

пала быстрее и у большего числа больных 1–3-й подгрупп через 1 год (соответственно 13,6%, 8,0%, 27,5%) и оставалось низким через 2 года наблюдения (9%, 16%, 24,1%) по сравнению с больными контроля, у которых число лиц с кашлем с мокротой почти не изменилось через 1 год (91,2%) и 2 года (87,3%). Доля лиц со средней и тяжелой степенью тяжести одышки за 1 год снизилась ($p < 0,05$) у больных 1-й подгруппы до 9,0%, 2-й подгруппы – до 12,0%, 3-й – до 31,0% и явно не изменилась у больных (79,8%) контроля. Доля лиц с этой степенью одышки удерживалась на том же уровне в течение 2-го года диспансерного наблюдения у лиц 1-й (9,0%), 2-й (8,0%), 3-й (24,1%) подгрупп и оставалась высокой (79,9% и 84,0%) у больных контрольной группы.

Частота обострений БА и АГ в течение 1-го и 2-го года диспансерного наблюдения была меньше ($p < 0,05$) в 5 раз по сравнению с исходной у больных 1-й подгруппы (соответственно 9,0% и 9%) и у лиц 2-й подгруппы (8,0% и 8,0%), в меньшей мере (в 2,3 раза) снижалась ($p < 0,05$) у лиц 3-й подгруппы и оставалась на высоком уровне (80,5% и 80,1%) в контроле. Частота вызовов скорой помощи в течение 1– 2-го года уменьшилась ($p < 0,05$) почти в 3 раза у лиц 3-й подгруппы (было 13,7% и 17,2%), почти ($p < 0,05$) не изменилось в контроле (было 41,5%, 38,6%), а больные 1-й и 2-й подгрупп в процессе диспансерного наблюдения этот вид медпомощи не применяли.

В исходном состоянии у больных 1–3-й подгрупп группы А и контроля уровень САД (мм рт.ст.) составлял соответственно: 154,6±4,2; 159,2±4,6; 156,3±4,3; 158,4±5,1; ДАД (мм рт.ст.) – 94,5±2,4; 95,4±2,5; 93,8±3,1; 96,2±2,8. При диспансерном наблюдении через 2 года уровень САД и ДАД стабильно нормализовался ($p < 0,05$) у больных 1-й (был 129,4±2,8 и 83,6±2,1), 2-й (был 126,7±2,3 и 84,5), 3-й (был 132,2±3,3 и 91,3±2,1) подгрупп и почти не изменился у пациентов (был 152,6±3,4 и 92,4±2,4) контроля. Спирографические показатели у всех больных БА и АГ исходно были ниже таковых у здоровых и имелись нарушения вентилиционной функции легких по обструктивному типу. На фоне новой программы ведения больных с ассоциацией БА и АГ в течение года наблюдения показатели (в %) ЖЕЛ, ФОВ₁, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ у больных 1-й подгруппы (были 92,6±3,1, 84,7±3,2, 82,4±3,4, 82,5±3,6, 84,5±3,8) и у лиц 2-й подгруппы (были 90,4±2,8; 85,6±2,8; 83,6±3,2; 84,6±2,8; 83,7±3,2) нормализовались ($p < 0,01$; $p < 0,001$) и стабильно удерживались на этом уровне в течение 2-го года диспансерного наблюдения у пациентов 1-й подгруппы (96,5±2,6; 91,3±3,3; 85,3±2,8; 86,4±3,8; 84,4±2,7) и у больных 2-й подгруппы (98,6±3,2; 92,7±3,2; 84,5±2,7; 87,2 ±3,4; 85,6 ±2,9). При диспансеризации у больных 3-й подгруппы показатели ФВД: ФОВ₁, МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ через 1 год ($p < 0,01$; $p < 0,001$) увеличились до 75,3±3,46; 61,6±2,8; 72,4±3,2; 70,3±2,8, оставаясь в течение 2-го года на достаточно высоком уровне (74,6±2,23; 72,5±2,3; 74,2±2,12; 71,6±1,76), но были еще ниже ($p < 0,05$) таковых у здоровых. При этом показатели ЖЕЛ у больных 3-й подгруппы явно ($p > 0,05$) не менялись и были ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых. В контроле при 2-летнем наблюдении показатели ФВД имели тенденцию ($p > 0,05$) к снижению.

Исходный уровень КЖ у больных БА и АГ во всех подгруппах и в контроле до реализации новой программы ведения больных был ($p < 0,05$; $p < 0,001$) ниже уровня здоровых людей. Критерии SF-36: ФА – физическая активность; РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б – боль; ОЗ – общее восприятие здоровья; ЖС – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ – психическое здоровье; СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом. По сравнению с группой здоровых у пациентов с БА и АГ достоверно снижены показатели, характеризующие физическое состояние (ФА, РФ, Б, ОЗ) и психический статус (ЖЕ, СА, РЭ, ПЗ, СС). При повторном опросе через 2 года у больных 1–2-й подгрупп произошло более выраженные, чем у больных 3-й подгруппы, позитивные изменения по всем шкалам опросника. У пациентов 1–2-й подгрупп шло улучшение ФА, ЖС, ОЗ, приближаясь к условной норме здоровых. В 3-й подгруппе новая программа достоверно ($p < 0,01$; $p < 0,001$) повышала КЖ больных БА с АГ по всем критериям опросника, но через 2 года все показатели КЖ не достигли уровня здоровых и достоверно отличались ($p < 0,05$) от условной нормы. Показатели КЖ, характеризующие ФА, ПЗ, у больных контроля после 2-х лет обследования явно не изменились ($p > 0,05$).

Рассматривали 4 координаты ВСОЧ (до и после 2-летней диспансеризации и реабилитации больных БА и АГ) по показате-

лей ОФВ₁, ФА, ЖС, IgE. Определялись интервалы изменения XI по 4-м координатам, показатели асимметрии гХ – по каждой координате и в общем, рассчитывался объем параллелепипеда (по каждой координате и в общем), ограничивающего аттрактор ВСОЧ. У больных 2-й группы через 2 года диспансеризации и реабилитации объем уменьшился в 2 раза (с 1814400.000 до 997 920. 0000), а общий показатель асимметрии (Rx – расстояние между геометрическим центром и хаотическим центром) – с 14.8339 до 10.1490. У больных 3-й п/группы при диспансеризации объем (Vx=665280.0000), а после 2-летней диспансеризации V вырос с 1.4600 до 12.1753 в 8.3 раза (т.е изменилось Rx). При этом в контроле Vx параллелепипеда при диспансеризации увеличился (с 1621620.0000 до 2016000.0000) незначительно, а общий показатель асимметрии (Rx) изменился в 6,6 раза.

Выводы: Оптимизация программы управления процессами диспансеризации и легочной реабилитации больных БА с АГ позволяла улучшить показатели КЖ, ФВД, добиться контроля над БА с АГ у 95% больных, уменьшить прогрессирование легочно-сердечной недостаточности. Учитывая особенности БА с АГ в условиях Севера длительное применение этой программы для такого рода больных (без курсов легочной реабилитации) дало рост лечебного эффекта с контролем БА и АГ у 82-84% лиц. Длительное применение эналаприла сопровождалось побочными реакциями, поэтому эффект (по показателям ФВД) у лиц, получающих симбиорт+эналаприл, был ниже, чем у больных, у которых ступенчатое лечение включало симбиорт+микардис.

Литература

1. Герасин В.А. и др. // XVI Нац. конгр. по болезням органов дыхания.– 2006.– С. 244.
2. Ушаков В.Ф. и др. // XIII Нац. конгр. по болезням органов дыхания.– 2003.– С. 76.
3. Чучалин А.Г. и др. // Пульмонолог. – 2006. – № 5. – С.13-27.

УДК 616.248-085 [615.357:618.173]

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕМОСТОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

С.Б. БАШИРОВА, Р.М. АБУЕВА, М.И. ГАДЖИЕВА, Д.М. ДАВУДОВА, З.А. НАДИРОВА, Э.А. ХАНОВА

Последние годы отмечается тенденция к росту продолжительности жизни женщин, что выдвигает проблему улучшения их здоровья в среднем и пожилом возрасте в ряд актуальных проблем медицины.

Почти треть жизни женщины приходится на постменопаузальный период (пост-МПП), который характеризуется наличием ряда хронических заболеваний – ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма (БА) и др. [1,4–6]

С наступлением менопаузы (МП) в организме женщины происходят е физиологические перемены, обусловленные угасанием функции яичников. В 40-60% случаев физиологическое течение климактерия у женщин осложняется климактерическим синдромом (КС), характеризующимся вегетососудистыми, психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями. Развитие КС обусловлено «накоплением повреждений» из-за перенесенных заболеваний, стрессовых ситуаций, оперативных вмешательств, особенностей образа жизни; (перегрузка информацией, высокий темп, гипокинезия). Действие этих факторов снижает уровень «ресурсов здоровья» и нарушает адаптационные механизмы, способствуя возникновению КС [2,5].

Течение БА при половом созревании, беременности, в разные фазы менструального цикла, МП меняется, что связано с изменением баланса половых гормонов [1,4–5]. В ряде случаев на период МП приходится дебют БА. Пери- и пост-МПП в 6,3% случаев является причиной развития БА [4–6]. Нет достоверных данных, отражающих особенности течения БА в период МП и взаимоотношения БА и КС. Не изучена и роль заместительной гормональной терапии (ЗГТ) при коррекции нарушений бронхиальной проходимости и гиперреактивности у больных БА.

* Кафедра факультетской терапии ДГМА, Махачкалинская больница порта «ЮОМЦ Росздрава»

Цель исследования – изучение особенностей течения БА в пери- и пост-МПП, и оценка эффективности фемостона в комплексной терапии БА у женщин с КС.

Материалы и методы. Для изучения течения БА в раннем пери- и пост-МПП было обследовано 96 больных БА, из которых 45 (47%) находились в пери-МПП и 51 (53%) в пост-МПП. Критерии включения пациентов в исследование: женщины в возрасте от 42 до 56 лет, страдающие бронхиальной астмой тяжелого течения в периоде менопаузы; больные, получающие в качестве базисной терапии ИГКС; наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: обострение БА; признаки респираторной инфекции на момент включения больного в исследование; прием ГКС внутрь или прием депо-препаратов в течение 4 недель, предшествующих началу исходного периода; наличие беременности и лактации; туберкулез легких в анамнезе; тяжелая сопутствующая патология (хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, артериальная гипертензия 3 степени, недостаточность кровообращения); неспособность соблюдения пациентом условий протокола (по мнению исследователя); участие в другом клиническом исследовании. Проведение исследования одобрено решением Этического комитета ДГМА от 25 января 2006 года. По протоколу оценивались различные клинические параметры: витальные функции (АД, ЧСС, частота дыхания). Для изучения особенностей течения заболевания анализировались данные общего обследования пациентов (характер жалоб, особенности аллергологического и гинекологического анамнезов, др). Помимо общепринятых клинических методов обследования (общий и биохимический анализ крови, мокроты, мочи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов малого таза) были использованы: методы специфической аллергологической диагностики; методы исследования функции внешнего дыхания; методы исследования функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы (ГГО); анкетирование. Наблюдение и обследование больных велось в динамике. Время наблюдения – от 1 до 48 месяцев.

В группе больных с БА, находящихся в пери-МПП и пост-МПП изучались жалобы, анамнез, тяжесть течения КС, время его развития, взаимное влияние пери-МПП и БА, условий жизни, включая особенности профессии, вредных привычек, наследственности. На больных заполнялась специально разработанная карта, включающая сведения о причинах возникновения заболевания, его длительности, частоте и продолжительности обострений, эффективности терапии; особое внимание уделялось связи основного заболевания и функционированием репродуктивной системы. Для объективизации клинического течения заболевания и возможности его анализа использовалась анкета определения качества жизни госпиталя св. Георгия.

Возраст больных составил 46 лет (от 41,3±0,8 до 52,3±0,4). 20 больных (20,8%) имели легкое персистирующее течение, 37 (38,5%) – средней тяжести, 39 (40,6%) – тяжелое течение. Для изучения репродуктивной функции проводилось определение уровня половых гормонов – эстрадиола и прогестерона у 124 женщин. 1 группу составили 54 больных БА с КС, 2 группу – 40 больных БА без КС (физиологический климактерический период, 3 группа (контроль) 30 здоровых женщин находящихся в пери- и пост-МПП. Тяжесть течения КС оценивалась по индексу Купермана. Определение уровня половых гормонов велось радиоиммунологическим методом. Исследования выполнялись на 5-7 день менструального цикла (при сохранении последнего).

Эффективность препарата ЗГТ в комплексной терапии оценивалась у 42 больных. 16 больных находились в пери-МПП и 26 – в раннем пост-МПП. В качестве препарата для проведения ЗГТ был выбран фемостон. ЗГТ фемостоном назначалась на фоне базисной терапии БА (GINA 2002) [3], которая подбиралась индивидуально. Группу контроля составили 34 больных БА в МПП, которым фемостон не назначался. При назначении препарата ЗГТ учитывалось наличие противопоказаний. Назначение проводилось под обязательным контролем гинеколога. Показанием для ЗГТ был КС среднетяжелого и тяжелого течения. Длительность ЗГТ составила от 1 до 16 месяцев, зависела от тяжести КС и от желания больной продолжить лечение. Наименьший срок приема фемостона составил 3 месяца (42 больных), наибольший (1 больная) – 16 месяцев. По медицинским показаниям ЗГТ не была прекращена ни у одной больной. Четыре больные самостоятельно

прекратили прием фемостона, в качестве причин отказа женщины указывали возобновление циклических менструальноподобных кровотечений, 8 – высокую стоимость препарата, 2 – опасность приема гормонов. Анализ эффективности фемостона в терапии БА проводился как на основании субъективной оценки критериев эффективности терапии пациентом и врачом, а также на объективных данных. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось на компьютерном спирометре «Этон» до и после проведения курса ЗГТ. Исследования выполнялись утром до приема бронхолитиков. Дважды в день больным проводилась пикфлоуметрия с графической регистрацией результатов.

Результаты. У 80% обследованных в пери- и пост-МПП отмечалось ухудшение течения БА: учащение приступов удушья, изменения их характера, снижение эффективности проводимой ранее терапии. Течение БА зависело от тяжести течения КС. У 20 больных БА (23%) выявлен КС тяжелого течения, у 47 (54,6%) – средней тяжести и у 17 (20,2%) легкого течения, у 12 (12,5%) МП протекала без КС (физиологический климактерический период – ФКП). Больные предъявляли жалобы на приливы и потоотделение (87%), головную боль (38%), головокружение (46%), изменения настроения и склонность к депрессии (43%), нарушение сна (54%), недержание мочи (23%). Течение БА у больных с тяжелым течением КС характеризовалось учащением приступов удушья. В 8,3% случаев потребовалась экстренная госпитализация. 23% больных БА в терапию включены ингаляционные гормоны. У больных БА в МПП без КС течение заболевания не ухудшалось.

Возраст развития БА имеет большое прогностическое значение. В группе обследованных больных БА у 46 (47,9%) заболевание развилось за 10 лет до МП, у 22 (22,9%) – за 6 лет, у 16 (46,6%) – в первый год после прекращения менструации, у 12 (12,5%) наблюдалось обострение болезни после ремиссии (от 5 до 18 лет). У большинства больных ухудшение течения или начало БА совпало с приближением или наступлением МП, что связано с негативным влиянием МП. Интерес представляют данные по исследованию уровня половых гормонов в группах больных БА с КС, БА с ФКП и в контрольной группе (табл.1). Наибольшее снижение концентрации эстрадиола было в группе с сочетанием БА и КС в сравнении с контролем (ФКП без БА). Имеющиеся различия статистически достоверны ($P<0,05$). В группе обследуемых с БА+ФКП также шло снижение концентрации эстрадиола, но различия в сравнении с контролем не были статистически значимы ($P>0,05$). Концентрация прогестерона в группе обследуемых с БА+КС также была статистически достоверно ниже в сравнении с группой контроля ($P<0,05$).

Таблица 1

Содержание эстрадиола и прогестерона в плазме крови у женщин

Группы обследуемых	Эстрадиол, пмоль/л	Прогестерон, нмоль/л
1. БА+КС (n=54)	82,39±23,64	0,71±0,03
2. БА+ФКП (n=40)	105,4±20,4	1,03±0,03
3. ФКП без БА (n=30)	143,2±32,1	1,24±0,15
Достоверность различия (P)	$P_{1-3}<0,05$ $P_{1-2}>0,05$	$P_{1-3}<0,05$ $P_{1-2}>0,05$

Полученные данные свидетельствуют о снижении функциональной деятельности яичников при БА+КС, что является одним из предрасполагающих факторов к осложненному течению переходного периода. Возможно, что гипопрогестеронемия и гипоестрогенемия в пери- и пост-МПП могут быть одной из причин ухудшения течения болезни или фактором риска ее развития. Имеющиеся литературные данные по вопросу влияния половых гормонов на бронхиальную проходимость противоречивы. В частности, эстрогены оказывают негативное воздействие на бронхиальную проходимость, а прогестерон улучшает ее [6]. Связывают развитие БА в переходный период со снижением эстрогенной функции половых желез [7].

Противоречивость этих данных, объясняется тем, что БА до недавнего времени не входила в список заболеваний, при которых разрешена ЗГТ половыми гормонами. Однако, значительный рост БА среди женщин среднего возраста и увеличение тяжелых форм КС позволили пересмотреть вопрос о назначении данной группе больных ЗГТ. Рекомендовано применение натуральных эстрогенов для гормонотерапии в пери- и раннем пост-МПП с обязательным добавлением низких доз прогестагенов. При составлении программы лечения больных БА в пери- и раннем пост-МПП, мы исходили из принципов комплексного подхода с

учетом тяжести течения БА и выраженности КС. Проводился индивидуальный подбор базисной терапии и показанием для ЗГТ был КС средней тяжести и тяжелого течения. В группу больных получающих фемостон вошли 42 женщины с БА+КС.

На основании признаков (индекс Куппермана) тяжести КС у 28 (66,6%) больных выявлен КС средней тяжести и у 14 (33,3%) – тяжелого течения. Через три месяца на фоне лечения отмечено снижение частоты симптомов КС на 53%, через 6 месяцев – на 86%. Если до лечения индекс Купермана составил $27,5 \pm 2,1$ балла, то после 6 месяцев он снизился до $3,1 \pm 1,2$ балла ($P < 0,005$).

До начала терапии фемостоном количество больных с тяжелым течением, оцененное по бальной системе было 33,3%, а средней тяжести – 66,6%. Через 3 месяца терапии количество больных с КС средней тяжести уменьшилось до 39%, а больных с тяжелым течением не выявлено. Через 6 месяцев у всех больных признаки КС соответствовали легкому течению.

Таблица 2

Изменение тяжести течения КС у больных БА на фоне фемостона

Течение КС	До ЗГТ		Через 3 мес. После лечения		Через 6 мес. После лечения	
	абс	%	абс	%	абс	%
Легкое	0	0	60,7	42	100	
Средней тяжести	28	66,6	38,8	0	0	
Тяжелое	14	33,3	0	0	0	

Количество больных с КС средней тяжести и тяжелого течения уменьшилось за счет перехода их в группу с легким течением (табл.2), что подтверждает эффективность фемостона. Помимо улучшения самочувствия (исчезновение вазомоторных расстройств, улучшение психоэмоционального статуса) изменилось течение БА. В группе больных, получавших фемостон, не было значимых обострений болезни, в то время как в группе больных без фемостона отмечалось от 4-5 обострений в год, что требовало коррекции в назначении ГКС. У 32 (48%) больных после 1,5–2 месяцев терапии фемостоном отмечалось уменьшение приступов удушья, у 4 – полное прекращение их. 4 больных самостоятельно прекратили прием фемостона из-за хорошего самочувствия. У 16 больных БА средней тяжести доза ингаляционных ГКС была уменьшена с 1000-1200 до 500-750 мкг/сут после 3-х месяцев приема фемостона; у 7 больных через – 2 месяца, у 18 больных – через 6 месяцев. У 13 больных через 3 месяца доза ингаляционных ГКС была снижена до 200 -400 мкг/сут. У 6 больных достоверного улучшения не отмечалось, что связано с перерывом в приеме фемостона.

У 12 больных БА тяжелого течения, принимавших системные ГКС в дозе 15-20 мг/сут в течение от 1 до 3-х лет, через три месяца после приема фемостона доза системных ГКС была снижена до 5–10 мг, а у 3-х больных полностью отменена, за счет увеличения дозы ингаляционных ГКС. Обострение заболевания было у 2 больных. Полученные данные подтверждали и показатели ФВД (табл. 3). В группе больных, получавших фемостон, отмечались улучшение показателей ФВД ($P < 0,05$).

Таблица 3

Динамика показателей ФВД до и после лечения фемостоном

Показ. ФВД, % от должного		Исследуемая группа (n=42)	Контрольная группа (n=30)	P
ЖЕЛ	I	$89,3 \pm 5,3$	$92,2 \pm 7,8$	$>0,05$
	II	$93,4 \pm 6,4$	$94,4 \pm 8,1$	$>0,05$
	P	$>0,05$	$>0,05$	
ФЖЕЛ	I	$74,1 \pm 3,2$	$79,1 \pm 6,9$	$>0,05$
	II	$84,6 \pm 4,1$	$78,3 \pm 7,2$	$>0,05$
	P	$>0,05$	$>0,05$	
ОФВ1	I	$67,9 \pm 1,6$	$64,3 \pm 2,8$	$>0,05$
	II	$74,3 \pm 3,3$	$67,1 \pm 5,4$	$<0,05$
	P	$<0,05$	$>0,05$	
МОС75	I	$68,4 \pm 4,37$	$72,4 \pm 3,7$	$>0,05$
	II	$76,6 \pm 3,6$	$65,3 \pm 8,2$	$>0,05$
	P	$>0,05$	$>0,05$	
МОС 50	I	$39,3 \pm 4,1$	$56,7 \pm 8,22$	$>0,05$
	II	$52,4 \pm 3,2$	$50,3 \pm 3,4$	$<0,01$
	P	$<0,05$	$>0,05$	
МОС 2 5	I	$37,2 \pm 2,5$	$54,8 \pm 7,2$	$<0,01$
	II	$48,6 \pm 5,7$	$54,3 \pm 8,6$	$<0,01$
	P	$<0,05$	$>0,05$	

I - до лечения, II – после лечения

24 больным исследуемой группы через 3 и 6 месяцев лечения фемостоном проведено динамическое исследование уровня прогестерона и эстрадиола (табл. 4). У 16 больных через 3 месяца приема фемостона отмечена тенденция к росту уровня половых

гормонов, после 6 месяцев приема наблюдалось увеличение половых гормонов ($P < 0,05$), которые достигли уровней репродуктивного возраста, что клинически соответствует стиханию симптомов КС и стабильному течению БА.

Таблица 4

Изменение половых гормонов у больных БА на фоне ЗГТ фемостоном

№	Показатели	До ЗГТ (n=24)	Через 3 мес. (n=16)	Через 6 мес (n=12)	P
1.	Эстрадиол нмоль/л	$89,39 \pm 23,6$	$102,6 \pm 43,1$	$137,4 \pm 18,9$	$<0,05$ (P1-3)
2.	Прогестерон, нмоль/л	$0,71 \pm 0,03$	$1,2 \pm 0,24$	$1,8 \pm 0,4$	$<0,05$

Результаты клинического исследования фемостона показали его высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость в лечении климактерических расстройств у женщин с БА. Применение фемостона в комплексной терапии БА способствовало предупреждению обострения заболевания, позволило уменьшить дозы ингаляционных и системных ГКС. Улучшение самочувствия больных БА при назначении им фемостона на фоне базисной терапии свидетельствует о значимой роли дисбаланса половых гормонов в патогенезе БА. Положительный эффект фемостона позволяет рекомендовать его в комплексной терапии БА у женщин с климактерическим синдромом, что позволит улучшить качество жизни больных БА.

Литература

1. Андреев С.В. и др. // Клин. фармакол. и терапия.– 1995.– №3.– С.71–76.
2. Балан В.Е. и др. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и заместительная терапия).– М., 1996.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы.– М.: Атмосфера.– 157 с.
4. Зубцовская Н.Н. и др. // Новое в этиологии, патогенезе, клинике, лечении и профилактике бронхиальной астмы.– Л., 1985.– С.44–47.
5. Сметник В.П. // Материя-Медика.– 1996.– С.3–16.
6. Трофимов В.И. и др. // Тер. архив.– 1991.– №10.– С.75–79.
7. Forbes L. //Thorax. 1999.– Vol. 54.– P.265–267.
8. Herburn M.J et al. //Arch. Inter. Med. 2001.– 161.– P. 2717.
9. Roeser A., Debelic M. // Atemwege-lungernkr.– 1993.– Bd.9, H.6.– S.253–256.

THE USE OF FEMOSTON IN COMPLEX THERAPY DURING FEMAL MENOPAUSAL PATIENTS, WITH BRONCHIAL ASTHMA.

S.B. BASHIROVA, R.M. ABUEVA, M.I. GADZHIEVA, D.M. DAVUDOVA, Z.A. NADIROVA, E. A. KHANOVA

Summary

The aim of the investigation is to study the peculiarities of BA course during peri- and post-MP period and to estimate the efficacy of the use of femoston in therapy of BA in women with combination of BA and the climacteric syndrome. The results of clinical investigation of preparation femoston showed its high efficacy, safety and good tolerance in the treatment of climacteric disorders in women with BA. The positive effect of femoston allows to recommending it in complex therapy of BA in women with the climacteric syndrome that will permit to improve quality of life of asthmatic patients.

Key words: preparation femoston, climacteric disorders

УДК 616.831–005.1+616.441– 008.64

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ.

А.И. ЕРМОЛАЕВА*

Гипотиреодные неврологические расстройства часто встречаются в клинической практике, совершенствование их диагностики и лечения стало одной из задач неврологии.

Подробно изложены проявления гипотиреоза, поражение различных систем организма [2, 6, 9, 10], но нет данных об особенностях течения хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК) на фоне гипотиреоза.

* Медицинский институт Пензенского государственного университета, 440026 г. Пенза, ул. Красная, 40