

#### Учредитель и издатель журнала

Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» (ВРОООО «РМА») при поддержке Волгоградского государственного медицинского университета, Министерства здравоохранения Волгоградской области, Межрегиональной общественной организации «Ассоциация клинических фармакологов»

#### При финансовой поддержке

ГУП «Волгофарм»

#### Главный редактор

В. И. Петров, академик РАМН, д. м. н., профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии, ректор ВолгГМУ, директор НИИ фармакологии, директор ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», Председатель Правления ВРОООО «РМА», Главный внештатный специалист – клинический фармаколог Минздрава России

#### Зам. главного редактора

С. В. Недогода, д. м. н., профессор, проректор ВолгГМУ по лечебной работе, зав. кафедрой терапии и эндокринологии ФУВ

#### Редакционная коллегия

В. С. Сергеев, к. м. н., с. н. с. лаборатории психофармакологии НИИ фармакологии, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ВолгГМУ (отв. секретарь);

Г. Л. Снигур, д. м. н., исполнительный директор ВРОООО «РМА», зав. кафедрой биологии ВолгГМУ

#### Редакционный совет

В. В. Шкарин, министр здравоохранения Волгоградской области;

А. А. Озеров, д. х. н., профессор, проректор ВолгГМУ по инновационному развитию, зав. кафедрой фармацевтической и токсикологической химии;

А. А. Спасов, академик РАМН, д. м. н., профессор, проректор ВолгГМУ по международным связям, зам. директора по научной работе ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», зав. кафедрой фармакологии ВолгГМУ, заслуженный деятель науки РФ;

А. В. Симонян, д. фарм. н., профессор, зав. кафедрой фармацевтической технологии и биотехнологии;

И. Н. Тюренков, член-корреспондент РАМН, ЗР ВШ, д. м. н., профессор, зав. кафедрой фармакологии и биофармации ФУВ

ISSN 2070-1586

# Научно- информационный журнал ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ВЕСТНИК

№ 4 (52)  
том 7  
декабрь 2013



Волгоград  
Издательство  
ВолгГМУ  
2013

# СОДЕРЖАНИЕ

---

*Ткаченко Л. В., Яхонтова М. А.*

<b>ЭТАПНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.....</b>	<b>3</b>
--	----------

*Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И.*

<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ.....</b>	<b>7</b>
---	----------

*Ткаченко Л. В., Линченко Н. А.*

<b>ЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....</b>	<b>13</b>
--	-----------

*Складановская Т. В., Свиридова Н. И.*

<b>ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА – ФОЛАТ-ЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ.....</b>	<b>17</b>
---	-----------

*Костенко Т. И.*

<b>ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....</b>	<b>21</b>
---	-----------

*Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И.*

<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНосоХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ.....</b>	<b>25</b>
---	-----------

*Углова Н. Д.*

<b>ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА.....</b>	<b>29</b>
--	-----------

*Андреева М. В., Боголепова Н. Ю.*

<b>ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ.....</b>	<b>33</b>
--	-----------

*Лемякина Е. В., Жаркин Н. А., Бурова Н. А.*

<b>РОЛЬ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА.....</b>	<b>36</b>
--	-----------

## ЭТАПНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

*Л. В. Ткаченко, М. А. Яхонтова*

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Проблема маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) чрезвычайно актуальна в современной подростковой гинекологии. Актуальность проблемы связана с большой частотой неблагоприятных исходов заболевания: рецидивирование кровотечений, анемизация пациенток, психоэмоциональные расстройства и снижение образовательного уровня, нейроэндокринная патология и репродуктивные нарушения. Высокая частота рецидивов МКПП (до 30 %) указывает на недостаточную эффективность имеющихся в настоящее время методов терапии данного заболевания. Проблему реабилитации пациенток, перенесших МКПП, также нельзя считать решенной в полной мере.

### ***Цель работы***

Разработать дифференцированную этиопатогенетически обоснованную этапную терапию МКПП с последующей реабилитацией пациенток.

### ***Методика исследования***

Объектом исследования стали 97 пациенток с МКПП от 12 до 15 лет. Основную группу составили 57 пациенток, которые получали разработанную трехэтапную систему лечения и реабилитации. Пациентки основной группы были разделены нами на две подгруппы: I подгруппа – пациентки с гиперэстрогенным морфотипом и гиперплазией эндометрия (24 девочки), II подгруппа – пациентки с гипозэстро-

генным морфотипом и гипопластичным эндометрием (33 девочки).

Все пациентки основной группы на I этапе лечения получали гормональный гемостаз на фоне лечебно-охранительного режима, применения гемостатических, утеротонических, антианемических препаратов, витаминотерапию. Нами применялся дифференцированный подход к гормональной терапии МКПП, основанный на ультразвуковом заключении о состоянии эндометрия, морфотипе девочки и ее гормональном статусе. Исходя из этого, пациентки I подгруппы получали гормональный гемостаз комбинированным низкодозированным монофазным оральным контрацептивом «Регулон» компании «Гедеон Рихтер».

Препарат «Регулон» в своем составе содержит 0,03 мг этинилэстрадиола и 0,15 мг дезогестрела.

С целью обеспечения адекватного гормонального гемостаза пациентки получали в первые сутки 2–3 таблетки в несколько приемов через 2–4 часа, что позволило достигнуть значительного уменьшения или прекращения кровотечения. В последующие сутки доза снижалась не более чем на одну треть от предыдущей. При прекращении кровяных выделений дозировка постепенно снижалась до 1 таблетки в сутки, длительность приема которой определялась биологическим менструальным ритмом больной и уровнем гемоглобина, но не менее 21 дня.

Пациентки II подгруппы получали эстрогенный гемостаз препаратом «Прогинова» компании «Шеринг», содержащим в своем составе 2 мг эстрадиола валерата. С целью гемостаза препарат «Прогинова» назначался в дозе до 6 таблеток в сутки до прекращения кровотечения с последующим снижением дозы препарата до 1 таблетки в сутки. Длительность эстрогенного гемостаза составляла 8 дней, затем для обеспечения секреторной трансформации эндометрия назначался препарат «Дюфастон» компании «Эббот» по 1 таблетке 2 раза в день на 12–14 дней. Препарат «Дюфастон» в своем составе содержит 10 мг дидрогестерона, который по своей молекулярной структуре, химическим и фармакологическим свойствам весьма близок к природному прогестерону и не обладает эстрогенной, андрогенной, анаболической, глюкокортикоидной и термогенной активностью, не оказывает отрицательного влияния на метаболизм углеводов и функцию печени. Дидрогестерон при пероральном применении селективно воздействует на эндометрий, тем самым предотвращая развитие гиперплазии эндометрия.

На II этапе лечения и реабилитации с целью дальнейшей регуляции менструальной функции пациентки основной группы I подгруппы получали в течение 3 месяцев регулон по 1 таблетке 1 раз в день с 5-го по 25-й день менструального цикла, а девочкам II подгруппы в течение 3 месяцев назначался дюфастон по 1 таблетке 2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла.

III этап лечебно-реабилитационных мероприятий был применен в отношении всех пациенток основной группы. В течение 2 лет девочки

получали регулон в болюсном режиме по 1 таблетке в день с 5-го по 25-й день менструального цикла на 1 цикл из трех (4 раза в год). Цель предложенного метода – тренинг менструального цикла и нормализация менструальной функции, а в дальнейшем – сохранение репродуктивного потенциала девочек-подростков.

Предложенный метод обеспечивает коррекцию нейроэндокринной регуляции менструальной функции за счет получения *rebound*-эффекта. На фоне приема регулона в течение месяца происходит кратковременное торможение функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, отмена препарата приводит к восстановлению ее циклического функционирования, установлению регулярных менструальных циклов.

Все пациентки основной группы в течение 3 лет после МКПП находились на обязательном диспансерном наблюдении.

В группе сравнения применялся традиционный двухэтапный метод терапии МКПП. I этап – симптоматическая терапия с использованием гемостатических, утеротонических препаратов на фоне седативной и витаминотерапии. В ряде случаев при необходимости применялся гормональный гемостаз регулоном, длительность которого не превышала 21–30 дней. II этап – лечение сопутствующей патологии, как вероятной причины МКПП. Пациентки группы сравнения после лечения эпизодически обращались к врачу женской консультации, чаще всего при возникновении гинекологических заболеваний.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Оценка эффективности дифференцированной этапной гормональной

терапии при МКПП проводилась путем сравнения гормонального статуса пациенток основной группы относительно группы сравнения, данных УЗИ в обеих группах и контроля за менструальной функцией девочек в течение 3 лет.

Обнаружено, что если на фоне маточного кровотечения уровни гонадотропных и яичниковых гормонов имели схожие значения в основной группе и группе сравнения, то после лечения и реабилитации гормональный статус пациенток основной группы соответствовал возрастной норме, в то время как у пациенток группы сравнения имели место снижение уровня ФСГ и ЛГ к нижней границе нормы, умеренная гипострогения и выраженная гипопрогестеронемия.

УЗИ гениталий пациенток обеих групп выявило, что разработанный метод лечения и реабилитации позволил избежать гиперплазии эндометрия в течение 3 лет после кровотечения у всех пациенток основной группы, а в группе сравнения у 32,5 % девочек выявлена гиперплазия эндометрия после проведенной терапии традиционным методом. Достоверным признаком восстановления регуляции менструальной функции у пациенток основной группы явилась значительная регрессия функциональных кист и поликистоза в яичниках, тогда как в группе сравнения у 27,5 % детей после лечения были выявлены кисты яичников и у 15 % девочек – поликистозные яичники.

Сравнительный анализ менструальной функции пациенток в основной группе и группе сравнения в течение 3 лет после перенесенного МКПП показал, что у девочек основной группы отсутствовали рецидивы маточного кровотечения, а нарушения

менструального цикла в виде гиперполименореи или задержки менструаций были отмечены у 7 пациенток (12,28 %). У абсолютного большинства девочек (87,72 %) установились регулярные менструальные циклы. В группе сравнения у 32,5 % пациенток в течение 3 лет после первого эпизода МКПП произошел рецидив кровотечения, нарушения менструального цикла имели место у 15 девочек (37,5 %), и лишь у трети девочек установился регулярный менструальный цикл.

### *Заключение*

Таким образом, эффективность разработанной этапной дифференцированной системы гормональной терапии и реабилитации при МКПП очевидна. Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, позволяют считать монофазный низкодозированный КОК (регулон) препаратом выбора для гормонального гемостаза у девочек-подростков с гиперэстрогенным морфотипом и гиперплазией эндометрия. У пациенток с МКПП и гипопластичным эндометрием с целью гемостаза мы рекомендуем применение прогиновы по вышеуказанной схеме.

Адекватная реабилитация гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы пациенток, перенесших МКПП, согласно полученным результатам, может быть достигнута путем болюсного назначения препарата «Регулон» в течение 2 лет по описанной методике. Методика обеспечивает не только остановку кровотечения и профилактику его рецидивов, но и способствует нормализации в последующем физиологической нейроэндокринной регуляции репродуктивного здоровья девочки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Коколина В. Ф.* // Фарматека. – 2008. – № 1. – С. 45–48.
2. *Лукина Н. А., Родина Ю. С.* // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2004. – № 5. – С. 31–35.
3. *Пасман Н. М.* // Гинекология. – 2005. – № 1. – С. 7–11.
4. *Серов В. Н., Прилепская В. Н., Овсянникова Т. В.* Гинекологическая эндокринология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 532 с.
5. *Ткаченко Л. В., Яхонтова М. А.* // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2012. – № 5. – С. 20–26.
6. *Уварова Е. В., Веселова Н. М., Белоконь И. П. и др.* // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 5. – С. 53–63.
7. *Уварова Е. В.* // Русский медицинский журнал. – 2005. – № 136 (1). – С. 48–51.
8. *Хурасева А. Б.* // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 2. – С. 46–54.