

Опыт применения агнукастона в практике подросткового гинеколога

Снисаренко Е.А., Пасман Н.М., Дударева А.В.

МУЗ Новосибирская государственная специализированная детская клиническая больница (МУЗ НГСДКБ № 5), Новосибирский Государственный Университет (НГУ)

Сохранение репродуктивного здоровья подростков является важным в современных демографических условиях: снижения рождаемости и повышения смертности. Девочек-подростков можно рассматривать, как ближайший репродуктивный резерв. Он оказался минимальным: количество девочек-подростков в структуре всего женского населения России составляет 4,72%, а среди женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) - 8,16% (Кулаков В. И., Уварова Е.В., 2005 г.). При этом уровень здоровья подростков, в том числе и репродуктивного, является низким.

Нарушения менструального цикла в подростковом возрасте встречается наиболее часто.

В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков г. Новосибирска, в течение 7 лет отмечается значительный рост нарушений овариально-менструального цикла.

На диаграмме 1 видно изменение структуры заболеваемости с течением времени: если в 1998 году наибольшее количество заболеваний приходилось на урогенитальные инфекции, то с 2002 года на первое место вышли нарушения овариально-менструального цикла, а с 2003 года УГИ сместились на третье место, уступив воспалительным заболеваниям органов малого таза. В структуре гинекологической патологии подростков в 2004 году нарушения овариально-менструального цикла составляют 26% от всех заболевших, на них приходится 45 случаев на

1000 населения (девочек-подростков). Структура менструальных нарушений, зарегистрированных в 2004 году у подростков, представлена на диаграмме 2.

На первом месте в структуре нарушений менструального цикла находится дисменорея - 778 случаев, что составило 45,9%. Второе место занимает олигоменорея - 23%, на третьем месте располагаются маточные кровотечения пубертатного периода - 13%, 8% приходится на аменорею первичную и вторичную. Суммируя олигоменорею, первичную и вторичную аменорею можно заметить, что гипоменструальный синдром встречается более чем в два раза чаще маточных кровотечений пубертатного периода, и на него приходится 31%, а на маточные кровотечения - 15%.

Таким образом, чаще всего у пациенток в подростковом периоде выявляются болезненные менструации и гипоменструальный синдром.

Динамика изменений за 3 года в структуре нарушений овариально-менструального цикла можно проследить в диаграмме 3: значимых изменений в структуре не произошло.

Таким образом:

1. В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков в течение 7 лет отмечается значительный рост нарушений овариально-менструального цикла;

2. В структуре гинекологической патологии подростков в 2004 году на первом месте располагаются нарушения овариально-менструального цикла и составляют 26% от всех заболевших;

3. Среди нарушений овариально-менструального цикла преобладают дисменорея и гипоменструальный синдром, который включает в себя первичную и вторичную аменорею, олигоменорею, и встречается более чем в два раза чаще маточных кровотечений пубертатного периода.

Учитывая эти данные, актуальным является применение щадящих и наиболее фи-

Снисаренко Елена Александровна - канд. мед. наук, главный детский и подростковый гинеколог Управления Здравоохранения мэрии г. Новосибирска;

Пасман Наталья Михайловна - докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой клинической медицины НГУ;

Дударева Алла Витальевна - канд. мед. наук, зав. отделением репродуктивного здоровья МУЗ НГСДКБ №5

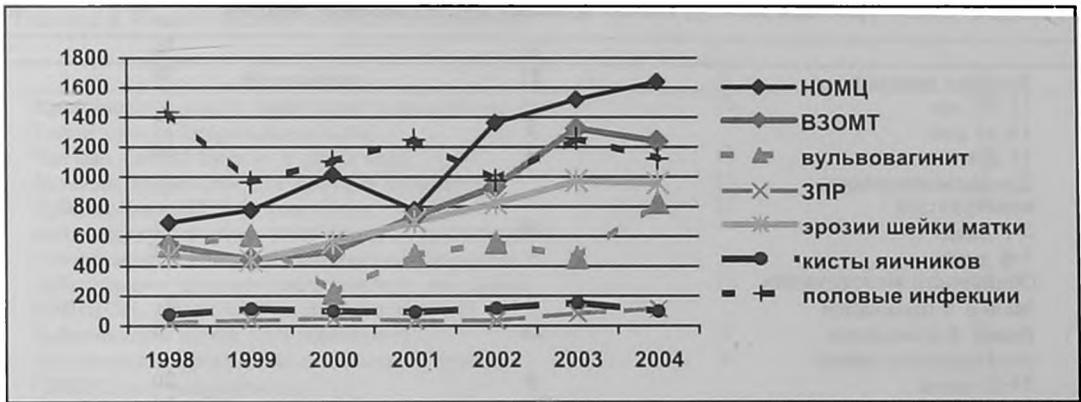


Диаграмма 1. Динамика изменения подростковой гинекологической заболеваемости в течение 7 лет

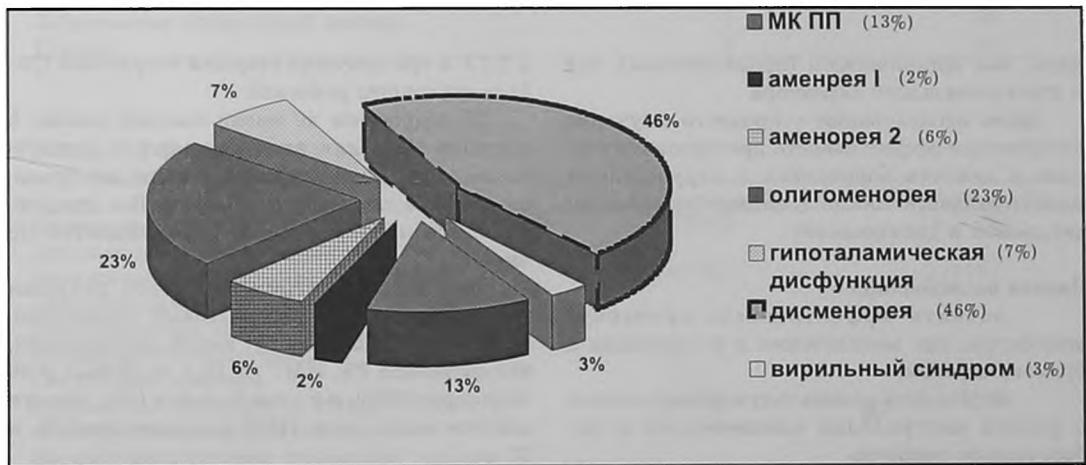


Диаграмма 2. Структура нарушений менструального цикла (2004 год)

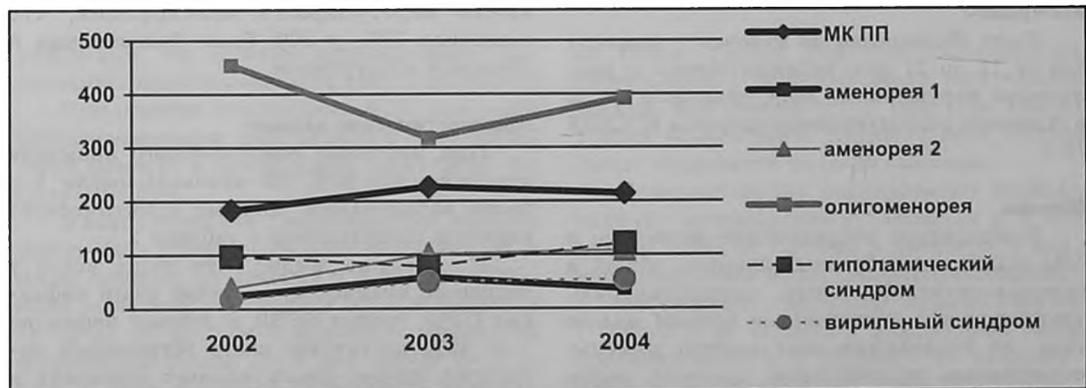


Диаграмма 3. Динамика изменений нарушений оварияльно-менструального цикла у подростков 15-18 лет

зиологических методов лечения, именно, в подростковом возрасте. Наиболее приемлемым способом лечения, в данных условиях,

возможно, является фитотерапия. Достаточно часто гипомеменструальный синдром у девочек-подростков сопровождается гиперпролактине-

Таблица 1. Характеристика менструальной функции обследованных девочек

	п	%
Возраст менархе	21	70
12-13 лет		
14-15 лет	5	17
16 лет	4	13
Продолжительность менструации		
3-6 дней	26	87
7-8 дней	4	13
Обильность менструации		
Менее 5 прокладок	8	27
Более 5 прокладок	22	73
Регулярность цикла		
28-30 дней	9	30
30-90 дней	21	70
Болезненность		
Да	10	33
Нет	20	67

мией, как органического (пролактиномы), так и функционального характера.

Цель исследования - провести изучение клинической эффективности препарата агнукастон у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла (гипоменструальным синдромом и дисменореей).

Задачи исследования

оценить эффективность препарата агнукастон, как монолечения и в сочетании с бромокриптином;

определить оптимальную схему лечения с учетом наступления клинического и лабораторного эффекта

выявить частоту и тяжесть возможных нежелательных эффектов

Материалы

Было обследовано 30 девочек - подростков от 12 до 21 лет, наблюдающихся с различными нарушениями менструального цикла в отделении репродуктивного здоровья НГСДКБ № 5.

Методы

Комплексное обследование включало в себя тщательно собранный анамнез, общий и гинекологический осмотр, антропометрию, ультразвуковое исследование органов малого таза, по показаниям щитовидной железы, исследование гормонального профиля, мазки на флору и онкоцитологию, по показаниям проводилась ТМР головного мозга. Все пациентки были проконсультированы терапевтом, эндокринологом, неврологом.

Социальный статус исследованных определялся в большей степени возрастом пациенток, большинство: 27 девушек были учащимися школ

и ПТУ и три девушки старшей возрастной (20-21 года) группы работали.

25 подростков не имели половой жизни, 5 девушек 20-21 лет, вели регулярную половую жизнь, одна была замужем, четыре вне брака, но с одним половым партнером. Все предохранялись презервативом, беременностей не имели.

При антропометрии почти все девушки имели нормальные весоростовые показатели. ИМТ менее 18,5 (16 и 17) имели две девушки, что составило 7%, ИМТ от 18,5 до 25 был у 26 пациенток (86%), и у двух больных (7%) имелся избыток массы тела, ИМТ у них составил 25 и 27.

Характеристика менструальной функции представлена в таблице 1.

Таким образом, большинство девушек имели нерегулярные менструации, что составило 70%, у 30% были болезненные и обильные менструации.

Анамнестические данные

При изучении соматического анамнеза отмечено, что 60% (20 человек) имели 3 и более заболеваний. Данные соматического анамнеза представлены в таблице 2.

Из таблицы видно, что чаще всего у пациентов имелись хронические очаги инфекции (75%), частые ОРВИ и детские инфекции - по 45%, достаточно часто встречалась патология опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы (40%).

Гинекологические заболевания в анамнезе были у 12 девушек, что составило 40%, из них 3 перенесли в дошкольном возрасте вульвовагиниты, 2 - маточные кровотечения пубертатного периода, 4 - эрозии шейки матки, 1 - кисту яичника, 2 - урогенитальные

Таблица 2. Соматический анамнез пациенток

Нозология	п	%
Хронические очаги инфекции в носоглотке (хр. Тонзиллит, гайморит, аденоиды)	25	75
Частые ОРВИ (более 4 раз в год)	15	45
Детские инфекции (по данным анамнеза)	15	45
Заболевания ЦНС (в том числе нейроциркуляторная дистония, внутричерепная гипертензия, церебрастенический синдром)	12	40
Заболевания опорно-двигательного аппарата (ФНШОП, остеохондроз, сколиоз, артрит)	6	20
Заболевания почек (пиелонефрит)	5	15
Заболевания желудочно-кишечного тракта (ДЖВП, гастродуоденит)	5	15
Миопия	3	10
Патологическое течение неонатального периода (сепсис, менингоэнцефалит, пневмония)	3	10
Аппендэктомия	3	10
Заболевания щитовидной железы	3	10
Прочие	3	10

Таблица 3. Результаты лечения

	1 группа n=12	2 группа n=18
Полное восстановление клинико-лабораторных показателей	10 (83%)	15 (83%)
Значительное улучшение (сохранился регулярный, но неустойчивый менструальный цикл 25-35 дней, небольшая болезненность менструаций)	2 (17%)	2 (11%)
Отсутствие эффекта	-	1
Отдаленные результаты: Нормальный менструальный цикл и показатели пролактина в течение года после лечения	9 (75%)	14 (77%)
Пациентки, требующие дальнейшей терапии	3 (25%) (При наличии пролактином)	4 (23%)

инфекции, на момент исследования все пациентки были излечены от этих заболеваний.

При осмотре у 9 больных были выявлены кожные изменения (акне на лице и коже спины, стрии розового и белого цвета, гирсутизм), что составило 30%.

Ультразвуковое сканирование органов малого таза проводилось всем девушкам до, и после лечения, до лечения у 6 больных (20%) было выявлено увеличение объема яичников от 12 до 22 куб. см с наличием множества фолликулов (более 10) с диаметром от 5 до 8 мм, у большинства пациенток размеры яичников были нормальными.

Гормональное исследование показало у 40% больных гиперпролактинемия от 666,7 mIU/L до 2520 mIU/L (в среднем 1009,5±15), у 40% пролактин определялся на верхних границах нормы от 500 до 600 mIU/L, и у 20% изменений показателей пролактина выявлено

не было. Таким образом, большинство обследованных девушек имели гиперпролактинемия или склонность к ней. При анализе других показателей гормонального статуса, явных отклонений не было выявлено.

Дополнительное исследование показало наличие микроаденомы гипофиза у 3 подростков (10%) от 2 до 5 мм в диаметре, у них у всех отмечалась более гиперпролактинемия.

Все пациентки были разделены на 2 группы. 1 группа - 12 человек с выраженной гиперпролактинемией и 2 группа - 18 девушек с показателями пролактина менее 600 mIU/L.

В первой группе проводилось лечение комбинации агнукастона и бромокриптина в течение 3-6 месяцев (агнукастон по 1 таблетке утром и доза бромокриптина подбиралась индивидуально, в среднем она составила от 1/2 до 1 таб. В сутки). Агнукастон был добавлен при лечении бромокриптином для снижения

дозы бромокриптина, учитывая его не всегда хорошую переносимость. В данном случае доза бромокриптина была уменьшена на 1/2-1 таблетку. Вторая группа пациенток получала агнукастон в течение 3 мес. по 1 таблетке утром.

Оценка лечения проводилась через 3, 6, 12 мес. Критериями оценки служили: регулярность менструального цикла, уменьшение кровопотери и болезненности при обильных и болезненных менструациях, нормализация гормональных показателей (пролактин), уменьшение размеров аденомы у пациенток с микроаденомой гипофиза (МРТ проводилась через год от начала лечения).

Таким образом, при лечении агнукастоном, как в сочетании с бромокриптином так и как монотерапии отмечается хороший клинический эффект. У 83% пациентов произошло восстановление менструального цикла, улучшение гормонального статуса (снижение уровня пролактина до 200-300 mIU/L). При анализе отдаленных результатов у 77% сохранялся эффект от лечения, что не требовало дополнительной терапии. 3 девушки с пролактиномами продолжали лечение в течение года, при этом показатели пролактина были в норме, менструальный цикл был регулярный. При лечении, кроме восстановления цикла, отмечено значительное снижение болевого синдрома при менструации, гиперполименореи через 2-3 месяца лечения, это сохранялось в течение года после лечения.

При оценке отдаленных результатов четыре пациентки из второй группы были переведены на другую терапию в связи с неэффективностью у одной, две девушки отметили временное улучшение (с сохранением болезненных ощущений и неустойчивости менструального цикла) в течение 2 мес. с ухудшением в дальнейшем, одна пациентка через 2 мес. отметила ухудшение: появились вновь задержки менструации, нарастали признаки гиперандрогении, что потребовало дополнительной терапии.

Литература

1. Богданова Е.А. Бромокриптин в практике гинеколога детского возраста. Гинекология. 1999; 3
2. Вакс В.В. Гиперпролактинемия: причины, клиника, диагностика и лечение. Consilium Medicum. 2001; 11
3. Уварова Е.В., Кулаков В.И. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек.

Переносимость лечения в целом была хорошей, лишь у двух пациенток в первые дни лечения в сочетании с бромокриптином были кратковременные головокружения, не требующие дополнительной терапии.

Хочется отметить приемлемость данного лечения: прием препаратов 1-2 раза в сутки, хорошая переносимость, невысокая стоимость.

Выводы

1. В структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков в течение 7 лет отмечается значительный рост нарушений овариально-менструального цикла, в 2004 году они составили 26% от всех заболевших.

2. Учитывая высокий процент нарушений менструального цикла в структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков необходим подбор наиболее оптимальных и физиологичных способов лечения, одним из которых является фитотерапия (Агнукастон).

3. В группе девочек с выраженной гиперпролактинемией (пролактин 666,7 mIU/L - 2520 mIU/L) проводилась комбинированная терапия Агнукастон+Бромокриптин с индивидуальным подбором дозы, в группе девочек с уровнем пролактина до 600 mIU/L проводилась монотерапия Агнукастоном.

4. Добавление Агнукастона к терапии Бромокриптином позволяет снизить дозу последнего на 1/2-1 таблетку, что улучшает переносимость лечения.

5. При лечении агнукастоном, как в сочетании с бромокриптином так и как монотерапии отмечается хороший клинический эффект. У 83% пациентов произошло восстановление менструального цикла, улучшение гормонального статуса.

6. При анализе отдаленных результатов у 77% сохранялся эффект от лечения, что не требовало дополнительной терапии.

7. Отмечалась хорошая переносимость агнукастона при монотерапии и хорошая переносимость.

Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 1

4. Романцова Т.И., Мельниченко Г.А., Черноголов В.А. Проблемы диагностики гиперпролактинемических состояний. Гинекология. 1999; 2
5. Д. Е. Шилин, Н.И. Цветкова Дофаминиметики в терапии патологии полового развития. Фарматека. 2003; 11