

УДК 618.174-02:618.11-616.839-008.6-053.6]036.8

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМЫ
ПСИХОНЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
В ЗДРАВНИЦАХ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

А.М. ЧУЛКОВА, В.А. КРУТОВА, И.Э. АСЛАНЯН, О.В. АВАГИМОВА,
К.В. ГОРДОН, А.Т. БЫКОВ, Б.А. ЕРМАКОВ*

В работе представлены результаты изучения гормонального фона, психо-эмоционального статуса, функциональной активности вегетативной нервной системы, уровней активности защитно-приспособительных механизмов гомеостаза, а также клинического течения сопутствующей экстрагенитальной патологии у девушек-подростков, страдающих маточными кровотечениями пубертатного периода, постоянно проживающих на территории Краснодарского края.

Ключевые слова: маточные кровотечения пубертатного периода, гормональный фон, психо-вегетативный статус, экстрагенитальная патология.

Формирование женской эндокринной системы и становление гормонального фона репродуктивной системы тесно связано с психо-эмоциональным статусом. Оказываемое взаимное влияние нередко обуславливает нарушения специфических функций женского организма при хроническом или остром стрессе [3,4]. На фоне многофакторного неблагоприятного воздействия экологических и психосоциальных факторов, низкого уровня здоровья подростков, сопутствующей экстрагенитальной патологии нарушается формирование и физиологическое функционирование репродуктивной системы женщин [3]. Наиболее ранними проявлениями этих изменений является нарушение менструальной функции.

Частота выявления *маточных кровотечений пубертатного периода* (МКПП) по данным профилактических осмотров колеблется от 16,6 до 48,1% в различных федеральных округах и составляет половину всех случаев нарушений менструального цикла у девочек и подростков [2,5,6]. Актуальность данной проблемы для детских гинекологов и врачей других специальностей остается достаточно высокой как в связи с ростом частоты нарушений менструальной функции у девушек, так и вследствие стремительного снижения общего уровня здоровья детей и подростков [7]. Неблагоприятные изменения психо-эмоционального статуса, функциональной активности вегетативной нервной системы, уровней активности защитно-приспособительных механизмов гомеостаза, выступающие предикторами развития гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, успешно корректируются немедикаментозными методами лечения, основанными на применении природных и преформированных физических факторов [1,8]. В тоже время работ, посвященных научно-обоснованному использованию климато-бальнеологического потенциала внутренних курортов Краснодарского края крайне мало.

Цель исследования – анализ взаимосвязей динамики гормонального фона, гинекологического и психо-вегетативного статуса, а также клинического течения экстрагенитальной патологии у девушек-подростков, страдающих маточными кровотечениями пубертатного периода, на фоне санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации, проводившейся в здравницах внутренних курортов Кубани.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе отделения гинекологии детского и подросткового возраста Базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета и ряда здравниц Кубани. В ходе исследования были применены стандартные клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. Всем больным проводилось эхографическое исследование органов малого таза с цветовым доплеровским картированием при помощи прибора «Аloka 4000», с абдоминальным, трансвагинальным или трансректальным датчиками (3,5 и 6,0 МГц). Определение концентрации гормонов у пациенток производили в день поступления, до назначения гормонотерапии, а затем через 14 дней и по окончании курса амбулаторно-поликлинического или санаторно-курортного лечения. Определяли показатели ФСГ, ЛГ, пролактина (Прл), прогестерона (П), эстрадиола (Э), 17-ОПК, ДГЭА-S, тестостерона (Т), ТТГ.

Оценка гинекологического статуса проводилось согласно стандартов МЗ и СР РФ. Дополнительно исследовались психо-эмоциональное состояние и функциональная активность вегетативной нервной системы, определялись адаптационные реакции по Л.Х.Гаркави (2000). Определение динамики психоэмоционального

статуса (до и после восстановительного лечения) проводили по методике САН (самочувствие, активность, настроение); уровня тревожности с помощью теста Люшера и шкалы Тейлора; кратковременной памяти – при помощи пробы Лурии, темпов сенсомоторных реакций – по тесту Шульте-Горбова. Оценка функциональной активности ВНС производилась путем проведения кардиоинтервалографии с применением компьютеризированного аппаратного комплекса «Валента». Всю основную группу пациенток консультировали педиатр, эндокринолог, окулист, невролог, гематолог по показаниям.

Больным основной и контрольной групп стандартные два этапа терапии (стационарный и амбулаторно-поликлинический) проводились по классической схеме ведения пациенток с МКПП. Для пациенток основной группы наблюдения дополнительным - третьим этапом комплексного лечения МКПП являлись медицинская реабилитация и восстановительное лечение в санаторно-курортных условиях.

Терапия пациенток в период кровотечения, т.е. на первом этапе купирования МКПП, было подбирались индивидуально, с учетом обозначенного выше обследования установленного типа МКПП. Выбирая тактику ведения пациенток с МКПП, особое внимание было уделено гормональному гомеостазу.

По клинко-эхографическим данным, с целью выбора тактики ведения пациентки основной и контрольной групп были распределены на три группы: 1-ая гипозестрогенный тип кровотечения 11,1% пациенток, 2-ая нормоэстрогенный – 37,8% случаев, 3-я гиперэстрогенный тип – 51,1% больных. В первой группе (гипозестрогенный тип МКПП) назначались *оральные контрацептивы* (ОК) в качестве гормонального гомеостаза у 100,0% пациенток (курсовая доза этинилэстрадиола составила 360-450мкг). Во второй группе (нормоэстрогенный тип МКПП) в качестве гормонального гомеостаза у 47,1% пациенток назначались гестагены (курсовая доза прогестерона составила 75-100мг) или ОК – в 52,9% случаев (курсовая доза этинилэстрадиола составила 450-630мкг). В третьей группе (гиперэстрогенный тип МКПП) у 54,3% пациенток использовались гестагены (курсовая доза прогестерона составила 75-100мг), а у 45,7% пациенток – ОК (курсовая доза этинилэстрадиола составила 450-630мкг). Параллельно проводилась симптоматическая гемостатическая, антигемическая терапия, применялись антимикробные препараты широкого спектра действия, циклическая метаболическая терапия, физиотерапевтическое лечение, с учетом генеза и типа МКПП.

Санаторно-курортный этап лечения больных основной группы наблюдения включал модифицированные варианты климатотерапии, пелоидотерапии (для больных с гипозестрогией), процедуры общей бальнеотерапии и питьевые режимы приема местной лечебной минеральной воды (дифференцированные в зависимости от гормонального статуса девушки и особенностей характера курортных ресурсов лечебных местностей – баз исследования), диетотерапию, занятия ЛФК, 5 процедур транскраниальной электростимуляции с последующими 10 сеансами КВЧ-терапии на БАТ акупунктуры. *Транскраниальная электростимуляция* (ТЭС) головного мозга осуществлялась при помощи электростимулятора транскраниального импульсного биполярного «Трансаир-01», силой тока до 2мА, по 30 мин. на сеанс, на курс 10 процедур. КВЧ-терапию обследованные пациентки получали с использованием электромагнитного излучения крайне высокой частоты с длиной волны 5,6 мм. на органоспецифические зоны на передней брюшной стенке, имеющие рефлекторную связь с маткой и ее придатками (акупунктурные БАТ – R12 и внемеридианная точка ВМ-46, симметрично), общее время процедуры 20 минут, чередуя через день с сеансами ТЭС, на курс – 10 процедур.

Особенностью организации бальнеотерапии больных с МКПП при проведении данного исследования явилось направление пациенток преимущественно на внутренние курорты Краснодарского края. Пациенткам с гипозестрогией было рекомендовано применение иловых грязей Ханского озера и Ясенского месторождения (Бейсугский лиман) и слабосульфидных хлоридно-натриевых вод курорта Ейск, а также общей бальнео- (минеральные воды скважин № 1-Л-бис и № 2-Л) и пелоидотерапии, при которой используются грязи Тамбуканских болот, на курорте Лабинск; при нормоэстрогении использовались минеральные воды (скважины № 32/2 и №4) курорта Горячий ключ; при гиперэстрогении использовались ейские и горячеключевские (скважина № 103/2) йодобромные воды, а также курортные факторы Апшеронского района и Хадыженска. На курорт Анапа направлялись пациентки с МКПП с различными вариантами гормонального статуса.

Лечебный комплекс у больных основной группы проводился на фоне умеренно-интенсивного режима физической активности, диетотерапии, лечебной гимнастики и климатотерапии. При статистической обработке данных использовался пакет программ STATISTICA for Windows 5.0 Stat-Soft, включавший расчет средних значений и их ошибок с определением достоверности различий по t-

* ФГУ «Базовая акушерско-гинекологическая клиника» Кубанского Государственного Медицинского университета (Россия, Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1); Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии, мануальной терапии, ЛФК и спортивной медицины КГМУ (Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4). (E-mail: doctor4007@rambler.ru)

критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ анамнестических данных становления менструальной функции показал, что для пациенток с МКПП, характерно раннее менархе: средний возраст менархе больных 1 группы составил $14,1 \pm 0,4$ лет, второй – $13,2 \pm 0,3$; третьей – $11,5 \pm 0,4$ лет ($p < 0,05$). Длительность менструальных кровотечений колебалась от 5 до 10 дней, в среднем $5,5 \pm 0,7$ дней в первой, $7,7 \pm 0,7$ и $8,2 \pm 0,9$ во второй и третьей группах ($p < 0,05$). Продолжительность менструального цикла составила $32,0 \pm 1,1$ дней, $31,0 \pm 1,3$ дней и $28,2 \pm 1,4$ дней соответственно ($p < 0,05$). В 1 группе менструальный цикл установился не сразу у 43,2% обследованных, во 2 группе этот показатель – 20,0% случаев, в 3 – 35,5% ($p < 0,05$). Нарушения менструальной функции по типу опсоменореи у пациенток 1 группы наблюдалась в 2,8 раз чаще, чем у пациенток с нормо- и гиперэстрогенным типом МКПП. Нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи у пациенток с гиперэстрогенным типом МКПП встречались в 1,5 раза чаще (43,2 и 28,0% соответственно, $p < 0,05$), чем у пациенток с нормо- и гипоэстрогенным типом МКПП. Высокий процент нарушений менструального цикла, а также приведенные выше особенности становления менструальной функции свидетельствовали о несостоятельности формирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы пациенток.

При проведении специального гинекологического осмотра у пациенток первой группы наружные половые органы были с признаками гипоплазии, девственная плева тонкая, что соответствует гипоэстрогенному типу МКПП, у пациенток второй группы особенностей строения наружных половых органов выявлено не было. При осмотре пациенток с гиперэстрогенной слизистая вульвы и гипертрофична. При двуручном гинекологическом исследовании (ректально) и УЗИ в 1 группе больных с МКПП гипоэстрогенного типа, объемных образований яичников не было выявлено ни у одной пациентки. Во 2 группе у 76,7% обследованных обнаружены ретенционные образования в придатках; среди пациенток 3 группы с гиперэстрогенным типом МКПП фолликулярные кисты яичников обнаружены у 69,5% девушек.

Гормональный скрининг проводился всем пациенткам как в I, так и во II фазы менструального цикла. У пациенток 1 группы уровень ЛГ в I и II фазы цикла соответствовал норме; уровень ФСГ в I и II фазы цикла у 40,0% пациенток норму превышал; уровень эстрадиола в I фазу цикла в 40,0% наблюдений соответствовал норме, а у 60,0% пациенток опускался ниже нормы; во II фазу цикла у 60,0% пациенток уровень эстрадиола был в норме, а у 40% ниже нормы; уровень прогестерона в 100,0% случаев соответствовал норме; концентрация пролактина, 17-ОПК, ДЭГА, тестостерона в 100,0% случаев соответствовали норме; уровень ТТГ в 20,0% превышал нормальные значения во II фазе менструального цикла.

При обследовании пациенток 2 группы с нормоэстрогенным типом кровотечения наблюдались следующие показатели в гормонотипах: ЛГ в 100,0% случаев соответствовал норме; только у 5,9% пациенток показатели ФСГ были ниже нормы в I фазу, а во II фазу цикла в 100,0% наблюдений соответствовали норме; уровень эстрадиола в I и II фазы цикла у 94,1% пациенток соответствовал норме, а у 5,8% пациенток был выше нормы; показатели уровня прогестерона в I фазу цикла в 88,2% наблюдений соответствовали норме, а в 11,7% случаев были ниже нормы; во II фазу цикла уровень прогестерона в 100,0% случаев соответствовал норме; концентрация пролактина в крови пациенток с нормоэстрогенным типом кровотечения в I фазу цикла соответствовал норме в 100,0% наблюдений, а во II фазу цикла норму превышал в 100,0% случаев; уровень концентрации 17-оксипрогестерона отклонялся от нормальных значений у 26,7% больных только во II фазу менструального цикла; уровень ДЭГА у 6,7% девушек превышал нормальные значения в I фазу; уровень тестостерона в 100,0% случаев в обе фазы цикла соответствовал норме; уровень ТТГ в I фазу в 11,7% и в 5,8% случаев во II фазу был ниже нормы.

Гормонотипа у 46 пациенток 3-ой группы, с гиперэстрогенным типом МКПП, выглядела следующим образом: уровень ЛГ в 4,3% случаев был ниже нормы во II фазу менструального цикла; ниже нормальных значений уровень ФСГ в I фазу цикла был в 30,4%, а во II фазу цикла в 4,3% случаев; уровень эстрадиола в крови пациенток в I фазу цикла только в 17,3% наблюдений соответствовал норме, а в 82,6% случаев норму превышал; во II фазу цикла показатели соответствовали норме в 52,1% случаев, а в 47,8% случаев норму показатели превышали; ниже нормативных показателей уровень прогестерона в I фазу цикла определялся в 26,1% случаев, а во II фазу в 21,7% наблюдений; уровень пролактина в крови у всех пациенток с гиперэстрогенным типом кровотечения в I фазу цикла соответствовал нормальным значениям, а во II фазу в 100,0% случаев превышал нормальные значения; повышенный уровень 17-оксипрогестерона диагностировался в I фазу цикла у 5,2% больных,

а во II фазу – у 15,7% пациенток; уровень ДЭГА у пациенток с гиперэстрогенным типом МКПП в I фазу цикла у 15,7% пациенток превышал физиологический уровень; концентрация тестостерона в I фазу цикла в 15,7% случаев, а во II фазу цикла в 10,5% наблюдений была выше нормальных границ; уровень ТТГ превышал верхнюю границу нормальных значений в I фазу цикла в 8,7% случаев, а во II фазу цикла у 4,3% девушек.

Ультразвуковая диагностика проводилась всем пациенткам в день поступления, определение толщины эндометрия (М-эхо) являлось одним критериев для диагностики типа кровотечения и назначения адекватной терапии в процессе лечения и при выписке для определения дальнейшей тактики ведения. У 80,0% обследованных 1 группы значение М-эхо находилось в пределах 9 мм и менее; у 20,0% – значение М-эхо располагалось в пределах от 9-15 мм. Среди пациенток 2 группы у 76,4% девушек М-эхо было 9 и менее мм; а в 23,5% случаев значение М-эхо находилось в пределах от 9-15 мм. В 3 группе у 86,9% обследованных значение М-эхо находилось в пределах от 9-15 мм; а у 13,1% пациенток составило от 15 мм и выше.

Донозологические психо-эмоциональные нарушения (астено-невротический и ипохондрический синдромы) в ходе проведенного исследования были выявлены у 92,6% обследованных; изменения функциональной активности вегетативной нервной системы (субпороговое истощение симпатно-адреналовой системы и парасимпатикотония, снижение эффективности эрготропных влияний) – у 91,5%. При этом на фоне гиперэстрогении клинически выраженные психо-вегетативные нарушения регистрировались на 23,7% реже. Анемия легкой степени была диагностирована в 20% случаев в 1 группе, 29,4% – во 2 и у 54,3% обследованных 3 группы, при этом у 10,9% пациенток 3 группы отмечалась анемия средней степени тяжести. Функциональные и морфологические нарушения со стороны органов пищеварительной системы (хронические гастриты с различными вариантами секреторной активности желудка, дискинезия желчевыводящих путей, спастические запоры, дисбактериоз) были выявлены у 42,6% обследованных (с распределением по группам обследованных – 37,6%, 39,0% и 28,0% случаев). Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – у 34,7% обследованных, часто сочетанные: среди них – гиперпролактинемия – 23,8% нетоксический диффузный зоб 18,6%. Болезни органов дыхания (хронический тонзиллит, ринит, назофарингит и фарингит) были выявлены в 23,6% случаев, однако частота хронического тонзиллита у пациенток 1 и 2 групп (77,6 и 76,0%) достоверно выше, чем у девочек 3 группы (22,0%) ($p < 0,05$), как и хронический бронхит (35,2%, 29,0% и 18,0% соответственно). Болезни кожи и подкожной клетчатки – более чем у четверти больных, среди них атопический дерматит – у 9,21% обследованных, аллергический контактный дерматит – у 8,77%, гипертрихоз – 32,2% больных; болезни мочеполовой системы (хронические тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит и интерстициальный цистит) – в 10,5% случаев. Клиническое течение хронических воспалительных заболеваний характеризовалось частыми рецидивами. С позиций этиопатогенеза МКПП вышеуказанное обусловило целесообразность комбинированного применения природных и преформированных физических лечебных факторов курортов Краснодарского края, по методикам дифференцированным в зависимости от специфики лечебных курортных факторов, особенностей гормонального фона и уровней защитно-приспособительных механизмов гомеостаза девушек.

После этапа медицинской реабилитации и восстановительного лечения в здравницах федеральных и внутренних курортов Краснодарского края у больных основной группы выявлялось одностороннее положительное влияние лечебных комплексов на гинекологическую сферу, гормональный фон, психо-эмоциональное состояние, функциональную активность вегетативной нервной системы и уровни защитно-приспособительных механизмов гомеостаза, комплекс иммунологических и биохимических показателей, отражавших системные благоприятные сдвиги в различных функциональных системах обследованных и пролеченных девушек. Компенсированное психо-эмоциональное состояние диагностировалось соответственно в 54,6% в контрольной и 91,5% случаев в основной группе, в которой также результаты проб Лурии и Шульте-Горбова были в 1,74 раза лучше, а уровни тревожности на $74,7 \pm 1,45\%$ раза ниже (табл. 1). Применение транскраниальной электростимуляции обеспечило достоверное ($p < 0,01$) по сравнению с исходными показателями повышение субъективной оценки самочувствия и общей активности, повышение настроения, восстановление нормального сна, существенное повышение умственной и физической работоспособности, позитивно сказалось на симптомах дисменореи у пролеченных девушек.

Данные кардиоинтервалографии убедительно свидетельствовали о нормализации уровня симпатической активации у больных основной группы. Общая мощность всех типов волн снизилась у больных на 19,4% преимущественно за счет мощности быстрых

волн, обусловленных парасимпатической активацией; мощность медленных и сверхмедленных волн практически не изменилась (табл. 2).

Таблица 1

Динамика показателей психо-вегетативного статуса

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	
		После стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов	После санаторно-курортного этапа
Проба Лурии (количество слов)	6.1±0.02 7.8±0.04	6.4±0.03 7.7±0.05	6.4±0.03 9.4±0.02
Проба Шульце-Горбова (секунды)	56.1±0.07 45.8±0.19	52.4±0.08 41.7±0.14	52.4±0.08 32.1±0.07
Интегративная оценка по тесту САН (баллы)	122.3±2.5 146.8±3.8	121.2±1.7 187.3±2.6	121.2±1.7 194.3±2.9
Компенсированное психоэмоциональное состояние	12.9% 54.6%	10.2% 76.5%	10.2% 91.5%
Астенно-невротический синдром	71.8% 67.4%	75.9% 14.3%	75.9% 17.2%
Ипохондрический синдром	15.3% 8.0%	13.9% 9.1%	13.9% 3.3%

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

Таблица 2

Показатели кардиоинтервалографии у больных основной и контрольной групп на фоне комплексного лечения МКПП

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	
		После стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов	После санаторно-курортного этапа
TP	1465.2±133.5 1786.5±162.4	1594.7±137.1 1790.7±124.1	1491.7±129.1 1740.7±144.1
HF	638.8±11.5 554.1±18.3	797.5±9.6 494.1±9.5	658.5±9.9 499.1±2.8
LF	291.1±13.2 294.1±11.5	250.2±13.3 211.1±10.7	232.2±11.3 351.1±10.9
LF/HF	0.455±0.01 0.336±0.05	0.390±0.07 0.319±0.07	0.360±0.03 0.284±0.09
VLF/HF	0.691±0.01 1.244±0.02	1.175±0.05 1.045±0.02	1.379±0.07 1.145±0.02

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

В основной группе наблюдений отмечалась более позитивная динамика адаптационных реакций, что сопровождалось повышением доли реакций активации и снижением количества неполноценных реакций с переходом на более высокие уровни реактивности. Так реакции тренировки были выявлены (в среднем по подгруппам с гипо-, нормо- и гиперэстрогенными типами МКПП) у 18,6±1,34% основной и только у 5,3% контрольной группы; спокойной активации у 45,6±2,67% и 38,0%; повышенной активации у 35,8% и 56,7% обследованных соответственно, при этом в контрольной группе неполноценные адаптационные реакции отмечались у 58,3% обследованных.

Применение дифференцированных в зависимости от гормонального фона комплексов природных и преформированных физических факторов на санаторно-курортном этапе обеспечило позитивную динамику гормонального фона пациенток (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей гормонального статуса больных

Показатели	Контрольная группа (после стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов)	Основная группа (после санаторно-курортного этапа)		
		Гипоэстрогенный тип	Нормоэстрогенный тип	Гиперэстрогенный тип
ФСГ мМЕ/мл	10.2±0.45 8.6±1.2	11.9±1.087 5.8±1.1	7.4±2.01 5.4±0.98	1.8±1.0 5.7±1.26
ЛГ мМЕ/мл	2.3±0.47 5.6±2.09	14.5±4.67 6.8±3.3	11.4±1.8 7.5±0.786	1.4±1.21 8.2±2.3
Прогестерон мМЕ/мл	456.9±6.67 302.7±9.84	567.4±10.02 342.8±6.9	453.8±7.7 255.5±1.786	911.9±13.81 356.9±11.18
Эстрадиол пмоль/л	88.5±1.34 91.0±2.44	70.8±8.8 124.8±4.09	109.5±0.982 133.6±7.88	543.9±14.01 234.8±1.97
Прогестерон нмоль/л	45.8±0.97 12.8±0.21	7.9±2.2 20.8±1.0	34.9±3.9 35.8±8.1	12.9±1.1 22.7±2.97
Тестостерон (св) нмоль/л	5.1±1.03 3.7±0.21	0.8±0.02 0.6±0.098	1.4±0.44 3.9±1.001	3.8±0.32 2.3±0.33
ЛГ/ЭА-S мкМЕ/мл	6.6±1.0 3.4±0.18	5.8±0.36 5.7±0.91	7.6±1.32 9.7±2.088	6.9±2.3 4.6±1.66
ТТГ мкМЕ/мл	3.5±0.12 4.1±0.59	0.94±0.007 1.2±0.027	4.0±0.81 3.5±1.5	4.1±0.55 3.2±1.054

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

Результаты диспансерного наблюдения больных указывали, что после санаторно-курортного этапа медицинского реабилитации, проведенного на базах исследования, наряду с нормализацией менструальной функции, у девушек отмечалось снижение частоты (в среднем по различным вариантам нозологических форм в 2,3±0,034 раза), а также степени выраженности сопутствующей (заболевания органов

дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и пр.) экстрагенитальной патологии. Из всех пролеченных пациенток у 23,3% девушек отмечались рецидивы МКПП, однако количество пациенток с рецидивами нарушений менструальной функции в контрольной группе было в 4,25 раза больше, чем у пациенток основной группы наблюдения. В целом среди больных с гипоестрогенным типом МКПП рецидив кровотечения диагностировался в 10,0% случаев; у больных с МКПП нормоэстрогенного типа рецидивы были отмечены в 23,5% случаев, при гиперэстрогенном типе рецидив МКПП отмечался в 26,1%.

Выводы. У девушек-подростков, страдающих МКПП, наряду с нарушениями гормонального фона, психо-вегетативного статуса и уровней защитно-приспособительных механизмов гомеостаза достаточно широко распространена разнообразная, часто сочетанная, экстрагенитальная патология, что предопределяет необходимость системного подхода к организации процесса оздоровления, профилактики заболеваний и восстановительного лечения данного контингента больных. Персонализированное применение технологий восстановительной медицины на санаторно-курортном этапе обеспечивает достаточный уровень лечебно-профилактической эффективности комплексного лечения патологии репродуктивной системы и сопутствующих нарушений психо-вегетативной сферы, что способствует снижению частоты рецидивов МКПП и обострений имеющихся экстрагенитальных заболеваний. Включение в спектр медицинских реабилитационных мероприятий постоянных жителей Краснодарского края санаторно-курортного этапа на базе территориально близко расположенных здравниц Кубани экономически целесообразно и обеспечивает повышение лечебно-профилактической эффективности комплексного лечения нарушений менструальной функции и экстрагенитальных заболеваний.

Литература

1. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. - М.: изд-во «Бином», 2008. - С. 408.
2. Веселова Н.М. Оценка эффективности различных методов регулирующей терапии девочек подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода. // «Проблемы репродукции»: материалы первого международного конгресса по репродуктивной медицине. - М.: Медиа Сфера, 2006. - С.38-39.
3. Гордон К.В. Восстановительное лечение больных с хроническими воспалительными заболеваниями женских тазовых органов. - Сочи: изд-во ГДОН, 2002. - 186 с.
4. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. - Москва: МИА, 2009. - С.560.
5. Дебольская А.И., Веселова Н.М. Некоторые спорные вопросы классификации, этиологии и патогенеза маточных кровотечений пубертатного периода. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2006, №1. - С.28-32.
6. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода (междисциплинарное решение гинекологической проблемы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - №3. - С.30-38.
7. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Обоснование выбора гестагенов для лечения маточных кровотечений пубертатного периода. // Российский вестник акушера-гинеколога-2005. - Т.5, №2. - С.61.
8. Холопов А.И., Шашель В.А., Перов Ю.М., Настенко В.П. Грязелечение. - Краснодар: Периодика Кубани 2002. - С. 284.

THE NON-MEDICAMENTAL CORRECTION OF THE PSYCHO-NEUROENDOCRINE REGULATION SYSTEM AMONG THE PATIENTS WITH THE REPRODUCTIVE SYSTEM PATHOLOGY IN KRASNODAR REGION HEALTH RESORTS

A. M. CHULKOVA, V. A. KRUTOVA, I. E. ASLANYAN, O. V. AVAGIMOVA, K. V. GORDON, A. T. BYKOV, B. A. ERMAKOV

FSI "Basic obstetrics and gynecology clinic" of Kuban State Medical University (Russia, Krasnodar, Zhipovskaya 4/1); The chair of recreational medicine, physiotherapy, chiropodics, therapeutic physical education and sport medicine of Kuban State Medical University (Russia, Krasnodar, Sedina 4); E-mail: doctor4007@rambler.ru.

In the study there are presented the results of the analysis of the hormonal profile, the psychoemotional status, the vegetative nervous system functional activity, the activity levels of the protective-adaptive mechanisms of the homeostasis, and also of the clinical progression of the associated extragenital pathology among the permanent Krasnodar region resident adolescent girls, suffering from the pubertal period uterine bleeds.

Key words: Pubertal period uterine bleeds, hormonal profile, psycho-vegetative status, extragenital pathology.