

Опыт применения

Михалеви́ч С.И.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

«Глюкомет» в комплексном лечении пациенток с синдромом поликистозных яичников

Статья посвящена возможности лечения синдрома поликистозных яичников препаратом метформин (Глюкомет). Полученные данные свидетельствуют, что включение препарата в комплексную терапию у больных с СПКЯ на фоне ГИ и ИР способствует более раннему восстановлению функции гипоталамо-гипофизарно-яичниково-надпочечниковой системы и достижению беременности. Необходимо проведение долгосрочных исследований, направленных на выяснение влияния метформина среди женщин, страдающих СПКЯ.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) характеризуется нарушением менструального цикла (олиго- или аменорея), двухсторонним увеличением яичников, наличием признаков гиперандрогении, очень часто нарушением жирового обмена (НЖО), бесплодием. Это - одно из наиболее часто встречающихся гормонозависимых заболеваний в гинекологической практике.

Патогенез СПКЯ в настоящее время достаточно полно изучен, и на его основании предложены различные методы лечения: медикаментозное, хирургическое либо сочетание обоих видов (1, 2). Однако данные, накопленные за последние десятилетия, иногда противоречивы. Различные авторы

получают существенно отличающиеся результаты в зависимости от вида лечения, что является доказательством необходимости дальнейшего изучения патогенеза заболевания и поиска оптимальных видов терапии (1, 2).

При СПКЯ мы имеем дело с нарушениями гипоталамо-гипофизарного отдела ЦНС, изменениями в яичниках и надпочечниках. Вместе с этим, как фактор развития СПКЯ у женщин репродуктивного возраста могут быть диагностированы хроническая гиперинсулинемия (ГИ) и инсулинорезистентность (ИР).

Явления ГИ и ИР отмечены многими исследователями, особенно, у пациенток с метаболическими нарушениями. У части женщин с СПКЯ, ИР и гиперандрогенией нагрузка глюкозой способствовала повышению уровня циркулирующих андрогенов. Полученные данные расширили представление о гетерогенности яичниковой гиперандрогении и заставили учитывать такой потенциальный механизм её развития, как метаболические нарушения, связанные с системой инсулин-глюкоза. Некоторые авторы даже полагают, что ГИ может занимать центральное место в развитии яичниковой гиперандрогении. Таким образом, терапия, направленная на снижение уровня глюкозы, может способствовать повышению эффективности лечения СПКЯ.

Таблица 1

Данные анамнеза пациенток с СПКЯ.

Показатели	После резекции яичников, n=38 гр. I	До оперативного вмешательства, n=34 гр. II
Возраст	24,5±2,8	23,6±2,7
Начало месячных	16,7±1,3	16,2±1,6
Нарушения менструального цикла	100%	100%
Аменорея	-	15%
ГИ и ИР	100%	100%
НЖО II-III ст	100%	100%

В клинике РНПЦ «Мать и дитя» в отделении планирования семьи и ВРТ

изучалась целесообразность применения в комплексном лечении препарата метформина

(Глюкомет компания «Фармакар») при СПКЯ у 72 пациенток до операции и после неё.

Как видно из таблицы 1, у всех женщин установлены ГИ и ИР, в 100% случаев имелись метаболические нарушения в виде НЖО II – III степени.

Возраст больных в сравниваемых группах составлял, $24,5 \pm 2,8$ и $23,6 \pm 2,7$ года. Первичное бесплодие отмечено в 100% случаев в течение $5,6 \pm 0,3$ лет. Необходимо указать на высокий инфекционный индекс у всех пациенток (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, хронические рецидивирующие воспалительные заболевания гениталий, перенесенные пневмонии, частые ОРВИ, хроническая герпесвирусная инфекция). В 50% случаев у

больных имели место стрессовые ситуации (психические травмы, смена климатогеографической зоны проживания).

У 82% женщин была диагностирована гиперандрогения яичникового генеза, гирсутизм - у 58%. Размеры яичников увеличены по данным УЗИ ($4 \times 5 \times 5,5$ см). Возраст начала менструаций составил, в среднем, от $16,7 \pm 1,3$ до $16,2 \pm 1,6$ лет, нарушения менструального цикла определены у 100% пациенток, которые проявлялись в виде ановуляторных циклов, олиго- или аменореи. Аменорея констатирована в 15% случаев у пациенток до оперативного вмешательства.

Показатели гормонального статуса отображены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика содержания некоторых гормонов у пациенток с СПКЯ.

Показатели	До применения Глюкомета		После применения Глюкомета	
	гр. I n=38	гр. II n=34	гр. I n=38	гр. II n=34
Прогестерон, нмоль/л	$4,6 \pm 0,2$	$5,2 \pm 0,3$	$19,2 \pm 1,4$	$10,2 \pm 1,4$
ФСГ, мМЕ/л	$3,0 \pm 0,1$	$1,67 \pm 0,2$	$6,5 \pm 0,2^*$	$4,9 \pm 0,3^*$
ЛГ, мМЕ/л	$8,3 \pm 0,3$	$7,5 \pm 0,4$	$12,1 \pm 0,3^*$	$10,3 \pm 0,4^*$
инсулин, нмоль/л	$110,4 \pm 21,7$	$124,5 \pm 23,7$	$58,6 \pm 10,2^*$	$71,7 \pm 11,7^*$
ЛГ/ФСГ	$2,76 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,3$	$1,86 \pm 0,3^*$	$2,07 \pm 0,2^*$

* - достоверно по сравнению с показателем до применения Глюкомета.

Изучение гормонального статуса показало, что уровень прогестерона был снижен (от $4,6 \pm 0,2$ до $5,2 \pm 0,3$ нмоль/л) и практически не менялся при неоднократных исследованиях, ЛГ колебался от $8,3 \pm 0,3$ до $7,5 \pm 0,4$ мМЕ/л, ФСГ – от $1,67 \pm 0,2$ до $3,0 \pm 0,1$ мМЕ/л. Соотношение ЛГ/ФСГ – $4,5 \pm 0,3$.

Все пациентки условно разделены на 2 подгруппы: 38 человек были после резекции яичников (лапароскопия или лапаротомия) (группа I), 34 пациентки - до оперативного вмешательства (группа II).

После оперативного лечения в 32% случаев произошло восстановление менструального цикла, однако овуляции на фоне $28,3 \pm 2,6$ – дневного цикла наблюдались лишь у 8% пациенток. ГИ и ИР имела место и после операции. Применение клостилбегита в течение 2 – 3 –х циклов также не позволило получить значительное улучшения ситуации, т.е., овуляторные циклы отмечены лишь в 12% случаев.

В комплекс лечения был включен Глюкомет в дозе 1700 мг в сутки в течение 3-х месяцев. Препарат снижает уровень глюкозы в крови натощак и после приёма пищи, а также уровень гликозилированного гемоглобина, повышает толерантность к глюкозе, не изменяет секрецию инсулина

бета-клетками островков поджелудочной железы, нормализует липидный профиль плазмы крови, стабилизирует или уменьшает массу тела. Глюкомет хорошо переносился пациентами. Побочных эффектов практически не отмечено.

Через 3 месяца был проведен глюкозотолерантный тест, исследованы гормоны крови, выполнены тесты функциональной диагностики (ТФД), у части пациенток - УЗИ контроль за фолликулогенезом.

В обеих подгруппах отмечена нормализация показателей глюкозы, в 85% случаев - отсутствие ГИ и ИР. По данным ТФД и УЗИ в подгруппе пациенток до оперативного вмешательства овуляция не регистрировалась, однако менструальный цикл составил $32 \pm 3,8$ дней, чего не наблюдалось до включения в комплекс лечения Глюкомета. У женщин данной подгруппы промежуток между месячными составлял, в среднем, $58,6 \pm 5,9$ дня. У пациенток после оперативного лечения СПКЯ в 86% случаев отмечен двухфазный менструальный цикл с подтверждением овуляции по ТФД и УЗИ. Кроме того, в этой подгруппе пациенток за три месяца у 5

(13,1%) женщин зарегистрировано наличие беременности.

При исследовании гормонального фона отмечены изменения, особенно значимые в I-й подгруппе: нормализация показателей ЛГ и ФСГ, и, соответственно, соотношения ЛГ/ФСГ. Во II-й подгруппе соотношение ЛГ/ФСГ не претерпело изменений, однако возникли колебания ЛГ и ФСГ в соответствии с фазами цикла, чего не наблюдалось до применения Глюкомета. Эти же изменения касались и прогестерона. Его уровень достоверно увеличился, появились его колебания в течение цикла. Поскольку исследования проводились непродолжительное время, то, возможно, при применении препарата на протяжении еще 3-6 циклов изменения были бы более существенными.

За время использования препарата в обеих подгруппах отмечена также стабилизация массы тела пациенток и в 21% случаев – незначительное её снижение.

Таким образом, лечение СПКЯ метформином (Глюкометом) патогенетически обосновано у пациенток с ГИ и ИР. Включение препарата в комплексную терапию у больных с СПКЯ на фоне ГИ и ИР способствует более раннему восстановлению функции гипоталамо-гипофизарно-яичниково-надпочечниковой системы и достижению беременности. Необходимо проведение долгосрочных исследований, направленных на выяснение влияния метформина среди женщин, страдающих СПКЯ.

Литература

1. *Руководство по эндокринной гинекологии* / Под редакцией Е. М. Вихляевой. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2000. – 768 с.
2. *Михалевиц С. И. Преодоление бесплодия. Диагностика, клиника, лечение: Учебное пособие.* – Мн.: Беларуская навука, 2002.-191 с.

Халдин А.А., Иванов О.Л.,
Фадеев А.А.

УО «Московская медицинская
академия им. И.М. Сеченова»

Проблема негонококковых уретритов и перспективы их терапии

В статье представлены данные об эпидемиологии негонококковых уретритов, причинах роста заболеваемости хламидиозом и уреаплазмозом. Рассмотрены особенности клинического течения уретритов, обусловленных возбудителями второй генерации. Представлены собственные данные апробации фторхинолона нового поколения «Авелокса» при лечении хламидийной и уреаплазменной инфекции.

Высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), является одной из актуальных проблем здравоохранения и привлекает к себе все большее внимание специалистов во всем мире [1].

Несмотря на ускоренное развитие социальных программ, пропаганду «защищенного» секса, появление новейших диагностических исследований и разработку современных комплексных

схем терапии, заболеваемость ИППП остается стабильно высокой, как по всему миру, так и в России [2]. В первую очередь это касается таких возбудителей, как *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*.

Хотя за последние 3 года наметилась некоторая тенденция к снижению заболеваемости хламидийной и уреаплазменной инфекциями, данные статистики все еще неутешительны. Так, по официальным данным, в последнее время в России ежегодно регистрируется более 350 000 таких больных [3]. Однако эти цифры не отражают реальной картины заболеваемости. В действительности они значительно превышают данные официальной статистики. Это во многом связано с распространением самолечения, отсутствием регистрации пациентов в некоторых коммерческих лечебно-диагностических центрах и у частнопрактикующих врачей.