

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

В. Д. Менделевич, Г. О. Зубаирова

*Кафедра психиатрии (зав. — доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В возникновении патологического климакса важную роль играют изменения функции различных структур головного мозга [1а, б]. В последние годы в связи с возросшим интересом к этому вопросу появились многочисленные работы по исследованию биоэлектрической активности мозга у здоровых и больных женщин инволюционного возраста.

Основными особенностями электроэнцефалографической картины клинически здоровых женщин старше 45 лет являются замедление альфа-ритма, появление диффузных медленных тета-волн, а также частая смена этих видов активности [3, 5, 11]. При патологическом же течении климакса в виде климактерического синдрома электроэнцефалограмма резко изменяется. При ее регистрации наблюдаются билатеральные разряды медленной тета- либо дельта-активности, межполушарная асимметрия, частое отсутствие постоянного основного ритма, наличие диффузной дизритмии [3, 6].

ЭЭГ-исследования женщин, страдающих патологическим климаксом, были направлены на выявление общих закономерностей изменения биоэлектрической активности мозга без сопоставления с данными клинического психопатологического метода исследования. Связи между типом ЭЭГ и тяжестью клинического течения климактерического синдрома, определяемой по числу вегетососудистых пароксизмов (приливов) в сутки, обнаружить не удалось [3].

Выделяется несколько клинических вариантов течения патологического климакса в зависимости от преобладания тех или иных психопатологических симптомокомплексов — астенический, сенесто-ипохондрический, тревожно-депрессивный, истероформный. Каждый из них имеет достаточно четкие границы, связан с личностными особенностями женщин и с их соматическим состоянием к моменту наступления климакса [4, 7, 10].

Цель нашего исследования заключалась в выявлении особенностей изменения ЭЭГ, обусловленных клиническим вариантом течения климактерического синдрома. Было проведено клинко-психопатологическое и ЭЭГ-исследование 81 женщины в возрасте от 41 до 52 лет. Клиническое исследование осуществлялось амбулаторно в поликлинике городского психоневрологического диспансера и в районных женских консультациях. ЭЭГ-исследование женщин выполнялось на 8-канальном электроэнцефалографе с использованием функциональных нагрузок (свет, звук, гипервентиляция), причем производилось оно в тот период, когда больные не принимали лекарственных препаратов. Анализ электроэнцефалограмм был основан на визуальных критериях [2].

Клиническая картина заболевания обследованных была представлена пограничными нервно-психическими нарушениями, обусловленными климаксом.

У 26 женщин был диагностирован астенический вариант течения заболевания, который проявлялся типичными для климакса симптомами — приливами жара к голове и к верхней половине туловища, сопровождавшимися общим гипергидрозом, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, непереносимостью резких звуков, шумов, а также диссомническими расстройствами в виде бессонницы по ночам и выраженной сонливости в дневные часы.

У 23 пациенток был выявлен сенесто-ипохондрический вариант, выразившийся неопределенно локализованными тягостными ощущениями (чаще в области головы и верхних конечностей), вялостью, сонливостью днем, переоценкой имеющихся симптомов с желанием жаловаться на свое состояние «каждому встречному».

Тревожно-депрессивный вариант течения климактерического синдрома был обнаружен у 20 больных. Он проявлялся беспричинным беспокойством за судьбу родных и близких, постоянной тревогой, неусидчивостью, ожиданием грядущего несчастья, плаксивостью, эмоциональной лабильностью, депрессивным фоном настроения. Вся симптоматика при этом варианте течения резко усиливалась в момент веге-

тососудистого пароксизма (прилива), причем возникал витальный страх за свое здоровье и жизнь. Тревога становилась настолько выраженной, что больные часто не могли усидеть на месте, металась по комнате, пытаюсь что-нибудь разбить или сломать.

У 12 пациенток определялся истероформный вариант течения заболевания, который характеризовался реактивным гиперкомпенсаторным изменением поведения женщин в форме «мистификации действительности».

Следует отметить, что клинические варианты климактерического синдрома отличались друг от друга не только психопатологическими проявлениями, но и направленностью вегетососудистых реакций (кризов), а также их частотой. При астеническом и сенесто-ипохондрическом вариантах в составе кризов преобладала вагоинсулярная фаза (при частоте пароксизмов соответственно 20—25 и 15—20 раз в сутки). При тревожно-депрессивном и истероформном вариантах наблюдались кризы преимущественно с симпатико-адреналовой направленностью вегетососудистых реакций (частотой 15—20 и 10—15 раз в сутки).

Результаты ЭЭГ-исследования женщин, страдающих нервно-психическими нарушениями, обусловленными климаксом, представлены в таблице.

Особенности ЭЭГ женщин с климактерическими нервно-психическими нарушениями

| Клинические варианты климактерического синдрома | Число больных | ЭЭГ | | | | | |
|---|---------------|--------------------|-----------------|--------------|-------------------|----------------------------|--------------|
| | | фоновая активность | | | | пароксизмальная активность | |
| | | норма | гиперсинхронные | десинхронные | дезорганизованные | тета-волны | острые волны |
| Астенический | 26 | 21 | — | 5 | — | 22 | — |
| Сенесто-ипохондрический | 23 | 17 | — | 3 | 3 | 19 | 1 |
| Тревожно-депрессивный | 20 | 3 | — | 16 | 1 | 7 | 2 |
| Истероформный | 12 | 2 | — | 10 | — | 3 | — |

Как видно из данных таблицы, электроэнцефалограммы больных с климактерическими нервно-психическими нарушениями значительно отличались от таковых у здоровых женщин того же возраста. При этом выявлялись определенные закономерности изменений ЭЭГ в зависимости от клинического варианта течения климактерического синдрома. Так, билатеральные пароксизмы медленных тета-волн при нормальной фоновой активности чаще ($P < 0,001$) выявлялись у больных с астеническим и сенесто-ипохондрическим вариантами, сочетаясь в ряде случаев с десинхронизацией (астенический вариант). В свою очередь электроэнцефалограммы больных с тревожно-депрессивным и истероформным вариантами чаще ($P < 0,001$) были представлены в виде десинхронных кривых. При этом разряды медленных волн носили «мягкий» характер, а при истероформном варианте встречались крайне редко.

Анализ реакций усвоения ритма световых мельканий выявил, что у больных с различными вариантами течения заболевания достоверных отличий по уровню функциональной лабильности не имеется.

Таким образом, исследование показало, что электроэнцефалографическая картина различных клинических вариантов течения климактерического синдрома имеет свои особенности, в большей степени связанные с направленностью вегетативных пароксизмов. Это подтверждается данными авторов [8, 9], которые проводили ЭЭГ-исследования у больных неврозами с вегетативными нарушениями. На основании полученных результатов можно предположить, что в формировании пограничной непереносимости симптоматики в период климакса наряду с другими причинами существенную роль играют и вегетативные нарушения, что важно для обоснованного назначения лекарственных препаратов, обладающих психотропным и вегетотропным эффектами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. а) Климактерический синдром и его лечение. М., Медицина, 1966; б) в кн.: Гинекологическая эндокринология.— 2. Жирмунская Е. А. Журн. невропатол. и психиатр., 1969, 7.— 3. Змановский Ю. Ф. Возрастные нейрофизиологические особенности и климактерические расстройства у женщин. М., Медицина, 1975.— 4. Ильина В. Н. В кн.: Психогенные (реактивные) заболевания на измене-

ной почве. Воронеж, 1982.— 5. Киселева А. М. Биоэлектрическая активность головного мозга при заболеваниях вегетативной нервной системы. Л., 1971.— 6. Ковалев Н. А. В кн.: Психические заболевания пожилого возраста. Киев, 1981.— 7. Пущай С. А. Там же.— 8. Рыбников А. И. В кн.: Материалы III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1974, т. 2.— 9. Рыбников А. И., Жирмунская Е. А., Вейн А. М. Воен.-мед. журн., 1978, 5.— 10. Сметанников П. Г., Игнатович А. А. В кн.: Материалы IV Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980, т. 1.— 11. Obrist W. D., Busse E. W. In: Applications of EEG in Psych., 1965, 4, 185.

Поступила 6 января 1983 г.

УДК 618.177—08

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Р. А. Осипов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Л. Капелюшник)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина*

Хронический сальпингит — наиболее частая причина бесплодия женщин, особенно вторичного [1—3]. Лечение трубного бесплодия должно быть направлено не только на восстановление проходимости, но и на нормализацию других функций маточных труб.

Под наблюдением находилось 300 женщин в возрасте 23—33 лет, которые страдали трубным бесплодием, обусловленным хроническим воспалительным процессом. Длительность бесплодного брака колебалась от 2 до 10 лет. Первичное бесплодие было диагностировано у 68, вторичное — у 232 женщин. С помощью гистерографии или пневмогистеросальпингографии установлено, что интерстициальная или истмическая непроходимость имела у 99, ампулярная — у 143 и перитубарные спайки — у 58 женщин.

Для восстановления проходимости маточных труб применяли гидротубации прокаин-фурациллиновой смесью (прокаин хлористоводородный — 0,5, хлористый натрий — 0,8, фурациллин — 0,01, дистиллированная вода — до 100). С целью повышения их терапевтической эффективности в исходный раствор добавляли гидрокортизон с химотрипсином (0,01) или лидазой (64 ед.). Продолжительность гидротубации в среднем составляла 10—15 мин, давление не превышало 32,9 кПа. Курс лечения состоял из 18—22 процедур. Одновременно с гидротубацией проводили интенсивное противовоспалительное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Проходимость маточных труб удалось восстановить у 123 женщин. В дальнейшем лечение было направлено на регуляцию моторной функции маточных труб.

Контроль за функциональным состоянием яйцеводов осуществляется методом продувания маточных труб с графической записью их сокращений. Продувание делали несколько раз: 1) сразу после восстановления нормальной проходимости труб; 2) после 8—10 дополнительных гидротубаций; 3) после окончания лечения электростимуляцией; 4) после введения окситоцина в одни и те же дни менструального цикла, то есть за 2—3 дня до предполагаемой овуляции и к моменту расцвета желтого тела.

В результате исследований было выяснено, что интенсивность сокращений пораженных воспалением труб ослабевала и зависела от глубины и распространенности патологического процесса. На гормональные влияния яичников маточные трубы реагировали неодинаково. В фолликулиновой фазе уменьшалась частота сокращений, в лютеиновой — частота и амплитуда сокращений.

Гидротубации способствовали более быстрой ликвидации воспалительного процесса в трубах, повышению их чувствительности к гормональным влияниям яичников. Существенного воздействия на моторику труб гидротубации не оказывали.

В связи с этим 91 женщине проведено комбинированное лечение гидротубацией и электростимуляцией под действием импульсов прямоугольной формы напряжением 9 В, силой тока 15 мА и частотой 100 Гц. Гидротубацию и электростимуляцию производили одновременно. Лечение начинали с 10—11-го дня цикла