

Комитет по здравоохранению
Администрации Волгоградской области

Федеральное Агентство по здравоохранению и
социальному развитию РФ
Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии

УТВЕРЖДАЮ

Зам. главы администрации
Волгоградской области
Председатель Комитета по
здравоохранению Администрации
Волгоградской области,
заслуженный врач РФ


Е.А. АНИЦЕНКО


З. Шолом 2007 г.

Вагинальная рефлексотерапия

Новая медицинская технология

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

СОГЛАСОВАНО

Главный специалист отдела по охране здоровья
матери и ребенка Комитета по здравоохранению
Администрации Волгоградской области


А.Е. РАЕВСКИЙ

З. Шолом 2007 г.

Волгоград, 2007

Вагинальная рефлексотерапия

Волгоград 2007г

Основное учреждение – разработчик - Волгоградский государственный медицинский университет.

Составители пособия: д.м.н. профессор Н.А.Жаркин, к.м.н. В.П.Гончаренко, к.м.н. Н.А. Бурова, к.м.н. И.В.Захаров, к.м.н. П.В.Краморенко, С. Кен-Амоа.

Под редакцией: д.м.н., профессора Н.А. Жаркина

Рецензенты – д.м.н., профессор кафедры рефлексотерапии
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломно-
го образования А.Т.Качан
- д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечеб-
ного факультета № 1 Московской медицинской академии им.
И.М.Сеченова В.М.Зуев
- д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии
ФУВ ВолГМУ Л.В.Ткаченко

Вагинальная рефлексотерапия: Методические рекомендации (Новая медицинская технология) / Жаркин Н.А. и др. – Волгоградский государственный медицинский университет, 2007. – 22 с.

ISBN

В методическом пособии для врачей приведены данные о новом методе профилактики и лечения гинекологической патологии, основанном на применении одного из нелекарственных методов - рефлексотерапии. Приведены данные о механизме действия, показаниях и противопоказаниях, принципах курсового лечения рефлексотерапии с использованием точек акупунктуры, расположенных во влагалище.

Предлагаемый метод лечения универсален, доступен, безопасен и эффективен как самостоятельный метод, так и в комплексном лечении различной гинекологической патологии.

Методическое пособие предназначено для врачей акушеров- гинекологов женских консультаций, гинекологических стационаров и физиотерапевтических отделений (кабинетов).

Введение

Предлагаемая новая медицинская технология является методом профилактики и лечения различной гинекологической патологии, сопровождающейся воспалительными, нейро-трофическими и функциональными нарушениями внутренних половых органов женщины. Новым является место рефлекторного воздействия – органоспецифические точки акупунктуры, расположенные в боковых сводах влагалища. Лазерная или иная стимуляция точек акупунктуры во влагалище способствует активации местных и сегментарных реакций, приводящей к более полноценному восстановлению адаптационно-защитных механизмов организма, сокращению сроков лечения, снижению лекарственной нагрузки с одновременным укорочением пребывания больных в стационаре, а также профилактике рецидивов патологического процесса. Аналогичная медицинская технология за рубежом не применялась.

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Одно из первых мест среди осложнений в послеоперационном периоде занимают септические заболевания (от 20,6% до 80,7%) в структуре которых преобладает эндометрит. Несмотря на успехи, достигнутые в борьбе с инфекцией, частота послеоперационного эндометрита, являющегося наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции, остается стабильно высокой и составляет 3-8% после естественных родов, а после кесарева сечения достигает 10-20% (Серов В.Н. и соавт., 2001; Ляхерова О.В., 2003; Normura R.M. et al, 2004). Это означает, что вероятность развития эндомиометрита после абдоминального родоразрешения возрастает в 5-10 раз по сравнению с самопроизвольными родами.

В структуре гинекологической заболеваемости воспаления придатков матки стоят на первом месте. Современные методы лечения больных tubo-овариальными воспалительными образованиями, включающие применение различных медикаментозных препаратов и физиотерапевтических средств, в большинстве своем дорогостоящие и не всегда удовлетворяют требованиям

клинической практики вследствие низкой эффективности (Савельева Г.М., 1990; Богинская Л.Н. и соавт., 1995; Молчанова И.В. и соавт., 2001; George E.K., et al., 2000; Gardien E. et al., 2001). Использование ряда методик затруднено из-за высокой стоимости и сложности применяемой аппаратуры. При использовании разнообразных методов лечения положительный эффект колеблется от 71,2 до 97,1% (Подзолкова Н.М., 1996; Oman A. et al., 1996).

Одной из актуальных как в медицинском, так и в социальном аспекте остается проблема бесплодия. В 30 % случаев причиной женского бесплодия является патология маточных труб, чаще воспалительного генеза (Т.Я. Пшеничникова, 1991). Результативность операций при анатомически обусловленном женском бесплодии не превышает в среднем 20%, в то время как восстановление анатомической проходимости маточных труб достигает 90–97% (М.А. Алиев, 1997; I.S. Fraser et al., 1994). Однако восстановление функциональной полноценности маточных труб возможно лишь в комбинации реконструктивно-пластических операций с реабилитационной терапией, направленной на предотвращение спайкообразования и реокклюзии маточных труб.

Не менее острой проблемой в современной гинекологии является генитальный эндометриоз, приводящий к снижению трудоспособности и качеству жизни женщин репродуктивного возраста в связи с упорным болевым синдромом, повышенной менструальной кровопотерей и нарушением репродуктивной функции. Лекарственная терапия и хирургическое лечение эндометриоза не обеспечивают полной излеченности, частота рецидивов достигает 30%. Кроме того, имеются многочисленные побочные эффекты гормонотерапии (искусственная менопауза, нарушение жирового обмена, гирсутизм, аллергические реакции и др.), также снижающие качество жизни пациенток.

Схожей с эндометриозом проблемой, относящейся к дисгормональным заболеваниям, является гиперплазия эндометрия, обусловленная абортами, низкой плодовитостью, неконтролируемым использованием гормональных контрацептивов, хроническим стрессом и т.д. (В.П.Сметник, 2002; В.Н.Прилепская, 2005 и др.). Рецидивирующая гиперплазия опасна в плане

развития злокачественных процессов в матке (Е.Г.Шварев, 2005), постгеморрагической анемией. Принципы лечения данной патологии также основаны на использовании хирургического подхода с последующим длительным приемом гормональных препаратов, обладающих теми же недостатками, что и в лечении генитального эндометриоза.

В связи с этим поиск и разработка новых более эффективных альтернативных методов профилактики и лечения инфекционных и дисгормональных заболеваний внутренних половых органов женщин имеет большое медицинское и социальное значение.

Перспективным направлением профилактики и лечения указанной патологии является, на наш взгляд, комбинированный подход, представляющий комбинацию нелекарственных методов воздействия на организм (например, рефлексотерапия) и патогенетическое лечение лекарственными препаратами. Такая комбинация способствует повышению эффективности лечения и снижению фармакологической нагрузки, сведения к минимуму побочных эффектов и неблагоприятных влияний лекарственных препаратов на организм женщины (А.Ф.Жаркин с соавт., 1988; В.Н.Серов, 2005 и др.).

Исходя из этой концепции, нами разработан метод комплексной профилактики и лечения инфекционных и дисгормональных заболеваний матки и придатков, в основе которого лежит комбинированное воздействие на органоспецифические акупунктурные точки влагалища низкоинтенсивным инфракрасным лазером в импульсном режиме. Метод основывается на уникальных свойствах лазерного излучения, обеспечивающего иммуностимулирующий, противовоспалительный и анальгезирующий эффекты, улучшающего реологические свойства крови и микроциркуляцию, усиливающего репаративные процессы и потенцирующего действие лекарственных препаратов, а так же оказывающих саногенное действие на матку (В.М.Зуев с соавт., 2002; Л.П.Пешев, 2003).

Новизна разработанного метода заключается в том, что, в отличие от большинства методик, рекомендующих подведение источника физического фактора в задний свод влагалища (В.М.Стругацкий, 1992-2003; К.В.Гордон, 2004 и др.), нами предлагается воздействовать на органоспецифические акупунктурные точки боковых поверхностей влагалищной части шейки матки в боковых сводах влагалища (J.H.Buchheit, 1986). Тем самым удастся с одной стороны, доставить организму оптимальную дозу квантовой энергии через слизистую влагалища, расположенную в нескольких миллиметрах от патологического очага, а с другой - вызвать рефлекторный нейрогуморальный ответ организма через рефлексогенные зоны.

Подобное комплексное применение лазеропунктуры и фармакотерапии снижает суммарную дозу воздействия и позволяет свести к минимуму нежелательные побочные эффекты, возникающие при использовании каждого фактора по отдельности.

Разработанный нами метод прост, не требует специальной подготовки для проведения сеансов, безопасен, доступен, экономически выгоден и эффективен. Он позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм и сократить продолжительность лечения.

Показания к использованию вагинальной рефлексотерапии

I. Профилактика и лечение эндометрита после кесарева сечения

1. У рожениц группы риска по возникновению гнойно-септических осложнений после кесарева сечения: юные и возрастные первородящие, роженицы с отягощенным инфекционными процессами анамнезом, с хронической экстрагенитальной патологией (ожирение, пиелонефрит, анемия, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей), с вирусными заболеваниями во время беременности, с обострением хронических инфекционных заболеваний во время беременности, с генитальной инфекцией (кольпиты различ-

ной этиологии, эрозия шейки матки, аднекситы в анамнезе), родильницы с осложненным течением родового акта (длительный безводный период - более 6 часов, аномалии сократительной деятельности матки, кровотечения), родильницы, которым операция кесарева сечения была произведена по экстренным показаниям и.т.д.

2. Родильницы с послеродовым эндометритом.

II. Воспалительные tuboовариальные образования

В комплексной предоперационной подготовке и послеоперационном ведении больных с воспалительными tuboовариальными образованиями в сочетании с антибактериальными и противовоспалительными средствами, а также антиоксидантами (например, тауфоном, дибикором).

III. Трубно - перитонеальное бесплодие.

В послеоперационном периоде после консервативно-пластических операций на маточных трубах – сальпингоадгезиолизис, сальпингостоматопластика, резекции части маточных труб или яичников, цистэктомии при кистах яичников, лазерной вапоризация или электрокоагуляции очагов эндометриоза.

IV. Генитальный эндометриоз. В комбинации с этиопатогенетической терапией гормональными средствами, а также после хирургического этапа лечения эндометриоза.

V. Гиперплазия эндометрия.

Профилактическое лечение гиперплазии эндометрия, в том числе рецидивирующей, а также полипы эндометрия, после хирургического этапа лечения (выскабливания стенок полости матки) и получения гистологического заключения о доброкачественности удаленных тканей, в комбинации с этиопатогенетической терапией гормональными средствами.

Противопоказаниями к применению вагинальной рефлексотерапии являются:

1. Предперфоративное состояние абсцесса придатков матки.
2. Непереносимость лазерного излучения (фотосенсибилизация).
3. Лихорадящее состояние неясной этиологии.
4. Предраковые заболевания (очаговый аденоматоз, рецидивирующий полип) и рак эндометрия.
5. Предраковые заболевания и рак яичников.

Материально – техническое обеспечение метода

1. Комплекс аппаратно-программный электро-лазерно-магнитной терапии и цветоимпульсного воздействия КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», разработанный ЗАО «Янинвест» (г. Москва), Сертификат соответствия Госстандарта России № РОСС RU.ИМ02.ВО9888. Регистрационное удостоверение Минздрава РФ №29/06060698/1120-01 от 15.03.2001г. Аппарат оснащён: внутривлагалищным магнитно-лазерным излучателем с электростимулятором, терапевтической магнитно-лазерной излучающей головкой, электродом для накожной электростимуляции, очками для цветоритмотерапии, программным обеспечением. Аппарат может работать как с компьютером, так и в автономном режиме с ручным управлением. Комплекс обеспечивает сочетанное воздействие ректально, вагинально, уретрально - полупроводниковое лазерное излучение, электростимуляцию, магнитотерапию (кроме уретральной); накожно - сочетанное магнитнолазерное воздействие и светодиодное излучение, магнитотерапию; чрезкожную нейроэлектростимуляцию (ЧЭНС). Длина волны лазерного излучения равна 0,85 мкм, светодиодного – 0,95 мкм, суммарная мощность излучения – до 7 мВт, магнитная индукция в излучателе внутривлагалищном – 15 мТл, накожном – 40 мТл. Параметры электростимуляции: амплитуда тока в импульсе – 100 мА, чередование импульсов и пауз – 1-10 сек с интервалом 1 сек, частота модуляции импульсов – 10-120 Гц.

2. Лазерный терапевтический аппарат «Мустанг» модель 024. Произведен НПЛС «Техника» г. Москва. Головка лазерная ЛОЗ. Технический номер РНМК. 941. 536. 001 Г. Режим лазерного излучения импульсный, длина волны излучения 0,87 - 0,91 мкм, длительность импульса излучения 70 - 180 нс. Насадка оптическая гинекологическая Г - 2. Коэффициент пропускания 30 ÷ 50%. Площадь излучения поверхности - 3,4 см²

Описание метода

Все больные информируются о предлагаемом методе лечения и оформляют письменные согласия. Процедуры проводятся ежедневно в дневные часы, в положении больной на гинекологическом кресле в помещении, отвечающем требованиям инструкции “санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров” (Москва, 1991).

К началу процедуры необходима:

- 1. Настройка аппарата.**
- 2. Подготовка больной.**

Перед тем, как начинать проведение процедур пациентка проходит общеклинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, время свёртывания, время кровотечения). Перед началом процедуры пациентка должна опорожнить мочевой пузырь.

Методика

1. Профилактика и лечение эндометрита после кесарева сечения.

Мероприятия по профилактике и лечению эндометрита после кесарева сечения должны быть комплексным. Больная укладывается на гинекологическое кресло в горизонтальном положении. Внутриполостной излучатель изо-

лируется от тканей резиновым протектором (напр. презерватив для УЗИ без смазки) и вводится в боковой свод влагалища до упора «окном» излучателя к ребру шейки матки. Воздействие продолжается в течение выбранного времени (10-15 мин), затем излучатель переставляется в другой свод также «окном» излучателя к ребру шейки матки. После процедуры целесообразен отдых 20-30 минут.

При использовании аппаратно-программного комплекса «Андро-Гин» в области пояснично-крестцового сплетения (L_{4-5} , S_{1-5}) прикладывают пассивный электрод, покрытый влажной марлей. Дополнительно к внутривлагалищному излучателю на переднюю брюшную стенку могут быть установлены в области проекции дна матки или придатков электростимулятор и/или комбинированный кожный излучатель. Оба излучателя плотно прижимаются к кожным покровам.

Порядок выполнения процедуры

Процедура проводится один раз в день со вторых суток после операции кесарева сечения. Курс лечения – до 5 ежедневных процедур в случае профилактики эндометрита в группе риска, и до 10 процедур в случае лечения развившегося эндометрита.

2. Воспалительные tuboовариальные образования.

Предоперационная подготовка: Проводится по общепринятым схемам лечения и включает инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную терапию в сочетании с ингибитором дофаминэргической системы, обладающим выраженными антиоксидантными свойствами – тауфоном (таурин) в дозе 0,25 г 3 раза в день per os в течение 3-х дней. Дополнительно осуществляется вагинальная лазеропунктура органоспецифических точек влагалища первого типа сфокусированным лучом в импульсном режиме длиной волны 0,89 мкм. Целесообразно применять седативное воздействие частотой следования импульса - 80 Гц, мощностью импульса- 9 Вт, временем экспозиции в среднем 60 секунд на одну точку. Воздействие осуществляется с 2-х сторон

(при 2-х стороннем процессе) или латерально со стороны воспаления. Всего проводится до 3-х ежедневных процедур.

В послеоперационном периоде вагинальная лазеропунктура начинается с 3-х суток и продолжается ежедневно или через день в течение всего стационарного послеоперационного периода лечения, но не более 10 процедур. Лечение также включает симптоматическую, антибактериальную терапию с учетом высеянной из воспалительного очага микрофлоры и пероральный прием тауфона. Применение вагинальной терапии в комплексном лечении данного контингента больных позволяет уменьшить курсовую дозу лекарственных средств без снижения эффективности лечения.

3. Трубно - перитонеальное бесплодие.

Курс вагинальной лазеропунктуры состоит из 10 ежедневных сеансов со 2-х суток после реконструктивно-пластической операции. Второй курс проводится через месяц с 5 - 6-го дня очередного менструального цикла, а еще через месяц выполняется 3-й курс вагинальной лазеропунктуры. Лазеропунктура влагалищных точек выполняется сфокусированным лучом с помощью контактного световода прямого типа в импульсном режиме длиной волны 0,89 мкм. Целесообразно применять тонизирующее воздействие частотой 8-10 Гц. Рекомендуемое время экспозиции – 60-90 сек на одну точку. На сеанс используется 2 точки. Со 2-х суток послеоперационного периода рекомендуется дополнить лечение гидротубациями лекарственным коктейлем, состоящим из антибиотика (половина суточной дозы), гидрокортизона 125 мг, лидазы 64 Ед и новокаина 0,5%-10,0. Одновременно с 3-м курсом вагинальной лазеропунктуры целесообразно проводить гинекологический массаж.

4. Лечение генитального эндометриоза.

Лечение больных с генитальным эндометриозом проводится комплексно в несколько этапов. Подбирается рациональная диета в зависимости от сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии. Рекомендуется

употребление пищи с ограничением острых и пряных блюд. При сопутствующей миоме матки назначаются овощные и фруктовые соки (морковный, сливовый, свекольный), при миоме матки с гиперэстрогенией – картофельный сок. Для улучшения функции нервной и гепато-биллиарной систем назначается фитосбор, включающий кукурузные рыльца, цветы ромашки аптечной, корень одуванчика, траву мяты перечной, цветки пижмы, травы чистотела, цветки календулы, плоды фенхеля, траву горькой полыни. При наличии геморрагического синдрома назначается фито сбор, включающий траву пустырника, корень валерианы, кукурузные рыльца, листья мяты и подорожника, кору крушины на отваре плодов шиповника.

Проводится разъяснительная рациональная психотерапия, направленная на создание правильного отношения ко всем проявлениям болезни и психологической подготовке к продолжительному лечению.

Вагинальную лазеропунктуру проводят параллельно гормональной терапии или после хирургического удаления эндометриоидных эктопий. Первый курс проводится во 2-ю фазу менструального цикла. Второй курс – во вторую фазу следующего или через один менструальный цикл. Третий курс проводится через 2-3 месяца после второго курса также во вторую фазу менструального цикла. Периодичность повторных курсов определяется на основании самочувствия пациенток, а также данных комплексной диагностики, проводимой при плановом посещении ими врача.

Лазеропунктура органоспецифических точек влагалища выполняется сфокусированным лучом с помощью контактного световода. Применяется седативное воздействие (частота импульсов – 20-100 Гц). Величина плотности мощности составляет 10-15 мВт/см², время воздействия – 20-30 сек. На сеанс используются 2 точки, интервал между сеансами – один день. Курс влагалищной лазеропунктуры состоит из 6-8 сеансов (в зависимости от продолжительности менструального цикла) во вторую фазу менструального цикла и заканчивается за 1-2 дня до предполагаемого срока менструации. В зависимости от результатов акупунктурной диагностики, возможно дополни-

тельно проводить классическую или акупунктуру или лазеропунктуру корпоральных (E-36, RP-6, C-7, IG-16, MC-6, MC-7, F-3 и др.) и аурикулярных (AT- 55, 23) точек, обладающих седативным и общеукрепляющим действием. Плотность мощности лазерного воздействия на корпоральные точки акупунктуры не должна превышать 10 мВт/см², а на аурикулярные - 5 мВт/см². Время воздействия 10-20 сек, но не более 30 сек. Суммарное воздействие осуществляется не более 3-4 мин на корпоральные и 1 мин на аурикулярные точки.

5. Профилактика рецидивов гиперплазии эндометрия.

1. При обильных кровянистых выделениях лечение начинается с хирургического удаления гиперплазированного эндометрия (abrasion uteri) при незначительных выделениях возможен «гормональный» кюретаж назначением инъекций прогестерона по 10 мг ежедневно в течение 7-10 дней.
2. Со второго дня после хирургического этапа лечения или после менструально подобной реакции в ответ на введение прогестерона проводится рациональная гормонотерапия в течение 6 месяцев. Предпочтительно назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, в частности, в течение первого месяца – ригевидон (левоноргестрел), а при отсутствии межменструальных выделений из влагалища – оральные контрацептивы с более современной гестагенной гормональной формулой (дезогестрел): марвелон или регулон. При межменструальных кровянистых выделениях целесообразно продолжить циклический прием ригевидона до полного прекращения выделений. Кроме того, в 1-й курс лечения включают нестероидные противовоспалительные препараты и, при необходимости, антибиотики для ликвидации воспалительной реакции матки в ответ на хирургическое вмешательство. Лазеропунктура органоспецифических точек влагалища выполняется с помощью контактного световода сфокусированным лучом лазера длиной волны 0,95 мкм, частотой 20 Гц, мощностью 20 мВт/см², продолжительность воздействия – 20-30 сек. Курс лечения составлял 5-7- процедур ежедневно или

через день. Повторный курс лазеропунктуры проводят через месяц после окончания очередной менструации.

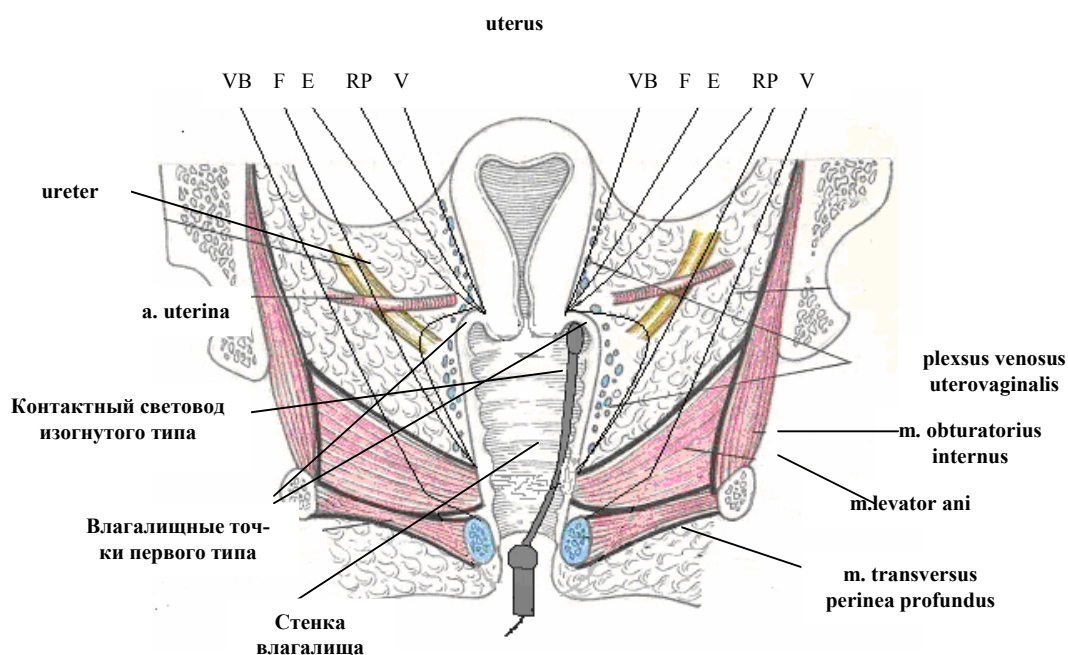


Рис. 1. Топография акупунктурных точек влагалища (по J. Hubertus)

Возможные осложнения при использовании метода вагинальной рефлексотерапии и способы их преодоления.

При соблюдении правил работы с лазерным аппаратом осложнений нет.

Эффективность использования метода

1. Профилактика и лечение эндометрита после операции кесарева сечения.

Эффективность предложенного метода оценена у 72 родильниц группы риска по развитию гнойно-септических заболеваний в сравнении с 56 родильницами, получавшими общепринятую терапию. В основной группе достоверно раньше улучшалось самочувствие, наблюдалась своевременная инволюция матки. Купирование болевого синдрома в этой группе происходило раньше, чем в группе родильниц, получавших только традиционное профилактическое лечение. Раньше нормализовался иммунный дисбаланс (См. табл.1).

В основной группе число родильниц с гипертермией было в 3,2 раза меньше, число инфекционных осложнений - в 6,9 раза, а эндометритов - в 3,8 раза меньше, чем в группе сравнения. Случаев раневой инфекции при ЭЛМ терапии было также 2, что составило 2,8%. Исследование ВНС и иммунной систем обнаружило более заметную нормализацию основных иммунологических показателей, особенно повышение фагоцитарной активности нейтрофилов (повышение фагоцитарного индекса с 69,5% до 71,5% и фагоцитарного числа с 1,81 до 1,92 при $p < 0,01$) и снижение ЦИК ($p < 0,05$), а также менее выраженную асимметрию показателей электропунктометрии. Это позволило сократить послеоперационный койко-день в среднем на $2,5 \pm 0,3$ дня.

Таблица 1

Результаты применения вагинальной лазеропунктуры у родильниц высокого инфекционного риска после операции кесарева сечения.

Показатели Послеоперационного Периода	Группа сравнения		Основная группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Субинволюция матки	2	3,6	1	1,4	
Эндометрит	3	5,4	1	1,4	
Раневая инфекция	2	3,6	-		
Лохиометра	8	14,3	4	5,6	
Гематометра	1	1,8	2	2,8	
Всего число осложнений:	16	28,6	8	11,1	
Количество случаев без Лихорадки	35	62,5	58	80,5	
Количество случаев с Лихорадкой	21	37,5	14	19,5	
Средняя продолжитель- ность лихорадки (в сут- ках)	$2,84 \pm 0,18$		$2,2 \pm 0,12$		
Средняя продолжитель- ность пребывания в ста- ционаре (в койко-днях)	$9,64 \pm 0,25$		$7,42 + 0,32$		

2. Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных с тубоовариальными образованиями.

Проведена комплексная предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация у 102 пациенток в возрасте от 22 до 52 лет с воспалительными тубоовариальными образованиями, которые были разделены на две клинические группы: группу сравнения и основную. В группу сравнения включено 48 человек, получавших предоперационную подготовку по общепринятым методам (антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, иммунокорректирующая). Основную группу составили 54 больных, которым в предоперационной подготовке и послеоперационной реабилитации применялась вагинальная лазеропунктура и тауфон. В исследование не включались пациентки с предперфоративным состоянием гнойного очага.

Рекомендуемый метод сочетанного применения трансвагинальной лазеропунктуры и тауфона позволил сократить сроки предоперационной подготовки в 2 раза, уменьшить количество оргоуносящих операций (аднексэктомия, ампутация и экстирпация матки) в 1,9 раза, снизить послеоперационный койко-день в 1,4 раза и уменьшить частоту развития спаечной болезни органов малого таза в 2,1 раза относительно группы сравнения.

Социально-медицинское значение применения усовершенствованного метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с тубоовариальными образованиями заключается в достижении более полной реабилитации, за счет отсутствия рецидивирования гнойного очага и уменьшения развития спаечной болезни органов малого таза, что способствует более раннему и полноценному восстановлению обычной жизнедеятельности прооперированных пациенток. Кроме того, разработанный метод лечения позволил уменьшить применение лекарственных средств с одновременным укорочением в 1,5 раза пребывания больных в стационаре. Эти факты обеспечивают сбережение материальных затрат при лечении больных с воспалительными тубоовариальными образованиями с достаточной экономической эффективностью.

3. Послеоперационная реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием.

Проведено обследование и лечение 132 пациенток с трубным бесплодием перитонеального генеза. Из них контрольную группу составили 48 больных, получавших традиционное лечение (физиотерапия), основную группу - 51 пациентка, получавшая в послеоперационном периоде вагинальную лазеропунктуру и 33 больных – группу плацебо, в которой проводилось традиционное лечение и создавалась иллюзия вагинальной лазеропунктуры (аппарат не включался).

Восстановление нормальной сократительной активности маточных труб имело место у 42 (82,4%) больных основной группы, 18 (37,5%) контрольной и 13 (39,3%) – группы «плацебо». Нормализация гормональной функции яичников выявлена у 20 (71,4%) из 28 пациенток основной группы, что сопровождалось повышением исходно низкого уровня эстрадиола в плазме крови, ультразвуковыми признаками овуляции. По данным доплерометрии отмечено восстановление кровотока в маточной и яичниковой артериях на стороне операции: снижение индекса резистентности на $0,19 \pm 0,053$; повышение пульсационного индекса на $0,35 \pm 0,078$; снижение максимальной скорости кровотока на $10,8 \pm 0,321$ см/сек по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). Полученные результаты сопровождалось восстановлением цикличности вегетативной регуляции в динамике менструального цикла у 49 (96%) пациенток основной группы против 8 (16,7%) и 5 (15,2%) в контрольной группе и группе «плацебо» соответственно.

После проведенного лечения у 30 (58,8%) пациенток основной группы в течение 2-х лет наступила беременность (в контрольной группе – 31,3%, группе «плацебо» - 33,3%). Родилось живых детей соответственно 27 (52,9%), 12 (25%) и 8 (24,2%).

4. Профилактика рецидивов гиперплазии эндометрия.

Применение вагинальной лазеропунктуры в комбинированном лечении у 114 больных с гиперплазией эндометрия обеспечило восстановление менструального цикла в 99,1% случаев, снижение рецидивов заболевания до 1,8%, уменьшение выраженности и продолжительности побочных эффектов гормонотерапии. Эффективность лечения оценивалась на основании использования современных клиничко-лабораторных, общеклинических, психологических и биохимических методов исследования – гистерографии, ультразвуковой диагностики, определения активности ацилазы в биоптатах эндометрия, гистологического исследования. Проведение психологического обследования позволило изучить психоэмоциональное состояние и некоторые показатели качества жизни больных в динамике лечения. Достоверность полученных в работе данных подтверждена результатами проведенного статистического анализа.

5. Лечение генитального эндометриоза.

Проведено комплексное обследование и лечение 169 больных генитальным эндометриозом, из которых основную группу составили 109 пациенток. Леченных вагинальной лазеропунктурой и контрольную – 60, получавших лечение согласно рекомендациям В.П.Баскакова (1994) и Л.В.Адамян (1997) и др.

Разработанная система комплексного лечения и медицинской реабилитации больных генитальным эндометриозом позволила уменьшить симптоматику основного заболевания у 81% пациенток, вегетативную дисфункцию - у 67% больных, патологические изменения психоэмоционального профиля личности и другие характеристики нервно-психического статуса - у 74% пациенток, снизить частоту рецидивов заболевания в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

При изучении клинической эффективности вагинальной рефлексотерапии, которая осуществлялась в гинекологических отделениях ГУЗ ОКБ №1, МУЗ ГКБ № 25, МУЗ Клинический роддом №2 г. Волгограда, МУЗ ГБ №3 г.

Волжского, Волгоградской области, ММУ № 5 г.Астрахань отмечено достижение терапевтического эффекта при лечении пациентов с различной акушерско-гинекологической патологией (таблица 2).

Всего было пролечено 398 больных, из них 70 родильниц группы риска по развитию гнойно-септических заболеваний после операции кесарева сечения, 54 больных с воспалительными tuboовариальными образованиями, 51 больная с трубно-перитонеальным бесплодием 114 пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и 109 больных генитальным эндометриозом.

Таблица 2

Обобщенные данные по применению влагалицной рефлексотерапии в клинической практике

заболевания	результаты лечения с улучшением	результаты лечения без улучшений	всего больных
эндометрит, в том числе после операции кесарева сечения	68	2	70
воспалительные tuboовариальные образования	51	3	54
бесплодие трубно-перитонеального генеза	47	4	51
гиперпластические процессы эндометрия	108	6	114
генитальный эндометриоз	104	5	109
Всего (абс.)	378	20	398
Всего (%)	94,96	5,04	100

Практически у всех больных предшествующее комплексное лечение не оказывало стойкого эффекта. В процессе лечения применялась лазеропунктура органоспецифических точек влагалища первого типа. Выбор параметров

воздействия определялся особенностями поражения гениталий. Положительный эффект был получен у 94,96% пациенток.

Ожидаемый эффект от внедрения

Внедрение вагинальной лазеропунктуры в практику врача акушера-гинеколога позволит осуществлять лечение резистентных к общепринятой терапии заболеваний в комплексе с другими методами лечения (лекарственным, хирургическим, психотерапевтическим, фитотерапией) на фоне существенного снижения лекарственной нагрузки. Применение комбинированного воздействия (лазерное излучение + рефлексотерапия органоспецифических точек акупунктуры) существенно повышает эффективность лечения, сокращает сроки лечения, снижает материальные затраты на курсовое лечение и обеспечивает профилактику побочных эффектов традиционной фармакотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Гукасова К.Б. Оценка терапевтической эффективности полилазерного воздействия (ПЛВ) и иммуномодуляторов в комплексном лечении больных урогенитальными инфекциями. // Мат-лы международного конгресса “Лазер и здоровье-99”. Москва. 1999. С. 275-276.;
2. Жаркин Н.А., Гончаренко В.П., Захаров И.В. Влагалищная лазеропунктура при гинекологических заболеваниях. Сборник трудов II научно-практической конференции «Традиционные методы лечения в акушерско-гинекологической практике». М. 12-14 марта 2003. С. 56-58.;
3. Жаркин А.Ф. Жаркин Н.А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. - Л.: Медицина, 1988.-160с.
4. Зуев В.М.. Применение лазеров в гинекологии. (Практическое руководство). Сочи. 1991г.- 125 с.
5. Козель А.И., Попов Г.К. Механизм действия лазерного облучения на тканевом и клеточном уровнях. Вестник РАМН 2000; №2 С.41-43;

6. Петров В.И., Пиотровский Л.Б., Григорьев И.А.. Возбуждающие аминокислоты. Волгоград, 1997 г. –165с.
7. Пешев Л.П., Джвобенана Г.Г., Чхеидзе А.Р.. Лечение лазером в акушерско-гинекологической практике. Саранск, 1993 г. –152 с.
8. Побединский Н.М., Зуев В.М., Джибладзе Т.А. Современные аспекты применения лазерного излучения в акушерско-гинекологической практике // Вест. Росс. Асс. Акуш.-гин. 1997.- №3. – С. 103-105.
9. Побединский Н.М., Омельяненко А.И., Лавров И.В. Лазерная акупунктура как метод реабилитации функционального состояния маточных труб у женщин репродуктивного периода. // Международный конгресс “Лазер и здоровье-99”. Москва 8-10 декабря 1999г. Тез. докл. М. 1999. С. 167-168.;
- 10.Самойлова И.А., Садыков Б.Г., Фаткулин И.Ф., Габидуллина Р.И. Применение низкочастотного ультразвука для профилактики воспалительных осложнений после кесарева сечения // Казанск. Мед. Журнал. 1997. – 78. №6. – С. 447-450.
- 11.Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров: М., Минздрав СССР. 1991 г., № 5804-91, С. 94
- 12.Чаленко В.В., Жилкина С.В., Чаленко И.О. и др. Фотомодификация аутокрови в комплексном лечении воспалительных гнойно-септических заболеваний женских половых органов // Акуш. и гин. – 1990 . - №4. – С. 67.
- 13.Dalgik H., Kusku N.K. Lazer therapi in chronic cervicitis. In Process Citation. Arh. Gynecol. Obstet. 2001; 265 (2) -P. 124-127
- 14.Hubertus J. Buchheit Die vaginale Akupunktur : Phylogenetische und embryogenetische Grundlagen – Neurophysiologische und kulturhistorische Aspekte / J. Hubertus.- Heidelberg : Haug., 1985. – P. 194.
- 15.Kattakhoadjaeva M.N., Rakhimova L.S. The effect of lazer radiation on the metabolic processes of cellular membranes in pelvic inflammatory disiasse. Alaska Med. 1999; 41 (1) 3. 13-15