

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ, г. Краснодар,
санаторий «Голубая горка», г. Сочи **

В Федеральной целевой программе «Старшее поколение» (2002) «достойная» старость граждан с массой нерешенных социальных, медицинских, экономических и культурных задач является глобальной проблемой человечества. Учитывая возросшую среднюю продолжительность жизни женщин, а вместе с этим время их творческой и деловой активности, по-прежнему остается актуальной задача сохранения на долгие годы высокого качества жизни [3]. Одной из самых значимых проблем сегодняшнего дня в современной гинекологии является решение вопроса, связанного с диагностикой и лечением патологических проявлений климактерического периода. Отношение к пожилым людям рассматривается как тонкий индикатор благополучия современного человека. Социальная и экономическая сторона этого вопроса также имеет немаловажное значение, ибо помимо бережного отношения к здоровью и социальному статусу женщин появляется перспектива увеличения продолжительности их жизни, а следовательно, и трудоспособного возраста. Наиболее значимыми последствиями эстрогенного дефицита, оказывающего значительное влияние на качество жизни женщин перименопаузального периода, является климактерический синдром (КС) [2, 5, 13]. Уже не одно десятилетие ученые находятся в поиске методов терапии различных патологических проявлений климактерического периода. Не утихают споры о целесообразности назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в постменопаузе с целью лечения и профилактики климактерических расстройств [6, 7]. Но, несмотря на благоприятные результаты применения ЗГТ, пациентки не всегда дают согласие на этот вид лечения, а определенной категории этот вид терапии не показан [1, 2]. По мере накопления позитивного аспекта приема ЗГТ в постменопаузе выявлен довольно широкий спектр противопоказаний для приема используемых женщинами гормональных препаратов. Установлено, что их длительное применение нередко ведет к ухудшению течения многих соматических заболеваний, системных процессов, гормонозависимых гиперпластических состояний в органах репродуктивной системы, часто сопровождается появлением признаков токсического воздействия на организм пациентки и активирует аллергические состояния [8, 11]. Изучение влияния немедикаментозных методов коррекции КС является актуальной задачей, способствующей повышению качества жизни.

Целью нашей работы явилось изучение влияния немедикаментозных методов лечения (бальнеологических факторов и лазеротерапии) на течение КС.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ведомственного санаторно-курортного комплекса, при этом

возникла уникальная ситуация перманентного мониторинга определенной группы пациентов с климактерическим синдромом в течение пяти лет. В работе использован метод оригинального анкетирования, клинико-лабораторные методы (биохимические исследования – определение холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов на анализаторе «Кормей-Плюс» фирмы «Кормей»; определение уровня глюкозы натощак при помощи тест-полосок и глюкометра, отражательного фотометра «Onetouch» фирмы «Джонсон и Джонсон», определение уровня гормонов иммуноферментным анализом – фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), адренокортикотропного, тестостерона, кортизола, прогестерона, инструментальные – электрокардиография на аппарате «Herastar», велоэргометрия; количественное определение минеральной плотности костной ткани на ультразвуковом денситометре HILES фирмы «Lunar», ультразвуковая диагностика органов малого таза с использованием трансвагинального датчика частотой 3,5 МГц прибором «Hitachi Model» EUB-405), статистические методы. При этом именно системный подход позволил нам в конечном итоге разработать ряд методических рекомендаций, которые реально улучшили состояние здоровья пациенток, находящихся в климактерическом периоде. Сбор данных проводился при помощи сплошного, выборочного, с применением выкопировки, методов анкетирования, направленного отбора и формирования групп по методу парной выборки, текущего и одномоментного наблюдения. С целью коррекции климактерических расстройств использовалась лазеротерапия при помощи аппарата «Ламми», мощностью излучения 20 мВт, длиной волны 0,85 мкм, в импульсном режиме, в течение 10 дней, ежедневно, с длительностью воздействия 10 минут на эндоназальную область; гальванический воротник по Щербаку с расположением электродов на плечевом поясе и пояснично-крестцовой области с силой тока от 6 до 16 мА в течение 10 дней ежедневно; йодобромные ванны при температуре 35–37°С ежедневно по 10–15 минут; подводный душ-массаж длительностью 20 минут на курс 10 процедур, давление воды массирующей струи составляло 200 кПа [3, 9, 10].

В исследовании в течение пяти лет приняло участие 250 женщин с КС, проходивших санаторно-курортное лечение в ведомственном санатории «Голубая горка» с небольшими временными интервалами (с контролем клинико-лабораторных данных от 3 до 6 месяцев после проведенного лечения). Это дало возможность проследить динамику развития КС и влияние немедикаментозных методов коррекции климактерических расстройств на самочувствие пациенток. Возраст исследуемых пациенток составил 45–65 лет (средний возраст 54 ± 2 года), находящихся

в постменопаузальном периоде продолжительностью от 1 года до 10 лет (сред. $6,4 \pm 0,53$ года), который осложнился климактерическим синдромом различной степени тяжести. Обследование всех пациенток проводилось по прибытии в санаторий, до начала лечения, после окончания срока санаторного лечения, через 3 и 6 месяцев после лечения. Диагноз менопаузы устанавливался ретроспективно через год после последней самостоятельной циклической метроррагии. У 38 (7,4%) женщин менопауза возникла после гистерэктомии, средняя продолжительность менопаузы у данной группы пациентов составила $6,0 \pm 0,45$ года. В дальнейшем, при разделении пациентов на группы по применяемым методам лечения, мы выделили этих женщин в отдельную, 4-ю группу. Все обследуемые женщины были разделены в зависимости от проводимой терапии на три группы, в каждой из которых были выделены две подгруппы («а» и «б»), зависящие от длительности постменопаузы («а» – длительность постменопаузы от 1 года до 5 лет, «б» – от 5 до 10 лет). Четвертую группу, как уже отмечалось, составили пациентки с гистерэктомией. Распределение обследуемых женщин по группам:

1-я группа – 75 пациенток с климактерическим синдромом, у которых применялась лазеротерапия (30% от общего числа исследуемых),

1 «а» – 32 пациентки с длительностью менопаузы от 1 до 5 лет (12,8%),

1 «б» – 43 пациентки с длительностью менопаузы от 5 до 10 лет (17,2%),

2-я группа – 50 пациенток с климактерическим синдромом, у которых для коррекции климактерических расстройств использовались лазеротерапия и бальнеолечение (20%),

2 «а» – 27 пациенток с длительностью менопаузы от 1 до 5 лет (10,8%),

2 «б» – 23 пациентки с длительностью менопаузы от 5 до 10 лет (9,2%),

3-я группа – 87 пациенток с климактерическим синдромом, у которых с целью коррекции климактерических расстройств использовалось бальнеолечение (34,8%),

3 «а» – 51 пациентка с длительностью менопаузы от 1 до 5 лет (20,4%),

3 «б» – 36 пациенток с длительностью менопаузы от 5 до 10 лет (14,4%),

4-я группа – 38 пациенток с гистерэктомией в анамнезе (7,4%).

Степень выраженности климактерического синдрома мы оценивали по классификации Е. М. Вихляевой [4, 5]. В ее основу положено число приливов. При обследовании у всех 250 пациенток наблюдались климактерические расстройства различной степени выраженности. С увеличением времени после последней менструации степень тяжести КС, определяемая количеством приливов в течение суток, уменьшалась. Для оценки исходного состояния и динамики проводимой терапии, нами использовался модифицированный менопаузальный индекс (МПИ) Куппермана в модификации Е. В. Уваровой (1975). В его основе находится 3 группы симптомокомплексов: нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные. При объективной оценке этих расстройств отдельные симптомы оценивались в баллах (от 1 до 3), суммировались и представлялись в виде МПИ.

При анализе выраженности всего симптомокомплекса КС по МПИ в зависимости от продолжительности постменопаузы наблюдалось уменьшение числа больных со средней и тяжелой степенью тяжести нейровегетативных расстройств. В меньшей степени наблюдалось изменение проявлений психоэмоциональных расстройств. В первом пятилетии в формировании

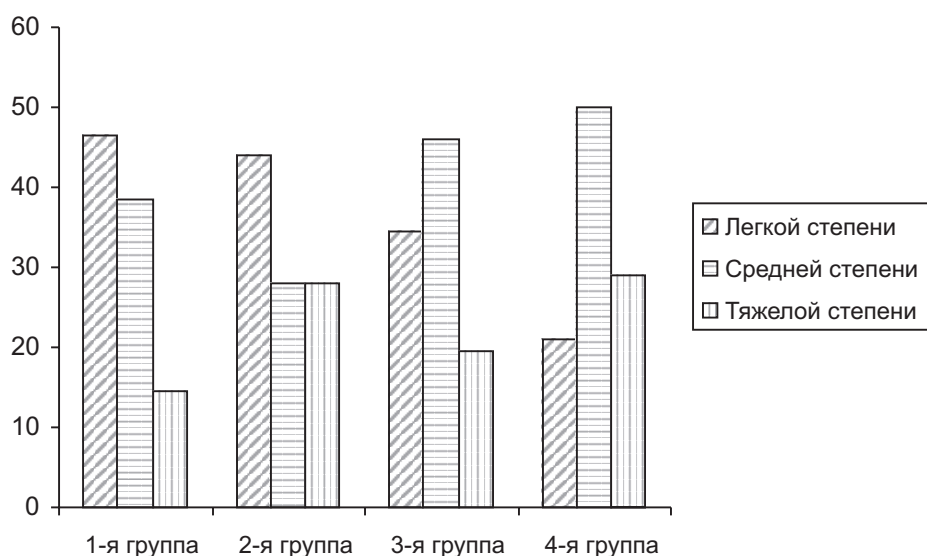


Рис. 1. Степень тяжести КС в группах обследованных (%)

данных нарушений имели значение преморбидный фон, неблагоприятные средовые факторы и наличие экстрагенитальной патологии, а также соматическое состояние к периоду менопаузы, а в более поздние сроки психоэмоциональные расстройства были вызваны прогрессирующим атеросклеротическим процессом в сосудах и артериальной гипертензией (АГ). Тяжесть течения обменно-эндокринного синдрома значительно ухудшалась с увеличением длительности постменопаузы. Степень выраженности климактерических расстройств по группам представлена на рисунке 1.

При обследовании пациенток были выявлены множественные нарушения различных видов обмена: гиперлипидемия – у 76%, нарушения углеводного обмена – у 18%, нарушения кальцийфосфорного обмена – у 78,8%. При этом частота и выраженность этих нарушений резко прогрессировали с увеличением продолжительности постменопаузы. Одновременно увеличивалось число больных, имеющих сочетания данных нарушений.

Различные нарушения липидного профиля, как уже указывалось, отмечались у 76% женщин. При длительности постменопаузы более 5 лет эти нарушения встречались чаще, чем у лиц с меньшей ее продолжительностью. В среднем по группам выявлены умеренные нарушения в виде гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, повышения липопротеидов низкой плотности (ЛПВП) и низкого уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПНВ). Детальный анализ липидных показателей крови в зависимости от длительности постменопаузы выявил, что в позднем постменопаузальном периоде отмечались достоверно более низкие значения уровня холестерина (ХС до 5 лет 6,3 моль/л, после 5 лет – 5,8 моль/л), ЛПВП и высокие уровни триглицеридов (ТГ до 5 лет 2,1 моль/л, после 5 лет 2,5 моль/л).

При анализе кальцийфосфорного обмена по группам выявлено незначительное повышение уровня кальция и фосфора. Из 197 женщин, имеющих нарушение кальциевого обмена, остеопороз выявлен у 93 женщин (47,2%), синдром остеопении у 104 женщин (52%). С увеличением временного периода после наступления менопаузы частота постменопаузального остеопороза резко возрастала. У женщин с хирургической менопаузой, длительность которой составила $6,0 \pm 0,45$ года, остеопороз диагностирован у 62,3%, что соответствует результатам обследования женщин с более длительной постменопаузой.

При проведении комплексного обследования нас интересовала и гонадотропная функция гипофиза. У всех больных выявлена тенденция к повышению уровня гонадотропных гормонов (ФСГ до 5 лет 59,8 МЕ/л, после 5 лет 62,7 МЕ/л и ЛГ до 5 лет 57,0 МЕ/л, после 5 лет 59,8 МЕ/л), причем у пациенток с длительностью постменопаузы более 5 лет эти показатели были выражены в большей степени.

При обследовании пациенток наряду с симптомокомплексом КС различной степени тяжести практически у всех отмечались жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: боли в области сердца (76% обследованных) различной локализации и выраженности, связанные с физической нагрузкой и стрессами и не связанные; тахикардия (82%) в покое и при физической нагрузке, часто ночью, во время сна; одышка (12%); чувство тяжести за грудиной (10%); подъемы артериального давления (32%); аритмии (7%). Симптомокомплекс климактерических и кардиологических расстройств сопровождался

у этих больных функциональными изменениями в работе сердца, что было подтверждено инструментальными методами обследования. У 75 пациенток (75%) 1-й группы, 37 женщин (74%) 2-й группы и у 83 женщин (83%) 3-й группы имелись изменения электрокардиограммы (ЭКГ) различного характера. Необходимо отметить, что изменения на ЭКГ соответствовали климактерической кардиопатии, зубец «Т» был положительным, S-T фиксировался во многих отведениях. Для оценки адаптационных и приспособительных реакций системы кровообращения у больных с КС была проведена проба с физической нагрузкой – велоэргометрия (ВЭМ), во время которой была наиболее выражена динамика изменений ЭКГ. Основными причинами прекращения физической нагрузки у больных с КС были: достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) у 63%, гипертоническая реакция на нагрузку у 10%, отказ от работы вследствие усталости и одышки у 27%. Во всех 4 группах наблюдалось снижение толерантности к физической нагрузке.

Нами проведен анализ взаимосвязи между уровнем физической работоспособности и нарушениями липидного спектра крови. Выявлено, что у лиц с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией работоспособность ниже, чем у лиц с нормальным липидным обменом.

Согласно рекомендациям ВОЗ диагностика остеопороза проводится на основании Т-масштаба. Одной из главных задач интерпретации результатов денситометрии является оценка риска переломов в связи с конкретными значениями минеральной плотности костной ткани (МПКТ), полученными при исследовании. Во всех 4 группах отмечено снижение Т-критерия, особенно это выражено в 4-й группе обследованных женщин – $2,56 \pm 0,02$, что подтверждает данные литературы в этой области, преждевременное угасание функции яичников или их удаление способствует раннему развитию остеопороза [13] и в меньшей степени – в 1-й подгруппе – $0,98 \pm 0,10$. При сравнении подгрупп отмечено достоверное увеличение Т-критерия в подгруппах при длительности постменопаузы от 5 до 10 лет.

Учитывая все вышеизложенное, решено было выработать необходимый комплекс мер, с тем чтобы при малых материальных затратах и необременительных усилиях со стороны пациенток был получен максимальный возможный положительный результат. Характерные особенности течения периода менопаузы и постменопаузы зависят от исходной секреции гонадотропинов и половых стероидных гормонов, а также гормональной «насыщенности» тканей органов-мишеней, метаболических нарушений, изменений локальной липидотранспортной системы, антиоксидантной системы клеток тканей органов-мишеней. Состояние пациенток в значительной степени определялось предшествующими или сопутствующими заболеваниями, а также состоянием исходного уровня регуляторных систем. Все это создает необходимость дифференцированного подхода к исходному состоянию женщин и разработке дифференцированных методов терапии.

Нами у обследуемых женщин были применены различные методы немедикаментозного воздействия: 1-я группа – лазеротерапия; 2-я группа – сочетание лазеротерапии и бальнеолечения и 3-я группа – бальнеолечение. В результате сравнительной оценки эффективности состояния больных при получении различных комплексов лечения установлено, что после лечения

в целом пациентки отмечали уменьшение количества приливов. Сочетание лазеротерапии и бальнеолечения, применяемое у пациенток с КС, в большей степени способствовало облегчению состояния больных: заметно снижалась степень тяжести течения КС, выраженность патологических его проявлений, что свидетельствовало о более выраженном положительном действии этого комплекса терапии на обменные процессы и регуляторные системы организма женщины. При использовании сочетанного комплекса лечения у большинства пациенток наблюдалась более заметная тенденция к нормализации вегетативной реактивности, чем у пациенток, получающих только лазеротерапию или только бальнеолечение. Это свидетельствует как об исходной многофакторности поражения регуляторных систем в организме женщины, так и о потенцированном действии каждого лечебного фактора в комплексе курортного лечения и предпочтительности комплексного воздействия курортными факторами.

При исследовании липидов и липопротеидов крови после лечения определился ряд закономерных и характерных особенностей динамики показателей. При использовании различных методов лечения в 1, 2, 4-й группах имела тенденция к снижению ХС, ТГ, ХС-ЛПНП, но добавление лазеротерапии (ЛТ) в лечебный комплекс вызвало более выраженное снижение этих показателей, а при применении первого лечебного комплекса эти показатели были более достоверными. Положительным аспектом лечебного воздействия ЛТ оказалось значительное повышение ХС-ЛПВП. В отдаленном периоде после лечения (6 месяцев) выраженные изменения показателей липидограммы сохранялись у пациенток первой группы. У пациенток второй группы уменьшение уровня ХС и ряда показателей липидограммы сохранялись как тенденция. В четвертой группе показатели липидограммы возвратились к исходному уровню, в третьей группе остались без изменения. Данные изменения свидетельствуют о стабилизирующем действии курортных факторов лечения и наиболее выраженном влиянии на состояние липидного обмена у больных с КС первого лечебного комплекса (рис. 2).

При исследовании уровня гормонов в крови было установлено, что после лечения статистически достоверными улучшения были во всех исследуемых группах. Но при рассмотрении отдаленных результатов (спустя 6 месяцев после лечения) выявлена стабилизация уменьшения показателей во второй группе, в остальных трех группах показатели незначительно увеличились, но остались в пределах возрастной нормы. Таким образом, выявлено однонаправленное действие каждого комплекса на гормональный фон.

При исследовании жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено, что после лечения происходит снижение частоты и интенсивности болей в области сердца, тахикардии и других жалоб. Наилучшие результаты были получены в первой, второй и четвертой группах, в третьей группе значительной положительной динамики мы не отметили. К концу 6-го месяца в третьей и четвертой группах происходит ухудшение положительной динамики за счет появления у больных болей в сердце и тахикардии. Субъективному улучшению состояния больных способствовали объективные изменения по данным инструментального обследования. Достоверное снижение частоты нарушений параметров было получено во 2-й группе, а в 1-й и в 3-й имела тенденция к улучшению. По истечении 3 месяцев от начала терапии результаты, достигнутые сразу после лечения, сохранились. Однако спустя 6 месяцев показатели в 3-й и 4-й группах значительно ухудшились. Тогда как в 1-й и во 2-й группах существенных изменений не произошло.

Положительная динамика при проведении нагрузочных проб ВЭМ в большей степени проявляется в 1-й и 2-й группах, где достоверно происходит увеличение показателей «мощность пороговой нагрузки» (МНП) и «объем выполненной работы» (Р); а также снижение показателя двойного произведения (ДП), причем увеличение этих показателей сохраняется во 2-й группе через 3–6 месяцев. Тогда как в 1-й группе эти показатели незначительно снижаются к 6-му месяцу. Показатели ВЭМ в 3, 4-й группах к 6-му месяцу ухудшаются. Таким образом, положительные изменения показателей ВЭМ у прошедших курс лечения пациенток

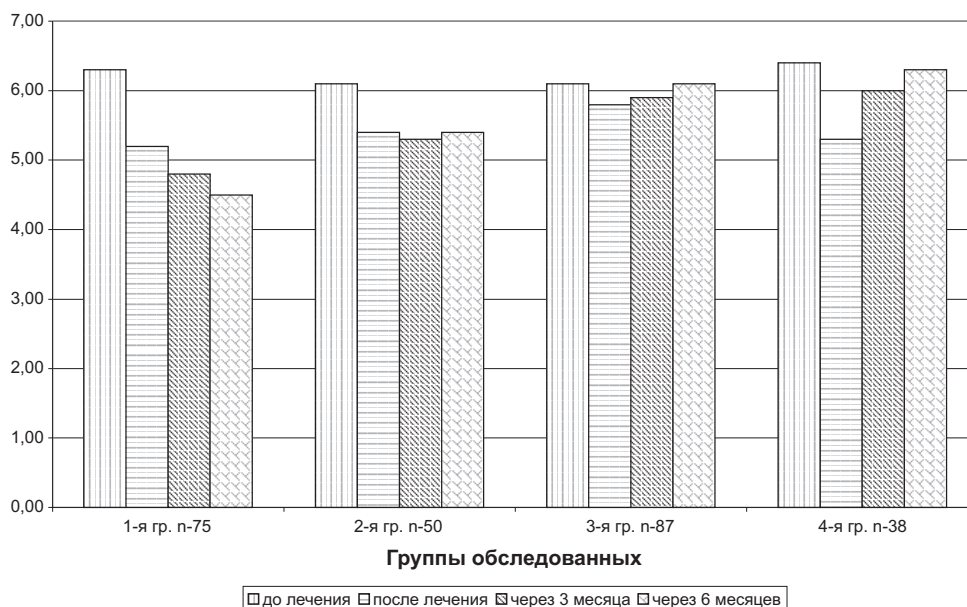


Рис. 2. Состояние липидного обмена ОХ (моль/л)

убедительно показывают преимущество комбинированного лечения (рис. 3).

Отмечается улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациенток с КС в виде увеличения толерантности к физической нагрузке. Субъективные изменения наступили через 21 день после начала комплексной терапии, это выражалось в снижении частоты жалоб на тахикардию и боли в области сердца, головную боль, приливы. Пациентки отмечали улучшение настроения, самочувствия, общего состояния.

Объективные изменения, которые проявились снижением уровня холестерина, триглицеридов (основные факторы атерогенности), глюкозы, нормализацией уровня гонадотропных гормонов, улучшением состояния показателей денситометрии, произошли также через 21 день после начала лечения в 1, 2 и 4-й группах. В 3-й группе существенных улучшений не произошло. Статистически достоверными эти результаты оказались у пациенток 1-й и 2-й групп, которым в комплексе лечения был применен лазер. В дальнейшем полученные нами результаты закрепились и к 6-му месяцу терапии, сохранились на достигнутом уровне в 1-й и 2-

группах. В 4-й группе к 6-му месяцу показатели ухудшились и достигли практически изначальных цифр.

Остеоденситометрические показатели достоверно возросли после лечения и продолжали незначительно увеличиваться к 6-му месяцу в 1-й и 2-й группах. Тогда как в 3-й группе эти показатели не изменились, а в 3 «а» группе и в 4-й к 6-му месяцу незначительно уменьшились, очевидно, за счет прогрессирующей гипопостроении (рис. 4).

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод: комплексное лечение, включающее лазеротерапию и бальнеолечение, существенно снижает уровень холестерина (с 6,3 моль/л до 5,4 моль/л), не уступает эффекту современных фармакологических препаратов, обладает пролонгированным действием после курса лечения в течение нескольких месяцев, регулирующим воздействием на гонадотропную функцию передней доли гипофиза у пациенток с различным по тяжести течением КС, которое проявляется снижением уровней ФСГ (с 59,8 Ме/л до 33,2 Ме/л) и ЛГ (с 58,0 Ме/л до 25,1 Ме/л) и улучшением их соотношения. Отсутствие побочных свойств и низкая стоимость позволяют рассматривать это комплексное

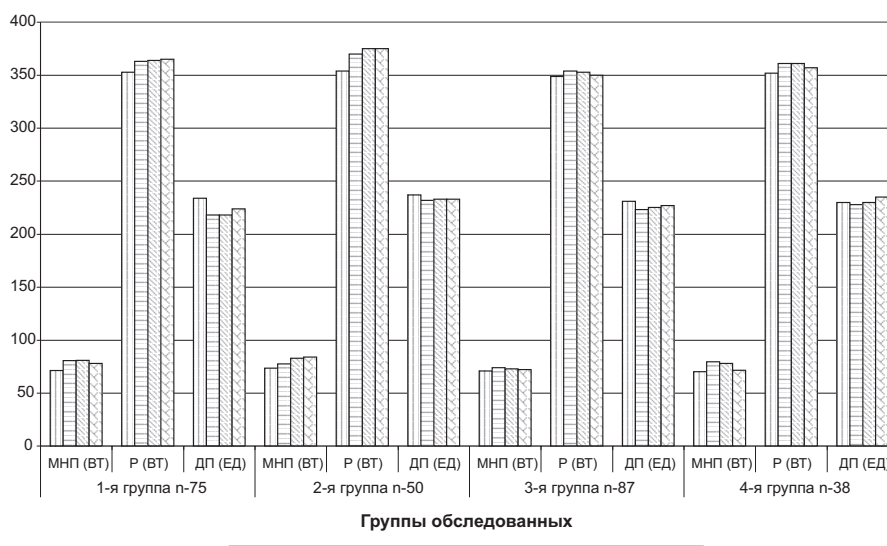


Рис. 3. Изменение показателей ВЭМ

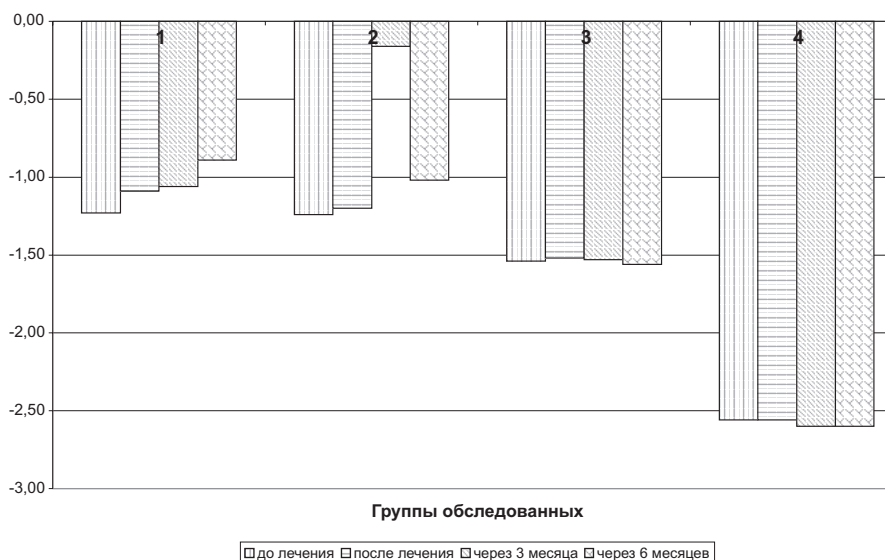


Рис. 4. Изменение показателей денситометрии (Т критерий SD)

лечение как альтернативу медикаментозным методам лечения. Предлагаемый комплекс имеет не только профилактическое, но и клиническое значение. При этом именно системный подход, который отличается комплексностью и многоплановостью сбора и анализа изучаемых явлений и фактов, позволил нам в конечном итоге разработать ряд методических рекомендаций, которые реально улучшили состояние здоровья пациентов, находящихся в климактерическом периоде.

Поступила 17.10.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Баклаенко Н. Г., Стукалова Т. И., Зелинская Д. И., Гаврилова Л. В. Охрана здоровья женщин: современные проблемы // Здоровоохранение. 1999. № 5. С. 25–35.
2. Балан В. Е. Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города // Акуш. и гинекология. 1995. № 3. С. 25–28.
3. Боголюбов М. Г. Техника и методики физиотерапевтических процедур (справочник.) Тверь: Губернская медицина, 2002. С. 304–348.
4. Вихляева Е. М. Рук-во по эндокринной гинекологии. М.: Мед. 2002. С. 191–193.
5. Вихляева Е. М., Балан В. Е., Сметник В. П. Менопаузальный синдром. 1996.
6. Грацианский Н. А. Гормональная заместительная терапия эстрогенами как метод профилактики (и лечения) атеросклеротических заболеваний сосудов женщин в постменопаузе // Кардиология. 1996. № 6. С. 4–18.
7. Грацианский Н. А. Заместительная терапия эстрогенами в менопаузе: реальный метод первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у женщин или только интересная тема для обсуждения // Клини. фармакология и терапия. 1994. № 3. С. 30–39.

8. Овсиенко А. П. Влияние исходной гипо- и гиперэстрогении на состояние больных в постменопаузе // Материалы Международной научно-практической конференции «ВУЗ. Здоровье. Интеллект». Кисловодск, 2003. С. 75–86.

9. Пономаренко Г. Н., Антипенко П. В. Физиотерапия и курортология в вопросах и ответах. СПб, 2000. С. 244–257.

10. Руденко Л. Г. Физиотерапия. Ростов н/Д: Феникс, 2000. С. 333.

11. Фролков В. К. Физические факторы в терапии больных с климактерическим синдромом в постменопаузе // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2004. № 5. С. 35–37.

12. Jacobs, S., Hillard T. Hormone replacement therapy in the aged. A state of the art review // Drugs Aging. 1996. Vol. 8. P. 193–213.

13. Manninen V., Elo O., Frick H., et al. Lipid alteration and decline in the incidence of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study, JAMA, 1988. Vol. 260. P. 641–651.

**N. Y. KUDLAY, O. K. FEDOROVICH,
L. Y. KARAHALIS**

COMPLEX THERAPY OF CLIMACTERIC SYNDROME: NON-DRUG METHODS

For the five years' period the research of influence of non-medicamental methods of correction of a climacteric set of symptoms among 250 women was carried out. During the research such data were studied the changes during therapy of a lipide structure, a level of gonadotrophic hormones, changes of cardiovascular system, osteodensitometrical parameters. Using of complex therapy (photoradiotherapies, water treatment) much better influence on clinical-laboratory parameters.

В. В. ЛЕБЕДЕВ, М. А. ЖАРОВ, М. Т. АБИДОВ

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РОЖИ

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета*

Постоянное совершенствование прогностических приемов в медицине представляет собой весьма актуальную проблему. Умение дать точный прогноз болезни определяет профессиональный уровень специалиста. Накопленный за последние годы материал по вопросам прогноза рецидивов рожки имеет в основном описательный характер, отсутствует оценка факторов рецидивирования рожки [1]. Современные методы иммунологического исследования позволили выявить показатели неспецифической резистентности и иммунитета, которые отражают формирование рецидивирующего течения болезни. Выраженная тенденция к повышению цитокинов, медиаторов воспаления, иммуноглобулинов в процессе лечения и периоде реконвалесценции свидетельствует об интенсификации защитных процессов и вероятно неблагоприятном прогнозе болезни. Эти клинико-иммунологические и лабораторные изменения в системе гемостаза ряд авторов используют для прогнозирования

рецидивов болезни [1–2]. Недостатком предложенных способов прогнозирования рецидивов рожки является недостоверность определения риска развития ранних рецидивов, что приводит к запоздалой коррекции терапии, снижению результатов лечения. Кроме того, применению этих способов может препятствовать отсутствие необходимого оборудования и подготовленных кадров, трудоемкость выполнения предлагаемых методик.

Материалы и методы

Исследование проведено в Майкопской городской клинической больнице в 2000–2005 гг. Обобщены результаты ретроспективного прогнозирования рецидивов рожки у 97 реконвалесцентов, наблюдавшихся в 2000–2001 гг., и результаты прогнозирования рецидивов у 386 больных, лечившихся в больнице в период с 2002 по 2005 г. Всем больным проводилась базисная общепринятая этиопатогенетическая терапия: