

весна». Хороший воспитательный потенциал имеют Музей истории академии и Музей народного быта. Более 15 лет издаются поэтические альманахи студентов и сотрудников вуза. Большое значение для воспитания гражданственности имеют ежегодные целевые экскурсионные поездки в г. Санкт-Петербург, Ачаирский монастырь (Омская область). Десятого мая 2005 года был подписан договор о сотрудничестве между ОмГМА и Омско-Тарской епархией в лице митрополита Омского и Тарского Преосвященнейшего Феодосия.

Совершенствование физического состояния, развитие мотивации к здоровому образу жизни — еще одно ключевое направление воспитательной работы. Студенты академии — постоянные участники разнообразных городских спортивных мероприятий. В ОмГМА работает спортивный клуб. В распоряжении студентов спортивные и тренажерные залы, специально оборудованный зал для занятий тяжелой атлетикой, стрелковый тир, бассейн, лыжная база. В вузе 14 спортивных секций, в которых занимаются 340 человек. В течение семи лет ежегодно проводится профессорско-преподавательский турнир по бадминтону. Для оздоровления студентов и проведения спортивно-массовых мероприятий используется спор-

тивно-оздоровительный лагерь «Смена», расположенный в зоне отдыха — пос. Красная. На территории лагеря 10 корпусов, два из которых эксплуатируются круглогодично. Постоянно функционируют лыжная база, баня, спортивные площадки для бадминтона, волейбола, баскетбола, футбольное поле. Имеется спортивный инвентарь для настольного тенниса и других видов спорта. В распоряжении отдыхающих бильярд, небольшой библиотечный фонд, периодическая печать, теле-, видео- и аудиоаппаратура.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что ОмГМА, являясь ведущим вузом России, с годами не стареет, не теряет темпов поступательного движения в направлении совершенствования и модернизации высшего медицинского образования.

НОВИКОВ Александр Иванович, доктор медицинских наук, профессор, ректор.

Адрес для переписки: 644001, г. Омск, ул. 5-я Линия, 117а (кафедра дерматовенерологии Омской государственной медицинской академии).

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© А. И. Новиков

УДК 618.173-06-053.87+615.357

**И. В. БЕСМАН
Е. Б. РУДАКОВА**

Омская государственная
медицинская академия

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

В статье описаны особенности клинических проявлений и качества жизни женщин с осложненной формой климактерического синдрома, оценена клиничко-лабораторная эффективность лечения, частота побочных реакций и динамика параметров качества жизни при приеме препаратов заместительной гормональной терапии и фито-селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов. На основании проведенных исследований обоснован дифференцированный подход к ведению женщин с осложненной формой климактерического синдрома.

Ключевые слова: осложненная форма климактерического синдрома, качество жизни, заместительная гормональная терапия, фитотерапия.

Интерес к осложненной форме климактерического синдрома (КС) связан с ростом общей заболеваемости женского населения во всех возрастных группах, в том числе в перименопаузе [1, 2]. В литературе представлены многочисленные данные о возможных клинических проявлениях типичной формы КС, однако крайне мало информации, касающейся частоты встречаемости и особенностей клиники достаточно широко распространенной в настоящее время осложненной формы климактерического синдрома, при которой симптомы основного заболевания и климактерические проявления отягощают друг друга [3]. У пациенток с КС на фоне экстрагенитальной патологии ограничена возможность использо-

вания заместительной гормональной терапии (ЗГТ), в лучшем случае им назначается фитотерапия, которая не всегда достаточно эффективна [4–6]. Это обуславливает необходимость выработки дифференцированного подхода к назначению терапии женщинам с осложненной формой КС с учетом противопоказаний, степени тяжести соматической патологии, а также прогнозируемого изменения качества жизни (КЖ) с целью улучшения результатов лечения.

Материал и методы исследования. Было проведено открытое проспективное контролируемое рандомизированное исследование — 100 женщин с осложненной формой КС были рандомизированы на 2 группы при помощи таблицы случайных чисел: первую

(основную) группу составили 50 женщин, получающих ЗГТ препаратом фемостон 1/10; вторую группу (сравнения) составили 50 женщин, получающих терапию климактерического синдрома препаратом группы фито-селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов (фито-СЭРМ) — климадинон.

Критерии включения женщин в первую и вторую исследуемые группы:

- возраст 41 — 55 лет;
- наличие осложненной формы климактерического синдрома;
- давность наступления менопаузы не более двух лет;
- отсутствие приема в настоящий момент или в анамнезе препаратов для лечения КС (ЗГТ, фито-СЭРМ, гомеопатических);
- наличие добровольного информированного согласия для участия в исследовании.

Критерий исключения для первой и второй групп: наличие противопоказаний к проведению ЗГТ (в связи с тем что рандомизация по группам получения ЗГТ или фито-СЭРМ производилась случайным образом).

Для возможности оценки уровня КЖ женщин с КС по сравнению со здоровыми женщинами, была сформирована третья группа (контрольная) состоящая из 48 женщин в возрасте 41 — 55 лет без признаков КС и экстрагенитальной патологии тяжелой степени или в стадии обострения, а также с интактными маткой и яичниками.

Для исключения противопоказаний к назначению терапии, своевременного выявления и предупреждения осложнений проводимой терапии и оценки динамики состояния, всем женщинам осуществлялся комплекс клинико-лабораторных исследований при первом посещении, а также через 3, 6 и 12 месяцев лечения. Комплекс обследования включал:

- 1) общий осмотр, измерение артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ), ЭКГ;
- 2) осмотр молочных желез с обязательным проведением маммографии или
- 3) ультразвукового исследования молочных желез;
- 4) гинекологический осмотр;
- 5) УЗИ органов малого таза с измерением толщины эндометрия;
- 6) онкоцитологию шейки матки;
- 7) при необходимости простую и расширенную кольпоскопию с проведением прицельной биопсии, гистологическое исследование биоптата эндометрия;
- 8) развернутый анализ крови с определением времени свертывания и времени кровотечения;
- 9) биохимический анализ крови: ПТИ, сахар крови, липидный спектр крови;
- 10) определение гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, ТТГ);
- 11) коагулограмму и агрегатограмму;
- 12) консультация врачей смежных специальностей по профилю экстрагенитальных заболеваний.

Степень тяжести менопаузального синдрома и динамика ее изменения в процессе лечения определялась по менопаузальному индексу (ММИ) Куппермана в модификации Е. В. Уваровой. КЖ женщин, а также изменение его параметров в динамике лечения оценивалось при помощи опросника MOS-SF36.

Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов STATISTICA-7, возможностей программы Microsoft Excel. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Размер выборок определялся по номограмме Альтмана и формуле, предложенной F. Lopez-Jimenez et al. При анализе

таблиц сопряженности оценивались значения статистики Пирсона хи-квадрат (χ^2), информационной статистики Кульбака (2I — статистика). Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы: для сравнения числовых данных двух связанных групп использовался критерий ранговых знаков Вилкоксона (T), числовых данных двух независимых групп — U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

При детальном обследовании женщин с осложненной формой КС были выявлены следующие отклонения:

— при оценке липидного спектра крови выявлено повышение общего холестерина ($5,3 \pm 0,19$ моль/л), холестерина ЛПНП ($3,4 \pm 0,09$ моль/л) и индекса атерогенности ($3,2 \pm 0,13$ ед);

— при рассмотрении показателей тяжести климактерического синдрома выявлено, что показатели по шкале нейровегетативных симптомов (НВС) ($20,2 \pm 0,49$ балла) и метаболически-эндокринных симптомов (МЭС) ($3,9 \pm 0,24$ балла) соответствуют легкой степени климактерического синдрома, тогда как психоэмоциональные симптомы (ПЭС) имеют большую выраженность и соответствуют средней степени тяжести ($10,7 \pm 0,38$ балла), суммарно балл ММИ находится на верхней границе показателя легкой степени ($34,9 \pm 0,83$ балла);

— у женщин с осложненной формой климактерического синдрома отмечено достоверное снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника MOS-SF 36 по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Наиболее низкие показатели отмечаются по шкалам SF, GH, MH, MCS, то есть более выражено изменение по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья (рис. 1).

При сравнении эффективности препаратов фито-СЭРМ и ЗГТ при лечении осложненной формы КС было выявлено явное превосходство последней.

Клиническая эффективность применения ЗГТ в комплексном лечении осложненной формы КС выявляется уже через 3 месяца лечения и выражается в снижении ММИ и его составляющих ($p < 0,05$) (табл. 1), улучшении КЖ по всем шкалам опросника MOS-SF 36 ($p < 0,05$) — (рис. 2), снижении числа назначаемых препаратов по сопутствующим заболеваниям ($p < 0,05$).

Выраженность положительного клинического эффекта при применении фито-СЭРМ достоверно ниже: отмечается меньшее положительное влияние как на ММИ (табл. 2), так и на КЖ — по части показа-

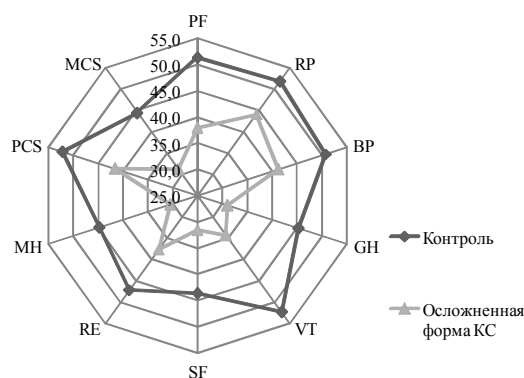


Рис. 1. Параметры КЖ женщин с осложненной формой КС и контрольной группы, оцененные с помощью опросника SF-36

телей отсутствие достоверного улучшения в динамике лечения ($p > 0,05$) (рис. 3).

При сравнении эффективности данных методов лечения между собой выявлено наличие достоверных отличий по параметрам КЖ, ММИ, числа назначений по сопутствующей патологии (рис. 4) после 12 месяцев лечения ($p < 0,05$) с более высокими показателями КЖ, низкими ММИ и числа назначений в группе женщин, получавших ЗГТ, по сравнению с группой фито-СЭРМ.

Также нами была проведена оценка побочных реакций назначаемого лечения. Выявлено, что использование ЗГТ и фито-СЭРМ в лечении осложненной формы КС не оказывает негативного влияния на лабораторные показатели, но использование ЗГТ достоверно чаще приводит к побочным реакциям в виде нагрубания молочных желез — оно встречалось в первой группе в $33,3 \pm 6,80\%$ случаев, тогда как во второй значимо реже $12,8 \pm 4,87\%$ ($2I = 5,82$; $p < 0,05$).

В связи с тем что наиболее опасной побочной реакцией при приеме препаратов ЗГТ является возникновение онкологических процессов в органах-мишенях (матке и молочной железе), была произведена оценка результатов ультразвукового исследования органов малого таза, маммографии и цитологии шейки матки через 12 месяцев лечения. По результатам ультразвукового исследования органов малого таза через 12 месяцев лечения ни у одной из женщин исследуемых групп не было выявлено признаков злокачественного роста. Анализ толщины эндометрия как при лечении препаратами фито-СЭРМ ($2,9 \pm 1,14$ мм), так и ЗГТ ($2,9 \pm 1,26$ мм), не выявил значимых изменений показателей внутри групп и между группами ($p > 0,05$) и не выходил за пределы, допустимые для женщин в перименопаузе. Цитологическое исследование мазков шейки матки не выявило патологических изменений. Анализ результатов маммографического исследования не определил признаков онкологического процесса, при оценке заключений маммографии значимых различий как внутри групп, так и между группами не наблюдалось ($p > 0,05$).

Таким образом, при лечении женщин с осложненной формой КС препаратами ЗГТ и фито-СЭРМ в течение одного года не было выявлено выраженных и опасных побочных реакций, требующих отмены терапии. В то же время всем женщинам при продолжении приема препаратов настоятельно рекомендовалось проходить регулярное обследование для решения вопроса о допустимости продолжения лечения.

На основании проведенного исследования был разработан алгоритм врачебных действий у женщин с осложненной формой КС. Согласно данному алгоритму после полного общеклинического, гинекологического, лабораторного и инструментального обследования, оценки исходного уровня КЖ, необходимо определить наличие противопоказаний к ЗГТ, в случае их выявления рекомендуется назначение препаратов фито-СЭРМ. С теми женщинами, кому ЗГТ не противопоказана, необходимо обсудить все преимущества и нежелательные эффекты препаратов. В случае отказа женщины от ЗГТ, рекомендуется назначение препаратов фито-СЭРМ. При наличии согласия на прием ЗГТ производится индивидуальный подбор препарата. Затем в динамике лечения рекомендуется регулярное обследование с обязательной оценкой изменения параметров КЖ. В случае отсутствия положительной динамики КЖ рекомендуется дообследование у смежных специалистов: при выявлении декомпенсации соматической патологии производится ее коррекция, а при отсутствии — смена

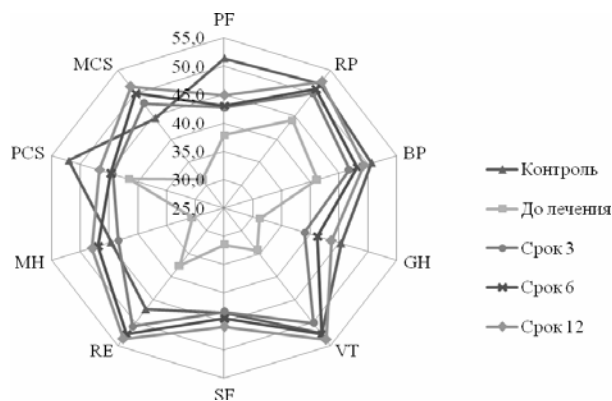


Рис. 2. Показатели КЖ в группе 1 (ЗГТ) в исследовательских точках 0, 3, 6, 12 месяцев и контрольной группе

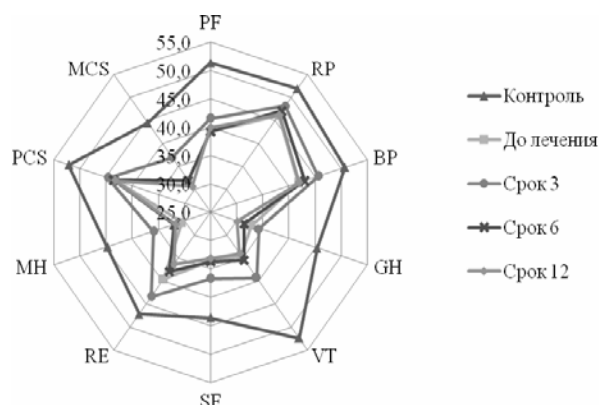


Рис. 3. Показатели КЖ в группе 2 (фито) в исследовательских точках 0, 3, 6, 12 месяцев и контрольной группе

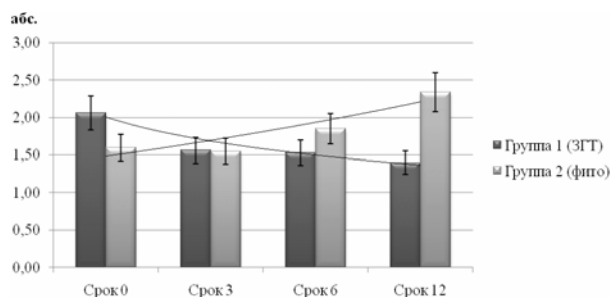


Рис. 4. Количество назначений по поводу экстрагенитальной патологии (с учетом изменения дозировок препаратов) в группах сравнения в точках исследования 0, 3, 6, 12 мес. (ед.)

препарата. Также необходимо следить за появлением нежелательных эффектов ЗГТ и при необходимости рекомендуется отмена препарата с переходом на фито-СЭРМ.

Для оценки эффективности разработанного алгоритма врачебных действий было обследовано 45 женщин с осложненной формой КС, получавших ранее симптоматическую или несистемную ЗГТ и фитотерапию. Ведение данных женщин производилось согласно разработанному алгоритму.

Из 45 женщин у трех были выявлены противопоказания к ЗГТ (у двух — некомпенсированная артериальная гипертензия, у одной — венозная тромбоэмболия в анамнезе) — им был назначен препарат фито-СЭРМ Климадинон.

Таблица 1

Сравнение показателей шкалы оценки тяжести КС в группе 1 (ЗГТ)
до начала исследования и на сроке 3, 6, 12 мес.
(тест Вилкоксона для связанных пар)

Показатель	Срок 0		Срок 3		p 0–3	Срок 6		p 0–6	Срок 12		p 0–12
	М	SE	М	SE		М	SE		М	SE	
Балл НВС	20,2	0,49	9,3	0,45	0,00	6,2	0,55	0,00	7,4	0,32	0,00
Балл МЭС	3,9	0,24	2,5	0,22	0,00	2,3	0,24	0,00	2,3	0,21	0,00
Балл ПЭС	10,7	0,38	4,0	0,27	0,00	2,7	0,28	0,00	2,8	0,20	0,00
Баллы ММИ	34,9	0,83	15,8	0,70	0,00	11,3	0,89	0,00	12,5	0,51	0,00

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые связи ($p < 0,05$)

Таблица 2

Сравнение показателей шкалы оценки тяжести КС в группе 2 (фито-СЭРМ)
до начала исследования и на сроке 3, 6, 12 мес.
(тест Вилкоксона для связанных пар)

Показатель	Срок 0		Срок 3		p 0–3	Срок 6		p 0–6	Срок 12		p 0–12
	М	SE	М	SE		М	SE		М	SE	
Балл НВС	18,6	0,72	12,8	0,78	0,00	15,6	1,02	0,03	16,3	0,62	0,02
Балл МЭС	3,5	0,30	3,0	0,30	0,43	3,1	0,31	0,79	3,4	0,31	0,68
Балл ПЭС	10,7	0,32	8,0	0,42	0,00	9,0	0,53	0,06	10,1	0,30	0,16
Баллы ММИ	32,8	1,02	23,8	1,27	0,00	27,7	1,68	0,02	29,8	0,94	0,03

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически значимые связи ($p < 0,05$).

Из 42 женщин без противопоказаний к ЗГТ шесть отказались от нее — им также был назначен Климадинон, оставшимся 36 была назначена ЗГТ (Фемостон). Таким образом, девять женщин принимали препараты фито-СЭРМ и 36-ЗГТ.

Через 3 месяца лечения у девяти женщин, принимающих ЗГТ, не отмечалось положительной динамики по шкале PCS и у одной по MCS. После дообследования было выявлено, что у первых девяти была необходима коррекция лечения по соматической патологии. У женщины без улучшения по шкале MCS была произведена смена препарата с Фемостона на Дивина. На следующих исследовательских точках у всех женщин произошло улучшение по вышеуказанным шкалам КЖ.

Эффективность алгоритма была оценена по следующим параметрам: тяжесть КС, уровень КЖ, число назначений по сопутствующей патологии, толщина эндометрия по УЗИ и данные маммографии.

Была продемонстрирована высокая эффективность (улучшение КЖ, уменьшение тяжести КС и количества назначений по соматической патологии; $p < 0,05$) и безопасность (отсутствие отрицательного действия на органы-мишени: эндометрий и молочные железы — $p > 0,05$) предложенного алгоритма врачебных действий при ведении женщин с осложненной формой КС.

Заключение

Необходим дифференцированный подход к лечению женщин с осложненной формой климактерического синдрома, который дает достоверное ослабление выраженности КС, улучшение КЖ и умень-

шение числа назначений по экстрагенитальной патологии. При отсутствии абсолютных противопоказаний к назначению ЗГТ данный метод лечения является более предпочтительным, чем фитотерапия, так как позволяет значительно смягчить климактерические проявления, течение сопутствующей экстрагенитальной патологии и улучшить КЖ. С теми женщинами, кому ЗГТ не противопоказана, необходимо обсудить все преимущества и нежелательные эффекты препаратов. В случае отказа женщины от гормональной терапии рекомендуется назначение препаратов фито-СЭРМ.

В динамике лечения необходимо регулярное наблюдение за женщинами с целью оценки его эффективности и выявления возможных осложнений.

Обязательная оценка качества жизни женщин при первом обращении и в процессе лечения, в связи с тем что данный метод является наиболее объективным отражением самочувствия и по нему можно судить об адекватности подобранной терапии. В случае отсутствия положительной динамики КЖ рекомендуется дообследование у смежных специалистов: при выявлении декомпенсации соматической патологии производится ее коррекция, а при отсутствии — смена препарата.

Библиографический список

1. Сметник, В. П. Руководство по климактерию / В. П. Сметник, В. И. Кулаков. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 685 с.
2. Вихляева, Е. М. Постменопаузальная терапия / Е. М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 448 с.

3. Аккер, Л. В. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция / Л. В. Аккер, А. П. Павлова, А. И. Гальченко // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2007. — № 1. — С. 46–51.

4. Mendelsohn, M. E. Hormone replacement therapy and the cardiovascular system : 2005 update / M. E. Mendelsohn // Human Reproduction. 12th World Congress / eds. by. A. R. Genazzani, J. Schenker, P. G. Artini, T. Simoncini. — Venice, March 10–13, 2005. — P. 102–104.

5. Koh, K. K. Should progestins be blamed for the failure of hormone replacement therapy to reduce cardiovascular events in randomized controlled trials? / K. K. Koh, I. Sacuma // Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol. — 2004. — № 24. — P. 1171–1179.

6. Effect of a New Hormone therapy, DRSP and 17 b-E2 in postmenopausal women with hypertension / W. B. White [et al.] // Hypertension. — 2006. — № 48. — P. 1–8.

БЕСМАН Ирина Владимировна, аспирантка кафедры акушерства и гинекологии № 2.

РУДАКОВА Елена Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2.

Адрес для переписки: e-mail: ibesman@mail.ru

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© И. В. Бесман, Е. Б. Рудакова

УДК 616.12:613.81+613.83-053.8

**М. В. БОГЗА
В. В. СОРОКИНА
В. П. КОНЕВ
А. В. СУБОЧ**

Омская государственная
медицинская академия

Бюро судебно-медицинской
экспертизы, г. Омск

ПУТИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

На основании проведенных исследований установлено, что патология сердечно-сосудистой системы у лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, представлена острыми расстройствами микроциркуляции, явлениями кардиосклероза артерий, признаками фибрилляции сердца и дистрофическими повреждениями кардиомиоцитов, которые рассматриваются как проявление наркотической кардиомиопатии, являющейся одной из важнейших составляющих причин смерти при данной патологии.

Ключевые слова: патоморфология сердца, наркотическая интоксикация, алкогольная интоксикация.

На сегодняшний день, по данным мировой статистики, смертность от злоупотреблений спиртными напитками уступает лишь травмам, сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [1]. Ситуация, связанная с потреблением наркотических веществ, за последние 10 лет значительно ухудшилась и смертность лиц с признаками употребления наркотических веществ приближается к смертности от злоупотребления алкоголем и его суррогатами [2].

По данным литературы, развитию наркотической зависимости в ряде случаев предшествует злоупотребление алкоголем, что может объясняться общностью этиопатогенетических механизмов обоих заболеваний [3]. Алкоголизация у страдающих опийной наркоманией лиц может возникать и в период воздержания от приема наркотиков. [4]. В случаях же смерти от хронической алкогольной и наркотической интоксикации важную роль играет патология сердца. Однако дифференцировка алкогольной и наркотической кардиомиопатии достаточно проблематична. Это обусловлено, с одной стороны, ограниченностью

данных о собственно опийном поражении сердечно-сосудистой системы, в то время как обширно и разнообразно изложены вопросы осложнений наркомании, вызванных экзогенным инфицированием при введении наркотика, и с другой — проблемами выделения алкогольной кардиомиопатии из общей массы кардиомиопатии иного генеза [5].

Учитывая вышеуказанное, целью работы является выделение четких макроскопических и микроскопических поражений сердца в случаях как алкогольной, так и хронической наркотической интоксикации. Работа основана на анализе 100 секционных наблюдений лиц, погибших при явлениях хронической алкогольной интоксикации, и 96 наблюдений лиц, погибших при явлениях хронической наркотической интоксикации опиатными производными.

При хронической наркотической интоксикации масса сердца колебалась от 280 до 360 граммов, т. е. в целом не выходит за пределы нормы.

При морфологическом исследовании сердца и сосудов у лиц, употребляющих наркотические веще-