



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Марина Геннадьевна Аскерова
к.м.н., доцент кафедры акушерства и
гинекологии УГМУ , 2016 г.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ



ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

СБАЛАНСИРОВАННОСТЬ И
ГАРМОНИЧНОСТЬ

ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

СОМАТИЧЕСКОЕ

ПСИХИЧЕСКОЕ

ЗДОРОВЬЕ

В структуре гинекологических заболеваний у девочек основное место занимают воспалительные процессы половых органов и нарушения менструального цикла. Основная масса девочек имеет неспецифические, в основном хронические вульвовагиниты. В возрастной группе 14 - 17 лет, у сексуально активных девушек частота воспалительных заболеваний половых органов в 3 раза выше по сравнению со сверстницами, не имевшими сексуальных отношений.

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ – МАРКЕР ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА!

«Репродуктивная система в силу сложности выполняемых ею функций – регуляции гомеостаза и продолжения вида – наиболее чувствительна к повреждающим факторам, под влиянием которых формируются сложные по диагностике и клинике нейроэндокринные синдромы...»

М.Н.Скорнякова, М.А.Сырочкина, 2005г.



Диагностика и лечение нарушений менструального цикла у подростков

Классификация расстройств менструаций (МКБ-10)

Маточные кровотечения (чрезмерные менструации) в пубертатном периоде (N92.2)

Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации (N91), в том числе аменорея (N91.0-2) и олигоменорея (N91.3-5)

Синдром предменструального напряжения (N94.3)

Дисменорея (N94.4-6)



Менструальная функция
– это зеркало здоровья
ПОДРОСТКА

Клиническое обследование

- Сбор анамнеза
- Общий осмотр с оценкой степени физического и полового развития
- Гинекологическое исследование
- Специальные методы исследования репродуктивной системы (в т. ч. УЗИ)
- Исследование функции других органов и систем, сопряженных с репродуктивной системой



Консультация специалистов

- **Терапевт/ педиатр /**
- **Невропатолог**
- **Эндокринолог**
- **Окулист (глазное дно, цветные поля зрения)**
- **Генетик**

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ

**Строение наружных гениталий: промежуточный тип,
вирилизация, гирсутизм**

Кариотип

46 XX

**Врождённая
дисфункция
коры
надпочечников**

46 XX / 46 XY

**Истинный
гермафродитизм**

46 XY

**Синдром
тестикулярной
феминизации,
дефицита
андрогенов,
андрогенной
нечувствительности**

45 X / 46 XY

**Смешанная
дисгенезия
гонад**

Гормональный парадокс и поведение подростков

У подростков усилена реакция на стресс в форме тревожных и панических расстройств. У девочек они встречаются в два раза чаще, чем у мальчиков.

По данным исследования, нейрогормон, выделяющийся в организме после стресса (аллопрегналон - тетрагидропрогестерон), и, действующий на взрослых и детей седативно и антидепрессантно, **усиливает беспокойство у подростков. Этот факт отчасти помогает понять их непредсказуемое поведение.**

Гормон действует на мозг через особые рецепторы. В мозгу подростков повышено количество рецепторов, реагирующих на гормон противоположным образом и вызывающих тревогу вместо спокойствия. Уварова Е.А. 2013г.

Стресс

**выброс
адреналина и
норадреналина**

**воздействие
на активность
лизосом**

**высвобождени
е
огромного
количества
жирных кислот**

**выведение
Mg
из клеток**

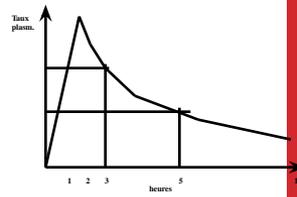
**связывание
Mg в крови**

**10 минут
стресса
сжигают
суточную
норму
Mg**

Порочный круг между стрессом и дефицитом магния

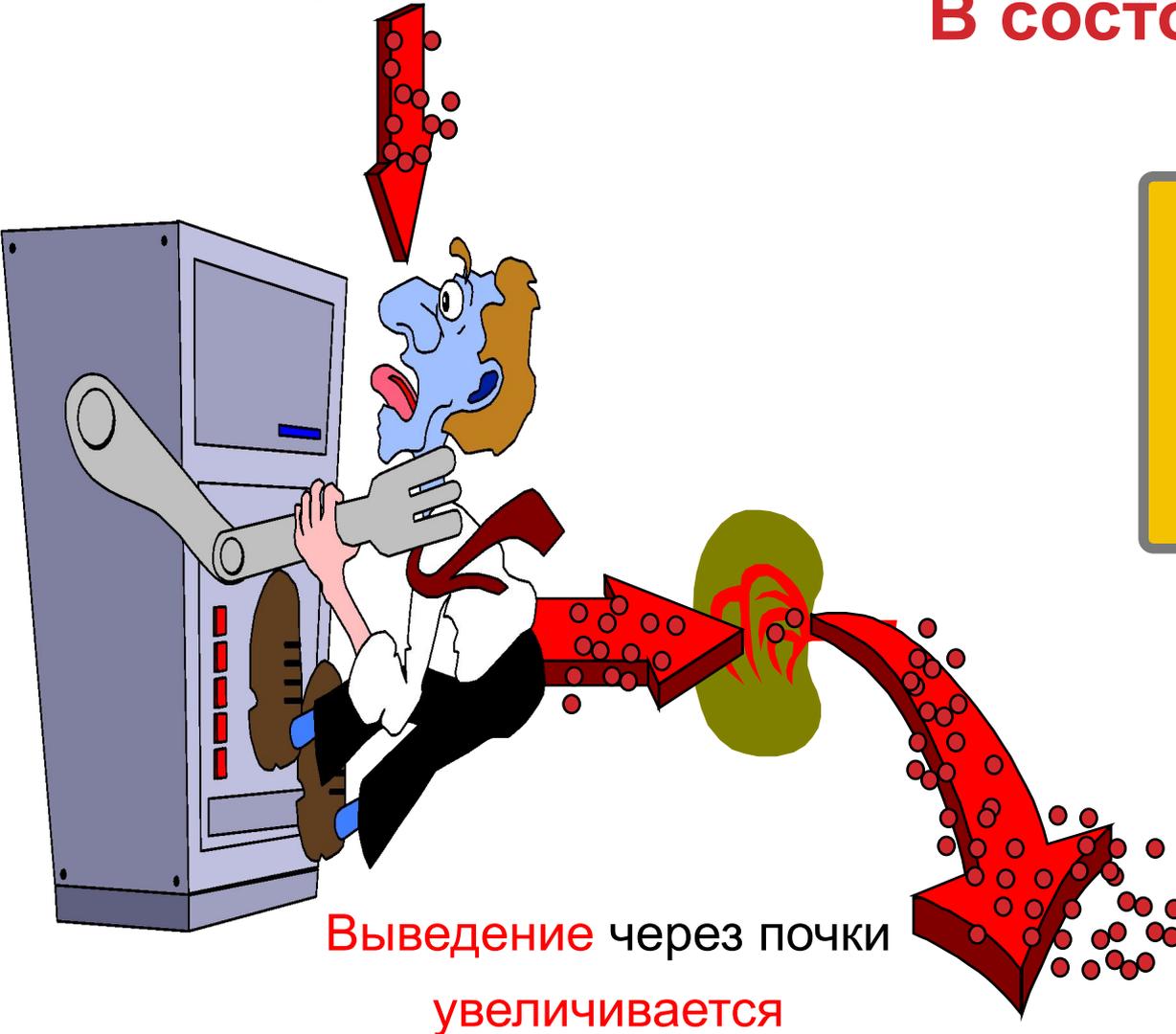


Метаболизм магния



Абсорбция 100 мг

В состоянии стресса



Увеличенное
выведение > Поступления

Дефицит

Сезонные источники магния

ЗИМОЙ - мед, изюм, финики, курага, чернослив, орехи, какао, овсяная, пшеничная, гречневая, перловая каши

ВЕСНОЙ - укроп, петрушка, шпинат, зеленый салат

ЛЕТОМ - вишня, черная смородина, горох, стручки бобов

ОСЕНЬЮ - арбуз, свекла, морковь

КРУГЛЫЙ ГОД - семечки подсолнуха, тыквенные семечки.

Схемы применения препарата Магне-В₆ / Магне-В₆ форте

Профилактическая доза

(нормативные значения в плазме крови при наличии симптомов хронического дефицита Mg):

1 таблетка 3 раза в сутки длительно

Лечебная доза

(низкие значения Mg в плазме крови, детский возраст, выраженные проявления дефицита микроэлемента и пр.):

2 табл. /1 табл. 3 раза в сутки

Лечение следует прекратить сразу же после нормализации уровня магния в крови

УВАРОВА Е.А. 2013г.

ЛЕЧЕНИЕ

- Если сохранена ритмичность, но цикл короткий, а менструации обильные или начинаются с длительной «мазни» - *дидрогестерон по 10 мг 2 раза в день с 11 по 25 день цикла в сочетании с ЦВТ*
- Если -
 - интервал больше 35 дней
 - или скудно
 - или «мазня» в конце менструации – Циклическая гормонотерапия

ЛЕЧЕНИЕ

Циклическая гормональная терапия

-Принцип «воспитания цикла»

- Натуральные препараты : эстрадиола валерат или 17β эстрадиол в сочетании с дидрогестероном
- Цикличность - 3-6 мес. Перерыв на 1 - 3 месяца для оценки эффекта (лечебный или заместительный)
- В перерыв – поддерживающая терапия – ЦВТ и при сохраняющемся дефиците магния – препараты МАГНИЯ./ Цикловита и Магне В6 /.
- Длительность терапии – от 6 мес. до 12 мес.*

Комбинированная гормональная терапия

Прогинова 2 мг в день

Эстрожель $\frac{1}{2}$ - 1 доза в день с 5 по 25 день цикла

Дюфастон по 20 мг с 11 по 25 день цикла

Комбинированные препараты для ЗГТ

Фемостон 2/10 + Дюфастон 10

дней



Нарушение полового развития (НПР)

НПР называют изменение сроков появления менструации, времени и последовательности развития вторичных половых признаков

Классификация НПР

(по Г.М. Савельевой)

- Преждевременное половое созревание (ППС)
- Задержка полового развития (ЗПР)
- Отсутствие полового развития (ОПР)
- Нарушение полового развития в пубертатном возрасте

ЗПР – симптомокомплекс, который клинически характеризуется:

- в возрасте от 12 до 15 лет - отсутствием вторичных половых признаков;
- в возрасте 15 лет и старше - отсутствием менструаций (аменореей первичной) при отсутствии или недоразвитии вторичных половых признаков.

Частота ЗПР

- В структуре гинекологической заболеваемости у подростков от 14 до 33%

Патогенез овариальной недостаточности у девочек

- гипогонадизм первичный – врождённая или приобретенная овариальная недостаточность
- гипогонадизм вторичный, при первичной гипофизарной или гипоталамической недостаточности

ЗПР центрального генеза

клиника

- **Телосложение евнухоидное: высокий рост, длинные руки и ноги при коротком туловище, уменьшение размеров таза**
- **Костный возраст соответствует календарному или незначительно от него отстает**
- **Менструации отсутствуют**
- **Вторичные половые признаки недоразвиты**
- **Гипоплазия наружных и внутренних половых органов**
- **Уровень гонадотропинов и эстрогенов снижен**

ЗПР яичникового генеза

клиника

- **Телосложение евнухоидное или интерсексуальное**
- **Костный возраст отстаёт от календарного**
- **Менструации отсутствуют**
- **Вторичные половые признаки значительно недоразвиты, особенно молочные железы**
- **Гипоплазия наружных и внутренних половых органов**
- **Уровень гонадотропинов в крови превышает возрастную норму в 2-2,5 раза, содержание эстрогенов резко снижено**

ЗПР центрального генеза *диагностика*

- **Анамнез**
- **Объективное исследование**
- **Rö черепа с проекцией турецкого седла и кистей рук (для определения костного возраста)**
- **ЭЭГ, ЭхоЭГ, РЭГ**
- **МРТ головного мозга – по показаниям**
- **УЗИ органов малого таза**
- **РИА гормонов крови (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, эстрадиол)**

ЗПР яичникового генеза *диагностика*

- **Анамнез**
- **Объективное исследование**
- **УЗИ органов малого таза**
- **РИА гормонов крови (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, эстрадиол)**
- **Определение кариотипа**

ЛЕЧЕНИЕ

- Нормализация режима дня, умственных нагрузок
- Обязательно дозированная физическая нагрузка
- При **центральной** форме НМЦ на первом этапе проводят витаминно - физиотерапию в циклическом режиме - для формирования ритмичности работы ГГ зоны, на 3-6 месяцев с оценкой эффективности (менструальный календарь) – эндоназальный э/форез с вит. В1, шейно-лицевой электрофорез с сернокислым цинком, воротник по Щербаку.

Лечение

- **Коррекция функциональной гиперпролактинемии / Циклодинон, Мастодион /**
- **Препараты магния / Магне В₆, Магне В6 форте**
- **Калийсберегающие диуретики**
- **Витамины**
- **Гормональные препараты**



Показания для заместительной гормональной терапии у девочек

**Недостаточность или полное
отсутствие гонадной функции в
возрасте физиологического пубертата
и невозможность восстановления
нормальной самостоятельной
функции яичников**

ЗПР центрального генеза *гормонотерапия*

- Гонадолиберин в/в или п/к в пульсирующем ритме 6 недель
- **Технически и экономически метод не всегда доступен для практического применения**

ЗПР центрального генеза *гормонотерапия*

- При дефиците СТГ, задержке роста, гонадотропной недостаточности – препараты гормона роста и гонадотропины (рекомбинантный ФСГ – гонал-Ф, пурегон)

ЗПР центрального генеза ***гормонотерапия***

- **Начало лечения в 13-14 лет при достижении костного возраста 11-11,5 лет , при отсутствии дефицита роста**
- **Основной приемлемый метод лечения -**
ЗГТ

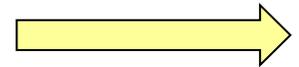
ЗПР яичникового генеза *гормонотерапия*

- **ЗГТ эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме**
 - **Фемостон 2/10, 1/10**
 - **Эстрожель+Утрожестан/Дюфастон**
 - **Циклопрогинова**

Схемы назначения ЗГТ

○ Схема №1 – непрерывная - в течение первого года лечения

1-й день



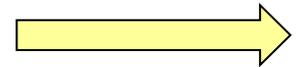
ЭСТРОЖЕЛЬ (*0,5 дозы – 0,75 мг эстрадиола*)

или Прогинова (*1 мг в сутки*)

Схемы назначения ЗГТ

- **Схема №2 – непрерывная – в течение первого года лечения**

1-й день



ЭСТРОЖЕЛЬ (1доза – 1,5мг эстрадиола)

- **Контроль ФСГ, ЛГ**
- **УЗИ органов малого таза – с учетом возможности развития ГПЭ**
- **При М-эхо 5 мм и более – переход на циклическую терапию – схема № 3**

Фемостон® 1/10

17β-эстрадиол 1 мг + дидрогестерон (Дюфастон) 10 мг

Циклический режим

- Низкодозированный комбинированный 2-х фазный препарат
- Аналоги натуральных половых гормонов
- 1 мг 17β-эстрадиола в непрерывном режиме (28 дней)
- Дюфастон в течение 14 дней – надежная защита эндометрия
- Высокая переносимость и безопасность низкой дозы гормонов
- Препарат выбора при метаболическом синдроме в пубертатном возрасте

Фемостон 2/10

2 мг 17 β -эстрадиола + 10 мг дидрогестерона **Циклический режим**

- **Комбинированный 2-х фазный препарат**
- **Аналоги натуральных половых гормонов**
- **Высокая степень в регуляции менструального цикла**
- **Лечение и профилактика остеопороза**
- **Препарат выбора при метаболическом синдроме и соматической отягощенности**

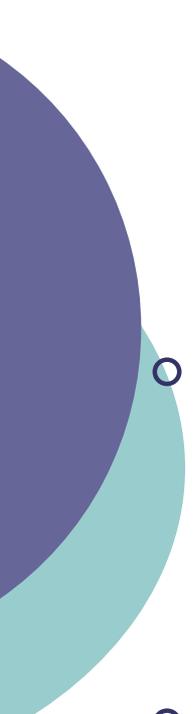
Burch D. J. et al., 1995

Возраст назначения ЗГТ

- Если овариальная недостаточность имеется с детства, ЗГТ начинается с возраста физиологического пубертата, обеспечивает половое созревание и продолжается в репродуктивном возрасте

Продолжительность ЗГТ

Лечение продолжают без перерывов до среднестатистического возраста физиологической менопаузы (т.е. до 50 лет)

- 
-
- **ЗГТ является лучшей профилактикой нарушений, обусловленных гипоэстрогенным состоянием**
 - **В некоторых случаях, при использовании в дальнейшем современных репродуктивных технологий, даёт возможность иметь материнство**

ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ –

*патологическое состояние,
обусловленное изменением
секреции и метаболизма
андрогенов в женском
организме или
повышенной
чувствительностью
тканей к нормальному
уровню андрогенов.*



РОЛЬ АНДРОГЕНОВ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ



- Своевременное адренархе и становление менструальной функции
- Субстрат для синтеза эстрогенов
- Участие в выборе доминантного фолликула и атрезии остальных
- *Подавление пульсирующей секреции гонадолиберина и гонадотропинов по принципу отрицательной обратной связи*
- *Атрофия слизистой матки и миометрия*
- *Атрофия железистой ткани МЖ, подавление лактации*

Биологическая активность андрогенов различна

- ДГЭАс и андростендион *относят к слабым андрогенам,*
- ДГТ и Т - более сильные андрогенные свойства (восстановленные формы)

Наиболее мощный андроген - тестостерон.

Биологически доступный (активный) Т включает 2 фракции: свободную и связанную с альбумином.

Продукция ГСПГ/ СССГ, образующего неактивное соединение с тестостероном, зависит от многих факторов, поэтому даже определенное нормальное количество Т не позволяет судить о его активности.

ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОН ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА

Кроме надпочечников ДГЭА синтезируется de novo и метаболизируется в мозге, поэтому его относят к нейростероидам.

Регуляция продукции ДГЭА осуществляется несколькими факторами:

АКТГ контролирует биосинтез надпочечниковых андрогенов ДГЭА, ДГЭАс, андростендиона.

Вторым фактором является ПРЛ:
обнаружены рецепторы к ПРЛ в сетчатой зоне.

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Для оценки гирсутизма применяют **шкалу Ферримана-Голвея**, в которой учитывается локализация оволосения в 11 (**9**) областях тела и степень выраженности в баллах от 0 до 4 в каждой области.

Сумма баллов во всех областях (гирсутное число) до 7 считается нормой, от 8 до 12 – пограничной, более 12 – избыточной для женщин славянок

Синдром поликистозных яичников



увеличение количества фолликулов,
подвергающихся на ранней стадии их
развития лютеинизации гранулезных и тека-
клеток под влиянием паразитарных пиков ЛГ

Причины пролонгирования 1 фазы пубертата у больных с СПКЯ

- Неготовность к адекватному репрограммированию пульс-генератора ГнРГ на фоне нарушенного синтеза и взаимодействия нейромедиаторов, пептидных гормонов мозга и половых стероидов
- Молекулярно-генетические дефекты активации ферментов стероидогенеза яичников
- Дефект тирозинкиназы, участвующей в фосфорилировании серинового основания цитохрома P450CYP17 и инсулинового рецептора
- Низкая чувствительность рецепторов гранулезных клеток фолликулов к ФСГ
- Высокая чувствительность рецепторов тека-клеток к ЛГ
- Гиперинсулинемия, поддерживаемая пролонгированной инсулинорезистентностью, гиперандрогенией и избыточной массой тела

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СПКЯ

**Наличие 2-х из
трех критериев
При исключении других
причин формирования
ПКЯ**

олиго/ановуляция

гиперандрогения

эхографические признаки ПКЯ

**Роттердамский консенсус
2003 г.**

Порочный круг пролонгированной подростковой гиперандрогении



ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

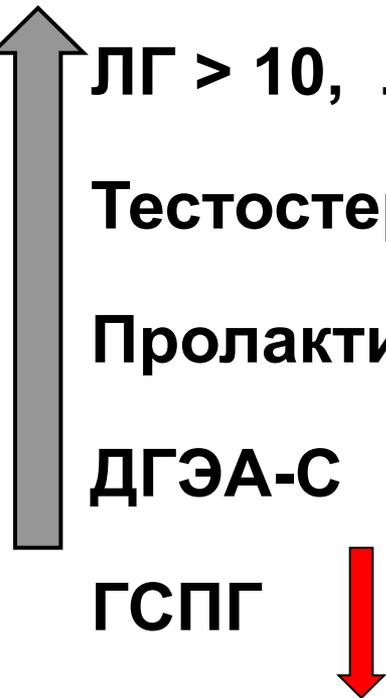
- гиперсекреция инсулина стимулирует выработку андрогенов тека - клетками яичников, андрогены нарушают нормальное развитие фолликулов, приводя к множественной атрезии.

- инсулин подавляет апоптоз в результате чего атрезизирующие фолликулы получают возможность длительно функционировать

Избыток инсулина **усиливает выброс ЛГ** в ответ на стимуляцию гипофиза гонадолиберином и увеличивает биологическую активность андрогенов посредством **снижения синтеза в печени СССГ**



Биохимические критерии диагностики СПКЯ



ЛГ > 10, ЛГ/ФСГ	>2,5	65%
Тестостерон	>2,5 нмоль/л	91%
Пролактин		31%
ДГЭА-С		49%
ГСПГ		98%

И.

Б.Манухин

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- Нормализацию массы тела и метаболических нарушений.
 - Восстановление овуляторных циклов.
 - Сохранение репродуктивной функции.
 - Профилактику гиперпластических процессов эндометрия.
- Лечение андрогензависимых дерматопатий.

Коррекция избыточной массы тела у подростков с формирующимся СПКЯ

- Низкокалорийная диета из расчета 20-25 ккал/кг массы тела (1500-2200 ккал/сутки)
- Индивидуально подобранная физическая нагрузка
- Нормализация режима труда и отдыха

ЛЕЧЕНИЕ

- **Лечение ожирения требует формирования и поддержания внутренней мотивации пациента к снижению веса**
- **Лечение ожирения требует постоянного контакта с пациентом с постановкой и согласованием промежуточных целей и проверкой их достижения**

Возможные пути лечебного воздействия при СПКЯ у подростков

Консервативное лечение

- Улучшение рецепторного поля пульс-генератора ГнРГ и гранулезы яичников:
 - кломифена цитрат
- Уменьшение количества тека-клеток, продуцирующих андрогенные гормоны в яичниках:
 - КОК с антиандрогенным эффектом
- Повышение чувствительности клеток к инсулину:
 - бигуаниды;
 - сенситайзеры
- Прерывание патологического импульсного воздействия ЛГ на яичники:
 - КОК с сильным прогестагенным эффектом
 - агонисты ЛГ-РГ

Хирургическое лечение

- У девочек пубертатного периода жизни не рекомендуется!
- У больных старше 18 (20) лет:
 - лапароскопическая резекция яичников;
 - лапароскопическая электрокаутеризация яичников;
 - лапароскопическая лазерная очаговая вапоризация стромальных элементов яичников

Низкодозированные, монофазные КОК – патогенетическое лечение СПКЯ



Низкодозированные КОК

(30 мкг ЭЭ + 150 мкг ДЗГ)

- **21-дневный цикл приема с 7-дневным перерывом**
- **63-дневный цикл приема с 7-дневным перерывом**

СПКЯ и пролонгированный режим КОК

- Более полноценное торможение секреции ФСГ и отсутствие фолликулярного роста
- Стойкое снижение секреции ЛГ
- Снижение уровня свободных андрогенов
- Стабильный метаболизм компонентов КОК способствует более благоприятному течению иммунных и обменных процессов в организме
- Снижение числа возможных побочных эффектов КОК, которые встречаются в основном во время 7-дневного перерыва

Здоровый оптимизм, основанный на знаниях о закономерностях функционирования яичников и подкрепленный проведенными пилотными исследованиями позволяет надеяться, что применение низкодозированных КОК, содержащих дезогестрел, в пролонгированном режиме, явится патогенетически оправданным методом лечебного воздействия при СПКЯ

Е.В.

Уварова

ЛЕЧЕНИЕ

Патогенетическое лечение СПКЯ – КОК!!!

N.V.

При достижении репродуктивного возраста

При планировании беременности, после отмены КОК переход на циклическую гормональную терапию

- Либо – дюфастон с 11 по 25 день цикла
- Либо – стимуляция овуляции клостильбегитом с добавлением эстрадиола с 10 по 15 день цикла и дюфастона с 11 по 25 день цикла

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

- **Лабораторные исследования**
(определение уровня ПРЛ в сыворотке крови)
- **Клиническое обследование** (тип телосложения, ИМТ, степень оволосения, особенности развития молочных желез, наличие лактореи, состояние щитовидной железы)
- **Рентгенологические исследования** (КТ, МРТ)
- **Консультация окулиста** (глазное дно и поля зрения)
- **УЗИ** яичников и матки.
- **Гормональные и функциональные пробы** - *низкая информативность*

В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРОЛАКТИН ПРИСУТСТВУЕТ В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ

Выявлены следующие основные изоформы циркулирующего ПРЛ:

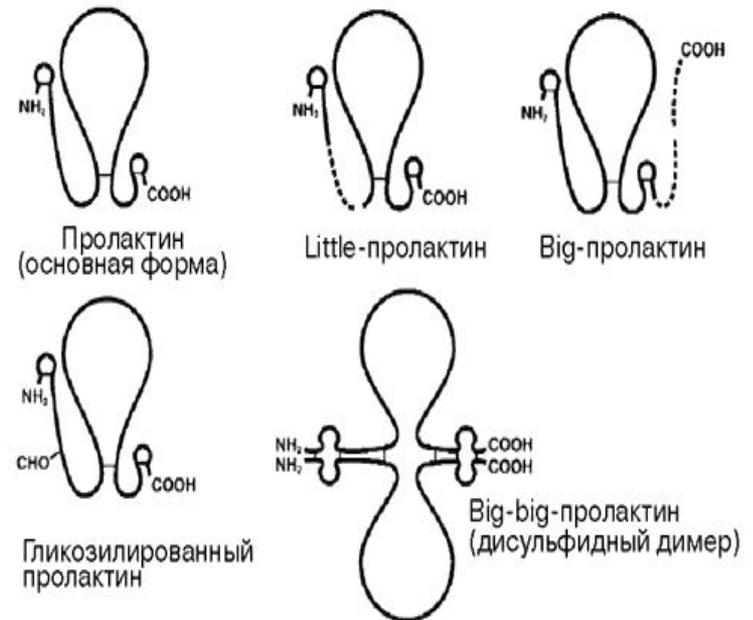
1. **«малый» ПРЛ** (ММ около 22 кДа)- мономерная форма гормона с высокой рецепторной связывающей и биологической активностью;

2. **«большой» ПРЛ** (ММ около 50 кДа);

3. **«большой-большой» ПРЛ** (ММ около 100 кДа);

4. **гликозилированная форма ПРЛ** (ММ 25 кДа).

«Большой» ПРЛ, «большой-большой» ПРЛ имеют низкое сродство к рецепторам и обладают небольшой биологической активностью.



ПОКАЗАНИЯ К ИССЛЕДОВАНИЮ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПРОЛАКТИНА

Повышение уровня пролактина при бессимптомном или стертом течении заболевания

Для дифференциальной диагностики с другими состояниями, способными провоцировать клинические симптомы, сходные с ГПРЛ

(Мельниченко Г.А., Гончаров Н.П. и др.

Клинические и лабораторные аспекты феномена гиперпролактинемии

Вестник Российской АМН.-2007.-№3.-с.52-54)

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГПРЛ

Нормализация уровня пролактина

Восстановление фертильности

Удаление аденомы, достижение ее регрессии или стабилизации роста

Устранение лакторей

Восстановление овуляторных менструальных циклов

Устранение связанных с гиперпролактинемией сосудистых, метаболических и эмоционально-личностных нарушений

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ

При всех формах гиперпролактинемии **основным методом лечения является медикаментозный** (фармакотерапия агонистами дофаминовых рецепторов).

Хирургическое вмешательство и лучевая терапия в основном применяются при рефрактерности или непереносимости лечения агонистами дофамина.

Восстановление овуляторных менструальных циклов, защита эндометрия (дефицит прогестерона)

Мельниченко А.А., Марова Е.И., Дзержанова Л.К., Барко В.В. «Гиперпролактинемия у женщин и мужчин». Пособие для врачей - М. 2007; 1-57 (стр. 35-44)

АГОНИСТЫ ДОФАМИНА (СРЕДНИЕ ДОЗЫ ПРИ ГПРЛ)

1-е поколение

Бромокриптин (Парлодел, Бромокриптин-Рихтер, Бромэргон) - 2-бром-альфа-эргокриптин

2,5-7,5 мг **в сутки**, в 2-3 приема.

Абергин (2-бром-альфа-эргокриптин и 2-бром-бета-эргокриптин мезилат)

4-16 мг **в сутки**, в 2 приема.

2-е поколение

Норпролак (хинаголида гидрохлорид) от 0,075 до 0,15 мг **в сутки**, однократно.

3-е поколение

Достинекс (каберголин) - 0,5-1 мг **в неделю**, в 2 приема

- **Основываясь на собственном опыте, исследованиях других авторов (Уварова Е.В. 2005 ; Вовк И. Б., Петербургская В.Ф. 2006; Снисаренко Н.М., Пасман А. В., Дударева А.В. 2006), считаем целесообразно применение препарата **ЦИКЛОДИНОН по схеме 1таб. в сутки в течении 3 мес.** для лечения НЛФ при выявлении функциональной гиперпролактинемии / Пролактин выше нормы /**

ЛЕЧЕНИЕ

**Прием агонистов дофамина можно
сочетать с приемом циклической
витаминотерапии с добавлением
дидрогестерона с 11 по 25 день цикла
для защиты эндометрия и профилактики
его гиперплазии**

Профилактика

- **Коррекция режима сна и бодрствования, приема пищи, ЛФК и прочие оздоровительные мероприятия**
- **Нормализация масса - ростовых соотношений**
- **Комплексное применение витаминов и минералов**
- **Восстановление психосоматического и эмоционального статуса**



«Прогресс знаний - это постоянный
пересмотр предшествующих точек
зрения»

Жан Пиаже



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

