

Результаты. При анализе данных периодического медицинского осмотра выявлены лабораторные признаки бактериального вагиноза (в частности бактериоскопического исследования мазков, pH вагинального отделяемого, положительного аминного теста) в I группе в 16,7 % случаев, во II группе — всего в 6,7 % наблюдений. При выявлении бактериального вагиноза пациентки получали лечение: крем «Гинофорт» во влагалище, флюкостат 150 мг однократно, эффективность терапии составила 93,3 % (у двух пациенток I группы после проведенного курса в мазках из влагалища выявлены «ключевые» клет-

ки, Leptotrix). Полученные данные также были сопоставлены с результатами III группой, пациентки которой не имели контакта с антибиотиками и не принимали антибиотики в течение последних 3-х лет, частота встречаемости бактериального вагиноза в III группе составила всего 1,8 %.

Выводы: в исследования получены более высокая встречаемость бактериального вагиноза у женщины, занятых на производстве антибиотиков. На основании этого, в настоящее время продолжается исследование на большем клиническом материале.

Губарева В. В., Кузовлев О. П., Лактионова Л. В.

ФГУЗ ФМБА России ЦМСЧ №165,
Москва, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Актуальность проблемы. Клинически гипоменструальный синдром является тяжёлой формой патологии менструальной функции и признаком патологических процессов в нейроэндокринной системе. Вышеупомянутый синдром у большинства больных (от 10 % до 20 %) сопровождается длительным бесплодием вследствие хронической ановуляции, а восстановление генеративной и менструальной функции является сложной задачей. При длительных нарушениях менструальной функции нередко возможны гиперпластические процессы в эндометрии — 47,3 %, дисфункциональные маточные кровотечения — 13,4 %, альгоменорея — 11,65 %, патологическая прибавка в весе 42,9 %, нейроэндокринные нарушения — 17%. Избыточная масса тела и формирующиеся на её фоне метаболические нарушения замыкают круг сложных изменений в репродуктивной системе. Метод структурно-резонансной терапии (СРТ) является одним из современных и безопасных методов лечения и заключается в воздействии электрическим током и/или низкоинтенсивным электромагнитным излучением, частотные характеристики которых соответствуют собственным, биологическим ритмам человеческого организма. Воздействуя на органы и ткани частотами близкими к эндогенным, в соответствии с законом резонанса, создаются условия для восстановления нормальной жизнедеятельности и полноценного функционирования всех систем (Блинков И.Л., 1998, Кузовлев О.П., 2003).

Материал и методы. Нами проведено обследование и лечение 15 женщин с диагнозом: гипоменструальный синдром нейрообменно-эндок-

ринного происхождения. Пациентки в возрасте от 21 до 44 лет обратились с жалобами на задержку менструации от 3-х до 6-ти месяцев, с нарушением жирового обмена, гирсутизмом, акне. Из них: I группа — 5 пациенток (основная группа) получали гормональную терапию и структурно-резонансные воздействия низкоинтенсивными электромагнитными полями (режим № 43 от аппарата «РЕМАТЕРП», экспозиция 43 мин). II группа — 6 пациенток получала только структурно-резонансные воздействия низкоинтенсивными электромагнитными полями (режим № 43 аппарата «РЕМАТЕРП», экспозиция 43 мин). III группа (контрольная) — 4 женщины получали только гормональную терапию (в зависимости от характера гормональных нарушений: гестагены, дюфастон, КОК, диане-35). Комплексная терапия, направленная на снижение массы тела, включала в себя: лечебную физкультуру, диету с ограничением жиров и углеводов, медикаментозную терапию (меридиа, ксеникал, бодимарин, верошпирон). Критерием положительного результата проводимой терапии являлись: сроки наступления менструации, их цикличность, уменьшение массы тела и нормализация показателей гормональных исследований (соотношения уровня гормонов ЛГ/ФСГ, повышения прогестерона, снижения ДЭА).

Результаты исследования. В результате проводимого комплексного исследования у больных первой группы отмечалось наступление менструальной реакции через 3-7 дней после первого курса проведённой терапии и восстановление её на фоне лечения в течение 3-х последующих менструальных циклов и после отмены терапии.

У 4 женщин (66,7 %) второй группы на фоне комплексной терапии гипоталамического синдрома отмечалась нормализация овуляторной функции и менструации без гормональной коррекции, у 2 женщин (33,3 %) менструальный цикл не восстановился. В третьей группе женщин менструальные реакции в 100 % случаев были только на фоне гормонотерапии и после ее окончания у 80 % женщин менструальный цикл не восстанавливался. Оценка гормональных исследований производилась в начале терапии и через 3 месяца после ее окончания. У всех пациенток с гипоменструальным синдромом до начала лечения отмечалось: снижение прогестерона до уровня нижней границы нормы, а также высокий индекс соотношения ЛГ/ФСГ $> 2,5$ (повышение ДЭА отмечалось в 66,7 % случаев). В ходе исследования выявились следующие закономерности: у пациенток I группы отмечалось уменьшение соотношения ЛГ/ФСГ в 1,5 раза, снижение уровня ДЭА до нормальных показателей, а также повышение уровня прогестерона с $3,28 \pm 2,1$ нг/мл до $22,8 \pm 4,6$ нг/мл. У пациенток II группы уровень соотношения ЛГ/ФСГ также имел тенденцию к снижению: снизился до 1,5 — в 66,7 % случаев и до 2 — в 33,3 % случаев, у 66,7% отмечалось повышение уровня прогестерона до средних границ нормы и у 33,3 % пациенток прогестерон остался сниженным 3,3 — 10,5 нг/мл (отмечалось незначительное повышение этого гормона), уровень ДЭА снизился во всех случаях с 5,2

мкг/мл до 1,8 мкг/мл. В III (контрольной) группе пациенток, получавших только гормональную терапию, отмечается незначительное снижение уровня соотношения ЛГ/ФСГ и только в 25 % случаев этот уровень достиг 1,5. Нормализация прогестерона до уровня 15,8 — 20,2 нг/мл отмечалась в 50 %, а ДЭА снизился до нормы (0,4 — 2,17) мкг/мл в 25 % наблюдений. Важными критериями исследования являлось уменьшение массы тела и стабилизация веса после окончания лечения. У больных основной группы достигнуто стойкое снижение массы тела (в среднем ИМТ снижался на 2,69 и не восстанавливался после окончания лечения). Аналогичные результаты были достигнуты у пациенток второй группы, в то же время как 75 % женщин, получавших только традиционное лечение, отмечали незначительное снижение массы тела (ИМТ снизился на 1,5 и восстановился после окончания лечения). Небольшое число наблюдений не позволяет выполнить статистическую обработку данных, однако полученные результаты свидетельствуют о перспективах использования данного метода в комплексной терапии гипоменструального синдрома нейроэндокринного генеза и необходимости дальнейшего изучения.

Выводы. Применение структурно-резонансной терапии у больных с вторичными поликистозными изменениями яичников способствует достижению длительного и стойкого терапевтического эффекта.

¹Зазерская И. Е., ²Дячук А. В., ²Гавриш Н. А.

¹Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ

им. акад. И. П. Павлова;

²ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Актуальность. Известно, что с увеличением возраста происходит снижение костной массы. Крайне важным является выяснение факторов риска развития раннего снижения плотности костной массы.

Цель исследования: определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у здоровых женщин в перименопаузе, и раннем постменопаузальном периоде, проживающих в Санкт-Петербурге. Мы поставили задачи выяснения характера распределения минеральной плотности в субрегионах скелета у женщин данного возраста и выявления у них факторов риска развития остеопороза.

Материал и методы. В поликлинике ЦМСЧ

№ 122 обследовано 96 женщин в возрасте от 45 до 50 лет (средний возраст $47,9 \pm 0,1$ лет) и 120 пациенток от 48 до 60 лет (средний возраст $56,2 \pm 0,4$ лет) в раннем постменопаузальном периоде. Состояние костной ткани оценивали в осевом (поясничный отдел позвоночника) и периферическом скелете (проксимальном отделе левого бедра, левом предплечье) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на остеоденситометре фирмы Hologic QDR 4500 Elite. Результаты измерений оценивались согласно рекомендациям ВОЗ.

Результаты исследования. При сопоставлении данных остеоденситометрии, результатов анкетирования пациенток, данных клинико-ла-