

## ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖИТЕЛЬНИЦ РЕГИОНА, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

<sup>1</sup>Клиника «Екатерининская»,

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красина, 15, тел. 8 918 2100041. E-mail: pinopodia@yandex.ru;

<sup>2</sup>кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 988 2444044. E-mail: lomela@mail.ru

Генитальный эндометриоз занимает одно из ведущих мест в гинекологической патологии, приводящей к бесплодию. Проведенный анализ анкет женщин, страдающих генитальным эндометриозом, позволил имеющемуся алгоритму – обследование молочных желез, определение уровня пролактина, добавит кольпоскопию и взятие мазков на онкоцитологию. При сборе анамнеза необходимо обращать особое внимание на формирование репродуктивной системы женщины и факторы среды ее обитания.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, репродуктивное здоровье, качество жизни.

**I. Yu. CHERVONNAYA<sup>1</sup>, L. Yu. KARAKHALIS<sup>2</sup>, G. A. PENZHOYAN<sup>2</sup>**

### PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN OF THE REGION, WHO SUFFER FROM GENITAL ENDOMETRIOSIS

<sup>1</sup>Clinic «Ekaterininskaya»,

Russia, 350000, Krasnodar, Krasina str., 15, tel. 8 918 2100041. E-mail: pinopodia@yandex.ru;

<sup>2</sup>department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 988 2444044. E-mail: lomela@mail.ru

Genital endometriosis occupies one of the top positions in gynaecological pathology leading to infertility. The undertaken analysis of the questionnaires of women who suffer from genital endometriosis allowed us to add colposcopy and smear tests for oncocytology to already existing algorithm -- examination of mammary glands, determination of the level of prolactin. When obtaining the life history it is necessary to pay special attention to the formation of the woman's reproductive system and her environmental factors.

**Key words:** genital endometriosis, reproductive health, quality of life.

Удельный вес генитального эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста составляет 7–50%, а на долю аденомиоза среди всех других локализаций приходится от 70% до 90% [2,6,19].

Провоцирующими факторами в развитии аденомиоза считают различные внутриматочные вмешательства (многократные выскабливания, ручное обследование полости матки и др.), которые приводят к разрушению гистологического барьера между базальным слоем эндометрия и миометрия [3, 4].

Актуальность изучения механизмов развития аденомиоза определяется не только высокой частотой встречаемости этого заболевания в популяции [2], но и его ассоциацией с бесплодием [2], а также нарушением качества жизни женщины [15].

Цель исследования – провести анализ состояния репродуктивного здоровья, влияния экстрагенитальной патологии и окружающей среды на развитие генитального эндометриоза, в том числе аденомиоза, у жительниц региона.

#### Материалы и методы

Нами проведен анализ 1000 анкет жительниц Краснодарского края и Республики Адыгея, обратившихся в поликлиники и стационары с жалобами на боли в тазовой области, в процессе обследования которым был установлен диагноз: генитальный эндометриоз. Критериями постановки диагноза являлись: проведение ультра-

тразвукового исследования (УЗИ) половых органов на 5–7-й и 25–27-й дни менструального цикла (МЦ); магнито-резонансная томография (МРТ); гистероскопия на 5–7-й дни МЦ и гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала на 25–28-й дни МЦ; лапароскопия, лапаротомия. Кроме инструментальных методов исследования, проводимых по показаниям при наличии соответствующих жалоб, нами использовалась специально разработанная анкета, содержащая вопросы о становлении менструальной функции, ее изменениях, особенностях половой жизни, состоянии репродуктивной функции и ее особенностях, а также наличии гинекологической и экстрагенитальной патологии. Особое место в анкете было отведено факторам окружающей среды, работе опрашиваемых женщин. В работе также использовались медицинская документация и официальные данные статистических отчетов.

#### Результаты и обсуждение

Все женщины были обследованы согласно представленному выше плану, а также опрошены соответственно имеющейся оригинальной анкете. УЗИ половых органов в течение менструального цикла сделано у 100%, МРТ – у 32,4% обследованных, гистероскопия произведена в 100% случаев, а сопутствующее ей диагностическое выскабливание полости матки – у 67,8%. Все обследованные женщины страдали различными формами генитального эндометриоза. После прове-

денного комплексного инструментального обследования, включавшего УЗИ, МРТ, гистероскопию и лапароскопию, у 678 пациенток, что соответствует 67,8%, был выявлен аденомиоз изолированно или в сочетании с наружным генитальным эндометриозом (первая группа), а у 322 (вторая группа) – наружный генитальный эндометриоз (32,2%). Наиболее гетерогенную группу составили пациентки с внутренним генитальным эндометриозом (аденомиозом) в сравнении с пациентками второй группы обследования. Необходимо отметить, что у 437 (64,4%) женщин первой группы аденомиоз выявлен не изолированно, а в сочетании с другими формами доброкачественной патологии эндо- и миометрия. Самым частым сопутствующим заболеванием при аденомиозе, по данным литературы, является миома матки, которая диагностируется в 50–85% наблюдений [1, 4, 7, 9, 12, 13]. В нашем исследовании частота сочетания аденомиоза и миомы матки составила 64,3% среди пациенток первой группы. Данное сочетание выявлено при использовании всех методов диагностики – УЗИ, МРТ, у больных после операций с различными степенями распространения аденомиоза. Среди прооперированных 279 больных с аденомиозом (первая группа) этот процент выше и составил 79,1%.

Число женщин, у которых выявлено сочетание аденомиоза с наружным генитальным эндометриозом, напрямую связано с применяемыми методами диагностики. Среди пациенток, которым по тем или другим показаниям проведена лапароскопия или лапаротомия, это число составило 25,5% (157 пациенток) с аденомиозом в связи с бесплодием проведена лапароскопия, при этом у 41 выявлено сочетание аденомиоза и наружного генитального эндометриоза. По данным литературы, сочетание аденомиоза и наружного генитального эндометриоза составляет от 14,2% до 40% [1, 5].

Аденомиоз может встречаться практически в любом возрасте, но наиболее часто он диагностируется в возрасте 35–50 лет. Средний возраст обследованных нами женщин обеих групп составил  $39,5 \pm 5,7$  года. При этом нами выявлено, что аденомиоз среди обследованных пациенток встречается в возрасте  $40,3 \pm 3,9$  года; наружный генитальный эндометриоз – в возрасте  $29,5 \pm 3,7$  года; их сочетание – в возрасте  $34,6 \pm 3,7$  года. С нашей точки зрения, проводить параллели между возрастом пациентки и наличием той или другой формы эндометриоза нецелесообразно, так как данные о частоте той или иной нозологии определяются не только ее наличием, но и клинической ситуацией. Это зависит от того, когда пациентка обратилась за медицинской помощью, от времени установления диагноза [1, 19]. По данным литературы, эндометриоз диагностируется и в менопаузальном периоде, достигая 3–13,7% [10, 14, 18]. Однако в этом периоде возможен регресс заболевания [9].

Анализ репродуктивного анамнеза среди всех обследованных достаточно типичен. Возраст наступления менархе в среднем составил  $11,2 \pm 1,3$  года, при этом у пациенток с аденомиозом менархе наступала в  $10,7 \pm 0,4$  года, при сочетании аденомиоза и наружного генитального эндометриоза – в  $11,5 \pm 0,9$  года, достоверной разницы при этом не выявлено. Среди всех обследованных частота бесплодия составила 53,4% (534 обследованные женщины). При этом у 214 (40,1%) из 534 пациенток с бесплодием данная проблема к моменту обследования была решена. Основным методом решения вопросов бесплодия были вспомогательные репродуктивные технологии: беременность методом экстракорпорального

оплодотворения (ЭКО) наступила у 97 женщин (45,3%), после лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов (агонисты ГнРГ) – у 87 (40,7%), у 30 (14,0%) путем применения синтетических гестагенов, комбинированных гормональных контрацептивов и других методов. Из 534 обследованных женщин 59,9% не решили проблему бесплодия. При этом число пациенток с бесплодием, у которых на момент обследования было две и более лапароскопии, составил 64,4% (206 женщин из 320). Необходимо отметить, что информативность повторных лапароскопий практически отсутствовала. По-видимому, при отсутствии данных о наличии опухолевых образований придатков или имевшем место после предыдущей лапароскопии самопроизвольном выкидыше вопрос о повторном хирургическом вмешательстве необходимо решать строго индивидуально. При имеющейся тенденции проводить повторные лапароскопии на фоне применения агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов после их применения в течение 3 месяцев повышения частоты наступления беременности после отмены медикаментозной терапии нами не выявлено. При проведении анализа выявлено, что частота наступления беременности после проведения лапароскопии и назначения медикаментозной терапии в виде агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в течение 4–6 месяцев составила 76%, а у пациенток, которым на фоне медикаментозной терапии агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов через 3 месяца проводилась повторная лапароскопия, – 71,7%. При этом частота рецидивов в обеих группах была не выше 3%.

При сборе анамнеза особое внимание было уделено интранатальному и неонатальному периодам развития у опрашиваемых женщин. Нами учитывалось состояние гипоксии в родах и в раннем неонатальном периоде. Выяснялся инфекционный индекс в детстве, препубертатном и пубертатном периодах, которые отрицательно сказываются на функционировании репродуктивной системы, снижая ее репродуктивный потенциал. Число женщин с повышенным инфекционным индексом в препубертатный периоды составило 75,6%.

Характеристика менструальной функции среди обследованных пациенток была достаточно типичной: в 100% случаев беспокоили болезненные менструации, в 43,7% боли различной интенсивности беспокоили на протяжении всего МЦ, усиливаясь в дни менструации. Обильные менструации отметили 758 женщин, что соответствует 75,8%. У 76,5% во время менструации были сгустки, а у 54,7% – мажущие кровянистые выделения, которые возникали до и после менструации. Причем частота кровомазаний до начала менструации превалировала над наличием выделений после: соотношение до и после составило 2,1:1,3. Болезненный половой акт отметили 16,3% опрошенных женщин, нарастание болевого синдрома при регулярной половой жизни отмечено у 2,1%, при отсутствии регулярной половой жизни – у 24,3%, у 3,5% опрошенных выявлены ациклические кровотечения. При этом все перечисленные симптомы встречались в соотношении 3:1 между первой и второй группами.

При опросе оказалось, что более половины женщин с различными формами генитального эндометриоза предъявляют жалобы на нагрубание молочных желез перед менструацией за 3–5–7 дней. В среднем данная жалоба возникала за  $4,9 \pm 0,6$  дня до начала менструации. У половины этих женщин, что соответствует четверти опрошенных, была выявлена галакторея, при этом число обследованных в обеих группах было

практически равным. Из 253 пациенток с галактореей у 87 был определен уровень пролактина в плазме крови на 2–3-й дни МЦ и на 6–9-й дни МЦ проведено УЗИ молочных желез. Средний уровень пролактина составил  $434,7 \pm 18,9$  мМЕ/мл. По данным УЗИ у 47 женщин (54,0%) выявлена фиброзно-кистозная мастопатия. Среди исследователей, занимающихся проблемой генитального эндометриоза, до настоящего времени нет единого мнения: что первично – гиперпролактинемия, ведущая к развитию эндометриоза, или, наоборот, эндометриоз ведет к повышению уровня пролактина? Достоверным является тот факт, что лечению генитального эндометриоза должно сопутствовать лечение синдрома гиперпролактинемии при его выявлении, клинических или лабораторных проявлениях.

Существует мнение, что аденомиоз чаще возникает у рожавших женщин. Среди обследованных пациенток с аденомиозом (первая группа) рожавших было 50,5% (393 обследованных). Имели в анамнезе один искусственный аборт 81 (11,09%) обследованная, два и более искусственных аборта – 136 обследованных (20,2%). Число женщин первой группы, у которых в анамнезе были самопроизвольные выкидыши, составило 45% (305 человек), а во второй группе таких пациенток было 38, что соответствует 12,1%. Среди всех пациенток с генитальным эндометриозом частота самопроизвольных выкидышей составила 34,3%. Таким образом, можно сделать вывод, что имеющаяся в популяции частота самопроизвольных выкидышей 15–25% [16] повышается в два-три раза при наличии генитального эндометриоза, зачастую именно аденомиоза.

Сопутствующая экстрагенитальная патология была выявлена у 72,4% обследованных. На первом месте по частоте встречаемости экстрагенитальной патологии среди обследованных были заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, частота которых составила 53,7% (389 из числа опрошенных). Общеизвестно, что наличие данной патологии может ухудшить прогноз течения заболевания, так как ограничивает нас в выборе гормональной терапии. Высокий уровень заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, вероятно, может явиться одной из причин развития или манифестации генитального эндометриоза. Возможно, свободные эстрогены в кровотоке, сопровождающие патологию гепатобилиарной системы, приводят к гиперэстрогении, которая является одним из ведущих звеньев в развитии эндометриоза. Патология эндокринной системы выявлена у 214 опрошенных женщин, имеющих экстрагенитальную патологию, что составило 29,6%. На третьем месте по частоте выявления стоит отягощенный аллергический анамнез: 135 пациенток, что соответствует 18,6%. Это может свидетельствовать о возможной патологии иммунной системы и позволяет нам предполагать связь между иммунным ответом и возникновением генитального эндометриоза. Кроме этого в настоящее время установлено, что у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, имеется характерный иммунный ответ, способствующий развитию острых респираторно-вирусных инфекций, проявляющийся снижением синтеза  $\gamma$ -интерферона, уровень которого во многом определяет тяжесть течения atopического заболевания, в результате чего ослабевает противовирусная и противомикробная защита [11].

Среди заболеваний гениталий наиболее часто встречается сочетание аденомиоза с воспалительными заболеваниями половых органов. По нашим данным, эта цифра составляет 13,7% среди пациенток первой группы

и 13,1% – второй, что выше, чем литературные данные, практически в два раза – 6–8% [5]. При анализе других гинекологических заболеваний выявлено, что наиболее часто встречается сочетание генитального эндометриоза и миомы матки. В нашем исследовании эта цифра составила 21,4% (214 пациенток из 1000 опрошенных). Причем сочетание аденомиоза и миомы матки, составило 25,7% в первой группе, во второй таких пациенток было 10,6%.

В литературе приводятся достаточно противоречивые данные о частоте аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия. По данным А. Н. Стрижакова и А. И. Давыдова (1995), гиперпластические процессы диагностированы у 31,4% больных аденомиозом с преобладанием железистой, железисто-кистозной гиперплазии и полипов эндометрия. По данным В. П. Баскакова (1990), сочетание аденомиоза и гиперпластических процессов встречается у 16–25% больных. И. С. Сидорова с соавт. (2002) выявила железисто-кистозную гиперплазию эндометрия у 63,9% больных аденомиозом. По данным, полученным нами при анализе анкет и медицинской документации, частота сочетания аденомиоза и гиперпластических процессов составила 39,4% из числа оперированных женщин и тех, кому проведено диагностическое выскабливание (213 пациенток первой группы).

Наличие кист яичников среди пациенток с проведенной лапароскопией и подтвержденным гистологическим исследованием диагнозом составило 17,8% (у 28 пациенток из 157 с проведенной лапароскопией). Более чем в половине случаев, у 64,2% (18 человек), гистологически подтверждены эндометриоидные кисты; у 2 пациенток (7,1%) – дермоидные, в остальных случаях – фолликулярные, что составило 28,7%.

Эктопия шейки матки выявлена у 304 пациенток обеих групп, что соответствует 30,4%. При дополнительном обследовании вирус папилломы человека (ВПЧ) был диагностирован у 147 женщин, что составило от числа пациенток с эктопиями 48,4%. При выявлении общепопуляционной частоты встречаемости ВПЧ среди пациенток с эндометриозом гениталий эта цифра составила 14,7%.

Отягощенный гинекологический анамнез выявлен у всех обследованных женщин и составил 100%.

С нашей точки зрения, интересным является выявление предрасположенности возникновения генитального эндометриоза у пациенток, имеющих в анамнезе больных пролиферативными процессами гениталий родственников первой степени (мать, родные сестры). Оказалось, что частота возникновения эндометриоза среди пациенток, у которых больна мать или родная сестра, составляет 47,8%. Сочетание генитального эндометриоза и миомы матки при больных родственниках первой степени выявлено у 14,3%. Таким образом, мы видим, что наличие генитального эндометриоза у матери или родной сестры обследуемой женщины может явиться причиной возникновения заболевания. Данная информация должна присутствовать при сборе анамнеза у пациенток не только с эндометриозом, но и с миомами матки, а также другими пролиферативными процессами и нарушениями репродуктивной системы.

Использование различных методов контрацепции составило 67,8% среди женщин обеих групп. При этом среди 678 женщин с положительным контрацептивным анамнезом больше половины составили пациентки, использующие в качестве контрацепции прерванный половой акт. Применение современных, обладающих позитивным



действием на генитальный эндометриоз комбинированных гормональных контрацептивов и современных рилинг-систем составило 34,2% (232 женщины). При этом частота рецидивов на фоне использования гормональных препаратов с целью контрацепции была в два-три раза ниже, чем при использовании негормональных методов.

Нами был проанализирован социальный анамнез, а также среди работающих влияние факторов окружающей среды на формирование генитального эндометриоза.

Особой связи между уровнем образования и частотой встречаемости генитального эндометриоза нами выявлено не было. Однако хотелось бы отметить, что социальный статус пациенток с генитальным эндометриозом выше. Они чаще работают с компьютером, причем длительность контакта с ним составила более 6 часов в день.

Проведенное анкетирование, среди пациенток с диагностированным генитальным эндометриозом позволяет сделать следующие выводы: группу пациенток с генитальным эндометриозом составляют в основном женщины репродуктивного возраста. Изолированное поражение матки, брюшины малого таза, связочного аппарата является более редко встречающейся формой генитального эндометриоза. Об изолированных формах можно говорить только в том случае, если была проведена лапароскопия и/или гистероскопия по показаниям.

При сборе анамнеза особое внимание необходимо уделять наличию эндометриоза у родственников первой степени. Мы также рекомендуем при сборе анамнеза выяснить, было ли состояние гипоксии в родах у обследуемой женщины, а также определить частоту острых респираторных инфекций в пре- и пубертатном периодах. Практически у 80% пациенток с повышенным инфекционным индексом, выявленным при рождении состоянием гипоксии, впоследствии возникают нарушения менструальной функции. Кроме этого необходимо собрать контрацептивный анамнез, выявить методы и временные интервалы использования контрацепции. При применении гормональных методов контрацепции в непрерывном режиме в течение 2 лет частота рецидивов снижается, по нашим данным, в 2–3 раза. Следовательно, гормональная контрацепция позволяет не только сохранить репродуктивный потенциал, но и восстановить его при генитальном эндометриозе, а также способствовать повышению качества жизни.

Обращает на себя внимание высокий уровень образования пациенток с эндометриозом, работа которых способствует развитию стрессовых ситуаций и тем самым провоцирует повышение уровня пролактина. Данные о его повышенных цифрах представлены в нашем исследовании: средний уровень пролактина составил  $434,7 \pm 18,9$  мМЕ/мл, а у 54% при УЗИ молочных желез выявлена фиброзно-кистозная мастопатия. С нашей точки зрения, увеличение пролактина носит первичный характер. Мы рекомендуем пациенткам с генитальным эндометриозом под контролем уровня пролактина в плазме крови назначать корректирующую терапию по снижению его уровня на фоне предварительной терапии ноотропными и сосудистыми метаболитами. Кроме этого мы рекомендуем в план обследования включать не только определение уровня пролактина, но и состояние глазного дна, а также проведение УЗИ молочных желез на 6–9-й дни МЦ.

Учитывая современный взгляд на эндометриоз как гормонозависимое заболевание, протекающее на фоне нарушения иммунного гомеостаза, в комплексную терапию необходимо включать иммунокорректирующие препараты не только с целью лечения эндометриоза ге-

ниталий, но и с учетом высокого уровня аллергизации, который составляет 18,6% и усугубляет течение основного заболевания, а также изменяет преморбидный фон.

С нашей точки зрения, нет необходимости проведения повторных лапароскопий на фоне 3 месяцев лечения агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов, так как это не влияет на частоту наступления беременности, а при анализе частоты рецидивов не выявлено достоверной разницы.

С учетом того, что одной из теорий возникновения эктопий шейки матки является нарушение гормонального фона, и выявленную у обследованных обеих групп высокую частоту обнаружения ВПЧ (у 48,4% пациенток с эктопиями и у 14,7% среди общего числа обследованных), в протокол обследования целесообразно включать проведение кольпоскопии и взятие мазков на онкоцитологию.

С целью профилактики воспалительных заболеваний гениталий, частота которых у больных с генитальным эндометриозом составляет, по нашим данным, 13,7%, необходимо включать в протокол лечения нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапевтические методы, бальнеолечение и санаторно-курортные методы терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 1998. – С. 320.
2. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – М.: Медицина. Издание 2-е, 2006. – С. 416.
3. Адамян Л. В., Гаспарян С. А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему: Монография. – Ставрополь: СГМА, 2004. – С. 228.
4. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
5. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе. – СПб, 1998. – 33 с.
6. Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.
7. Вихляева Е. М. Миома матки / Е. М. Вихляева, Л. Н. Васильевская. – М.: Медицина, 1981. – 159 с.
8. Давыдов А. И., Стрижаков А. Н. Современные аспекты патогенеза генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 2. – С. 44–48.
9. Дамиров М. М. Аденомиоз. – М.: Биомед-Пресс, 2004. – 320 с.
10. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. – М., 1985. – 158 с.
11. Зайцева О. В. Острые респираторно-вирусные инфекции у пациентов с аллергией // Лечащий врач. – 2006. – № 9. – С. 92–94.
12. Карахалис Л. Ю. Репродуктивное здоровье жительниц Краснодарского края: пути его улучшения. – Краснодар: издательство «Совет. Кубань», 2007. – 124 с.
13. Кондриков Н. И., Адамян Л. В., Могиревская О. А., Бобкова М. В. Аденомиоз: некоторые клинико-морфологические особенности // Междунар. конгр. (с курсом эндоскопии), – М., 1997. – Т. 2. – С. 13–15.
14. Куценко И. И. Генитальный эндометриоз. Проблемы диагностики и лечения. – Краснодар, 1994. – 187 с.
15. Рухляда Н. Н. Диагностика и лечение манифестного эндометриоза / Под ред. Ю. В. Цвелева. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2004. – С. 205.
16. Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 596 с.
17. Сидорова И. С., Коган Е. А., Зайратянц О. В. и др. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза) // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 3. – С. 32–38.

18. Стрижаков А. Н. Миометрэктомия – метод выбора терапии больных аденомиозом в репродуктивном периоде // Акушерство и гинекология. – 1995. – № 5. – С. 31–33.

19. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.

Поступила 04.03.2011

**В. М. ЦАРЕВА<sup>1</sup>, Н. Ю. ХОЗЯИНОВА<sup>1</sup>, Ю. В. КУРБАСОВА<sup>2</sup>,  
Н. В. РОМАНЧЕНКО<sup>2</sup>, А. Н. АГАФОНОВ<sup>3</sup>**

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН**

<sup>1</sup>*Кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС  
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»,*

*Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28;*

<sup>2</sup>*Смоленская областная клиническая больница,  
Россия, 214018, г. Смоленск, пр. Гагарина, 27;*

<sup>3</sup>*МЛПУ поликлиника № 4,*

*Россия, 214025, г. Смоленск, ул. Нормандия Неман, 35, тел. 89036988112. E-mail: tsarev.al@mail.ru*

Обследовано 36 пациенток с АГ 1–2-й степени среднего, высокого риска. Всем пациенткам назначали амлодипин в дозе 5–10 мг/сут. Исходно и через 24 недели терапии проводились суточное мониторирование АД, холтеровское мониторирование, эхокардиография. Артериальная жёсткость измерялась по скорости распространения пульсовой волны. По результатам исследования терапия амлодипином обеспечивает адекватный контроль артериального давления в течение суток, положительно влияет на изменённый суточный профиль АД, жёсткость сосудов и структурно-функциональные показатели сердца, не усиливает электрическую нестабильность миокарда. Амлодипин – эффективный антигипертензивный препарат с выраженным вазо- и кардиопротективным эффектом и хорошей переносимостью у женщин с артериальной гипертензией.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, женщины, ремоделирование миокарда.

**V. M. TSAREVA<sup>1</sup>, N. Y. HOZYAINOVA<sup>1</sup>, J. V. KURBASOVA<sup>2</sup>,  
N. V. ROMANCHENKO<sup>2</sup>, A. N. AGAFONOV<sup>3</sup>**

## **PRACTICAL ASPECTS OF AMLODIPINE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION IN WOMEN**

<sup>1</sup>*Smolensk state medical academy of Roszdrav,  
Russia, 214019, Smolensk, str. Krupskaya, 28;*

<sup>2</sup>*Smolensk regional clinical hospital,  
Russia, 214018, Smolensk, str. Gagarina, 27;*

<sup>3</sup>*Polyclinic № 4,*

*Russia, 214025, Smolensk, str. Normandiya Neman, 35, tel. 89036988112. E-mail: tsarev.al@mail.ru*

36 women with hypertension 1–2 degrees of average-risk were examined. Not less than two weeks before the inclusion of patients to the study all antihypertensive medications were canceled. All patients administered amlodipine 5–10 mg/day. At baseline and after 24 weeks of therapy were ambulatory blood pressure monitoring, Holter monitoring, echocardiography. Arterial stiffness was measured by pulse wave velocity. According to the study of amlodipine provides adequate control of blood pressure during the day, a positive effect on the modified circadian blood pressure, vascular stiffness and structural and functional performance of the heart, does not increase myocardial electrical instability. Amlodipine – an effective antihypertensive agent with a pronounced vaso and cardioprotective effect and well tolerated in women with hypertension.

**Key words:** arterial hypertension, women, myocardial remodeling.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются актуальной проблемой мировой и национальной медицины. Ведущее место среди данной патологии принадлежит артериальной гипертензии (АГ). С развитием АГ ассоциируется резкое увеличение риска сердечно-сосудистых осложнений и связанной с ними смертности [4].

Начало эры доказательной медицины ознаменовалось разработкой чётких подходов в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство первых многоцентровых контролируемых

исследований в кардиологии проводилось в мужской популяции с учётом относительно более ранней заболеваемости и смертности этой категории населения. Недооценка риска ССЗ у женщин сменилась в последние десятилетия бурным ростом интереса к проблемам женского здоровья [6].

Согласно Российским национальным рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2010) основная цель лечения заключается в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них [3].