

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
6 июня 2008 г.
Регистрационный № 038-0608

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГОРМОНАЛЬНОМУ
ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ
И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЙ У ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН
С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ
КОСМЕТИЧЕСКОЙ ДИЕТОЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Н.П. Жукова, О.Н. Шматкова

Витебск 2008

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для внедрения метода необходимы:

1. Ростомер, для измерения роста пациентки.
2. Механические или электронные весы для взвешивания пациентки.
3. Линейки или таблицы для определения индекса массы тела (ИМТ).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Гормональное лечение дисфункциональных маточных кровотечений, аменореи, гипоменструального синдрома и эндокринозависимого бесплодия у девочек и женщин с дефицитом массы тела, обусловленным косметической диетой.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Перед назначением гормонального лечения пациенткам с нарушением менструальной и репродуктивной функции, которые явились следствием дефицита массы тела, обусловленного косметической диетой, необходимо определить индекс массы тела по формуле $ИМТ = m/L^2$, где m — масса тела (кг), L — длина тела (m^2). ИМТ = 18,5–19,4 — недостаточность питания, ИМТ менее 18,5 — дефицит массы тела.

Гормонотерапия дисфункциональных маточных кровотечений

I (стационарный) этап оказания помощи

Показания для гормонального гемостаза при дисфункциональных маточных кровотечениях у девочек-подростков и женщин, не живущих половой жизнью:

1. Профузное кровотечение, угрожающее жизни и здоровью девочки.
2. Отсутствие клинического эффекта от симптоматической терапии.
3. Осложнение дисфункционального кровотечения бактериальным эндометритом.
4. Сочетанные формы кровотечений (при заболеваниях системы гемостаза).
5. Подозрение гиперплазии эндометрия (по данным УЗИ >12 мм).
6. Наличие поликистозных изменений яичников по данным УЗИ (объем яичников более $7,75 \pm 0,36 \text{ см}^3$ с множеством фолликулов диаметром 7–8 мм и более).

Пациенткам с пониженной массой тела (ИМТ 18,5–19,4) назначаются комбинированные низкодозированные эстроген-гестагенные препараты: ригевидон, регулон, марвелон, минизистон, микрогинон, нордетте по 1 таблетке через 1–1,5—2–3 ч под язык до остановки кровотечения, но не более 6 таблеток.

Пациенткам с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18,5) назначаются комбинированные высокодозированные эстроген-гестагенные препараты: овидон, овулен, линдиол или нон-овлон по 1 таблетке через 1–1,5—2–3 ч

под язык до остановки кровотечения, но не более 4 таблеток при обильном кровотечении и нарастающей анемизации.

После достижения гемостаза доза всех назначаемых гормональных препаратов снижается в последующие дни не более чем на 1/3 в сутки, т. е. дозу снижают на 1 таблетку ежедневно, доведя дозу до 1 таблетки. Общая продолжительность терапии 21 день (считать с первого дня гемостаза).

У пациенток с дефицитом массы тела при выраженной гипоэстрогении (уровень эстрадиола ниже 0,2 нмоль/л) и отсутствии гиперпластических изменений в эндометрии (по данным УЗИ эндометрий менее 6 мм) могут применяться для гемостаза только эстрогены, которые дают хороший гемостатический эффект.

Схема лечения: фолликулин по 10 тыс. ЕД внутримышечно через 1 ч до остановки кровотечения, но не более 4 инъекций; в последующие дни доза снижается по 10 тыс. ЕД в день до 10 тыс. ЕД и остается до 11-го дня, считая с первого дня гемостаза. На 12, 13 и 14-й день фолликулин назначают по 5 тыс. ЕД в день в сочетании с прогестероном по 5 мг в сутки, с 15-го дня — прогестерон по 10 мг в сутки в течение 10 дней.

У пациенток с дефицитом массы тела назначение гестагенов нежелательно. Они могут быть использованы для гемостаза только при гиперпластических процессах в эндометрии (по данным УЗИ эндометрий более 12 мм) и скудных кровянистых выделениях по следующей схеме: дюфастон по 5 мг 4 раза в сутки или норколут по 5–10 мг не более 4 раз в сутки в течение 5–7 дней. При обильных и даже умеренных кровотечениях гестагены противопоказаны.

Девочкам и женщинам, живущим половой жизнью, при кровотечении на первом этапе показан гемостаз путем отдельного диагностического выскабливания слизистой оболочки матки и цервикального канала (при возможности с применением гистероскопа).

II (амбулаторный) этап лечения

Для лечения пациенток с пониженной массой тела препаратами выбора являются комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные моно- или трехфазные контрацептивы.

Низкодозированные монофазные контрацептивы: ригевидон, регулон, микрогинон, марвелон, минизистон, минулет, нордетте, фемоден, жаннин. Трехфазные контрацептивы: три-регол, триквилар, тризистон, три-мерси.

Пациенткам с дефицитом массы тела и выраженной гипоэстрогенией (уровень эстрадиола ниже 0,2 нмоль/л) могут быть рекомендованы комбинированные эстроген-гестагенные препараты для заместительной гормональной терапии (ЗГТ): фемостон, климонорм. Гормональные контрацептивы и препараты для ЗГТ назначаются на втором этапе лечения дисфункциональных маточных кровотечений на 4–6 месяцев по контрацептивной схеме.

Гормонотерапия гипоменструального синдрома и аменореи

Первичная аменорея. При первичной аменорее, обусловленной дефицитом массы тела (после исключения аномалий развития и органических поражений женской половой системы и эндокринных желез), лечение начинают с диетотерапии (калорийность дневного рациона не менее 35 ккал/кг массы тела), витаминотерапии и назначения гомеопатических средств: циклодинон по 40 капель (или по 1 таблетке) в день в течение 3–6 месяцев или мастодион по 30 капель 2 раза в день в течение 3 месяцев.

При увеличении массы тела (ИМТ не менее 19,5) и отсутствии увеличения матки и менструаций на фоне предварительного лечения в течение 3–6 месяцев назначают гормональную терапию.

Предпочтительно назначение непрерывного курса эстрогенов.

Схема лечения: фолликулин по 10000 ЕД в день ежедневно в течение 2–3 месяцев до заметного увеличения матки. Затем рекомендуют циклическое применение фолликулина по 10000 ЕД в день в течение 15 дней и прогестерона по 10 мг в течение 8 дней. При появлении менструалоподобной реакции циклическую терапию продолжают в течение 3–4 месяцев. В последующем в течение 3 месяцев назначают монофазные низкодозированные контрацептивы для формирования двухфазного менструального цикла, такие как ригевидон, регулон, микрогинон, марвелон, минизистон, минулет, нордетте, фемоден, жаннин.

При конституционально-наследственной недостаточности питания на фоне задержки полового и физического развития гормональная терапия не назначается до достижения наследственно обусловленной возрастной границы менархе.

Общая терапия гипоменструального синдрома или вторичной аменореи, обусловленных косметической диетой и интенсивными физическими нагрузками, строится на следующих принципах: диетотерапия не менее 35 ккал на кг массы тела в сутки; отказ от тяжелых физических нагрузок (допускаются ходьба с умеренной скоростью или любительское плавание, утренняя зарядка); витаминотерапия; природные адаптогены; аминокислоты; нестероидные анаболики; гомеопатические препараты.

При увеличении массы тела (ИМТ не менее 19,5) и отсутствии восстановления исходных размеров матки, молочных желез и менструаций на фоне предварительного лечения в течение 3–6 месяцев назначают гормональную терапию.

При гипогонадотропной недостаточности (уровни ФСГ и ЛГ ниже 1,5 и 1,0 МЕ/л соответственно) и выраженной гипозэстрогении (уровень эстрадиола ниже 0,2 нмоль/л) назначают фолликулин 10000 ЕД в день в течение 3 недель (21 день). Если после отмены препарата возникает менструалоподобная реакция, необходим перерыв 5 дней, при отсутствии реакции — 10 дней. Терапию эстрогенами продолжают до 3–6 месяцев в зависимости от увеличения матки, молочных желез и уровня гормонов крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона). Затем в течение 3 месяцев назначают монофазные низкодозированные контрацептивы для формирования

двухфазного менструального цикла, такие как ригевидон, регулон, микрогинон, марвелон, минизистон, минулет, нордетте, фемоден, жаннин.

При нормальном уровне ФСГ и ЛГ ($4,3 \pm 1,8$ и $5,7 \pm 2,1$ МЕ/л соответственно) и гипоестрогении (уровень эстрадиола ниже $0,2$ нмоль/л) общая терапия строится на вышеуказанных принципах, а гормональное лечение назначается по тем же показаниям, однако препаратами выбора являются низкодозированные монофазные контрацептивы, которые применяют 3–4 месяца на фоне общей терапии.

При бесплодии, обусловленном гипоестрогенией и ановуляцией на фоне дефицита массы тела и гипо- или нормогонадотропной яичниковой недостаточности, лечение строится на принципах вышеуказанной терапии (см. гормонотерапию при гипоменструальном синдроме и вторичной аменорее). Стимуляция овуляции не назначается до достижения нормальных показателей фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, эстрадиола и прогестерона.

Если дисфункциональные маточные кровотечения, аменорея или гипоменструальный синдром и бесплодие сопровождаются гиперпролактинемией, показано назначение бромкриптина (парлодела) по $\frac{1}{4}$ таблетки на ночь в течение 2 недель под контролем пролактина крови и последующим индивидуальным увеличением дозы с учетом массы тела и показателей пролактина.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Общие противопоказания для гормонального гемостаза:

- наличие гиперкоагуляции по данным коагулограммы;
- тяжелые заболевания печени — острый или хронический персистирующий гепатит или цирроз печени.

При болезни Жильбера, идиопатической гиперхолестеринемии, дискинезии желчевыводящих путей гормональный гемостаз назначается с осторожностью (еще раз проанализировать все показания и противопоказания для его назначения) в сочетании с гепатопротекторами (эссенциале, гепатил), желчегонными и препаратами, снижающими уровень холестерина (липостабил, мевакор, лескол и др.).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Источником ошибок при назначении гормонального лечения могут быть неполно собранные анамнестические сведения, недостаточное клинико-лабораторное обследование, ошибки при измерении тех или иных показателей и влияние случайных, непредсказуемых факторов на состояние здоровья.