

перспективы исследований. – Новосибирск, 1978. – С. 56.

Kaznacheev V.P. A problem of adaptation of the man / V.P. Kaznacheev // Some results and perspective of researches. – Novosibirsk, 1978 – P. 56.

10. Нефедов Б.Н. Некоторые эколого-технологические риски создания крупных гидротехнических объектов на севере Сибири / Б.Н. Нефедов // Материалы IX Международного симпозиума по развитию холодных регионов. – Якутск, 2010. – С. 42.

Nefedov B.N. Some ecology-technological risks of creation of large hydraulic engineering objects in North of Siberia / B.N. Nefedov //

Materials of the IX International symposium on development of cold regions. – Yakutsk, 2010. – P. 42.

11. Панин Л.Е. Гомеостаз человека в условиях высоких широт / Л.Е. Панин // 13 межд. конгресс по приполярной медицине, 12-16 июня 2006 г., Новосибирск. – Новосибирск, 2006. – С. 12–13.

Panin L.E. Homeostasis of the man in conditions of high latitudes / L.E. Panin // Materials of XIII International congress on Polar medicine, June 12-16, 2006, Novosibirsk. – Novosibirsk, 2006. – P. 12-13.

12. Современное состояние и эпидемиологический прогноз по природно-очаговым

и особо опасным инфекциям на территории Якутии в условиях интенсивного промышленного региона (мегапроекты) и глобального изменения климата / Н.Г. Соломонов, И.Я. Егоров, В.Ф. Чернявский [и др.] // Материалы IX Международного симпозиума по развитию холодных регионов. – Якутск, 2010. – С. 228.

Modern condition and the epidemiology forecast on especially dangerous infections in territory of Yakutia in conditions of intensive industrial region (megaprojects) and global change of a climate / N.G. Solomonov, I.Ya. Egorov, V.F. Chernyavsky [et al.] // Materials of IX the International symposium on development of cold regions. – Yakutsk, 2010. – 228 p.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-005.8:616.127

Э.В. Гурьева, Е.С. Кылбанова, А.В. Павлова, Б.В. Андреев ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

В статье рассмотрена проблема комплаентности к медикаментозному лечению у пациентов, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда в течение одного года после выписки из стационара. Выявлена низкая приверженность к лечению у обследованных в отношении всех групп препаратов: β-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ/АРА, двойной антитромбоцитарной терапии, с большей долей снижения приема статинов.

Ключевые слова: вторичная профилактика, комплаентность.

In the article the issue of compliance to medication treatment of patients with previous Q – positive myocardial infarction within one year after discharge from the hospital is considered. Lower compliance to treatment was noted concerning all groups: β-adrenergic blockers, APF/ARA inhibitors, double antithrombotic therapy, with a greater proportion of reducing statins.

Keywords: secondary prevention, compliance.

Введение. По оценке ВОЗ, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает более 17 млн. чел. Ожидается, что к 2020 г. смертность от ССЗ достигнет в мире примерно 25 млн. чел. в год [2,6]. В России смертность от болезней кровообращения остается высокой и ее доля в общей смертности населения в последние годы составляет 59,1% [1]. Особенность складывающейся в России ситуации заключается в том, что основное увеличение смертности в стране за последние 15 лет произошло за счет лиц молодого, трудоспособного и репродуктивного возраста. По данным многих исследователей, частота новых сердечно-сосудистых осложнений и случаев смертности

является максимальной в течение первых 3 месяцев после инфаркта миокарда (ИМ). Даже у «благополучно» перенесших острый инфаркт миокарда и выписанных на амбулаторное лечение пациентов остается высокий риск сердечно-сосудистой смерти и повторного ИМ [4,7,9].

Одной из причин высоких показателей смертности от ССЗ и повторного ИМ в нашей стране может быть недостаточная профилактическая активность, направленная на предупреждение развития и прогрессирования заболевания, которая должна строиться на научной концепции факторов риска и борьбы с ними [5]. Вторичная профилактика невозможна без регулярного приема лекарственных препаратов, доказавших свою эффективность в многочисленных клинических исследованиях [3].

Целью исследования явилось изучение комплаентности к медикаментозному лечению у пациентов, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В работу включены данные клинического исследования «Вторичная профилактика у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда».

Набор клинического материала проводился в отделении неотложной кардиологии с группой интенсивной терапии (ОНК с ГРИТ) Регионального сосудистого центра (РЦ) Республиканской больницы №2-Центра экстренной медицинской помощи. Общее количество пациентов с Q-позитивным ИМ, госпитализированных в отделение с января 2013 по июль 2014 г., было 177 чел. Из них 64 чел. отказались от участия в данном исследовании, что уже говорит об их заведомо низкой приверженности к лечению. В результате в анализ включены 113 пациентов из г. Якутска с Q-позитивным острым инфарктом миокарда. Все пациенты подписали информированное согласие. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом. Из 113 пациентов чрескожное коронарное вмешательство проведено у 99 (87,6%) чел.

ГБУ РБ №2-Центр экстренной медицинской помощи: **ГУРЬЕВА Эльга Владимировна** – врач кардиолог, аспирант, Elgagurieva@mail.ru, **ПАВЛОВА Анна Валентиновна** – врач кардиолог, аспирант, **АНДРЕЕВ Борис Витальевич** – к.м.н., гл. врач; **КЫЛБАНОВА Елена Семеновна** – д.м.н, проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

Критерии включения пациентов в исследование:

- наличие клинико-электрокардиографических признаков Q-позитивного ИМ;
- согласие на данное исследование.

Критерии исключения пациентов из исследования: развитие летального исхода во время госпитализации; перенесенный в течение последних 12 мес. ОНМК; коматозное состояние пациента; сопутствующая патология: злокачественная опухоль; иногородние пациенты; отказ от исследования.

Принципом деления пациентов на группы послужили возрастные критерии по ВОЗ: от 25 до 44 лет – молодой возраст, 45–59 – средний, 60–74 – пожилой, 75–89 – старческий и старше 90 лет – долгожители [5].

I группа трудоспособных пациентов до 59 лет состоит из 60 чел. Во II группу включены 53 пациента в возрасте от 60 лет и старше – пациенты пенсионного возраста.

Диагноз ОИМ выставлен согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов 2012 г.: на основании совокупности клинических данных, результатов электрокардиографии, достоверного повышения уровня кардиоспецифических ферментов в крови и наличия зон асинергии по результатам эхокардиографии.

В стационаре пациентам с ОИМ, в соответствии со стандартом лечения больных с острым коронарным синдромом, проводили лечение, включая нитраты, нефракционированный или низкомолекулярный гепарин (под контролем АЧТВ), препараты, блокирующие β-адренергические рецепторы, дезагреганты, ингибиторы анги-

отензин-превращающего фермента, антагонисты кальция и статины. Чрескожные коронарные вмешательства проводились непосредственно после выполнения диагностической СКАГ.

При выписке из стационара пациентам даны подробные рекомендации о необходимости проведения профилактических мероприятий, изменения образа жизни, а также приема всех рекомендованных лекарственных препаратов.

Оценка (контроль) общего состояния и исходов проводилась через 6 и 12 мес. При повторном осмотре после выписки пациентам проводились следующие методы исследования: ЭКГ, ЭХОКГ, контроль анализов липидного профиля, АЛТ, АСТ, сахара крови, мочевины и креатинина в сыворотке крови.

Статистический анализ. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ IBM SPSS statistics 19. Проверка нормальности распределения количественных признаков в группах сравнения проводилась с использованием критериев Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка. Так как распределение количественных признаков не подчинялось законам нормальности, меры центральных тенденций рассеяния представлены в виде медианы и интерквартильных размахов в формате Me (Q25; Q75). Для достоверности различий между группами использовались непараметрические методы: для 2 независимых групп – Манна-Уитни, таблица сопряженности, Хи-квадрат Пирсона. Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов I группы составили лица мужского пола (81,7%), их средний возраст был равен 52 [47,3; 56] годам. Во II группе, группе пожилых, по гендерному признаку не получено различий, средний возраст составил 64 [61;70,5] года. По литературным данным, ИМ до 60 лет чаще встречается у мужчин, чем у женщин, после 60 лет частота встречаемости ИМ как у мужчин, так и у женщин одинакова, что получено и в нашем исследовании.

После выписки из стационара при контрольном осмотре через 6 мес. доля больных, продолжающих принимать назначенные препараты, существенно снизилась. В той или иной степени уменьшение частоты приема относилось к препаратам всех основных групп (табл.1): бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ/АРА, клопидогрела/брилинты. На 6-й мес. после выписки произошло снижение частоты приема клопидогрела/брилинты в среднем на 14%, β-адреноблокаторов – на 25 в обеих группах, ингибиторов АПФ/АРА – на 31 в первой и на 28% во второй группах. Наибольшая «потеря» была зарегистрирована в отношении статинов – практически каждый второй пациент в обеих группах прекратил принимать препараты из этой группы.

При втором контрольном осмотре через 12 мес. число пациентов, принимающих рекомендованные препараты, несколько увеличилось в отношении клопидогрела/брилинты, β-адреноблокаторов и статинов (табл.1). Мы считаем, что положительная динамика в приеме препаратов,

Таблица 1

Частота приема лекарственных средств на момент выписки и при контроле через 6, 12 мес. после перенесенного Q-позитивного инфаркта миокарда

Препарат	Рекомендовано при выписке из стационара (1)		P	Принимал через 6 мес. (2)		p	Принимал через 12 мес. (3)		P	P1-2		P1-3		P 2-3	
	Игр. n=60 (%)	Пгр. n=53 (%)		Игр. n=58 (%)	Пгр. n=50 (%)		Игр. n=58 (%)	Пгр. n=49 (%)		Труд.	Пенс.	Труд.	Пенс.	Труд.	Пенс.
Аспирин	60 (100)	53 (100)	*	58 (100)	52 (100)	*	58 (100)	49 (100)	*	*	*	*	*	*	*
Зилт/брилинта	60 (100)	53 (100)	*	49 (86,0)	43 (86)	NS	49 (84,5)	41 (83,7)	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	NS	NS
β-адреноблокаторы	60 (100)	51 (96,2)	NS	43 (74,1)	38 (76)	NS	54 (93,1)	41 (83,7)	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	NS
Ингибиторы РААС/сартаны	58 (96,7)	51 (96,2)	NS	40 (69)	36 (72)	NS	40 (69)	36 (73,5)	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	NS	NS
Статины	60 (100)	53 (100)	*	29 (50)	23 (46)	NS	50 (86,2)	40 (81,6)	NS	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Диуретики	13 (21,7)	20 (37,7)	NS	18 (31)	23 (46)	NS	25 (43,1)	26 (53,1)	NS	NS	NS	<0,05	NS	<0,05	NS
Нитраты	5 (8,3)	11 (20,8)	NS	6 (10,3)	16 (32)	<0,05	8 (13,8)	18 (36,7)	<0,05	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Примечание. NS – нет достоверных статистических различий.

Таблица 2

**Сердечно-сосудистые осложнения у пациентов,
перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, в течение 12 мес.**

Данные (n= 107)	I группа		II группа		P
	абс. число	%	абс. число	%	
Умершие	2	3,3	4	7,5	0,321
Повторная госпитализация по поводу ОКС	5	8,3	8	16,3	0,242
Повторная госпитализация по поводу ХСН	8	13,3	4	7,5	0,342

возможно, произошла за счет проведения повторной консультации и повторного назначения препаратов на 6-й мес. Но вместе с тем, по сравнению с назначенной терапией при выписке из стационара и через 12 мес., низкая приверженность к терапии сохранялась. Уменьшение частоты приема относилось также к препаратам всех основных групп: клопидогрела/брилинты – на 15% у пациентов I гр. и 16 – II гр., β-адреноблокаторов – на 7 и 16, ингибиторов АПФ/АРА – на 31 и 26, статинов – на 14 и 18% соответственно.

Согласно литературным данным, у пациентов после перенесенного Q-позитивного ИМ в течение 6 мес. прогрессирует сердечная недостаточность, несмотря на проводимую терапию. В нашем исследовании мы получили аналогичные данные, в связи с чем к лечению были добавлены диуретики. Так, за 12 мес. в обеих группах произошло увеличение приема диуретиков. Ввиду ухудшения клинического течения ИБС – нарастания функционального класса стенокардии напряжения, увеличилось количество пациентов, принимающих нитраты, резко возросла доля приема нитратов среди пациентов пожилой группы (табл.1).

Проведенный нами анализ отказа от медикаментозной терапии выделил две основные причины: отмена препарата самостоятельная или по рекомендации врача. Среди всех случаев отмены препарата самостоятельно, без причин, отказались от β-адреноблокаторов в I гр. 94%, во II – 86, от ингибиторов АПФ/АРА – 82 и 50, от клопидогрела/брилинты – 80 и 25, от статинов – 81 и 68% соответственно. Следует отметить, что 66,5% пациентов пенсионного возраста самостоятельно отменили клопидогрел/брилинту из-за дорогой цены препарата.

По рекомендации врача в связи с гипотонией отменили ингибиторы АПФ/АРА в I гр. – 9,1 и во II – 12,2%.

Из числа проанализированных нами пациентов 13 чел. (21,6%) из I гр. и 12 (22,5%) из II гр. в течение 12 мес. были госпитализированы в стационар по поводу повторного ОКС или декомпенсации ХСН. Вместе с тем имелись и летальные исходы за период наблюдения: в I гр. 2 чел. (3,3%) и во II – 4 (7,5%). Из них в первые 6 мес. умерли в стационаре с диагнозом повторный инфаркт миокарда 3 чел., и 3 чел. умерли дома по причине внезапной сердечной смерти. При сравнении «конечных точек» в группах не получе-

но статистически значимых различий (табл.2).

Заключение. При выписке из стационара всем пациентам были даны рекомендации об изменении образа жизни, о модификации факторов риска, о приеме лекарственных препаратов: двойной антитромбоцитарной терапии, β-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ/АРА, статинов и диуретиков.

При контрольном осмотре через 6 и 12 мес. выявлено, что большинство пациентов самостоятельно отменили ряд препаратов. Особенно стоит подчеркнуть низкую приверженность к приему статинов. Большинство пациентов, перенесших инфаркт миокарда, отменили рекомендованное лечение самостоятельно, без какой-либо на это причины. Двойная антитромбоцитарная терапия пациентами пожилого возраста самостоятельно отменяется в большинстве случаев из-за дорогой цены препарата.

В связи с отменой основных препаратов по лечению ИБС нарастает функциональный класс стенокардии напряжения и ХСН, продолжаются повторные госпитализации пациентов по поводу ОКС или декомпенсации ХСН, а также имеются летальные исходы. Согласно литературным данным, прекращение медикаментозной терапии после перенесенного ИМ повышает риск сердечно-сосудистой смерти: отмена трех препаратов (аспирин, β-адреноблокаторы, статины) – ОР 3,81; одного препарата аспирин – ОР 1,82; β-адреноблокатора – ОР 1,96; статинов – ОР 2,86 [8].

Полученные нами результаты свидетельствуют о низкой приверженности пациентов с инфарктом миокарда к рекомендованному лечению и недостаточной работе первичного звена здравоохранения по вторичной профилактике повторного ИМ.

Литература

1. Бокерия Л.А. Альтернативные методы оценки распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и оценки потребности

в медицинских технологиях / Л.А. Бокерия // Здравоохранение. – 2006. – №2. – С. 37 – 44.

Bokeria L.A. Alternative methods of estimating cardiovascular diseases and requirement for medical technologies / L.A. Bokeria // Healthcare. – 2006. – №2. – p. 37 – 44.

2. Ефанов А.Ю. Приверженность пациентов, перенесших острый коронарный синдром, к модификации образа жизни, а также приему основных групп медикаментозных препаратов / А.Ю. Ефанов // Проект Югра-Кор в рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры: сб. мат-лов окружной науч.-практич. конф. – Сургут, 2010. – С. 37– 40.

Efanov A.Yu. Compliance of patients with previous coronary syndrome, to modifying a way of life, as well as taking main groups of medicaments / A.Yu. Efanov // The collection of materials of district scientific-practical conference 'Yugra-Kor project within the national project realization in health care in the territory Hanty-Mansiysk independent district Yugra'. – Surgut, 2010. – P. 37– 40.

3. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара / А.Д. Эрлих, Н.А. Грацианский [и др.] // Кардиология. – 2009. №7. – С. 4-12.

Register of acute coronary syndromes RECORD. Patients and treatment before discharge from the hospital/ A.D. Erlich, N.A. Gratsiansky [et al.] // Cardiology. – 2009. №7. – p. 4-12.

4. Старение населения России – одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения / В.И. Харченко, М.М. Вирин, М.В. Корякин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – 3. – С.8-16.

Ageing of the population of Russia as one of the causes of increased mortality from basic circulatory system diseases / V.I. Kharchenko, M.M. Virin, M.V. Korjakin [et al.] // Problems of social hygiene, health and medical history. – 2006. – 3. – p.8-16.

5. Эрлих А.Д. Результаты шестимесячного наблюдения за больными с острыми коронарными синдромами в Российском регистре РЕКОРД / А.Д. Эрлих // Кардиология. – 2011. – №12. – С. 11-16.

Erich A.D. The results of the six-month monitoring of patients with acute coronary syndrome in the Russian register RECORD / A.D. Erlich // Cardiology. – 2011. – №12. – p. 11-16.

6. Эффективность коррекции модифицируемых факторов риска ИБС среди больных, перенесших острый коронарный синдром. Приверженность к терапии / А.Ю. Ефанов, Д.Ф. Низамова, Е.Ф. Дороднева, С.В. Шалаев

// Человек и лекарство. Урал – 2010. – Тюмень, 2010. – С. 80.

The effectiveness of the correction of modifiable cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome. Adherence to therapy / A.Yu. Efanov, D.F. Nizamova, E.F. Dorodneva, S.V. Shalaev // Man and medicine. Ural – 2010. – Tyumen, 2010. – p. 80.

7. Braun-wald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 9th ed. / Bonow R., Mann D., Zipes D., Libby P. [et al.]. – Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2012.

8. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction / Ho PM1, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld

JS. // Arch Intern Med. – 2006, Sep 25;166(17): 1842-7.

9. Underestimated and underrecognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK–Belgian Study) / Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR [et al.] // Eur Heart J. – 2010; 31:2755–2764.

УДК 618.14-006.36-08

Н.М. Камилова, И.А. Гаджиева, И.А. Султанова

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Исследовали уровень стероидных и гонадотропных гормонов у женщин старшего репродуктивного возраста для выявления маркеров раннего прогнозирования миомы матки. Для консервативного лечения миомы матки наиболее эффективным препаратом был признан Улипристал ацетат («Эсмия», Венгрия). Углубленное изучение клинико-лабораторных показателей, в том числе гормональных, позволят усовершенствовать тактику ведения пациентов, разработать показания и противопоказания применения данного препарата, повысить их эффективность, разработать алгоритм терапии пациентов с диагнозом миома матки.

Ключевые слова: миома матки, гормональные показатели, Улипристал ацетат (Эсмия), гормонотерапия.

The authors investigated the level of steroid and gonadotropin-releasing hormones in women of older reproductive age to identify early markers predicting uterine fibroids. We have recognized Ulipristal acetate («Esmiya», Hungary) as the most effective drug for the conservative treatment of uterine fibroids. An in-depth study of the clinical and laboratory, including hormonal parameters will improve the tactics of directing patients, develop indications and contraindications for the use of the drug, increase their efficiency, develop an algorithm for the treatment of patients with a diagnosis uterine fibroids.

Keywords: uterine fibroids, hormonal parameters, Ulipristal acetate, hormone therapy.

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященные вопросам диагностики и лечения миомы матки, проблема до настоящего времени остается не до конца решенной [1,3]. Миома матки диагностируется у 20-25% женщин репродуктивного возраста, а в возрасте старше 40 лет выявляется у 40-50%.

Развитие миомы матки – гормонозависимый процесс. Многочисленные исследования подтверждают, что одним из наиболее важных факторов, влияющих на молекулярно-генетические процессы пролиферации, апоптоза, гипертрофии и гиперплазии клеток миомы и миометрия, являются эстрогены и прогестерон [2].

Самый важный аспект этиологии миомы матки – инициатор роста опухоли – остается неизвестным, хотя теории иницирования ее туморогенеза существуют. Одна из них утверждает, что увеличение уровня эстрогенов и

прогестерона приводит к росту митотической активности, которая может способствовать формированию узлов миомы, увеличивая вероятность соматических мутаций. Наряду с традиционными представлениями о ведущей роли эстрогенов в патогенезе гормонозависимых заболеваний в последние годы пересматривается отношение к прогестерону как стимулятору опухолевого роста [7]. Придают значение и роли тканевых рецепторов стероидных гормонов, синтезирующихся под влиянием многих факторов: количества и соотношения половых гормонов, фазы менструального цикла, степени патологического поражения органа, нарушения обмена веществ [6].

Знание факторов предрасположенности позволит иметь представление об этиологии миомы матки и разработать превентивные меры.

Цель исследования – оценить эффективность применения препарата Улипристал ацетат у женщин старшего репродуктивного возраста с миомой матки на основании изучения стероидных и гонадотропных гормонов.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского медицинского университета за период с 2012 по 2015 г. Для

достижения поставленной цели нами обследовано 140 пациенток в возрасте 35–55 лет с миомой матки, соответствующей по величине 6–10-недельной беременности с интерстициальной, субмукозной и субсерозной локализацией миоматозных узлов.

Критерии исключения: молодой и средний репродуктивный возраст, аномальные маточные кровотечения, подозрения на гиперпластические процессы эндометрия, органическая патология органов малого таза, сопутствующая экстрагенитальная патология.

Обследуемые были разделены на 3 группы. Основную группу составили 60 пациенток, получавших гормональную терапию в виде препарата Улипристал ацетат (Эсмия, «Гедеон Рихтер», Венгрия). Препарат назначался с первого дня менструального цикла, ежедневно, в дозе 5 мг. Прием препарата 1-2 курса по 3 мес. Среди обследованных женщин 45 принимали препарат в течение 1 курса, 15 – 2 курсов. В группу сравнения вошли 40 пациенток, из них 12 принимали гестагены (Дюфастон, Утрожестан), у 10 – ВМС «Мирена» в течение более 1 года, 18 больным назначалась гормонотерапия различными препаратами. Контрольную группу составили 40 пациенток, которым