

Опыт применения препарата Циклодинон при гиперпролактинемии, НМЦ и СПКЯ в условиях женской консультации

Ю.В. Юдина

КУ «Черкасский областной центр планирования семьи»

Современный образ жизни женщины в крупных мегаполисах, очень отличается от оптимального, рассчитанного природой. Обилие длительных стрессов малой интенсивности выполняет роль капли, разрушающей монолит здоровья не силой удара, а частотой падения. В ответ на это адаптационные системы реагируют изменениями гомеостаза организма и, в первую очередь, гомеостаза женских половых гормонов. Ключевая роль в этих изменениях отводится пролактину, избыточное влияние которого обуславливает изменение эстроген-прогестеронового равновесия в сторону эстрогенного доминирования и недостаточности циклической секреции гонадотропинов, что приводит к нарушению овуляторных циклов. Сложность этого состояния заключается в том, что доказать латентную гиперпролактинемия крайне сложно. Во-первых, даже при нормальных показателях пролактина его уровень в локальном кровотоке может быть значительно выше, чем в системном. Во-вторых, доминирование низкомолекулярных изоформ пролактина приводит к избыточному влиянию этого гормона на все органы-мишени. В-третьих, крайне тяжело определить пики секреции пролактина, т.к. они приходятся на ночное время. Конечно же, в нашем арсенале известны довольно эффективные препараты, способные снижать уровень пролактина, но нежелательные явления, характерные для этой группы препаратов, серьезно ограничивают их применение. В этой связи особое значение приобретают фитониринговые препараты, такие как Мастодинон и Циклодинон. Эффективность специального стандартизованного экстракта прутняка ВНО 1095, являющегося действующим веществом этих препаратов, доказана результатами исследований доказательной медицины, а хороший профиль безопасности позволяет широко использовать их именно в описанных нами случаях.

За 3 мес (октябрь–декабрь 2011 г.) в Черкасский областной центр планирования семьи обратились 150 женщин с жалобами на нарушение менструального цикла в различных проявлениях, чаще по типу олигоменореи и гипоменструального синдрома (чаще на фоне диагностированной НЛФ), около 5% – по типу гиперполименореи. Циклическое нагрубание и болезненность молочных желез отмечено у 65%, ациклическое – у 35%; молозивоподобные выделения из сосков – у 5–7%; явления, характерные для предменструального синдрома, – у 35–40%; невозможность забеременеть на фоне СПКЯ с недостаточностью II фазы менструального цикла.

Большинство из пациенток обратились впервые – 60%, остальные к моменту исследования уже находились на различных этапах обследования и коррекции гормональных нарушений. Из впервые обратившихся около 25% проводили самолечение витаминно-минеральными комплексами, гомеопатическими препаратами и др. (кроме Циклодинона), при этом отмечено: без улучшения симптоматики – 80%, незначительное улучшение – 20%.

Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование: обязательный осмотр щитовидной железы и молочных желез, осмотр Р.В. и Р. Rect. с забором онкоцитологии и др. анализов, общий анализ крови – клини-

ческий, уровень глюкозы в крови, общий анализ мочи, биохимия крови – почечные, печеночные пробы, коагулограмма, гормонограмма – ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т4св., пролактин, ДГЭА-S, кортизол, прогестерон по фазам цикла в динамике и по показаниям (в зависимости от нозологии). Из инструментальных методов исследования использовались: УЗИ органов малого таза вагинальным датчиком с фолликулометрией по фазам менструального цикла, УЗИ молочных желез в I фазу МЦ, УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости (по показаниям), рентгенография турецкого седла, МРТ головного мозга (по показаниям).

В результате проведенного обследования установлено, что у 45% женщин была диагностирована гиперпролактинемия в диапазоне от 23,3 нг/мл и выше, у 40% уровень Прл был в диапазоне верхней границы нормы, у 15% – нормальный показатель даже при наличии жалоб. Также было отмечено повышение уровня ЛГ в I и II фазе МЦ у 45% женщин, снижение уровня прогестерона во II фазе МЦ – у 45%, у 20% – гиперандрогения яичникового или надпочечникового генеза, у 15% – относительная гиперэстрогения.

После проведения полного клинико-лабораторного и инструментального обследования были установлены следующие диагнозы: СПКЯ с НЛФ, НОМЦ с НЛФ, гиперпролактинемия, ПМС, бесплодие I или II на фоне СПКЯ или гиперпролактинемии с НЛФ, мастодиния.

Чаще всего сопутствующая патология у обследованных женщин была представлена заболеваниями щитовидной железы – ГЩЖ разной степени выраженности с явлениями ДТЗ или гипотиреоза, у 3% – аутоиммунный тиреоидит (подтвержденный наличием антител (АТ) к рецепторам ТТГ, Ат-ПО, Ат-ТГ, АМС), патологией молочных желез – фиброзная, фиброзно-кистозная мастопатия. Микроаденома гипофиза выявлена у 1 больной. Были также выявлены вегетосудистая дистония и нейроциркуляторная дистония по гипо-, гипертоническому и кардиальному типу, варикозная болезнь нижних конечностей и органов малого таза, дискинезия желчевыводящих путей, хронический салпингоофорит, кисты яичников (фолликулярные и желтого тела, эндометриоидные у 5 пациенток, дермоидная у 1 пациентки), лейомиома матки, эндометриоз тела матки.

В зависимости от поставленного диагноза пациентки получали индивидуально подобранное лечение в виде циклической витаминотерапии, ноотропов, препаратов йода, гепатопротекторов, антигомотоксикологических препаратов, препаратов прогестеронового ряда, сосудистых препаратов, в т.ч. венотоников, мочегонных препаратов, а также во все схемы коррекции в качестве патогенетического средства базисной терапии был включен препарат «Циклодинон» (Бионорика).

Обязательным элементом обследования являлись консультации смежных специалистов – эндокринолога, кардиолога, терапевта, гастроэнтеролога, нейрохирурга, сосудистого хирурга, психолога.

Учитывая, что исследование началось в октябре, результаты лечения представляется возможным оценить в декабре,

но только у 100 пациенток, т.к. 50 начали лечение на 3-м месяце исследования.

Установлено, что мастодиния достоверно снизилась на 4–5-й неделе с полным ее исчезновением к 6–10-й неделе у 85% пациенток, у 15% больных незначительные жалобы еще сохранялись. В этой группе были преимущественно те пациентки, у которых исходный уровень пролактина был высоким. Также улучшились показатели прогестерона во II фазе МЦ, что подтверждено гормонограммой, измерением базальной температуры (двухфазная в 35% наблюдений за 2 мес). Относительно восстановления регулярности МЦ и характера менструации, то улучшение отмечалось с 4–5-й недели и практически нормализовалось к 8–10-й неделе, причем характер менструаций восстанавливался быстрее. Отмечена высокая эффективность Циклодинона в комплексном лечении различных вариантов ПМС – улучшение состояния и исчезновение симптомов отмечено у 80% пациенток на 4–7-й неделе наблюдения, у 20% пациенток жалобы

сохранялись с незначительными клиническими проявлениями до 8–10-й недели наблюдения. В результате лечения наступила беременность у 2 пациенток.

На основании полученных данных показана и подтверждена высокая эффективность растительного препарата Циклодинон в комплексном лечении ПМС, нарушений МЦ с НЛФ, гиперпролактинемии, галактореи, СПКЯ с НЛФ на фоне гиперпролактинемии и без нее, бесплодия на фоне гиперпролактинемии и/или СПКЯ с НЛФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – СПб.: СОТИС, 1995.
2. Майоров М.В. Предменструальный синдром: загадки патогенеза, проблемы терапии // Провизор. – 2001.
3. Сметник В.П., Марченко Л.А., Осипова А. Проблемы репродукции. – М., 2000.
4. Фитогормоны. Клиническая лекция / Под ред. В.Е. Радзинского, И.Н. Костина. – М., 2003.
5. Бодяжина В.И. и др. Неоперативная гинекология. – М., 1990.

