

профилактике женских болезней и их применение в современных условиях // АГ-инфо. – 2006. – № 1. – С. 19-23.

3. Евсеева М.М. Физические факторы в восстановительном лечении женщин с тазовыми перитонеальными спайками и ретродевиацией матки // Третий международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация – 2006». – М.: 2006. – С. 54-55.

4. Евсеева М.М., Стругацкий В.М. Применение лечебной грязи во внекурортной терапии хронического воспаления органов таза // Российский конгресс «Генитальные инфекции и патология шейки матки». – М.: 2004. – С. 90-91.

5. Иммуномодулирующие эффекты физических факторов: Пособие для врачей / Гринзайд М.И., Гринзайд Ю.М., Евсеева С.Н., Полушина Н.Д. и др. – Пятигорск. – 1996. – 29 с.

6. Калинин С.В. Физиология грязелечения как частный случай неспецифической адаптации организма // Вопросы курортол. – 2003. – № 4. – С. 52-53.

7. Карагулов Х.Г. Разработка малоотходной технологии лекарственных препаратов пелоидов Тамбуканского озера, их исследование и стандартизация: автореф. дис... к.м.н. – Пятигорск. – 2002. – 21 с.

8. Позднякова Л.И. К вопросу о механизме иммунорегуляторного

эффекта пелоидов // Иммунологические концепции в курортологии: Сборник научных трудов. – Пятигорск: ПНИИК и Ф. – 1987. – С. 30-35.

9. Родин Ю.А., Ушаков А.А. Грязелечение Тамбуканской иловой грязи: Методические рекомендации. – М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. – 2004.

10. Стругацкий В.М., Евсеева М.М. Внекурортное грязелечение в программе восстановительной терапии женщин с хроническим воспалением органов таза // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. Материалы Всероссийского форума «Здравница – 2002». – 2002. – С. 203.

11. Стругацкий В.М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии. – М.: 1981. – С. 15-16.

12. Шаплыгин Л.В., Монаков Д.М., Слободина О.П. Применение препарата Тамбуил-суппозитории в лечении хронического простатита // Воен. мед. журнал. – 2003. – № 9.

13. Шинкаренко А.Л., Миленина Н.Г. Органические вещества лечебных грязей и их роль в механизме действия на организм: Методические рекомендации. – Пятигорск. – 1973.

ИНТЕРФЕРЕНЦТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

ЯРУСТОВСКАЯ О.В., ОРЕХОВА Э.М., АЛИСУЛТАНОВА Л.С., АЙВАЗЯН Т.А., РУБЧЕНКОВА С.А., КОЧЕТКОВ А.В., БОБКОВА А.С.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава», г. Москва, Институт повышения квалификации ФМБА, г. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Проведено обследование и лечение 120 женщин, страдающих типичной формой климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести течения в периоде перименопаузы. Изучено влияние трансцеребрального воздействия интерференционных токов как монофактора и в комплексе с подводным душем-массажем на клиническое течение заболевания, психологический статус, функциональное состояние ЦНС, системы гипофиз-яичники, липидный спектр крови и гемокоагуляционный статус. Установлена более выраженная позитивная динамика комплексной терапии у пациенток с нейровегетативной формой легкой и средней степени тяжести у пациенток в периоде пременопаузы, преимущественно при сохраненной цикличности менструальноподобных реакций.

Ключевые слова: Климактерический синдром, интерференционные токи, подводный душ-массаж, гормональный статус, церебральная гемодинамика, психодиагностическое тестирование.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы изучения клиники и разработка методов терапии больных с климактерическим синдромом (КС) имеют важное медико-социальное значение, что продиктовано частотой патологии (40-60% женщин в периоде перименопаузы), увеличением средней продолжительности жизни, возросшей социальной активностью женщин, а также разнообразием аспектов, определяющих качество жизни женщин этой возрастной группы [5, 8, 12].

Несмотря на отсутствие единого мнения по вопросам развития КС, большинство исследователей ведущее значение придают дисфункции гипоталамических структур, обеспечивающих координацию кардиоваскулярных, температурных сдвигов с эмоционально-поведенческими реакциями разного

типа [8, 21]. Одним из существенных факторов развития КС является и дефицит эстрогенных влияний, что влечет за собой формирование симптомокомплекса, характерного для так называемой болезни “эстрогенного дефицита” [2, 4, 8, 12, 13]. Сложность механизмов патогенеза и разнообразие клинических проявлений определяют трудности терапии больных с КС. В то же время опыт клинических наблюдений и научных исследований убедительно доказал, что терапевтическое вмешательство на относительно ранних этапах климактерического периода благоприятно влияет на качество жизни женщины в последующие годы [12, 4].

По мнению ряда исследователей, одним из основных методов профилактики и коррекции климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия [2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14]. Однако, учитывая наличие отрицательных свойств, присущих фармакологическим препаратам, их дороговизну, противопоказания к гормональной терапии, объясним интерес к разработке методов немедикаментозного лечения больных с КС [1, 16, 19].

Теоретическими предпосылками к использованию нейротропной интерференцтерапии как метода монотерапии, так и в комплексном применении с подводным душем-массажем у изучаемого контингента больных явились результаты проведенных ранее исследований по оценке эффективности применения интерференционных токов по методу электросна при различных заболеваниях, свидетельствующие об активном их влиянии на функциональное состояние ЦНС, подкорковые структуры головного мозга, вегетативный и гормональный дисбаланс [9]. Кроме того, опыт клинического применения гидротерапии при лечении пациенток с КС, а также научные данные свидетельствуют о позитивном влиянии этих процедур на вегетативное обеспечение организма, состояние психоэмоциональной сферы, эндокринный гомеостаз [15]. Все вышеперечисленное

и послужило основанием к включению подводного душа-массажа в лечебный комплекс.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности нейротропной интерференцтерапии как метода монотерапии, так и в комплексном применении с подводным душем-массажем, климактерического синдрома у женщин в перименопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 90 женщин в возрасте от 42 до 58 лет, страдающих типичной формой климактерического синдрома. У большинства – 58 (64,4%) больных – диагностирована нейровегетативная форма КС, у 32 (35%) пациенток преобладали психоэмоциональные нарушения. Легкая степень тяжести КС диагностирована у 60%, средняя – у 40% больных. Значения менопаузального индекса (ММИ) составили $17,4 \pm 1,2$ и $25,2 \pm 0,9$ баллов соответственно.

В периоде пременопаузы находились 48 (53,3%) больных, в постменопаузе – 42 (46,7%) пациентки. К моменту лечения регулярный менструальный цикл был у 20 пациенток, нерегулярный с интервалом в 2-5 месяцев – у 28, у 42 больных – длительность постменопаузы составила $1,7 \pm 0,4$ года.

Все больные были разделены на две сопоставимые по основным клинко-функциональным проявлениям группы. Пациенткам I группы (45 больных) проведено лечение интерференционными токами (ИТ) по методу электросна по лобно-сосцевидной методике. Воздействие интерференционными токами обеспечивалось аппаратом «Стереодинастор-728» с использованием трех пар электродов, позволяющих осуществить интерференцию трех синусоидальных токов при ритмически меняющейся частоте интерференционных токов в диапазоне 0 - 200 Гц в течение 25-30 сек., до ощущения легкой вибрации. Продолжительность одной процедуры – 15 минут. Курс лечения составлял 10-12 ежедневных процедур.

II группу составили 45 пациенток, которым проведено лечение ИТ по аналогичной методике в комплексе с подводным душем-массажем (ПДМ). Процедура проводилась с соблюдением общих правил массажа. Продолжительность одной процедуры подводного душа-массажа – 15-20 минут, давление водной струи – 2,5-3 атм., температура воды – 36°C . Курс лечения составил 10-12 процедур, проводимых ежедневно. Лечение больных обеих групп осуществлялось на фоне симптоматической медикаментозной терапии.

До начала и в конце курса лечения всем больным проведено комплексное обследование. Гормональные исследования включали определение содержания ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона в сыворотке крови. Изучение состояния липидного спектра крови включало определение содержания общего холестерина (ХС), бета-липопротеидов (β -ЛП), триглицеридов (ТГ), альфа-холестерина (α -ХС), коэффициента атерогенности (КА). В динамике наблюдения проводили УЗИ органов малого таза. Состояние нервной системы оценивали, наряду с клинко-неврологическим исследованием, с использованием РЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга. Психологическое обследование проведено с помощью тестов СМОЛ [6] и САН [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основными жалобами больных были частые приливы жара к голове и верхней половине туловища с обильным потоотделением, головная боль. Наряду с жалобами вегетативно-сосудистого характера имел место и комплекс психоэмоциональных нарушений в виде раздражительности, плаксивости, снижения жизненных интересов. В 62% случаев эмоциональные нарушения сочетались с мотивационными расстройствами - нарушением аппетита, снижением либидо, бессонницей. Выявленные нарушения прогрессировали, несмотря на периодическое лечение пациенток препаратами негормонального ряда.

Выявленные при клинической оценке изменения психологического статуса были подтверждены при анализе данных психодиагностического тестирования. Сравнительный анализ психологических особенностей женщин в зависимости от периода перименопаузы выявил более выраженные изменения психологического статуса у женщин в перименопаузе. Усредненный профиль СМОЛ женщин этой подгруппы был в целом выше и отличался от подгруппы женщин в периоде постменопаузы достоверно ($p < 0,05$) более высокими показателями ($61,1 \pm 1,91$ и $56,1 \pm 1,60$) по 1-й шкале, отражающей ипохондрические тенденции, фиксацию внимания на своих ощущениях, и по 9-й шкале ($53,8 \pm 1,90$ и $49,8 \pm 1,48$ Т-баллов соответственно), отражающей уровень активности и настроения. Согласно полученным данным, обследованные женщины в периоде перименопаузы отличаются повышенным вниманием к себе и своим ощущениям, озабоченностью состоянием своего здоровья, обилием и неопределенностью жалоб. В постменопаузе преобладали: снижение активности и настроения, утомляемость, недооценка собственных возможностей. Анализ психологических особенностей выявил у женщин с легким течением КС достоверно более высокие, чем у женщин со средней степенью выраженности синдрома, показатели по шкалам «Самочувствие» ($4,4 \pm 0,20$ и $3,9 \pm 0,22$, $p < 0,05$) и «Настроение» ($4,7 \pm 0,29$ и $4,1 \pm 0,18$ баллов соответственно, $p < 0,05$) теста САН, а также более низкие показатели по 1-й ($55,8 \pm 1,92$ и $59,4 \pm 1,64$, $p < 0,05$) и 2-й ($53,1 \pm 2,01$ и $58,6 \pm 1,83$ Т-баллов, $p < 0,05$) шкалам СМОЛ. Тем самым, степень выраженности КС взаимосвязана с наличием ипохондрических особенностей, тревожных расстройств и негативным восприятием женщинами своего состояния.

По данным УЗДГ сосудов головного мозга, были выявлены следующие особенности церебральной гемодинамики: стенозы в бассейнах сонных артерий у 9 (10%), стенозы в бассейнах позвоночных артерий у 18 (20%), дефицит кровообращения в бассейнах сонных артерий со смещением линейной скорости кровотока (ЛСК) на 30% у 27 (30%) больных. Дефицит кровообращения в бассейнах позвоночных артерий отмечен у 29 (32,2%) пациенток, признаки венозной дисциркуляции в вертебробазилярной системе у 42 (46,7%), склонность к ангиоспастическим реакциям у 44 (48,9%) больных. Данные РЭГ свидетельствовали об увеличении периферического сосудистого сопротивления и явлениях затруднения оттока венозной крови. Характерным признаком сочетанных психовегетативных и цереброваскулярных нарушений была лекарственная толерантность на фоне полипрагмазии, что и обуславливает целесо-

образность разработки методов немедикаментозной коррекции.

Характеризуя исходный гормональный статус больных, следует отметить следующее. При значительной вариабельности индивидуальных концентраций эстрадиола в сыворотке крови его уровень был снижен как у больных в пре-, так и в постменопаузе, составив $134,68 \pm 19,4$ и $49,9 \pm 4,3$ пмоль/л соответственно. Уровни прогестерона характеризовались резким снижением у всех наблюдаемых; его значения у пациенток в пременопаузе составили в среднем $2,2 \pm 0,003$ нмоль/л, в постменопаузе – $0,48 \pm 0,001$ нмоль/л. Следует отметить, что у пациенток в постменопаузе концентрации эстрадиола и прогестерона были достоверно ($p < 0,001$ и $p < 0,05$ соответственно) ниже уровней этих гормонов у пациенток в пременопаузе.

Анализ секреции гонадотропных гормонов выявил наличие высоких значений ЛГ и ФСГ в сыворотке крови у наблюдаемых женщин. Соотношение ЛГ/ФСГ у всех обследованных больных было ниже 1,0, что свидетельствовало о выраженном эстрогенном дефиците. Концентрации пролактина не превышали физиологических значений, составив в среднем $9,8 \pm 0,7$ и $7,37 \pm 0,3$ мкг/л в пре- и постменопаузе соответственно. Уровень тестостерона у всех больных соответствовал показателям нормы и колебался в диапазоне от 0,13 до 3,82 нмоль/л.

Патология щитовидной железы и молочных желез была исключена у всех пациенток на основании данных специальных методов исследования.

При оценке параметров липидного спектра крови различные варианты его нарушения были обнаружены у 60% женщин. Чаще всего регистрировался II-а (45%) тип и в 15% случаев – I тип гиперлипидемий. Следует отметить, что у 40% обследованных больных уровни изучаемых показателей соответствовали значениям нормы.

Оценивая динамику клинических проявлений, следует отметить преимущество комплексной терапии: 84% пациенток с нейровегетативной формой КС легкой степени и 61% средней степени тяжести отметили купирование основных симптомов во II-й, 78% и 56% в I-й группах соответственно. Купирование психоэмоциональных проявлений отмечено у 39% пациенток в I-й и 45% - II-й групп.

Данные менопаузального индекса характеризовались достоверным снижением его значений в I-й группе с $11,2 \pm 0,5$ до $7,9 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$) при легкой и с $27,8 \pm 2,2$ до $25,4 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) при средней степени тяжести КС, во II-й группе с $18,4 \pm 0,56$ до $5,7 \pm 0,8$ ($p < 0,001$) и с $25,7 \pm 0,3$ до $17,6 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,001$) соответственно.

После курса лечения отмечался регресс церебральных проявлений: уменьшение раздражительности и утомляемости, улучшение функции краткосрочной памяти и позитивные сдвиги в цикле «сон-бодрствование» (увеличение общей длительности, улучшение качества сна, снижение частоты ночных пробуждений и др.). В I-й группе этот показатель составил 57%, во II-й – 73%.

Объективизацией динамики клинических проявлений явились результаты психодиагностики, свидетельствующие о более выраженном положительном влиянии комплексного лечения на психологический статус больных. При легком течении КС у 30% паци-

ентов в I-й и 84% во II-й групп имело место повышение показателей по всем шкалам САН: «Самочувствие» с $4,5 \pm 0,2$ до $4,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) и с $4,4 \pm 0,17$ до $4,8 \pm 0,16$ ($p < 0,05$) баллов, «Активность» с $4,8 \pm 0,2$ до $5,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) и с $4,72 \pm 0,18$ до $5,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), «Настроение» с $4,8 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) и с $4,7 \pm 0,1$ до $4,8 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) баллов соответственно. В то же время при средней степени тяжести КС достоверные изменения касались 20% наблюдаемых в I-й и 61% - во II-й группах и характеризовались позитивной динамикой значений по шкалам «Самочувствие» (с $4,2 \pm 0,17$ до $4,7 \pm 0,16$, $p < 0,05$) и с $3,9 \pm 0,22$ до $4,8 \pm 0,3$, $p < 0,05$), «Активность» (с $4,4 \pm 0,18$ до $4,9 \pm 0,2$ $p < 0,05$ и с $4,1 \pm 0,18$ до $4,9 \pm 0,1$, $p < 0,05$), «Настроение» (с $4,2 \pm 0,16$ до $4,9 \pm 0,22$, $p < 0,05$ и с $4,1 \pm 0,1$ до $5,1 \pm 0,2$, $p < 0,05$ баллов соответственно).

Анализ результатов теста СМОЛ больных I-й группы выявил отсутствие динамики по 1-й шкале ($57,8 \pm 1,4$ до $55,4 \pm 1,43$ ($p > 0,05$); у 25% наблюдаемых – достоверное снижение по 7-й шкале с $54,1 \pm 1,5$ до $49,0 \pm 1,72$ Т-баллов ($p < 0,05$). При комплексной терапии в целом по группе отмечается некоторое снижение показателей по 1-й шкале (ипохондрия) от $57,2 \pm 1,41$ до $55,9 \pm 1,44$ ($p < 0,1$) и у 80% - достоверное снижение показателей по 7-й шкале (психастения) с $54,2 \pm 1,51$ до $49,2 \pm 1,7$ ($p < 0,05$) баллов.

Таким образом, результаты психологического тестирования свидетельствуют о более выраженном положительном влиянии комплексного лечения на психологический статус больных в основном за счет уменьшения напряженности, тревоги, повышения активности, настроения и стрессоустойчивости.

По данным УЗДГ, у 37 (82,2%) больных I-й и 39 (86,7%) - II-й групп отмечалось улучшение показателей церебральной гемодинамики за счет достоверного уменьшения явления артериоспазма ($p < 0,05$) и венозной дисциркуляции ($p < 0,05$); наличие признаков развития коллатерального кровообращения в бассейнах сонных артерий и тенденций к формированию адекватных реакций на функциональные пробы, уменьшение или исчезновение венозной дисциркуляции в вертебробазилярной системе.

Анализ данных РЭГ в динамике выявил преимущественно позитивные реакции со стороны ЦНС на проводимую терапию у 60% больных в I-й и у 70% - во II-й группах, в большей степени проявившиеся в виде снижения общего периферического сопротивления, регресса дефицита кровенаполнения церебральных сосудов, уменьшения явлений ангиоспазма на уровне сосудов среднего и мелкого калибра, дистонии сосудов, нормализации оттока венозной крови, уменьшения венозного застоя.

Таким образом, результаты УЗДГ и РЭГ-исследований выявили преимущества комплексного лечения по сравнению с интерференционными токами, применяемыми в качестве монофактора, во влиянии на состояние церебральной гемодинамики.

По окончании лечения выявлено положительное влияние проведенной терапии на состояние гормонального статуса у 21 (46,7%) больных I-й и 30 (66,7%) - II-й групп. Следует отметить, что улучшение деятельности гипоталамо-гипофизарного комплекса наблюдалось у пациенток преимущественно в периоде пременопаузы при сохраненном ритме менструаций. Это характеризовалось тем, что под

влиянием интерференцтерапии выявлено достоверное снижение концентрации ЛГ с $49,5 \pm 2,8$ до $35,3 \pm 2,5$ ед/л ($p < 0,05$) и ФСГ с $121,2 \pm 19,4$ до $76,8 \pm 5,3$ ед/л ($p < 0,01$) у пациенток в пременопаузе. При этом содержание ЛГ и ФСГ в постменопаузе значимых изменений не претерпевало ($p > 0,05$). Индекс ЛГ/ФСГ у всех больных оставался ниже 1,0. Включение в комплексную терапию подводного душа-массажа повышает процент позитивных изменений до 67%. Индекс ЛГ/ФСГ стремился к 1,0.

Под влиянием интерференцтерапии позитивные изменения эстроген-прогестероновых соотношений характеризовались повышением уровней эстрадиола с $115,3 \pm 8,4$ до $204,5 \pm 10,3$ пмоль/л ($p < 0,05$) и прогестерона с $1,9 \pm 0,002$ до $3,9 \pm 0,001$ нмоль/л ($p < 0,05$) у пациенток в пременопаузе. В постменопаузе их концентрация не менялась ($p > 0,05$). В группе комплексной терапии динамика изучаемых показателей характеризовалась достоверным повышением уровней эстрадиола и прогестерона у пациенток в пременопаузе с $118,4 \pm 8,2$ до $206,3 \pm 7,7$ пмоль/л ($p < 0,01$) и с $1,87 \pm 0,002$ до $3,7 \pm 0,001$ нмоль/л ($p < 0,05$) соответственно. При этом у женщин в постменопаузе содержание эстрадиола и прогестерона значимых изменений не претерпевало ($p > 0,05$).

Следует отметить, что проводимая терапия способствует более полной коррекции гормонального статуса преимущественно у пациенток в пременопаузе с сохраненным ритмом менструаций. Исходно нормальные уровни пролактина, кортизола и тестостерона независимо от применяемого лечения оставались в пределах нормативных показателей.

Динамика менструальной функции характеризовалась следующим. У пациенток с сохраненным ритмом менструальноподобных реакций они оставались регулярными в 100% случаев. При их нерегулярном ритме в пременопаузе наблюдалось укорочение межменструального периода с 4-5 до 2-3 месяцев у 11 (24,4%) больных I-й и 16 (35,5 %) - II-й групп. У больных, находившихся в постменопаузе, в период оценки отдаленных результатов лечения (до 12 месяцев) возобновления менструальноподобных кровотечений не выявлено ни в одном из случаев.

Данные УЗ-исследований органов малого таза свидетельствуют об отсутствии отрицательной динамики в состоянии органов женской половой сферы.

Проведенное курсовое лечение интерференционными токами у подавляющего большинства больных с КС оказало благоприятное воздействие на липидный спектр крови, более выраженное у больных II-й группы. Позитивные изменения липидного обмена в I-й группе характеризовались следующим. У больных с I типом гиперхолестеринемии наблюдалось преимущественное снижение уровня общего ХС с $6,7 \pm 0,06$ до $5,4 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,05$) и β -ЛП с $4,2 \pm 0,08$ до $2,65 \pm 0,05$ г/л ($p < 0,05$) у 45% женщин. Концентрации ТГ в целом по группе имели достоверную тенденцию к снижению, у трети пациенток снижались до верхней границы нормы и составили $1,87 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,05$).

При II-а типе гиперлипидемии позитивная динамика уровня общего ХС отмечалась у 35,5% больных с легкой степенью гиперхолестеринемии при изменении его значений с $5,95 \pm 0,07$ до $4,2 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень α -ХС достоверно повысился с $0,7 \pm 0,04$ до $1,6 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень β -ЛП

и показатель атерогенности оставались повышенными. Концентрация ТГ оставалась в пределах нормативных значений. При умеренной степени гиперхолестеринемии значимых изменений не выявлено.

Позитивные изменения липидного спектра в группе комплексной терапии были более выраженными. У больных с I типом гиперлипидемии наблюдалось снижение уровня общего ХС с $7,12 \pm 0,06$ до $5,8 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$), концентрация ТГ имела тенденцию к снижению в целом по группе, а у 50% пациенток достоверно снижалась до верхней границы нормы. Значения β -ЛП у этих больных оставались в пределах нормы.

У больных со II-а типом гиперлипидемии значимые изменения уровня общего ХС отмечались у 60% при легкой степени гиперхолестеринемии (снижение с $5,37 \pm 0,07$ до $4,02 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,05$). Значения β -ЛП снизились у 75% пациенток с $8,12 \pm 0,01$ до $5,8 \pm 0,09$ г/л ($p < 0,05$). При умеренной степени гиперхолестеринемии значимых изменений концентрации общего ХС не выявлено. Содержание ТГ в крови снижалось у 60% больных с $2,06 \pm 0,1$ до $1,0 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,05$), уровень β -ЛП у 53% с $8,7 \pm 0,2$ до $5,84 \pm 0,06$ г/л ($p < 0,05$). Повышение α -ХС отмечено у 60% пациенток от $0,8 \pm 0,007$ до $1,52 \pm 0,003$ ммоль/л ($p < 0,001$), коэффициент атерогенности снизился до верхней границы нормы у 53% женщин (с $3,22 \pm 0,2$ до $2,83 \pm 0,009$, $p < 0,05$).

На основании полученных данных о влиянии трансцеребральной интерференцтерапии на липидный спектр крови у больных с КС, можно сделать заключение, что применение данного физического фактора вызывает различной степени улучшения липидного спектра крови у пациенток как с I, так и II-а типом гиперлипидемии, с наиболее выраженными изменениями при комплексном воздействии с подводным душем-массажем.

Совокупная оценка непосредственных результатов лечения свидетельствует о более выраженном клиническом эффекте комплексной терапии у больных с нейровегетативной формой и легким течением КС в перименопаузе. Так, по окончании лечения у больных с легкой степенью тяжести КС позитивная динамика наблюдалась у 78% больных во II-й группе и 71% – в I-й. При средней степени тяжести КС этот показатель составил соответственно 59 и 52%. В то же время у больных с преобладанием психоэмоциональных нарушений эффективность лечения составила 56% больных во II-й и 45% – в I-й группах.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 67 пациенток. Установлено, что сохранение достигнутых результатов отмечено у 24% больных I-й и 43% – у II-й групп при сроке наблюдения 3 месяца с дальнейшим снижением этого показателя до 12 и 39% соответственно при сроке наблюдения 6 месяцев.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили выявить ряд позитивных эффектов нейротропной интерференцтерапии во влиянии на различные звенья патогенеза изучаемой патологии. Свидетельством благоприятных изменений функционального состояния центральных и периферических звеньев репродуктивной системы является положительная динамика кровоснабжения головного мозга. Комплекс позитивных изменений нейродинамики, в свою очередь, определил улучшение функционального состояния гипоталамо-ги-

пофизарного комплекса, что проявилось уравниванием соотношений гонадотропинов и улучшением взаимоотношений в репродуктивной системе. Важным моментом в реализации терапевтического эффекта являются улучшение гормональной функции яичников, восстановление эстроген-прогестероновых соотношений преимущественно у больных в периоде менопаузы при сохраненном ритме менструаций, а также корректирующее влияние проводимого лечения на показатели липидного обмена.

Включение в лечебный комплекс подводного душа-массажа пролонгирует и потенцирует вышеуказанные эффекты интерференцтерапии, повышая эффективность лечения на 20%, способствуя сохранению достигнутых результатов у 39% больных в течение 6 месяцев после окончания лечения.

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание расценивать изучаемые методики как патогенетически обоснованные и эффективные в коррекции психоэмоционального синдрома у женщин с КС легкой и средней степени тяжести, что расширяет арсенал средств немедикаментозной терапии на различных этапах лечебно-оздоровительных мероприятий у изучаемого контингента больных.

ВЫВОДЫ

1. Нейротропная интерференцтерапия больных с климактерическим синдромом:

- способствует регрессу клинических проявлений заболевания при нейровегетативной форме КС легкой и средней степени тяжести у 71 и 52% больных соответственно; при преобладании психоэмоционального компонента – у 39%;

- оказывает позитивное влияние на состояние церебральной гемодинамики у 82,2% больных; преимущественные механизмы: уменьшение явлений артериоспазма, венозной дисциркуляции, развитие коллатерального кровообращения в бассейнах сонных артерий, уменьшение венозной дисциркуляции в вертебробазиллярной системе;

- оказывает позитивное влияние на состояние психоэмоциональной сферы у 46% больных, способствуя ослаблению эмоциональной напряженности, уменьшению беспокойства, тревоги, повышению адаптивных возможностей;

- не усугубляет исходных нарушений эндокринного гомеостаза и липидного статуса.

2. Комплексная терапия с применением нейротропной интерференцтерапии и подводного душа-массажа больных с климактерическим синдромом:

- способствует регрессу клинических проявлений заболевания при нейровегетативной форме КС легкой и средней степени тяжести у 78 и 59% больных соответственно, при преобладании психоэмоционального компонента – у 45%;

- оказывает позитивное влияние на состояние церебральной гемодинамики у 86,7% больных; преимущественные механизмы: уменьшение явлений артериоспазма, венозной дисциркуляции, развитие коллатерального кровообращения в бассейнах сонных артерий, уменьшение венозной дисциркуляции в вертебробазиллярной системе;

- оказывает позитивное влияние на состояние психоэмоциональной сферы у 51% больных, способствуя ослаблению эмоциональной напряженности,

уменьшению беспокойства, тревоги, повышению адаптивных возможностей;

- не усугубляет исходных нарушений эндокринного гомеостаза и липидного статуса;

- включение в лечебный комплекс подводного душа-массажа способствует более быстрому достижению лечебного эффекта и более длительному (5-6 месяцев) сохранению достигнутых результатов.

Сведения об авторах: Ярустовская О.В., д.м.н., профессор, руководитель отдела гинекологических заболеваний ФГУ РНЦВМиК, г. Москва, Россия;

Орехова Э.М., д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела физиотерапии ФГУ РНЦВМиК, г. Москва, Россия;

Алисултанова Л.С., к.м.н., старший научный сотрудник отдела гинекологических заболеваний ФГУ РНЦВМиК, г. Москва, Россия;

Айвазян Т.А., д.м.н., профессор, руководитель лаборатории психокоррекции и психотерапии, г. Москва, Россия;

Рубченкова С.А., младший научный сотрудник отдела гинекологических заболеваний ФГУ РНЦВМиК, г. Москва, Россия, тел. 8-495-109-44-88;

Кочетков А.В., д.м.н., заведующий кафедрой восстановительной медицины института повышения квалификации ФМБА, г. Москва, Россия;

Бобкова А.С., к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории лучевой диагностики ФГУ РНЦВМиК, г. Москва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин С.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2002. – № 3. – С. 46-51.
2. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практик. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 496 с.
3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. // Вопр. психологии. – 1973. – № 6. – С. 141-144.
4. Дьяконова А.А. // Климактерий и постменопауза. – 2000. – № 3. – С. 18-19.
5. Зайдилова Я.З. // Гинекология. – 2003. – Том 5. – № 1. – С. 10-15.
6. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Акт. вопр. восстановительной медицины. – 2004. – № 2. – С. 17-19.
7. Кулаков В.И. // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 6-9.
8. Медицина климактерия / Под редакцией В.П.Сметник. – Ярославль: ООО «Издательство Литера», 2006. – 848 с.
9. Орехова Э.М., Данилова И.Н., Петрова Н.О. и др. Влияние различных импульсных токов на состояние мозговой гемодинамики больных гипертонической болезнью. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 1991. – № 1. – С. 27-29.
10. Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю., Соболевская А.А., Власова И.С. // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 4. – С. 54-55.
11. Руководство по климактерию / Под ред. Кулакова В.И., Сметник В.П. – М., – 2001. – 686 с.
12. Руководство по эндокринной гинекологии / Под редакцией Вихляевой Е.М. – М., – 2002. – 767 с.
13. Сметник В.П. // Климактерий. – 2003. – № 1. – С. 3-7.
14. Сметник В.П. // Врач. – 2002. – № 8. – С. 19-21.
15. Ушакова О.Е. Применение гидротерапии при олигоменорее и вторичной аменорее у женщин репродуктивного возраста: автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. – М., 2003. – 28 с.
16. Фотеева Т.С. // Новые технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии (эфферентные и квантовые методы терапии). – М., 2002. – С. 61-66.
17. Шестакова Г.И. // Климактерий и постменопауза. – 2000. – № 3. – С. 22-24.
18. N.Acs, Z.Vajo, G. Siklosi, F. Paulin et al. // J.Gynecological Endocrinology. – 2002. – Vol. 16. – № 4. – P. 335-346.
19. Bjorn I., Backstrom T. // Maturitas. – 1999. – № 32(2). – P. 77-86.
20. Steiner M., Dunn E., Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond // J.Affect Disord. – 2003. – V. 74. – P. 67-83.
21. Wuttke W., Jarry H., Heiden I., Seidlova-Wuttke D. Effects // Maturitas. – 2000. – Vol. 35. – № 1 (Suppl). – P. 34.