

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, тел. (3952) 638104, 303328, 664408,
e-mail: NataliBykova@mail.ru

Куликов Леонид Константинович — д.м.н., профессор, зав. кафедрой;
Быкова Наталья Михайловна — к.м.н., зав. отделением;
Привалов Юрий Анатольевич — к.м.н., доцент;
Наванович Наталия Александровна — врач-эндокринолог;
Быков Сергей Васильевич — врач-патологоанатом;
Соботович Владимир Филиппович — к.м.н., доцент;
Литвин Маргарита Михайловна — гл. врач.

© МОСКАЛЕВА А.Ю., КИРГИЗОВА О.Ю., АБРАМОВИЧ С.Г., ДАНУСЕВИЧ И.Н. — 2010

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО РЕФЛЕКСО- И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК

А.Ю. Москалева, О.Ю. Киргизова, С.Г. Абрамович, И.Н. Данусевич

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра физиотерапии и курортологии, зав. — д.м.н., проф. С.Г.Абрамович; НЦ проблем здоровья и репродукции человека СО РАМН, г. Иркутск, директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Л. И. Колесникова, лаборатория репродуктивной гинекологии, руководитель — д.м.н., проф. Л.В. Сутурина)

Резюме. Показана высокая эффективность использования методов рефлексотерапии и физиотерапии у девушек с фолликулярными кистами яичников. Проведена оценка влияния рефлексотерапии и физиотерапии на гормональный статус.

Ключевые слова: фолликулярные кисты яичников, рефлексотерапия, физиотерапия.

USE OF COMPLEX REFLEXO — AND PHYSIOTHERAPY IN TREATMENT OF FOLLICULAR OVARIAN CYST IN GIRLS

A. Yu. Moskalyova, O. Yu. Kirgizova, S. G. Abramovich, I.N. Danusevich

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education;
The Scientific Center of Family Health Problems and Human Reproduction ESSC SB RAMS, Irkutsk)

Summary. High effectiveness of the methods of reflexotherapy and physiotherapy in girls with follicular ovarian cysts has been shown. There was done the evaluation of the influence of reflexotherapy and physiotherapy on hormonal status.

Key words: reflexotherapy, physiotherapy, follicular ovarian cyst.

Вопросы диагностики и лечения фолликулярных кист яичников (ФКЯ) у девушек актуальны в связи с их широким распространением, а также полученными доказательствами о роли нарушений гормонального фона и значении воспалительного процесса в развитии данной патологии [3,4,6]. Неспецифичность и вариабельность клинических проявлений заболевания, трудности дифференциальной диагностики, большой процент диагностических и тактических ошибок, несвоевременность и неадекватность консервативного или хирургического лечения часто приводят к необратимым патологическим изменениям в репродуктивном здоровье данного контингента пациенток [2,5].

В связи с этим очевидна необходимость оптимизации лечения больных ФКЯ, одним из вариантов которой может быть рациональное и эффективное использование комплексных терапевтических методов, позволяющих на основе принципов синергизма и индивидуализации воздействий оказать более разноплановое влияние на различные звенья патогенеза данного заболевания.

Возросший в последнее десятилетие интерес к рефлексотерапии обусловлен полученными объективными данными об её эффективности и вновь открывшимися возможностями современных технологий [1]. Арсенал методов физического лечения пополняется постоянно [6,7]. К достижениям современной физиотерапии следует отнести применение аппарата «НIVAMAT-200» фирмы PHYSIOMED Electromedizin AG (Германия), с помощью которого осуществляется методика электростатического вибромассажа пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем. Исследований по изучению эффективности и механизмов лечебного действия комплексного воздействия рефлексотерапией и электростатическим вибромассажем у девушек с ФКЯ не проводилось.

Цель исследования — разработка и изучение эффективности применения у девушек с фолликулярными кистами яичников комбинированной методики лечения, включающей акупунктуру и электростатический вибромассаж.

Материалы и методы

Всего обследовано 80 девушек в возрасте 15-18 лет (16,6±1,7 лет) с ФКЯ. Диагноз верифицировался по данным ультразвукового исследования.

На момент обследования все девушки имели 1-2 степень чистоты влагалища и отсутствие инфекций передающихся половым путем. На первом этапе все пациентки получали комбинированные эстроген-гестагенные оральные контрацептивы в течение 3-х менструальных циклов. После 3-х месяцев перерыва на второй этап лечения были включены пациентки с сохранившимися кистами, которые были разделены на две группы.

Первая группа состояла из 29 человек (средний возраст 16,7±1,6 лет), которым проводилась стандартная медикаментозная терапия — актовегин 2,0 внутримышечно №10, аевит 1 драже 3 раза в день в течение 2-х месяцев, лонгидаза 3000 ЕД внутримышечно, №7. Больным второй (основной) группы (25 человек, средний возраст 16,5±1,8 лет), кроме лекарственного лечения, была назначена комбинированная методика, включающая рефлексотерапию и электростатический вибромассаж от аппарата «НIVAMAT-200». Воздействовали на следующие акупунктурные точки (АТ): E36(2), Rp6 (2), G14 (2), I4, E28(2), V30-32 (2). Дополнительно использовали акупунктуру точек: T14, PN45 (дин-чуань), VB21 (2), T20. Глубина введения игл — до предусмотренных ощущений, время процедуры 15-20 минут. Курс лечения состоял из 12 ежедневных процедур. После сеанса рефлексотерапии больные получали физиотерапевтиче-

ское лечение от аппарата «HIVAMAT-200». Воздействие осуществлялось в положении больной — лёжа на спине. Воздействие ручным аппликатором локализовали в нижней части живота. В наших исследованиях курс лечения электростатическим массажем состоял из 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.

Обследование пациентов включало анализ клинических данных по стандартизированным картам. Для определения уровня гормонов брали кровь из вены утром натощак на 5-9 день менструального цикла для гонадотропных гормонов гипофиза, пролактина, лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), эстрадиола, гормона коры надпочечников — кортизола, для прогестерона — на 22-24 день менструального цикла. Данные оценивали радиоиммунологическим методом с использованием тест-систем «CIS-bio International» (Франция).

Эхографическое исследование проводилось с помощью аппарата «Алока-5500» трансабдоминальным датчиком. Оценивалось наличие или отсутствие кисты, её размеры. Кисты визуализировались в виде однокамерного эконегативного образования с ровными внутренними контурами без включений, диаметром от 3-х до 6 см.

Статистическую обработку результатов проводили путём вычисления среднего значения исследуемых величин и средней ошибки для каждого показателя. Оценка достоверности различий между данными, полученными в исследуемых группах, проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, Манна-Уитни и Вилкоксона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе обследования 22 (75,8%) девушки первой группы и 20 (80%) девушек второй группы предъявляли жалобы на периодические боли внизу живота; нарушение менструального цикла (олигоменорея, дисменорея, гиперменорея) отмечалось у 15 (51,7%) пациенток первой группы и 12 (48%) пациенток второй группы. Бессимптомно заболевание протекало у 7 (24,2%) и 5 (20%) больных.

Изучение анамнеза в препубертатный период показало, что наиболее часто девушки болели детскими инфекционными и острыми респираторными заболеваниями — 12 (41%) и 11 (44%) соответственно. Соматическая патология имела у 6 (20,7%) и 5 (20%); воспалительные заболевания органов малого таза перенесли 4 (13,8%) и 5 (20%) девушек. При анализе перенесенных в прошлом оперативных вмешательств было установлено, что удельный вес аппендэктомий составил 4 (13,8%) случая в первой группе и 3 (12%) случая во второй группе.

В результате проведённого лечения отмечался регресс клинической симптоматики в обеих группах больных, однако наиболее значительные результаты имели место при комплексном лечении с использованием акупунктуры и электростатического вибромассажа. Так, нормализация менструального цикла у девушек первой группы наблюдалась в 31% случаев, тогда как во второй группе — в 57% случаев ($p < 0,05$).

По данным ультразвукового исследования полный регресс кисты наблюдался у 8 больных первой группы (27,5%), тогда как во второй группе эти проявления наблюдались в 1,6 раза чаще (44,0%). Уменьшение размеров кисты было обнаружено в 51,7% и 48,0% случаев соответственно. В первой группе у 6-ти пациенток (20,7%) динамика отсутствовала, тогда как во второй группе, при курсовом комплексном применении рефлексотерапии и электростатического массажа размеры кисты не изменились лишь у одной больной.

При анализе уровня пролактина, кортизола, ЛГ и ФСГ в сравниваемых группах до и после лечения наблюдалась положительная динамика в сторону нормализации этих показателей, выраженная в большей степени у больных, получающих комбинированную методику лечения с включением рефлексотерапии и электростатического массажа. Так, концентрация ЛГ, ФСГ, пролактина до лечения имела тенденцию к повышению в обеих группах. После лечения эти показатели снизились, более существенно во второй группе (табл. 1).

Уровень кортизола, напротив, имел разнонаправленную динамику. Так, в первой группе была отмечена возрастание этого показателя на 4,1%, тогда как во второй группе имело место его снижение на 23,5% ($p < 0,05$),

Таблица 1

Исследуемые показатели у девушек с фолликулярными кистами яичников в динамике лечения

Показатели	Группа 1 (n=29)		Группа 2 (n=25)	
	M±σ Me (25 процентиль; 75 процентиль)		M±σ Me (25 процентиль; 75 процентиль)	
Возраст	16,7±1,6 17,0 (16,0; 18,0)		16,5±1,8 17,0 (15,0; 18,0)	
Возраст менархе	12,7±0,9 13,0 (12,0; 13,0)		12,3±0,9 12,0 (12,0; 13,0)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Размер кисты, мм	36,9±5,1 37,0 (32,0; 42,0)	24,4±16,3** 31,0 (0,0; 36,0)	36,2±6,2 33,0 (32,0; 41,0)	16,3±15,2** 24,0 (0,0; 29,0)
Пролактин, мМЕ/мл	348,1±207,3 324,0 (200,0; 439,0)	349,3±114,3 316,0 (279,0; 411,0)	415,9±144,8 395,0 (340,0; 496,0)	325,4±87,5* 302,0 (256,0; 394,0)
ЛГ, мЕД/мл	4,6±2,0 4,5 (3,8; 5,0)	3,7±1,2** 3,8 (3,1; 4,4)	5,0±2,0 4,7 (2,9; 6,5)	3,7±1,0* 3,9 (3,2; 4,2)
ФСГ, мЕД/мл	6,3±3,5 5,3 (3,6; 8,8)	6,1±2,0 6,1 (4,1; 7,9)	6,0±3,9 5,8 (3,5; 7,6)	5,2±1,9 5,2 (3,7; 6,6)
Кортизол, нмоль/л	386,5±188,6 382,0 (216,0; 469,0)	402,5±131,3 400,0 (300,0; 512,0)	474,2±172,6 484,0 (346,0; 586,0)	362,9±119,2* 318,0 (280,0; 422,0)
Эстрадиол, пмоль/л	188,5±52,6 183,0 (158,0; 214,7)	133,9±52,1** 121,0 (89,0; 187,0)	176,3±31,6 178,0 (155,0; 201,4)	127,2±31,0* 124,0 (106,0; 141,0)
Прогестерон, нмоль/л	23,1±19,1 16,5 (10,2; 33,8)	38,4±24,2** 31,8 (20,1; 49,2)	24,1±17,5 18,6 (12,5; 30,0)	42,1±24,7** 38,1 (18,0; 61,7)

Примечание: * — по T-критерию для связанных групп различия между показателями до и после лечения значимы при $p < 0,05$.

** — по критерию Вилкоксона для парных сравнений различия между показателями до и после лечения значимы при $p < 0,05$.

что объясняется стресслимитирующим и адаптогенным действием рефлексотерапии [8]. В обеих группах выявлены изменения содержания эстрадиола, уровень которого до лечения находился на верхней границе нормы, а после лечения снизился, и прогестерона средний уровень которого имел тенденцию к повышению в обеих группах (табл.1).

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что комбинированное применение рефлексотерапии и электростатического вибромассажа пульсирующим низкочастотным двухфазным переменным электрическим полем с помощью аппарата «HIVAMAT-200» приводит к значительному улучшению состояния больных, нормализации менструального цикла, гормонального статуса и приводит к существенному регрессу кист по сравнению со стандартным медикаментозным лечением.

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. Вовк И.Б., Гаврилова И.В., Петербургская В.Ф., Кондратьев 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.
3. Дубровина С.О. Некоторые аспекты этиологии кист яичников // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2004. — № 6. — С. 9-11.
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. — 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. — Благовещенск, 2006. — 24 с.
7. Пономаренко Г.Н. Доказательная физиотерапия в гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. — № 3. — С. 99-107.
8. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Энциклопедия — М., 2004. — С.473 — 479.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра физиотерапии и курортологии, тел. (3952) 242105, e-mail: mosanyu@rambler.ru
 Москалева Анна Юрьевна — заочный аспирант.
 Киргизова Оксана Юрьевна — доцент, д.м.н.,
 Абрамович Станислав Григорьевич — зав. кафедрой, профессор, д.м.н.
 Данусевич Ирина Николаевна — научный сотрудник, к.м.н.

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., БЕЛОБОРОДОВ А.А., ЧИХАЧЕВ Е.А. — 2010

ТРАВМА ПЕЧЕНИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

В.А. Белобородов¹, А.А. Белобородов², Е.А. Чихачев²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии хирургических болезней №1, зав. — д.м.н., проф. В.А. Белобородов; ²Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича, Красноярск, гл. врач — А.Б. Коган)

Резюме. Описан опыт обследования и лечения 148 пострадавших с травмой печени. Приведены результаты исследований о частоте и структуре травмы печени в мирное время. Отмечены сведения о результатах диагностики и лечения этих повреждений, а также причинах послеоперационных неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: травма печени, диагностика, хирургическое лечение.

TRAUMA OF LIVER IN PEACE TIME

V.A. Beloborodov¹, A.A. Beloborodov², E.A. Chikhachev²

(¹Irkutsk State Medical University; City Hospital №6, Krasnoyarsk)

Summary. The experience of examination and treatment of 148 victims with hepatic injuries has been described. The outcomes of researches about frequency and structure of hepatic wound in peace time have been shown. The information on outcomes of diagnostics and treatment of these damages, and also causes of postoperative unfavourable outcomes have also been observed.

Key words: injury of liver, diagnostics, surgical treatment.

До настоящего времени проблема механических повреждений печени в неотложной хирургии мирного времени далека от оптимального решения и сохраняет свою актуальность. Эти повреждения составляют 15-20% в структуре всех травмы живота и по частоте занимают второе-третье место после травмы селезенки и почек [1, 2, 3, 6]. Следует отметить, что в статических данных приводится меньший показатель повреждений печени, чем их реальное число, так как часто пострадавшие погибают на месте происшествия или по пути следования в лечебное учреждение [10, 12]. Технический прогресс, интенсификация всех сторон жизни и её социально-политические условия вносят существенные изменения в структуру повреждений печени. Вопрос о соотношении закрытых и открытых травм печени до сих пор остаётся дискуссионным.

По совокупным литературным данным в структуре всех вариантов травмы печени удельный вес ее закрытых повреждений может составлять 30-90% наблюдений, колото-резаных ранений — 22-69%, огнестрельных — 15% случаев. Среди всех причин повреждений печени мирного времени ведущее место занимает транспортный и бытовой травматизм. В 40-81% всех этих наблюдений повреждения печени носят множественный и со-

четанный характер. Общая послеоперационная летальность составляет 15-20% [4, 5, 7, 8, 9, 13, 14]. При этом, значительное увеличение числа заболеваний печени и внепечёчных желчных путей (хронический гепатит, цирроз печени, очаговые поражения, желчнокаменная болезнь) «способствуют» уязвимости печени в момент травмы [11, 12].

Материалы и методы

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 148 пострадавших с разными травмами печени. При обследовании травмированных учитывали клиничко-лабораторные данные, результаты рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) живота, груди и мягких тканей, компьютерной томографии, диагностической лапароскопии и лапароцентеза с использованием методики «шарящего» катетера.

Для выявления закономерностей влияния причинно-следственных связей и разных факторов на неблагоприятный исход в лечении повреждений печени провели статистический анализ серии параметров с использованием пакета электронных расчетов Statistica for Windows