

3. Печерский, А.В. Роль частичного возрастного андрогенного дефицита в развитии метаболического синдрома / А.В. Печерский // Вестн. Санкт-Петербургской мед. акад. последипломного образования. – 2010. - №1. – С. 42-50.
4. Сексопатология // Справочник: Под ред. Г.С. Васильченко. // М.: Медицина, 1999. – 575 с.
5. Morales, A. Hormonal erectile dysfunction: evaluation and management / A. Morales, J.P.W. Heaton. // Urol. Clin. – 2001. – Vol. 28. – P. 279-287.
6. Morales, A. Endocrine aspects of men sexual dysfunction / A. Morales, J. Buvat, L.J. Gooren et al.// Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women. – 2006. - №11. – P. 347–382.
7. Richard G. Chronic prostatitis / G. Richard, D. Batsone, A. Doble. // Curr. Opin. Urol. – 2003. – V.13. – P.23-29.

РЕЗЮМЕ

РЕЗЕРВНАЯ ФУНКЦИЯ ТСТИКУЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Терёшин А.Т., Журавлёв И.Е., Есенева С.М., Лазарев И.Л., Неделько Д.И.

ФГБУ «Пятигорский ГНИИ курортологии ФМБА России»

Хронический простатит (ХП) в общей структуре урологических заболеваний занимает 38-64%, в 32-78% случаев вызывая эректильную дисфункцию (ЭД). В литературе отсутствуют данные о резервной функции тестикул у больных ХП с ЭД в зависимости от длительности заболевания, его обострений, возрастного ценза и типа половой конституции, изучение которых поможет в выработке терапевтической тактики этого контингента больных. Это и стало целью настоящего исследования. Обследовано 40 больных ХП в возрасте от 22 до 45 лет (в среднем 33,8±1,4 года) с длительностью ХП от 1 до 11 лет (в среднем 4,7±1,2 года) и длительностью ЭД от 2 до 5 лет (в среднем 3,8±0,7 лет). Доказано, что у 67,5% больных ХП с ЭД по мере длительности заболевания, увеличения частоты его обострений, возрастного ценза и ослабленных вариантов половой конституции снижаются резервные возможности тестикул.

Ключевые слова: резервная функция тестикул, хронический простатит, эректильная дисфункция

SUMMARY

BACKUP TESTICLES FUNCTION WITH PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC PROSTATITIS AND ERECTILE DYSFUNCTION

Tereshin A.T., Zhuravlev I.E., Eseneva S.M., Lazarev I.L., Nedelco D.I.

FSBI PSSRIRS of FMBA, Pyatigorsk, Russia

38-64% of the patients in the overall structure of urological diseases suffer from chronic prostatitis (CP), 32-78% have erectile dysfunction (ED). There is no data in the literature about backup testicle function with patients suffering from CP with ED, depending on the duration of the disease, its complications, age and sexual type. But this information will help in the development of therapeutic policy of this patient contingent. This was the objective of the present study. We have observed 40 patients suffering from CP at the age of 22 to 45 years old (in average 33.8 ± 1.4 years) with CP duration from 1 to 11 years (in average 4.7 ± 1.2 years) and ED duration from 2 to 5 years (in average 3.8 ± 0.7 years). It has been proved that 67.5% of the patients suffering from CP and ED have reduced reserve testicle abilities which depend on the duration of the disease, increase in exacerbation frequency, age and weak variants of sex constitution.

Key words: backup testicle function, chronic prostatitis, erectile dysfunction

© Терёшин А.Т., Чистяков В.М., Темботова И.А., Чистякова В.В.

УДК 618.12-002

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

Терёшин А.Т., Чистяков В.М., Темботова И.А., Чистякова В.В.

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск

Сведения об авторах:

Терёшин Анатолий Тимофеевич, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ПГНИИК ФМБА России), д.м.н., профессор: 357504 г. Пятигорск, бульвар Гагарина, 19 Пятигорская клиника ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ПГНИИК ФМБА России), 89888660752, дом. тел.33-8389, elenasoboleva2005@yandex.ru

Чистяков Валерий Михайлович, главный врач МУЗ Пятигорский краевой клинический онкологический диспансер (г. Пятигорск), кандидат медицинских наук

Темботова Ирина Ахмедовна, врач акушер-гинеколог ГБУЗ КБР «Перинатальный центр» (г. Нальчик)

Чистякова Виктория Валерьевна, заместитель главного врача МУЗ Пятигорский краевой клинический онкологический диспансер по медицинской работе (г. Пятигорск)

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 разра-

ботки 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 гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы (ГНЯС). Неоднократное использование преформированных физических факторов в течение дня позволяет интенсифицировать физиотерапевтические воздействия с целью сокращения сроков лечения без снижения клинической эффективности [7-10].

Исследования последних лет дают основание отнести к числу наиболее эффективных физических методов лечения больных ХС внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) [1,3], синусоидально-модулированные токи (СМТ-терапию) [2,5,7,10]. Однако комбинированное воздействие ВЛОК и интенсивной СМТ-терапии на репродуктивную функцию после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у больных ХС не изучено, что и явилось целью настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. В связи с этим под нашим наблюдением находилось 110 больных ХС в возрасте от 21 до 38 лет (в среднем $31,3 \pm 1,8$ 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.Hulka. Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ТФД). Пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, эстрадиол (Е2), тестостерон (Т), кортизол (К) определяли в крови на 5-7-й, прогестерон (П) - на 20-22-й дни менструального цикла иммуноферментным методом. Забор крови производили из локтевой вены в 8-9 часов, 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-й группы (60 женщин) в 1-й день после оперативной лапароскопии получали ВЛОК и СМТ-терапию, 2-й (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 часа или через 2-2,5 часа после приёма ВЛОК больным проводили 2 раза в день СМТ-терапию (2 процедуру СМТ-терапии проводили через 30 мин после 1-й). В течение 1,5-2 мес. после оперативной лапароскопии проводилась контрацепция презервативом. ВЛОК и СМТ-терапия переносилась больными хорошо.

Результаты полученных исследований. В 1-й группе первичное бесплодие было у 34 (62%), вторичное - у 26 (38%) больных, во 2-й - у 31 (62%) и у 19 (38%) соответственно.

Диагностическая лапароскопия у всех больных выявила ТПБ, у больных первой группы I степень спаечного процесса в малом тазу была у 23 (38,3%), II - у 25 (41,7%), III - у 12 (20%), у второй - 19 (38%), 21 (42%), 10 (20%) соответственно. При оперативной лапароскопии 53 (48,2%) больным произведена фимбриопластика, 57 (51,8%) - сальпингоовариолизис.

После лечения в 1-й группе болевой синдром купировался у 55 (91,7%), во 2-й - у 32 (64%) больных ХС. После лечения вагинальные бели прекратились у 29 (85,3%) больных 1-й группы и у 18 (69,2%) - 2-й.

Данные о влиянии терапии на состояние менструальной функции в послеоперационный период у 2-х групп больных ХС представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Влияние терапии на состояние менструальной функции в послеоперационной реабилитации у 2-х групп больных хроническим сальпингофоритом

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

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

Из табл. 1 следует, что в 1-й 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-й - наступила нормализация менструальной функции у 27 (54%) больных: исчезли альгодисменорея у 41,2%, олигоменорея – у 45,5%, полименорея – у 50%.

По ТФД в 1-й 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-й группе после лечения выявлен двухфазный цикл у 41 (68,3%), во 2-й - у 32 (64%) больных.

Влияние терапии в 2-х группах на возникновение двухфазного менструального цикла в зависимости от длительности ХС представлено в табл. 2.

Таблица 2.

Влияние терапии на возникновение овуляторного менструального цикла в зависимости от длительности хронического сальпингофорита в 2-х 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	-	-	-	-

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

Из табл. 2 следует, что в 1-й 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-й 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 овуляция 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 пептидных и стероидных гормонов в крови в послеоперационный период у 2-х групп больных ХС представлено в табл. 3.

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

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

Из табл. 3 следует, что после лечения в 1-й 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-й 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 - недостоверно 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-х групп больных ХС представлена в табл. 4.

Таблица 4.

**Влияние терапии в послеоперационном периоде на концентрацию ЛГ и ФСГ в крови
в зависимости от типа менструального цикла у 2-х 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	7,29±0,14	8,68±0,24	8,76±0,23
	7,21±0,24	7,37±0,19	8,63±0,27	8,84±0,21
НЛФ	7,84±0,16	7,52±0,14	7,42±0,31	8,73±0,19
	7,78±0,21	7,68±0,12	7,41±0,29	8,61±0,23
Ановуляция	8,19±0,12	7,73±0,13	5,82±0,24	7,96±0,22
	8,14±0,13	7,92±0,14	5,76±0,31	7,43±0,36

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

У больных 1-й группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации ФСГ и ЛГ в крови недостоверно 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 ($p<0,05$). 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-й группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации ФСГ и ЛГ в крови недостоверно увеличились ($p>0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p>0,05$). Концентрация ФСГ у больных с НЛФ и ановуляцией – недостоверно 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-й группе концентрация ФСГ в крови не достигает нормы, а ЛГ достигает нормы при НЛФ.

Влияние терапии на концентрацию E2, П в крови в зависимости от гормональной недостаточности яичников в послеоперационном периоде у 2-х групп больных ХС представлено в табл. 5.

Таблица 5.

Влияние терапии на концентрацию E2 и П в крови в послеоперационном периоде в зависимости от типа менструального цикла у 2-х групп больных хроническим сальпингофоритом

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

Примечание: обозначения те же, что в табл. 1.

Из табл. 5 видно, что в 1-й группе у больных с двухфазным менструальным циклом концентрации E2 и П в крови недостоверно увеличиваются ($p > 0,05$), соответствуя норме ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрации E2 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 E2 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-й группе после лечения у больных с двухфазным менструальным циклом концентрации E2 и П в крови недостоверно увеличиваются ($p > 0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрации E2 и П в крови недостоверно увеличиваются на 31% и 23% соответственно ($p < 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$). У больных с ановуляцией концентрации E2 и П в крови недостоверно 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-х групп больных ХС представлено в табл. 6.

Таблица 6.

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

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

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

Из табл. 6 следует, что 1-й группе после терапии у больных с двухфазным менструальным циклом концентрации К и Т в крови недостоверно повысились ($p > 0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрации К и Т в крови недостоверно повысились на 10% и 7% соответственно ($p > 0,05$), достигая нормы ($p > 0,05$). У больных с ановуляцией концентрация К в крови достоверно повысилась 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-й группы с двухфазным менструальным циклом после лечения концентрации К и Т в крови недостоверно повысились ($p > 0,05$), оставаясь в пределах нормы ($p > 0,05$). У больных с НЛФ концентрация К в крови недостоверно повысилась 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-й группе беременность наступила у 25 (41,6%), во 2-й – 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-х групп больных ХС представлена в табл. 7.

Таблица 7.

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

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

Примечание: в числителе – показатели 1-й, в знаменателе – показатели 2-й группы.

Из табл. 7 следует, что в 1-й 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 5 лет, во 2-й группе у 55,6%, 26,3%, 7,7% больных, соответственно, с длительностью бесплодия до 3 лет.

Выводы:

1. 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.

2. 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.

3. ВЛОК и СМТ-терапия эффективны в послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у больных ХС с двухфазным менструальным циклом и НЛФ с длительностью бесплодия до 5 лет, СМТ-терапия - у больных ХС с двухфазным менструальным циклом и НЛФ с длительностью бесплодия до 3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакуридзе, Э.М. Реабилитация гинекологических больных после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза. / Э.М. Бакуридзе, Л.В. Дубницкая, Т.А. Фёдорова и др. // 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 сальпингофоритом: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Пятигорск, 2004 – 18 с.
3. Кондрина, Е.Ф. Инфракрасная лазеротерапия в комплексном лечении больных с хроническим сальпингофоритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2004. – 24 с.
4. Кулаков, В.И. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов. / В.И. Кулаков, Ф.А. Маржанин, Т.А. Назаренко и др. // Акушерство и гинекология. – 2001. - № 3. – С. 33-36.
5. Логвина, Л.Л. Дифференцированный подход к немедикаментозной ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции после сальпингоооариолизиса: Автореф. дис... канд. мед. наук – Пятигорск, 2004 – 24 с.
6. Медведев, Б.И. Воспалительные заболевания матки и придатков: патогенез, клинико-морфологическая характеристика, диагностика, лечение. / Б.И. Медведев, В.Л. Коваленко, Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков. // Челябинск, 2001. – 278 с.
7. Стругацкий, В.М. Ранняя восстановительная физиотерапия после эндохирургических операций в гинекологии. / В.М. Стругацкий, К.Н. Арсланиян. // Вопр. курортол. – 2000. - №2. – С. 42-45.
8. Терёшин, А.Т. Хронический неспецифический сальпингофорит. / Под ред. проф. 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. Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом. / Ж.В. Чеченова, К.В. Краснопольская. // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 2. - С. 40-44.

РЕЗЮМЕ

ЭНDOVАСКУЛЯРНАЯ ЛАЗЕРО- И СМТ-ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Терёшин А.Т., Чистяков В.М., Темботова И.А., Чистякова В.В.

Под наблюдением находилось 110 больных хроническим сальпингоофоритом в возрасте $31,3 \pm 1,8$ лет, перенёсших реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. Рандомизированным методом больные были распределены на 2 группы. 1-я группа (60 больных) в 1-й день после операции получала эндоваскулярную лазеро- и СМТ-терапию, 2-я (50 больных) – СМТ-терапию. В течение 1 года после лечения в 1-й группе беременность наступила у 80% больных с двухфазным менструальным циклом, у 57,9% - с НЛФ, у 28,6% - с ановуляцией с длительностью бесплодия до 5 лет, во 2-й группе - у 55,6%, 26,3%, 7,7% больных соответственно с длительностью бесплодия до 3 лет.

Ключевые слова: эндоваскулярная лазеро- и СМТ-терапия, хронический сальпингоофорит, репродуктивная функция

SUMMARY

ENDOASCULAR LASER-AND SMT-THERAPY IN POSTOPERATIVE REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION WITH PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC SALPINGO-OOPHORITIS

Tereshin A.T., Chistyakov V.M., Tembotova I.A., Chistyakova V.V.

We observed 110 patients suffering from chronic salpingo-oophoritis at the age of 31.3 ± 1.8 years old who underwent reconstructive-plastic operations on fallopian tubes. All the patients were divided into 2 groups according to a randomized method. The 1st group (60 patients) had endovascular laser- and SMT-therapy on the first day after the surgery; the 2nd group (50 patients) took only SMT-therapy. Within a year after the treatment 80% patients of the 1st group with biphasic menstrual cycle became pregnant, 57.9% of the patients with LFD, 28.6% of the patients with anovulation (sterility duration up to 5 years), in the 2nd group 55.6%, 26.3%, 7.7% of the patients, respectively, became pregnant with sterility duration up to 3 years.

Key words: endovascular laser- and SMT-therapy, chronic salpingo-oophoritis, reproductive function

© Борисенко А.М., Бабина Л.М.

УДК 616.831-009.11: 615.838

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С КУРОРТНЫМИ ФАКТОРАМИ НА ПСИХОРЕЧЕВЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ

Борисенко А.М., Бабина Л.М.

ФГБУ ПГНИИК ФМБА России, г. Пятигорск

Актуальность проблемы на современном этапе обусловлена значительным ростом неврологической патологии у детей раннего возраста. По данным разных авторов, их количество составляет в среднем около 59% в структуре детской инвалидности [1,2,6]. Исходы родовых травм могут быть различной выраженности от минимальной мозговой дисфункции до тяжелых двигательных и интеллектуальных расстройств, объединяемых общим названием детский церебральный паралич (ДЦП). Как правило, тяжелые двигательные расстройства у детей с ДЦП сопровождаются задержкой психического развития и нарушениями. Высокие компенсаторные возможности мозга у детей раннего возраста позволяют проводить наиболее успешное лечение в этом возрасте. Разработка комплексных мер по реабилитации детей раннего возраста с ДЦП дает возможность существенно сократить или полностью восстановить нарушенные функции и уменьшить риск перехода в тяжелые формы заболевания. Своевременное и адекватное лечение позволяет также у многих больных значительно сократить сроки медицинской реабилитации [3,5,6].

В настоящее время используются различные методики лечения детей с церебральной патологией, включающие физические и курортные факторы. В восстановительной терапии в последнее время часто используются различные виды магнитного поля, благоприятно влияющие на электрогенез мышц и головного мозга [4].

Исходя из вышесказанного была поставлена цель исследования: оценить влияние транскраниальной магнитной стимуляции реверсивным бегущим полем на головной мозг у детей с ДЦП, изучить динамику психоречевых расстройств под влиянием проведенного лечения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 60 детей со спастическими формами детского церебрального паралича в возрасте от 3 до 6 лет, страдающих психоречевыми расстройствами различной тяжести.