

УДК 618.174-02:618.11-616.839-008.6-053.6]036.8

**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ
ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И ПСИХО-
ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С
ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ В ЗДРАВНИЦАХ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Крутова Виктория Александровна – к.м.н.
*Базовая акушерско-гинекологическая клиника
Кубанского Государственного Медицинского
университета, Краснодар, Россия*

Матвеев Антон Маркович, аспирант
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Гордон Кирилл Владиславович - д.н.м., профессор
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Быков Анатолий Тимофеевич – д.м.н., профессор
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В работе представлены результаты исследования гормонального фона, психо-эмоционального статуса, функциональной активности вегетативной нервной системы, уровней активности защитно-приспособительных механизмов гомеостаза, а также клинического течения сопутствующей экстрагенитальной патологии у девушек-подростков, страдающих маточными кровотечениями пубертатного периода, постоянно проживающих на территории Краснодарского края.

**Ключевые слова: МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА, ГОРМОНАЛЬНЫЙ
ФОН, ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС,
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

UDC 618.174-02:618.11-616.839-008.6-053.6]036.8

**NON-DRUG CORRECTION OF HORMONE
BACKGROUND AND PSYCHO-VEGETATIVE
STATUS IN FEMALES WITH REPRODUCTIVE
SYSTEM PATHOLOGY AT KRASNODAR KRAI
HEALTH RESORTS**

Krutova Viktoria Aleksandrovna - MD
*Basic obstetric-gynecology clinics of
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia*

Matveev Anton Markovich, post-graduate student
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Gordon Kirill Vladislavovich – MD, prof.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Bykov Anatolii Tymofeevich – MD, prof.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

The results were made of the hormonal background, psycho-emotional status, nervous system functional activity, protective-adaptive homeostatic mechanisms, clinical course of attendant extragenital pathology in female pubertants with uterine hemorrhage who have been living in Krasnodar Krai

**Key words: UTERINE HEMORRHAGE IN
PUBERTANT PERIOD, HORMONAL
BACKGROUND, PSYCHO-VEGETATIVE
STATUS, EXTRAGENITAL PATHOLOGY**

Формирование женской эндокринной системы и становление гормонального фона репродуктивной системы тесно связано с психо-эмоциональным статусом. Оказываемое взаимное влияние нередко обуславливает нарушения специфических функций женского организма при хроническом или остром стрессе [3]. Частота выявления маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) по данным профилактических осмотров колеблется от 16,6 до 48,1% в различных федеральных округах и составляет половину всех случаев нарушений менструального цикла у девочек и подростков [2,4]. Актуальность данной проблемы для детских гинекологов и врачей других специальностей остается достаточно высокой, как в связи с ростом частоты нарушений менструальной функции у девушек, так и вследствие стремительного снижения общего уровня здоровья детей и подростков [5, 6]. Неблагоприятные изменения психо-эмоционального статуса, функциональной активности вегетативной нервной системы, уровней активности защитно-приспособительных механизмов гомеостаза могут выступать предикторами развития гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также отягощать их клиническое течение. При том, что природные и преформированные физические лечебные факторы с успехом могут быть использованы для коррекции этих состояний, современных исследований, посвященных их применению в детской гинекологии крайне мало [1, 4, 7].

Целью исследования явился анализ взаимосвязей динамики гормонального фона, гинекологического и психо-вегетативного статуса, а также клинического течения экстрагенитальной патологии у девушек-подростков, страдающих маточными кровотечениями пубертатного периода, на фоне санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации, проводившейся в здравницах внутренних курортов Кубани.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось на базе отделения гинекологии детского и подросткового возраста Базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета и ряда здравниц Кубани. В ходе исследования были применены стандартные клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. Всем больным проводилось эхографическое исследование органов малого таза с цветовым доплеровским картированием при помощи прибора «Aloka 4000», с абдоминальным, трансвагинальным или трансректальным датчиками (3,5 и 6,0 МГц). Определение концентрации гормонов у пациенток производили в день поступления, до назначения гормонотерапии, а затем через 14 дней и по окончании курса амбулаторно-поликлинического или санаторно-курортного лечения. Определяли показатели ФСГ, ЛГ, пролактина (Прл), прогестерона (П), эстрадиола (Э), 17-ОПК, ДГЭА-S, тестостерона (Т), ТТГ.

Оценка гинекологического статуса проводилось согласно стандартов МЗ и СР РФ. Дополнительно исследовались психо-эмоциональное состояние и функциональная активности вегетативной нервной системы, определялись адаптационные реакции по Л.Х.Гаркави (2000). Определение динамики психо-эмоционального статуса (до и после восстановительного лечения) проводили по методике САН (самочувствие, активность, настроение); уровня тревожности с помощью теста Люшера и шкалы Тейлора; кратковременной памяти – при помощи пробы Лурии, темпов сенсомоторных реакций – по тесту Шульте-Горбова. Оценка функциональной активности ВНС производилась путем проведения кардиоинтервалографии с применением компьютеризированного аппаратного комплекса «Валента» (Баевский Р.М., Берсенева А.П., 1997). Всю основную группу пациенток консультировали педиатр, эндокринолог, окулист, невролог, гематолог по показаниям.

Больным основной и контрольной групп стандартные два этапа терапии (стационарный и амбулаторно-поликлинический) проводились по классической схеме ведения пациенток с МКПП. Для пациенток основной группы наблюдения дополнительным - третьим этапом комплексного лечения МКПП явились медицинская реабилитация и восстановительное лечение в санаторно-курортных условиях.

Терапия пациенток в период кровотечения, т.е. на первом этапе купирования МКПП, подбиралась индивидуально, с учетом обозначенного выше обследования установленного типа МКПП. Выбирая тактику ведения пациенток с МКПП, особое внимание было уделено гормональному гемостазу.

По клинико-эхографическим данным, с целью выбора тактики ведения пациентки основной и контрольной групп были распределены на три группы: 1-ая гипоэстрогенный тип кровотечения 11,1% пациенток, 2-ая нормоэстрогенный - 37,8% случаев, 3-я гиперэстрогенный тип - 51,1% больных. В первой группе (гипоэстрогенный тип МКПП) назначались оральные контрацептивы (ОК) в качестве гормонального гемостаза у 100,0% пациенток (курсовая доза этинилэстрадиола составила 360-450мкг). Во второй группе (нормоэстрогенный тип МКПП) в качестве гормонального гемостаза у 47,1% пациенток назначались гестагены (курсовая доза прогестерона составила 75-100мг) или оральные контрацептивы (ОК) – в 52,9% случаев (курсовая доза этинилэстрадиола составила 450-630мкг). В третьей группе (гиперэстрогенный тип МКПП) у 54,3% пациенток использовались гестагены (курсовая доза прогестерона составила 75-100мг), а у 45,7% пациенток - ОК (курсовая доза этинилэстрадиола составила 450-630 мкг). Параллельно проводилась симптоматическая гемостатическая, антианемическая терапия, применялись антимикробные препараты широкого спектра действия,

циклическая метаболическая терапия, физиотерапевтическое лечение, с учетом генеза и типа МКПП.

Санаторно-курортный этап лечения больных основной группы наблюдения включал модифицированные варианты климатотерапии, пелоидотерапию (для больных с гипоэстрогенией), процедуры общей бальнеотерапии и питьевые режимы приема местной лечебной минеральной воды (дифференцированные в зависимости от гормонального статуса девушки и особенностей характера курортных ресурсов лечебных местностей – баз исследования), диетотерапию, занятия ЛФК, 5 процедур транскраниальной электронейростимуляции с последующими 10 сеансами КВЧ-терапии на БАТ акупунктуры. Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) головного мозга осуществлялась при помощи электростимулятора транскраниального импульсного биполярного «Трансаир-01», силой тока до 2мА, по 30 мин. на сеанс, на курс 10 процедур. КВЧ-терапию обследованные пациентки получали с использованием электромагнитного излучения крайне высокой частоты с длиной волны 5,6 мм. на органо-специфические зоны на передней брюшной стенке, имеющие рефлекторную связь с маткой и ее придатками (акупунктурные БАТ – R12 и внемеридианная точка ВМ-46, симметрично), общее время процедуры 20 минут, чередуя через день с сеансами ТЭС, на курс – 10 процедур.

Особенностью организации бальнеотерапии больных с МКПП при проведении данного исследования явилось направление пациенток преимущественно на курорты Краснодарского края. Пациенткам с гипоэстрогенией было рекомендовано применение иловых грязей Ханского озера и Ясенского месторождения (Бейсугский лиман) и слабосульфидных хлоридно-натриевых вод курорта Ейск, а также общей бальнео- (минеральные воды скважин № 1-Л-бис и № 2-Л) и пелоидотерапии, при которой используются грязи Тамбуканских болот, на курорте Лабинск; при нормоэстрогении использовались минеральные воды

(скважины № 32/2 и №4) курорта Горячий ключ; при гиперэстрогении использовались ейские и горячеключевские (скважина № 103/2) йодобромные воды, а также курортные факторы Апшеронского района и Хадыженска. На курорт Анапа направлялись пациентки с МКПП с различными вариантами гормонального статуса.

Лечебный комплекс у больных основной группы проводился на фоне умеренно-интенсивного режима физической активности, диетотерапии, лечебной гимнастики и климатотерапии. При статистической обработке данных использовался пакет программ STATISTICA for Windows 5.0 Stat-Soft, включавший расчет средних значений и их ошибок с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных становления менструальной функции показал, что для пациенток с МКПП, характерно раннее менархе: средний возраст менархе больных 1 группы составил $14,1 \pm 0,4$ лет, второй – $13,2 \pm 0,3$; третьей – $11,5 \pm 0,4$ лет ($p < 0,05$). Длительность менструальных кровотечений колебалась от 5 до 10 дней, в среднем $5,5 \pm 0,7$ дней в первой, $7,7 \pm 0,7$ и $8,2 \pm 0,9$ во второй и третьей группах ($p < 0,05$). Продолжительность менструального цикла составила $32,0 \pm 1,1$ дней, $31,0 \pm 1,3$ дней и $28,2 \pm 1,4$ дней соответственно ($p < 0,05$). В 1 группе менструальный цикл установился не сразу у 43,2% обследованных, во 2 группе этот показатель – 20,0% случаев, в 3 - 35,5% ($p < 0,05$). Нарушения менструальной функции по типу опсоменореи у пациенток 1 группы наблюдалась в 2,8 раз чаще, чем группе пациенток с нормо- и гиперэстрогенным типом МКПП. Нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи у пациенток с гиперэстрогенным типом МКПП встречались в 1,5 раза чаще (43,2 и 28,0% соответственно, $p < 0,05$), чем у пациенток с нормо-и- гипоестрогенным типом МКПП. Высокий процент нарушений менструального цикла, а также приведенные выше особенности становления менструальной функции свидетельствовали о

несостоятельности формирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы пациенток.

При проведении специального гинекологического осмотра у пациенток первой группы наружные половые органы были с признаками гипоплазии, девственная плева тонкая, что соответствует гипоэстрогенному типу МКПП, у пациенток второй группы особенностей строения наружных половых органов выявлено не было. При осмотре пациенток с гиперэстрогенией слизистая вульвы и hymen сочные. При двуручном гинекологическом исследовании (ректальном) и УЗИ в 1 группе больных с МКПП гипоэстрогенного типа, объемных образований яичников не было выявлено ни у одной пациентки. Во 2 группе у 76,7% обследованных обнаружены ретенционные образования в придатках; среди пациенток 3 группы с гиперэстрогенным типом МКПП фолликулярные кисты яичников обнаружены у 69,5% девушек.

Гормональный скрининг проводился всем пациенткам как в I, так и во II фазы менструального цикла. У пациенток 1 группы уровень ЛГ в I и II фазы цикла соответствовал норме; уровень ФСГ в I и II фазы цикла у 40,0% пациенток норму превышал; уровень эстрадиола в I фазу цикла в 40,0% наблюдений соответствовал норме, а у 60,0% пациенток опускался ниже нормы; во II фазу цикла у 60,0% пациенток уровень эстрадиола был в норме, а у 40% ниже нормы; уровень прогестерона в 100,0 % случаев соответствовал норме; концентрации пролактина, 17-ОПК, ДЭГА, тестостерона в 100,0 % случаев соответствовали норме; уровень ТТГ в 20,0 % превышал нормальные значения во II фазе менструального цикла.

При обследовании пациенток 2 группы с нормоэстрогенным типом кровотечения наблюдались следующие показатели в гормонограмме: ЛГ в 100,0% случаев соответствовал норме; только у 5,9% пациенток показатели ФСГ были ниже нормы в I фазу, а во II фазу цикла в 100,0% наблюдений соответствовали норме; уровень эстрадиола в I и II фазы

цикла у 94,1% пациенток соответствовал норме, а у 5,8% пациенток был выше нормы; показатели уровня прогестерона в I фазу цикла в 88,2% наблюдений соответствовали норме, а в 11,7% случаев были ниже нормы; во II фазу цикла уровень прогестерона в 100,0% случаев соответствовал норме; концентрация пролактина в крови пациенток с нормоэстрогенным типом кровотечения I фазу цикла соответствовал норме в 100,0% наблюдений, а во II фазу цикла норму превышал в 100,0% случаев; уровень концентрации 17-оксипрогестерона отклонялся от нормальных значений у 26,7% больных только во II фазу менструального цикла; уровень ДЭГА у 6,7% девушек превышал нормальные значения в I фазу; уровень тестостерона в 100,0% случаев в обе фазы цикла соответствовал норме; уровень ТТГ в I фазу в 11,7% и в 5,8% случаев во II фазу был ниже нормы.

Гормонограмма у 46 пациенток 3-ой группы, с гиперэстрогенным типом МКПП, выглядела следующим образом: уровень ЛГ в 4,3% случаев был ниже нормы во II фазу менструального цикла; ниже нормальных значений уровень ФСГ в I фазу цикла был в 30,4%, а во II фазу цикла в 4,3% случаев; уровень эстрадиола в крови пациенток в I цикла только в 17,3% наблюдений соответствовал норме, а в 82,6% случаев норму превышал; во II фазу цикла показатели соответствовали норме в 52,1% случаев, а в 47,8% случаев норму показатели превышали; ниже нормативных показателей уровень прогестерона в I фазу цикла определялся в 26,1% случаев, а во II фазу в 21,7% наблюдений; уровень пролактина в крови у всех пациенток с гиперэстрогенным типом кровотечения I фазу цикла соответствовал нормальным значениям, а во II фазу в 100,0 % случаев превышал нормальные значения; повышенный уровень 17-оксипрогестерона диагностировался в I фазу цикла у 5,2% больных, а во II фазу - у 15,7% пациенток; уровень ДЭГА у пациенток с гиперэстрогенным типом МКПП в I фазу цикла у 15,7% пациенток

превышал физиологический уровень; концентрация тестостерона в I фазу цикла в 15,7% случаев, а во II фазу цикла в 10,5% наблюдений была выше нормальных границ; уровень ТТГ превышал верхнюю границу нормальных значений в I фазу цикла в 8,7% случаев, а во II фазу цикла у 4,3% девушек.

Ультразвуковая диагностика проводилась всем пациенткам в день поступления, определение толщины эндометрия (М-эхо) являлось одним критериев для диагностики типа кровотечения и назначения адекватной терапии в процессе лечения и при выписке для определения дальнейшей тактики ведения. У 80,0 % обследованных 1 группы значение М-эхо находилось в пределах 9 мм и менее; у 20,0% - значение М-эхо располагалось в пределах от 9-15мм. Среди пациенток 2 группы у 76,4% девушек М-эхо было 9 и менее мм; а в 23,5% случаев значение М-эхо находилось в пределах от 9-15 мм. В 3 группе у 86,9% обследованных значение М-эхо находилось в пределах от 9-15 мм; а у 13,1% пациенток составило от 15 мм и выше.

Донозологические психо-эмоциональные нарушения (астено-невротический и ипохондрический синдромы) в ходе проведенного исследования были выявлены у 92,6% обследованных; изменения функциональной активности вегетативной нервной системы (субпороговое истощение симпато-адреналовой системы и парасимпатикотония, снижение эффективности эрготропных влияний) - у 91,5%. При этом на фоне гиперэстрогении клинически выраженные психо-вегетативные нарушения регистрировались на 23,7% реже. Анемия легкой степени была диагностирована в 20% случаев в 1 группе, 29,4% - во 2 и у 54,3% обследованных 3 группы, при этом у 10,9% пациенток 3 группы отмечалась анемия средней степени тяжести. Функциональные и морфологические нарушения со стороны органов пищеварительной системы (хронические гастриты с различными вариантами секреторной

активности желудка, дискинезия желчевыводящих путей, спастические запоры, дисбактериоз) были выявлены у 42,6% обследованных (с распределением по группам обследованных - 37,6%, 39,0% и 28,0% случаев). Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – у 34,7% обследованных, часто сочетанные: среди них - гиперпролактинемия - 23,8% нетоксический диффузный зоб 18,6%. Болезни органов дыхания (хронический тонзиллит, ринит, назофарингит и фарингит) были выявлены в 23,6% случаев, однако частота хронического тонзиллита у пациенток 1 и 2 групп (77,6 и 76,0%) достоверно выше, чем у девочек 3 группы (22,0%) ($p < 0,05$), как и хронический бронхит (35,2%, 29,0% и 18,0% соответственно). Болезни кожи и подкожной клетчатки – более чем у четверти больных, среди них атопический дерматит - у 9,21% обследованных, аллергический контактный дерматит - у 8,77%, гипертрихоз - 32,2% больных; болезни мочеполовой системы (хронические тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит и интерстициальный цистит) - в 10,5% случаев. Клиническое течение хронических воспалительных заболеваний характеризовалось частыми рецидивами. С позиций этиопатогенеза МКПП вышеуказанное обусловило целесообразность комбинированного применения природных и преформированных физических лечебных факторов курортов Краснодарского края, по методикам дифференцированным в зависимости от специфики лечебных курортных факторов, особенностей гормонального фона и уровней защитно-приспособительных механизмов гомеостаза девушек.

После этапа медицинской реабилитации и восстановительного лечения в здравницах федеральных и внутренних курортов Краснодарского края у больных основной группы выявлялось однонаправленное положительное влияние лечебных комплексов на гинекологическую сферу, гормональный фон, психо-эмоциональное

состояние, функциональную активность вегетативной нервной системы и уровни защитно-приспособительных механизмов гомеостаза, комплекс иммунологических и биохимических показателей, отражавших системные благоприятные сдвиги в различных функциональных системах обследованных и пролеченных девушек. Компенсированное психо-эмоциональное состояние диагностировалось соответственно в 54,6% в контрольной и 91,5% случаев в основной группе, в которой также результаты проб Лурии и Шульте-Горбова были в 1,74 раза лучше, а уровни тревожности на $74,7 \pm 1,45\%$ раза ниже (таблица 1). Применение транскраниальной электростимуляции обеспечило достоверное ($p < 0,01$) по сравнению с исходными показателями повышение субъективной оценки самочувствия и общей активности, повышение настроения, восстановление нормального сна, существенное повышение умственной и физической работоспособности, позитивно сказалось на симптомах дисменореи у пролеченных девушек.

Таблица 1 - Динамика показателей психо-вегетативного статуса

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	
		после стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов	после санаторно-курортного этапа
Проба Лурии (количество слов)	$\frac{6,1+0,02}{7,8 \pm 0,04}$	$\frac{6,4+0,03}{7,7 \pm 0,05}$	$\frac{6,4+0,03}{9,4 \pm 0,02}$
Проба Шульте-Горбова (секунды)	$\frac{56,1+0,07}{45,8 \pm 0,19}$	$\frac{52,4+0,08}{41,7 \pm 0,14}$	$\frac{52,4+0,08}{32,1 \pm 0,07}$
Интегративная оценка по тесту САН (баллы)	$\frac{122,3 \pm 2,5}{146,8 \pm 3,8}$	$\frac{121,2 \pm 1,7}{187,3 \pm 2,6}$	$\frac{121,2 \pm 1,7}{194,3 \pm 2,9}$
Компенсированное психо-эмоциональное состояние	$\frac{12,9\%}{54,6\%}$	$\frac{10,2\%}{76,5\%}$	$\frac{10,2\%}{91,5\%}$
Астено-невротический синдром	$\frac{71,8\%}{67,4\%}$	$\frac{75,9\%}{14,3\%}$	$\frac{75,9\%}{17,2\%}$
Ипохондрический синдром	$\frac{15,3\%}{8,0\%}$	$\frac{13,9\%}{9,1\%}$	$\frac{13,9\%}{3,3\%}$

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

Данные кардиоинтервалографии убедительно свидетельствовали о нормализации уровня симпатической активации у больных основной группы. Общая мощность всех типов волн снизилась у больных на 19,4% преимущественно за счет мощности быстрых волн, обусловленных парасимпатической активацией; мощность медленных и сверх медленных волн практически не изменилась (таблица 2).

Таблица 2 - Показатели кардиоинтервалографии у больных основной и контрольной групп на фоне комплексного лечения маточных кровотечений пубертатного периода

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	
		после стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов	после санаторно-курортного этапа
TP	$\frac{1465,2+133,5}{1786,5+162,4}$	$\frac{1594,7+137,1}{1790,7+124,}$	$\frac{1491,7+129,1}{1740,7+144,1}$
HF	$\frac{638,8+11,5}{554,1+18,3}$	$\frac{797,5+9,6}{494,1+9,5}$	$\frac{658,5+9,9}{499,1+2,8}$
LF	$\frac{291,1+13,2}{294,1+11,5}$	$\frac{250,2+13,3}{211,1+10,7}$	$\frac{232,2+11,3}{351,1+10,9}$
LF/HF	$\frac{0,455+0,01}{0,336+0,05}$	$\frac{0,390+0,07}{0,319+0,07}$	$\frac{0,360+0,03}{0,284+0,09}$
VLF/HF	$\frac{0,691+0,01}{1,244+0,02}$	$\frac{1,175+0,05}{1,045+0,02}$	$\frac{1,379+0,07}{1,145+0,02}$

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

В основной группе наблюдений отмечалась более позитивная динамика адаптационных реакций, что сопровождалось повышением доли реакций активации и снижением количества неполноценных реакций с переходом на более высокие уровни реактивности. Так реакции тренировки были выявлены (в среднем по подгруппам с гипо-, нормо- и гиперэстрогенными типами МКПП) у 18,6+1,34% основной и только у 5,3% контрольной группы; спокойной активации у 45,6+2,67% и 38,0%; повышенной активации у 35,8% и 56,7% обследованных соответственно, при этом в контрольной группе неполноценные адаптационные реакции отмечались у 58,3% обследованных.

Применение дифференцированных в зависимости от гормонального фона комплексов природных и преформированных физических факторов на санаторно-курортном этапе обеспечило позитивную динамику гормонального фона пациенток (таблица 3).

Таблица 3 -Динамика показателей гормонального статуса больных

Показатели	Контрольная группа (после стационарного и амбулаторно-поликлин. этапов)	Основная группа (после санаторно-курортного этапа)		
		гипоэстрогенный тип	нормоэстрогенный тип	гиперэстрогенный тип
ФСГ мМЕ/мл	$\frac{10,2+0,45}{8,6+1,2}$	$\frac{11,9+1,087}{5,8+1,1}$	$\frac{7,4+2,01}{5,4+0,98}$	$\frac{1,8+1,0}{5,7+1,26}$
ЛГ мМЕ/мл	$\frac{2,3+0,47}{5,6+2,09}$	$\frac{14,5+4,67}{6,8+3,3}$	$\frac{11,4+1,8}{7,5+0,786}$	$\frac{1,4+1,21}{8,2+2,3}$
Пролактин мМЕ/мл	$\frac{456,9+6,67}{302,7+9,84}$	$\frac{567,4+10,02}{342,8+6,9}$	$\frac{453,8+7,7}{255,5+1,786}$	$\frac{911,9+13,81}{356,9+11,18}$
Эстрадиол пмоль/л	$\frac{88,5+1,34}{91,0+2,44}$	$\frac{70,8+8,8}{124,8+4,09}$	$\frac{109,5+0,982}{133,6+7,88}$	$\frac{543,9+14,01}{234,8+1,97}$
Прогестерон нмоль/л	$\frac{45,8+0,97}{12,8+0,21}$	$\frac{7,9+2,2}{20,8+1,0}$	$\frac{34,9+3,9}{35,8+8,1}$	$\frac{12,9+1,1}{22,7+2,97}$
Тестостерон (св) нмоль/л	$\frac{5,1+1,03}{3,7+0,21}$	$\frac{0,8+0,02}{0,6+0,098}$	$\frac{1,4+0,44}{3,9+1,001}$	$\frac{3,8+0,32}{2,3+0,33}$
ДГЭА-S мкмоль/л	$\frac{6,6+1,0}{3,4+0,18}$	$\frac{5,8+0,36}{5,7+0,91}$	$\frac{7,6+1,32}{9,7+2,088}$	$\frac{6,9+2,3}{4,6+1,66}$
ТТГ мкМЕ/мл	$\frac{3,5+0,12}{4,1+0,59}$	$\frac{0,94+0,007}{1,2+0,027}$	$\frac{4,0+0,81}{3,5+1,5}$	$\frac{4,1+0,55}{3,2+1,054}$

Примечание: В числителе – результаты до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

Результаты диспансерного наблюдения больных указывали, что после санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации, проведенного на базах исследования, наряду с нормализацией менструальной функции, у девушек отмечалось снижение частоты (в среднем по различным вариантам нозологических форм в $2,3 \pm 0,034$ раза), а также степени выраженности сопутствующей (заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и пр.) экстрагенитальной патологии. Из всех пролеченных пациентов у 23,3% девушек отмечались рецидивы

МКПП, однако количество пациенток с рецидивами нарушений менструальной функции в контрольной группе было в 4,25 раза больше, чем у пациенток основной группы наблюдения. В целом среди больных с гипоестрогенным типом МКПП рецидив кровотечения диагностировался в 10,0% случаев; у больных с МКПП нормоэстрогенного типа рецидивы были отмечены в 23,5% случаев, при гиперэстрогенном типе рецидив МКПП отмечался в 26,1%.

Заключение. У девушек-подростков, страдающих МКПП, наряду с нарушениями гормонального фона, психо-вегетативного статуса и уровней защитно-приспособительных механизмов гомеостаза достаточно широко распространена разнообразная, часто сочетанная, экстрагенитальная патология, что предопределяет необходимость системного подхода к организации процесса оздоровления, профилактики заболеваний и восстановительного лечения данного контингента больных. Персонализированное применение технологий восстановительной медицины на санаторно-курортном этапе обеспечивает достаточный уровень лечебно-профилактической эффективности комплексного лечения патологии репродуктивной системы и сопутствующих нарушений психо-вегетативной сферы, что способствует снижению частоты рецидивов МКПП и обострений имеющихся экстрагенитальных заболеваний. Включение в спектр медицинских реабилитационных мероприятий постоянных жителей Краснодарского края санаторно-курортного этапа на базе территориально близко расположенных здравниц Кубани экономически целесообразно и обеспечивает повышение лечебно-профилактической эффективности комплексного лечения нарушений менструальной функции и экстрагенитальных заболеваний.

Литература

1. *Боголюбов В.М.* Физиотерапия и курортология.- М.: изд-во «Бином», 2008.- С. 408.
2. *Веселова Н.М.* Оценка эффективности различных методов регулирующей терапии девочек подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода. // «Проблемы репродукции»: материалы первого международного конгресса по репродуктивной медицине.- М.: Медиа Сфера, 2006.-С.38-39.
3. *Гуркин Ю.А.* Детская и подростковая гинекология. – Москва: МИА, 2009.- С.560.
4. *Дебольская А.И., Веселова Н.М.* Некоторые спорные вопросы классификации, этиологии и патогенеза маточных кровотечений пубертатного периода.// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2006, №1.-С.28-32.
5. *Уварова Е.В., Веселова Н.М.* Маточные кровотечения пубертатного периода (междисциплинарное решение гинекологической проблемы)// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2005.-№3.- С.30-38.
6. *Уварова Е.В., Веселова Н.М.* Обоснование выбора гестагенов для лечения маточных кровотечений пубертатного периода. //Российский вестник акушера-гинеколога-2005.-Т.5, №2.- С.61.
7. *Холопов А.П., Шашель В.А., Перов Ю.М., Настенко В.П.* Грязелечение.- Краснодар: Периодика Кубани 2002.- С. 284.