

Висновки

У гострому періоді хвороби у дітей, які часто хворіють на ГЛСТ та грип А, відбувається посилення продуктивної функції міокарда за рахунок збільшення систолічного та хвилиного об'ємів крові, об'ємної швидкості викиду, сили серцевих скорочень, що супроводжується зниженням периферичного опору.

Підвищення даних показників, які характеризують стан серцево-судинного гомеостазу в ЧХД, свідчить про виражену гіпердинамію міокарда.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. — Саратов, 1996. — 126 с.

2. Осколкова М. К. Функциональные методы исследования системы кровообращения у детей. — М.: Медицина, 1988. — 270 с.

3. Кубышкин В. Ф. Фазы и периоды сердечного цикла. — М.: Медицина, 1982. — 140 с.

4. Тузанкина И. А. Часто болеющие дети. — М.: Медицина, 1993. — 134 с.

5. Черток Е. Д. Диспансеризация и этапная реабилитация часто болеющих детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 1992. — 14 с.

6. Осколкова М. К., Красина Г. А. Реография в педиатрии. — М.: Медицина, 1980. — 215 с.

УДК 618.173:618.179

Н. М. Нізова, О. М. Павловська

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З РІЗНИМ РЕПРОДУКТИВНИМ АНАМНЕЗОМ

Одеський державний медичний університет

Клімактеричний період — це фізіологічний стан жінки, протягом якого на фоні загальних вікових змін організму переважають інволютивні процеси в репродуктивній системі, зумовлені згасанням функції яєчників.

У більшості жінок 45–60 років спостерігаються вегетосудинні, психоневротичні та обмінні розлади, які можуть бути тривалими й тяжкими за перебігом, призводити до втрати працездатності, порушення психосоціальної адаптації [1–3]. У зв'язку з цим в сучасній клінічній гінекології виділяють так званий клімактеричний синдром (КС) — своєрідний симптомокомплекс, виникнення якого пов'язане з порушеннями адаптаційних механізмів і метаболічної рівноваги в період вікової перебудови нейроендокринної системи на фоні прогресуючого згасання функції яєчників. Наявність КС ускладнює фізіологічний перебіг клімактеричного періоду [4, 5].

Метою нашої роботи стало вивчення особливостей перебігу КС у жінок з різним репро-

дуктивним анамнезом в перименопаузальному періоді.

Матеріали та методи дослідження

Нами проводились динамічні клінічні спостереження за 60 жінками віком 46–55 років, яких розділили на дві групи:

I (основна) група становила 30 жінок з непорушеною репродуктивною функцією в анамнезі.

II (порівняльна) група — до неї увійшло 30 жінок з порушеною репродуктивною функцією, в анамнезі яких були часті запальні захворювання внутрішніх статевих органів, тривала безплідність, порушення менструального циклу, наявність мимовільних викиднів, ускладнення вагітності та пологів.

Усім пацієнткам проводили клініко-інструментальне обстеження: лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, визначення рівня глікемії), аналіз скарг та суб'єктивних відчуттів, умов праці та побуту, особливостей загального та репродуктивного анамнезу,

вимірювання артеріального тиску (АТ), реєстрацію ЕКГ у 12 стандартних відведеннях.

Результати дослідження та їх обговорення

Значне місце в клінічній картині захворювання посідали різноманітні психоемоційні та вазомоторні розлади. Як правило, психоемоційні розлади з'являлися перед менопаузою або протягом року після неї, тимчасом як вазомоторні порушення часто ставали домінуючими протягом року після менопаузи і тривали в середньому до 5 років.

Найбільш типовими проявами КС були періодичні припливи жару та пітливості. Більшість жінок відмічали відчуття «завмирання» серця, брак повітря, внутрішньочерепний тиск, що межує з головним болем, появу пітливості, нудоти, запаморочення, різку слабкість. В I групі припливи жару відмічалися у 18 (60 %) жінок, гіпергідроз — у 9 (30 %), озноби — у 8 (26,6 %) жінок. У II групі припливи жару спостерігалися у 20 (66,7%) пацієнток, підвищена пітливість — у 13

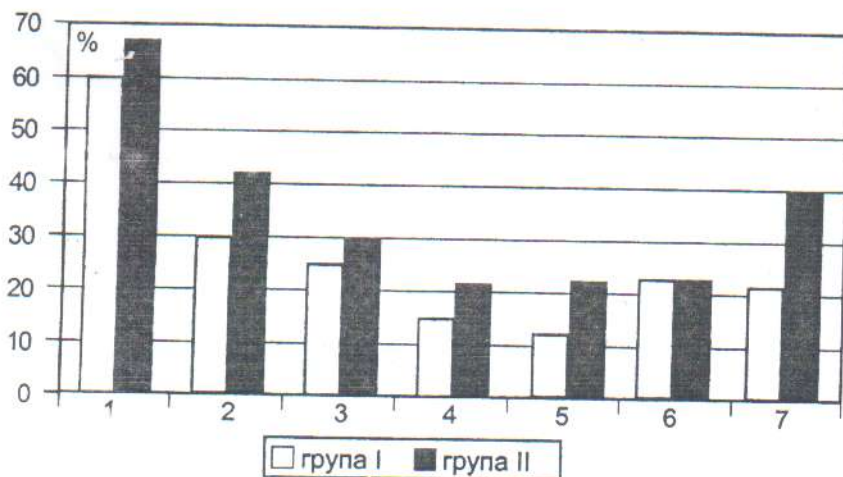


Рис. 1. Частота симптомів клімактеричного синдрому в I і II групах: 1 — припливи жару; 2 — гіпергідроз, 3 — озноби; 4 — головний біль; 5 — порушення сну; 6 — підвищення збудливості; 7 — зниження працездатності

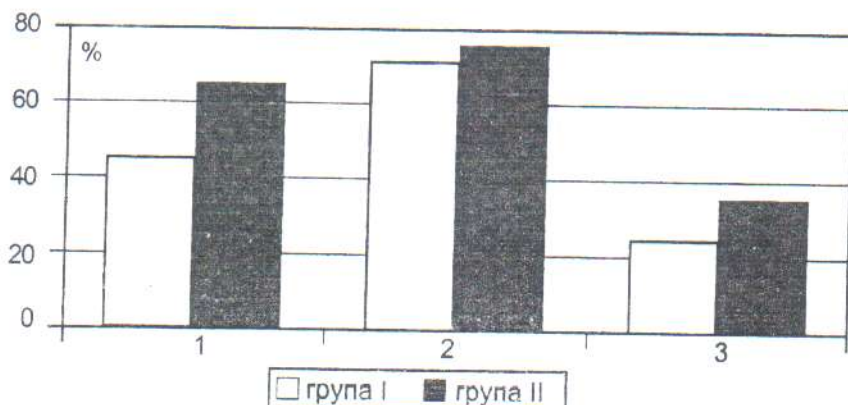


Рис. 2. Частота основних кардіоваскулярних симптомів у жінок I і II груп: 1 — біль у ділянці серця; 2 — лабільність артеріального тиску; 3 — симпатоадреналові кризи різного ступеня виразності

(43,3 %), скаржились на періодичні озноби 9 (30 %) жінок.

У пацієнок нерідко спостерігалися прояви астеноневротичного синдрому: підвищена дратівливість, часта зміна настрою — у 7 (23,3 %) жінок обох груп; на порушення сну скаржилися 4 (13,3 %) пацієнтки I групи і 7 (23,3 %) II групи; періодичні головні болі непокоїли 5 (16,6 %) жінок I групи і 8 (26,6 %) II групи; загальну слабкість та зниження працездатності відзначено у 7 (23,3 %) та 12 (40 %) осіб відповідно (рис. 1).

На кардіалгії різного характеру, інтенсивності та тривалості скаржилися 14 (48,5 %) жінок I групи та 20 (67 %) жінок II групи, на лабільність АТ — 21 (70 %) пацієнтка I групи та 23 (76,7 %) II, причому пароксизми АТ у вигляді симпато-

адреналових кризів різного ступеня виразності спостерігалися у 7 (23,3 %) та 11 (36 %) пацієнок відповідно (рис. 2). Пароксизми АТ виникали як у спокої, так і в активному стані, іноді при психічному збудженні. В інтервалі між пароксизмами АТ тримався на нормальному рівні. Коливання АТ, що виходили за межі фізіологічних (140/90 мм рт. ст.), безпосередньо не пов'язували з виникненням КС, враховуючи, що вони є першими клінічними проявами латентної гіпертонічної хвороби.

Таким чином, згасання функції репродуктивної системи жінки супроводжується комплексом вегетативно-судинних, метаболічних, психоневротичних порушень різного ступеня виразності. Хронологічне настання менопаузи, а

також виразність клінічних проявів КС перебуває під впливом багатьох факторів. Зокрема, дегенеративні процеси в яєчниках, захворювання запального характеру (оваріїти, перитоніти), а також хірургічні втручання на придатках матки змінюють оваріальну секрецію. Такий самий вплив мають і важкі умови життя (психічні травми, перевтома, недостатнє харчування).

Висновки

1. У жінок з порушеною репродуктивною функцією клімактеричний синдром виникає частіше і перебігає тяжче порівняно з жінками з непорушеною репродуктивною функцією в анамнезі.

2. Значне місце в клінічній картині клімактеричного синдрому посідають психоемоційні та вазомоторні розлади, які є домінуючими в середньому близько 5 років після менопаузи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балан В. Е. Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города // *Акушерство и гинекология*. — 1995. — № 3. — С. 25-28.
2. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Капушева Л. М. Постменопауза. Физиология и патология // *Вест. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов*. — 1998. — № 2. — С. 45-49.
3. Венига А. Психологические и психиатрические аспекты климакса // *Проблемы репродукции*. — 1996. — № 5. — С. 51-56.
4. Вихляева Е. М. Постменопаузальный синдром и стратегия заместительной гормональной терапии // *Акушерство и гинекология*. — 1997. — № 5. — С. 51-56.
5. Hammar M., Berg G., Lindren R. Which somatic symptoms are caused by steroid-hormone decreases around and after menopause and how common are they? // *The climacteric and it's treatment*. — UK. — Carnforth. — 1997. — P. 67-73.