

УДК 615.814.1-618.17.173-616.053.6

О.Ю. Киргизова, А.В. Машанская, А.Ю. Москалева

РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Показана высокая эффективность использования методов рефлексотерапии при вегетососудистых и нейроэндокринных нарушениях у девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Проведена оценка влияния рефлексотерапии на гормональный и вегетативный статус.

Ключевые слова: рефлексотерапия, гипоталамический синдром

REFLEXOTHERAPEUTIC CORRECTION OF NEUROHORMONAL METABOLIC DISFUNCTION OF HYPOTHALAMIC SYNDROME OF PUBERTAL PERIOD

O.Yu. Kirgizova, A.V. Mashanskaya, A.Yu. Moskalyova

Scientific Center of Medical Ecology ESSC SB RAMS, Irkutsk

High effectiveness of the methods of reflexotherapy of hypothalamic syndrome of pubertal period was shown. The evaluation of the influence of reflexotherapy on vegetative and hormonal status was done.

Key words: reflexotherapy, hypothalamic syndrome

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) является сложным синдромом, приводящим к бесплодию в репродуктивном возрасте [3]. Ю.И. Строев с соавт. рассматривают его как нейроэндокринный синдром возрастной перестройки организма с дисфункцией гипоталамуса, гипофиза и других эндокринных желез [15]. Особенностью ГСПП является полисиндромность с возможностью доминирования какого-либо одного синдрома [2].

Являясь в большинстве случаев прогностически благоприятным заболеванием, ГСПП может принимать прогрессирующее течение и при отсутствии превентивных и лечебных мероприятий возможны неблагоприятные исходы данного синдрома: развитие стойкой артериальной гипертензии, раннее развитие атеросклероза, прогрессирование гипоталамического ожирения, появление нарушений углеводного обмена [4]. Рост заболеваемости ГСПП обуславливает увеличение частоты нарушений процессов становления репродуктивной системы у девушек [5, 9].

Социальная значимость этой патологии определяется преимущественно молодым возрастом больных и быстро прогрессирующим характером заболевания, которое проявляется многочислен-

ными клиническими симптомами и выраженными метаболическими нарушениями. Известно, что гипоталамические синдромы сопровождаются снижением, а в тяжелых случаях — и утратой трудоспособности, а у лиц детородного возраста — ограничением фертильности [14, 16].

Актуальность проблемы гипоталамических синдромов у подростков определяется не только высокой распространенностью, выраженными метаболическими нарушениями, нарушением репродуктивной функции, но и сложностью терапии. В литературе отсутствует единый взгляд на целесообразность лечения девушек, страдающих ГСПП, ряд авторов считает его «пубертатным эпизодом», по истечении которого якобы возникает полное выздоровление [10]. Е.С. Бондаренко, Д.И. Ширетова предлагают проводить лечение только при тяжело протекающей форме заболевания, но большинство авторов считают лечение обязательным [3, 9, 15].

Цель терапии ГСПП — нормализация функций гипоталамо-гипофизарной системы, а также коррекция гормонально-обменных, вегетативных и гемодинамических нарушений [17]. Известные методы лечения гипоталамического синдрома не всегда позволяют добиться стойкой коррекции гормо-

нально-метаболических нарушений, а при ожирении — стабильного снижения массы тела [16].

В настоящее время применяются различные методы терапии при ГСПП, включающие дегидратационную, рассасывающую терапию, улучшение трофики межучного мозга, витаминотерапию, устранение избыточной массы тела с применением аноректических и мочегонных средств, физические методы лечения. В.А. Малов (1991) предлагает дозированное голодание. В тяжелых случаях используется гормональная терапия и оперативное лечение (клиновидная резекция при вторичной дисфункции яичников).

При всем многообразии методов лечения лишь у 38 % девушек, страдающих ГСПП, после 18 лет регистрируется «излечение» [4]. По данным других авторов, выздоровление наблюдается в 21 % случаев, однако является неполным, т.к. остается скрытая гипоталамо-гипофизарная неполноценность, которая при провоцирующих факторах может вызвать рецидив заболевания [17].

Такой незначительный процент излечения говорит о том, что в терапии больных ГСПП учтены не все патогенетические механизмы развития заболевания. Кроме того, некоторые виды терапии, исходя из механизмов патогенеза ГСПП, применяются неоправданно [10], так, использование гормонов для лечения нарушений менструальной функции не приводит к выздоровлению, т.к. причина кроется в нарушении церебральной функции, а дисфункция органов-мишеней и яичников — вторична. Клиновидная резекция при поликистозе яичников центрального генеза неэффективна. Применение только диеты и физической нагрузки не ликвидирует ожирение при ГСПП, а голодание без патогенетической терапии даже приводит к ухудшению данного синдрома [12].

Все это побуждает искать оптимальные методы лечения данного синдрома, которые радикальным образом будут влиять на ключевые звенья патогенеза гипоталамического синдрома.

Рефлексотерапия, оказывающая опосредованное действие через нейрогуморальные и рефлекторные механизмы, повышает обменные, трофические, иммунологические процессы в организме, способствует восстановлению функций различных органов и все шире применяется в лечебной практике. Широкое применение нашла акупунктура в гинекологической эндокринологии [1, 6, 7]. В литературе имеются данные об использовании акупунктуры для лечения нарушений репродуктивной функции [14].

Одним из важных компонентов терапевтического действия акупунктуры является активизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Акупунктурная стимуляция оказывает активизирующее воздействие на гормоны гипофиза, стимулирующие в свою очередь функцию периферических эндокринных желез — щитовидной, паращитовидной, половых, надпочечников (Kendall, 1989).

С помощью этого метода удастся нормализовать циклическую секрецию фолликулостимулиру-

ющего (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тем самым нормализовать менструальный цикл и устранить бесплодие, корректировать уровень секреции тиреотропина, пролактина при климактерическом и посткастрационном синдроме, нормализовать гормональный статус при гиперандрогении.

Рефлексотерапия позволяет путем строго локального раздражения рецепторов получать закономерные местные сегментарные и общие реакции, способные координировать нарушенное состояние органов и организма в целом. В последние годы совершенствование методов рефлексотерапии и их адаптация к условиям современной медицины позволяет использовать различные виды физиопунктурного воздействия, одним из перспективных методов которого является воздействие на акупунктурные точки электромагнитными волнами миллиметрового диапазона (КВЧ-пунктура).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить терапевтическую эффективность КВЧ-пунктуры в комплексном лечении пациенток с ГСПП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 65 девушек с ГСПП в возрасте от 15 до 18 лет. Средний возраст больных составил 16,8 лет. Критериями включения в исследование являлось отсутствие органической патологии со стороны внутренних органов, наличие признаков ГСПП (избыточная масса тела в пределах 8–15 кг, индекс массы тела — $29 \pm 1,4$), розовые стрии, избыточное оволосение, *acne vulgaris*). Для контроля за эффективностью проводимого лечения всем пациенткам до и после лечения определены концентрации ЛГ, ФСГ, кортизола и пролактина в сыворотке крови. Проведены компьютерная электроэнцефалография и кардиоинтервалография. ЭЭГ-исследование проводилось на современном компьютерном электроэнцефалографе «Энцефалан 131-03». Кардиоинтервалографическое исследование проводилось на 6-канальном электрокардиографе «Fukuda-denshi».

Всем пациенткам проводилось медикаментозное лечение по общепринятой методике (симптоматическая терапия, циклическая витаминотерапия). Больные первой группы (35 человек) дополнительно к медикаментозной терапии получали сеансы КВЧ-пунктуры от аппарата «Стелла-2», снабженного выносным терапевтическим излучателем. Больные второй группы (30 человек) получали только медикаментозное лечение.

КВЧ-терапия проводилась в утренние часы, что совпадает с переходным периодом в суточном ритме активности вегетативной нервной системы к более адекватно резервным возможностям организма. Воздействие электромагнитными полями КВЧ-диапазона осуществлялось на акупунктурные точки. Процедура КВЧ-пунктуры аппаратом «Стелла-2» проводилась в положении больного лежа на спине. Рупор излучателя устанавливался последовательно над следующими акупунктурными

ми точками: T20, T14, VB21, E36. КВЧ-воздействие осуществлялось в шумовом режиме генерации (частота от 59 до 63 ГГц), с экспозицией 4–5 мин. на каждую акупунктурную точку. Курс КВЧ-пунктуры состоял из 10–12 процедур.

У больных первой группы отмечался существенный регресс клинической симптоматики (улучшение общего самочувствия, снижение массы тела, уменьшение астенических проявлений). Положительные сдвиги, выразившиеся в тенденции к снижению уровня кортизола, пролактина, ЛГ и ФСГ в сыворотке крови, были выявлены со стороны функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Так, до лечения средний уровень кортизола у больных первой группы составил 466,7 нМ/л, после лечения – 347,0 нМ/л ($p \leq 0,001$), когда у больных второй группы до лечения – 472,0 нМ/л, после лечения – 452,9 нМ/л ($p \geq 0,1$).

Уровень пролактина у больных первой группы до лечения составлял в среднем 423,4 пЕД/мл, после лечения – 376,5 пЕД/мл ($p = 0,02$). У больных второй группы до лечения – 465,7 пЕД/мл, после лечения – 458,9 пЕД/мл ($p \geq 0,2$).

По данным кардиоинтервалометрии у больных первой группы отмечена стабилизация соотношения симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, уменьшились явления напряжённости адаптационных механизмов. Вегетативная реактивность в первой группе после лечения составила $1,54 \pm 0,49$ у.е., во второй группе – $2,21 \pm 1,1$ ($p \leq 0,00001$). Как известно, вегетативные нарушения при ГСПП носят полиморфный характер. Анализ динамики вегетативных показателей в процессе лечения выявляет тесную связь данного синдрома с динамикой общего состояния больного.

У всех пациенток первой группы отмечалась положительная динамика к окончанию лечения по данным электроэнцефалограммы: увеличение частоты альфа-ритма, регресс медленной пароксизмальной активности, сглаживание межполушарной асимметрии.

У больных второй группы отмечалась нестойкая клиническая ремиссия в момент приема препаратов, не наблюдалось признаков нормализации электрофизиологических показателей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КВЧ-пунктура является неинвазивным, физиологичным и безболезненным методом, который обладает широкими возможностями восстановления функционального равновесия в организме. Примененный нами комплексный подход с ориентацией главным образом на динамику механизмов вегетативного регулирования, тесно связанных с мотивационными процессами в рамках клинического рассмотрения, имеет ряд преимуществ. Он позволяет выявить такие чисто практические аспекты терапии ГСПП, как выбор наиболее эффективного варианта рефлексотерапии, основанного не только на клинических, но и на важных патогенетических аспектах.

Таким образом, методика КВЧ-пунктуры используемая в комплексном лечении пациенток с ГСПП оказывает положительное влияние на вегетативный и гормональный статус, что позволяет рекомендовать включение КВЧ-пунктуры в комплекс лечения пациенток с гипоталамическим синдромом периода полового созревания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура / Л.Г. Агасаров. – М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
2. Артымук Н.В. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин: Обзор / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 4. – С. 3–6.
3. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве / И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинова. – М., 2006. – 415 с.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Ю.А. Гуркин. – СПб.: Фолиант, 2000. – 574 с.
5. Данусевич И.Н. Нарушения овариальной функции у девушек с гипоталамическим синдромом: Дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Данусевич. – Иркутск, 2000. – 151 с.
6. Жаркин А.Ф. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии / А.Ф. Жаркин, Н.А. Жаркин. – Л.: Медицина, 1988. – 160 с.
7. Жаркин А.Ф. Механизм влияния рефлексотерапии при эндокринном бесплодии у женщин / А.Ф. Жаркин, Л.В. Ткаченко // Актуальные проблемы рефлексотерапии и традиционной медицины. – М., 1990. – Ч. 2. – С. 188–189.
8. Зубкова С.М. Биологическое действие электромагнитных излучений оптического и микроволнового диапазона: Автореф. дис. ... докт. биол. наук / С.М. Зубкова. – Обнинск, 1991. – 23 с.
9. Коколина В.Ф. Современные методы диагностики и лечения ювенильного гипоталамического синдрома / В.Ф. Коколина, О.В. Артюкова // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 1996. – № 3. – С. 37–39.
10. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: Руководство для врачей / В.Ф. Коколина. – М.: МИА, 2001. – 287 с.
11. Малов В.А. Немедикаментозные методы лечения гипоталамического синдрома пубертатного периода у девушек: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Малов. – 1991. – 24 с.
12. Ожирение у подростков / Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов, Л.А. Чернова и др. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2003. – 216 с.
13. Самосюк И.З. Акупунктура: Энциклопедия / И.З. Самосюк, В.П. Лысенюк. – Киев – Москва: АСТ Пресс, 2004.
14. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М., 2004. – 524 с.
15. Строев Ю.И. Эндокринология подростков / Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов. – СПб., 2004. – С. 9–54.

16. Сутурина Л.В. Основные патогенетические механизмы и методы коррекции репродуктивных нарушений у больных с гипоталамическими синдромами / Л.В. Сутурина, Л.И. Колесникова. — Новосибирск: Наука, 2001. — 134 с.

17. Терещенко И.В. Роль семьи в лечении и реабилитации больных пубертатно-юношеским диспитуитаризмом / И.В. Терещенко // Проблемы эндокринологии. — 1994. — № 3. — С. 37—39.