

отечно-болевая. Лечение начинали в стадии твердого отека 34 чел., мягкого отека - 5. Величина объема отека конечности по четырем измеряемым сегментам была более 2 см у 33 больных. 29 пациентов были прооперированы один раз, 9 - двухкратно и один пациент - трехкратно.

Подготовительный этап лечения прошли 16 больных. У всех отмечалось размягчение отека и уменьшение его объема на 1-2 см. После наложения лимфенозных анастомозов у 18 чел. наблюдалось размягчение отека и его уменьшение от 2 до 6 см. После завершающей стадии лечения уменьшение объемов отека от 2 до 11 см отмечено у 27 пациентов, плотности отека - у 29, уменьшение болевого синдрома - у 14.

Однако отдаленные результаты комплексной терапии показали, что практически у всех прооперированных больных величина и состояние отека через несколько месяцев мало отличалась от показателей пациентов, получающих обычную ИЭМТ-терапию. Отсутствие достоверного преимущества комплексного метода в лечении больных лимфостазом можно объяснить в частности, несовершенством методик, поддерживающих и закрепляющих лечебный эффект в период реабилитации.

ВЫВОДЫ. ИЭМТ-терапия - эффективный способ лечения больных лимфостазом, позволяю-

щий получить положительный лечебный эффект в большинстве случаев.

Данные наблюдений, обследования дают основание полагать, что положительный терапевтический эффект лечения творичного лимфостаза связан с увеличением дренажной функции лимфосистемы, улучшением процессов микроциркуляции в периферическом сосудистом русле.

ЛИТЕРАТУРА:

1. К.Бренда и соавт. Лимфедема конечностей. Прага, 1987. С.43-48.
2. Н.Ф.Дрюк и др. Пневмокомпрессия в комплексном лечении больных с лимфодемой конечностей//Клин.хир. 1988. N7. С.17-19.
3. Л.П.Барсукова и соавт. О режимах искусственных магнитных полей и их биологической активности//Тез.докл. Куйбышев. 1976.С.7-8.
4. Б.Н.Жуков. Постоянные магнитные поля в лечении больных с флебопатологией/ В сб: Неионизирующее излучение во флебологической практике. Куйбышев. 1985. С. 14-34
5. В.В.Демьяненко, С.М.Демьяненко. О некоторых методических принципах использования магнитных полей с лечебной целью//Тез. докл. Куйбышев. 1976. С. 13-15.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 616.153.915-39-07:618.173:612.662.9

И.И.Бенедиктов, М.А.Звычайный, А.Б.Тарасюк, А.В.Ворошица, Р.А.Аскеров

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии N 1 УГМА

При ознакомлении со специальной литературой, изданной в последние 10 - 15 лет [1-9 и др.], обращает на себя внимание тот факт, что вопросы диагностики и лечения патологических состояний, осложняющих естественное течение климактерического периода у женщин, продолжают оставаться в центре внимания. Интерес, проявляемый к климактерическому периоду, в значительной мере обусловлен тем, что лечение больных с климактерическим синдромом является одной из актуальных и вместе с тем сложных проблем клинической медицины [3,9]. Актуальность ее определяется прежде всего высокой частотой данной патологии у женщин

переходного возраста, находящихся в расцвете профессиональной и творческой деятельности, что отрицательно влияет на общее состояние, работоспособность и нередко приводит к инвалидизации [4,8]. В связи с этим данная проблема приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость. Сложность ее обусловлена многообразием клинических проявлений патологического течения климактерического периода на фоне возрастной инволюции женского организма и репродуктивной системы, что значительно затрудняет правильную оценку особенностей климактерического синдрома и возможность проведения адекватной коррекции [1,2,6]. Поэтому задачей наших исследований явилось изучение особенностей клинической картины климактерического синдрома в зависимости от тяжести его течения.

Были обследованы 83 женщины в возрасте 45-50 лет в период перименопаузы (пременопауза, менопауза, постменопауза). Тяжесть климактерического синдрома оценивалась по менопаузальному индексу Купшпермана в модификации Уваровой [5].

Легкое течение климактерического синдрома было установлено у 22 пациенток, средняя степень тяжести - у 19, тяжелое течение - у 20 больных. Отсутствие клинических проявлений климактерического синдрома обнаружено у 22 женщин, что послужило обоснованием выделения их в контрольную группы, т.е. с физиологически протекающим климактерием. Клинические симптомы, по которым оценивается степень тяжести климактерического синдрома, группируются в три симптомокомплекса: нейро-вегетативные (вазомоторные) расстройства, обменно-эндокринные нарушения, психо-эмоциональные расстройства.

Среди женщин с легким течением патологического климакса в 100% случаев отмечены нейро-вегетативные нарушения. Обменно-эндокринные расстройства отмечались у 32% обследуемых, а психо-эмоциональные нарушения регистрировались в 63,3%. Следовательно, одновременное сочетание 3-х симптомокомплексов имелось у 32% женщин данной группы.

При средней степени тяжести климактерического синдрома нейровегетативные нарушения наблюдались также в 100% случаев, а обменно-эндокринные и психо-эмоциональные расстройства встречались у 47 и 84% женщин соответственно. Одновременное наличие трех групп нарушений, характерных для клинической картины патологического климактерия отмечено почти у половины больных.

При тяжелом течении климактерического синдрома сочетание обменно-эндокринных, психо-эмоциональных и нейро-вегетативных расстройств было обнаружено у всех пациенток. В каждом из данных симптомокомплексов нами оценивались: частота встречаемости отдельного симптома (в процентах), количество симптомов, приходящихся на 1 больную (симпт./чел.), степень выраженности симптомов (в баллах) и ММИ (в баллах).

При анализе клинического материала было выявлено следующее:

1) Нейро-вегетативные расстройства. Средний ММИ нейро-вегетативных нарушений (табл. 1) в группе больных со средней степенью тяжести климактерического синдрома составил 29 баллов и превысил более чем в 2 раза соответствующий показатель в группе больных с легким течением патологического климактерия ($p < 0,01$), что было обусловлено увеличением средней степени выраженности отдельных симптомов от 1,5 до 2,4 баллов ($p < 0,01$) и нарастанием среднего количества симптомов, приходящихся на одну женщину, от 8 до 12 симп/чел. В свою очередь, у больных с тяжелым течением патологического климакса отмечался менее выраженный прирост ММИ, количества симптомов, приходящихся на одну женщину, и их степени выраженности по сравнению с пациентками предыдущей группы.

Таблица 1

Средний ММИ нейро-вегетативных расстройств

Нейро-вегетативные расстройства	I гр. легкая степень тяжести КС (22 человека)	II гр. средняя степень тяжести КС (19 человек)	III гр. тяжелое течение КС (20 человек)
1. Среднее количество симптомов, приходящихся на одну женщину, симп/чел	8.27 ± 0.95	12.05 ± 1.18	13.2 ± 2.21
		*	N S
2. Средняя степень выраженности симптомов, в баллах	1.51 ± 0.16	2.40 ± 0.21	2.67 ± 0.34
		*	N S
3. Средний ММИ, в баллах	12.45 ± 2.36	28.89 ± 4.51	35.25 ± 3.87
		*	N S
			* *

Примечание : NS - не достоверно; * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$

Таблица 2

Средний ММИ обменно-эндокринных нарушений

Обменно-эндокринные нарушения	I гр. легкая степень тяжести КС (22 человека)	II гр. средняя степень тяжести КС (19 человек)	III гр. тяжелое течение КС (20 человек)
1. Среднее количество симптомов, приходящихся на одну женщину, симп/чел	1.45 ± 0.52 _____ N S _____	2.32 ± 1.04	7.19 ± 1.16 * * *
2. Средняя степень выраженности симптомов, в баллах	0.5 ± 0.21 _____ N S _____	1.11 ± 0.43	2.35 ± 0.28 * * *
3. Средний ММИ, в баллах	0.73 ± 0.44 _____ N S _____	2.58 ± 1.07	16.90 ± 2.53 * * *

Примечание : NS - не достоверно; * - P<0.05; ** - P<0.01; *** - P<0.001.

Таблица 3.

Средний ММИ психо-эмоциональных расстройств

Показатели	I гр. легкая степень тяжести КС (22 человека)	II гр. средняя степень тяжести КС (19 человек)	III гр. тяжелое течение КС (20 человек)
Психо-эмоциональные расстройства 1. Среднее количество симптомов, приходящихся на одну женщину, симп/чел	2.91 ± 0.35 _____ * _____	8.42 ± 1.47	9.65 ± 1.82 N S *
2. Средняя степень выраженности симптомов, в баллах	0.97 ± 0.29 _____ N S _____	1.34 ± 0.18	2.58 ± 0.32 _____ *
3. Средний ММИ, в баллах	2.82 ± 0.94 _____	11.26 ± 3.07	24.90 ± 5.09 _____ * *

Примечание : NS - недостоверно; * - P<0.05; ** - P<0.01; *** - P<0.001.

2) Обменно-эндокринные нарушения. Среднее значение менопаузального индекса обменно-эндокринных расстройств (табл. 2) в группе больных со средней степенью тяжести составило 2,6 балла, что незначительно

отличалось от данного показателя в группе больных с легким течением патологического климакса. При этом, количество симптомов, приходящихся на одну женщину, и степень их выраженности нарастали незначительно, в то

время как у женщин с тяжелым течением климактерического синдрома наблюдалось более существенное увеличение данных показателей, что привело к повышению среднего ММИ в 6,5 раз ($p < 0,001$) (Таб. 2).

3) Психо-эмоциональные расстройства. По мере увеличения степени тяжести КС отмечалось достоверное нарастание ММИ психо-эмоциональных расстройств (табл. 2). При этом, если выявленное увеличение ММИ от 2,82 до 11,26 (баллов) в группе пациенток со средней степенью тяжести КС было обусловлено в основном нарастанием симптоматики почти в 3 раза ($p < 0,01$), то у пациенток с тяжелым течением патологического климактерия (ММИ которых превысил соответствующий показатель больных со средней степенью тяжести в 2 раза) наблюдалось более резкое повышение степени выраженности симптомов (от 1,34 до 2,58 баллов; $p < 0,01$), а их количество возросло незначительно.

Обобщая сказанное, можно считать, что первыми вестниками, свидетельствующими о выходе климактерия за рамки физиологического, являются нейровегетативные расстройства, дальнейшее развитие которых, а также присоединение психо-эмоциональных нарушений обуславливают значительное ухудшение качества жизни женщины переходного возраста. Последующему нарушению равновесия в женском организме во время климактерического периода способствуют обменно-эндокринные сдвиги, что значительно затрудняет возможность обратного развития проявлений климактерического синдрома. В заключении следует отметить, что клинические проявления патологического климактерия неуклонно прогрессируют и при отсутствии своевременной и адекватной коррекции происходит дальнейшее усугубление тяжести состояния больных за счет утяжеления имеющейся и присоединения новой симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Гинекологическая эндокринология. /Под ред. К.Н. Жмакина. М.: Медицина, 1980. С. 105-134.
2. Крымская М.Л. Климактерический период. М.: Медицина, 1989.
3. Менопауза: Доклад научной группы ВОЗ. М.: Медицина, 1984.
4. Савельева Г.М. Климактерический синдром. Справочник по акушерству и гинекологии. М.: Медицина, 1992, 239-241. 36-45.
5. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А. и др. Климактерический синдром. М.: Медицина, 1988.
6. Brenner P.F. The menopause. West. J. Med., 1992, vol. 136, N 3, 305-312.
7. Van Keep P.A., Lauritzen G. Proven Beneficial effects of estrogen substitution in the postmenopause. A review. Front. Hormone Res., 1988, vol. 5, 1-25.

8. Judd H. Menopause and postmenopause. In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Ed. M. Perroll. Appleton and Large, 1990, 1061-1083

9. Payer L. The menopause in various cultures. In: A portrait of the menopause. H. Burger, M. Boulet (eds). The Parthenon Publishing Group, 1991, 3-22.

УДК 618.3.-06:616.12-008.331.4-07

Д.А. Сысоев, Н.А. Коробейников.,

Е.А. Храмушина

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭУ - И ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, анестезиологии и реаниматологии ФУВ УГМА

Нарушение сосудистого тонуса, которое нередко встречается во время беременности, значительно повышает риск возникновения осложнений беременности и родов, ухудшает условия развития плода и, тем самым, увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность [3, 7].

Актуальным вопросом является изучение влияния синдрома вегетососудистой дистонии (ВСД) на течение беременности и родов при различных типах гемодинамики (эукинетический, гипокинетический) [4].

В патогенезе развития поздних гестозов, плацентарной недостаточности ведущее значение имеют нарушения микрогемодициркуляции [2, 5]. Одним из наиболее доступных и достоверных методов оценки функционального состояния микроциркуляторного русла на органном и тканевом уровне является определение состояния системы гемостаза [1, 2, 7].

Авторами проведено исследование с целью : изучения нарушений в системе микрогемодициркуляции у беременных с синдромом вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу при различных типах гемодинамики.

Проведено комплексное динамическое обследование женщин во втором триместре беременности (18-22 недели) . Основную группу составили 136 беременных с синдромом ВСД по гипотоническому типу, разделенные на две подгруппы в зависимости от типа гемодинамики (эу- и гипокинетический). Контрольная группа