

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.173-02-06: 616. 839]-055.2-07(045)

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИХ ОСОБЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ФАЗАХ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН

Н.В. Дё – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета; **Г.И. Хрипунова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, профессор, доктор медицинских наук. E-mail: meduniv@sgmu.ru E-mail: meduniv@sgmu.ru

В статье отражена динамика формирования вегетативных нарушений при физиологическом и патологическом течении климактерического периода. Полученные данные свидетельствуют о том, что вегетативные нарушения вносят существенный вклад в формирование патологических состояний, сопровождающих климактерический период.

Ключевые слова: перименопауза, вегетативные нарушения.

DEVELOPMENTAL DYNAMICS OF VEGETATIVE DISORDERS AND THEIR PECULIARITIES IN VARIOUS PHASES OF PERIMENOPAUSE IN WOMEN

N.V. Dyo – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Pediatric Faculty, Post-graduate; **G.I. Khripunova** – Saratov State Medical University, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology of Pediatric Faculty, Professor, Doctor of Medical Science. E-mail: meduniv@sgmu.ru

The article is referred to the dynamics of vegetative disorders' development in case of physiological and pathological course of menopause. The findings show that vegetative disorders significantly contribute to the development of pathological conditions accompanying the menopause.

Key words: perimenopause, vegetative disorders.

Снижение гормонального фона во время климактерия приводит к уменьшению активирующих влияний на кору головного мозга, способствует десинхронизации таламокортикальных взаимодействий, изменению реактивности периферических сосудов. Дефицит женских половых гормонов в центральной нервной системе приводит к появлению целого комплекса различных неврологических симптомов. К ним относят головную боль, вестибулопатию, сонливость, снижение памяти, сердцебиение, потливость и многое другое. Структура и выраженность нейровегетативных нарушений в период климактерия достаточно хорошо изучены [1-6]. Вместе с тем динамика формирования вегетативных нарушений в перименопаузе, их особенности в различных ее фазах практически не анализировались. Однако именно информация об особенностях вегетативных нарушений в различные фазы климактерического периода позволяет дифференцированно подходить к методам их лечения.

Материалы и методы. В ходе выполнения настоящего исследования анализировались изменения

показателей ВНС у 80 женщин в различные фазы перименопаузы при физиологическом (ММИ < 12 Ед) и тяжелом (ММИ > 58 Ед) течении климактерия, исключением являлись индуцированная менопауза, обусловленная оперативным вмешательством, длительность пременопаузы и постменопаузы более 3 лет, преждевременная менопауза в возрасте 38-43 лет. В качестве группы сравнения выступали 28 практически здоровых женщин фертильного возраста. В своем исследовании для изучения показателей ВНС мы использовали: ортоклиностатическую пробу, давление на рефлексогенные зоны (глазосердечный рефлекс (Даньини-Ашнера), синокардиальный (Чермана, Геринга), солитарный (Тома-Пу)), таблицу исследования тонуса ВНС (Соловьев А.Д., 1981).

Результаты и обсуждение. При появлении первых признаков перименопаузы и физиологическом ее течении значимо возрастала активность как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС. Если в возрасте до 45 лет в контрольной группе здоровых женщин активность симпатического отдела составля-

ла $10,1 \pm 1,2\%$, то в первый год перименопаузы она увеличивалась до $19,5 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$). При длительности перименопаузы более одного года обнаруживалась тенденция к снижению симпатикотомии, однако после наступления менопаузы происходила повторная активация симпатического отдела в среднем до $26,7 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$). По мере увеличения длительности менопаузы, как и в период пременопаузы, активность симпатического отдела снижается. В первый год после наступления менопаузы симпатикотомия выражалась величиной $26,7 \pm 1,3\%$, через три года – $17,3 \pm 2,2\%$ (различия статистически значимы, $p < 0,05$).

Аналогичная тенденция прослеживалась в изменениях парасимпатического отдела ВНС. В первый год пременопаузы его активность возрастала до $20,4 \pm 1,2\%$, при длительности данного периода более трех лет – снижалась до $15,7 \pm 0,9\%$, затем в первый год менопаузы возрастала до $19,4 \pm 0,9\%$. Однако в отличие от изменений симпатического отдела ВНС по мере увеличения длительности менопаузы снижения активности парасимпатического отдела не отмечалось.

В период климакса у женщин активность ВНС значительно выше показателей, характерных для фертильного возраста в целом, а наиболее выраженные изменения тонуса ВНС выявлялись в ранней фазе как пременопаузы, так и постменопаузы.

При анализе динамики изменения показателей реактивности ВНС можно отметить, что она растет по мере увеличения длительности пременопаузы и снижается в постменопаузе. Так, в норме величина глазосердечного рефлекса составила $3,3 \pm 0,6$ Ед, в первый год пременопаузы – $3,6 \pm 0,8$ Ед, во второй год – $4,2 \pm 0,7$ Ед и к третьему году она возрастала до $4,9 \pm 0,8$ Ед. В первый год менопаузы величина анализируемого показателя выражалась максимальной величиной в $5,0 \pm 0,6$ Ед, через год – снижалась до $4,2 \pm 1,0$ Ед и в дальнейшем до $3,8 \pm 0,9$ Ед. Аналогичная тенденция обнаруживалась в изменениях синокардиального и солярного рефлексов. По мере приближения к менопаузе реактивность ВНС возрастала, а после наступления менопаузы она начинает постепенно снижаться.

Интересно отметить, что в отличие от тонуса ВНС и ее реактивности вегетативное обеспечение деятельности снижается на всем протяжении перименопаузы. Аналогичная динамика прослеживается в лабильности ВНС. Если в начале климактерия среднее ортостатическое ускорение (СОУ) составляло $10,4 \pm 0,6$ Ед, перед менопаузой – $7,30,1$ Ед, то через три года после наступления менопаузы – снижалось до $4,0 \pm 1,1$ Ед. Ортостатический индекс лабильности в первый год перименопаузы был равен $4,40,9$ Ед и на протяжении климактерического периода снижался до $2,8 \pm 0,6$ Ед ($p < 0,05$, различия статистически значимы). Клиноостатическое замедление (КЗ) снижалось с $2,5 \pm 0,6$ Ед в первый год климактерия до $1,6 \pm 0,3$ Ед после трех лет менопаузы (различия статистически значимы, $p < 0,05$). Такой важный показатель, как ортоклиноостатическая разница (ОКР), в значительной мере обеспечивающий постоянство гомеостаза в организме, снижался за анализируемый промежуток времени с $4,6 \pm 1,0$ до $3,0 \pm 0,8$ Ед. Клиноостатический индекс лабильности (КИЛ) уменьшался на $1,9$ Ед.

При расчете усредненных данных лабильность ВНС рассчитывалась по величинам ОИЛ и КИЛ, а обеспечение деятельности – по СОУ, КЗ и ОКР. Вегетативное обеспечение деятельности в период перименопаузы в целом снижалось более значительно, чем

лабильность ВНС. Так, на всем протяжении перименопаузы снижение лабильности ВНС составило $26,4\%$, в то время как изменения показателей вегетативного обеспечения деятельности достигали $72,4\%$. Особо следует отметить, что наиболее выраженные изменения в состоянии вегетативного обеспечения деятельности наблюдались в течение первых 2-3 лет наступления менопаузы.

Однако указанные закономерности изменения ВНС в период перименопаузы значительно нарушались при тяжелом течении климактерического периода (величина индекса ММИ > 58 Ед). При тяжелом течении климактерия не наблюдалось снижения активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС по мере увеличения длительности пременопаузы и менопаузы. Особо следует отметить, что повышенные значения тонуса ВНС во всех стадиях климактерия статистически значимо отличались от показателей в контрольной группе.

В этом случае уже при появлении первых признаков климакса регистрировались повышенные значения реактивности, которые не изменялись за весь период перименопаузы. Так, в норме выраженность глазосердечного рефлекса составила $3,3 \pm 0,6$ Ед, синокардиального рефлекса – $4,0 \pm 0,8$ Ед, солярного – $2,8 \pm 0,6$ Ед. При появлении первых признаков пременопаузы и ее тяжелом течении они возрастали до $4,6 \pm 0,4$ Ед, $5,2 \pm 0,6$ Ед и $3,8 \pm 0,4$ Ед соответственно (различия статистически значимы, $p < 0,05$). В ходе дальнейшего течения тяжелого климактерия указанные показатели варьировали незначительно в пределах статистической погрешности.

В отличие от физиологического течения климактерического периода, при котором происходило снижение лабильности ВНС и вегетативного обеспечения деятельности, при патологическом течении наблюдалось повышение лабильности на фоне более значимого снижения вегетативного обеспечения деятельности. Так, если в норме величина ортостатического индекса лабильности составила $4,2 \pm 0,7$ Ед, то при патологическом течении климактерия (ММИ > 58 Ед) в первый год пременопаузы анализируемая величина составила $4,4 \pm 0,6$ Ед, через один год – $4,8 \pm 0,9$ Ед и к концу третьего года наблюдения – $5,0 \pm 0,2$ Ед, а в постменопаузе – $5,6 \pm 1,3$ Ед. Аналогичные изменения выявлены по клиноостатическому индексу лабильности. Такой важный показатель вегетативного обеспечения деятельности, как ортоклиноостатическая разница при выраженном менопаузальном синдроме снижался с $4,0 \pm 0,8$ в первый год пременопаузы до $2,00,3$ Ед к концу третьего года постменопаузы. При патологическом течении климактерия лабильность ВНС не только не снижается, а даже возрастает во всем периоде наблюдения.

До настоящего времени остается не совсем понятным, почему у одних женщин в климактерическом периоде чаще наблюдаются симпатоадреналовые кризы, а у других вагоинсулярные. В ходе выполнения данного исследования также было произведено сопоставление особенностей преморбидного фона при активации симпатического и парасимпатического отделов ВНС. У женщин с симпатоадреналовыми кризами достоверно чаще встречались такие факторы, как низкий уровень доходов, неблагоприятная обстановка в семье, злоупотребление алкоголем, высшее образование. Для вагоинсулярных кризов характерными оказались наличие среднего

образования, нарушение питания, наличие патологии органов пищеварения, родовая травма.

Природу выявленных различий, по-видимому, можно объяснить тем, что одни социальные факторы способствуют активации симпатического отдела ВНС, в то время как другие не оказывают существенного влияния. Наиболее наглядно это подтверждается тем, что симпатоадреналовые кризы наиболее часто встречались при неблагоприятной обстановке в семье, заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы, плохих жилищных условиях.

Заключение. Анализировались особенности в динамике формирования вегетативных нарушений при физиологическом и патологическом течении климактерия. Установлено, что при физиологическом течении климактерия наблюдается двухфазное повышение тонуса ВНС в перименопаузе, в ранней фазе постменопаузы. При патологическом течении климактерия повышенные значения тонуса ВНС сохраняются во всем периоде перименопаузы. Лабильность ВНС при физиологическом течении климактерия имеет тенденцию к снижению по мере увеличения длительности климактерия, при патологическом течении возрастает как в пре-, так и постменопаузе. Выявленные изменения вегетативных показателей носят в основном приспособительный характер к изменению гормонального фона и при физиологическом течении

климактерия бесследно исчезают. Однако при патологическом течении климакса суммация психоэмоциональных, нейроэндокринных, социальных факторов может приводить к развитию различных патологических состояний. Полученные данные свидетельствуют, что у женщин, вступающих в период климактерия с последующим тяжелым его течением, уже имелись определенные изменения в психовегетативной сфере, а дефицит женских половых гормонов способствовал прогрессированию этих изменений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Зайдиева, Я. З. Влияние заместительной гормонотерапии на состояние эндометрия у женщин в перименопаузе / Я.З. Зайдиева // Schering News. – 2001. – С. 8–9.
2. Крымская, М.Л. Климактерический период / М.Л. Крымская. – М.: Медицина, 1988. – 271с.
3. Сметник, В.П. Медико-социальные проблемы климактерия / В.П. Сметник // Гормональная коррекция системных изменений в менопаузе: Мат. симпозиума. – М., 1997. – С. 714.
4. Шаповаленко, С.А. Комплексная терапия психосоматических расстройств в перименопаузальный период. // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 1. – С.91-95.
5. Bond, S.M. Healthy Transitions: a Woman's Guide to Perimenopause, Menopause, & Beyond / S.M. Bond // J. Midwifery Womens Health. – 2005. – Vol. 50. – №3. – 29p.
6. Lock, M. Symptom reporting at menopause: a review of cross-cultural findings / M. Lock // J. Br. Menopause Soc. – 2002. – Vol.8. – №4. –P. 132-136.

УДК 611.9:618.3

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПЕРВОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА СО СРОКОМ ГЕСТАЦИИ 22–27 НЕДЕЛЬ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ

О.В. Яковлева – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС, кандидат медицинских наук; **Л.В. Музурова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, доцент кафедры анатомии человека, доктор медицинских наук. E-mail: smirnova.n.v@list.ru

У женщин 22–35 лет второго триместра беременности изучены частота встречаемости различных соматотипов и факторы, предрасполагающие к возникновению угрозы прерывания беременности. Установлено, что представительницы различных соматотипов характеризуются разной частотой встречаемости экстрагенитальной и генитальной патологии.

Ключевые слова: соматотип, беременность, угроза прерывания беременности.

ANALYSIS OF PREDISPOSING FACTORS TO ABORTION IN WOMEN OF THE FIRST PERIOD OF MATURE AGE OF DIFFERENT SOMATOTYPES WITH 22 – 27 WEEKS GESTATIONAL PERIOD

O. V. Yakovleva – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Raising Skills Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science; **L. V. Muzurova** – Saratov State Medical University, Department of Anatomy, Assistant Professor, Doctor of Medical Science. E-mail: smirnova.n.v@list.ru

Frequency of occurrence of different somatotypes and predisposing factors to abortion in women at the age of 22 to 35 of the 2-nd trimester of pregnancy has been under study. It is determined the women with different somatotypes are characterized by different frequency of occurrence of extragenital and genital pathology.

Key words: somatotype, pregnancy, abortion threat.

В последнее десятилетие в прикладной медицине пристальное внимание уделяется антропологическим исследованиям [4,5]. Эти работы заинтересовали клиницистов различных специальностей, так как одной из важных задач модернизации и перспективы развития медицины является перенос акцента с изучения патогенеза и терапии болезней на познание факторов, укрепляющих здоровье. Общепризнанной частью характеристики здоровья считается

оценка физического развития, общей и локальной конституции, функционального состояния органов и систем организма в целом [6].

Прогнозирование и профилактика невынашивания беременности и преждевременных родов, причиной которых могут быть родовое излитие вод, истинно-цервикальная недостаточность шейки матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, является чрезвычайно важной за-