

Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушений мочеиспускания

И.Ю.Ильина[✉], Ю.Э.Доброхотова

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

На сегодняшний день проблема пролапса гениталий остается актуальной в связи с высокой частотой встречаемости. В статье представлен краткий обзор причин, приводящих к развитию пролапса гениталий, в частности описаны разные типы дисплазии соединительной ткани. Наиболее часто генитальный пролапс сочетается с разными видами недержания мочи, что значительно ухудшает качество жизни пациенток.

Учитывая патогенез развития дисплазии соединительной ткани и нарушений со стороны мочеиспускания, в статье объясняется необходимость проведения у данной категории больных комплексного лечения, включающего гормональную терапию, которая направлена на устранение дефицита эстрогенов, метаболическую терапию, улучшающую синтез коллагена, и лечение, призванное устранять симптомы гиперактивного мочевого пузыря.

Ключевые слова: пролапс гениталий, недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, лечение, Спазмекс.

[✉]iiyna@mail.ru

Для цитирования: Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушений мочеиспускания. Гинекология. 2016; 18 (2): 28–31.

Non-surgical methods of correction of genital prolapse and urinary disorders

I.Iu.II'ina, Iu.E.Dobrokhotova

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

To date, the problem of genital prolapse remains relevant in connection with a high frequency of occurrence. The article provides a brief overview of causes, leading to the development of genital prolapse, in particular, describes the different types of connective tissue dysplasia. The most common genital prolapse combined with various types of urinary incontinence, which greatly impairs the quality of life of patients.

Considering the pathogenesis of connective tissue dysplasia and disorders from urinating, the article shows the need for this category of patients comprehensive treatment, including hormone treatment, aimed at addressing estrogen deficiency, metabolic therapy, improves collagen synthesis and treatment aimed at removing overactive bladder symptoms.

[✉]iiyna@mail.ru

Key words: genital prolapse, urinary incontinence, overactive bladder, treatment, Spazmeks.

For citation: Il'ina I.Iu., Dobrokhotova Iu.E. Non-surgical methods of correction of genital prolapse and urinary disorders. Gynecology. 2016; 18 (2): 28–31.

Пролапс тазовых органов – аномальная потеря поддержки одного или более тазовых органов, приводящая к их опущению во влагалище или за его пределы (I.Milsom, 2009).

Существующие представления о возможных факторах риска возникновения пролапса гениталий весьма разнообразны. К ним относятся: беременность и роды, в том числе осложнившиеся акушерской травмой промежности, особенности конституции женщины и недостаточность параметральной клетчатки, патология связочного аппарата матки, хроническое повышение внутрибрюшного давления, гипоэстрогения, системная дисплазия соединительной ткани (ДСТ), нарушения иннервации и кровообращения тазового дна, биохимические изменения в тканях промежности, генетическая обусловленность [1].

Системная ДСТ

В последнее время наиболее широкое распространение в развитии пролапса гениталий получила теория системной ДСТ. Кроме того, большое внимание к данной проблеме связано с широкой распространенностью отдельных ее проявлений в популяции: от 26 до 80%, по данным разных авторов [2, 3].

Большинство авторов разделяют наследственные заболевания соединительной ткани на дифференцированные и недифференцированные формы [1–5].

Дифференцированные формы ДСТ характеризуются определенным типом наследования, отчетливой очерченной клинической картиной, а в ряде случаев – установленными и достаточно хорошо изученными генными или биохимическими дефектами [2, 3, 6].

Недифференцированные формы нарушений соединительной ткани диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний. Как показывает опыт, такая патология распространена очень широко [2].

Группа риска

Несмотря на высокую распространенность ДСТ в популяции, распознаваемость малых форм данной патологии остается низкой. В связи с этим нами была выделена группа риска среди женщин по ДСТ. Сюда следует включать пациенток с высоким инфекционным индексом, наличием сочетанной экстрагенитальной патологии (со стороны бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, с варикозной болезнью), проявлениями гиперандрогении, осложненным течением беременности (угроза прерывания беременности, преждевременные роды, гестоз), наличием пролиферативных гинекологических заболеваний (миома матки, аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия), пролапса гениталий [7].

Пролапс гениталий и ассоциированные проблемы

Пролапс гениталий часто сочетается с функциональными нарушениями со стороны смежных органов. Тесные анатомические связи между мочевым пузырем (МП) и стенкой влагалища способствуют тому, что на фоне патологических изменений тазовой диафрагмы, включающей и мочеполювую, происходит опущение передней стенки влагалища, которая влечет за собой и стенку МП [5, 8, 9].

Существует множество различных классификаций данной патологии. В гинекологической практике приходится сталкиваться в основном со стрессовым и императивным типами недержания мочи, также их сочетанием [10–13].

Стрессовое недержание мочи – непроизвольное выделение мочи при повышении внутрипузырного давления над внутриуретральным, но при отсутствии детрузорной активности [11, 14, 15]. Всем женщинам, страдающим недержанием мочи, особенно при сочетании с несостоятельностью тазового дна и пролапсом гениталий, необходимо проводить хирургическую коррекцию этих нарушений [1].

В настоящее время оперативное лечение является наиболее апробированным, прошедшим испытания и остающимся методом выбора у пациенток со стрессовым недержанием мочи [5, 11, 16, 17].

Императивный тип недержания мочи считается одним из проявлений гиперактивного МП (ГМП) – клинического синдрома, определяющего urgentное мочеиспускание (в сочетании или без urgentного недержания мочи), которое обычно сопровождается учащенным мочеиспусканием и ноктурией (мочеиспусканием в период от засыпания до пробуждения) [12]. Данная патология лечится консервативно, и лечение направлено на подавление моторной активности МП и увеличение его функциональной емкости. Для этого используют фармакологические препараты, гипотермические манипуляции, тормозную электростимуляцию мышц промежности, электростимуляцию сакральных нервов, тренировки интимных мышц по Кегелю и т.д. [18–21]. Чаще всего физиотерапевтические и лечебно-физкультурные мероприятия у данных больных малоэффективны, что вызывает необходимость поиска новых возможностей в их оздоровлении [12].

Терапевтические возможности

В лечении urgentного недержания мочи применяются М-холиноблокаторы, которые, подавляя М-холинорецепторы, снижают сократительную функцию МП [12, 22–25]. Кроме того, при их применении возможно появление симптомов, связанных с действием на центральную нервную систему. К данной группе лекарств относятся Дриптан, толтеродинатартрат (Детрузитол), троспиум хлорид (Спазмекс), последний помимо антихолинергического обладает умеренным ганглиоблокирующим действием. По данным литературы, у троспиума относительно меньшее число побочных эффектов в сравнении с оксибутинином (Дриптан) и Детрузитолом [5, 12, 26].

В настоящее время выделяют 5 видов мускариновых рецепторов, которые имеются в головном мозге (кора, гипо-

таламус), сердце, гладкой мускулатуре, базальных отделах переднего мозга и т.д. Вот с этим и связано появление побочных эффектов (сухость глаз, кожи, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушение зрения, со стороны центральной нервной системы – головокружение, головная боль, возбудимость, сонливость) при применении препаратов данной группы [5, 12, 26].

Все препараты антихолинергического действия относятся к третичным аммониевым соединениям и являются липофильными и, соответственно, проникают через гематоэнцефалический барьер. Единственным четвертичным аммонием является троспиум хлорид, за счет чего он приобретает положительный заряд, становится гидрофильным и не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому не вызывает центральных побочных эффектов и может применяться даже у пожилых и неврологических больных.

Поскольку возникновение эстрогендефицитного состояния является основным звеном в патогенезе развития урогенитальных проблем, с целью их коррекции логичным представляется назначение заместительной гормонотерапии [5, 27–29].

При наличии лишь сенсорных проявлений атрофического цистоуретрита и вагинита, т.е. при легкой степени проявлений, показано в основном применение локальной терапии [28–31]. У пациенток с легкой и средней степенью тяжести урогенитальных расстройств с целью коррекции как местных, так и системных проявлений гипоэстрогении применяют системную терапию [28, 32]. Комбинированную терапию, состоящую из препаратов системной гормональной и негормональной терапии, используют при тяжелых формах урогенитальных расстройств [5, 27, 33, 34].

По данным международного научного общества по менопаузе, препараты антимиокардинового действия в комбинации с локальными эстрогенами являются терапией 1-й линии у женщин с синдромом императивных нарушений мочеиспускания и/или с ГМП.

Несмотря на современные методы обследования и лечения, не найдено оптимального алгоритма ведения больных с пролапсом гениталий в сочетании с ДСТ или без нее с учетом особенностей гормонального фона, нарушенного метаболизма коллагена с целью профилактики прогрессирования и рецидивов в послеоперационном периоде.

При назначении метаболической терапии больным с патологией соединительной ткани отмечается значительное улучшение процессов метаболизма коллагена [2, 5, 7].

В качестве метаболической терапии рекомендуется использовать кофакторы, участвующие в синтезе коллагена на разных его этапах. Это аскорбиновая кислота, участвующая в активации пролилгидроксилазы и способствующая стабилизации молекулы коллагена. Магний активирует процессы синтеза коллагена, укладывает волокна коллагена в четвертичную структуру, что обеспечивает его стабильность. Витамин Е стимулирует синтез коллагена, является мощным антиоксидантом, протектором от воздействия свободных радикалов, разрушающих соединительную ткань. Цинк входит в состав тканевой коллагеназы, а также в состав более 200 металлоферментов организма, содержится преимущественно в мышечной и костной ткани. Селен – мощный антиоксидант, защищает клеточные мембраны от действия свободных радикалов и активных форм кислорода.

Собственные данные

В нашем исследовании была использована следующая схема терапии: магниевая соль оротовой кислоты в качестве регулятора синтеза коллагена – Магнерот по 1 таблетке 3 раза в день 2 мес; аскорбиновая кислота по 1 таблетке 3 раза в день 2 мес; рибоксин по 1 таблетке 3 раза в день 2 мес; комплексный препарат, в состав которого входит селен, цинк, витамины А, Е, С, – Селцинк Плюс по 1 таблетке в день 2 мес. Назначали 3–4 курса в год. В ходе исследования на фоне проводимого сочетанного лечения, включающего в себя назначение гормональной терапии по показаниям и метаболической терапии, частота встречаемости рецидива пролапса гениталий у лиц с ДСТ уменьшилась в 2,3 раза, а при отсутствии патологии со стороны соединительной ткани – в 1,5 раза [7].

Известно, что повышенный распад коллагена наблюдается у пациенток с ДСТ [2, 3], но на его метаболизм также большое влияние оказывают и изменения гормонального фона. Важная роль в регуляции метаболизма коллагена принадлежит половым стероидам, которые оказывают прямое воздействие на соединительную ткань, тестостерон вызывает пролиферацию фибробластов, эстрогены повышают внутриклеточное содержание воды, а его дефицит ведет к снижению образования коллагена в соединительной ткани [6, 7, 30].

Уменьшение уровня коллагена в соединительной ткани тазового дна на фоне изменений в гормональном статусе может приводить к пролапсу гениталий и как следствие – к развитию стрессового и/или императивного недержания мочи [2, 5, 7].

На фоне проводимого лечения, направленного на коррекцию гормональных нарушений, наблюдается нормализация уровня эстрадиола [5, 34, 35]. Наши данные подтвердили это заключение. Так, при проведении комплексного лечения, направленного не только на коррекцию метаболизма коллагена, но и включающего в себя заместительную гормональную терапию, было выявлено, что у пациенток в пременопаузальном периоде достоверное увеличение уровня эстрадиола наблюдается через год, а у женщин в постменопаузальном возрасте – уже через 6 мес. Скорее всего, это зависит от исходного уровня эстрадиола: чем ниже исходный, тем более значимое повышение уровня гормона на фоне лечения [5, 36].

Данная схема лечения, направленная на улучшение процессов коллагенообразования, подходит для назначения женщинам с генитальным пролапсом, которым планируется проведение оперативного лечения, направленного на коррекцию генитального пролапса, и тем больным, которым по тем или иным причинам хирургическое лечение не показано (тяжелая сопутствующая экстрагенитальная тера-

пия, высокий анестезиолого-оперативный риск, отказ пациентки от оперативного лечения).

Заключение

Таким образом, при отказе по тем или иным причинам (нежелание женщины быть подвергнутой хирургическому вмешательству, тяжелая сопутствующая экстрагенитальная терапия, которая является противопоказанием для операции) от проведения оперативного лечения пациенткам с пролапсом гениталий в сочетании с урогенитальными расстройствами или без них, а также с ДСТ с целью достижения максимального эффекта показано проведение комплексного лечения, включающего в себя:

- 1) метаболическую терапию, направленную на нормализацию метаболизма коллагена;
- 2) гормональную терапию, устраняющую дефицит эстрогенов, что является профилактикой развития урогенитальных расстройств и прогрессирования пролапса гениталий;
- 3) лечение, направленное на устранение симптомов ГМП, что значительно повышает качество жизни женщины.

Комплексная терапия позволяет предотвратить возникновение, прогрессирование пролапса гениталий и рецидив данной патологии в послеоперационном периоде.

Литература/References

1. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Генитальный пролапс: этиология, диагностика, лечение. Учебно-методич. пособие. М., 2011; с. 37. / Il'ina Iu., Dobrokhotova Ju.E. Genital'nyi prolaps: etiologiya, diagnostika, lechenie. Uchebno-metodich. posobie. M., 2011; s. 37. [in Russian]
2. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. Омск: Типография БЛАНКОМ, 2007; с. 11–47. / Nechaeva GI, Viktorova IA. Displaziia soedinitel'noi tkani: terminologiya, diagnostika, taktika vedeniia patsientov. Omsk: Tipografiya BLANKOM, 2007; s. 11–47. [in Russian]
3. Смольнова Т.Ю. Патогенетическое обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. Автореф. канд. мед. наук. М., 1999; с. 26. / Smol'nova T.Iu. Patogeneticheskoe obosnovanie vybora metoda khirurgicheskoi korrektsii prolapsa genitalii u zhenzhin reprodaktivnogo vozrasta. Avtoref. kand. med. nauk. M., 1999; s. 26. [in Russian]
4. Яковлев В.М., Глотов А.В., Ягода А.В. Иммунопатологические синдромы при наследственной дисплазии соединительной ткани. Ставрополь, 2005; с. 20–143. / Iakovlev VM, Glotov AV, Yagoda AV. Immunopatologicheskie sindromy pri nasledstvennoi displazii soedinitel'noi tkani. Stavropol', 2005; s. 20–143. [in Russian]
5. Жданова М.С. Пролапс гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани, тактика ведения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2009. / Zhdanova M.S. Prolaps genitalii u zhenzhin s displaziei soedinitel'noi tkani, taktika vedeniia. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk, M., 2009. [in Russian]
6. Викторова И.А. Клинико-биохимическая диагностика дисплазий соединительной ткани. Автореф. канд. мед. наук. Омск, 1993; с. 26. / Viktorova IA. Kliniko-biokhimitskaia diagnostika displazii soedinitel'noi tkani. Avtoref. kand. med. nauk. Omsk, 1993; s. 26. [in Russian]
7. Ильина И.Ю. Особенности диагностики, лечения, ведения гинекологических заболеваний у больных с дисплазией соединительной ткани. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2013; с. 282. / Il'ina Iu. Osobennosti diagnostiki, lecheniia, vedeniia ginekologicheskikh zabolevanii u bol'nykh s displaziei soedinitel'noi tkani. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2013; s. 282. [in Russian]
8. Муравьева Т.Г. Анатомо-функциональное обоснование выбора метода хирургической коррекции цистоцеле у гинекологических больных. Автореф. канд. мед. наук. М., 2006; с. 28. / Murav'eva T.G. Anatomofunktsional'noe obosnovanie vybora metoda khirurgicheskoi korrektsii tsistotsele u ginekologicheskikh bol'nykh. Avtoref. kand. med. nauk. M., 2006; s. 28. [in Russian]
9. Херт Г. Оперативная урогинекология. Пер. с англ. под ред. НАЛопаткина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003; с. 33–66. / Kbert G. Operativnaia uroginekologiya. Per. s angl. pod red. NALopatkina. M.: GEOTAR-MED, 2003; s. 33–66. [in Russian]

10. Лопаткин НА. Урология. М.: Медицина, 1992; с. 495. / Lopatkin NA. Urologiia. M.: Meditsina, 1992; s. 495. [in Russian]
11. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.В., Бензри Э. и др. Модифицированные slingовые операции при коррекции стрессового недержания мочи у женщин. Реконструктивно-пластическая хирургия. В кн.: Сборник научных трудов, посвященный 70-летию со дня рождения профессора Д.В.Кана. М., 1998; с. 22–30. / Pushkar' D.Iu., Lorán O.V., Benzri E. i dr. Modifitsirovannye slingovye operatsii pri korrreksii stressovogo nederzhanii mochi u zhensbchin. Rekonstruktivno-plasticheskaia khirurgiia. V kn.: Sbornik nauchnykh trudov, posviashchennyi 70-letiiu so dnia rozhdeniia professora D.V.Kana. M., 1998; s. 22–30. [in Russian]
12. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: Вече; с. 160. / Mazo E.B., Krivoborodov G.G. Giperaktivnyi mochevoi puzyr'. M.: Vecbe; s. 160. [in Russian]
13. Tyagi S et al. The overactive bladder: epidemiology and morbidity. *Uro Clin N Am* 2006; 33: 433–8.
14. Baldwin DD, Hadley R. Chapter 25: Stress Urinary Incontinence. In *Urinary Incontinence ed. O Dommel PD, Mosby-Year Book. St. Louis, 1997.*
15. Colleselli K, Stenzl A, Eder R et al. The female urethral sphincter: a morphological and topographical study. *J Urol* 1998; 160: 49–54.
16. Хири Х, Кезер О, Икле Ф. Оперативная гинекология. Пер. с англ. М.: ГЕОТАР-Медицина, 1999; с. 656. / Khirsh X, Kezer O, Ikle F. Operativnaia ginekologiia. Per. s angl. M.: GEOTAR-Meditsina, 1999; s. 656. [in Russian]
17. Камоева С.В. Патогенетические аспекты прогнозирования, диагностики и лечения пролапса тазовых органов. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014; с. 257. / Kamoeva S.V. Patogeneticheskie aspekty prognozirovaniia, diagnostiki i lecheniia prolapsa tazovykh organov. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2014; s. 257. [in Russian]
18. Смирнов М.А. Использование метода биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи. Биоуправление в медицине и спорте. В кн.: Материалы 1-й Всероссийской конференции. Омск, 1999; с. 37–8. / Smirnov M.A. Ispol'zovanie metoda biologicheskoi obratnoi svyazi v lechenii bol'nykh s nederzhaniiem mochi. Bioupravlenie v meditsine i sporte. V kn.: Materialy 1-i Vserossiiskoi konferentsii. Omsk, 1999; s. 37–8. [in Russian]
19. Переверзев А.С., Шамседден Ш. Императивное недержание мочи. Современные проблемы урологии. В кн.: Материалы научных трудов шестого международного конгресса урологов. Харьков, 1998; с. 276–7. / Pereverzev A.S., Shamseddén Sh. Imperativnoe nederzhanie mochi. Sovremennye problemy urologii. V kn.: Materialy nauchnykh trudov shestogo mezhdunarodnogo kongressa urologov. Khar'kov, 1998; s. 276–7. [in Russian]
20. Еремин Б.В. Консервативные методы лечения недержания мочи у женщин. Автореф. канд. мед. наук. М., 1985; с. 24. / Eremin B.V. Konservativnye metody lecheniia nederzhanii mochi u zhensbchin. Avtoref. kand. med. nauk. M., 1985; s. 24. [in Russian]
21. Chou YC, Yu KJ. Entrapped vaginal pessary presented with frequency and urge incontinence. *Chin Med Assoc* 2003; 66 (3): 181–3.
22. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М.: Медицина, 1993; с. 316–8. / Belousov Iu.B., Moiseev V.S., Lepakhin V.K. Klinicheskaiia farmakologiia i farmakoterapiia. M.: Meditsina, 1993; s. 316–8. [in Russian]
23. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: МЕДпресс-информ, 2003; с. 160. / Pushkar' D.Iu. Giperaktivnyi mochevoi puzyr'. M.: MEDpress-inform, 2003; s. 160. [in Russian]
24. Россихин В.В. Лекарственная терапия при нестабильности мочевого пузыря, проявляющейся частичным недержанием мочи. Современные проблемы урологии. В кн.: Материалы научных трудов шестого международного конгресса урологов. Харьков, 1998; с. 276–7. / Rossikhin V.V. Lekarstvennaia terapiia pri nestabil'nosti mochevogo puzyria, proiavliaiushcheisia chastichnym nederzhaniiem mochi. Sovremennye problemy urologii. V kn.: Materialy nauchnykh trudov shestogo mezhdunarodnogo kongressa urologov. Khar'kov, 1998; s. 276–7. [in Russian]
25. Abrams P, Kaplan S, Millard R. Safety of tolterodine in men with bladder outlet obstruction and symptomatic detrusor overactivity. *Eur Urol (Suppl. 1)* 2002; 1: 132.
26. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О., Чикишева А.А. Особенности мочеиспускания у гинекологических больных. Гинекология. 2013; 15 (5): 48–50. / Il'ina I.Iu., Dobrokhotova Iu.E., Malikova V.O., Chikisheva A.A. Osobennosti mocheispuskaniia u ginekologicheskikh bol'nykh. Ginekologiia. 2013; 15 (5): 48–50. [in Russian]
27. Балан В.Е., Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения. Рус. мед. журн. 2000; 3: 27–31. / Balan V.E., Gadzhieva Z.K. Narusbeniia mocheispuskaniia v klimakterii i printsipy ikh lecheniia. Rus. med. zhurn. 2000; 3: 27–31. [in Russian]
28. Сметник В.П. Медицина климактерия. М.: Литера. 2006; с. 217–90. / Smetnik V.P. Meditsina klimakteriia. M.: Litera. 2006; s. 217–90. [in Russian]
29. Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Каифаджян М.М. и др. Комплексный подход к лечению гиперактивного мочевого пузыря у женщин с пролапсом гениталий. Сб. тезисов. Амбулаторно-поликлиническая практика: проблемы и перспективы. Март 2011 г.; с. 161–5. / Dobrokhotova Iu.E., Fandeeva L.V., Kaifadzhian M.M. i dr. Kompleksnyi podkhod k lecheniiu giperaktivnogo mochevogo puzyria u zhensbchin s prolapsom genitalii. Sb. tezisov. Ambulatorno-poliklinicheskaiia praktika: problemy i perspektivy. Mart 2011 g.; s. 161–5. [in Russian]
30. Ильина И.Ю., Юмина С.В., Жданова М.С. Влияние гормонов на метаболизм коллагена у женщин с дисплазией соединительной ткани и без нее. Вестн. РУДН. Медицина. 2009; 5: 207–16. / Il'ina I.Iu., Iumina S.V., Zhdanova M.S. Vliianie gormonov na metabolism kollagena u zhensbchin s displaziei soedinitel'noi tkani i bez nee. Vestn. RUDN. Meditsina. 2009; 5: 207–16. [in Russian]
31. Проккопенко Ю.П. Применение препарата «Овестин» при сексуальных проблемах у женщин в менопаузальном периоде. Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1997; 3: 61–2. / Prokopenko Iu.P. Primenenie preparata «Ovestin» pri seksual'nykh problemakh u zhenshin v menopauzal'nom periode. Vestn. Ros. assotsiatsii akusberov-ginekologov. 1997; 3: 61–2. [in Russian]
32. Hers AL, Stefanick ML, Staffer RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004; 291: 47–53.
33. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998; с. 44. / Balan V.E. Urogenital'nye rasstroistva v klimakterii (klinika, diagnostika, zamestitel'naia gormonoterapiia). Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 1998; s. 44. [in Russian]
34. Макаров О.В., Сметник В.П., Доброхотова Ю.Э. Синдром постгистерэктомии. М., 2000; с. 135–67. / Makarov O.V., Smetnik V.P., Dobrokhotova Iu.E. Sindrom postgisterektomii. M., 2000; s. 135–67. [in Russian]
35. Доброхотова Ю.Э. Менопаузальный синдром. Учебно-методич. пособие. М.: РГМУ, 2005; с. 24. / Dobrokhotova Iu.E. Menopauzal'nyi sindrom. Uchebno-metodich. posobie. M.: RGMU, 2005; s. 24. [in Russian]
36. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Жданова М.С. Оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования, у женщин с дисплазией соединительной ткани. Вестн. РУДН. Медицина. 2009; 5: 76–82. / Il'ina I.Iu., Dobrokhotova Iu.E., Zhdanova M.S. Optimizatsiia metodov lecheniia, napravlennykh na uluchshenie protsessov kollagenoobrazovaniia, u zhensbchin s displaziei soedinitel'noi tkani. Vestn. RUDN. Meditsina. 2009; 5: 76–82. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ильина Ирина Юрьевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: iliyna@mail.ru
 Доброхотова Юлия Эдуардовна – д-р мед. наук, проф. зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова