

ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство: Рук. для врачей. М.: Медицина, 1989. С. 145–190.
2. Кулаков В. И., Мурашко Л. Е. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестозов // Акушерство и гинекология. 1998. № 5. С. 16–18.
3. Лейдерман И. Н. Синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Метаболические основы // Вестник интенсивной терапии. № 3. 1999.
4. Карпюк В. П. Эндотелиальные вазоактивные факторы и их роль в регуляции мозгового кровообращения: Дис. на соиск. канд. мед. наук. 2000.
5. Зильбер А. П., Шифман Е. М. Акушерство глазами анестезиолога // Этюды критической медицины. Петрозаводск: изд-во Петрозавод. ун-та, 1997. Т III. 396 с.
6. Дуда В. И., Дуда Вл. И., Дуда И. В. Патологическое акушерство. Минск: Высшая школа, 2001. 496 с.
7. Савельева Г. М., Шалина Р. И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акушерство и гинекология. 1998. № 5. С. 12–15.
8. Броутон Пипкин. Определение преэклампсии – проблемы и «ловушки» // Акушерство и гинекология. 1998. № 5. С. 19–22.
9. Brown M. A. The physiology of pre-eclampsia. 1995.
10. Liao Q. P., Buhimschi I. A., Saade G., Chwalisz K., Garfield R. E. Regulation of vascular adaptation during pregnancy and postpartum: effects of nitric oxide inhibition and steroid hormones, 1996.
11. Lyall F., Greer I. A. The vascular endothelium in normal pregnancy and pre-eclampsia. Университет Глазго, Глазго Королевская больница, Великобритания, 1996.
12. Buhimschi I., Yallampalli C., Chwalisz K., Garfield R. E. Pre-eclampsia-like conditions produced by nitric oxide inhibition: effects of L-arginine, D-arginine and steroid hormones, Университет штата Техас, отделение акушерства и гинекологии, 1995.

A. S. KALYUZHNY, B. G. YERMOSHENKO,

ENDOTHELIUM-RELAXING FACTOR IN LATE GESTOSIS

At the heart of gestosis is development of uncontrolled sympathicotonia, resulting in impairment of spiral arteries transformation, with the further production of cytotoxic factor affecting an endothelial cell. The dysfunction of endothellium provokes the changes in the system of hemocirculation, leading to polyorganic insufficiency.

Our work was to study Kerdo vegetative index in the cardiovascular system and the changes in concentration of endothellium relaxing factor in pregnant women with varying degree of gestosis severity.

When carrying out the investigations, we revealed as follows: the initial manifestations of gestosis are accompanied by decreasing sympathicotonic influence and increasing concentration of endothellium relaxing factor, the higher degree of gestosis severity, the higher is tone of vegetative nervous system parasympathetic department and the lower is concentration of endothellium relaxing factor.

The high degree of correlation between the investigated signs was observed with initial manifestations of gestosis, and as it was in progress, the interrelation was disrupted, bearing witness to decrease in compensatory abilities of organism.

Л. Ю. КАРАХАЛИС, О. К. ФЕДОРОВИЧ

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И ПЕРИМENOПАЗЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ МИОМ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ, г. Краснодар

В течение последних лет учение о миоме матки обогатилось новыми данными о патогенезе. Повышенное содержание эстрогенов в крови и прогестерон-дефицитное состояние не являются постоянными факторами в развитии миомы матки. Большая роль отводится состоянию рецепторного аппарата миометрия, когда отмечается более высокая активность эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами [4]. По данным литературы [1, 2], выделяют три патогенетических механизма, а именно варианты миомы матки с преимущественным поражением гипоталамо-гипофизарной области, с преимущественным поражением функции яичников и с преимущественным поражением функции матки.

Период поздней репродукции, который начинается после 35 лет, и перименопаузальный период характеризуются изменением гормонального фона. Для позднего репродуктивного периода характерно увеличение скорости нидации ооцитов в яичниках в два раза [6, 7]. «Старение» яичников сопровождается тремя процессами: атрезией и дегенерацией фолликулов, образованием желтых тел, трансформацией различных клеточных популяций атретических и

лютеиновых компонентов в клетки стромы. Средняя масса яичников уменьшается после 30 лет, а после 40 лет яичник становится богат стромальной тканью и характеризуется развитием в нем регрессивных процессов [3]. Перименопаузой называют период от появления первых климактерических симптомов (изменение менструального цикла, симптомы эстроген-дефицитного состояния) до 2 лет после последней самостоятельной менструации. Выделение этого периода крайне важно, так как именно в этот период возможны колебания уровня эстрадиола, прогестерона в крови, что может способствовать возникновению патологических состояний со стороны половых органов, в том числе и способствовать увеличению матки или миоматозных узлов (наличие патогенетических вариантов миомы матки). Все вышеизложенное и определило выбор для исследования возрастных групп от 40 до 55 лет.

В патогенезе миомы матки выделяют первичный и вторичный механизмы. Первичный механизм – у женщин, имеющих нередко наследуемые нарушения гипоталамо-гипофизарных функций, обуславливающих развитие у них миомы. Вторичный – миомы развиваются

у здоровых фертильных женщин, которые в репродуктивный период приобрели различные патологические процессы матки, влияющие на состояние гормонорецепторной системы миометрия. В работах Г. А. Савицкого с соавт. (2000) связана морфологическая основа роста узла миомы матки с характером локальной гормонемии, которая, в свою очередь, определяется особенностями функции яичников и регулирующих его деятельность систем. Это положение имеет важное практическое значение. Многолетние исследования Г. А. Савицкого (2000) свидетельствуют, что возникновение как материнской зоны роста в миометрии, так и дочерних в поверхностной зоне миомы происходит на фоне явных дегенеративно-дистрофических изменений в тканевых структурах сосудистой и нервной систем миометрия. Это позволяет провести анализ частоты возникновения миом матки в поздний репродуктивный и перименопаузальный периоды в зависимости от различных факторов.

Цель исследования – изучить влияние экстрагенитальной, гинекологической патологии на возникновение миом матки в поздний репродуктивный и перименопаузальный периоды.

Материалы и методы исследования

Нами проанализировано 904 истории гинекологических больных в возрасте от 40 до 55 лет, находящихся на лечении в гинекологическом отделении городской больницы № 2 г. Краснодара, что составило 18% от общего числа госпитализированных. С диагнозом «миома матки» было 416 пациенток (46% от числа историй, попавших в разработку).

В группе от 40 до 44 лет (1-я группа) было 146 пациенток (35,1%); в возрасте от 45 до 49 лет (2-я группа) – 190 пациенток (45,7%); в старшей возрастной группе от 50 до 55 лет (3-я группа) – 80 пациенток, что составило 19,2%. Сопутствующая экстрагенитальная патология встречалась у 70,7% женщин (в 1-й группе – у 65,8%, во 2-й группе – у 70,5%, в 3-й группе – у 80,6%). Превалировали заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 36% (34,2–33,7–45% соответственно). Частота патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) составила 30,8% (19,95–30–52,5% соответственно), эндокринной системы – 14,4% (10,3–13,7–23,8% соответственно) и дыхательной системы – 13,7% (у 9,6% в 1-й группе, у 16,6% во 2-й группе, у 13,8% в 3-й группе). Заболевания молочных желез из анамнеза выявлены у 5,3% пациенток (4,8–6,8–2,5% соответственно в трех обследованных группах).

Практически у трети женщин выявлен отягощенный аллергологический анамнез – 29,1% (у 32,9% в

1-й группе, у 25,8% во 2-й группе, у 30% в 3-й группе). Высоким оказался также процент отягощенной наследственности по экстрагенитальным заболеваниям – 15,1% и гинекологической патологии – 4,1% от общего числа обследованных во всех трех возрастных группах (табл. 1). Нами был проведен корреляционный анализ полученных данных и рассчитан коэффициент корреляции Спирмена. Оказалось, что имеется прямая зависимость между частотой экстрагенитальной патологии среди больных с миомой матки и возрастом. Коэффициент корреляции Спирмена (r) между 1-й и 2-й возрастными группами, 2-й и 3-й, а также 1-й и 2-й составил $r=0,89$, $p<0,05$. Таким образом, возраст может рассматриваться как фактор риска развития миом матки.

Раннее наступление менархе (в возрасте до 10 лет) было у 0,7% пациенток, позднее (16 лет и старше) встречалось в три раза чаще – в 2,2%. Нарушения менструальной функции в анамнезе было у 8,4% женщин (5,5–10–10% соответственно возрастным группам), а в связи с развившейся патологией возросло до 79,1% (82,2–79,5–72,5% соответственно).

Основной жалобой при нарушении овариально-менструальной функции (НОМФ) было наличие обильных менструаций – 72,4% (у 68,5% в 1-й группе, у 72,6% во 2-й группе, у 78,7% в 3-й группе), в меньшей степени беспокоили болезненные менструации (58,9–61,1–60% соответственно).

Нерегулярный менструальный цикл установлен в 22,6% (у 15% в 1-й группе, у 27,4% во 2-й группе, у 25% в 3-й группе) среди женщин с миомой матки (табл. 2). Выявлена прямая корреляционная зависимость между младшей и средней возрастными группами ($r=1$, $p<0,05$), между 2-й и 3-й группами коэффициент Спирмена не был достоверным $r=0,9$, $p>0,05$. Этот факт объясняет представленную в литературном обзоре зависимость между изменением состава ткани в яичниках к 40 годам. Возникающие в этот период и во время ожидания менструации (45–49 лет) гормональные нарушения более выражены, чем в старшей возрастной группе (50–55 лет).

Отягощенный гинекологический анамнез отметили 77,6% обследованных пациенток (78,1–77,9–76,3% соответственно). При этом хронические воспалительные заболевания половых органов (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит) имели место у 31,7% (33,6–33,2–25%) и у 16,6% (20,5–16,3–10,1%) соответственно.

Гиперпластические процессы эндометрия из анамнеза выявлены ранее у 28,8% (17,2% в 1-й группе, 33,2% во 2-й группе, 40,1% в 3-й группе).

Таблица 1

Частота экстрагенитальной патологии у женщин с миомой матки

Экстрагенитальная патология	Возрастные группы, %		
	1-я группа N=146	2-я группа N=190	3-я группа N=80
Всего	65,8	70,5	80
Заболевания (ЖКТ)	34,2	33,7	45
Заболевания (ССС)	19,9	30	52,5
Эндокринопатии	10,3	13,7	23,8
Болезни органов дыхания	9,6	16,8	13,8
Заболевания молочных желез	4,8	6,8	2,5
Отягощенный аллергоанамнез	32,9	25,8	30

**Состояние менструально-овариальной функции
у женщин с миомами матки**

Состояние менструальной функции	Возрастные группы, %		
	1-я группа N=146	2-я группа N=190	3-я группа N=80
НМОФ в анамнезе	5,5	10,0	10,0
НМОФ в момент обследования	82,2	79,5	72,5
В том числе:			
Обильные менструации	68,5	72,6	78,7
Болезненные менструации	58,9	61,1	60,0
Нерегулярные менструации	15,0	27,4	25,0

Патология яичников (кисты, кистомы, поликистозные яичники, апоплексии яичников) имела место у 7,5% (8,9–8,4–2,5% соответственно). Бесплодием страдали 6% пациенток (11–4,7–0% в группах обследования), не рожали вообще 7,9% (11,6% в 1-й группе, 6,8% во 2-й группе, 3,8% в 3-й группе), а многорожавших (4 и более родов), напротив, оказалось мало – 1% (0,7–0,5–2,5% соответственно). Вместе с тем в исследуемых группах наблюдалось большое количество аборт: 80% обследованных женщин производились искусственные аборты (по группам это составило 73,3–82,1–87,5%). Пять и более аборт произвели 29,6% обследованных (25,4–31,1–33,8% соответственно). Самопроизвольное прерывание беременности было в анамнезе у 9,6% (8,2–10–11,3%), причем два и более выкидыша имели место у 3,1% (2–3,2–5%). Высокой оказалась частота внематочной беременности – 5,8% (4,8% в 1-й группе, 5,3% во 2-й группе, 8,8% в 3-й группе), представленные данные отражены в таблице 3.

Особое внимание нами было обращено на методы контрацепции (табл. 3). При сборе анамнеза выявлено, что женщины исследуемых групп отдавали предпочтение внутриматочной контрацепции (ВМК) – 8,4% (у 10,2% младшей возра-

стной группы, у 6,8% средней и у 8,9% старшей возрастных групп). Доля гормональной контрацепции была ничтожно мала – 0,4% (0,7–0–1,3% соответственно). Оказалось, что ВМК до 5 лет использовали 5,5% (7,5–3,7–6,3%), свыше 5 лет – 2,9% (2,7–3,1–2,6% соответственно по группам обследования). По поводу возникших в анамнезе заболеваний (гиперпластические процессы эндометрия, полипы полости матки и цервикального канала, фоновые заболевания и др.) гормональную терапию получали 13,8% (10,9% в 1-й группе, 13,2% во 2-й группе, 20% в 3-й группе). Корреляционный анализ позволил определить зависимость паритета и использования контрацептивов от возраста. Коэффициент корреляции между 1-й и 2-й группами $r=0,91$, $p<0,001$; между 2-й и 3-й – $r=0,81$, $p<0,01$; между 1-й и 3-й возрастными группами $r=0,58$, $p<0,05$. Все эти показатели являются достоверными. Высокая частота аборт в группах обследования, увеличивающаяся с возрастом, способствует выраженным нарушениям гормонального фона, что приводит к увеличению числа гормонозависимых заболеваний (в том числе и миом матки). Приоритет использования ВМК, а не гормональных препаратов, привел к увеличению числа воспалительных заболеваний гениталий. В свою очередь, низкий процент использования гормональной контрацепции не позволяет проводить профилактику развития миом матки и других гормонозависимых заболеваний.

Таблица 3

**Паритет в группах обследования
и частота использования контрацептивов**

Репродуктивная функция	Возрастные группы, %		
	1-я группа N=146	2-я группа N=190	3-я группа N=80
Бесплодие	11,0	4,7	0
Бесплодие (без уточнения причины)	11,6	6,8	3,8
Много рожавшие (4 и более родов)	0,7	0,5	2,5
Искусственные аборты:			
в том числе 5 и более	73,3 25,4	82,1 31,1	87,5 33,8
Самопроизвольные выкидыши:			
в том числе 2 и более	8,2 2,0	10,0 3,2	11,3 5,0
Внематочная беременность	4,8	5,3	8,8
Методы контрацепции:			
ВМК с длительностью использования:			
в том числе до 5 лет	10,2 7,5	6,8 3,7	8,9 6,3
в том числе свыше 5 лет	2,7	3,1	2,6
Гормональная контрацепция	0,7	0	1,3

**Частота оперативных вмешательств
в группах обследования среди больных с миомой матки**

Операции	Возрастные группы, % N=416		
	1-я группа N=146	2-я группа N=190	3-я группа N=80
Гистерэктомии:	21,3	20,5	20,0
В том числе экстирпации матки	5,5	9,5	15,0
Надвлагалищные ампутации матки	15,8	11,0	5,0
Консервативная миомэктомия	4,8	1,1	2,5
Гистероскопия с РДВМ	64,4	72,6	72,5
ЛДВМ без гистероскопии	1,4	0,6	0

Анемии до оперативного вмешательства встречались в 17,1% (18,5–17,9–12,5% в группах обследованных женщин), причем анемия средней и тяжелой степени была диагностирована у 4,6% (4,8–5,2–2,5% соответственно). Необходимо отметить, что диагноз «анемия» ставился только по показателю гемоглобина, что не соответствует современным стандартам. Имеющиеся в арсенале на сегодняшний день методы лабораторного анализа (ферритин, железосвязывающая способность крови и т. д.) в то время не определялись.

Гистерэктомия была произведена у 20,6% пациенток (21,3–20,5–20%), из них экстирпация матки – у 9,1% (5,5–9,5–15%), надвлагалищная ампутация матки – у 11,5% (15,8–11–5%). Консервативная миомэктомия произведена у 2,6% (4,8–1,1–2,5%). У обследованных женщин проводилась гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки как в плане предоперационной подготовки, так и с целью лечения (табл. 4). Гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием матки (РДВМ) выполнена у 69,7% (64,4–72,6–72,5%). Лечебно-диагностическое выскабливание матки (ЛДВМ) без гистероскопии произведено у 0,7% (1,4–0,6–0%), экстирпации матки чаще проводились в старшей возрастной группе (50–55 лет), а надвлагалищные ампутации матки в возрастной группе 40–45 лет.

При расчете коэффициента корреляции Спирмена нами выявлена зависимость между проведением вышеуказанных операций и возрастом: если между 1-й и 2-й группами $r=1$, $p<0,01$, то между 2-й и 3-й и 1-й и 3-й $r=0,94$, $p<0,05$.

Формирование четких критериев и методически обоснованных подходов в ведении пациенток с оперативными вмешательствами в анамнезе с учетом возрастных особенностей развития каждой пациентки, а также отягощающих факторов, способствующих формированию миомы матки, позволит предупредить возникновение осложнений и повысить качество жизни.

По результатам гистологического исследования эндометрия (табл. 5) секреторная фаза менструального цикла обнаружена у 31% (42,5% в 1-й группе, 28,4% во 2-й группе, 16,3% в 3-й группе), фаза пролиферации – у 19,5% (15,1–22,1–21,3% соответственно). Из приведенных данных видно, что секреторный эндометрий в каждой последующей возрастной группе определяется в меньшем проценте. Это связано как с перестройкой гипоталамо-гипофизарной системы, так и с увеличением частоты пролиферативных процессов с увеличением возраста. В конечном итоге происхо-

дит увеличение частоты миомы матки. Таким образом, видна прямая корреляционная связь между увеличением частоты встречаемости миомы матки, возрастом и угнетением гормональной оси гипоталамус – гипофиз – яичники.

Гиперплазия эндометрия диагностирована у 41,6% (39,8–44,3–38,9% обследованных трех возрастных групп), в том числе атипическая гиперплазия – у 1,2% (0,7% в 1-й группе, 1,1% во 2-й группе, 2,5% в 3-й группе). Гипопластический эндометрий был обнаружен у 3,8% (1,4–3,7–8,8% соответственно). Рак эндометрия в группе обследованных составил 1% (2–0,5–0%), аденоматозный полип эндометрия – у 0,5% (0,7–0,5–0%), рак шейки матки – у 0,2% (0–0–1,3%), рак яичников – у 0,2% (0–0,5–0%). Полипы эндометрия и цервикального канала были у 15,6% (0,5–14,2–13,8%) и 8,2% (7,5–7,4–11,3%) соответственно. Коэффициент корреляции Спирмена между 1-й и 2-й группами $r=0,75$, $p<0,05$; между 2-й и 3-й $r=0,96$, $p<0,01$, а между 1-й и 3-й $r=0,68$, $p<0,05$. Таким образом, имеется прямая зависимость увеличения частоты пролиферативных процессов в зависимости от возраста. Рост «неблагополучных» гистологических анализов с возрастом, повышение числа оперативных вмешательств на половых органах заставляют искать новые методы коррекции репродуктивной системы. Поиск терапевтического комплекса для лечения нарушений репродуктивной системы является актуальной задачей, позволяющей повысить качество жизни, проводить профилактику возникновения новых и обострения имеющихся экстрагенитальных заболеваний. Таким комплексом, с нашей точки зрения, может быть метаболическая терапия, включающая назначение ноотропных, сосудистых метаболитов, витаминных комплексов и гепатопротекторов. Мы предлагаем использовать глицин по 0,1 г 3 раза в день сублингвально в течение 2 месяцев; кавинтон по 0,25 мг 2 раза в день (прием последней таблетки до 16.00), хофитол по 1 таблетке 3 раза в день и «Мультитабс комплекс В» в течение одного месяца по 1 таблетке 3 раза, затем в течение одного месяца по 1 таблетке 1 раз в день с адекватной водной нагрузкой. Данный комплекс апробирован на 561 пациентке, в том числе в возрасте старше 40 лет их было 35 (6,2%). Нами получена приоритетная справка на заявку об изобретении (2006113715 от 21.04.2006 г.). Данный комплекс позволяет повысить качество жизни, улучшить взаимодействие различных звеньев регуляции репродуктивной системы у женщин, имеющих противопоказания для назначения гормональной коррекции.

Состояние эндометрия среди обследованных женщин

Состояние эндометрия	Возрастные группы, % =416		
	1-я группа N=146	2-я группа N=190	3-я группа N=80
Секреторный эндометрий	42,5	28,4	16,3
Пролиферативный	15,1	22,1	21,3
Гиперплазия эндометрия	39,8	44,3	38,9
В том числе атипическая	0,7	1,1	2,5
Рак эндометрия	2,0	0,5	0
Аденоматозный полип	0,7	0,5	0
Полипы эндометрия	0,5	14,2	13,8
Полипы цервик. канала	7,5	7,4	11,3

Результаты

Таким образом, среди поступавших в гинекологический стационар с миомой матки преобладали пациентки средней возрастной группы (45–49 лет). Это, по всей видимости, связано с большей частотой обращения в этом возрасте, с выраженностью клинических проявлений, а именно с наличием НМОФ: нерегулярного менструального цикла у 27,4% и болезненных менструаций у 61,6%. На втором месте находились пациентки в возрасте от 40 до 44 лет. Среди них отмечена наибольшая частота нарушений менструальной функции (82,2%), чаще с изолированными симптомами. В этой же группе наиболее высок процент анемий (19,5%).

Выявлена прямая корреляционная связь между частотой миом матки и ростом числа экстрагенитальной патологии ($r=0,89$, $p<0,05$). Среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания ЖКТ, ССС, эндокринной и дыхательной систем. По-видимому, это напрямую связано с происходящими изменениями в регуляции репродуктивной системы. Коррекция выявленных в группах обследования нарушений путем назначения соответствующего гормонального лечения и разработанного и предлагаемого нами комплекса метаболической терапии в более молодом возрасте (до 35–40 лет) позволит снизить гинекологическую и экстрагенитальную патологию и повысить качество жизни.

Нами выявлена высокая корреляционная связь между возрастом пациенток и частотой гиперпластических состояний эндометрия, воспалительных заболеваний половых органов, заболеваний яичников, искусственных и самопроизвольных абортов у пациенток с миомами матки. Все обследованные женщины отдавали предпочтение ВМК (хотя и ее использование незначительно: 10,2–6,8–8,9% соответственно), а доля гормональной контрацепции ничтожно мала. Она составила по группам 0,7–0–1,3% соответственно. Высокие показатели числа абортов (искусственных и самопроизвольных), частое использование ВМК, высокая частота гормональных нарушений (о чем свидетельствует высокий процент воспалительных заболеваний гениталий, пролиферативных изменений эндометрия, патологии яичников) ведут к еще большим нарушениям в регуляции репродуктивной системы. Все это является отягощающим фактором в распространенности миом матки в периоды, связанные с возрастной перестройкой (от 40 до 55 лет). Необходимо продолжить работу по внедрению средств кон-

трацепции, медикаментозного лечения при миомах матки небольших размеров. Обоснованным является продолжение внедрения в практику комбинированных оральных контрацептивов, микро- и низкодозированных, содержащих гестагены третьего поколения. Кроме этого мы предлагаем внедрить в практику предлагаемый нами метод метаболической терапии, который направлен на коррекцию выявленных гормональных нарушений.

Особо хочется отметить высокую частоту выявления в соскобах хорионального эндометрия у пациенток в возрасте 40–44 лет, что может подтвердить теорию неучтенных перинатальных потерь вследствие нерегистрируемых самопроизвольных абортов, совпадающих с началом очередной менструации.

Заключение

Таким образом, факторами, влияющими на образование и развитие миом матки в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах, могут служить экстрагенитальные заболевания (по мере увеличения возраста их количество растет), уровень воспалительных процессов половых органов, большая частота пролиферативных процессов эндометрия. Высокий уровень искусственных абортов (до сегодняшнего дня они остаются основным методом регуляции рождаемости), неадекватные методы контрацепции еще больше способствуют росту частоты воспалительных заболеваний половых органов, которые на фоне возрастной перестройки (поздняя репродукция и перименопауза) приводят к прогрессированию гормонозависимых заболеваний. Таким образом, замыкается порочный круг: имеющиеся возрастные нарушения гормональной регуляции, накладываясь на патологические нарушения продукции гормонов, приводят к росту гинекологических заболеваний, связанных с этими нарушениями [1, 2, 3].

Применение адекватных методов гормональной коррекции выявленных нарушений, санация хронических экстрагенитальных заболеваний и профилактика возникновения новых, использование комплекса предлагаемой метаболической терапии в конечном результате способствуют снижению частоты гинекологической патологии, в частности миом матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М.: Медицина. 1981. 159 с.

2. Вихляева Е. М., Палладий Г. А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев – Штутгарт. 1982. 300 с.
3. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. М.: Медицинское информационное агентство. 1997. 768 с.
4. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. М.: Медицинское информационное агентство. 2001. С. 591.
5. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб: Элби. 2000. 236 с.
6. Erickson G. F. Ovarian Anatomy and Physiology / Eds. R. A. Lobo J. Kelsey, R. Marcus, Academic Press, 2000. P. 13–31.
7. Munne S., Alikani M., Tomkin G. et al. // Fertil. Steril. 1995. Vol. 64. P. 382–391.

L. U. KARAKHALIS, O. K. FEDOROVICH

INFLUENCE OF GYNECOLOGICAL, EXTRAGYNECOLOGICAL DISORDERS ON STATE OF HEALTH IN PERIMENOPAUSE

We have performed the retrospective analysis of 416 perimenopausal women with myoma of the uterus. We have recognized the pathological constituents which impact on the growth of the myoma: extra genital diseases, unequal contraceptives adaptation, and the prevalence of inflammatory processes of genitals.

О. А. КАТХАНОВА¹, С. Н. МАМИШЕВ², Д. Б. ЩЕРБАКОВ³

МЕТОДОЛОГИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА В ЗДРАВНИЦАХ РОССИЙСКОГО ПРИЧЕРНОМОРЬЯ

¹*Кафедра кожных и венерических болезней Кубанского государственного медицинского университета,*

²*Черноморское зональное управление специализированных санаториев Росздрава,*

³*детский санаторий «Бимлюк», курорт Анапа*

В течение последних 5–8 лет в специальной литературе (Селицкий Г. Д., Федоров С. М., Кулагин В. И., 1997; Горчакова Г. А., 1998; Малишевская Н. П. и соавт., 1999; Ренсфелд М. Д., 2000; Юсупов М. Ю., Бондаренко Е. В., 2001; Севрюкова В. С., 2001; Даниэлян Л. Г., Чалая Е. Н., 2003; и др.) активно обсуждаются вопросы использования физических природных и преформированных лечебных факторов курортов Южного федерального округа РФ для восстановительного лечения детей, страдающих различными нозологическими формами псориаза (L 40.0 по МКБ-X).

Нами в период 2001–2005 годов были сформированы с использованием метода непреднамеренного отбора рандомизированные группы больных детей с названной патологией ($n_{\text{общая}}=559$), из которых основная группа наблюдения ($n=280$, $p<0,01$) принимала рекомендованный нами комплекс восстановительного лечения (схема), а контрольной группе наблюдения ($n=279$, $p<0,05$) были предложены ординарные формы медикаментозного восстановительного лечения, предписанного в рамках диспансерного наблюдения действующими стандартами. Возрастной состав основной и контрольных групп наблюдения был примерно идентичен и составлял (от $n_{\text{общ.}}$): 31,84% ($n=178$, $p<0,05$) – дети в возрасте 6–7 лет; 32,56% ($n=182$, $p<0,05$) – дети в возрасте 8–9 лет; 35,60% ($n=199$, $p<0,05$) – дети в возрасте 10–11 лет. Наблюдаемые клинично-функциональные проявления названной патологии кожи у этих больных при поступлении на лечение классически укладывались (Скрипкин Ю. К., Селицкий Г. Д., Кубанова А. А., Федоров С. М., 1997) в описание таких распространенных нозологических форм папулосквамозных нарушений, как монетовидный и бляшечный псориаз (L 40.0 по МКБ-X). При этом следует отметить, что Катханов А. М. (2005) приводит

следующее соотношение патоморфологических проявлений псориаза у детей (на примере отчетно-статистических данных детского отделения ГУЗ ДЗ Краснодарского кожно-венерологического диспансера): вульгарный псориаз – 95%; бляшечный – 68%; каплевидный – 23%; ладонно-подошвенный – 6%; инвертированный – 3%; экссудативный – 38%; пустулезный – 5%. Вышеуказанное выступало в качестве патогенетической целесообразности назначения названному контингенту пациентов в детских здравницах Анапы следующего (после акклиматизации) перечня процедур восстановительного лечения:

1. Блок лечебных физических (природных и преформированных) факторов курорта Анапа (лечебные грязевые аппликации с использованием природной грязи Витязевского лимана или отжима этой грязи для дальнейшего применения с помощью методов аппаратной физиотерапии, аэро-, гелиотерапия и морские процедуры; питьевые природные лечебные минеральные воды «Синегорская-1», «Синегорская-6», «Анапская»; общие йодобромные, жемчужные ванны или общие ванны с экстрактами лечебных трав при базовом использовании морской воды).

2. Блок процедур традиционной аппаратной физиотерапии (лазеролечение, фонофорез с отжимом лечебной грязи, КВЧ-терапия и т. д.).

3. Озонотерапия.

4. Саунотерапия (по методике лечения детей, страдающих псориазом, разработанной В. К. Пашковым, Л. М. Огородовой, В. М. Гонтарской и др., 2000).

5. Специализированные виды ЛФК (дозированная ходьба, лечебная гимнастика, ближний туризм, дозированное плавание, подвижные игры на свежем воздухе и т. д.).

6. Психотерапия по методикам Б. Д. Карвасарского.