

of the androgen status of postmenopausal women treated with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy // Fertil Steril 2001;75:554-9.

23. Chakravarty S, Collins WP, Thom M, Studd J. Relation between plasma hormone profiles, symptoms, and response to oestrogen treatment in women approaching the menopause // Br Med J 1979;1:983-85.

24. Barreti-Connor E, Von Muhlen DG, Kritz-Silverstein D. Bioavailable testosterone and depressed mood in older men: The Rancho Bernardo Study // J Clin Endocrinol Metab 1999;84:573-7.

25. Sherwin BB. Affective changes with estrogen and androgen replacement therapy in surgically menopausal women // J Affect Disord 1988;14:177-87.

26. Genazzani AR, Petraglia F, Facchinetti F. Effects of Org OD 14 on pituitary and peripheral beta-endorphin in castrated rats and postmenopausal women // Maturitas 1987; Suppl 1:35-48.

27. Facchinetti F, Petraglia F, Nappi G, et al. Different patterns of central and peripheral beta EP, beta LPH and ACTH throughout life // Peptides 1983;4:469-74.

28. Petraglia F, Penalva A, Locatelli V, Cocchi D, Genazzani AR. Effect of gonadectomy and gonadal steroid replacement on pituitary and plasma beta-endorphin levels in the rat // Endocrinology 1982, 111:1224-9.

29. Genazzani AR, Petraglia F, Facchinetti F, Grazzo A, Alexandrini G, Volpe A. Steroid replacement increases beta-endorphin and beta-lipotropin plasma levels in postmenopausal women // Gynecol Obstet Invest 1988;26:153-9.

30. Forman L, Hartwell M, Cater J. Beta-endorphin in the male rat pituitary: testosterone influences the effects of cocaine // Brain Res Bull 1984;25:65-8.

31. Aleem F, McIntosh T. Elevated levels of plasma beta-endorphin in a group of women with polycystic ovarian disease // Fertil Steril 1984;42:686-9.

32. Albertazzi P, Natale V, Barbolini C, Teglio L, DiMicco R. The effect of tibolone versus continuous combined norethisterone acetate and oestradiol on memory, libido and mood of postmenopausal women: a pilot study // Maturitas 2000;36:223-9.

33. Sherwin B, Tulandi T. "Add back" estrogen reverses cognitive deficits induced by gonadotropin-releasing hormone antagonist in women with leiomyomata uteri // J Clin Endocrinol Metab 1996;81:2545-9.

34. Yaffe K, Sawaya G, Leideburg I, Grady D. Estrogen therapy in postmenopausal women: effects on cognitive function and dementia // JAMA 1998;279:688-95.

35. Shaywitz S, Shaywitz B, Pugh K, et al. Effect of estrogen on brain activation patterns in postmenopausal women during working memory tasks // JAMA 1999;281:1197-202.

36. Laan E, Van Lunsen RH. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study // J Psychosom Obstet Gynaecol 1997;18:126-33.

37. Zumoff B, Rosenfeld RS, Strain GW. Sex differences in the 24 hour mean plasma concentrations of dehydroisoandrosterone (DHA) and dehydroisoandrosterone sulfate (DHAS) and the DHA to DHAS ratio in normal adults // J Clin endocrinol Metab 1980;51:330-4.

38. Davis SR, McCloud PI, Strauss BJG, Burger HG. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality // Maturitas 1995;21:227-36.

39. Laan E, Van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women // Climacteric 2001;4:28-41.

40. Morris E, Wilson P, Robinson J, Rymer J. Long term effects of tibolone on the genital tract in postmenopausal women // Br J Obstet Gynaecol 1999;106:954-9.

41. Basson R. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications // J Urol. 2000 Mar;163(3):888-93.

42. Beral V., Bull D., Reeves G. Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study // Lancet. 2005 Apr 30-May 6;365(9470):1543-51.

43. de Vries C.S., Bromley S.E., Thomas H. Tibolone and endometrial cancer: a cohort and nested case-control study in the UK // Drug Saf. 2005;28(3):241-9.

44. Markiewicz L., Gurside E. In vitro evaluation of estrogenic, estrogen antagonistic and progestagenic effects of a steroidal drug (Org OD-14) and its metabolites on human endometrium // J Steroid Biochem 1990;35:535-41.

45. Castelo-Branco C., Vicente J.J., Figueras F. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women // Maturitas. 2000 Feb 15;34(2):161-8.

Клиника, диагностика, лечение вульвитов у женщин с сахарным диабетом в период пери- и постменопаузы

О.Р. Григорян

ГУ Эндокринологический научный центр РАМН, Москва

В настоящее время сахарный диабет (СД) является одним из приоритетных направлений современной эндокринологии, а численность больных данным заболеванием составляет 177 млн человек [1, 3]. Причем основная часть больных (90 %) – это пациенты с СД 2 типа. Немногим менее чем за 20

лет число лиц, страдающих этим заболеванием, в мире увеличилось в 6 раз. Согласно прогнозам при сохранении таких темпов роста к 2010 г. численность таких больных на планете достигнет 221 млн человек, а к 2025 г. СД предположительно будут иметь уже более 300 млн человек. Это означает, что к 2025 г. распространенность СД в экономически развитых странах составит 7,6 %, в развивающихся – 4,9 % [2, 4].

В связи с тем что СД 2 типа часто не диагностируется в течение длительного времени, предполагается, что его фактическая распространенность в два-три раза превышает регистрируемую. В исследовании Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (Aus Diab) показано, что на каждый диагностированный случай СД 2 типа приходится один недиагностированный. Третье национальное исследование здоровья и питания (NHANES III), проведенное в США, также выявило высокий уровень распространенности недиагностированного СД 2 типа среди населения – в среднем он составляет 2,7 %, а среди мужчин и женщин в возрасте 50–59 лет – 3,3 % и 5,8 % соответственно [4–6].

Одним из ранних и первых признаков нарушения углеводного обмена у женщин старшей возрастной группы являются жалобы на так называемый диабетический вульвит – ранний маркер ве-

Таблица 1. Зависимость уровня pH, зрелости влагалищного эпителия, индекса вагинального здоровья от длительности основного заболевания у женщин с СД 1 типа

Длительность СД, лет (n = 214)	Уровень pH		Значение зрелости влагалищного эпителия		Индекс вагинального здоровья, баллы	
	Пременопауза	Постменопауза	Пременопауза	Постменопауза	Пременопауза	Постменопауза
I гр.: до 24,9 лет (n = 67)	5,8–6,5	6,9–7,6	50–60	40–50	3–4	2–3
II гр.: 25–39,9 лет (n = 86)	6,8–7,8	7,8–8,8	35–45	30–35	2*	1–2
III гр.: более 40 лет (n = 61)	8,0–9,0	> 9	25–30	< 25	1–2**	< 1

Примечание: *p < 0,01 по сравнению с группой I; **p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий Ньюмена–Кейлса).

ТЕРЖИНАН

ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА

Состав:
Тернидазол 200 мг

**Неомицина
сульфат 100 мг**

Нистатин 100000 ЕД

Преднизолон 3 мг

**В составе
эксципиента масло
гвоздики и герани**



В комплексном лечении вульвовагинитов различного происхождения

-  широкий спектр антимикробного действия
-  быстрое достижение клинического эффекта
-  применение с профилактической целью перед гинекологическими лечебными и диагностическими манипуляциями
-  возможность применения во время беременности, при грудном вскармливании и менструации



**Тержинан –
этиотропное патогенетическое
и симптоматическое лечение**

рификации и декомпенсации нарушений углеводного обмена [7].

Под диабетическим вульвитом (ДВ) принято понимать острое или хроническое воспаление слизистой преддверия влагалища, вульвы, а также наружных половых органов, связанное с декомпенсацией углеводного обмена и проявляющееся на фоне атрофических изменений слизистой урогенитального тракта, связанных с длительным эстрогенодефицитом (О.Р. Григорян, 2004). Важно отметить, что не всегда эстрогенодефициту принадлежит главенствующая роль. Чаще всего для развития данного заболевания достаточно лишь внезапного или длительного повышения уровня сахара в крови.

ДВ может быть острым и хроническим; неосложнённым и осложнённым (эрозивный, язвенный, язвенно-некротический). Для него характерны все 5 классических признаков воспаления: гиперемия, отёчность, боль, локальное повышение температуры окружающих тканей, нарушение функции (диспареуния, частое мочеиспускание и т. д.) [9, 10].

Основными методами объективной диагностики являются: общий осмотр, цитологическое исследование, определение pH влагалищного содержимого, расширенное кольпоскопическое исследование (Ж.Т. Есефидзе, 2001), микробиологическое исследование [8].

Цель исследования – определить зависимость уровня pH, зрелости влагалищного эпителия, индекса вагинального здоровья от длительности основного заболевания у женщин с нарушениями углеводного обмена в период пери- и постменопаузы. Оценить клиническую эффективность препарата «Сафорель» (Франция) в лечении «диабетического вульвита» у данной категории больных.

Материалы и методы исследования

За период 1997–2006 гг. в клинике ГУ ЭНЦ РАМН (дир. – академик РАН и РАМН И.И. Дедов) было обследовано 1352 женщины с нарушениями углеводного обмена, находящиеся в фазе пери- и постменопаузы и давшие согласие на участие в исследовании. Возраст пациенток составил от 40 до 65 лет (средний возраст – $54,3 \pm 7,8$ лет). В фазе перименопаузы находились 636 (47,1 %) пациенток (средний возраст – $48,7 \pm 4,5$ лет); в фазе постменопаузы – 716 (52,9 %) женщин в возрасте 55–58 лет (средний возраст – $58,2 \pm 3,7$ лет). СД 1 типа страдала 451 (33,3 %) женщина. Из них 296 (66 %) пациенток находились в фазе перименопаузы; а 155 (44,0 %) – в постменопаузальной фазе. СД 2 типа был верифицирован у 620 (45,8 %) женщин. В фазе перименопаузы находились 274 (44 %) женщины; в фазе постменопаузы – 346 (66 %) пациенток. НТГ была выявлена у 281 (20,8 %) женщины. Из них 136 (48,3 %) пациенток находились в фазе перименопаузы, а 145 (51,7 %) – в постменопаузальной фазе.

У всех больных изучалась вагинальная микробиология с предварительным исключением ИППП; кольпоскопические методы: определение зрелости вагинального эпителия, подсчёт индекса вагинального здоровья, изучение вагинального микроценоза (Ж.Т. Есефидзе, 2001).

Пятнадцати женщинам в фазе постменопаузы и диагностированным острым диабетическим вульвитом помимо строгой компенсации уровня гликемии в течение суток было предложено лечение препаратом «Сафорель» (Франция) два раза в день.

Пятнадцати женщинам группы контроля с целью лечения диабетического вульвита была предложена только строгая компенсация основ-

Таблица 2. Зависимость уровня рН, зрелости влагалищного эпителия, индекса вагинального здоровья от длительности основного заболевания у женщин с СД 2 типа						
Длительность СД, лет (n = 356)	Уровень рН		Значение зрелости влагалищного эпителия		Индекс вагинального здоровья, баллы	
	Пременопауза	Постменопауза	Пременопауза	Постменопауза	Пременопауза	Постменопауза
I гр.: до 4,9 лет (n = 214)	3,9–4,8	3,7–4,7	60–65	45–35	4–5	2–3
II гр.: 5–9,9 лет (n = 96)	5,4–5,9*	5,8–6,1*	55–45*	35–30*	3**	1–2**
III гр.: более 10 лет (n = 46)	6,0–6,8*	7,0–7,8*	35–45*	< 25*	1–2***	< 1**

Примечание: *p < 0,05 по сравнению с группой I; **p < 0,01 по сравнению с группой I; ***p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий Ньюмена–Кейлса).

ного заболевания и традиционные мылосодержащие средства для интимной гигиены.

Результаты исследования

При обследовании 214 пациенток с СД 1 типа в возрасте $56,3 \pm 10,7$ лет и 356 женщин с СД 2 типа в возрасте $52,6 \pm 8,9$ лет жалобы на сухость, зуд и жжение во влагалище предъявляли 209 (97,6 %) и 341 (95,7 %) пациентка соответственно. На диспареунию жаловались 198 (92,5 %) женщин с СД 1 типа и 314 (88,2 %) пациенток с СД 2 типа; на рецидивирующие выделения из наружных половых органов (не кровянистого характера) – 143 (66,8 %) и 186 (52,2 %) женщин соответственно. Опушение стенок влагалища 0–II степени выявлялось у 21 (9,8 %) женщины с СД 1 типа и у 286 (80,3 %) пациенток с СД 2 типа.

Зависимость уровня рН, зрелости влагалищного эпителия, индекса вагинального здоровья от длительности основного заболевания у женщин с СД 1 и 2 типа представлены в табл. 1 и 2.

Анализируя данные, представленные в табл. 1–3, были выявлены прямые корреляционные зависимости между длительностью СД и рН влагалищного содержимого ($r = 0,45$; $r = 0,48$ соответственно, $p < 0,01$); а также обратная корреляционная зависимость между длительностью СД и значениями зрелости влагалищного эпителия; а также индекс вагинального здоровья в обеих группах женщин ($r = -0,58$, $p < 0,01$; $r = -0,49$, $p < 0,01$).

Та же тенденция выявлялась и при сравнительном анализе уровня компенсации СД с вышеперечисленными показателями. Так, у женщин с уровнем $HbA1c < 7,5$ % рН составил 4,1–4,6; а при $HbA1c \geq 9$ % рН – 7,8–8,9 ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ рН, зрелости влагалищного эпителия, индекса вагинального здоровья в зависимости от уровня $HbA1c$ в изученных группах женщин представлен в табл. 3.

Анализируя данные микробиологической диагностики в группе женщин с клиническими про-

явлениями атрофического вагинита, было выявлено, что из 570 женщин «условно нормоценоз» (Ж.Т. Есифидзе, 2001) имели лишь 112 (19,6 %) пациенток с СД (для здоровых – 43 %). Бактериальный вагиноз – 62 (10,8 %) пациентки (для здоровых – 15 %); а атрофический кольпит – 228 (40 %) женщин (для здоровых – 1 %).

В связи с жалобами больных на зуд и жжение в области наружных половых органов в сочетании со специфическими клиническими проявлениями со стороны урогенитального тракта, мы использовали нозологическое понятие «диабетический вульвит», который имел прямую корреляционную зависимость от уровня $HbA1c$, представленную в табл. 4.

Клинически заболевание проявлялось зудом и жжением в области наружных половых органов (95 % пациенток). При гинекологическом исследовании выявлялись: гиперемия (93 %); отечность (90 %); реже – микроэрозии и трещины (26 % и 41 % соответственно). У 78 % больных ДВ приводил к временному снижению трудоспособности.

Изучение состава микрофлоры у 298 женщин, больных СД и клиническими проявлениями ДВ, выявило, во-первых, отсутствие лактобацилл в 87,6 % случаев; во-вторых, обнаружение колоний условно патогенных микроорганизмов, среди которых грамположительные кокки составили 68,7 %; эпидермальный стафилококк в низком титре ($8-10^3$ КОЕ/мл) – 11 %. Высокий уровень рН (7,8–8,9) выявлялся у 93 % обследуемых женщин, а низкое значение зрелости вагинального эпителия (25–30) – в 89 % случаев. Выраженный лейкоцитоз (количество лейкоцитов во влагалищном содержимом $38,6 \pm 10$ в поле зрения) определялся у 96,7 % пациенток. Пациенткам с бактериальным вагинозом, с клиническими проявлениями кольпита была назначена этиотропная традиционная местная терапия препаратом Тержинан. Тержинан является оптимальным препаратом для качественной санации влагалища, так как обладает широким спек-

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Комбинированный препарат для местного применения в гинекологии. Действие препарата обусловлено свойствами входящих в его состав компонентов.

Тернидазол – производное имидазола – оказывает трихомонацидное действие, активен также в отношении анаэробных бактерий, в частности *Gardnerella*.

Неомицина сульфат – антибиотик широкого спектра действия из группы аминогликозидов.

Нистатин – противогрибковый антибиотик из группы полиенов, высокоактивен в отношении грибов рода *Candida*.

Преднизолон – глюкокортикоид, оказывает выраженное противовоспалительное действие. Состав эксципиента позволяет обеспечить целостность слизистой оболочки влагалища и постоянно рН.

ПОКАЗАНИЯ

Лечение вагинитов, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, таких как бактериальный вагиноз; бактериальные вагиниты, вызванные банальной условно патогенной палочковой и пио-

ТЕРЖИНАН (Франция)

Таблетки вагинальные № 10 и № 6

генной флорой; трихомоноз влагалища; вагиниты, вызванные грибами рода *Candida*; смешанные вагиниты.

Профилактика вагинитов: перед гинекологическими операциями; перед родами или аборт; до и после установки ВМС; до и после диатермокоагуляции шейки матки; перед гистерографией.

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

Назначают по одной вагинальной таблетке в сутки перед сном.

Средняя продолжительность курса терапии – 10 дней; в случае подтвержденного микоза может быть увеличена до 20 дней.

При назначении Тержинана с целью профилактики продолжительность лечения составляет 6 дней.

Не следует прекращать лечение во время менструации.

Перед введением во влагалище таблетку следует в течение 20–30 сек подержать в воде.

Разделы: Побочное действие, Противопоказания, Беременность и лактация, Особые указания, Передозировка, Лекарственное взаимодействие – см. в инструкции по применению препарата.

Таблица 3. Сравнительный анализ вышеперечисленных показателей в зависимости от уровня HbA1c в изученных группах женщин

Уровень HbA1c, % (n = 570)	Уровень pH	Значение зрелости влагалищного эпителия	Индекс вагинального здоровья, баллы
I гр.: менее 7,5 (n = 214)	4,1–4,6	40–50	3–4
II гр.: 7,5–9 (n = 203)	6,2–7,6**	30–40**	1–2**
III гр.: от 9 и выше (n = 131)	7,8–8,9*	25–30**	< 1***

Примечание: *p < 0,05 по сравнению с группой I; **p < 0,01 по сравнению с группой I; ***p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий Ньюмена–Кейлса).

тром противомикробного действия благодаря его поликомпонентному составу (действие на кокковую флору, простейшие, гарднереллы, трихомонады, микоплазмы, условно патогенную палочковую микрофлору). Кроме того, препарат обладает выраженным противовоспалительным, десенсибилизирующим, противозудным эффектом и при этом не подавляет естественную защитную лактофлору влагалища. Все эти свойства препарата очень подходят для пациентов с СД, поэтому Тержинан был выбран нами как препарат первого выбора для лечения данной группы пациентов.

Как уже было сказано выше, 15 женщинам основной группы с верифицированным острым диабетическим вульвитом помимо строгой компенсации углеводного обмена и санации влагалища для интимной гигиены было предложено моющее средство «Сафореель» (Франция).

Моющий раствор «Сафореель», являясь синдетом (средством, не содержащим мыла), препятствует бактериальной пролиферации, оказывает бактериостатическое воздействие на *Pseudomonas aeruginosa*, гонококки, стафилококки, *Escherichia coli*. «Сафореель» также обладает противогрибковыми свойствами.

«Сафореель» применялся два раза в день (утром и вечером) в течение 7 дней. Необходимо отметить, что мягкое моющее средство «Сафореель» применяется для интимной и общей гигиены и содержит в своём составе экстракт репейника, хлорид натрия, гидроксид натрия, каприловые глицериды и т. д. Данное средство служит для ухода за чувствительной и раздражённой кожей и слизистыми, а также используется как вспомогательное средство при состояниях, сопровождающихся зудом, сухостью кожи и слизистых наружных половых органов. За счёт гипоаллергенной формулы «Сафореель» очищает и успокаивает кожу, снимает раздражение, обладает противозудным действием, подавляет развитие грибковой инфекции, а также не сушит кожу. Данные о влиянии препарата «Сафореель» у женщин основной группы представлены в табл. 5–6.

Таблица 5. Сравнительный анализ вышеперечисленных показателей в зависимости от уровня HbA1c в группе женщин, использующих препарат «Сафореель» два раза в день в течение 7 дней до начала исследования

Уровень HbA1c, % (n = 15)	Уровень pH	Значение зрелости влагалищного эпителия	Индекс вагинального здоровья, баллы
I гр.: ниже 7,5 (n = 4)	4,1–4,6	40–50	3–4
II гр.: от 7,5 до 9 (n = 8)	6,2–7,6**	30–40**	1–2**
III гр.: от 9 и выше (n = 3)	7,8–8,9*	25–30**	< 1***

Примечание: *p < 0,05 по сравнению с группой I; **p < 0,01 по сравнению с группой I; ***p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий Ньюмена–Кейлса).

Таблица 4. Зависимость клинических проявлений диабетического вульвита от уровня HbA1c (n = 570)

Уровень HbA1c, %	Количество женщин с признаками диабетического вульвита	
	Абсолютное, n	Относительное, %
I гр.: ниже 7,5 (n = 236)	2	0,8
II гр.: от 7,5 до 9 (n = 203)	176*	86,6
III гр.: от 9 и выше (n = 131)	120*	91,6

Примечание: *p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий хи-квадрат).

Как видно из табл. 5–6, у всех 15 пациенток основной группы (100 %) через 7 дней использования препарата «Сафореель» и местного противовоспалительного лечения (Тержинан) уровень pH снизился в среднем на 30 %; значение зрелости влагалищного эпителия повысилось на 15–25 %; а индекс вагинального здоровья в подгруппах женщин с декомпенсацией основного заболевания увеличился на 40–50 %. У пациенток этой группы значительно уменьшился, вплоть до полного исчезновения, зуд, боль, неприятные ощущения в области вульвы, что положительно отразилось на психологическом состоянии женщин.

В контрольной же группе женщин (без применения препарата «Сафореель» и местного противовоспалительного лечения) изучение состава микрофлоры до и по окончании исследования выявило отсутствие лактобацилл у 93 % пациенток; высокий уровень pH (7,8–8,9) – в 87,6 % случаев; низкое значение зрелости вагинального эпителия (25–30) у 89 % женщин; выраженный лейкоцитоз содержимого влагалища ($38,6 \pm 10$ лейкоцитов в поле зрения) у 96,6 % больных. У 98,7 % женщин с СД 1 типа и 93,4 % пациенток с СД 2 типа выявлена прямая корреляционная зависимость между длительностью СД, степенью компенсации углеводного обмена и pH содержимого влагалища.

Таким образом, специфические клинические проявления со стороны урогенитального тракта у женщин с СД имеют прямую корреляционную зависимость со степенью компенсации углеводного обмена, а ДВ является следствием и ранним маркёром декомпенсации углеводного обмена. В комплексное патогенетическое лечение как острых, так и хронических диабетических вульвитов у пациенток с нарушениями углеводного обмена в пери- и постменопаузе (помимо строгой компенсации углеводного обмена и этиотропного местного лечения кольпитов) необходимо включать мягкое моющее средство «Сафореель» (Франция) с целью нормализации индекса вагинального здоровья и повышения качества жизни пациентки.

Литература

1. Анциферов М.Б., Дорофеева Л.Г. // РМЖ. 2002. Т. 10. № 2. С. 92–94.
2. Арзамасцев А.П., Садчикова Н.О. // Гинекология. 2001. Т. 3. № 5. С. 160–166.
3. Балаболкин М.И., Кремская В.М. // Сахарный диабет. 2001. № 1

Таблица 6. Сравнительный анализ вышеперечисленных показателей в зависимости от уровня HbA1c в группе женщин, использующих препарат «Сафореель» два раза в день в течение через 7 дней от начала исследования

Уровень HbA1c, % (n = 15)	Уровень pH	Значение зрелости влагалищного эпителия	Индекс вагинального здоровья, баллы
I гр.: ниже 7,5 (n = 4)	4,1–4,6	40–50	3–4
II гр.: от 7,5 до 9 (n = 8)	4,2–4,6**	40–45**	3–4**
III гр.: от 9 и выше (n = 3)	4,8–4,9*	35–40**	3***

Примечание: *p < 0,05 по сравнению с группой I; **p < 0,01 по сравнению с группой I; ***p < 0,001 по сравнению с группой I (критерий Ньюмена–Кейлса).

(10). С. 41–46.

4. Бутрова С.А. Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты // РМЖ. 2001. Т. 9. № 24 / <http://www.rmj.ru/rmj/t9/n24/1140.htm>

5. Бутрова С.А. Применение сибутрамина (меридиа) в терапии больных сахарным диабетом типа 2 // Сахарный диабет. 2002. № 2. С. 44–46.

6. Бутрова С.А. Эффективность глюкофажа в профилактике сахарного диабета 2 типа // РМЖ. 2003. Т. 11. № 27. / <http://www.rmj.ru/rmj/t11/n27/1494.htm>

7. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных сахарным диабетом, в период пери- и постменопаузы: руководство для врачей. М., 2001. С. 15–16.

8. Есефидзе Ж.Т. Клиника, диагностика и лечение атрофического вагинита в постменопаузе // РМЖ. 2001. Т. 9. № 9. С. 370–374.

9. Мельниченко Г.А., Беркетова Т.Ю., Блошанская С.И. и др. Эстриол как средство профилактики и лечения урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе, страдающих сахарным диабетом // Тезисы докладов 1 Российского диабетологического конгресса. М., 1998. С. 214.

10. Abaira C. Colwell J., Nutall F. et al. Cardiovascular events and correlates in the Veterans Affairs Diabetes Feasibility Trial // Arch Intern Med 1997; vol. 157, p.181–188.

11. Gilles R. Benign vulvovagino-perineal diseases in gynaecological clinical practice and effects of twice-daily hygiene with Saforelle, Paris.

Терапевтические аспекты использования ЛНГ-ВМС «Мирена» у женщин с сочетанной патологией тела матки

Т.Ю. Пестрикова, И.А. Даниленко,
Е.А. Юрасова

Дальневосточный государственный
медицинский университет, Хабаровск

В последние годы наблюдается рост числа и «омоложение» контингента оперируемых женщин с сочетанной патологией тела матки (СПТМ). Тотальная гистерэктомия, произведённая в детородном возрасте, сопровождается, помимо необратимой утраты репродуктивной функции, сложными патологическими реакциями нейроэндокринной системы [1–3].

Естественное стремление к сохранению специфических функций репродуктивной системы женщины требует решения дискуссионного вопроса о возможностях консервативного лечебного воздействия, месте и времени хирургического вмешательства.

Современная концепция о СПТМ составляет основу для использования достаточно широкого спектра лечебных мероприятий как при изолированном, так и при сочетанном поражении матки; от прямых или опосредованных воздействий на регулирующие центры репродуктивной системы, включая применения агонистов Гн-РГ, антигондотропинов или синтетических аналогов прогестерона. В связи с высокой частотой сопутствующей патологии и развитием целого ряда побочных эффектов применение данных гормональных препаратов может быть ограничено [4, 5].

Таким образом, высокий процент рецидива после различных консервативных и органосохраняющих хирургических методов лечения обуславливает необходимость разработки противорецидивного лечения СПТМ. Одним из возможных путей решения является определение алгоритма комплексной консервативной терапии с включением препарата пролонгированного действия, угнетающего патогенетические механизмы и обеспечивающего стойкий стабилизационный эффект. В этой связи разработка комплексного, индивидуального ведения пациенток с СПТМ в репродуктивном периоде остается важной задачей.

Цель исследования

Целью настоящего исследования было провести сравнительный анализ результатов различных вариантов консервативного лечения СПТМ у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Настоящая работа проводилась с 2002 по 2005 г. Основные клинические исследования выполнялись на базе женских консультаций № 2, № 4 и гинекологического отделения МУЗ больницы № 11.

Для решения поставленной цели и задач нами были обследованы 120 женщин с СПТМ, вошедших в основную группу (ОГ), и 50 женщин, составивших группу сравнения (ГС).

Возрастной интервал пациенток обследуемых групп находился в пределах 24–44 лет.

Отбор пациентов обследуемых групп проводился нами согласно отраслевым стандартам, включающим два этапа диагностики: при установлении диагноза и в процессе проведения лечения с целью контроля за эффективностью лечения.

После верификации диагноза пациенткам обследуемых групп проводилась консервативная терапия в два этапа. На первом этапе, в зависимости от вида микрофлоры цервикального канала, мы назначали пациенткам антимикробные препараты в сочетании с препаратами системной энзимотерапии. Вторым этапом, после проведения контрольного исследования на наличие возбудителей ИППП, мы назначали гормональную терапию. Для лечения больных ОГ использовали ЛНГ-ВМС «Мирена». Больным ГС назначали 17-ОПК.

Результаты исследования

Из данных отчетной документации отдела здравоохранения администрации г. Хабаровска за 2005 г. следует, что общее количество гинекологических больных, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях, достигает 28 352 человек. Достаточно большую диспансерную группу составляют пациентки с СПТМ, общее количество которых на конец года составило 10 121.

В структуре показаний к проведению гистерэктомии СПТМ составляет 13,84 %. У 36,57 % больных, ежегодно госпитализируемых в гинекологические стационары, выполняются малые операции (гистероскопия, РДВ, взятие аспирата эндометрия).

Изучение репродуктивной функции у обследуемых женщин показало, что соотношение родов и аборт в ОГ составило 1:1,3; в ГС – 1:1,2. Количество аборт у женщин обследуемых групп превышало количество родов в 1,5 раза. Длительно (до 17 лет) использовали внутриматочную контрацепцию 20 % женщин ОГ и 38 % ГС.

Патологические роды (операции кесарева сечения) у женщин наблюдались в 10,83 % случаев в ОГ и 8 % случаев в ГС.

Структура гинекологической заболеваемости у женщин обследуемых групп свидетельствует о