

# Полисенсорная релаксация как метод медицинской реабилитации психоэмоциональных нарушений у женщин с климактерическим синдромом

Т.Е. Белоусова

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Представлены результаты медицинской реабилитации пациенток с климактерическим синдромом легкой и средней степени тяжести (72 женщины, средний возраст  $50 \pm 4,5$  года) с применением негормональной медикаментозной терапии и метода полисенсорной релаксации. У женщин с преобладанием в клинической картине психоэмоциональных нарушений достигнута максимальная эффективность при применении сочетания препарата климадинон и курсов полисенсорной релаксации, что выразилось в нормализации клинической картины заболевания, психоэмоционального статуса, церебральной гемодинамики у 68% женщин.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, полисенсорная релаксация, церебральная гемодинамика, психоэмоциональное состояние.

This article represents the results of after care treatment for females with mild or moderate menopausal symptoms (72 women aged of  $50 \pm 4.5$  years) under application of non-hormonal pharmaceuticals and multisense relaxation. Women with mental and emotional distress dominating in their clinical picture were most effectively treated with the combination of Klimadynon and sessions of multisense relaxation. As a result of such treatment there was an improvement in the clinical picture, emotional state and encephalitic circulatory dynamics of 68 % women.

**Key words:** menopausal syndrome, multisense relaxation, encephalitic circulatory dynamics, mental and emotional state.

Одним из приоритетных направлений неврологии и медицинской реабилитации является внедрение новых, эффективных методов физиотерапевтической коррекции нарушений функционального состояния нервной и эндокринной систем организма. Это имеет большое значение для лечения и профилактики социально значимых болезней старения, таких как климактерический синдром (КС). Клинические симптомы, сопровождающие возрастную перестройку женского организма, нарушают общее самочувствие и эмоциональный статус, снижают работоспособность и ухудшают качество жизни у 60–80% женщин в возрасте от 45 до 60 лет, в том числе за счет развития признаков хронической цереброваскулярной недостаточности и вегетативной дисфункции (Белоусова Т.Е., 1998; Е.И. Гусев, 1999; А.В. Густов, 2003; В.Н. Григорьева, 2004).

Одним из основных стандартных методов профилактики и коррекции КС является заместительная гормонотерапия в сочетании с использованием нейротропных препаратов (Я.З. Зайдиева, 2001; Е.М., Вихляева, 2002; В.П. Сметник, 2004; В. Wren, 1998; М. Hattery, 1999; J. Montgomery, 2001). Несмотря на несомненные преимущества, стандартная медикаментозная терапия не лишена побочных эффектов, а в ряде случаев заместительная гормонотерапия противопоказана пациенткам. Изолированное применение негормональных лекарственных препаратов также далеко не всегда решает данную проблему. Немедикаментозная медицина широко использует лечебно-профилактический потенциал различных физических факторов, которые могут быть перспективными для предупреждения развития КС или помогут более мягкому его течению (Боголюбов В.М., 2004; Е.А. Турова, 2007; В.К. Фролков, 2008).

Практическая реализация задачи восстановления здоровья и трудоспособности женщин с КС связана с обоснованным выбором методов медицинской реабилитации. Результаты, полученные рядом современных авторов, свидетельствуют о том, что формирование клинической картины больных с КС не ограничено наличием

типичных симптомов заболевания и сопутствующей экстрагенитальной патологией, а сопряжено с дисфункцией вегетативной нервной системы (ВНС) и нарушениями мозгового кровотока, преимущественно в сосудах вертебробазилярного бассейна.

Основной задачей применения методов физической терапии в медицинской реабилитации больных с КС является воздействие на основные патогенетические механизмы заболевания: центральная регуляция репродуктивной системы, церебральная гемодинамика, адаптивно-приспособительные реакции, обменно-эндокринные нарушения, что ведет к коррекции психоэмоциональных проявлений КС (А.Г. Арутюнов, 2005; П.С. Турзин, 2005; Белоусова, 2006, 2007; П.С. Турзин, Т.Е. Белоусова, 2011 и др.).

Ранее выявленное положительное влияние полисенсорной релаксации (ПСР) — светозвуковой релаксации (СЗР) или биоритмостимуляции — на состояние вегетативной нервной системы, психоэмоциональный статус и обменные процессы, а также церебральную гемодинамику при ряде болезней старения позволило применить ПСР у женщин с КС легкой и средней степени тяжести [1] (Белоусова, 2006; Белоусова Т.Е., Турзин П.С., 2011).

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: изучить клинико-неврологические показатели у женщин с КС типичной формы легкой и средней степени тяжести в ходе медицинской реабилитации с применением метода ПСР.

## Задачи исследования

1. Изучить неврологический статус и церебральную гемодинамику у женщин с КС типичной формы с различными фазами климактерия и степенью тяжести заболевания.

2. Проследить динамику клинической картины заболевания, состояния церебральной гемодинамики, ВНС и эмоционального статуса у женщин с КС типичной фор-

мы под влиянием СЗР в сочетании с негормональным медикаментозным лечением препаратом климадинон.

3. Оценить клиническую эффективность восстановительного лечения с применением СЗР для женщин с КС типичной формы на фоне негормональной медикаментозной терапии препаратом климадинон.

### Материалы и методы

Для решения поставленных задач было проведено комплексное клиничко-физиологическое обследование женщин, страдающих типичной формой КС легкой и средней степени тяжести. Диагноз заболевания устанавливали согласно классификации МКБ-10 (1980) и Е.М. Вихляевой (2002), о степени тяжести судили по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (ММИ, 1982).

Клиническое обследование включало в себя сбор анамнеза, клиничко-неврологическое исследование, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, определение уровня гормонов в периферической крови (лютеинизирующий гормон – ЛГ, фолликулостимулирующий гормон – ФСГ, эстрадиол, прогестерон, пролактин, тестостерон), стандартные лабораторные и биохимические исследования. Для изучения церебральной гемодинамики использовали метод реоэнцефалографии (РЭГ) по общепринятой методике при фронтомастоидальном и окципито-мастоидальном расположении электродов синхронно с обеих сторон с качественной и количественной оценкой реограмм (АПК «Valenta», НЕО НПП, Санкт-Петербург). Электропунктурную диагностику проводили с целью определения степени нарушений ВНС по методу Р. Фолля на аппарате «Мини-Эксперт ДТ» с программным обеспечением фирмы «ИМЕДИС» (Москва).

Для оценки состояния ВНС в процессе восстановительного лечения использовали «Опросник для выявления признаков вегетативных изменений», заполняемый пациенткой, и «Стандартную схему для выявления признаков вегетативных нарушений», заполняемую врачом (Вейн А.М., 2000).

Нейropsихологическое обследование включало оценку реактивной и личностной тревожности по «Шкале самооценки уровня тревоги» (Ч.Д. Спилбергер и Ю.Я. Ханин, 1995); тестирование по методике САН.

Статистическую обработку полученных результатов проводили на базе пакета статистических программ SPSS 12.0, Statistika 6.0. Во всех случаях достоверными считали различия с уровнем статистической значимости  $p < 0,05$ .

Под наблюдением были 72 пациентки с типичной формой КС легкой и средней степени тяжести. Средний возраст больных составил  $50,0 \pm 4,5$  года; от 44 до 49 лет – 55 (54%), от 50 до 55 лет – 47 (46%) женщин. По фазам климактерия: в пременопаузе – 46 (48%), в постменопаузе – 55 (52%) больных. По длительности климактерических нарушений: до 5 лет – 75 (73%) больных, от 5 до 7 лет – 21 (20%), более 7 лет – 7 (7%) больных. При обращении в пременопаузе регулярный менструальный цикл был у 10 (22%) женщин, нерегулярный с интервалами 3–6 мес – у 36 (78%). Длительность постменопаузы составила от 6 мес до 8 лет. Средний возраст наступления менопаузы –  $50,1 \pm 1,9$  года. Легкая степень КС была выявлена у 61 (59%) больных, средней степени тяжести – у 42 (41%).

В соответствии с задачами исследования все женщины с КС были распределены на 2 сопоставимые по основным клиничко-функциональным характеристикам группы. Лечение всех пациенток проводили на фоне негормональной медикаментозной терапии – препаратом климадинон («Ornica», Германия) по 30 капель или по 1 таблетке 2 раза в сутки через 1 ч после еды.

**1-я группа** состояла из 40 женщин с типичной формой КС легкой и средней степени тяжести, получавших в течение 3 мес негормональную медикаментозную терапию препаратом климадинон.

**Во 2-й группе**, включающей 32 женщин с КС типичной формы, легкой и средней степеней тяжести, наряду с негормональной медикаментозной терапией (климадинон) в течение 3 мес применяли метод ПСР с помощью аппарата «РИТМ–ПОЛЕТ» с обратной связью по дыханию. Курс СЗР состоял из 10–15 ежедневных процедур длительностью по 20–30 мин, по методике с обратной связью по дыханию. Курсы ПСР проводили 1 раз в месяц в течение 3 мес реабилитационного лечения.

### Результаты и обсуждение

При обращении основными жалобами пациенток были приливы жара к лицу и верхней части туловища (у 89,3%) и гипергидроз (у 87,4%). Другие распространенные жалобы: головная боль (86,4%), нарушения сна (83,3%), сниженный фон настроения (82,5%), раздражительность и плаксивость (79,6%), ухудшение памяти (78,6%), снижение работоспособности (73,7%), головокружения (70,6%).

В неврологическом статусе наиболее часто выявляли начальные признаки хронической цереброваскулярной недостаточности – 42%, вегетативной дисфункции – у 51% пациенток. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь I стадии – у 28%, ишемическая болезнь сердца – у 13%, сахарный диабет – у 11% женщин.

У большого количества женщин заболевание протекало на фоне отягощенного гинекологического анамнеза: дисфункции яичников – у 48,9%, хронических заболеваний органов женской половой системы – у 26,4%, эрозий шейки матки – у 15,2%, миомы матки – у 9,1% женщин. Первичным и вторичным бесплодием страдали 20,4%, невынашиванием беременности – 3,1% пациенток.

Значительные изменения регистрировали в вегетативной сфере в виде яркого красного стойкого дермографизма (34,9%), белого дермографизма (20,1%), появления сосудистых пятен на шее и груди (15,6%), лабильности артериального давления (13,8%), тахикардии (11,0%), непереносимости духоты (69,7%), ухудшения самочувствия при смене погоды (48,6%).

По данным врачебной «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» (А.М. Вейн, 2000) показатели соответствовали выраженному синдрому вегетативной дистонии: в 1-й группе –  $42,9 \pm 4,9$  балла, во 2-й группе –  $43,1 \pm 4,9$  балла. Полученные результаты были сопоставимы с результатами анкетирования пациенток по «Опроснику для выявления признаков вегетативных нарушений»: в 1-й группе –  $36,5 \pm 3,92$  балла, во 2-й группе –  $36,9 \pm 3,89$  балла.

Исходные замеры электропроводности в точках акупунктуры по методу Р. Фолля у женщин с КС достоверно отличались от значений, полученных при обследовании

Динамика клинических проявлений КС в результате комплексного лечения (в %, n=72)

Проявления	Степень тяжести КС	1-я группа (n=40)	2-я группа (n=32)	Достоверность, $p_{1-2}$
Психо-эмоциональные	Легкая	62 $p=0,05$	87 $p=0,01$	0,004
	Средняя	56 $p=0,69$	73 $p=0,04$	0,006
Нейро-вегетативные	Легкая	70 $p=0,04$	81 $p=0,01$	0,001
	Средняя	58 $p=0,72$	69 $p=0,03$	0,002

Примечание. При сравнении показателей между группами использовали критерий Мак-Немара  $\chi^2$  с уровнем статистической значимости  $p < 0,05$ .

12,8±1,3 до 8,6±0,9 ( $p=0,0503$ ) и с 23,2±1,1 до 17,1±1,4 ( $p=0,1628$ ) балла соответственно. При преобладании в клинической картине психоэмоциональных нарушений показатели ММИ снизились следующим образом: во 2-й группе (СЗР) – с 13,6±1,9 до 4,7±1,6 ( $p=0,0342$ ) и с 27,1±1,4 до 12,9±1,3 балла ( $p=0,0275$ ); в 1-й группе – с 12,9±0,5 до 8,2±0,9 ( $p=0,0394$ ) и с 26,7±2,2 до 18,4±1,6 ( $p=0,0856$ ) балла соответственно. Сравнительная характеристика результатов медицинской реабилитации представлена в табл. 2.

В исследуемых группах под влиянием проводимых комплексов медицинской реабилитации отмечена значительная положительная динамика вегетативных симптомов: регрессировали или значительно уменьшились головные боли, повышенная потливость, акрогипергидроз, зябкость и похолодание кистей рук, кардиалгии; пациентки стали меньше обращать внимание на общую слабость и ухудшение состояния при смене погоды.

Таблица 2

Количество больных с КС с исчезновением или значительным уменьшением субъективной симптоматики в результате медицинской реабилитации (в %, n=72)

Симптомы	1-я группа (n=40)	2-я группа (n=32)	Достоверность, $p_{1-2}$
Приливы	69 $p=0,04$	86 $p=0,001$	0,002
Головные боли	64 $p=0,18$	79 $p=0,23$	0,005
Гипергидроз	56 $p=0,05$	72 $p=0,04$	0,001
Депрессия	57 $p=0,31$	88 $p=0,001$	0,0001
Раздражительность	53 $p=0,08$	79 $p=0,03$	0,004
Нарушения сна	58 $p=0,06$	76 $p=0,03$	0,006
Снижение работоспособности	61 $p=0,02$	85 $p=0,01$	0,005
Ухудшение памяти	52 $p=0,14$	73 $p=0,02$	0,006

Примечание. При сравнении показателей между группами использовали критерий Мак-Немара  $\chi^2$ , уровень статистической значимости  $p < 0,05$ .

группы здоровых женщин, и имели ирритативный характер.

При нейропсихологическом обследовании по «Шкале самооценки уровня тревоги» Ч.Д. Спилбергера и Я.Ю. Ханина были отмечены высокие уровни как реактивной (в 1-й группе – 52,1±6,5 балла, во 2-й группе – 49,1±4,9 балла), так и личностной тревожности (в 1-й группе – 50,4±3,4 балла, во 2-й – 48,1±4,8 балла).

Полученные данные по шкале САН свидетельствовали о наличии ипохондрических фиксаций, тревожных расстройств и негативного восприятия женщинами своего состояния. Показатель «самочувствие»: в 1-й группе составил 3,91±0,3 балла, во 2-й группе – 3,81±0,19 балла; «активность» в 1-й группе – 3,77±0,3 балла, во 2-й группе – 3,92±0,18 балла; «настроение» в 1-й группе – 4,15±0,4 балла, во 2-й группе – 3,98±0,9 балла.

По данным РЭГ в исходном состоянии отмечали повышенный сосудистый тонус преимущественно в вертебробазилярной системе с затруднением венозного оттока из полости черепа; были повышены показатели состояния тонико-эластических свойств сосудов. Значения показателей РЭГ у женщин с КС до курса медицинской реабилитации составили: 1) реографический индекс (РИ) – в 1-й группе 1,7±0,1 балла, во 2-й группе 1,51±0,01 балла; 2) время распространения волны реографической (ВРВР) – в 1-й группе 0,17±0,3 балла, во 2-й группе 0,16±0,2, в 3-й группе 0,18±0,03 балла; 3) модуль упругости (МУ) – в 1-й группе 24,6±2,2 балла, во 2-й группе 25,3±2,1 балла; 4) венозный отток (ВО) – в 1-й группе 22,8±4,4 балла, во 2-й группе 22,6±3,2 балла; 5) дикротический индекс (ДКИ) – в 1-й группе 0,8±0,04 балла, во 2-й группе 0,82±0,03 балла; 6) индекс периферического сопротивления (ИПС) – в 1-й группе 2,55±0,2 балла, во 2-й группе 2,46±0,2 балла; 7) диастолический индекс (ДСИ) – в 1-й группе 0,8±0,05 балла, во 2-й группе 0,83±0,05 балла; 8) коэффициент асимметрии (КА) – в 1-й группе 20,9±4,2%, во 2-й группе 19,8±4,3%.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у большинства обследуемых женщин с КС признаков хронической цереброваскулярной недостаточности.

Исходный гормональный статус характеризовался низким уровнем эстрадиола в пременопаузе и постменопаузе: в 1-й группе – 95,4±8,6 и 40,1±5,9 пмоль/л, во 2-й группе – 115,2±8,3 и 49,1±3,7 пмоль/л соответственно. Концентрация ЛГ в пре- и постменопаузе: в 1-й группе составила 38,3±2,1 и 66,4±3,2 ед/л соответственно, во 2-й группе – 37,8±1,8 и 68,4±2,6 ед/л. Выявлен высокий уровень ФСГ: в 1-й группе – 51,2±2,6 и 83,5±6,8 ед/л, во 2-й группе – 49,6±2,1 и 87,2±3,4 ед/л соответственно.

#### Результаты медицинской реабилитации

При применении курсового лечения методом СЗР (1 курс в месяц на протяжении 3 мес) получили высокую клиническую эффективность у женщин с преобладанием в клинической картине КС психоэмоциональных нарушений (табл. 1).

Полученные данные подтверждают результаты оценки динамики модифицированного менопаузального индекса (ММИ), который достоверно снизился у пациенток с нейровегетативными проявлениями КС легкой и средней степени тяжести: во 2-й группе (климадинон и СЗР) с 12,9±1,5 до 7,4±0,7 ( $p=0,0167$ ) и с 25,7±0,3 до 16,2±0,6 балла ( $p=0,0495$ ); в 1-й группе (климадинон) с

Таблица 3

Динамика показателей шкалы САН у больных с КС до и после медицинской реабилитации (в баллах, n=72)

Показатель	Период исследования	1-я группа (n=40)		2-я группа (n=32)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Самочувствие	До лечения	3,91±0,3	3,81±0,19		
	После лечения	4,73±0,1 p=0,0261	5,92±0,2 p=0,0390		
Активность	До лечения	3,77±0,3	3,92±0,18		
	После лечения	4,92±0,3 p=0,0164	6,02±0,17 p=0,0175		
Настроение	До лечения	4,15±0,4	3,98±0,9		
	После лечения	5,08±0,2 p=0,0175	6,15±0,18 p=0,0120		

Примечание. При сравнении показателей использовали t-критерий Стьюдента с уровнем статистической значимости p<0,05.

Отмечено улучшение показателей по «Схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений»: во 2-й группе на 31,5% – с 43,1±4,98 до 29,5±4,01 балла (p=0,0397, n=32), в 1-й группе на 28% – с 42,9±4,94 до 30,6±3,95 балла (p=0,0572, n=40). Сопоставимые результаты получены и по «Опроснику для выявления признаков вегетативных изменений».

По данным шкалы тревоги Ч.Д. Спилбергера и Ю.Я. Ханина во всех группах наблюдений снизилось среднее значение показателя реактивной тревожности: на 20% во 2-й группе – с 48,8±5,9 до 39,4±4,2 балла (p=0,0317, n=32), в 1-й группе больных – с 51,1±6,5 до 46,9±5,2 балла (p=0,0479, n=40).

Нормализация психоэмоционального статуса у больных с КС выражалась в исчезновении или уменьшении раздражительности, плаксивости, эмоциональной лабильности, утомляемости, улучшении настроения (табл. 3).

По данным РЭГ в исходном состоянии отмечали увеличение периферического сосудистого сопротивления и затруднение оттока венозной крови. В результате проведенного курса лечения во всех группах наблюдали положительные изменения со стороны церебральной гемодинамики: улучшение тонико-эластических свойств сосудистой стенки, нормализацию венозного оттока из полости черепа (в 1-й группе ВО снизился с 22,8±4,4 до 18,5±3,2 балла при p=0,0454, во 2-й группе – с 22,6±3,2 до 11,7±4,2 при p=0,0353), нарастание величины пульсового кровенаполнения и регресс межполушарной асимметрии (КА в 1-й группе уменьшился с 20,9±4,2 до 16,4±4,2% при p=0,0359, во 2-й группе – с 19,8±4,2 до 11,6±2,1% при p=0,0417). По данным РЭГ, у 70% пациенток при использовании полисенсорной релаксации в сочетании с климадиномом и у 45% больных в группе с негормональной медикаментозной терапией установлена нормализация мозговой гемодинамики в виде устранения дефицита кровенаполнения головного мозга на фоне улучшения венозного оттока (табл. 4).

Положительные изменения церебральной гемодинамики способствовали нормализации функции системы гипофиз–яичники. Уровень ЛГ уменьшился в пре- и постменопаузе: у пациенток 1-й группы с 38,3±2,1 до 26,4±2,3 (p=0,0101)

и с 66,4±2,3 до 48,5±1,6 ед/л (p=0,0618), во 2-й группе с 37,8±1,8 до 24,9±1,6 (p=0,0178) и с 68,4±2,6 до 45,6±1,9 (p=0,0134) соответственно. Содержание ФСГ снизилось в 1-й группе с 51,2±2,6 до 34,7±2,2 ед/л в пременопаузе (p=0,0618) и с 83,5±6,8 до 62,7±3,9 (p=0,0241) в постменопаузе, во 2-й группе с 49,6±2,1 до 30,5±2,3 (p=0,0140) и со 87,2±3,4 до 54,5±5,6 ед/л (p=0,0485) соответственно.

Под влиянием комплексного восстановительного лечения отмечено улучшение функционального состояния яичников, что подтверждено повышением уровня эстрадиола в исследуемых группах. У больных 2-й группы в пременопаузе уровень эстрадиола повысился с 115,2±8,3 до 156,3±9,1 пмоль/л (p=0,0307) и в постменопаузе – с 49,1±3,7 до 65,6±3,2 пмоль/л (p=0,0485), в 1-й группе – с 95,4±8,6 до 113,6±9,2 пмоль/л (p=0,0425) и с 40,1±5,9 до 60,3±5,2 пмоль/л (p=0,0549) соответственно.

Таким образом, медицинская реабилитация пациенток с КС легкой и средней степени тяжести с применением курса ПСР на фоне терапии препаратом климадинон способствовала коррекции гормонального статуса преимущественно у пациенток в пременопаузе с сохраненным ритмом менструаций. Данные УЗ-исследований органов малого таза свидетельствовали об отсутствии отрицательной динамики в состоянии женской половой сферы.

По результатам электропунктурной диагностики после курса восстановительного лечения достигнута достоверная нормализация средних показателей электропроводности в проекционных точках симпатического отдела ВНС у пациенток 2-й группы. Причем полную и быструю нормализацию вышеуказанных значений удалось достигнуть у 50% больных к 5–6-й процедуре ПСР.

На предварительном этапе исследования мы дополнительно проанализировали группу плацебо и убедительно доказали целесообразность использования негормонального медикаментозного лечения в терапии КС. Клиническая эффективность в виде значительного

Таблица 4

Динамика показателей РЭГ у больных с КС в FM отведении до и после курса медицинской реабилитации (в баллах)

Показатели	Норма	1-я группа (n=40)		2-я группа (n=32)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
РИ	0,9 – 1,7	1,7±0,01	1,6±0,01 p=0,2549	1,51±0,01	1,24±0,02 p=0,0209
ВРВР	0,18-0,2	0,17±0,3	0,16±0,2 p=0,0801	0,17±0,03	0,15±0,04 p=0,0201
МУ	15-20	24,6±2,2	22,8±2,1 p=0,0670	25,3±2,1	20,4±2,2 p=0,0424
ВО	0 - 20	22,8±4,4	18,5±3,2 p=0,0454	22,6±3,2	11,7±4,2 p=0,0353
ДКИ	0,45-0,6	0,8±0,04	0,7±0,04 p=0,0637	0,82±0,03	0,51±0,04 p=0,0608
ИПС	1,45-1,9	2,55±0,2	2,33±0,2 p=0,1140	2,46±0,2	2,01±0,3 p=0,0247
ДСИ	0,50-0,6	0,8±0,05	0,7±0,05 p=0,0509	0,83±0,05	0,56±0,05 p=0,0534
КА (в %)	0 - 20	20,9±4,2	16,4±4,2 p=0,0359	19,8±4,2	11,6±2,1 p=0,0417

Примечание. При сравнении показателей использовали t-критерий Стьюдента при уровне статистической значимости p<0,05.

улучшения или улучшения в группе пациенток, получавшей климадинон, составила 64,5% ( $p=0,049$ ) и незначительное улучшение или без перемен констатировано у 35,5% ( $p=0,056$ ) в группе плацебо. Согласно данным литературы, эффективность этого вида лечения КС составляет не более 50–60% (Е.М. Вихляева, 2002; В.П. Сметник, 2004).

#### Результаты отдаленных наблюдений

Высокая клиническая эффективность медицинской реабилитации КС с использованием ПСР на фоне климадинона подтверждена результатами отдаленных наблюдений. Установлено, что сохранение достигнутых результатов после курса медицинской реабилитации, включающий препарат климадинон в сочетании с курсом СЗР, отмечено у 60% ( $p=0,001$ ) больных с КС легкой степени в течение 9 мес наблюдения, с дальнейшим снижением этого показателя до 40% ( $p=0,01$ ) при сроке наблюдения до 1 года (при средней степени тяжести – в течение 6 мес у всех больных). В то время как после негормональной медикаментозной терапии препаратом климадинон сохранение достигнутых результатов отмечено у 40% ( $p=0,01$ ) больных с КС легкой степени до 9 мес и у 25% ( $p=0,03$ ) до 1 года (при среднетяжелом течении – 3–4 мес).

Проведенные исследования позволили выявить положительное влияние изученных комплексов медицинской реабилитации на основные звенья патогенеза КС. Улучшение состояния церебральной гемодинамики привело к нормализации функционального состояния гипоталамо-гипофизарного комплекса, что вызвало выравнивание соотношения гонадотропинов и нормализацию процессов в репродуктивной системе. Следовательно, курсовое лечение методом ПСР, применяемое на фоне негормональной медикаментозной терапии препаратом климадинон, является патогенетически обоснованным и высокоэффективным у пациенток с КС типичной формы, легкой и средней степени тяжести.

#### Выводы

1. У женщин с типичной формой КС средней степени тяжести имеются особенности церебральной гемодинамики в виде значительного повышения сосудистого тонуса в вертебробазиллярной системе с нарушением оттока, снижением эластико-тонических свойств сосудов и асимметрии кровотока. Это определяет значительную выраженность психоэмоциональных и вегетативных нарушений в клинической картине заболевания по сравнению с пациентками с типичной формой КС легкой степени.

2. Комплексное восстановительное лечение с применением курсового повторного лечения методом ПСР на фоне негормонального медикаментозного лечения препаратом климадинон нормализует клиническую картину заболевания, эмоциональный статус, церебральную гемодинамику у 68% женщин. Высокая клиническая эффективность ПСР в сочетании с климадином выявлена у женщин с преобладанием в картине заболевания психоэмоциональных нарушений.

3. Изученный комплекс медицинской реабилитации (климадинон и курсовое применение ПСР) КС типичной формы, легкой и средней степени тяжести у женщин позволяет достоверно сократить сроки купирования

симптомов заболевания (на 5–7-й день лечения), нормализовать церебральную гемодинамику, эмоциональный и вегетативный статус (к концу курса лечения – к 9–12-му дню лечения), восстановить качество жизни пациенток и достичь стойкой ремиссии до 6–9 мес. Данный лечебный вариант медицинской реабилитации женщин с КС можно применять на амбулаторном этапе лечения и особенно у пациенток, которым по сопутствующим причинам противопоказаны терапия гормональными препаратами и электротерапевтические методы коррекции КС.

#### Литература

1. Аверин С. В. Физиотерапия климактерического синдрома. Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – М.: Медицина, 2002. – №3. – 46–51 с.
2. Аверин С. В. Физиотерапия климактерического синдрома. Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – М.: Медицина, 2002. – №3. – 46–51 с.
3. Арутюнов А.Т., Белоусова Т.Е., Турзин П.С. и др. Биоритмостимуляция программируемым световым и звуковым воздействием. Нижний Новгород, Изд. Нижегородской медицинской академии, 2011, 24 с.
4. Белоусова Т.Е., Турзин П.С. Полисенсорная релаксация в лечении и профилактике психосоматических заболеваний. Нижний Новгород, Изд. Нижегородской медицинской академии, 2011, 56 с.
5. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринологической гинекологии. – М.: МИА, 1997. – 601 с.
6. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Р., Нурмухамедов А.И. и др. Сравнительная оценка эффективности фитозащитных и натуральных эстрогенов, применяемых в качестве заместительной гормонотерапии у больных климактерическим синдромом. Журнал акушерства и женских болезней. – СПб.: Нева-Люкс, 2002. – Т. 51, №1. – 68–73.
7. Гаврилова М.А., Боровкова Л.В., Белоусова Т.Е. Новый комплекс восстановительной терапии климактерического синдрома. Нижегородский медицинский журнал. – 2006. – №8. – 265–268 с.
8. Гаврилова М.А., Белоусова Т.Е. Восстановительная терапия больных с климактерическим синдромом в практике семейного врача. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Клинические протоколы в общей врачебной практике». – СПб., 2007. – 182–184 с.
9. Дюкова Г.М. Качество жизни женщины в период климактерия. Лечащий врач: Журнал для практикующего врача. – М.: Открытые системы, 2003. – №1. – 48–50 с.
10. Козловская Ж.Г., Кулишова Т.В. Транскраниальная электростимуляция в комплексном лечении женщин с климактерическим синдромом. // Материалы Всероссийского научного форума по восстановительной медицине, лечебной физкультуре, курортологии, спортивной медицине и физиотерапии. – М.: 2008. – 129–130 с.
11. Кустаров В. Н., Черниченко И.И., Чуданов С.В. Транскраниальная электростимуляция в терапии климактерического синдрома. // Эфферентная терапия. – С-Пб. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, 2004. – Т. 10, №1. – 37–41 с.

И др. авторы.