

ругическом отделении МУЗ ГKB № 7 г. Иванова. Диагноз был подтвержден клинически, данными УЗИ. Проводилось полное клиничко-лабораторное обследование пациенток. Полученные данные обработаны с использованием программы Statistica v. 6.0.

У 38 беременных на УЗИ был выявлен билиарный сладж (неоднородные структуры, взвесь, сгустки в желчи). В зависимости от наличия или отсутствия осложнений билиарного сладжа пациентки были разделены на две группы: I группа – 26 женщин с билиарным сладжем без осложнений, II группа – 12 женщин, у которых на фоне билиарного сладжа наблюдались клинические проявления острого билиарнозависимого панкреатита (ОБЗП).

При сборе анамнеза выявлено, что подавляющее большинство женщин ( $p < 0,05$ ) до беременности имели увеличение индекса массы тела (предиктор патологии желчного пузыря).

При анализе клиничко-анамнестических и лабораторных данных было обнаружено, что у женщин I группы на первое место выходили признаки дискинезии желчевыводящих путей, умеренного холестаза без явлений механической желтухи, тяжесть в правом подреберье (у 8 беременных – 34%), тошнота (у 18 беременных – 74%). В биохимическом анализе крови наблюдалось умеренное увеличение содержания прямой фракции билирубина (до  $10,2 \pm 2,3$  мкмоль/л), щелочной фосфатазы (до  $340 \pm 21$  ЕД) и трансаминаз (АЛТ – до  $45 \pm 4$ , АСТ – до  $56 \pm 6$ ).

У женщин II группы на первый план выходили признаки острого панкреатита, а именно: тошно-

та и рвота, опоясывающие боли в эпигастральной области, вздутие живота. Лабораторные данные свидетельствовали об умеренной гипербилирубинемии (до  $28 \pm 4$  мкмоль/л), лейкоцитозе (до  $15,4 \pm 6,2 \cdot 10^9$ /л), росте уровня диастазы мочи (до 2 048 ЕД).

С целью профилактики прогрессирования воспалительных изменений в поджелудочной железе и развития тяжелых осложнений острого панкреатита женщинам с ОБЗП назначалось консервативное инфузионное, спазмолитическое, противовоспалительное, антисекреторное, обезболивающее лечение. Несмотря на то что опыт применения сандостатина в период беременности и лактации минимальный, при отсутствии положительного эффекта от проводимой консервативной терапии в первые 4–6 часов в курс лечения включали прием сандостатина (в обычных дозировках). Парентеральное питание продолжалось до нормализации моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Вследствие раннего назначения комплексной интенсивной терапии признаков панкреонекроза, перитонита, абсцесса забрюшинного пространства ни в одном из случаев не было.

Таким образом, у беременных женщин на фоне билиарного сладжа, даже при отсутствии желчнокаменной болезни, возможно развитие ОБЗП. У женщин признаками билиарного сладжа на УЗИ и жалобами на тошноту и рвоту, опоясывающие боли в эпигастральной области, вздутие живота необходимо проводить раннюю интенсивную инфузионную терапию, направленную на профилактику осложнений острого панкреатита, что ведет к благоприятному исходу.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Валиуллина Н. З.,  
Зайнуллина Р. М.,  
Ящук А. Г.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Уфа)

Гормональный дисбаланс, возникающий в период менопаузы у женщин, часто обуславливает развитие патологического климакса, ухудшающего качество их жизни. Заместительная гормональная терапия при климактерическом синдроме в некоторых случаях противопоказана, так как у ряда больных приводит к негативным последствиям. Применение негормональных методов лечения (фито-, гидро-, психотерапия, лечебная физкультура и др.) не всегда обеспечивает желаемый эф-

фект. В связи с этим сохраняется необходимость поиска новых форм терапии. В последние годы большое значение придается комплексным методам лечения, в частности сочетанию лазеропунктуры и введения мексидола.

Целью нашего исследования стал клиничский анализ эффективности применения комплексного лечения ипохондрического синдрома у женщин в климактерическом периоде.

Проводилось комплексное лечение 105 больных в возрасте от 45 до 55 лет. Для постановки диагноза использовались данные анамнеза и психологических тестов. В клинике синдрома преобладали вегетососудистые и нервно-психические расстройства с выраженностью от 1,7 до 3,33 балла по 5-балльной системе, которая нарастала по мере увеличения длительности заболевания. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось с помощью ортоклиностагической пробы, исследования глазо-сердечного, зрачкового рефлексов, термометрии точки G14. Наряду с общеклиническими методами использовались электроэнцефалография, электрокардиография, определялся ударный объем сердца методом грудной реографии с расчетом по Кубичку. Гормональная функция яичников изучалась посредством тестов функциональной диагностики, учитывался уровень экскреции эстрогенов.

Больные были разделены на две группы. У 45 женщин, вошедших в 1-ю группу (контрольную) основным методом лечения было применение комбинированных эстрогенгестагенных препаратов, витаминов, транквилизаторов по общепринятой схеме. 60 женщин 2-й группы (основной) проходили комплексное лечение, состоящее из сочетанных курсов психо-, диетотерапии, приема мексидола и лазеропунктуры. Мексидол обладает широким спектром действия (церебропротективным, ноотропным), способствует коррекции микроциркуляции, активации иммунной системы. Препарат вводили внутримышечно в дозе 200 мг (4 мл) в сутки в течение 15 дней. После инъекции мексидола проводилась лазеропунктура.

Лазеропунктуру осуществляли ежедневно, воздействуя через день на RP6 и E36, ежедневно добавляя к каждой из них по 2–3 симптоматические точки. Воздействовали на точки базового рецептора излучением головки ЛОЗ при частоте следования импульсов 150 Гц, мощности импульса 10 Вт, в течение 32 с. Точки воздействия: местные – VC6, VC4, отраженные – TR6, V15, V18, общего действия – RP6, E36, C7, MC6. При головных болях и приливах крови – VB20, T20, VB6, E8. При бессоннице – VB39, E38, RP6, C7. При тахикардии – MC6, C7, C5, GJ11. Курс лечения состоял из 12–14 процедур.

Перерыв между первым и вторым курсом комплексного лечения составил 12–14 дней, между вторым и третьим – 1–1,5 месяца. Дополнительно была рекомендована лечебная гимнастика, фитотерапия.

До лечения у всех больных были обнаружены функциональные нарушения нервной системы – в основном в стволовых структурах головного мозга. Нередко встречались вспышки высокоамплитудной тета-активности. Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы с помощью функциональных нагрузок выявило повышенную ее возбудимость с преобладанием тонуса симпатического отдела над парасимпатическим. На ЭКГ в правых грудных отведениях у больных регистрировался отрицательный зубец T, свидетельствующий о дистрофии миокарда. Показатель ударного объема сердца, определяемый по данным реографии, был пониженным. Гормональный фон характеризовался нарастанием уровня эстрогенов и относительным уменьшением содержания прогестерона.

Клинические наблюдения свидетельствовали о том, что в результате проведенного лечения у больных обеих групп наблюдалось улучшение общего состояния. Однако значительное улучшение – в результате сочетанного применения медикаментозного метода и лазеропунктуры – имело место у пациентов основной группы. Выраженность симптомов у них оказалась в пределах  $2,35 \pm 0,31$  балла (у больных контрольной группы –  $2,75 \pm 0,89$  балла). У большинства пациентов основной группы (55 из 60 человек) наблюдалось восстановление биоэлектрической активности головного мозга, значительно уменьшилось возбуждение вегетативной нервной системы, нормализовалась ЭКГ-картина, произошли значительные сдвиги в концентрации половых гормонов, возросло гестагенное влияние, что характерно для физиологического климакса. У больных контрольной группы такие изменения не зафиксированы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о хорошем клиническом эффекте комплексного метода, лечения больных с ипохондрическим синдромом в климактерическом периоде, включающего прием мексидола и лазеропунктуру.