

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.

| | |
|--|----------|
| ЭТАПНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА..... | 3 |
|--|----------|

Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И.

| | |
|---|----------|
| СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ..... | 7 |
|---|----------|

Ткаченко Л. В., Линченко Н. А.

| | |
|--|-----------|
| ЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ..... | 13 |
|--|-----------|

Складановская Т. В., Свиридова Н. И.

| | |
|---|-----------|
| ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА – ФОЛАТ-ЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ..... | 17 |
|---|-----------|

Костенко Т. И.

| | |
|---|-----------|
| ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН..... | 21 |
|---|-----------|

Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И.

| | |
|---|-----------|
| СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНосоХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ..... | 25 |
|---|-----------|

Углова Н. Д.

| | |
|--|-----------|
| ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА..... | 29 |
|--|-----------|

Андреева М. В., Боголепова Н. Ю.

| | |
|--|-----------|
| ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ..... | 33 |
|--|-----------|

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

| | |
|--|-----------|
| РОЛЬ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА..... | 36 |
|--|-----------|

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.