

ЛИТЕРАТУРА

1. Вентцель Е. С. Теория вероятностей. М., 1964.— 2. Постнова Т. Б. Информационно-диагностические системы в медицине. М., 1972.— 3. Пророкова В. К., Мясникова Г. П., Архангельский А. Е. Акуш. и гин., 1980, 7.

Поступила 14 июля 1982 г.

УДК 618.173—08:615.814.1

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В. Г. Сутюшев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отдел рефлексотерапии (зав.—проф. Д. М. Табеева) НИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского

Физиологическая возрастная перестройка организма женщины в климактерическом периоде нередко осложняется разнообразными патологическими проявлениями различной интенсивности. Клинико-физиологические исследования указывают на сложный и многообразный патогенез климактерического синдрома, в возникновении которого важную роль играют возрастные изменения в различных отделах центральной нервной системы и особенно в коре больших полушарий, гипоталамических структурах и ретикулярной формации [1, 4]. В настоящее время получены убедительные доказательства прямого участия гипоталамических структур в регуляции циклических изменений в организме женщины, обменных процессов, трофики органов и тканей, в интеграции эндокринных, вегетативных и эмоциональных функций [3, 7].

Вопросы терапии климактерического синдрома остаются еще не полностью разрешенными ввиду сложности его патогенеза. Исходя из того, что иглорефлексотерапия оказывает нормализующее влияние на тонус и реактивность высших вегетативных центров гипоталамической области и всего вегетативного отдела нервной системы, мы решили применить данный метод лечения как патогенетический при климактерическом синдроме.

Под нашим наблюдением находилось 50 больных. У всех изучали анамнез по специально разработанной схеме, которая включала вопросы о бытовых условиях, семейных отношениях, питании, характере труда и др.; определяли характер жалоб, входящих в климактерический симптомокомплекс: ощущение приливов, постоянную головную боль, головокружения, боли в области сердца, повышенную потливость и др. Для контроля эффективности иглорефлексотерапии при климактерическом синдроме и с учетом преобладания в клинической картине симптомов нарушения вегетативной функции гипоталамуса были использованы следующие тесты: 1) изучение состояния вегетативной нервной системы с помощью вегетативных проб (ортостатической, кинестатической, глазосердечного рефлекса Ашнера, местного дермографизма, кожной термометрии, адревалиновой и инсулиновой); 2) определение содержания серотонина в крови; 3) ЭЭГ; 4) кольпоцитологическое исследование и измерение базальной температуры.

Кроме того, проводили гинекологическое, рентгенологическое (краниографию), терапевтическое и неврологическое обследование.

Исходя из характера расстройств нейроэндокринного гомеостаза, больных с патологическим климаксом мы условно разделили на 3 группы. К 1-й группе были отнесены 23 женщины, у которых в клинической картине доминировали вегетативно-сосудистые расстройства, иногда с склонностью к пароксизмальному их проявлению по типу дисцефальных кризов. Наиболее частым симптомом являлись приливы от 10 до 15 и более раз в сутки, которым часто сопутствовали головные боли, и неприятные ощущения и боли в области сердца, ознобы, повышенное потоотделение, нарушения АД, обильное и частое мочеиспускание, иногда субфебрильная температура, шум в голове и ушах, одышка, запоры, метеоризм.

У больных 2-й группы (19 женщин) на первый план выступали симптомы астенизации в сочетании с расстройствами в эмоциональной сфере. Это проявлялось эмоциональной неустойчивостью, склонностью к плаксивости, вспыльчивости, обид-

чивости, ощущением страха, тревоги, быстрой утомляемостью больных, нарушением сна в виде бессонницы или его кратковременности, «кошмарными» сновидениями.

У больных 3-й группы (8 женщин) в клинической картине преобладали обменно-эндокринные нарушения жирового обмена (преимущественно ожирение, реже похудание), водно-солевого (жажда, полиурия, периодическое появление отеков), расстройство аппетита. У ряда больных отмечались расстройство функции щитовидной железы и дисфункциональные маточные кровотечения.

Перед каждым сеансом иглорефлексотерапии определяли электрокожное сопротивление в точках-«пособниках», после чего выбирали точки соответствующих каналов в зависимости от их функционального состояния [6]. Наиболее часто от физиологических границ отклонялись показатели следующих меридианов: VIII (почек), II (толстой кишки), VII (мочевого пузыря), XII (печени), III (желудка), VI (тонкой кишки), XI (желчного пузыря), V (сердца). Такой значительный разброс свидетельствует о поражении уровня «чудесных меридианов». Наиболее часто употреблялись следующие точки: 7—I; 4, 10, 11—II; 36—III; 3, 4, 6—IV; 5, 7—V; 3—VI; 15, 60, 62—VII; 6, 7, 11, 12, 13—VIII; 5, 6,—IX; 5—X; 20, 41—XI; 2, 3—XII; 14, 20—XIII. Метод воздействия (возбуждающий или тормозной) выбирали в зависимости от преобладания симпатических или парасимпатических реакций. Продолжительность сеанса иглорефлексотерапии колебалась от 40 до 90 мин с изменением рецептуры во время сеанса и периодическим раздражением точек путем подкручивания игл с получением «предусмотренных» ощущений. С 15—20-й минуты сеанса у большинства пациенток наступало дремотное состояние с переходом в сон после окончания сеанса.

Сеансы иглотерапии проводили, как правило, в вечернее время. Средняя продолжительность одного курса иглорефлексотерапии — 13 сеансов. В зависимости от эффекта проводили 1—2 курса лечения. В тяжелых случаях климактерического синдрома, сопровождавшихся дисцефальными кризами, число курсов лечения увеличивали до 3—4 с подключением электровоздействия на биологически активные точки (аппарат «Элита-4»). Положительный эффект зафиксирован у больных всех групп. После 3—4 сеансов женщины отмечали улучшение общего состояния, проявляющееся первоначально положительными изменениями в психо-эмоциональной сфере (снижением эмоциональной лабильности и раздражительности, исчезновением чувства тревоги, страха и т. д.) и уменьшением частоты и длительности приливов. В последующем наступала нормализация сна, аппетита и др. О положительном воздействии иглорефлексотерапии свидетельствовали и данные клинико-функционального обследования (табл. 1).

Таблица 1

Показатели вегетативных проб до и после курса иглорефлексотерапии

Вегетативные пробы	Характер пробы			
	до лечения		после лечения	
	нормальный	патологический	нормальный	патологический
Ортоstaticкая	29	21	45	5
Клиноstaticкая	20	30	41	9
Глазосердечный рефлекс	33	17	35	15
Местный дермографизм	22	28	30	20
Кожная термометрия	28	22	36	14
Адреналиновая	21	29	32	18
Инсулиновая	23	27	30	20

Выявленные нарушения вегетативных реакций при отсутствии клинических признаков поражения сегментарно-периферического отдела вегетативной нервной системы позволяют считать, что уровнем поражения у больных с климактерическим синдромом является гипоталамо-стволовая область, где формируются указанные рефлексы. Динамика вегетативных проб после лечения свидетельствует о нормализующем влиянии иглорефлексотерапии на высшие вегетативные центры.

Известно, что гуморальная регуляция специфических функций организма женщины осуществляется при непосредственном участии гипоталамо-гипофизарной системы. В этой связи представляет интерес сопоставление состояния вегетативных

функций и гормональной перестройки организма больных с патологическим климаксом и показателей уровня серотонина в крови, являющегося одним из нейроаминов, участвующих в регуляции нейросекреторных функций гипоталамуса. С этой целью мы исследовали содержание серотонина в периферической крови [2].

Таблица 2

Концентрация серотонина в крови у больных с патологическим климаксом до и после курса иглорефлексотерапии

Группы обследованных	Число женщин	Концентрация серотонина (мкмоль/л)	
		до лечения	после лечения
Здоровые женщины	10	0,910±0,051	—
Женщины с физиологическим климаксом	10	0,746±0,045	—
Больные с патологическим климаксом	50	0,562±0,032	0,851±0,052

Как видно из табл. 2, у больных с патологическим климаксом до начала лечения отмечалось значительное снижение уровня серотонина в крови ($P < 0,05$). После курса иглорефлексотерапии у большинства из них на фоне положительного клинического эффекта наблюдалось увеличение содержания серотонина в крови ($P < 0,05$). У 6 больных при повышенной исходной концентрации серотонина после лечения отмечалась тенденция к его нормализации. Гиперсеротонинемия у этих больных, по-видимому, объясняется наличием сопутствующих заболеваний — гипертонической болезни, хронического холецистита. Ряд авторов считают, что серотонин оказывает стимулирующее воздействие на гипоталамо-гипофизарную систему и вызывает увеличение образования либеринов [3, 5]. Признавая эту концепцию правомерной, можно допустить, что одним из звеньев лечебного воздействия иглорефлексотерапии у данного контингента больных служит нормализация уровня серотонина, приводящая к положительным сдвигам в состоянии нейроэндокринного гомеостаза.

Результаты исследования позволяют рекомендовать иглорефлексотерапию при патологическом климаксе как метод коррекции нарушенных физиологических процессов, регулирующих специфические функции организма женщины. Данную терапию можно назначать как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Руководство по клинической эндокринологии. Л., Медицина, 1977.
2. Герасимова Ц. И. Лаб. дело, 1977, 1.
3. Горизонтов П. Д. Гомеостаз. М., Медицина, 1981.
4. Жмакин К. Н. Гинекологическая эндокринология. М., Медицина, 1980.
5. Науменко Е. В., Попова Н. К. Серотонин и мелатонин в регуляции эндокринной системы. Новосибирск, Наука, 1975.
6. Нечушкин А. И., Гайдамакина А. М. Тезисы докл. научно-практ. конференции. Астрахань, 1979.
7. Юдаев Н. А., Евтихина З. Ф. В кн.: Современные вопросы эндокринологии. М., 1972, вып. 4.

Поступила 2 ноября 1982 г.

УДК 618.12—006.6—07

ДИАГНОСТИКА РАКА МАТОЧНЫХ ТРУБ

З. Ш. Гилязутдинова, М. И. Слепов, З. В. Мавлютова, Л. Д. Пароник, А. М. Муллагалиева

Республиканский (главрач — А. К. Мухамедьярова) и городской (главрач — И. В. Назимов) онкологические диспансеры, кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Диагностика рака маточных труб остается сложной, особенно в его начальной стадии, несмотря на анамнез, который содержит ориентирующие сведения и наличие характерных симптомов заболевания. В анамнезе у таких больных имеются указания на хронические воспалительные процессы, протекающие в придатках матки, бесплодие трубного генеза. Почти у 78% женщин в подобных случаях наблюдаются