

пии мазка после проведенного местного лечения не выявлено наличия ключевых клеток.

Известно, что клиническое значение БВ определяется увеличением риска развития таких осложнений, как самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода, послеродовые инфекционные осложнения у родильниц [7].

Анализируя осложнения течения беременности у наблюдаемых женщин с БВ, авторы отметили более частую угрозу преждевременных родов по сравнению женщинами с нормоценозом. У рожениц с БВ достоверно чаще отмечались такие осложнения, как несвоевременное излитие околоплодных вод, угроза разрыва промежности и разрыв стенок влагалища. Данные о характере осложнений у всех наблюдаемых женщин представлены в таблице.

У женщин с БВ, своевременно получивших патогенетическую терапию, отмечено достоверное снижение частоты преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод и послеродовых осложнений.

Выводы

1. У женщин с нормоценозом влагалищной микрофлоры к III триместру беременности снижается количество аэробной и анаэробной флоры на фоне увеличения бифидо- и лактобактерий.
2. На разных сроках гестации у беременных с БВ отмечено наличие частых ассоциаций с большим количеством анаэробных микроорганизмов (бактероиды и пептострептококки) при значительно сниженных средних количествах лакто- и бифидобактерий.
3. Применение крема Клиндацин® во II и III триместрах беременности эффективно и безопасно. На фоне лече-

ния клиндамицина фосфатом отмечено снижение роста ассоциированных с БВ анаэробных микроорганизмов: бактероидов и пептострептококков.

4. Использование 6-дневного курса лечения 2% вагинальным кремом Клиндацин® для санации БВ у беременных женщин способствует снижению числа преждевременных родов и послеродовых осложнений.

Литература

1. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Терминология и классификация бактериальных инфекционных заболеваний женских половых органов. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов 1998; 2: 72–7.
2. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Современные представления о бактериальном вагинозе. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1996; 3: 40–2.
3. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Антибактериальная терапия. Практическое руководство, М., 2000; с. 123–31.
4. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем. М.: Мед. лит., 2004.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. Практическое руководство. СПб, 2001.
6. Савичева А.М., Баишмакова М.А. Диагностика пренатальных инфекций. Клинико-лабораторный консилдум, 2003; 1: 26–30.
7. URL: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010/ www.cdc.gov/mmwr
8. Акушерство и гинекология – клинические рекомендации. Под ред. Г.М.Савельевой, В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. 3-е изд., 2011.
9. Наджарян И.Г., Косточек Д.Ф. Факторы риска акушерско-гинекологической патологии при беременности и в родах, приводящие к перинатальным потерям. Журнал акушерства и женских болезней, 2004; 1: 49–54.

Циклическая витаминная и минеральная терапия: случаи из практики

О.А.Лиманова¹, Е.Ю.Лисицына¹, О.Н.Грачева², О.А.Громова³

¹ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ
²ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ
³РСПЦ Института микроэлементов ЮНЕСКО, Москва

Резюме

Циклическая витаминно- и минералотерапия относится к негормональным методам стимуляции овуляции и регуляции менструального цикла (МЦ). Назначение витаминно-минеральных препаратов безопасно и востребовано нормальной физиологией репродуктивной системы. Нарушения МЦ сопровождаются разнообразными симптомами и часто – хронической соматической патологией, возникающей вследствие дисморфизма соединительной ткани. Клинические случаи иллюстрируют эффективность интеграции в программу лечения нарушений менструальной функции циклической витаминно- и минералотерапии препаратом Цикловита.

Ключевые слова: менструальный цикл, соединительнотканная дисплазия, витаминно- и минералотерапия, Цикловита.

Cyclic vitamin and mineral therapy: cases from practice

О.А.Limanova, Е.Ю.Lisicina, О.Н.Graceva, О.А.Gromova

Summary

The cyclic vitamin and mineral therapy refers to non-hormonal methods of stimulation of ovulation and the regulation of the menstrual cycle (MC). Appointment of vitamin and mineral products safely and claimed the normal physiology of the reproductive system. Violations of the MC is accompanied by a variety of symptoms and often chronic somatic pathology that occurs as a result of dysmorphism of connective tissue. Clinical cases illustrate the effectiveness of the integration into the program of treatment of menstrual function by including drug Cyclovita.

Key words: menstrual cycle, connective tissue dysplasia, vitamin-and mineralotherapy, Cyclovita.

Сведения об авторах

Лиманова Ольга Адольфовна – канд. мед. наук, доц. каф. экспериментальной и клинической фармакологии ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ. E-mail: adm@isma Ivanovo.ru

Лисицына Елена Юрьевна – аспирант каф. экспериментальной и клинической фармакологии ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ, врач акушер-гинеколог городского центра «Брак и семья». E-mail: adm@isma Ivanovo.ru

Грачева Ольга Николаевна – канд. мед. наук, ассистент каф. акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ. E-mail: gracbeva.on@bkr.ru

Громова Ольга Алексеевна – д-р мед. наук, проф. каф. экспериментальной и клинической фармакологии ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ, РСПЦ Института микроэлементов ЮНЕСКО. E-mail: unesco.gromova@gmail.com

Известно, что менструальная функция является чувствительным индикатором состояния общего и репродуктивного здоровья женщины. Коррекции нарушений менструального цикла (МЦ) можно добиться с помощью негормональных методов терапии (физио-, иглорефлекс, фитотерапия, грязе- и бальнеолечение) [1–4], нормализацией циркадного ритма сон–бодрствование [5].

Цикличность и физиология МЦ особенно уязвимы на фоне недостаточности эссенциальных микронутриентов [6–8]. Если причиной возникновения нарушения менструальной функции у конкретной пациентки является выраженный дефицит эссенциальных микронутриентов, то даже гормональная терапия может быть малоэффективна, так как она не устраняет патогенетические причины возникших нарушений [8, 9]. Назначение витаминно-минеральных препаратов безопасно и востребовано нормальной физиологией репродуктивной системы [9, 10]. В современной биомедицине и биохимии витамины рассматриваются как регуляторы-триггеры ферментов, без участия которых невозможно согласование во времени и пространстве процессов обмена веществ [6]. В России низкая обеспеченность микронутриентами – чрезвычайно распространенное явление, и не только в популяции девушек-подростков, но и у женщин репродуктивного возраста [7]. Приведем 4 клинических случая из практики, иллюстрирующих эффективность интеграции в программу лечения циклической витаминно- и минералотерапии биологически активной добавкой (БАД) Цикловита.

Случай 1

Пациентка В., 22 года. Диагноз: «Нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи». Обратилась с жалобами на нерегулярные менструации за последний год. Менструации с 15 лет, с тенденцией к задержкам, начиная с менархе, длительностью по 3–5 дней, умеренные, со сгустками, с интервалами 39–50 дней. Во время менструации пациентку беспокоят сильные боли в течение всего периода, после менструации сохраняются мажущие кровянистые выделения до 3–5 дней. Пациентка отмечает сухость во влагалище и снижение либидо. В течение 6 лет, а в последние 2 года особенно, у пациентки наблюдался период интенсивных психоэмоциональных нагрузок – защита диплома с отличием, сдача экзаменов, учеба на курсах вождения автомобиля, посещение курсов изучения английского языка, стажировка в Великобритании. В этот период отмечается возрастающее чувство усталости и снижения работоспособности. Из анамнеза жизни выяснено, что пациентка спит в комнате без штор, при этом ночью в комнате достаточно светло, особенно летом, а также в полнолуние; в комнату проникает свет от уличных фонарей и светящихся фар автомобилей. Питание нерегулярное, часто употребляет «фаст-фуд», бутерброды, сосиски в тесте, йогурт с хлебом.

У пациентки диагностировано первичное бесплодие в течение 2 лет регулярной половой жизни без использования контрацептивных методов. Муж пациентки обследован, патологии со стороны его репродуктивной системы не обнаружено. Объективно: рост 167 см, вес 48 кг, молочные железы слаборазвитые, кожа очень сухая, тонкая, отмечаются признаки дисплазии соединительной ткани (гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи). Кожа лица бледная, отмечаются темные круги под глазами, особенно после перегрузок. Пациентка жалуется на секущиеся, тусклые, сухие волосы и слоистость ногтей. За несколько дней до начала менструации пациентка отмечает усиление угревой сыпи на лице и верхней 1/3 груди, повышенную сальность волос и кожи лица. Гинекологический статус: лобковое оволосение скудное, складчатость влагалища слабо выражена, влагалищный секрет скудный, матка в гиперантефлексии, несколько меньше нормы. По данным электрофизиологических методов обследования выявлен пролапс митрального клапана сердца I стадии.

Назначено обследование: электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС); определение биохимических показателей крови: печеночные пробы, клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, оценка показателей

свертывания крови. Обследование на специфические инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез) отрицательное. Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы, степень чистоты вагинальной флоры – I.

Циклически были определены: лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), прогестерон [11], в I фазу цикла (2-й день МЦ) уровни эстрадиола и ФСГ, во II фазу цикла – (23-й день) – уровень прогестерона. Для оценки индукции овуляции и возможной лютеинизации лопнувшего фолликула – на 16-й день цикла определяли уровень ЛГ. Гормональный статус пациентки оценен как гипозестрогеновый [2].

Пациентке назначили терапию, включающую следующие рекомендации [12]:

1. Сочетанная циклическая витаминно- и минералотерапия (ЦВМТ) курсом 3 мес. С 1 по 14-й дни МЦ утром во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-1, с 15 по 28-й дни МЦ утром и вечером во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-2. БАД Цикловита® представляет собой сбалансированный двухфазный витаминно-минеральный комплекс, разработанный с учетом циклических изменений в организме женщины и связанных с ними изменений в потребности в витаминах и микроэлементах в разные фазы МЦ. Два состава – Цикловита-1 и Цикловита-2 содержат 12 витаминов, 5 минералов, рутин и лютеин в разных дозовых соотношениях для I и II фазы МЦ и предназначены для приема в соответствующие фазы цикла.
2. Ночной сон в условиях освещенности ночного типа в тишине (доказано благоприятное воздействие на МЦ) [5]. Ночной световой режим обеспечивался плотными (светонепроницаемыми) шторами в спальне, в поездках использовались специальные очки для сна. Рекомендованы прогулки перед сном.
3. Двигательный режим. Рекомендованы умеренные физические нагрузки, регулярные занятия каким-либо видом спорта (плавание, бег, танцы), чередование периодов труд/физическая нагрузка и отдых.
4. Диета. Рекомендовано включение в ежедневный рацион овощей и фруктов, регулярное употребление мясных, рыбных и молочных продуктов.

К концу курса лечения отмечена нормализация менструально-овариального цикла, который установился длительно по 3–4 дня через 30–34 дня, без сгустков и болевого синдрома. Через 4 мес терапии уровень эстрадиола в I фазу цикла повысился до нормальных значений (78,6 пМоль/л).

К концу лечения менструации стали не только регулярными, но и безболезненными, межменструальные кровянистые выделения сократились до 1–2 дней, повысилась либидо, нормализовалось состояние кожи и волос, исчезли темные круги вокруг глаз, прекратилось диффузное выпадение волос на голове. Повысилась работоспособность, снизилась утомляемость. Улучшился сон, улучшились параметры интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса (снизились параметры острого и хронического стресса). В дальнейшем после 2-месячного перерыва курс был полностью повторен. Далее без дальнейшей витаминно- и минералотерапии БАД Цикловита у пациентки отмечаются регулярные менструации, срок давности наблюдения после окончания 2 курсов лечения на настоящее время составил 18 мес. Таким образом, после лечения достигнута стойкая ремиссия. По клинико-лабораторным показателям у женщины восстановился нормальный МЦ, побочных явлений не наблюдалось.

Случай 2

Пациентка Л., 18 лет. Диагноз: «Нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи. Синдром предменструального напряжения».

Обратилась на прием с жалобами на болезненные, скудные, короткие (1–2 дня) менструации с тенденцией к задержкам до 50–90 дней, резкую слабость и утомляемость за 5–7 дней до менструации, резкое повышение аппетита перед менструацией. В анамнезе – позднее менархе в возрасте 15 лет и 6 мес.

Объективно: рост 176 см, вес 59 кг, молочные железы недоразвитые. Бедрa узкие. Плечи широкие. Волосы сухие, тусклые, ломкие; в последний год наблюдается усиленное диффузное выпадение волос. Повышенное оволосение предплечий и голеней, внутренней поверхности бедер, редкое оволосение околоосковой зоны и средней линии живота в нижней 1/3. Себорея волосистой части головы. Кожа лица жирная, выраженная угревая сыпь на лбу, щеках, верхней 1/3 груди. По поводу угревой сыпи начала лечение у дерматолога. В углах рта наблюдаются заеды. Кожа на локтях и на коленях более темная, отмечается гиперпигментация сосков. Ногти ломкие, легко слоятся. Карисес и гиперчувствительность эмали зубов по отношению к холодной и горячей пище. Больная предъявляет жалобы на периодически возникающие головные боли пульсирующего характера при повышении артериального давления (подъемы до 140/85 мм рт. ст.), особенно в периоды, связанные с стрессом (соревнования, экзамены, ссоры с родителями), с тенденцией к тахикардии. Отмечается повышенный блеск глаз. Пациентка отмечает смену периодов с очень высокой активностью и полным упадком сил. Учится в колледже, дополнительно занимается спортом (легкая атлетика), участвует в соревнованиях. Беспокоят частые запоры. Объективный статус пациентки указывает на большое количество внешних фенотипических признаков дисморфизма соединительной ткани.

Гинекологический статус: лобковое оволосение усиленное, по мужскому типу. Складчатость влагалища выражена слабо, влагалищный секрет недостаточный. Гипоплазия малых половых губ, шейка матки коническая, матка несколько меньше нормы, в ретродевиации.

Было назначено обследование: ЭЭГ, ЭхоЭС; определение биохимических показателей крови: печеночные пробы, клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, оценка показателя свертывания крови. Обследование на специфические инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез) отрицательное. Клинические анализы крови и мочи в норме, степень чистоты вагинальной флоры – 1. По данным электрофизиологических методов обследования при проведении ЭЭГ выявлены диффузные изменения электрической активности за счет дисфункции неспецифических срединных структур. По данным реоэнцефалографии (РЭГ) установлен артериальный гипертонический тип 1-й степени.

Циклически были определены ЛГ, ФСГ, прогестерон. В I фазу цикла (3-й день) – уровни эстрадиола и ФСГ, во II фазу цикла – (26-й день) уровень прогестерона. Для оценки индукции овуляции и возможной лютеинизации лопнувшего фолликула на 15-й день цикла определяли уровень ЛГ [11]. Дополнительно обнаружено увеличение концентрации тестостерона в сыворотке крови во II фазу цикла – 0,87 нг/мл (норма 0,04–0,66 нг/мл). Клинические данные и лабораторные нарушения гормонального статуса оцениваются по гиперандрогеновому типу [2].

Пациентке назначили ЦМВТ курсом 3 мес. С 1 по 14-й дни МЦ утром во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-1, с 15 по 28-й дни МЦ утром и вечером во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-2 [12]. Даны подробные рекомендации по сну, двигательному режиму и диете [5] (такие же, как и в 1-м клиническом наблюдении).

К концу курса лечения отмечено изменение показателей в сторону их нормализации, хотя полной нормализации клинической картины и показателей не произошло. После 3 мес терапии установились регулярные безболезненные менструации длительностью по 2–2,5 дня через 45 дней, без сгустков. Через 4 мес терапии уровень тестостерона во II фазу цикла снизился, но нормы не достиг. Отмечается нормализация состояния волос на голове (повысился их блеск, уменьшились проявления себореи, сократилась интенсивность выпадения). Укрепились ногтевые пластинки. Кожа на локтях и коленях стала более светлой. Заеды в углах рта по окончании курса не отмечаются. Пациентка отмечает улучшение заживления ран. Снизилась чувствительность зубной эмали к внешним воздействиям. Повыси-

лась работоспособность, снизилась утомляемость, пациентка лучше переносит стрессовые нагрузки. Улучшился сон. Курс терапии продолжен в течение 2 мес. На фоне продолжающейся витаминно- и минералотерапии отмечена регулярность менструаций с интервалами 45 дней, срок давности наблюдения на настоящее время составил 12 мес. Таким образом, после лечения по заявляемой методике достигнута ремиссия. По клинико-лабораторным показателям у пациентки восстановился нормальный МЦ, побочных явлений не наблюдалось.

Случай 3

Пациентка Е., 16 лет. Диагноз: «Нарушение менструальной функции. Задержка становления менархе».

Обратилась на прием с жалобами на отсутствие менструаций. В анамнезе у матери пациентки позднее менархе в возрасте 15 лет.

Объективно: рост 170 см, вес 51 кг, молочные железы слабо развитые. Бедрa и плечи узкие. Волосы густые, выходящие, блестящие, но в последний полгода наблюдается их диффузное выпадение. Кожа головы чистая, жалоб на себорею не отмечено. Незначительно повышено оволосение предплечий и голеней. Кожа лица чистая, сухая. Кожа на локтях и коленях очень сухая, темная. Ногти плотные, с поперечной исчерченностью, имеются белые пятна по 1–2 мм. Зубы санированы. По утрам после сна отмечен плотный белый налет на языке, на боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов, которые в течение дня самостоятельно исчезают. Больная предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, периодическую сонливость на уроках в школе, трудности засыпания, вздрагивание во сне и судороги в икроножных мышцах при плавании в бассейне, занятиях спортом, во время сна. Периодически испытывает спазм в горле, чувство нехватки воздуха, плохо переносит душные помещения. Часто болеет простудными заболеваниями. Стоит на учете у врача-оториноларинголога с диагнозом «хронический тонзиллит». Беспокоят частые запоры, периодически отмечает легкую тошноту после обеда. Кроме школы (обучение дневное с одним выходным днем) пациентка посещает 3 раза в неделю специальную школу для изучения французского и английского языков, 2 раза в неделю – курсы ораторского искусства.

Гинекологический статус: лобковое оволосение нормальное. Складчатость влагалища слабая, влагалищный секрет недостаточный, матка в ретродевиации, нормальных размеров, придатки не увеличены.

Назначено обследование: ЭЭГ, ЭхоЭС; определение биохимических показателей крови: печеночные пробы, клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, оценка показателей свертывания крови. Обследование на специфические инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез) отрицательное. Клинические анализы крови и мочи в норме, степень чистоты вагинальной флоры – 1. Данные электрофизиологических методов обследования: ЭЭГ – изменения не выявлены; РЭГ – установлена дистония сосудов головного мозга по нормотоническому типу.

Определены ЛГ, ФСГ, прогестерон (до лечения гормоны были определены в 1 день). Уровень эстрадиола ниже нормы – 67,4 пМоль/л (норма 75,7–314,4 пМоль/л), прогестерон – 4,9 нг/мл (норма 0,1–10 нг/мл) уровень ФСГ соответствовал нижней границе нормы – 3,14 мМЕ/мл (норма 3–14 мМЕ/мл) [12]. Клинические данные и лабораторные изменения гормонального статуса оцениваются по гиперандрогеновому типу [5].

Пациентке назначили сочетанную ЦМВТ курсом 3 мес. С 1 по 14-й дни МЦ утром во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-1, с 15 по 28-й дни условно предполагаемого МЦ утром и вечером во время еды пациентка принимала БАД Цикловита-2. Рекомендован ночной сон в темноте.

С 3-го цикла лечения отмечено появление менархе, затем установились менструации (по 3 дня, безболезненные) с периодичностью 28 дней, далее регулярные. Через 4 мес терапии уровни гормонов достигли нормы. Отмечается нормализация состояния кожи, уменьшились белые пятна на ногтевых пластинках. Кожа на локтях и коленях стала нор-

мальной окраски. Повысилась работоспособность, снизилась утомляемость, судороги ног не беспокоят. Пациентка лучше переносит стрессовые нагрузки. Улучшился сон. Курс терапии продолжен далее в течение 8 мес. На фоне продолжающейся витаминно- и минералотерапии у пациентки отмечаются регулярные менструации через 28 дней, срок давности наблюдения на настоящее время составил 1 год. Таким образом, при проведении ЦМВТ достигнута манифестация менархе и установление нормальной менструальной функции. По клинико-лабораторным показателям у пациентки восстановился нормальный МЦ, побочных явлений не наблюдалось.

Случай 4

Пациентка М., 18 лет. Диагноз: «Нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи». Обратилась на прием с жалобами на болезненные менструации с 15 лет по 3–5 дней через 28–30 дней.

Пациентка отмечала повышенную утомляемость, общую слабость, частые головные боли, снижение работоспособности, повышенную кровоточивость десен, склонность к запорам.

Из анамнеза: частые простудные заболевания.

Объективно: рост 175 см, вес 58 кг, отмечаются признаки дисплазии соединительной ткани: кожа сухая, тонкая с поверхностно расположенными венами и тенденцией к гиперрастяжимости, келоидный рубец после оперативного лечения аппендицита. Сколиоз грудного отдела позвоночника, плоскостопие. Миопия (-0,6D). Склонность к геморрагиям склер. Выявлены особенности психологического статуса: повышенная психомоторная возбудимость, возникновение необоснованной тревоги и страха в сочетании с депрессивным состоянием.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка матки коническая, матка несколько меньше нормы, в ретродевиации.

Назначено обследование: определение биохимических показателей крови: печеночные пробы, клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, оценка показателей свертывания крови, определение уровня свободного оксипролина и магния в суточной моче; ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза. Исследование на специфические инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез) отрицательное. Клинические анализы крови и мочи в норме, степень чистоты вагинальной флоры – 2. УЗИ: изогнутость желчного пузыря. УЗИ органов малого таза выявило гипоплазию матки и варикозное расширение вен малого таза. Уровень эстрадиола и прогестерона в пределах нормы. Результаты лабораторного обследования подтвердили факт нарушения обмена соединительной ткани у больной: повышение содержания оксипролина (435,13 мкмоль/сут) и снижение уровня магния (1,7 ммоль/сут) в суточной моче, что свидетельствует об избыточной деградации коллагена и наличии признаков дисморфизма соединительной ткани.

В лечении использовалась диетотерапия с акцентом на увеличение квоты белка, пищевых волокон, неэтерифицированных жирных кислот класса «омега», лечебная физкультура и психотерапия.

Пациентке назначили сочетанную ЦМВТ БАД Цикловита курсом 3 мес.

Проведение указанной терапии в течение 3 мес способствовало полному исчезновению болей во время менструаций, запоров, улучшению эмоционального тонуса, повысилась работоспособность, снизилась утомляемость.

Наблюдение больной продолжается.

Заключение

МЦ представляет собой повторяющуюся серию сложных физиологических изменений в женском организме и управляется посредством репродуктивных гормонов. В этиологии функциональных расстройств МЦ средовые влияния действуют в комплексе с факторами биологического порядка. Углубленное изучение состояний, непо-

средственно предшествующих появлению дисменореи, выявило воздействие стрессовых ситуаций, физическое и психическое перенапряжение. Нарушения МЦ сопровождается разнообразными симптомами, часто астенического характера, хронической соматической патологией, возникающей вследствие дисморфизма соединительной ткани, в том числе вегетососудистыми и висцеральными проявлениями дисплазии соединительной ткани. В настоящее время для коррекции нарушений МЦ широкое распространение получили гормональные препараты (агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, эстрадиол чрескожно (пластырь или гель) в комбинации с циклическими прогестагенами, а для лечения тяжелой формы предменструального синдрома используются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, комбинированные оральные контрацептивы. ЦМВТ относится к негормональным методам стимуляции овуляции и регуляции МЦ. Курс лечения витаминами и витаминно-минеральными препаратами следует проводить не менее 3–4 МЦ, и только при отсутствии какого-либо положительного эффекта начинать проведение гормональной терапии (приказ №50 Минздравсоцразвития РФ) [12]. Гормональную терапию также желательно сопровождать ЦМВТ (во избежание возобновления нарушений МЦ, обусловленных дефицитом микронутриентов, после прекращения гормональной терапии). В настоящий момент в клинической практике используются витаминно-минеральные препараты, композиция которых не отвечает требованиям цикличности и стимуляции соответствующих фаз МЦ (например, монотерапия ретинолом и/или витамином Е).

Практические наблюдения показали эффективность ЦМВТ с использованием БАД Цикловита-1 и Цикловита-2, предназначенной для восполнения дефицита витаминов и минералов в соответствующие фазы МЦ; в разных клинических наблюдениях (у пациенток с диагнозом альгодисменорея, страдающих синдромом предменструального напряжения, а также при нарушении становления менархе) был получен хороший ответ на терапию при назначении БАД в течение 3 и более месяцев в сочетании с общими рекомендациями по нормализации образа жизни и питания.

Литература

1. Хаджиева НХ, Кузнецова ИВ. Возможности негормонального лечения стрессозависимых нарушений менструального цикла. *Сб. материалов 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя»*. М., 2007; 550–1.
2. Карахалис ЛЮ, Федорович ОК. Способ коррекции репродуктивного здоровья женщин. Патент RU (11) 2314094 (13) С1, 2008.
3. Коколина ВФ, Мельниченко ГА, Бильченко РП, Рашидова ЕЮ. Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2006; 1: 50–4.
4. Уварова ЕВ. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*, 2006; 4: 10–5.
5. Baker FC, Driver HS. Circadian rhythms, sleep, u the menstrual cycle. *Sleep Med* 2007; 8 (6): 613–22.
6. Aten RF, Duarte KM, Bebrman HR. Regulation of ovarian antioxidant vitamins, reduced glutathione, u lipid peroxidation by luteinizing hormone u prostaglandin F2 alpha. *Biol Reprod* 1992; 46 (3): 401–7.
7. Громова ОА, Торшин ИЮ. Витамины и минералы: между Сциллой и Харибдой. А-Гриф, М.: 2012; 760 с.
8. Лисицына ЕЮ, Калачева АГ, Гоголева ИВ. Эффективность и безопасность витаминно-минерального препарата Цикловита в терапии синдрома предменструального напряжения. *Гинекология*, 2011; 11.
9. Агаджанян ИА, Радьши ИВ, Куцов ГМ. Физиологические особенности женского организма (Адаптация и репродуктивная функция). Учебное пособие. М.: РУДН, 1996; с. 98.
10. Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ. Методические рекомендации №23.1.1915-04. МЗСР РФ, М., 2008.
11. Тиц НУ. Справочник по клинической лабораторной диагностике. Равновесие, 2006; 1000 с.
12. Приказ Минздрава России №50 10.02.2003. Схемы динамического наблюдения гинекологических больных. Прил. 1.