

C.14–26.

3. Ramachandran, V. S. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function / V. S. Ramachandran, E. L. Altschuler // Brain. – 2009. – Vol. 132. – P. 1693–1710.

4. Арт-терапия – новые горизонты / под ред. А. И. Копытина. – М. : Когито-Центр, 2006. – 336 с.

5. Улащик В. С., Плетнев А. С. Магнитофототерапия: применение аппарата «ФотоСПОК»: метод. пособие //ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси». Минск. – 2009.

ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ЖЕНЩИН

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. Хроническая тазовая боль составляет около 10% патологии, с которой женщины обращаются к гинекологу. Высокая частота, трудности диагностики, отсутствие оптимальных схем патогенетического лечения, а также большое социальное значение этой патологии обусловили введение понятия синдрома хронических тазовых болей (СХТБ). СХТБ определяется как состояние, характеризующееся наличием неспецифической тазовой боли в течение более 6 месяцев с неопределенным началом и отсутствием морфологических изменений органов и тканей, которые могут обусловить болевой синдром той или иной степени выраженности [4].

Отсутствие выявленных локальных патологических изменений гениталий обусловило появление в мировой медицинской литературе таких витиеватых терминов, как «тазовый невроз» (Mengert W. F., 1974), «психосоматический тазовый застой» (Duncan C. H., 1952), «тазовое варикоцеле» (Frangenheim H., 1974) «надрыв широкой связки» (Hartnett L. J. et al., 1970) и даже «универсальный сустав шейки матки» (Allen W. M., Masters W. H., 1955).

Синдром хронических тазовых болей – это полиэтиологическая патология, в патогенезе развития которой

имеют место как центральные, так и периферические нарушения, составляющие так называемый «порочный круг» [4]. Хронический стресс, при котором происходят процессы дезадаптации прежде всего на центральном уровне, наряду с другими нарушениями приводит к дисфункции гипоталамо-гипофизарной, а также к усилению возбуждения ноцицептивной систем. Следствием этого является снижение порога болевой чувствительности и, соответственно, дальнейшее усиление ощущения боли даже при наличии подпороговых раздражителей [3]. Кроме центральных механизмов в патогенезе СХТБ имеют значение застойные явления в малом тазу вследствие нарушения регионального кровообращения, гипоксия тканей, накопление альгогенных веществ и раздражение ноцицепторов, тромбоз вен таза и яичниковых вен. В генезе возникновения болевого синдрома при СХТБ немаловажное значение имеют нарушения обмена простагландинов, увеличение содержания которых вызывает характерную симптоматику [1].

Наличие разных патогенетических звеньев СХТБ обуславливают назначение лекарственных препаратов противовоспалительного, седативного, ноотропного, вазоактивного, антидепрессивного действия, а также адаптогенов, витаминов, иммуномодуляторов. Для этих пациентов не характерно быстрое и радикальное излечение.

В комплексном лечении пациентов значимое место может занимать гирудорефлексотерапия (ГРТ). ГРТ оказывает влияние на разные звенья патогенеза СХТБ. Фармакологический, рефлексогенный, деконгестивный механизм действия ГРТ обеспечивают обезболивающий, седативный, спазмолитический, трофический эффекты, нормализуют микроциркуляцию, снижается коагуляционный потенциал крови, влияют на ноцицептивную систему, оказывают нормализующее действие на гормональное звено. ГРТ может использоваться на фоне базовой медикаментозной терапии [2].

Целью исследования явилось изучение влияния метода ГРТ на течение заболевания.

Методы исследования. У 24 пациентов с СХТБ в возрасте от 23 до 37 лет, с давностью заболевания от 6 месяцев до 3-х лет, была использована ГРТ. Пациенты предъявляли жалобы на

постоянные боли внизу живота и в пояснице, чаще всего тупые, тянущего характера, без четкой локализации, иногда со «жгучим» компонентом, иррадиацией в прямую кишку, верхнюю половину влагалища, внутреннюю поверхность бедер, брюшную полость, грудную клетку. Диспареуния наблюдалась у всех пациентов. У всех женщин отмечались нервно-психические нарушения, проявляющиеся тревожно-депрессивным, ипохондрическим синдромами, выраженной астенизацией. Для контроля за состоянием выраженности болевого синдрома использовалась вербальная описательная шкала оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990) от нуля до десяти.

Для проведения процедур использовались пиявки *Hirudo medicinalis*, произведенные на биофабрике. Процедуры проводились один раз в 2-3 дня. Количество приставок на одну процедуру 6-8 штук. Приставка пиявок осуществлялась в области правого подреберья, зонах крестца, копчика, паховых областей, надлобковой зоне, заушной области. С целью влияния на гипоталамо-гипофизарную и ноцицептивную системы использовались приставки в области задней поверхности шеи, области сосцевидных отростков (заушная зона), угла нижней челюсти. Курс лечения 10-12 процедур. В течение года проводилось 3-4 курса лечения.

Результаты и их обсуждение. После проведения ГРТ интенсивность болевого синдрома уменьшилась в разной степени. У 3 пациентов боль исчезла полностью (0 баллов), у 9 пациентов боль уменьшилась до уровня слабой (2 балла), у 8 пациентов изменилась частота и интенсивность (до 4 баллов), у 3 пациентов были незначительные изменения (до 6 баллов), у одной пациентки болевой синдром практически не уменьшился (7 баллов). Все пациенты отмечали улучшение настроения, сна, работоспособности.

Выводы. Гирудорефлексотерапия оказывает положительное влияние на течение заболевания, может включаться в комплекс восстановительного лечения у пациентов с СХТБ.

Литература:

1. Майоров М. В. Применение НПВС в гинекологической практике // Провизор. – 2001. – № 23. – С. 40–41.
2. Гирудотерапия: Руководство под ред. В.А.Савинова. – М.:

ОАО Издательство «Медицина», 2004. – 432с.

3. Савицкий Г. А., Иванова Р. Д., Щеглов И. Ю., Попов П. А. /Хирургическое лечение синдрома хронических тазовых болей в гинекологической клинике. – С.-Петербург, 2000. – 93 с.

4. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. / Эндокринная гинекология (клинические очерки), часть 1. – Киев, 2003. – 128 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ САНАТОРИЯ «ПОРЕЧЬЕ» ОАО «БЕЛАГРОЗДРАВНИЦА»

Полуянова И.Е.

*Республиканский центр по оздоровлению и санаторно-курортному
лечению населения, Минск*

В современных условиях чрезвычайно возрос интерес к проблеме метаболического синдрома во всех областях клинической медицины, так как компоненты данного комплекса клинико-биохимических нарушений являются факторами риска развития состояний и заболеваний с высокой частотой летальных исходов. К метаболическому синдрому можно отнести все заболевания, при которых имеет место инсулинорезистентность: ожирение, инсулиннезависимый сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время метаболический синдром определен как пандемия XXI века. Распространенность метаболического синдрома составляет 10-40% и зависит от пола, возраста, этнической принадлежности и используемых критериев диагностики, причем его наибольшая встречаемость отмечается в экономически развитых странах. В странах Западной Европы и США распространенность метаболического синдрома составляет в среднем 25-35% [2].

Согласно современным представлениям, обязательным критерием метаболического синдрома является центральный тип ожирения (окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см).

В настоящее время общее число взрослых в мире, страдающих ожирением, по данным различных литературных