

Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения РФ».

Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение городская клиническая больница №5 г. Новокузнецк

Снигирев Ю.В., Кузьменко О.В., Горелкина В.И., Волкова М.С., Ярыгина Р. В., Истомина Е.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ И МАГНИТОАКУСТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АДНЕКСИТАХ



Методические рекомендации

Новокузнецк-2015г.

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях представлены результаты лечения хронического аднексита у женщин работоспособного возраста, развившегося в результате воспалительного процесса придатков матки (яичников и фаллопиевых труб), как следствие попадания на слизистые оболочки патогенных микроорганизмов.

Методические рекомендации предназначены: для врачей реабилитологов, физиотерапевтов, врачей общей практики, гинекологов и могут быть использованы в санаторно-курортных учреждениях, реабилитационных центрах, лечебно-профилактических учреждениях.

По предлагаемой технологии получена: приоритетная справка «Способ лечения хронического аднексита» № 2012144927 от 12.09.2015г .

Авторы: Доцент кафедры ЛФК и физиотерапии ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздрава РФ, к.м.н. Кузьменко О.В., главный врач МБЛПУ ГКБ №5, к.м.н. Снигирев Ю.В., зам. главного врача по лечебной работе МБЛПУ ГКБ №5 Горелкина В.И., заведующая женской консультацией МБЛПУ ГКБ №5 врач акушер-гинеколог Волкова М.С., заведующая роддомом МБЛПУ ГКБ №5, врач высшей категории Ярыгина Р. В., заведующая клинико-биохимической лабораторией Истомина Е.В.

Рецензент: Л.Г.Баженова кандидат мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО НГИУВ Министерства здравоохранения России

Введение

Аднексит определяет болезнь как одну из наиболее распространенных в области гинекологических заболеваний, имеющий частые рецидивы. При этом регистрируется воспаление придатков (одностороннее либо двухстороннее), в том числе маточных труб и яичников. Более того, воспаление это, как правило, захватывает сразу оба органа, и его опасность заключается в формировании последующего бесплодия для каждой пятой заболевшей женщины [1,10,14].

При заболевании разрушается эпителий маточных труб, в результате которого происходит пропитывание стенок продуктами жизнедеятельности инфицирующих микроорганизмов, что и приводит к воспалению. На фоне хронического воспаления придатков матки у женщин в 40% случаев развивается расстройство половой функции и снижение полового влечения. Параллельно с аднекситом может развиваться нарушение функции ЖКТ и органов мочевого выделения. Хронический аднексит может являться одной из причин патологии плода, патологического течения беременности и родов[2,7,14].

Причиной аднексита часто служат инфекции, передающейся половым путем, например, хламидиоз, гонококк, трихомонада, иногда золотистый стафилококк и др. Причиной аднексита может также стать частая смена сексуального партнера, секс без предохранения, а также слишком быстрое возобновление сексуальной жизни после родов, аборта или гинекологических операций. Важную роль играет состояние иммунитета, поскольку если женщина находится в стрессовом состоянии постоянно, она более подвержена аднекситу. Причиной аднексита может стать и переохлаждение из-за того, что женщина одевается не по погоде. Наличие внутриматочной спирали также может провоцировать воспаление придатков[3,5].

Основная цель терапии хронического аднексита - подавление инфекции, борьба с возможными осложнениями, скорейшее и полное восстановление репродуктивной функции. Существует множество способов лечения сальпингоофоритов, однако проблема актуальности не исчерпала. Трудности лечения хронических аднекситов обусловлены, прежде всего, тем, что этиология (причина) воспаления может быть различной и точно выявить ее врачу удается не всегда. В связи с этим предлагается достаточно медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, которые не всегда имеют положительный эффект: ремиссия процесса непродолжительная, осложнения имеют место в 60% случаев.

При остром течении воспалительного процесса на первое место выступают альтеративные и сосудисто-экссудативные изменения, при хроническом – пролиферативные, завершающиеся новообразованием соединительной ткани, то есть склерозом [Адо А. Д., Ишимова Л. М., 1980]. Одним из ключевых звеньев в формировании продуктивного процесса воспаления в соединительной ткани является стимуляция функции фибробластов макрофагальными цитокинами [Смирнова Л. И., 2006; Стрельцова О. С., Крупин В. Н., 2008]. Фактором, активирующим макрофаги и выработку ими различных цитокинов, в том числе и фактора роста фибробластов, является эндотоксин, вырабатываемый в процессе жизнедеятельности и особенно при гибели условно-патогенных грамотрицательных микроорганизмов [Сидорова И. С., Шешукова Н. А., 2003; Сидорова И. С., Овсянникова Т. В., 2006]. Очевидно, что для предупреждения развития склеротического процесса в органах брюшной полости необходимо комплексное воздействие как на сформировавшуюся соединительную ткань с целью ее рассасывания, так и на воспалительный процесс, вызывающий ее формирование.

Для повышения эффективности лечения необходим комплексный подход к решению этой сложной и социально значимой проблемы, а также

поиск новых перспективных и относительно безопасных факторов, к числу которых относятся физиотерапевтические методы. Восстановительное лечение в данном случае направлено на увеличение функциональных резервов, вторичную профилактику воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений, восстановление сниженных трудовых функций и возвращение дееспособности [1,6].

Таким образом, поиск методов лечения больных с хроническим аднекситом на сегодняшний день не потерял актуальности и требует новых подходов к разработке медицинских технологий у данной группы пациентов. Для лечения хронического аднексита назначение физических методов лечения направлено на купирование воспаления (антиэкссудативные, репаративно-регенеративные методы), разрушение спаек (дефиброзирующие методы), восстановление овариальной функции яичников (гипоталамо-гипофизиндуцирующие методы), коррекцию иммунной дисфункции (иммуномодулирующие методы) и купирование невротических состояний (седативные, тонизирующие методы).

Известен способ лечения хронического аднексита методом электрофореза 3% раствора йодистого калия на проекцию придатков матки (репаративно-регенеративный, дефиброзирующий методы) [Частная физиотерапия.- Под редакцией Г.Н.Пономаренко.- Москва.- «Медицина» 2005г.-с.507]. Метод способствует расширению микрососудов и образует новые; стимулирует окислительно-восстановительные процессы, активизирует ферменты, изменяет мембранный потенциал. Увеличивается снабжение тканей кислородом, уменьшается ишемия в тканях.

Однако данный метод обладает слабым рассасывающим действием, проявляющийся лишь в незначительном снижении воспалительного и спаечного процесса, который продолжает распространяться на окружающие ткани, процедуры приходится повторять многократно, противорецидивный период непродолжительный.

Предлагаемый метод лечения хронического аднексита позволяет добиться длительной стабилизации в прогрессирующем процессе и предупредить формирование заболевания в раннем периоде восстановления выявления признаков воспаления на органах малого таза.

Критерием выбора раствора «Гидролизата плаценты» стали свойства препарата, доступность и простота в применении. Так стерильный 100% раствор гидролизата плаценты содержит:

Пептиды — высокие биологические свойства гидролизата плаценты во многом определяются наличием в нем короткоцепочечных пептидов с уникальной структурой, которые играют важную роль в поддержании гомеостаза (тканевого биохимического равновесия) и регуляции множества жизненно важных процессов самого общего характера — таких как рост, дифференциация и восстановление клеток. Мукополисахариды - полимерные углевод-белковые комплексы с содержанием углеводной части (70 — 80 %). Наиболее широко представлены в соединительной ткани и некоторых жидкостях организма.

Основные представители мукополисахаридов - гиалуроновая кислота, гепарин, кератосульфат, хондроитинсерные кислоты (входят в состав хрящей).

Благодаря способности связывать и удерживать воду мукополисахариды определяют эластичность соединительной ткани, входя в состав связок. Мукополисахариды выполняют опорно-двигательные функции, обладают бактерицидными свойствами.

Основные функции мукополисахаридов — опорная, защитная и регуляторная.

Гиалуроновая кислота. Обладает способностью притягивать и удерживать вокруг себя большое количество молекул воды. Концентрируясь, вода придает дополнительный объем. Как бы «подкачивает» клетки изнутри, делая их более натянутыми и упругими.

Аминокислоты представляют собой структурные химические единицы или «строительные кирпичики», образующие белки. Важность аминокислот для организма определяется той огромной ролью, которую играют белки во всех процессах жизнедеятельности. В организме человека многие аминокислоты синтезируются в печени. Однако некоторые из них не могут быть синтезированы организмом. К таким незаменимым аминокислотам относятся - гистидин, изолейцин, лизин, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан и валин.

Гистидин защищает структуры слизистых оболочек от повреждающего действия радиации, способствует выведению тяжелых металлов.

Изолейцин необходим для синтеза гемоглобина, стабилизирует и регулирует уровень сахара в крови, восстанавливает мышечную ткань.

Лизин способствует усвоению кальция, участвует в синтезе антител, гормонов, ферментов, формировании коллагена и восстановлении тканей, оказывает противовирусное действие.

Метионин помогает переработке жиров, предотвращая их отложение в печени и в стенках артерий, обезвреживает токсичные металлы, уменьшает мышечную слабость, защищает от воздействия радиации, необходим для синтеза нуклеиновых кислот коллагена. Фенилаланин необходим в лечении обменных нарушений. Треонин способствует поддержанию нормального белкового обмена в организме. Важен для синтеза коллагена и эластина, помогает работе печени и участвует в обмене жиров, стимулирует иммунитет.

Валин необходим для восстановления поврежденных тканей брюшной области и для поддержания нормального обмена азота в них.

Липосомы — искусственные образования, предназначенные для использования в качестве уникальных носителей (переносчиков) лекарственных средств. Во многих случаях лекарственное вещество, вводимое традиционно, не оказывает нужного действия из-за низкой биодоступности. Липосомы, содержащие в своем составе лекарственное

вещество, доставляют его точно по адресу, что гарантирует максимальный лечебный эффект.

Перечисленные компоненты плаценты – это клеточное питание, которое нормализует передачу нервных импульсов, усиливает микроциркуляцию крови и лимфы, активизирует клеточное дыхание, т.е. активизирует работу каждой клетки в организме, восстанавливая ее функциональное состояние до нормы [Дериглазова Н.А.. 2006, Козырева Л.Г., 2005г]. Препарат «Гидролизат плаценты», получен из плаценты домашнего скота, разработан коллективом создателей и ученых на базе производственного ООО «Компания Ялма» с последующим лабораторным и клиническим испытанием в центре пластической хирургии и косметологии МЗ России (аттестат № ГСЭН. Ru. ЦОА. 158 Государственный реестр № РОСС RU. 0001.510346. Протокол №46 от 19.09.2003. Сопроводительное письмо от 26.08.2003г. сан. эпид. закл. №77.99.03.915.Д005721.10.01. от 01.10.2001 г. Заключение института пластической хирургии и косметологии МЗ России от 19.09.2003).

Критерием выбора электрофореза 5% раствора гидролизата плаценты явился механизм действия гальванического тока при введении с его помощью данного препарата. Учитывая некомпетентность иммунных реакций ответа у хронических больных в ответ на воспаление, для введения был выбран ранее описанный препарат гидролизат плаценты. Вводимые в кожное депо компоненты препарата восполняют дефицит пластических структур, так необходимых для разрешения локального процесса воспаления. В первую очередь это комплекс цитокинов (HGF –фактор роста гепатоцитов, NGF –фактор роста нервов, ЭФР –эпидермально подобный фактор роста,

FGF –фактор роста фибробластов, CSF – фактор роста колоний, IGF – инсулиноподобный фактор роста, TGF – трансформирующий фактор роста), а также всех ранее перечисленных компонентов биологически активных веществ, восстанавливающих межклеточные теломерные связи. В результате происходит сочетание коррекции клеточного гомеостаза в подлежащих тканях и стимуляция иммунитета на уровне организма, что способствует предупреждению формирования длительно протекающих воспалительных изменений и истощения несостоятельных иммунокомпетентных реакций [сайт института Геронтологии <http://gerontology.ru>.-Санкт-Петербург]. Под действием гальванического тока возникает ток проводимости, результатом влияния которого становится эффект электролиза. Продукты электролиза являются химически активными веществами. При этом в воспалительной ткани органов малого таза происходит сдвиг кислотно-щелочного равновесия. Наряду с перемещением ионов электрический ток изменяет проницаемость биологических мембран и увеличивает пассивный транспорт через них крупных белковых молекул (амфолитов) и других веществ (явление электродиффузии). Из-за того, что количество молекул воды в гидратных оболочках катионов больше, чем у анионов содержание воды под катодом увеличивается, а под анодом уменьшается (электроосмос).

При проведении электрофореза в подлежащих тканях активируются системы регуляции локального кровотока и повышается содержание биологически активных веществ (брадикинин, калликреин, простагландины) и вазоактивных медиаторов (ацетилхолин, гистамин), вызывающих активацию факторов расслабления сосудов (оксид азота и эндотелины). Как результат формируются лечебные эффекты: противовоспалительный (дренирующее - дегидратирующий), анальгетический, седативный (на аноде), вазодилататорный, миорелаксирующий, метаболический, секреторный (на катоде), что способствует быстрому рассасыванию инфильтратов и стимуляции иммунных реакций [В.М.Боголюбов, Г.Н. Пономаренко, - Общая физиотерапия,- с. 55-72].

Критерием выбора воздействия переменным низкочастотным магнитным полем на проекцию придатков матки явился механизм действия фактора. Доказано, что в низкочастотных магнитных полях увеличивается скорость проведения потенциалов действия по нервным проводникам, повышается их возбудимость, уменьшается периневральный отек. Происходит восстановление измененных функциональных свойств нейролеммы афферентных проводников болевой чувствительности, что приводит к ослаблению, а затем и прекращению импульсации из болевого очага. Таким образом, магнитное поле, оказывает тормозное влияние на периферическую нервную систему. Кроме того, оно нормализует вегетативные функции организма, уменьшает повышенный тонус сосудов. За счет увеличения колебательных движений форменных элементов и белков плазмы крови происходит активация локального кровотока, усиление кровоснабжения различных органов и тканей, а также их трофики. Следует отметить, что восстановление нарушенного локального кровотока во многих случаях составляет основу клинической эффективности данного фактора. Низкочастотные магнитные поля усиливают образование релизинг - факторов в гипоталамусе и тропных гормонов гипофиза, которые стимулируют функцию надпочечников, щитовидной железы, половых органов и других эндокринных желез. В результате формируются общие приспособительные реакции организма, направленные на повышение его резистентности и толерантности к физическим нагрузкам, стимуляцию половой активности. Кроме того, активация низкочастотными магнитными полями центральных звеньев нейроэндокринной регуляции деятельности внутренних органов приводит к усилению в них преимущественно катаболических реакций. За счет расслабления гладких мышц периферических сосудов такие поля обладают слабым гипотензивным действием. Северный полюс магнита своим влиянием вызывает анальгетический эффект. Нервные клетки имеют внутренний отрицательный, а внешний положительный заряды. Под влиянием магнитных полей внешний

положительный заряд становится очень сильным. При возникновении биоэлектрического обмена, т.е. взаимодействие отрицательного и положительного зарядов вызывает слабый по мощности импульс, который направляется в мозг. Такой физиологический процесс сопровождается анестезирующим эффектом.

Виброакустический эффект от встроенного источника в аппарат Магофон-01 создаёт синергическое усиление действия низкочастотного магнитного поля. Одновременная генерация звуков частотой от 20 до 20000 Гц вызывает механическое возбуждение рецепторов и периферическое сжатие и растяжение тканей, что предупреждает развитие склеротических процессов в соединительнотканых элементах окружающих тканей. В результате воздействие оказывается не только на клеточном уровне, но и молекулярном. Особенно важно это для реабилитации периферической и вегетативной нервной системы, нейроэндокринной (которая активно участвует в процессе регенерации).

Процедуры отпускались от аппарата низкочастотной магнитотерапии магнитной индукции 30 ± 9 мТл и частотой акустического диапазона 0,02 – 20 кГц – Магофон-01 (регистрационный № 90/345-107, Россия, г. Елаьма, Рязанская область).

Применение локального воздействия 5% раствора гидролизата плаценты с помощью гальванического тока над проекцией придатков матки с последующим использованием контактным методом магнитоакустического воздействия позволило получить новый результат:

- К концу курса лечения полностью купировался болевой синдром у больных основной группы (таблицы №1 и №2), в то время как у больных контрольной группы имело место только его уменьшение ($p < 0,001$).

- Исчезновение признаков спаечного процесса на УЗИ органов брюшной полости (таблица №3) после курсовой терапии в основной группе,

в то время как в контрольной группе выявлялись признаки сохранения спаечного процесса ($p < 0,001$).

- Санация вагинально-цервикальной области у больных основной группы по сравнению с контролем по данным цитологического исследования (таблица №4)

- Повышение адаптационных резервов организма женщин в целом в основной группе согласно реакции Л. Гаркави по сравнению с контрольной группой: в основной группе реакция определялась как реакция тренировки, в отличие от контроля, где реакция соответствовала острому стрессу

Вербальная рейтинговая шкала у больных двух групп до и после лечения
($\bar{X} \pm \Delta$)

Показатель	До лечения		После лечения	
	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=30)	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=305)
боли				
баллы	3-4	3-4	0	2-3
P			<0,001	>0,05

P – достоверность различия показателя до и после лечения

Таблица №2

Интенсивность боли по ВАШ у больных двух групп до лечения и после лечения ($\bar{X} \pm \Delta$)

Показатель	До лечения		После лечения	
	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=30)	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=30)
боли				
Баллы	4-7	4-7	0	3-4

P			<0,001	>0,05
---	--	--	--------	-------

P – достоверность различия показателя до и после лечения

Таблица №3

Данные УЗИ у женщин основной и контрольной групп до и после лечения

($\bar{X} \pm \Delta$)

Показатель	До лечения		После лечения	
	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=30)	Основная Группа (n=30)	Контрольная Группа (n=30)
визуализация спаек	+	+	-	+
эхогенность	Локально повышена	Локально повышена	Соответствует норме	Локально повышена
Наличие инфильтратов	определяются	определяются	Не определяются	определяются
P			<0,001	>0,05

P – достоверность различия показателя до и после лечения

Таблица №4

Показатели цитологического исследования у женщин основной и контрольной группы до и после лечения($\bar{X} \pm \Delta$)

Область исследования	Вагина Основная группа n=30	Цервикальный Канал Основная группа n=30	Вагина контрольная группа n=30	Цервикальный Канал контрольная группа n=30

результаты	До	после	До	после	До	после	До	после
	Лече ния	лече ния	Лече ния	Лече ния	лече ния	Лече ния	Лече ния	Лече ния
Хламидии	++	-	+++	-	++	+	++	+
Кокки	+++	-	++	-	+++	++	+++	++
Гонококки	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихомонады	-	-	-	-	-	-	-	-
Эпителий	До 10	1-2	До 8	-	До12	До 6	До 9	До7
Лейкоциты	До18	Ед.	До16	ед	До21	До15	До18	До 10
Слизь	+++	-	++	-	+++	++	+++	++
Р		<0,001		<0,001		>0,05		>0,05

Р – достоверность различия показателя до и после лечения

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Показания к применению метода

1. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза у женщин в периоде неполной и полной ремиссии

Общие противопоказания к применению метода:

Общие противопоказания к физиотерапии: все болезни в остром периоде; острые болезни до окончания срока изоляции; заразные, паразитарные болезни кожи, глаз, злокачественные новообразования, болезни крови, амилоидоз внутренних органов, судорожные припадки, патологическое развитие личности, деменция, лейкопения, инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, острые нарушения мозгового кровообращения, активный туберкулез легких, легочно-сердечная недостаточность выше 2 степени, сахарный диабет в стадии декомпенсации, заболевания печени и почек в стадии декомпенсации.

Специфические противопоказания к применению метода:

1. Выраженная гипотония
2. Индивидуальная непереносимость гальванического тока
3. Индивидуальная непереносимость гидролизата плаценты

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

1. Аппарат «Поток-1» (заводской номер 68749, соответствующий техническим условиям ТУ 64-1-1273-75, дата выпуска 08.2011г., производство г. Свердловск, завод ЭМА) и другие аналогичные аппараты);
2. 5% раствор «Гидролизата плаценты» получен из плаценты домашнего скота, разработан коллективом создателей и ученых на базе производственного ООО «Компания Ялма» с последующим лабораторным и клиническим испытанием в центре пластической хирургии и косметологии МЗ России (аттестат № ГСЭН. Ru. ЦОА. 158 Государственный реестр № РОСС RU. 0001.510346. Протокол №46 от 19.09.2003. Сопроводительное письмо от 26.08.2003г. сан.эпид.закл. №77.99.03.915.Д005721.10.01. от 01.10.2001 г. Заключение института пластической хирургии и косметологии МЗ России от 19.09.2003).
3. Аппарат низкочастотной магнитотерапии Магофон-01 магнитной индукцией 30 ± 9 мТл и частотой акустического диапазона 0,02 – 20 кГц (регистрационный № 90/345-107, Россия, г. Елатьма, Рязанская область).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Метод применяется у больных хроническим аднекситом на этапе восстановительной терапии при клинических проявлениях болевого синдрома и воспалительных проявлений у женщин с хронической

гинекологической патологией органов малого таза воспалительного характера.

Критерием эффективности лечения служат показатели клинического состояния больных, вагинально-кольпоскопические цитологические исследования, показатели УЗИ брюшной полости, оценка по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), диагностика типа адаптационной реакции по Л. Гаркави.

Основной комплекс включает:

1. Двигательный режим свободный. Занятия лечебной гимнастикой проводятся в зале малогрупповым или групповым методом в течение 15—20 мин. Используются динамические и статические упражнения для всех групп мышц, суставов, конечностей, туловища, без и с гимнастическими снарядами, у гимнастической стенки; малоподвижные игры, дозированная ходьба. При атонии кишечника применяется массаж живота.

В дальнейшем проводятся регулярные амбулаторные занятия. В занятиях используются общетонизирующие упражнения, упражнения на укрепление мышц брюшного пресса, дозированная ходьба, терренкур, ближний туризм, элементы спортивных игр, ходьба на лыжах.

2. Диета по Певзнеру № 3. Общая характеристика: диета физиологически полноценная, с повышенным введением механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, и сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желудка и поджелудочной железы, веществ, отрицательно влияющих на функциональное состояние печени и органов желчеотделения (продукты, богатые эфирными маслами, холестерином; продукты расщепления жира, получающиеся при жарений, - альдегидов и акролеинов). Кулинарная обработка: пища в неизмельченном виде, приготовленная на пару, отварная; овощи и фрукты - в сыром и

варёном виде. Энергетическая ценность: 2 900-3 300 ккал (12 142-13 816 кДж). Состав: белков 100-120 г, жиров 100-110 г, углеводов 400-450 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 8-10 г. Масса суточного рациона - 3 кг. Режим питания: дробный (5-6 р/сут). Температура пищи: горячих блюд - 57-62 °С, холодных - ниже 15 °С.

3. В качестве физиопроцедур воздействуют физиотерапевтическим фактором: В положении больной лежа на кушетке на спине, раздвоенный электрод 10 x10 см каждый располагают над проекцией придатков: один – справа, другой – слева по передней брюшной стенке. На прокладки электродов наносят 5% раствор гидролизата плаценты и присоединяют к аппарату с «+», другой (индифферентный) электрод размером 10x10 см располагают на крестцовую область сзади и присоединяют к отрицательному полюсу «-». Сила тока до 20 мА. Длительность процедуры – 20 минут, ежедневно, курс №10. Дополнительно сразу после процедуры электрофореза проводят магнитоакустическое воздействие над проекцией придатков справа и слева от аппарата Магофон-01 по 10 минут на поле. Процедуры проводят ежедневно на курс до 10 раз.

Эффективность использования метода

Под наблюдением находились 30 пациентов с диагнозом хронический аднексит в возрасте от 28 до 48 лет, получавших лечение по заявляемому способу, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 30 женщин, того же возраста с аналогичным диагнозом, получавших лечение согласно прототипа.

Всем пациентам проводилось до и после лечения ультразвуковое исследование органов брюшной полости. УЗИ диагностика проводилась на ультразвуковом аппарате Honda HS-2000, укомплектованном

отсутствует (1), легкая (2), дискомфортная (3), раздражающая (4), тяжелая (5), невыносимая (6). Оценкой силы боли служит порядковый номер выбранного определения [Павленко С. С. и соавторами, 2002]. Обе шкалы хорошо сопоставимы друг с другом.

Непосредственная эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: уменьшение брюшных болей (по 10-балльной визуально-аналоговой шкале и 5-балльной вербальной рейтинговой шкале), степени выраженности признаков воспаления и спаечного процесса в органах брюшной полости по данным ультразвукового исследования. Санация цитологического исследования мазков вагинально-цервикального канала. С целью определения переносимости физиопроцедур проводилась диагностика типа адаптационной реакции по Л.Гаркави [Гаркави Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия: Ч. 1./ Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко, А.И. Шихлярова – Екатеринбург, РИА «Филантроп». - 2002, 196 с.].

Полученные результаты показали, что предлагаемый способ имеет выраженный положительный эффект на снижение воспалительного процесса в брюшной полости с адекватной реакцией на лечение предлагаемым методом адаптационных резервов организма пациентов в целом.

Как видно из таблиц №1, №2, №3 и №4 под действием электрофореза раствора «Гидролизата плаценты» с последующим магнитоакустическим воздействием над проекцией придатков матки у больных с хроническим аднекситом ликвидируется воспалительный процесс, saniруется слизистая вагинально-цервикального канала, происходит рассасывание спаек, купируется болевой синдром, что доказывает высокий терапевтический эффект предлагаемого способа.

Получен эффект от применения метода, заключающийся в следующем:

- оказывается выраженный противовоспалительный эффект,

- санируется вагинально-цервикальный канал,
- купируется болевой синдром на фоне обострения хронического аднексита
- предупреждается развитие спаечной болезни
- предотвращаются рецидивы воспалительного характера в придатках матки
- повышаются адаптивные резервы организма

Литература

- 1 Бебуришвили А. Г., Михин И. В., Воробьев А. А., Акинчиц А. Н. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 38—40., 2.
2. Бебуришвили А. Г., Воробьев А. А., Михин И. В., Попова И. С. // Эндоскопическая хирургия — 2003. — № 1. — С. 51—63.,
3. Бебуришвили А. Г., Михин И. В., Воробьев А. А., Акинчиц А. Н. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 38—40.].
4. Воробьев А. А., Чебуришвили А. Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. — Волгоград: Издатель, 2001. — 240 с., .
5. Воробьев М.Г, Пономаренко Г.Н.- Практическое пособие по электромагнитотерапии.-«Гиппократ».-2002.-с.177 – 185].
6. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1989. — 192 с.,
Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.].
7. Гасанова М.А., Омаров О. Комплексное лечение синдрома тазовых алгий при спаечном процессе // Матер. VI Рос. Форума «Мать и дитя», -М.-2004.- с.323-324.

8. Гаркави Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия: Ч. 1./ Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко, А.И. Шихлярова – Екатеринбург, РИА «Филантроп». - 2002, 196 с
9. Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 480 с.
- 10.Диамант И.И. Реабилитация женщин, перенесших оперативное вмешательство на придатках матки, с помощью КВЧ терапии // Материалы Всерос. Научно-практ. Конференции –Саратов.-1999.-с.78-79
- 11.Евсеева М.М. Естественные и преформированные физические факторы в восстановительном лечении женщин с последствиями хронического воспаления органов малого таза: автор. Дис. д.м.н.- М.- 2008.-48.
12. Михин И. В., Бебуришвили А. Г., Гушул А. В..- Лечение болевых форм спаечной болезни брюшной полости лапароскопическим способом.- Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН 2/2010.- с.40-44].
13. Улащик В.С..- Физиотерапия /универсальная медицинская энциклопедия/Книжный дом.-Минск.-2008г.-488-481.с.].
14. Частная физиотерапия: учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 744с.