$), не достигая нормы, ЛГ, ПРЛ и Т в крови достоверно увеличились на 20%, 22% и 17,5% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$), Е2 – достоверно повысилась на 15,4% ($p>0,05$), достигая нормы ($p>0,05$), П и К – достоверно повысились на 8,3% и 15% соответственно ($p<0,05$), не достигая нормы ($p<0,02$). После лечения нормализация ГНЯС наступила у

19 (38%), концентрации К в крови – у 19 (55,9%) из 34 больных, концентрации Т – у 13 (44,8%) из 29 больных.

Влияние терапии на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови в зависимости от типа менструального цикла в послеоперационном периоде у 2 групп больных ХС представлена в табл. 4.

У больных 1 группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации ФСГ и ЛГ в крови увеличились ($p>0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p>0,05$), при НЛФ и ановуляции достоверно снизились на 4,3% и 6% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$). Концентрация ЛГ в крови у больных с НЛФ – достоверно увеличилась на 18% ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$), при ановуляции – достоверно повысилась на 22,5% ($p<0,05$), не достигая нормы ($p<0,05$).

Таблица 4

Влияние терапии в послеоперационном периоде на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови в зависимости от типа менструального цикла у 2 групп больных хроническим сальпингоофоритом

Характер менструального цикла	ФСГ, мМЕ/мл		ЛГ, мМЕ/мл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Двухфазный менструальный цикл	7,23±0,29 7,21±0,24	7,29±0,14 7,37±0,19	8,68±0,24 8,63±0,27	8,76±0,23 8,84±0,21
НЛФ	7,84±0,16 7,78±0,21	7,52±0,14 7,68±0,12	7,42±0,31 7,41±0,29	8,73±0,19 8,61±0,23
Ановуляция	8,19±0,12 8,14±0,13	7,73±0,13 7,92±0,14	5,82±0,24 5,76±0,31	7,96±0,22 7,43±0,36

Таким образом, в 1-й группе концентрация ФСГ в крови достигает нормы у больных при НЛФ и ановуляции, концентрация ЛГ в крови достигает нормы только при НЛФ. У больных 2 группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации ФСГ и ЛГ в крови достоверно увеличились ($p>0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p>0,05$). Концентрация ФСГ у больных с НЛФ и ановуляцией – достоверно снизилась ($p>0,05$) соответственно, не достигая нормы ($p<0,05$). Концентрация ЛГ в крови у больных с НЛФ достоверно увеличилась на 14% ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$), при ановуляции – достоверно повысилась на 22,5% ($p<0,05$), не достигая нормы ($p<0,05$). Таким образом, во 2 группе концентрации ФСГ в крови не достигает нормы, а ЛГ достигает нормы при НЛФ.

Влияние терапии на уровень Е2, П в крови в зависимости от гормональной недостаточности яичников в послеоперационном периоде у 2 групп больных ХС представлено в табл. 5.

Таблица 5

Влияние терапии на концентрацию Е2 и П в крови в послеоперационном периоде в зависимости от типа менструального цикла у 2 групп больных хроническим сальпингоофоритом

Характер менструального цикла	Эстрадиол, пмоль/л		Прогестерон, пмоль/л	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Двухфазный менструальный цикл	142,69±23,82 143,72±24,91	152,17±26,48 151,89±27,53	22,28±2,73 22,34±2,86	23,17±1,14 23,14±2,37
НЛФ	103,46±17,38 92,53±23,46	132,54±12,57 134,62±14,87	16,56±1,49 16,49±1,53	21,67±1,32 21,41±2,32
Ановуляция	79,47±10,46 76,27±11,34	104,56±11,76 84,42±13,56	9,48±1,52 9,37±1,64	18,71±1,37 15,32±1,13

Из табл. 5 видно, что в 1 группе у больных с двухфазным менструальным циклом концентрации Е2 и П в крови достоверно увеличиваются ($p>0,05$), соответствуя норме ($p>0,05$). У больных с НЛФ концентрации Е2 и П в крови достоверно увеличиваются на 21,4% и 31% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$). У больных с ановуляцией концентрация Е2 в крови достоверно увеличивается на 31,6% ($p<0,05$), достигая нормы ($p<0,05$), П – достоверно увеличивается на 97,4% ($p<0,05$), не достигая нормы ($p<0,05$).

Во 2 группе после лечения у больных с двухфазным менструальным циклом концентрации Е2 и П в крови достоверно увеличиваются ($p>0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p>0,05$). У больных с НЛФ концентрации Е2 и П в крови достоверно увеличиваются на 31% и 23% соответственно ($p<0,05$), достигая нормы ($p>0,05$). У больных с ановуляцией концентрации Е2 и П в крови достоверно увеличиваются на 33,3% и 38,8% соответственно ($p<0,05$), не достигая нормы ($p<0,05$). Влияние терапии в послеоперационном периоде на концентрацию К и Т в крови в

зависимости от типа менструального цикла у 2 групп больных ХС представлен.

Таблица 6

Влияние терапии в послеоперационном периоде на концентрацию кортизола и тестостерона в крови в зависимости от типа менструального цикла у 2 групп больных хроническим сальпингоофоритом

Характер менструального цикла	Кортизол, нмоль/л		Тестостерон, нг/мл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Двухфазный менструальный цикл	371,24±23,18 372,67±21,38	398,23±11,16 379,89±26,47	105,76±3,83 106,49±4,32	109,37±5,61 108,51±6,73
НЛФ	321,12±11,47 314,23±23,16	354,26±21,37 337,62±23,54	98,53±2,78 98,32±3,47	105,64±2,83 104,83±3,69
Ановуляция	294,51±19,73 281,74±26,52	352,19±11,43 341,57±14,32	93,67±1,54 93,54±2,68	99,14±1,13 98,72±2,36

Таблица 7

Частотная характеристика наступления беременности в послеоперационной реабилитации в зависимости от типа менструального цикла и длительности бесплодия у 2 групп больных хроническим сальпингоофоритом

Характеристика цикла	Длительность бесплодия, лет			Эффективность лечения, %
	1-3	3-5	5-7	
Двухфазный менструальный цикл	7	3	2	80
	7	3	-	55,6
НЛФ	8	3	-	57,9
	3	2	-	26,3
Ановуляция	2	-	-	28,6
	1	-	-	7,7

В 1 группе после терапии у лиц с двухфазным менструальным циклом концентрации К и Т в крови достоверно повысились, оставаясь в пределах нормы ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрации К и Т в крови достоверно повысились на 10% и 7% соответственно ($p > 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$). У больных с ановуляцией концентрации К в крови повысились на 19,6% ($p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$), Т – достоверно повысилась на 5,8% ($p < 0,05$), не достигая нормы ($p < 0,05$).

У больных 2 группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации К и Т в крови достоверно повысились ($p > 0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрации К в крови достоверно повысились на 7% ($p > 0,05$), не достигая нормы ($p > 0,05$), Т – достоверно повысилась на 6% ($p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$). У больных с ановуляцией концентрации К и Т в крови достоверно повысились на 17,5% и 5% соответственно ($p > 0,05$), не достигая нормы ($p < 0,05$).

В течение 12 мес. после лечения в 1 группе беременность наступила у 25 (41,6%), во 2 – у 16 (33,3%) женщин, из них у 8 (19,5%) беременности были внематочными, наступившими у больных, ранее имевших III степень спаечного процесса в малом тазу, ановуляцию и НЛФ. Частотная характеристика наступления беременности в зависимости от типа менструального цикла и длительности бесплодия после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у 2 групп больных ХС представлена в табл. 7, откуда следует, что в 1 группе после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах беременность наступила у 80% больных с двухфазным менструальным циклом, у 57,9% – с НЛФ, у 28,6% – с ановуляцией с длительностью бесплодия до 3 лет, во 2 группе у 55,6%, 26,3%, 7,7% больных соответственно с длительностью бесплодия до 3 лет.

Выводы. Применение ВЛОК и СМТ-терапии по цервикально-крестцовой методике в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, в 91,7% случаев обладает анальгезирующим действием, в 85,3% нормализующим влиянием на секреторную функцию влагалища, в 75,6% – фолликулиновую, в 57,8% – лютеиновую фазу, в 46,7% – ГНЯС, в 41,6% – репродуктивную систему. Применение СМТ-терапии по цервикально-крестцовой методике в раннем послеоперационном периоде у больных ХС, перенесших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, обладает в 64% случаев анальгезирующим действием, в 69,2% нормализующим влиянием на секреторную функцию влагалища, в 52% – фолликулиновую, в 44% – лютеиновую фазу, в 38% – ГНЯС, в 33,3% – репродуктивную систему. ВЛОК и СМТ-терапия эффективны в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных ХС с двухфазным менструальным циклом и НЛФ с длительностью

бесплодия до 3 лет, СМТ-терапия – у больных ХС с двухфазным менструальным циклом с длительностью бесплодия до 3 лет.

Литература

1. Бакуридзе Э.М., Дубицкая Л.В., Фёдорова Т.А. и соавт. // Акушерство и гинекология, 2002. №3. С. 45–48.
2. Кан В.Н. Комбинированное использование лимфотропной энзимотерапии и синусоидальных модулированных токов в лечении больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 2004. 150 с.
3. Кондрина Е.Ф. Инфракрасная лазеротерапия в комплексном лечении больных с хроническим сальпингоофоритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2004. 24 с.
4. Кулаков В.И., Маржанин Ф.А., Назаренко Т.А. и соавт. // Акушерство и гинекология, 2001. № 3. С. 33–36.
5. Логвина Л.Л. Дифференцированный подход к немедикаментозной ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после сальпингоовариолитиса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 2004. 24 с.
6. Медведев Б.И., Коваленко В.Л., Казачкова Э.А., Казачков Е.Л. Воспалительные заболевания матки и придатков: патогенез, клиника, морфологическая характеристика, диагностика, лечение. Челябинск, 2001. 278 с.
7. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. // Вопр. курортотол, 2000. №2. С. 42–45.
8. Терещин А.Т. Хронический неспецифический сальпингоофорит / Под ред. Н.Г. Истошина. М., 2005. 428 с.
9. Уманский М.Н. Комплексная терапия в ранней немедикаментозной реабилитации женщин после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 2006. 24 с.
10. Ходжаев Б.Д. Акупунктура и электроимпульсная терапия в ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных малыми формами эндометриоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.
11. Чеченова Ж.В., Краснополянская К.В. // Акушерство и гинекология, 2001. № 2. С. 40–44.

ENDOVASCULAR LAZER- AND SMT-THERAPY IN POSTOPERATIVE REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGOOFORITIS

E.N. CHMYR, A.T. TERYOSHIN, YA.F. AVLASTIMOV

Federal Official body «The Pyatigorsk State Scientific-Research Institute of Balneology of Federal Medical and Biologic Agency of Russia», Stavropol Territory, Pyatigorsk, avenue of Kirov, 30

In the structure of gynecologic diseases chronic salpingo-oophoritis forms from 38% up to 70% [6,8], causing in 35-68% events tubal-peritoneal sterility, in 28-43% – breach of the processes to ovulations. Permeability of the uterine tubes after operative laparoscopy forms 78-86%, frequency of the approach to pregnancy – 21-38% that shows necessity to develop further rehabilitation reproductive systems in patients with HS. The row of the researchers recommend to conduct physical methods of rehabilitations of the reproductive functions at early postoperative period for the reason of prophylaxis of secondary occlusion of uterine pipes and regulation of the adiposogenital suprarenal ovarian system. Repeated use of the formed physical factors during day allows to intensify the physiotherapeutic influence for the reason of reductions of the periods of the treatment without reduction of clinical efficiency.

Key words: gynecologic disease, chronic salpingo-ooforitis

УДК 616.12-024.612.37

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗАМ

Н.Н. ШЕВЕРДИН*

В статье приведены данные топографо-анатомического исследования на 170 препаратах печени в зоне левого долевого печеночного протока и желчных протоков III и IV сегментов. Разработаны рациональные проекции оперативных доступов к данным протокам. **Ключевые слова:** печень, левый долевого печеночный проток, желчные протоки III и IV сегментов, оперативные доступы.

До настоящего времени оперативные вмешательства при высокой непроходимости желчных путей являются сложной проблемой в абдоминальной хирургии [1,7]. Особенно трудной задачей является отведение желчи из печени в желудочно-кишечный тракт при высокой механической желтухе. При данной патологии главным вопросом является выбор оперативного доступа к внутрипеченочным протокам с целью наложения анастомоза между ними и тонкой кишкой. Решение этого вопроса зависит от знаний хирургической и проекционной анатомии внутрипеченочных желчных протоков печени.

Для выделения внутрипеченочных желчных протоков, пригодных для анастомоза, при операциях наиболее часто применяются доступы к внутрипеченочным протокам с помощью резекции печени. Тем не менее следует отметить, что этот метод является весьма травматичным. Поэтому вопросы оперативных доступов к внутрипеченочным протокам с целью создания ана-

* Орловский государственный университет, Медицинский институт