

Современные подходы к ведению пациенток с дисфункциональными маточными кровотечениями

15-17 октября в г. Каменец-Подольском при поддержке Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и организационном участии украинского представительства фармацевтической компании Alpen Pharma GmbH состоялась научно-практическая конференция, посвященная проблеме реабилитации гинекологических больных, перенесших воспалительные заболевания и оперативные вмешательства на органах малого таза. Наряду с целым рядом актуальных вопросов восстановления репродуктивного здоровья женщин в рамках конференции широко освещалась проблема дифференцированного подхода к ведению пациенток с нарушениями менструального цикла. С особым интересом участники конференции прослушали доклад заведующей кафедрой перинатологии и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, профессора Ольги Валентиновны Грищенко, посвященный негормональным методам коррекции нарушений менструального цикла у женщин в разные возрастные периоды. Представляем вниманию читателей основные положения ее выступления.

— Дисфункциональные (аномальные) маточные кровотечения (ДМК) относятся к одной из наиболее распространенных патологий в гинекологической практике. Значимость проблемы также заключается в полиэтиологичности заболевания и возможности его развития у женщины с пубертата и до менопаузы. Проблема ДМК, возникающих на фоне отсутствия органической патологии, заключается в длительном временном интервале, на протяжении которого женщины подвержены их развитию — от периода становления менструальной функции до перехода в менопаузу. Согласно данным литературы, ДМК встречаются в практике детских гинекологов в 10% случаев, у женщин репродуктивного возраста они составляют 25-30% и значительно учащаются в более старших возрастных группах, составляя от 35 до 60% всех кровотечений (Т.А. Roiss, 2005; Н. Fernandez, 2007). Из анализа частоты встречаемости патологии видно, что наиболее высокий процент случаев ДМК приходится на переходные возрастные периоды — становления и угасания менструальной функции, что необходимо учитывать при планировании реабилитационных программ.

Нормальная менструация — кровотечение, которое возникает при отторжении функционального слоя эндометрия в результате снижения уровня эстрогенов и прогестерона в конце нормального менструального цикла. Менструальное кровотечение, которым заканчивается овуляторный (двухфазный) менструальный цикл, называется физиологическим.

Параметрами нормального менструального цикла являются:

— продолжительность цикла 21-36 дней;

— длительность менструального кровотечения 3-7 дней;

— объем кровопотери не больше 80 мл.

Понятие нормы в большей степени определяется ритмичностью цикла, а не его длительностью.

При ДМК, как правило, нарушения носят функциональный характер, гормональные параметры находятся в пределах физиологической нормы, а нарушения касаются в большей мере их колебаний в зависимости от фазы цикла. Важную роль в патогенезе ДМК играют дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы (нарушение синтеза и высвобождения гонадотропных гормонов, изменение ритма и уровня секреции эстрадиола и прогестерона), а также нарушения на уровне эндометриальных факторов регуляции (нарушение метаболизма простагландинов и простациклинов, повышение фибринолитической активности, снижение продукции эндотелина), нарушение активности матриксных металлопротеиназ, местного кровотока, локального тромбоцитарного и коагуляционного профиля.

Оптимизация оказания помощи женщинам с дисфункциональными маточными кровотечениями регламентирована Клиническим протоколом, утвержденным приказом МЗ Украины №582 от 15.12.2003. Согласно данному протоколу

в клинко-патогенетической классификации маточных кровотечений (I.S. Fraser, J. Agachchi, 1999) выделяют овуляторные и ановуляторные кровотечения.

Ановуляторные кровотечения подразделяются на следующие виды (Gordon, Sperov, 1994):

- эстрогенные кровотечения прорыва;
- эстрогенные кровотечения отмены;
- прогестиновые кровотечения прорыва;

- прогестиновые кровотечения отмены.

Ановуляторные кровотечения чаще встречаются у девочек-подростков и женщин в периоде перименопаузы, развиваются после предшествующей задержки и, как правило, требуют проведения выскабливания (кроме ювенильных кровотечений); овуляторные — у пациенток репродуктивного возраста, часто повторяющиеся обильные, иногда профузные, кровотечения. Одной из ведущих причин ДМК у женщин репродуктивного возраста является персистенция желтого тела. Некоторые ученые предлагают условно выделять кратковременную (состояние организма нормализуется самостоятельно) и длительную персистенцию (требуется вмешательство врача).

В настоящее время у женщин наблюдается тенденция к уменьшению количества беременностей и родов, это сопряжено с небольшим количеством лактаций, недостаточностью лютеиновой фазы и приводит к состоянию относительной гиперэстрогении, в котором женщина пребывает длительный период жизни, что повышает риск развития гиперпластических процессов.

Главенствующую роль в процессе диагностики играет правильно и детально собранный анамнез на этапе первичного обследования. Также проводятся тесты функциональной деятельности яичников (контроль базальной температуры, гормональная кольпоцитология, цервикальная шкала и др.), ультразвуковое исследование, диагностическое выскабливание (является обязательным для всех пациенток пери- и постменопаузального периода, а также женщин репродуктивного периода при наличии у них ультразвуковых признаков патологии эндометрия и высокого риска развития гиперпластических процессов), гормональное обследование и тест на беременность (определение хорионического гонадотропина для исключения внематочной беременности, трофобластической болезни, осложненной маточной беременности). На сегодня наиболее точным и безопасным методом исследования полости матки является гистероскопия.

Выделяют следующие основные подходы к лечению: по возможности быстрая остановка кровотечения, проведение коррекции гормональных нарушений, восстановление нормального менструального цикла (что является профилактикой рецидивов) и реабилитационная терапия, направленная либо на восстановление репродуктивной функции (у молодых женщин), либо на профилактику новообразований путем коррекции гомеостаза (в периоде

климактерия). Используют негормональные, хирургические и гормональные методы и физиотерапию. В практике детского гинеколога чаще применяется гормональный гемостаз, предпочтительно комбинированный.

Важным аспектом в практике врача-гинеколога, который довольно часто остается в тени, является проведение реабилитационных мероприятий при расстройстве менструальной функции у женщин после останковки ДМК. При проведении реабилитационных мероприятий следует учитывать, что часто в основе ДМК лежит воспалительный процесс. Это диктует необходимость проведения курса противовоспалительной терапии. При этом после использования антибактериальных препаратов и исключения наличия гнойного очага оправдано назначение средств, прерывающих каскад цитокиновых реакций. Удачным решением этой проблемы является назначение ферментативного препарата Дистрептаза (возможно с 3-го дня терапии) по 1 свече два раза в сутки курсом в 14 дней. Также при проведении реабилитации необходимо четко расставлять приоритеты и выбирать реальные цели: сохранить функцию органа или, устранив симптомы, облегчить переход женщины в период менопаузы.

Постабортный период у молодых женщин характеризуется длительным восстановительным периодом и требует медицинской коррекции. Исходя из этого нами было обращено внимание на возможность применения в комплексной реабилитационной терапии после абортов и выскабливаний у молодых женщин и подростков препарата Дисменорм. В его состав входят растительные ингредиенты в гомеопатических дозах: прутняк обыкновенный (*Agnus castus*), прострел луговой (*Pulsatilla*), розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*), а также гомеопатический продукт пчелиного происхождения (*Apis mellifica*). *Agnus castus* (авраамово дерево) и *Apis mellifica* (медоносная пчела) применяют при редких, нерегулярных менструациях, при длительных менструациях и межменструальных кровотечениях. *Apis mellifica* эффективен главным образом при нарушениях менструального цикла у женщин молодого возраста. Прострел луговой применяется при нерегулярных (редких и слабых), а также при болезненных менструациях. Розмарин лекарственный устраняет головокружение, головную боль, боль в нижней части живота, помогает при межменструальных кровотечениях. Каждый из компонентов препарата оказывает положительное влияние на гормональную систему женщины. Дисменорм характеризуется высоким профилем безопасности и практически не имеет противопоказаний, за исключением возможной индивидуальной непереносимости его ингредиентов.

Рассмотрим клинический случай применения этого препарата. После самопроизвольного прерывания беременности у пациентки М. с сопутствующей эндокринной патологией и отягощенным алергологическим анамнезом на протяжении 6 месяцев наблюдались явления



О.В. Грищенко

гиперпролактинемии, что потребовало длительного лечения, в том числе терапии бесплодия, после которой наступила стимулированная беременность. На 6-й неделе была диагностирована патология плодного яйца (анэмбриония в сочетании с начинающимся пузырным заносом). После второй неудачной беременности пациентке была назначена реабилитационная терапия препаратом Дисменорм. Ровно через 28 дней, несмотря на гормональный срыв, у пациентки наступила менструация, нормализовался менструальный цикл. Спустя год после курса терапии пациентка стала мамой, беременность протекала без осложнений.

Данные о наличии у Дисменорма пролактинингибирующего воздействия были получены также в исследованиях, проведенных в ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины» под руководством профессора А.Г. Коломийцевой (г. Киев). Мы в своей практике, как правило, назначаем Дисменорм курсом на срок не менее 90 дней по 1 таблетке под язык за 30 мин до еды трижды в день.

Нами было проведено сравнение эффективности традиционной реабилитационной терапии и терапии с применением Дисменорма в четырех группах, включавших по 50 пациенток: больные с ДМК моложе 18 лет, больные репродуктивного возраста с ДМК, больные с климактерическими ДМК и девочки-подростки после искусственного прерывания беременности. Дисменорм назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки за 30 мин до или спустя час после еды курсом 90 дней (женщинам перименопаузального периода — более длительно). Качество жизни пациенток, оцениваемое по таким параметрам, как регулярность, длительность менструального цикла и интенсивность болевых ощущений, было выше во всех четырех группах, принимавших терапию с применением препарата Дисменорм, чем в контрольных группах.

Пациентки с ДМК относятся к группе риска по возникновению рецидива, что диктует необходимость проведения реабилитационных мероприятий. В наших наблюдениях мы ни разу не столкнулись с необходимостью отмены препарата из-за каких-либо побочных эффектов. В ряде случаев наряду с Дисменормом назначались и другие препараты (витамины, седативные средства, противовоспалительные, антибактериальные и др.). Последующее наблюдение за этими пациентками на протяжении ближайшего года показало значительное снижение частоты рецидивных кровотечений, улучшение взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники по данным функциональных проб, наступление желанной беременности.

Подготовила Ольга Радучич

