

Чилова А.А.^{1,2}, Федотовских И.В.², Воронцова А.В.^{1,2}, Звычайный М.А.^{1,2}

Перименопауза и гиперпластические синдром репродуктивной системы - тактика лечения и реабилитации женщин

1 - ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России», г.Екатеринбург;
2 - МАУ ГКБ№40, г.Екатеринбург

Chilova A.A., Fedotovskych I.V., Vorontsova A.V., Zvy chayny M.A.

Perimenopause and hyperplastic syndrome reproductive system - the tactics of treatment and rehabilitation for women

Резюме

В статье представлены результаты обследования и наблюдения на протяжении 3 лет 93 женщин 44-49 лет с гиперпластическими процессами репродуктивной системы: сочетание миомы матки (от 1 до 6 узлов, средний размер миоматозных узлов $3,4 \pm 1,46$ см) с аденомиозом 1-2-й степени (47 обследованных) и (или) с фиброзно-кистозной мастопатией (84 пациенток) и получающих 4-этапный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: Гиперпластические синдром репродуктивной системы, перименопауза, антигестагены

Summary

The results of the survey and observation for 3 years 93 women 44-49 years old with hyperplasia of the reproductive system: a combination of uterine fibroids (1 to 6 knots, the average size of myoma catch $3,4 \pm 1,46$ cm) with adenomyosis 1 - level 2 (47 patients) and (or) fibrocnocystic mastopathy (84 patients) to give 4-step set of therapeutic and rehabilitation measures.

Keywords: Hyperplastic syndrom of the reproductive system, perimenopause, antigestagen

Введение

Проблема гиперпластических процессов гормональнозависимых органов репродуктивной системы и в настоящее время, не смотря на длительную историю изучения, продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей и представляет одну из наиболее актуальных проблем гинекологии [1-7]. Эта одна из проблем современной гинекологии, где особо остро обнаруживается отсутствие единого, общепризнанного мнения. Имеющиеся сведения о принципах лечебного воздействия отличаются многообразием – от крайне щадящих до крайне радикальных. Что же касается реабилитационных мероприятий, то до настоящего времени этот вопрос вообще остается мало изученным, не определены оптимальные методы реабилитации репродуктивной системы и отсутствуют единые схемы (протоколы) мероприятий.

Особенный рост частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы (миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия, мастопатии) отмечается у женщин в перименопаузе, когда в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только монофазических гиперпластических процессов, но и одновременного по-

ражения ими практически всех органов репродуктивной системы, то есть развития так называемого, гиперпластического синдрома [2-4,6].

Вместе с тем, в последние годы большая частота оперативных вмешательств у женщин в перименопаузе обусловлена запущенностью гиперпластических процессов в репродуктивной системе, что является результатом многих факторов, и, в том числе, говорит о незнании или нежелании использовать адекватное и своевременное консервативное лечение гиперпластических процессов врачами амбулаторно-поликлинического звена [4,6,7]. В то же время возможны и такие клинические ситуации, при которых оперативные вмешательства противопоказаны из-за тяжести экстрагенитальной патологии, или, что также возможно, при категорическом отказе пациентки от операции [1,2,4-6].

Большой перечень лекарственных средств, используемых при консервативной терапии гиперпластических процессов репродуктивной системы, отсутствие стандартов и системного подхода к таким больным [2-7] затрудняют выбор оптимальной тактики и способствуют хаотичному назначению самых разнообразных препаратов, а при отрицательной динамике и ухудшении общего состояния пациенток – экстренному оперативному вмеша-

тельству. Все это неблагоприятно сказывается на общем состоянии женщин и качестве их жизни, а поэтому не является выходом из сложившейся ситуации.

Цель исследования: выяснение возможностей применения разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы.

Материалы и методы

На базах кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета УГМА, МАУ ГКБ№40, Городского эндокринологического центра г.Екатеринбурга под нашим наблюдением на протяжении 3 лет находилось 93 женщины 44-49 лет, имеющих сочетание фибромиомы матки (от 1 до 6 узлов, средний размер фиброматозных узлов $3,4 \pm 1,46$ см) с аденомиозом 1-2 степени (47 обследованных) и (или) с фибромиокистозной мастопатией (84 пациенток) получающих комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

На подготовительном (нулевом) этапе нашего комплекса всем пациенткам назначались прогестагены – дюфастон в циклическом режиме (с 11 по 25 день менструального цикла по 20 мг в день сроком на 3 месяца) с целью коррекции менструального цикла и состояния эндометрия, а также выяснения реакции миоматозных узлов, в зависимости от которой пациентки распределены на три группы: 25 женщин с положительной динамикой состояния миоматозных узлов - 1 группа, 36 - с отсутствием динамики - 2 группа и 32 пациентки с диагностированным ростом узлов - 3 группа.

На 1 этапе женщины 1 группы еще в течение 6 месяцев получали терапию прогестагенами (дозы и схемы применения подбирались индивидуально, в зависимости от состояния менструальной функции, реакции эндометрия и достигнутого эффекта). Пациенткам 2 группы на протяжении 6 месяцев назначались агонисты гонадотропин-релизинг гормонов (Люкрин-депо, 1 инъекция в 28 дней) в сочетании с Ременсом (по 10 капель (1 таб) 3 раза в день. Все женщины 3 группы принимали антигестагенный препарат (Гинестрил, мифепристон по 50 мг в день) 6 месяцев.

На 2 этапе всем пациенткам назначались индол-3-карбинол по 2 капсулы 2 раза в день (препарат Индинол) и эпигаллокатехин-3-галат по 2 капсулы 2 раза в день (препарат Эпигаллат) на протяжении 6 месяцев.

На 3 этапе в зависимости от состояния менструальной функции проводилась ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами: Фемостон 2/10 в циклическом режиме – 49 женщинам (16 – из 1 группы, 11 – из 2 группы и 22 – из 3 группы) и Фемостон 1/5 в монотонном режиме – у 44 пациенток (9, 25, 10 – соответственно в 1, во 2 и в 3 группах). При рецидиве гиперпластического синдрома 3 этап прерывался и женщины возвращались на 1 этап (частота рецидивов составила 12,9% (12 женщин)).

Критериями исключения из исследования на момент назначения препарата явились: наличие опухолей яичников или гиперпластического процесса эндоме-

трия, субмукозное расположение фиброматозных узлов, воспалительные заболевания органов малого таза, надпочечниковая недостаточность или длительная глюкокортикоидная терапия, нарушения гемостаза, тяжелая экстрагенитальная патология.

Всем пациенткам при первичном осмотре и в динамике наблюдения проводилось комплексное обследование, включавшее: оценку состояния менструальной функции; УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком с оценкой маточного кровотока (на 5-7 день менструального цикла или произвольно при отсутствии менструации); гистероскопию с исследованием биоптата эндометрия или Pipele-биопсию; осмотр маммолога с УЗИ молочных желез и (или) маммографией по необходимости (на 8-15 день менструального цикла или произвольно при отсутствии менструации); общую оценку состояния женщин (в том числе с использованием модифицированного менопаузального индекса Курретман'а в модификации Е.В.Уваровой).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью лицензионной программы Microsoft Excel с предустановленной операционной системой Windows 7. Вычислялись основные статистические показатели – частота встречаемости признака, средняя величина и стандартное отклонение средней величины. Определялся характер распределения данных. При получении показателей с нормальным распределением для сравнения двух независимых выборок достоверность полученных результатов определялась по двухвыборочному t-критерию (где M_d – средняя разность значений, S_d – стандартное отклонение разностей, а n – количество наблюдений) по формуле:

$$t = \frac{|M_d|}{s_d/\sqrt{n}}$$

Эта статистика имеет распределение $t(n-1)$.

Результаты и обсуждение

На результатах лечения женщин 1 и 2 групп мы подробно останавливаться не будем, а вот пациентки 3-ей группы наиболее интересны в клиническом плане и заслуживают отдельного внимания.

Состояние менструальной функции.

Если до начала проведения разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий (табл. 1) ни у одной из пациенток 3-й группы не было нормального менструального цикла (у 16 женщин (50%) – меноррагия, у 2 (6,2%) – метроррагия, у 5 (15,6%) – пройоменорея, у 4 (12,5%) – гиперменорея, у 1 (3,1%) – полименорея и у 4 (12,5%) – ациклические мажущие выделения), то уже к завершению подготовительного этапа наблюдалась положительная динамика в стабилизации объема и продолжительности менструации, а нормальный менструальный цикл отмечался у более чем половины обследованных (у 19 женщин; 59,4%).

Через 1 месяц 1-го этапа на изменения менструального цикла указали практически все женщины (табл. 1): отсутствие менструации выявлено у большинства (у 81%) обследованных, а у 19% – ациклические кровянистые выделения; к завершению 6-го месяца использования Гинестрила аменорея диагностировалась у всех пациенток.

Таблица 1. Состояние менструальной функции у обследованных женщин, абс. /%

Параметры	До лечения	Этапы					
		0-й	1-й (1 мес)	1-й (6 мес)	2-й	3-й (цикл+)	3-й (цикл-)
Нормальный менструальный цикл	0	19/59,4	0	0	10/31,2	18/56,3	0
Гиперменорея	4/12,5	0	0	0	0	1/3,1	0
Полименорея	1/3,1	0	0	0	0	2/6,3	0
Пройоменорея	5/15,6	2/6,3	0	0	0	0	0
Меноррагия	16/50,0	5/15,6	0	0	0	0	0
Метроррагия	2/6,3	0	0	0	0	0	0
Ациклические маточные кровотечения	4/12,5	2/6,3	6/18,8	0	0	0	0
Олигоменорея	0	0	0	0	4/12,5	0	0
Опсоменорея	0	0	0	0	3/9,4	1/3,1	0
Гипоменорея	0	0	0	0	5/15,6	2/6,3	0
Аменорея	0	0	26/81,3	32/100	10/31,2	0	0
Менопауза	0	0	0	0	0	0	10/31,2

Что касается восстановления менструальной функции после отмены Гинестрила, то через 1 месяц менструация была у 2 женщин, через 3 месяца – у 12, а через 6 месяцев – у 22 женщин. Следует обратить внимание, что восстановленный цикл характеризовался: нормальными объемом и продолжительностью (у 10 пациенток - 31,2%), а у остальных наблюдалась опсо-, олиго- и гипоменорея (соответственно у 4 (12,5%), 3 (9,4%) и 5 (15,6%) больных). У 10 женщин, средний возраст которых составлял 48,5 года (что соответствовало среднему возрасту наступления менопаузы в г. Екатеринбурге), менструация не возобновилась. В итоге, до завершения 2-го этапа состояние менструальной функции оставалось относительно стабильным, что и предопределяло выбор режима ЗГТ на 3-ем этапе: циклическая ЗГТ препаратом Фемостон 2/10 проводилась 22 женщинам с сохранным менструальным циклом, в то время как Фемостон 1/5 был назначен 10 больным с отсутствием менструальной функции.

В динамике проведения 3-го этапа менструальная функция проявлялась в виде регулярной менструалоподобной реакции (при циклической ЗГТ) или отсутствовала (у принимавших Фемостон 1/5). Исключение составили 2 пациентки, получавшие Фемостон 2/10, у которых отмечались изменения характера менструалоподобной

реакции: гипер- и полименорея через 1 цикл (у первой женщины) и гиперменорея через 3 цикла ЗГТ (у второй пациентки) на фоне роста миоматозных узлов.

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, позволяет стабилизировать менструальную функцию, нормализуя все характеристики менструального цикла (длительность менструации, ее объем и продолжительность цикла). А у пациенток, приближающихся к среднестатистическому возрасту наступления менопаузы, способствует плавному угасанию менструальной функции, что по нашему мнению и мнению ряда современных авторов [3] является более физиологичным для женщин в перименопаузе.

Синдром тазовых болей

Применение прогестагенов на подготовительном этапе практически не повлияло на различные проявления синдрома тазовых болей – частота диспареунии (у 4 женщин; 12,5%) и боли, не связанных с менструацией и половым актом (также у 4 женщин; 12,5%), оставалась прежней; и лишь у 1 из 21 пациентки с дисменореей зарегистрирована ее ликвидация (рис. 1).



Рисунок 1. Частота проявлений синдрома тазовых болей у обследованных женщин

Примечание: * - половой акт, ** - менструация

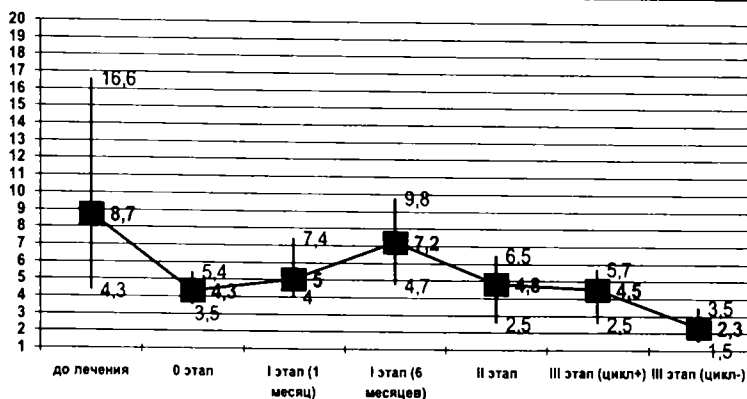


Рисунок 2. Динамика М-ЭХО у обследованных женщин (мм)

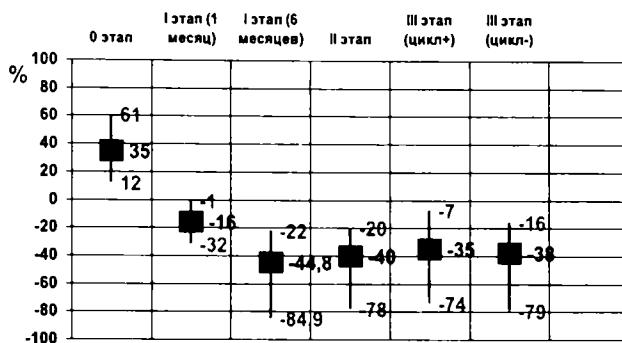


Рисунок 3. Динамика изменения объема миоматозных узлов у обследованных женщин, %

При проведении 1-го этапа разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса отмечался положительный эффект по отношению к таким проявлениям синдрома тазовых болей, как дисменорея (уже к окончанию 1-го месяца приема антигестагена на ее исчезновение указали 14 женщин (43,8%), а к завершению этапа – абсолютно все пациентки) и болевой синдром, не связанный с менструацией и половым актом (за полгода терапии был купирован у всех больных, предъявлявших на него жалобы до начала лечения), в то время как доля женщин с диспареунией нарастала (на 3,1% и 9,4% соответственно через 1 и 6 месяцев 1-го этапа), что объяснялось нами, вероятно, наличием у препарата антиэстрогенного действия, в том числе и на слизистую урогенитального тракта.

На 2-ом этапе по мере восстановления менструальной функции у 4 пациенток (12,5%) наблюдалось появление незначительных болевых ощущений в первые дни менструации, также у 4 женщин болезненности при половом акте уже не было.

На протяжении всего 3-го этапа не зависимо от препарата ЗГТ преобладающее большинство обследованных (29 женщин - 90,6%) жалоб на проявления синдрома тазовых болей не предъявляли, за исключением 2 больных. Одна из этих пациенток получала Фемостон 2/10 и отмечала сохраняющуюся несущественную дисменорею в 1-й день менструальноподобной реакции, другая женщина применяла Фемостон 1/5 и указывала на продолжающуюся диспареунию, которая исчезла через 3 месяца ЗГТ.

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, практически полностью купирует все проявления синдрома тазовых болей (и дисменорею, диспареунию, и болевые ощущения, не связанные ни с менструацией, ни с половым актом), оказывающего, как считаем мы и многие авторы [1-7], крайне негативное влияние на общее состояние, качество жизни и трудоспособность женщин в перименопаузе.

Результаты УЗИ органов малого таза

При проведении 0-го этапа по данным УЗИ органов малого таза со стороны матки и эндометрия абсолютно у всех женщин 3-й группы за 3 месяца приема прогестатина на фоне сохранения (в том числе, после проведенного перед назначением гормональных препаратов выскабливания полости матки у больных с патологией эндометрия) нормальной толщины эндометрия в пределах 3,5-5,4 мм установлено увеличение размеров миоматозных узлов (в среднем на 35%, минимально – на 12%, максимально – на 61%), что и предопределило назначение на следующем этапе антигестагена (рис. 2, 3).

В дальнейшем у всех пациенток, принимавших на 1-ом этапе лечебно-реабилитационного комплекса Гинестрил, зафиксировано уменьшение размеров миоматозных узлов за 1 и 6 месяцев до $3,4 \pm 1,46$ см (в среднем, соответственно, на 16 (от 1 до 32%) и 44,8% (от 22 до

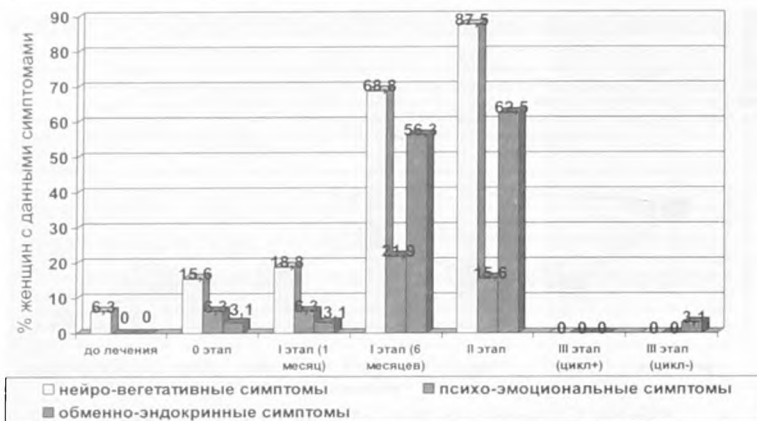


Рисунок 4. Частота проявлений дефицита половых гормонов у обследованных пациенток (%)

84,9%), причем динамика изменения диаметра разных миоматозных узлов у одной и той же женщины могла значительно отличаться (от 0 до 85%). Отмечалось отсутствие достоверных отклонений толщины эндометрия – так, среднее М-эхо находилось в пределах 5,0 мм через 1 месяц и 7,2 мм – через 6 месяцев терапии Гинестрилом.

На протяжении всего последующего наблюдения (этапы 2 и 3) у обследованных 3-й группы достоверных изменений величины миоматозных узлов (рис. 4) и толщины эндометрия не наблюдалось. Также отсутствовала существенная разница в диаметре миоматозных узлов у пациенток, получавших Фемостон 2/10, и у женщин, принимавших Фемостон 1/5 (за исключением 3 больных с рецидивами роста миоматозных узлов на фоне ЗГТ). Со стороны эндометрия каких-либо патологических изменений не было выявлено, и даже наблюдалась тенденция к уменьшению М-эхо (в среднем, до 2,3 мм).

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, обеспечивает: на 1-ом этапе – достоверный регресс фиброматозных узлов, а на последующих этапах (2 и 3 этапы) – поддержание полученного терапевтического эффекта практически без рецидивов. Вместе с тем, при использовании данного лечебно-реабилитационного комплекса на подготовительном этапе достигается нормализация толщины слизистой матки, а на дальнейших этапах – профилактика гиперплазии эндометрия, что и на наш взгляд, и на взгляд многих отечественных и зарубежных исследователей [1,2,6], является обязательным условием при проведении терапевтических мероприятий у больных с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы.

Результаты гистероскопии и гистологического исследования эндометрия.

При проведении гистероскопии и гистологического исследования эндометрия перед подготовительным этапом обнаружено наличие аденомиоза различной степени выраженности у 18 женщин (56,3%), простой гиперплазии эндометрия – у 3 (9,3%), полипов эндометрия (железисто-фиброзных) – также у 3 (9,4%) пациенток, эндометрия пролиферативной фазы – у 26 (81,3%).

К завершению 6-го месяца приема Гинестрила эндометрий морфологически либо более соответствовал эстрогенному воздействию (то есть преобладал эндометрий в фазе ранней или средней пролиферации), либо имела диссинхронизация между железистой и стромальной тканью, но с другой стороны, не было никаких очевидных подтверждений гиперплазии эндометрия. Кроме этого у пациенток с имевшимся при первичном обследовании аденомиозом выявлено или уменьшение видимых эндометриодных ходов (у 25%), или исчезновение эндометриодных ходов и восстановление нормального рельефа слизистой (у 25%). В последующем гистероскопия повторно проводилась лишь при рецидивах (у 3 женщин).

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, способствует не только профилактики дальнейшего прогрессирования аденомиоза, но и уменьшению его выраженности, что, по нашему мнению и ряда авторов [4,6], имеет немаловажное значение для данного контингента больных, имеющих частое сочетание фибромиомы матки с эндометриозом матки.

Состояние молочных желез

В динамике проведения 0-го этапа, по данным субъективного, объективного и инструментального маммологического обследования, ни у одной из женщин, имевших при первичном обследовании диффузную мастопатию (у 87,5%) и масталгию с мастодиной (у 50%), не было выявлено положительной динамики; более того, еще у 3 больных (9,3%) появились жалобы на болевые ощущения в области молочных желез (табл. 2).

Уже через 1 месяц использования антигестагена (табл. 2) указания на масталгию и мастодирию исчезли у 4 пациенток (12,5%), а к окончанию 6-го месяца они отсутствовали у всех больных; причем субъективное улучшение состояния молочных желез подтверждалось и объективно – у 18 женщин (56,3%) к завершению 1-го этапа онкомаммологом была констатирована ликвидация проявлений диффузной мастопатии.

Таблица 2. Состояние молочных желез у обследованных женщин (абс./%)

Параметры	До лечения	Этапы					
		0-й	1-й (1 мес)	1-й (6 мес)	2-й	3-й (цикл+)	3-й (цикл-)
Диффузная мастопатия	28/87,5	28/87,5	28/87,5	1/3,1	5/15,6	1/3,1	1/3,1
Масталгия	16/50,0	19/59,4	12/37,5	0	0	2/6,3	0
Мастодиния	14/43,8	6/18,8	1/3,1	0	2/6,3	3/9,4	1/3,1

На протяжении 2-3-го этапов масталгия и мастодиния не беспокоили наших пациенток за исключением 2 женщин (6,2%), начавших прием Фемостона 2/10, что было расценено как закономерная реакция железистой ткани на начало циклической ЗГТ, и уже через 3 месяца (у первой пациентки) и через 6 месяцев (у второй женщины) данные болевые ощущения исчезли самопроизвольно. Что же касается объективного состояния молочных желез, то на 2-3-ем этапах количество больных с диффузной мастопатией продолжала уменьшаться – на 5 (15,6%) и 3 (9,4%) женщин соответственно. Таким образом, к завершению нашего наблюдения остаточные наблюдения диффузной мастопатии диагностировались лишь у 2 из 28 пациенток.

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, оказывает достоверный клинический эффект по улучшению как субъективного, так и объективного состояния молочных желез у больных с диффузной мастопатией. Что с одной стороны – является еще одним плюсом для пациенток с сочетанной патологией репродуктивной системы, а с другой – имеет важное значение в профилактике рака молочных желез, чаще развивающегося на фоне доброкачественной патологии [8].

Оценка общего состояния и выраженности проявлений ДПС

У преобладающего большинства обследованных как до начала проведения нашего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, так и в динамике терапии прогестагенами основные клинические проявления ДПС отсутствовали, и общее состояние, определяемое по значению ММИ, было удовлетворительным (рис. 4).

Однако на фоне применения анигестагена (в основном, после 3-го месяца лечения) у женщин стали отмечаться те или иные проявления нейро-вегетативного (22 больных - 68,8%), психо-эмоционального (7 женщин - 8,8%) и даже обменно-эндокринного (в частности, урогенитальные расстройства у 18 (26,6%) пациенток) симптомокомплексов, характерные для дефицита половых гормонов и оцениваемые женщинами на 1-2 балла. Уже к завершению 6-го месяца 1-го этапа основные клинические проявления ДПС регистрировались практически у всех наблюдаемых пациентов (90,6%).

На протяжении последующих 6 месяцев 2-го этапа клинические проявления дефицита половых гормонов сохранялись, а у некоторых больных даже нарастали, что и предопределило нашу тактику на 3-ем этапе.

Уже через 1 месяц от начала ЗГТ отмечалось улуч-

шение общего состояния женщин, а к окончанию нашего наблюдения нейро-вегетативные, психо-эмоциональные и обменно-эндокринные нарушения были полностью купированы, и величина среднего значения общего ММИ снизилась более, чем в 3 раза ($p < 0,01$).

Следовательно, применение разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин перименопаузального периода с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы, в отличие от большинства существующих методов консервативной терапии, не осложняется развитием выраженных клинических симптомов дефицита половых гормонов [2,4,5]. И, более того, благодаря наличию 3-его этапа, появившиеся на 1 и 2 этапах начальные проявления, быстро подвергаются обратному развитию без последующих рецидивов, что сопровождается улучшением общего состояния и повышением качества жизни женщин в перименопаузе.

Выводы

Таким образом, результаты применения разработанного нами комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин в перименопаузе с гиперпластическим синдромом репродуктивной системы позволяют нам не только сделать заключение об его эффективности (достоверное уменьшение диаметра фиброматозных узлов в среднем на $44,8 \pm 9,22\%$) и безопасности (прежде всего, отсутствие гиперплазии эндометрия и других осложнений, а также несущественность побочных эффектов), но и открывают определенные перспективы его использования при наличии других гиперпластических процессов в репродуктивной системе, которые часто сопутствуют миоме у данного контингента больных (снижение выраженности аденомиоза по данным гистероскопии и субъективное улучшение в состоянии молочных желез на фоне стабилизации течения фибронокистозной мастопатии). И, кроме того, хотелось бы отметить, что своевременное подключение препаратов заместительной гормональной терапии способствует реабилитации репродуктивной системы и обеспечивает купирование клинических проявлений дефицита половых стероидов, нормализации общего состояния и улучшения качества жизни пациенток в перименопаузе при относительно низкой частоте рецидивов гиперпластических процессов в гормонально-зависимых органах репродуктивной системы (12,9%).■

*Чилова А.А., Федотовских И.В., Воронцова А.В.
Звычайный М.А., ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России», МАУ ГКБ№40, г.Екатеринбург*

Литература:

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы. Практическое руководство для врачей [Текст]. Под общей ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 448с.
2. Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйжнек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. М.: ИД «МЕДПРАКТИКАМ», 2010, 467 с.
3. Медицина климактерия: Рук-во для врачей [Текст]. Под ред. В.П. Сметник. М.: Медицинское информационное агентство, 2006, 848 с.: ил.
4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). Под ред. И.С. Сидоровой. Каф. акуш. и гинекологии ФПО Московской мед. акад. им. И.М. Сеченова. М., 2003, 234 с.
5. Савицкий, Г.А., Савицкий, А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. 3-е изд. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003, 236с.
6. Сидорова И.С., Станоевич И.В., Кудрина Е.А. Гиперпластический синдром в гинекологии. Москва, 2010 с.
7. Тапильская, Н.И. Клиническая эффективность применения препарата мифепристон у больных миомой матки. Н.И. Тапильская, С.Н. Гайдуков. Журн. акушерства и женских болезней. 2005. Т. LIV, 4. С. 65-67.
8. Молочные железы и гинекологические болезни. М.: Status Praesens; 2010, 304с.