

РЕЗЮМЕ

Ключевые слова: психокоррекция, психорелаксационная терапия, дыхательно-релаксационный тренинг, предикторы эффективности, синдром хронической тазовой боли, салпингоофорит

С помощью тестов СМОЛ, САН, ВАШ и МРQ обследовано 60 женщин с синдромом хронической тазовой боли. Сравнивалась динамика статуса 30 больных, которым проводилась психотерапия в форме дыхательно-релаксационного тренинга, и 30 пациенток, которым психотерапия не проводилась. Выявлено, что дыхательно-релаксационный тренинг приводит к достоверному уменьшению интенсивности болевых ощущений, что обусловлено улучшением психологического статуса больных, появляющимся в уменьшении тревожности, напряженности, повышении психологической стрессоустойчивости.

Применение метода психокоррекции наиболее эффективно у пациенток с повышенным уровнем тревоги и менее эффективно у больных, характеризующихся истерическими особенностями, импульсивностью и склонностью к фиксации внимания на своих ощущениях.

Высокую эффективность лечения с использованием преформированных физических факторов можно прогнозировать у пациенток без психопатологических изменений.

THE POTENTIAL OF PSYCHORELAXATION THERAPY IN THE PATIENTS PRESENTING WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS AND CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

Aivazyan T.A., Zaitsev V.P., Yarustovskaya O.V.

Key words: psychological correction, psychorelaxation therapy, respiratory relaxation training, predictors of efficacy, chronic pelvic pain syndrome, salpingoophoritis

A modified MMPI questionnaire (SMOL), well-being/activity/mood test, visual-analogue scale (VAS), and multidimensional personality questionnaire (MPQ) were employed to examine 60 women presenting with chronic salpingoophoritis and chronic pelvic pain syndrome. We compared dynamics of the clinical conditions of 30 patients undergoing psychotherapy in the form of respiratory relaxation training and 30 women given no such psychotherapy. It was shown that the respiratory relaxation training significantly decreased the intensity of painful sensation due to the improved psychological status of the patients that manifested itself as the reduced level of anxiety and tension in conjunction with the enhanced resistance to psychological stress. The psychotherapeutic modalities used in the present study were especially effective in the patients showing high level of anxiety and less efficacious in those characterized by hysterical fits, impulsiveness, and predisposition to fixing attention on their own feelings. It is concluded that the especially high efficacy of the treatment with the application of preformed physical factors can be expected in the patients having no psychopathological manifestations.

© С. А. РУБЧЕНКОВА, О. В. ЯРУСТОВСКАЯ, 2012

УДК 615.844.015.2:615.838].03:618.173

Интерференционные токи и подводный душ-массаж в коррекции климактерических расстройств у женщин в периоде перименопаузы

С. А. Рубченкова, О. В. Ярустовская

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Вопросы диагностики и терапии климактерических расстройств, несмотря на определенные успехи, продолжают оставаться актуальной проблемой гинекологии, учитывая их развитие у 48–60% женщин в периоде перименопаузы [4, 7, 10].

Несмотря на отсутствие единого мнения по вопросам развития климактерического синдрома (КС), большинство исследователей ведущее значение придают дисфункции гипоталамических структур, обеспечивающих координацию кардиоваскулярных, температурных сдвигов с эмоционально-поведенческими реакциями разного типа [7, 16]. Одним из существенных факторов развития КС является и дефицит эстрогенных влияний, что влечет за собой формирование симптомокомплекса, характерного для так называемой болезни эстроген-

ного дефицита [2, 7, 9, 10]. Сложность механизмов патогенеза и разнообразие клинических проявлений определяют трудности терапии больных с ЕС. 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 [10].

По мнению ряда исследователей, одним из основных методов профилактики и коррекции климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия [2, 4, 6, 7, 13]. 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, 12].

Теоретическими предпосылками к использованию нейротропной интерференцтерапии как метода монотерапии, так и в комплексном применении с

Ярустовская Ольга Викторовна, д-р мед. наук, проф. каф. физиотерапии; e-mail: yarusolga@yandex.ru

подводным душем-массажем (ПДМ) у изучаемого контингента больных явились результаты проведенных ранее исследований по оценке эффективности применения интерференционных токов (ИТ) по методу электросна при различных заболеваниях, свидетельствующие об активном их влиянии на функциональное состояние ЦНС, подкорковые структуры головного мозга, вегетативный и гормональный дисбаланс [8, 14]. Кроме того, опыт клинического применения гидротерапии при лечении пациенток с КС, а также научные данные свидетельствуют о позитивном влиянии данного фактора на вегетативное обеспечение организма, состояние психоэмоциональной сферы, эндокринный гомеостаз [11]. 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 для лечения КС у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 90 женщин в возрасте от 42 до 58 лет, страдающих типичной формой КС. У большинства – 58 (64,4%) больных диагностирована нейровегетативная форма КС, у 32 (35,6%) пациенток преобладали психоэмоциональные нарушения. Легкая степень тяжести КС диагностирована у 60%, средняя – у 40% больных. Значения модифицированного менопаузального индекса составили $17,4 \pm 1,2$ и $25,2 \pm 0,9$ балла соответственно.

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

Все больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным клинико-функциональным характеристикам. Пациенткам 1-й группы (45 больных) проведено лечение ИТ по методу электросна по лобно-сосцевидной методике. Воздействие ИТ осуществляли аппаратом Стереодинастор-728 с использованием трех пар электродов, позволяющих осуществить интерференцию трех синусоидальных токов при ритмически меняющейся частоте в диапазоне 0–200 Гц в течение 25–30 с до ощущения легкой вибрации. Продолжительность одной процедуры 15 мин. Курс лечения составлял 10–12 ежедневных процедур.

2-ю группу составили 45 пациенток, которым проведено лечение ИТ по аналогичной методике в комплексе с ПДМ. Продолжительность одной процедуры ПДМ 15–20 мин, 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), β -липопротеинов (β -ЛП), триглицеридов (ТГ), α -холестерина (α -ХС), коэффициента атерогенности (КА). В динамике наблюдения проводили УЗИ органов малого таза. Состояние церебральной гемодинамики оценивали по данным РЭГ и УЗДГ сосудов головного мозга. Психологическое обследование проведено с помощью тестов СМОЛ и САН [3, 5].

Результаты 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 повышенной 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 данными психодиагностического тестирования. Сравнительный анализ психологических особенностей пациенток в зависимости от периода перименопаузы выявил более выраженные изменения психологического статуса у женщин в перименопаузе. Усредненный профиль СМОЛ пациенток этой группы был в целом выше и отличался от такового в подгруппе женщин в периоде постменопаузы достоверно ($p < 0,05$) более высокими показателями ($61,1 \pm 1,91$ и $56,1 \pm 1,60$ Т-балла) 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-балла соответственно), отражающей уровень активности и настроения. Согласно полученным данным, обследованные женщины в периоде пременопаузы 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" ($4,4 \pm 0,2$ и $3,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$) и "Настроение" ($4,7 \pm 0,2$ и $4,1 \pm 0,1$ балла соответственно; $p < 0,05$) теста САН, а также более низкие показатели по 1-й ($55,8 \pm 1,9$ и $59,4 \pm 1,6$; $p < 0,05$) и 2-й ($53,1 \pm 2,0$ и $58,6 \pm 1,8$ Т-балла; $p < 0,05$) шкалам СМОЛ.

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 снижением линейной скорости кровотока на 30% у 27 (30%) больных. Дефицит кровообращения в бассейнах позвоночных артерий отмечен у 29 (32,3%) пациенток, признаки венозной дисциркуляции в вертебробазиллярной 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 психоэмоциональных и цереброваскулярных нарушений была лекарственная толерантность на фоне полипрагмазии, что и обуславливает целесообразность 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 у больных как в пре-, так и в постменопаузе, составив $134,6 \pm 19,4$ 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 ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ 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 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 Па (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. Во 2-й группе 84% пациенток с нейровегетативной формой КС легкой степени и 61% – средней степени тяжести отмечали купирование основных симптомов. Эффективность лечения в 1-й группе была ниже и составила 78 и 45% соответственно. Купирование психоэмоциональных проявлений отмечено у 39% пациенток 1-й и 45% – 2-й группы.

Данные менопаузального индекса характеризовались достоверным снижением его значений в 1-й группе с $11,2 \pm 0,5$ до $7,9 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$) при

легкой степени и с $27,8 \pm 2,2$ до $25,4 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) при средней степени тяжести КС, во 2-й группе с $18,4 \pm 0,56$ до $5,7 \pm 0,8$ балла ($p < 0,001$) и с $25,7 \pm 0,3$ до $17,6 \pm 0,6$ балла ($p < 0,001$) 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, качества сна, снижение частоты ночных пробуждений и др.). В 1-й группе этот показатель составил 57%, во 2-й – 73%.

Объективизацией динамики клинических проявлений явились результаты психодиагностики, свидетельствующие о более выраженном положительном влиянии комплексного лечения на состояние психоэмоциональной сферы больных. При легком течении КС у 30% пациенток 1-й группы и 84% 2-й группы имело место повышение показателей по всем шкалам САН: “Самочувствие” с $4,5 \pm 0,2$ до $4,9 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$) и с $4,4 \pm 0,17$ до $4,8 \pm 0,16$ балла ($p < 0,05$), “Активность” с $4,8 \pm 0,2$ до $5,5 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$) и с $4,72 \pm 0,18$ до $5,3 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$), “Настроение” с $4,8 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) и с $4,7 \pm 0,1$ до $4,8 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$) соответственно. В то же время при средней степени тяжести КС достоверные изменения выявлены у 20% обследованных 1-й группы и 61% 2-й группы и характеризовались позитивной динамикой значений по шкалам “Самочувствие” (с $4,2 \pm 0,1$ до $4,7 \pm 0,1$ балла; $p < 0,05$) и с $3,9 \pm 0,2$ до $4,8 \pm 0,3$ балла; $p < 0,05$), “Активность” (с $4,4 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,2$ балла; $p < 0,05$) и с $4,1 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,1$ балла; $p < 0,05$), “Настроение” (с $4,2 \pm 0,1$ до $4,9 \pm 0,2$ балла; $p < 0,05$) и с $4,1 \pm 0,1$ до $5,1 \pm 0,2$ балла; $p < 0,05$ соответственно).

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

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 1-й группы и 39 (86,7%) – 2-й группы выявлено улучшение показателей церебральной гемодинамики за счет достоверного уменьшения явлений 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 вертебробазиллярной системе.

Анализ данных РЭГ в динамике выявил преимущественно позитивные реакции со стороны ЦНС на проводимую терапию у 60% больных 1-й группы и у 70% – 2-й группы, 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 во влиянии на состояние церебральной гемодинамики по сравнению с ИТ, применяемыми в качестве монофактора.

По окончании лечения выявлено положительное влияние проведенной терапии на состояние гормонального статуса у 21 (46,7%) больной 1-й группы и 30 (66,7%) – 2-й группы. Следует отметить, что улучшение деятельности гипоталамо-гипофизарного комплекса наблюдалось у пациенток преимущественно в периоде пременопаузы при сохраненном ритме менструаций. Это характеризовалось следующим. Под влиянием интерференттерапии 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 ПДМ увеличивает процент позитивных изменений до 66,7%. Изменения концентраций гонадотропных гормонов характеризовались достоверным снижением уровней ЛГ (с $48,7 \pm 2,6$ до $44,9 \pm 2,9$ ед/л, $p < 0,05$) и ФСГ (с $56,4 \pm 4,7$ до $53,8 \pm 4,5$ ед/л; $p < 0,05$) как у пациенток в пременопаузе, так и в постменопаузе (с $69,4 \pm 7,3$ до $65,6 \pm 0,1$ ед/л; $p < 0,05$ и с $124,5 \pm 18,8$ до $102,8 \pm 16,3$ ед/л; $p < 0,05$ соответственно). Индекс ЛГ/ФСГ стремился к 1,0.

Под влиянием интерференттерапии 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 мес у 11 (24,4%) больных 1-й группы и 16 (35,5%) – 2-й группы. У больных, находившихся в постменопаузе, в период оценки отдаленных результатов лечения (до 12 мес) возобновления менструальноподобных кровотечений не выявлено ни в одном случае.

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

Проведенное курсовое лечение ИТ у подавляющего большинства больных с КС оказало благоприятное воздействие на липидный спектр крови, более выраженное у больных 2-й группы. Позитивные изменения липидного обмена в 1-й группе характеризовались следующим. У больных с I типом гиперлипидемии 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 IIa 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. Концентрации ТГ оставались 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 $5,8 \pm 0,1$ 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 IIa 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 со II типом гиперлипидемии. Включение в лечебный комплекс ПДМ повышает эффективность терапии.

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 2-й группы и 71% больных 1-й группы. 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% у больных 2-й группы и 45% – 1-й группы.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 67 пациенток. Установлено, что сохранение достигнутых результатов отмечено у 24% больных 1-й группы и 43% – 2-й группы при сроке наблюдения 3 мес с дальнейшим снижением этого показателя до 12 и 39% соответственно при сроке наблюдения 6 мес.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили выявить ряд позитивных эффектов нейротропной интерференцтерапии во влиянии на различные звенья патогенеза изучаемой патологии. Свидетельство благоприятных изменений функционального состояния центральных и периферических звеньев репродуктивной системы является положительная динамика кровоснабжения головного мозга. Комплекс позитивных изменений нейрогемодинамики в свою очередь определил улучшение функционального состояния гипоталамо-гипофизарного комплекса, что проявилось уравниванием соотношений гонадотропинов и улучшением взаимоотношений в репродуктивной системе. Важным моментом в реализации терапевтического эффекта является улучшение гормональной функции яичников, при этом улучшение эстроген-прогестероновых соотношений наблюдается у больных в периоде менопаузы при сохраненном ритме менструаций. Важной стороной механизма лечебного действия изучаемого физического фактора является его корригирующее влияние на показатели липидного обмена.

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

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание расценивать изучаемые методики как патогенетически обоснованные и эффективные в коррекции нейровегетативного 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин С. В. // Физиотер., бальнеол. и реабил. – 2002. – № 3. – С. 46–51.
2. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство для врачей / Под ред. Э. К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.
3. Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б. // Вопр. психол. – 1973. – № 6. – С. 141–144.
4. Зайдиева Я. З. // Гинекология. – 2011. – № 3. – С. 8–12.
5. Зайцев В. П. // Актуальные вопр. восстановит. мед. – 2004. – № 2. – С. 17–19.
6. Кузнецова Л. В., Зазерская И. Е. // Журн. акуш. и жен. бол. – 2010. – № 2. – С. 46–57.
7. Медицина климактерия / Под ред. В. П. Сметник. – Ярославль: Литтерра, 2006.
8. Орехова Э. М., Данилова И. Н., Петрова Н. О. и др. // Вопр. курортол. – 1991. – № 1. – С. 27–29.
9. Пахомов А. А., Рухляда Н. Н., Бакина Н. Н. и др. // Ученые запiski ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2011. – Т. 80, № 10. – С. 159–163.
10. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. – М., 2002.
11. Ушакова О. Е. Применение гидротерапии при олигоменорее и вторичной аменорее у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
12. Фотеева Т. С. // Новые технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии (эфферентные и квантовые методы терапии). – М., 2002. – С. 61–66.
13. Яглов В. В. // Гинекология. – 2010. – № 5. – С. 51–55.
14. Ярустовская О. В., Алисултанова Л. С., Рубченкова С. А. // Материалы Международного конгресса «Здравница-2007».

РЕЗЮМЕ

Ключевые слова: *интерференцтерапия, подводный душ-массаж, климактерический синдром, перименопауза, трансцеребральное воздействие*

Проведено обследование и лечение 90 женщин, страдающих типичной формой климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести в периоде перименопаузы. Изучено влияние трансцеребрального воздействия интерференционных токов как монофактора, так и в комплексе с подводным душем-массажем на клиническое течение заболевания, психологический статус, функциональное состояние ЦНС, системы гипофиз-яичники и липидный спектр крови. Установлена более высокая эффективность комплексной терапии у пациенток с нейровегетативной формой легкой и средней степени тяжести в периоде менопаузы при сохраненной цикличности менструальноподобных реакций.

THE APPLICATION OF INTERFERENTIAL CURRENTS AND UNDERWATER SHOWER MASSAGE FOR THE CORRECTION OF CLIMACTERIC DISORDERS IN THE WOMEN DURING THE PERIMENOPAUSE

Rubchenkova S.A., Yarustovskaya O.V.

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education, Moscow

Key words: *interferential therapy, underwater shower massage, climacteric syndrome, perimenopause, transcerebral intervention*

A total of 90 women presenting with the typical form of mild and moderately severe climacteric syndrome during menopause were examined and treated in the present work. Effects of interferential current applied transcerebrally were evaluated when used as monotherapy and in combination with underwater shower massage. The influence of both therapeutic modalities on the clinical course of climacteric syndrome, the blood lipid spectrum, and the functional state of the central nervous system and the pituitary-ovary axis was estimated. It was shown that the combined treatment had especially pronounced action in the patients with the neurovegetative form of mild and moderately severe climacteric syndrome during perimenopause if they retained cyclic menstruation-like reactions.