

зависимости от ригидности брюшной стенки, с возможностью герметизации лапаротомной раны и ее краев с последующими установкой в окно системы для малоинвазивного доступа Dextrus, по срединной линии живота с возможностью максимального доступа к очагу перитонита в эпигастрии, мезогастррии и гипогастрии и проведением ревизии брюшной полости через 24 часа под наркозом до купирования явлений перитонита.

Данная методика применена у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом находившихся в отделении гнойной хирургии Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи. При поступлении тяжесть состояния больных оценивалась по шкале Мангеймского индекса перитонита. У 7 (33,3%) больных тяжесть состояния было менее 20 баллов, у 12 (57,2%) больных – от 20-30 баллов и у 2 (9,5%) – более 30 баллов. Возраст больных варьировал от 20 до 64 лет, средний возраст составил 43 года. мужчин было 14 (66,6%), а женщин 7 (43,4%).

Характер первичной патологии, осложнившейся распространенным гнойным перитонитом был следующим: преобладали больные с послеоперационным перитонитом 9 (42,8%) больных, с панкреонекрозом было 6 (28,6%) больных, с острым аппендицитом 3 (14,3%) больных, с острой кишечной непроходимостью было 2 (9,5%) больных и травма как причина распространенного гнойного перитонита была у 1 (4,8%) больного. Основной причиной послеоперационного перитонита была несостоятельность анастомозов у 5 (23,8%) и у 1 (4,8%) больного – ятрогенное повреждение стенки толстого кишечника.

После предоперационной подготовки, которая проводилась от 4 до 6 часов совместно с реаниматологом, выполнялась лапаротомия, с устранением или ограничением источника перитонита, санация брюшной полости выполнялась физиологическим раствором до чистых вод, лапаротомная рана ушивалась послойно узловыми швами. При этом установка системы для малоинвазивного доступа Dextrus проводилась в прямой проекции в зависимости от источника перитонита. В последующем выполнялся лаваж брюшной полости с интервалом 24-48 часов.

Результаты и их обсуждение. Количество санаций брюшной полости распределилось следующим образом: от 2-4 санации было у 14 (66,7%) больных и составило большее количество больных, от 5 до 6 санаций было у 6 (28,6%) больных и у 1 (4,7%) больного потребовалось 8 санаций.

У 16 (72,7%) больных выполнялись лапароскопические санации брюшной полости, а остальным 7 (33,3%) больным релапаротомии. Во время последних санаций брюшной полости в условиях операционной под внутривенным наркозом проводилось удаление системы Dextrus.

У всех 21 больного удалось избежать развития осложнений со стороны лапаротомной раны, а так же развития эвентрации внутренних органов и диастаза мышц передней брюшной стенки, в последующем развития послеоперационных вентральных грыж. При использовании системы Dextrus появилась возможность проведение санаций в палате интенсивной терапии, без использования общей анестезии.

Заключение. Система малоинвазивного доступа «Dextrus» облегчает проведение лапароскопической санации брюшной полости, при необходимости, позволяет осуществить легкое введение руки в брюшную полость дает возможность пальпировать и осуществлять тракцию внутренних органов и тканей; обеспечивает прямую тактильную чувствительность, способствует улучшению координации рук с глазами, и при этом полностью герметизирует линию разреза и позволяет поддерживать пневмоперитонеум на уровне 12 мм рт.ст. как при введенной в брюшную полость руке, так и без нее.

При необходимости, использование системы Dextrus позволяет проводить санации вне операционной и выполнять минимальные вмешательства без использования наркоза.

Литература

1. Бузунов, А.Ф. Лапаротомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А.Ф. Бузунов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
2. Гостинцев, В.К. Перитонит / В.К. Гостинцев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
3. Осложнения в хирургии живота / В.В. Жебровский [и др]. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.

4. Савельев, В.С. Перитонит / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.

5. Anderson, O. Short- and long-term outcome of laparostomy following intra-abdominal sepsis / O. Anderson, A. Putnis, R. Bhardwaj, M. Ho-Asjoe, E. Carapeti, AB. Williams, ML. George // *Colorectal Dis.* – 2011. – Feb. 13(2). – e 20-32.

6. Cavallaro, A. Management of secondary peritonitis: our experience / A. Cavallaro, V. Catania, M. Cavallaro, A. Zanghi, A. Capellani // *Ann Ital Chir.* – 2008. – Jul-Aug; 79(4). – p. 255-60.

APPLYING INVASIVE ACCESS "DEXTRUS" SYSTEM'S LOW INVASIVE ACCESS FOR FORMING CLOSED LAPAROSTOMA AT GENERALIZED PURULENT PERITONITIS

B.B. KHATSIEV, A.N. KUZMINOV, K.A. MURAVYOV

Stavropol State Medical Academy, Stavropol

The article presents the results of programmed abdominal sanations in whatsoever 21 patients with some kind of diffuse purulent peritonitis with applying Johnson & Johnson "Dextrus" system's low and slow and below invasive access.

Key words: diffuse purulent peritonitis, abdominal sanitation, "Dextrus" system.

УДК 616.817.4

ЙОДОБРОМНЫЕ ВОДЫ И АКУПUNKТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

З.А. МЕЖГИХОВА, А.Т. ТЕРЁШИН*

Статья посвящена изучению комбинированного использования йодобромных процедур и акупунктуры в реабилитации репродуктивной функции у больных аденомиозом. Актуальность статьи заключается в отсутствии данных литературы по данной проблеме.

Ключевые слова: аденомиоз, йодобромные воды, акупунктура.

В структуре женского бесплодия аденомиоз занимает 18-26% [1,6,8]. Аденомиоз, ассоциированный с бесплодием, сопровождается функциональными нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы (ГГНЯС), лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК) и иммунокомпетентной системы, вазоконгестивными процессами в органах малого таза [4-6,8]. Используемая гормоно- и фармакотерапия у больных аденомиозом позволяет восстановить репродуктивную функцию в 32-38% случаев, вызывая в 54-62% случаев ряд побочных явлений [1,6,8], что заставляет искать немедикаментозные методы лечения, адекватно влияющие на все иерархические уровни обеспечения репродуктивной системы. Этим требованиям отвечают йодобромные воды и акупунктура, обладающие противовоспалительным, дефибрирующим, стресслимитирующим, антиноцицептивным, вегетотропным, иммунокорригирующим действиями, нормализующим влиянием на ГГНЯС, функциональную активность ЛРК, сократительную активность маточных труб [2,3,6-8]. Как считает ряд исследователей [4,6,8], психотерапевтическая коррекция в комплексном лечении больных с бесплодием повышает процент наступления беременности.

Данные литературы о комбинированном использовании акупунктуры и йодобромных вод у больных аденомиозом в реабилитации репродуктивной функции отсутствуют, что и явилось целью настоящего исследования.

Цель исследования – изучить комбинированное использование йодобромных процедур и акупунктуры в реабилитации репродуктивной функции у больных аденомиозом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 больных длительностью бесплодия от 1 года до 5 лет (в среднем $3,3 \pm 1,1$ года) в возрасте от 21 до 35 лет (в среднем $28,7 \pm 1,5$ лет), у которых при гистероскопии и гистологическом обследовании эндометрия был выявлен аденомиоз II степени. Первичное бесплодие было у 63 (78,6%), вторичное – у 17 (21,3%) больных.

Индекс тревоги (ИТ) изучали по методу Тейлора, адаптированного Т.А. Немчиным, **индекс депрессии (ИД)** – по шкале

* ФГБУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», проспект Кирова, 30, г.Пятигорск, Ставропольский край

Гамильтона.

Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ТФД). Пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ), эстрадиол (Е2), тестостерон (Т), кортизол (К) определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом на 2-3, прогестерон (П) – на 20-22 день менструального цикла. Концентрации ЛГ, ФСГ, ПРЛ в крови определяли с использованием тест-наборов «Иммунотек» (Чехия), Е2, П, К и Т в крови – наборами фирмы СП «Белорис» (Белоруссия), концентрацию цитокинов в цервикальном канале – на иммуноферментном анализаторе «Униплан» (Россия) с использованием реактивов фирмы «Biosource» (Бельгия), концентрацию онкомаркера СА-125 – иммуноферментным методом. Функциональное состояние вегетативной нервной системы изучалось по методике А.М.Вейна и соавт. (2000), центральной нервной системы – методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) на электроэнцефалографе фирмы «Nickop-Konden» (США), сократительная активность маточных труб – методом кимографической пертурбации на аппарате ДЛТБ-1 (Ижевск) на 10-11 день менструального цикла, анатомическое состояние органов малого таза – с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой 3,5 и 5 МГц ультразвуковым аппаратом «Toshiba SSA-240 А» (Япония) в фолликулиновую фазу цикла, гемодинамика в маточных артериях – методом доплерометрии на аппарате «Aloka SSD-2000» (Япония) трансвагинальным датчиком с частотой 5 МГц на 5-8 день менструального цикла.

Всем больным проводились лапароскопия и гистероскопия эндоскопическим набором фирмы «Karl Storz» (Германия) во вторую фазу менструального цикла с последующим соскобом эндометрия и его гистологическим исследованием. Поражение придатков матки оценивали по стадиям спаечного процесса в малом тазу по классификации J.Hulka. Для определения степени распространения аденомиоза использовалась классификация Б.И.Железнова и А.Н. Стрижакова, согласно которой для I степени характерно поражение слизистой оболочки до миометрия на глубину одного поля зрения при малом увеличении микроскопа, для II – поражение до середины толщины миометрия, для III – до серозного покрова, для IV – вовлечение в процесс париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Мужской, иммунологический, психологический, трубный факторы бесплодия специальными методами исследования были исключены.

Больные репрезентативным методом были распределены на 2 группы. Больные 1 группы (40 больных) на 5-6 день менструального цикла получают естественные йодобромные воды минеральной скважины №3-Р (г.Нальчик) в виде гинекологических йодобромных орошений температурой воды 36°C градусов продолжительностью 15 минут, йодобромные общие ванны температурой 36°C продолжительностью 15 минут, на курс 15 процедур (два дня подряд – прием процедур, один день – перерыв), акупунктуру, лечебную физическую культуру, психотерапевтическую коррекцию сексуальной дезадаптации с использованием методов сексологической тренинг-терапии по Мастерс-Джонсон, Ло Пикколо, Мандель, Каплан.

Больные 2 группы (40 больных) кроме вышеприведенного терапевтического комплекса применяют акупунктуру.

Акупунктура проводилась II вариантом тормозного метода в послеобеденное время не ранее, чем через 2 часа после приема йодобромных процедур по следующей схеме: 1 сеанс (с): G11(2), E36 (2), TR18(2), ухо №26а: таламус (2); 2 с.: G14(2), E28 (2), E30 (2), VB 39 (2), ухо №55: шэнь-мэнь (2), №104 таламус (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма шейно-воротниковой области; 3 с.: G13 (2), V62 (2), TR20 (2), J2, ухо №51: симпатическая нервная система (2), №34 кора головного мозга (2); 4 с.: V10 (2), V60 (2), V2 (2), V4 (2), V14(2), ухо №23: яичник (2), №28 гипофиз (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма паравerteбральных областей; 5 с.: MC6 (2), RP6 (2), RP9 (2), RP15 (2), ухо №22: железы внутренней секреции (2), №79 наружные половые органы (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма низа живота; 6 с.: P7 (2), R6 (2), R11 (2), R15 (2), J4, ухо №58: матка (2), №78 верхушка уха (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма верхней части живота, области грудины; 7 с.: C7 (2), F3 (2), F5 (2), F13 (2), VB3 (2), J2, ухо №97: печень

(2), №23 яичник (2); 8 с: TR5 (2), VB20 (2), VB 34 (2), VB 41 (2), ухо №51: симпатическая нервная система (2), №56 полость таза (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма пояснично-крестцовой области; 9с: G13 (2), V 62 (2), J16, ухо №110: верхняя часть живота (2), №45 щитовидная железа (2); 10 с: P7 (2), R3 (2) R14 (2), ухо №95: почка (2), №101 легкие (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма шейно-воротниковой области; 13 с.: RP6 (2), RP4 (2), P5 (2), C8 (2), ухо №58: матка (2), №23 яичник (2). Продольная и поперечная скальптерия проекции T20. После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма низа живота; 14 с: R2 (2), R6 (2), P7 (2), R9 (2), C7 (2), J4, ухо №45: щитовидная железа (2), №101 легкие (2). После снятия игл – раздражение пучком игл до стойкого красного дермографизма пояснично-крестцовой области; 15 с.: RP10 (2), RP12 (2), C5 (2), MC3 (2), MC2 (2), ухо №100: сердце (2), №51 симпатическая нервная система (2).

Результаты и их обсуждение. Лапароскопические исследования показали I степень распространения спаечного процесса в малом тазу у 31 (37,5%), II – у 25 (30%), по поводу которого была произведена оперативная лапароскопия. При гистероскопии выявлена II степень аденомиоза.

Индекс массы тела у больных колебался в пределах 22,8-25,2, в среднем составляя $23,1 \pm 0,3$, т. е. не отличался от данных популяционной группы фертильных женщин ($23,1 \pm 0,1$). Индекс родов у больных составил 0,94, индекс абортот – 2,1, индекс внутриматочных вмешательств – 2,8. Все больные перенесли в прошлом сальпингоофорит, 24 (30%) произведена диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозии шейки матки.

У больных 1 группы под влиянием лечения альгодисменорея исчезла у 11 (39,3%) из 28, гиперполименорея – у 8 (34,8%) из 23, мажущие кровянистые выделения перед и после менструаций – у 10 (37%) из 27, боли в низу живота и пояснично-крестцовой области – у 11 (52,1%) из 21, предменструальный синдром – у 6 (30%) из 18, боли при половых актах – у 3 (42,9%) из 7 больных, появились оргазмы – у 9 (42,8%) из 21 и волнообразные ощущения – у 9 (50%) из 18 больных, у которых они отсутствовали, нормализовалось половое влечение – у 9 (45%) из 20 больных, у которых оно было сниженным. Таким образом, йодобромные воды в 11 (52,4%) случаях обладают антиноцицептивным действием, в 19 (52,8%) случаях нормализуют менструальную и в 9 (42,8%) – сексуальную функции.

У больных 2 группы после лечения альгодисменорея исчезла у 21 (70%) из 30, мажущие, кровянистые выделения перед и после месячных – у 19 (70,4%) из 27, гиперполименорея – у 17 (68%) из 25, боли в низу живота и пояснично-крестцовой области – у 17 (73,9%) из 23, боли при половых актах – у 7 (70%) из 10, предменструальный синдром – у 12 (60%) из 20 больных, появились оргазмы у 14 (66,7%) из 21, половое влечение – у 14 (66,7%) из 21 и волнообразные ощущения – у 13 (68,4%) из 19 больных, у которых ранее они отсутствовали. Таким образом, йодобромные процедуры и акупунктура в 17 (73,9%) случаях обладает антиноцицептивным действием, в 23 (76,7%) случаях нормализует менструальную и в 14 (66,7%) – сексуальную функции.

У больных 1 группы ИТ и ИД был повышен до $31,1 \pm 1,4$ и $8,3 \pm 1,2$ соответственно по сравнению с нормой ($23,5 \pm 1$ и $3,9 \pm 1,1$ соответственно, $p < 0,05$). ИТ и ИД у пациенток под влиянием лечения снизились до $24,7 \pm 1,2$ и $6,4 \pm 0,7$ соответственно ($p < 0,05$). В результате лечения у 18 (45%) из 40 больных исчезли психоэмоциональные нарушения.

У больных 2 группы ИТ и ИД у больных был повышен до $30,6 \pm 1,3$ и $8,2 \pm 1,2$ соответственно по сравнению с нормой ($23,5 \pm 1,5$ и $3,9 \pm 1,1$ соответственно, $p < 0,05$). ИТ и ИД у пациенток под влиянием комплексного лечения снизились до $24,1 \pm 1,2$ и $4,3 \pm 0,8$ соответственно ($p < 0,05$). После лечения нормализация психоэмоционального состояния наступила у 28 (70%) из 40 больных, т.е. на 25% больше по сравнению с I-й группой.

Под влиянием йодобромных процедур произошла нормализация минутного объема крови (табл. 1), в результате чего нормализация вегетологического обеспечения организма наступила у

17 (42,5%) больных аденомиозом.

Во 2 группе под влиянием лечения происходит нормализация минутного объема крови, индексов Кердо, минутного объема крови и индекса Хильдебранта (табл. 1), в результате чего нормализация вегетологического обеспечения организма наступила у 29 (72,5%) из 40 больных аденомиозом.

Таблица 1

Влияние бальнеотерапии, бальнеотерапии и акупунктуры на вегетологические показатели у больных аденомиозом

Показатель	Здоровые (n=20)	До лечения	После лечения
Вегетативный индекс Кердо	0,09±0,02	0,17±0,02* 0,16±0,02*	0,13±0,01** 0,11±0,01**
Исследование минутного объема крови (МО)	3278,8±966,5	5276,8±417,9* 5268,6±426,4*	3574,6±687,4** 3556,7±256,3**
Исследование индекса минутного объема (МО) крови	0,96±0,04	1,32±0,09* 1,37±0,14*	1,07±0,03** 1,02±0,04**
Коэффициент Хильдебранта	4,38±0,58	9,04±0,16* 9,17±0,15*	6,13±0,41** 4,72±0,21**

Примечание (здесь и далее): * – p<0,05 по сравнению со здоровыми, ** p<0,05 – по сравнению с больными до лечения, в числителе – больные 1-й, в знаменателе – больные 2-й группы

Таблица 2

Влияние терапевтических комплексов на электрическую активность головного мозга у больных аденомиозом

Параметры	Наименование	До лечения		После лечения	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%
Ведущий ритм	Регулярный альфа-ритм	11/11	10,0/27,5	15/29	37,5/72,5
	Нерегулярный альфа-ритм	16/10	40,0/25,0	12/3	30,0/7,5
	Бета-ритм	13/9	32,5/22,5	9/3	22,5/7,5
	Дизритмия	7/10	17,5/25,0	4/5	10,0/12,5
Патологическая активность	Пароксизмы медленных волн	11/6	27,5/20,7	8/3	20,0/7,5
	Острые волны	6/7	15,0/17,5	3/6	7,5/15,0
	Межполушарная асимметрия (частотная, волновая)	19/16	47,5/40,0	14/7	35,0/17,5
Степень реактивности	Высокая	21/19	52,5/47,5	11/5	27,5/12,5
	Средняя	4/11	10,0/37,5	15/29	37,5/72,5
	Низкая	15/10	37,5/25,0	14/6	35,0/15,0

У 4 (10%) больных 1 группы ЭЭГ были в пределах нормативных данных, у остальных наблюдалась патологическая функциональная активность в области таламо-мезодизэнцефально-стволовых церебральных структур и ЛРК. Под влиянием йодобромных процедур у больных с исходно «плоскими» кривыми ЭЭГ или кривыми с низкоамплитудной альфа-активностью отмечались незначительное усиление альфа-активности, уменьшались пароксизмы медленноволновой активности и патологические элементы (острые волны), что говорит о недостаточном влиянии йодобромных вод на ЛРК и необходимости дополнительной адекватной коррекции корково-подкорковых взаимоотношений у данного контингента больных (табл. 2). ЭЭГ показали, что в результате лечения корковая нейродинамика нормализовалась у 15 (37,5%) больных 1 группы.

У 11 (27,5%) больных 2 группы ЭЭГ была в пределах нормы, у остальных наблюдалась патологическая функциональная активность в области таламо-мезодизэнцефально-стволовых церебральных структур и ЛРК. Под влиянием йодобромных вод и акупунктуры при индивидуальном анализе ЭЭГ явления дизритмии исчезли у 5 из 10 (p<0,05), т.е. у 50% больных (табл. 2). Число больных с регулярным альфа-ритмом на ЭЭГ увеличилось с 11 до 29 (p<0,05), т.е. у 18 (62%) больных. Число больных со вспышками пароксизмальной активности уменьшилось с 6 до 3, т.е. на 50% (p<0,05). Патологические элементы – острые волны – исчезли у 1 из 7 больных (p>0,05), межполушарная асимметрия – у 9 из 16 (p<0,05), т.е. у 7 (24%) больных (на 22,5% больше по сравнению с больными 1 группы). Таким образом, нормализация функциональной активности корковой нейродинамики наступила у 28 (70%) больных. С исчезновением межполушарной асимметрии нормализуется степень реактивности биоэлектрической активности головного мозга, что имеет высокую корреляцию (r=0,89, p>0,05).

У больных 1 группы после лечения длина, толщина и ширина тела матки достоверно уменьшились на 2,3, 2,2 и 2% соответственно по сравнению с исходными данными (p>0,05), у больных 2 группы – достоверно уменьшились на 4,5, 4 и 3,8% соответственно по сравнению с исходными данными (p>0,05), что несколько больше по сравнению с 1 группой (табл. 3).

В 1 группе концентрация СА-125 до лечения была 21,5±0,83

Мме/мл, после лечения – 18,1±1,3 Мме/л (p<0,05). Во 2 группе концентрация СА-125 до лечения была 21,2±0,87 Мме/мл, после лечения – 16,3±1,2 Мме/мл (p<0,05).

Таблица 3

Влияние терапевтических комплексов на размеры тела матки у больных аденомиозом

Параметры УЗИ, мм	До лечения	После лечения	P
Длина	61,2±2,4 61,5±2,1	59,8±1,7 58,7±1,5	>0,05
Толщина	50,4±1,5 50,2±1,6	49,3±1,3 48,8±1,2	>0,05
Ширина	57,4±1,3 57,5±1,1	56,2±1,4 55,7±1,3	>0,05

В 1 группе до лечения по ТФД у 10 (25%) больных был двухфазный менструальный цикл, у 8 (20%) – ановуляция, у 22 (55%) – недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ). После применения йодобромных процедур двухфазный менструальный цикл выявлен у 14 (35%), ановуляция – у 7 (17,5%), НЛФ – у 18 (45%) больных.

Во 2 группе по ТФД до лечения у 11 (27,5%) больных был двухфазный менструальный цикл, у 7 (17,5%) – ановуляция, у 22 (55%) – НЛФ. По ТФД после лечения двухфазный менструальный цикл выявлен у 23 (57,5%), ановуляция – у 5 (12,5%), НЛФ – у 12 (30%) больных, т.е. на 22,5% больных с двухфазным менструальным циклом было больше по сравнению с 1 группой.

В 1 группе концентрации в крови ФСГ, ЛГ и Е2 после лечения снижаются на 13,5, 8,3 и 9,8% соответственно, не достигая нормы (табл. 4). Концентрация ПРЛ и К в крови снижаются на 24,6 и 20,4%, достигая нормы. Концентрация П в крови повышается на 17,2%, не достигая нормы. Изначально нормативные концентрации Т в крови не изменялись. Под влиянием йодобромных процедур нормализация ГГЯС наступила у 14 (35%) больных аденомиозом.

Во 2 группе после лечения концентрация в крови ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Е2 и К снизились на 20,5, 13,5, 26, 13,4 и 23,6% соответственно, достигая нормы (табл. 4). Концентрация П в крови повысилась на 26,3%, достигая нормы. Изначально нормативная концентрация Т в крови не изменились. Под влиянием йодобромных вод и акупунктуры ГГЯС нормализовалась у 23 (57,5%) больных аденомиозом, что на 22,5% больных больше по сравнению с 1 группой.

Таблица 4

Влияние терапевтических комплексов на концентрацию пептидных и стероидных гормонов в крови у больных аденомиозом

Гормоны	Здоровые (n=20)	До лечения	После лечения
ФСГ, мМЕ/мл	7,12±0,41	9,43±0,38* 9,45±0,34*	8,31±0,23** 7,84±0,21*
ЛГ, мМЕ/мл	8,82±0,24	10,32±0,39* 10,34±0,36*	9,53±0,29** 9,11±0,18*
ПРЛ, мМЕ/мл	276,32±26,47	381,32±36,21* 381,27±30,52*	287,57±21,38 283,49±21,83**
Е2, пмоль/л	130,62±15,28	162,26±19,24* 161,53±20,46*	146,39±11,24** 142,38±13,64**
П, пмоль/л	22,53±1,74	16,92±1,51* 16,87±1,45*	19,87±1,36** 21,31±1,17**
К, пмоль/л	386,72±21,23	493,42±38,52* 497,54±36,43*	392,83±28,49** 394,51±23,52**
Т, нг/мл	108,21±6,37	111,32±7,41 111,36±7,38	109,73±6,54 109,52±6,39

В 1 группе доплерографические исследования кровотока в маточных артериях показали, что под влиянием лечения снизились индекс пульсации (IP) – на 10,8%, индекс сопротивления (IR) – на 5,3%, систоло-диастолическое отношение (R) – на 11,7%, увеличились максимальная систолическая скорость кровотока (PK1) – на 28%, максимальная диастолическая скорость кровотока (PK2) – на 36,5%, средняя скорость кровотока (Avg) – на 17,7%, в результате чего нормализация гемодинамики в маточных артериях наступила у 14 (35%) больных (табл. 5).

Во 2 группе доплерографические исследования гемодинамики в маточных артериях показали, что после лечения снизились IP – на 19,8%, IR – на 8%, R – на 13,6%, увеличились PK1 – на 53,4%, PK2 – на 62,5%, Avg – на 20,8%, в результате чего нормализация гемодинамики в маточных артериях наступила у 27 (67,5%) больных, что на 32,5% больных больше по сравнению с 1 группой.

В 1 группе после лечения приняли нормативные данные следующие показатели кимопертубограммы: номер максималь-

ной гармоникой и трубное давление (табл. 6), в результате чего нормализация функциональной активности маточных труб наступила у 13 (32,5%) больных. У больных 2 группы после лечения приняли нормативные данные следующие показатели кимопертубограммы: среднее значение, асимметрия, эксцесс, номер максимальной гармоникой, коэффициент гармоничности, трубного и максимального давлений, в результате чего нормализация сократительной активности маточных труб наступила у 25 (62,5%) больных, что на 30% больных больше по сравнению с 1 группой. Достоверное увеличение среднеквадратического отклонения указывало на возрастание амплитуды сокращений. Возрастание номера максимальной гармоникой и снижение коэффициента гармоничности свидетельствует об увеличении частоты и ритмичности сокращений маточных труб при отсутствии тенденции к возрастанию амплитуды сокращений.

Таблица 5

Влияние терапевтических комплексов на гемодинамику в маточных артериях у больных аденомиозом

Показатели	До лечения	После лечения	Здоровые (n=20)
IP	3,52±0,11* 3,51±0,12*	3,14±0,13*** 2,93±0,11**	2,81±0,22
IR	0,94±0,03* 0,95±0,03*	0,89±0,03*** 0,88±0,03**	0,85±0,01
R	8,05±0,12* 7,74±0,13*	7,11±0,12*** 7,31±0,17**	6,92±0,23
PK1 (см/сек)	20,86±1,43* 20,84±1,38*	26,73±1,54*** 31,96±2,63***	37,42±2,04
PK2 (см/сек)	2,63±0,72* 2,69±0,71*	3,59±0,32*** 4,37±0,54***	5,41±0,62
Avg (см/сек)	8,72±0,34* 8,71±0,32*	10,26±0,023*** 10,52±0,41***	11,72±1,13

В 1 группе после лечения не изменяются изначально нормативные данные интерлейкина-1 β (IL-1 β), IL-6, снижаются IL-4, IL-8 и фактор некроза опухолей-α (TNF-α) в 1,3, 1,8 и 1,2 раза соответственно по сравнению с исходными данными, не достигая нормы (табл. 7), в результате чего локальный иммунитет нормализовался у 15 (37,5%) из 40 больных.

Таблица 6

Влияние терапевтических комплексов на сократительную активность маточных труб у больных аденомиозом

Показатели пертубограммы	До лечения	После лечения	Здоровые (n=20)
Среднее значение	0,279±0,043* 0,287±0,036*	0,317±0,0014*** 0,331±0,011**	0,334±0,037
Среднеквадратическое отклонение	3,142±0,173* 3,139±0,164*	4,562±0,273*** 4,896±0,289***	5,683±0,248
Асимметрия	0,283±0,031* 0,281±0,029*	0,243±0,012*** 0,231±0,015**	0,221±0,023
Эксцесс	0,659±0,192* 0,653±0,168*	-0,378±0,119*** -0,887±0,024**	-0,896±0,081
Номер максимальной гармоникой	9,741±0,417* 9,739±0,413*	12,639±0,531*** 12,798±0,269*	12,817±0,624
Коэффициент гармоничности	34,696±0,732* 34,734±0,751*	32,378±1,632*** 31,837±1,424**	30,693±1,329
P трубн.	94,623±10,274* 94,613±10,218*	87,562±7,324** 86,817±6,297**	84,671±11,352
P макс.	124,143±7,431* 124,137±6,838*	119,346±6,542*** 101,121±8,653*	98,453±9,689
P баз.	72,48±5,121* 72,432±5,213*	69,257±5,346*** 63,637±4,278**	55,417±4,651

Во 2 группе после лечения IL-1 β и IL-6 не изменяются, оставаясь в пределах нормы, IL-4 снижается 1,5 раза, не достигая нормы, IL-8 и TNF-α достоверно снижаются в 3,5 и 1,4 раза соответственно, достигая нормы (табл. 7), в результате чего локальный иммунитет восстановился у 28 (70%) больных, что на 32,5% больных больше по сравнению с 1 группой.

В 1 группе в течение 1 года после лечения беременность наступила у 9 (22,5%) больных (у 6 – ранее имеющими двухфазный менструальный цикл и у 3 – НЛФ). У больных аденомиозом после применения йодобромных процедур беременность наступала в первые 5 месяцев. Во 2 группе в течение 1 года после лечения беременность наступила у 14 (35%) больных аденомиозом в первые 7 месяцев после использования йодобромных вод и акупунктуры (у 9 – с двухфазным менструальным циклом и у 5 – с НЛФ).

Таблица 7

Влияние терапевтических комплексов на концентрацию цитокинов (нг/мл) в слизи и клетках цервикального канала у больных аденомиозом

	До лечения	После лечения	Здоровые (n=20)
IL-1 β	36,63±2,49 38,69±2,51	35,79±3,46** 35,47±3,24**	34,73±3,71
IL-4	648,39±47,54* 656,23±44,35*	517,36±49,52*** 429,27±49,43***	306,52±49,36
IL-6	5,19±1,68* 5,25±1,73*	4,92±1,57*** 4,71±1,38**	4,51±1,43
IL-8	42,27±7,54* 41,46±8,23*	23,19±4,97*** 11,87±1,24**	10,35±1,42
TNF-α	65,12±4,87* 64,89±5,12*	54,16±3,27*** 45,23±2,38**	43,62±2,54

Обращает на себя внимание большая нагруженность проведенных в прошлом лечебных мероприятий у женщин с невосстановленной репродуктивной функцией. В двух группах больных в одинаковом проценте случаев ранее была проведена терапия, направленная на стимуляцию овуляции, циклическая гормонотерапия, фармакотерапия. Однако, у незабеременевших больных в большем проценте случаев (на 36,8%) чаще и длительнее (на 70%) проводилась терапия гонадотропинами, дексаметазоном, комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, физио- и бальнеотерапией, что статистически достоверно больше (p<0,02), чем у забеременевших. Кроме того, у 57 (71,3%) незабеременевших женщин неоднократно были использованы факторы с выраженным вазоконгестивным действием, такие, как пеллоидотерапия и сероводородные ванны, в группе забеременевших женщин вышеперечисленные терапевтические факторы были использованы только в 2 (8,7%) случаях (p<0,05).

Таблица 8

Динамика показателей кимографической пертубации и восстановления репродуктивной функции у больных аденомиозом

Показатель	Беременность наступила (n=23)		Беременность не наступила (n=57)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Среднее значение	0,312±0,013	0,337±0,014 p<0,05	0,261±0,017	0,291±0,013 p<0,05
Среднеквадратическое отклонение	3,472±0,264	5,123±0,129 p<0,05	2,837±0,239	3,353±0,321 p<0,05
Асимметрия	0,253±0,021	0,226±0,013 p<0,05	0,298±0,023	0,247±0,014 p<0,05
Эксцесс	0,736±0,148	-0,853±0,112 p<0,05	0,612±0,137	-0,729±0,143 p<0,05
Номер максимальной гармоникой	10,317±0,472	12,336±0,228 p<0,05	9,753±0,326	10,186±0,283 p<0,05
Коэффициент гармоничности	33,684±0,639	30,851±1,342 p<0,05	36,481±0,354	32,729±0,437 p<0,05
P трубн.	94,762±12,313	87,372±6,278 p<0,05	93,127±6,352	82,354±4,526 p<0,05
P макс.	129,473±6,358	169,536±7,329 p<0,05	123,637±4,227	117,836±7,324 p<0,05
P баз.	74,273±6,132	62,348±5,287 p<0,05	71,249±6,378	68,924±4,583 p<0,05

Примечание: P – уровень значимости различий средних до и после лечения

Маточная беременность не наступила ни у одной пациентки с сохраняющимися после терапевтических мероприятий отклонениями от нормативных значений 5 и более показателей кимограмм (табл. 8). Сниженный изначально показатель дисперсии практически не изменился у незабеременевших впоследствии пациенток; у забеременевших женщин амплитуда сокращений маточных труб имела тенденцию к росту, но не нормализовалась даже при столь благоприятных отдаленных результатах. Частота сокращений маточных труб достоверно возросла в обеих группах обследованных, но в большей степени при последующем наступлении беременности; у забеременевших показатель максимальной частоты сокращений достиг нормативных значений. Восстановление формы сокращений маточных труб и достоверное устранение их дискоординации имело место только у лиц с реабилитацией репродуктивной функции. Указанные данные свидетельствуют о большей информативности показателей частоты и формы сокращений маточных труб при определении вероятности реабилитации репродуктивной функции у больных аденомиозом.

Зависимость успешности восстановления репродуктивной функции от возраста женщины, степени распространения спаечного процесса в малом тазу, особенностей предыдущего лечения и степени выраженности повреждения репродуктивной системы

не вызывает сомнения. Чем в более раннем репродуктивном возрасте установлен правильный диагноз и проведено адекватное лечение, тем больший процент (40 и 37,3% в группах больных до 25 и до 30 лет соответственно) наступления беременности, что имеет высокую коррелятивную зависимость ($r=0,94$, $p<0,05$).

Таким образом, если в течение первых 5 месяцев после окончания использования йодобромных процедур и по прошествии 7 месяцев после использования йодобромных процедур и акупунктуры не наступило беременности, следует проводить углублённое диагностическое обследование и изыскивать новые терапевтические подходы.

Выводы:

1. Йодобромные воды в 52,4% случаях обладают антиоцицептивным действием, в 52,8% случаях нормализуют менструальную, в 42,8% – сексуальную функции, в 45% – психоэмоциональное состояние, в 42,5% – вегетологическое обеспечение организма, в 37,5% – корковую нейродинамику, в 35% восстанавливают овуляторный менструальный цикл, в 35% – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, в 35% – гемодинамику в маточных артериях, в 32,5% – сократительную активность маточных труб, в 37,5% – локальный иммунитет и в 22,5% – репродуктивную функцию.

2. Йодобромные воды и акупунктура в 73,9% случаях обладают антиоцицептивным действием, в 76,7% нормализуют менструальную, в 66,7% – сексуальную функции, в 70% – психоэмоциональное состояние, в 72,5% – вегетологическое обеспечение организма, в 70% – корковую нейродинамику, в 57,5% – восстанавливают овуляторный менструальный цикл, в 57,5% – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковую систему, в 67,5% – гемодинамику в маточных артериях, в 62,5% – сократительную активность маточных труб, в 70% – локальный иммунитет и в 35% – репродуктивную функцию, что на 21,5%, 23,9%, 23,9%, 30%, 32,5%, 22,5%, 22,5%, 32,5%, 30%, 32,5% и 12,5% соответственно больше по сравнению с 1 группой.

Литература

1. Адамьян, Л.В. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему / Л.В. Адамьян, С.А. Гаспарян. – Ставрополь, 2004. – 216 с.
2. Албасова, А.В. Сочетанное применение радоновых вод и акупунктуры у больных генитальным эндометриозом с синдромом альгоменореи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Албасова. – Пятигорск, 2000. – 20 с.
3. Гатаова, И.Б. Комбинированная терапия йодобромными водами и синусоидальными модулированными токами больных аденомиозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Б. Гатаова. – Пятигорск, 2007. – 24 с.
4. Гончаренко, В.П. Значение психотерапии и лазеропунктуры в комплексном лечении и медицинской реабилитации больных генитальным эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.П. Гончаренко. – Волгоград, 2000. – 24 с.
5. Григорян, К.В. Основные нарушения иммунитета на системном и локальном уровне в генезе бесплодия у женщин с эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.В. Григорян. – М., 1999. – 23 с.
6. Дамиров, М.М. Аденомиоз / М.М. Дамиров. – М., 2004. – 320 с.
7. Теунова, З.Н. Йодобромные воды и гормонотерапия в лечении больных внутренним эндометриозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.Н. Теунова. – Пятигорск, 2008. – 24 с.
8. Терёшин, А.Т. Патологические аспекты малых форм эндометриоза / А.Т. Терёшин. – М.: АВО, 2008. – 340 с.

IODOBROMIC WATERS AND ACUPUNCTURE IN THE REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AT PATIENTS WITH ADENOMYOSIS

Z.A. MEZHGIKHOVA, A.T. TERYOSHIN

Pyatigorsk State Research Institute of Balneology

The article considers the combined application of iodobromic waters and acupuncture in the rehabilitation of reproductive function at patients with adenomyosis. The urgency of the article is that any data on this problem are absent in special literature.

Key words: adenomyosis, iodobromic waters, acupuncture.

УДК 616.65-002:616.69-008.3

СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВ ЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А.Т. ТЕРЁШИН, И.Б. СОСНОВСКИЙ, В.И. БЫЛИМ*

Под наблюдением находилось 160 больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией, при обследовании которых у 23 (14,4%) выявлен синдром парацентральных долек, у 37 (23,1%) – синдром патогенетической титюляризации, у 119 (74,4%) – вазоконгестивные явления, у 19 (11,9%) – тардэякуляторные расстройства, у 11 (6,9%) – эякуляторная атаксия. Эректильная дисфункция как моносимптом проявляется у 28 (17,5%) больных. Полученные данные показывают, что для каждого сексопатологического синдрома у больных хроническим простатитом необходима своя дифференцированная терапевтическая тактика.

Ключевые слова: хронический простатит, эякуляторная составляющая.

Наиболее характерной чертой расстройств эякуляторной составляющей (ЭЯС) является их универсальность: в одних случаях они могут выявляться с самого начала, в стадии дебюта, занимая стержневое положение и исчерпывая всё расстройство (что наиболее типично для синдрома парацентральных долек – СПЦД), в других могут играть роль триггерного механизма, запуская иные, более стойкие и манифестные нарушения (типичный пример – провокация невроза ожидания постабстинентным ускорением эякуляции), в третьих – осложняет другие синдромы на конечных стадиях, не приобретая, однако, роли ключевых (например, развитие сначала конгестивных, а затем и воспалительных форм хронического простатита (ХП) в результате нарушения ритма половой активности при характеропатических обусловленных и психогенно отягощённых контрфобических синдромах), в четвёртых – они могут играть роль промежуточного патогенетического звена (например, все случаи простатитов при развитии синдрома патогенетической титюляризации – СПТ) и наконец, в пятом варианте они могут существовать латентно, не отражаясь на внутренней само- и взаимной оценке супружеской пары и выявляясь большей частью лишь случайно (например, скрытые формы ХП, обнаруживаемые при диспансерных исследованиях [1,3]).

В настоящее время выявлена неоспоримая роль ХП в генезе эректильной дисфункции (ЭД) [3]. По данным ряда исследователей [1,3], сексопатологические синдромы стержневых расстройств урогенитальной сферы составляют от 11,4 до 38%.

Цель исследования – изучить клиническое течение синдромов ЭЯС при ЭД у больных ХП.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 160 больных ХП в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст $34,5 \pm 2,5$ лет), имеющих жалобы на ЭД от 6 мес. до 7 лет (в среднем $3,9 \pm 0,8$ года). Специальными методами исследования у больных установлен абактериальный ХП.

Обследование больных проводилось по «Карте сексологического обследования мужчины» с вычислением индексов половой конституции [3]. Больные самостоятельно заполняли квантификационную шкалу сексуальной формулы мужчины (СФМ), Международный индекс эректильной функции.

Контрольную группу составили 100 здоровых мужчин в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $34,3 \pm 1,4$ года) с нормальными сексуальной и фертильной функциями.

Результаты и их обсуждение. ЭД у 22 (13,7%) больных появилась ещё до возникновения ХП, но у 138 (86,3%) она появилась на фоне ХП, причем сексуальные расстройства приняли манифестную форму при продолжительности ХП свыше 3 лет.

Жалобы больных были многообразными. Так, 130 (81,3%) пациентов предъявляли жалобы на периодические боли, либо дискомфорт в промежности, паховых областях, области копчика, возникающие при переохлаждении, употреблении алкогольных напитков и половых эксцессах. У 46 (28,8%) больных боль была связана с половым актом: у 32 (20%) она возникла во время эякуляции, иррадиировала в головку полового члена, яички, у 12 (7,5%) – спустя некоторое время после эякуляции и локализовалась за лонем, иррадиировала в яички, в прямую кишку.

Парестезии (зуд, ощущение шекотания, ползание мурашек, похолодание и др.) наружных гениталий выявлены у 35 (21,9%) больных. Парестезии объясняются спазмами сосудов, гипоксией

* ФГБУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», проспект Кирова, 30, г. Пятигорск, Ставропольский край