

А.Ю. Москалева, О.Ю. Киргизова

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК С ДИСФУНКЦИЕЙ ЯИЧНИКОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН (Иркутск)*

Показана высокая эффективность рефлексотерапевтического и физиотерапевтического лечения ретенционных образований яичников у девушек с дисфункцией яичников центрального генеза.

Ключевые слова: рефлексотерапия, физиотерапия, ретенционные образования яичников

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF RETENTION FORMATIONS OF OVARIES IN YOUNG WOMEN WITH OVARIAN DYSFUNCTION OF CENTRAL GENESIS

A.Yu. Moskaleva, O.Yu. Kirgizova

*Irkutsk State Institute of Physicians' Advanced Training, Irkutsk
Scientific Center of Family Health Problems and Human Reproduction SB RAMS, Irkutsk*

High effectiveness of reflexotherapy and physiotherapy treatment of retention formations of ovaries in young women with ovarian dysfunction of central genesis.

Key words: reflexotherapy, physiotherapy, retention formations of ovaries

Одной из центральных проблем гинекологии детского и юношеского возраста является нарушение становления репродуктивной системы, обусловленное в большинстве случаев дисфункцией желез внутренней секреции.

Дисфункция яичников центрального генеза в детской гинекологической практике встречается в 5 % случаев, причем 75 % ее приходится на препубертатный и пубертатный период [3]. При присоединении воспалительных процессов, обусловленных неспецифической микрофлорой в органах малого таза, клинические проявления могут выражаться в виде объемных образований яичников (фолликулярные кисты или кисты желтого тела).

В патогенезе развития ретенционных образований яичников четко доказана роль нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, а также значение воспалительного процесса [3, 4, 6]. Именно они чаще всего имеют трудности в дифференциальной диагностике, несвоевременности и неадекватности лечения, что приводит к необратимым патологическим изменениям в репродуктивном здоровье данного контингента пациенток [1, 5].

Кроме того, в периоде полового созревания репродуктивная система высокочувствительна к неблагоприятным воздействиям внешней среды, постепенно приводящим гипоталамо-гипофизарную систему организма к декомпенсации. Подобная высокая чувствительность требует щадящего применения медикаментозных, в том числе гормональных средств. Наиболее полная реабилитация больных возможна только при условии своевременной систематической комплексной терапии.

МЕТОДИКА

Нами было обследовано и пролечено 80 девушек с ретенционными образованиями яичников.

У всех девушек кисты констатировались в течение последних 3–4 месяцев по данным ультразвукового сканирования, дисфункция яичников выражалась нерегулярными месячными, дисменореей, олигоменореей, гипоменореей. Средний возраст девушек составил $16,52 \pm 1,10$ года. Клиническое обследование больных включало: изучение общих сведений о подростке, жалоб и анамнеза заболевания. Нейроэндокринный статус определялся по уровням гормонов — лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), кортизола, пролактина в сыворотке крови; Ультразвуковое сканирование органов малого таза: определение толщины эндометрия, наличие и размер кисты.

Больные были разделены на 3 группы.

В первой группе проводилась стандартная медикаментозная терапия в соответствии с утвержденными принципами лечения (Кулаков В.И., Серов В.Н., 2005) — актовегин 2,0 в/м № 10, аевит 1 драже 3 раза в день в течение 2-х месяцев, лонгидаз 3000 ЕД, в/м, № 7.

Больным второй группы проводили комбинированное рефлексотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение.

Учитывая, что в этиологии и патогенезе ретенционных образований яичников доказана роль воспалительного процесса в гениталиях, спаечного процесса в органах малого таза, а также нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции, мы использовали метод фармакопунктуры комплексными гомеопатическими (антигомотокическими) препаратами фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ» (Баден-Баден, Германия). Все используемые препараты зарегистрированы и разрешены к применению в РФ, регистрационные номера препаратов: плацента-композитум № 128488/01-2000 от 02.12.2000; тонзилла-композитум № 015835 от 13.07.2004; церебрум-композитум

Н № 012126/01-2000 от 19.07.2000, овариум композитум № 05840/01 от 13.07.2004.

Основу метода фармакопунктуры составляет последовательное внутрикожное воздействие гомеопатическими препаратами траумель-С, тонзилла-композитум, церебрум-композитум Н, плацента-композитум на акупунктурные точки. При этом реализуется ряд механизмов лечебного действия: рефлекторная составляющая позволяет рассматривать фармакопунктуру как способ локальной пролонгированной стимуляции точек рефлексотерапии; терапевтическое значение — возникающие внутрикожно депо препаратов; цель антигомотоксической терапии — активация собственных саногенетических сил организма с помощью слабого раздражения.

В качестве противовоспалительной терапии, а также для улучшения процессов регенерации и микроциркуляции использовали траумель С, тонзилла-композитум и плацента-композитум; для коррекции трофических процессов в клеточных структурах мозга и нормализации нейромедиаторного обмена — церебрум-композитум Н.

Процедура проводилась в положении лежа. Выбор препарата зависел от фазы менструального цикла. В первой фазе производились инъекции 1 раз в неделю препаратом церебрум-композитум Н в АТ: Т14, РН 45 (дин-чуань), VB21 (2); через 2—3 дня — препаратом тонзилла-композитум в АТ: Т14, VB21 (2), G14 (2) и траумель С в точки V31—34 (2). Во второй фазе менструального цикла проводились инъекции препаратом плацента-композитум в АТ: E36 (2), Rp6 (2) 2—3 раза в неделю. Инъекции выполнялись с помощью инсулинового шприца, по 0,2—0,5 мл в каждую АТ, глубина введения каноническая — до появления предусмотренных ощущений. Курс лечения начинался на 5—7-й день менструального цикла, длительность курса составляла 3,5—4 недели, в неделю проводилось 2—3 инъекции.

Физиотерапевтическое лечение проводилось с помощью аппарата «Хивамат» (Германия), который позволяет проводить воздействие пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем. Воздействие на низ живота проводили ежедневно, в течение 5 минут частотой 150 Гц, следующие 5 минут частотой 80 Гц, лабильно, средней интенсивностью. Курс лечения состоял из 7—10 процедур.

В третьей группе проводили акупунктуру в точки аналогичные второй группе и хивамат-терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эффективность лечения оценивали по клиническим, лабораторным данным и данным ультразвукового исследования. В результате проведенного лечения отмечалась положительная динамика со стороны клинических данных и лабораторных показателей. У 21 девушки (84 %) наблюдалось значи-

тельное улучшение общего состояния, уменьшение болей после 2—3-й процедуры, исчезновение болей после 4—5 процедур, нормализация менструального цикла. По данным ультразвукового исследования после лечения уменьшение размеров кисты в 2 раза наблюдалось у 86,2 % больных, исчезновение кисты — у 13,8 % девушек. В первой группе — 13,4 и 0, в третьей группе — 72 и 12 %.

ВЫВОДЫ

Анализируя полученные данные можно сделать вывод, что инъекций гомеопатических средств в акупунктурной точке и иглоукалывании оптимизируют нейрогуморальное регулирование, которое приводит к статистически существенному уменьшению в пролактине и кортизоле, нормализации менструального цикла,

Комбинированное использование физиотерапии и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами обладает наиболее выраженным противовоспалительным действием.

Комбинированное рефлексотерапевтическое и физиотерапевтическое лечение, оказывая воздействие на гуморальные, окислительно-восстановительные процессы, на регуляцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, лимфоденирующее, обезболивающее и противовоспалительное действие, приводит к значительному улучшению состояния больных, нормализации менструального цикла и существенному регрессу кист.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовк И.Б., Гаврилова И.В., Петербургская В.Ф., Кондратюк В.К. Особенности диагностики, лечения и профилактики опухолевидных образований яичников в детском и подростковом возрасте // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2007. — № 4. — С. 40—47.
2. Дубровина С.О. Некоторые аспекты этиологии кист яичников // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2004. — № 6. — С. 9—11.
3. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 89 с.
4. Котрикадзе К.А., Сабахтарашвили М.А., Гвенетадзе А.М. Консервативное лечение фолликулярных кист яичника // Georg. Med. News. — 2002. — № 3. — С. 40—42.
5. Меджидова К.К. Этапное лечение женщин с опухолевидными процессами яичников: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. — Ростов-на-Дону, 2005. — 22 с.
6. Николаева И.Н. Новые подходы к диагностике и лечению ретенционных кист яичников и возможности восстановления репродуктивной функции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 — Благовещенск, 2006. — 24 с.

Сведения об авторах

Москалева Анна Юрьевна — аспирант кафедры рефлексотерапии и традиционной китайской медицины Иркутского ГИУВа, врач физиотерапевт-рефлексотерапевт НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16; тел./факс: 8 (3952) 20-76-32, 8 (3952) 20-76-36; email: iphr@sbamsr.irk.ru)

Киргизова Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой рефлексотерапии и традиционной китайской медицины Иркутского ГИУВа (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; тел./факс 8 (3952) 46-23-56, 8 (3952) 46-28-01)