

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

Аскерова М.Г., Чиркова Л.В., Феденева Е.А.

Детская городская клиническая больница № 9

За последние годы значительно увеличилась частота гинекологических заболеваний. Структура заболеваемости зависит от возраста девочек. Среди подростков 11-18 лет преобладают различные нарушения менструального цикла (НМЦ).

НМЦ в пубертатном периоде возникают у каждой третьей девушки. У 40% девушек установлению регулярного цикла предшествует 6-24 месячный период становления менструальной функции. Гинекологические заболевания, проявляющиеся в различные периоды репродуктивного возраста, в дальнейшем могут явиться причиной бесплодия, патологического течения беременности и родов, грубых эндокринных нарушений организма. Гинекология детей и подростков изучает вопросы заболеваний гениталий с самого раннего возраста.

Цель: оценить эффективность адекватной гормональной терапии у девушек-подростков с нарушением менструальной функции.

Материалы и методы. В условиях амбулаторного приема было проведено обследование и наблюдение 63 девушек с нарушением менструального цикла. По характеру патологии больные распределились следующим образом: с гипоменструальным синдромом – 23, с дисменореей – 16, с задержкой полового развития – 12, с ювенильным кровотечением – 8, с гиперандрогениями – 4.

Комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающие изучение беременности и родов у матери, оценку генеалогических данных, жалоб, степени физического и полового развития, характера менструальной функции. Из дополнительных методов обследования проводили: УЗИ органов малого таза, кольпоцитологическое исследование, кариотипирование, определение полового хроматина, рентгенография кистей рук для определения костного возраста и рентгенография черепа, прицельно турецкое седло, онсультация смежных специалистов для определения соматического здоровья девушек, оценку гормонального профиля (определение уровня гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови – до лечения и через 3-6 мес. после лечения), офтальмологическое обследование с обязательным определением состояния глазного дна и полей зрения.

Результаты исследования. Основной жалобой было отсутствие менструаций или нарушение по типу аменореи II, опсоменореи или гиперполименореи при ювенильном маточном кровотечении (ЮМК). При детальном выяснении анамнеза установлено, что у

большинства матерей (85%) беременность протекала на фоне угрозы прерывания с раннего срока, анемии I-II ст. (73%), гестоза I половины от легкой степени (75%) до средней степени тяжести (4%), гестоза II половины (51%). Роды в срок доношенным плодом были достоверно чаще (94%), преждевременные роды в сроке 36-37 недель реже (6%).

При изучении состояния соматического здоровья девочек установлено, почти у всех (93%) имелись экстрагенитальные заболевания, причем нередко определялись два и более соматических заболевания (48%): болезни органов пищеварения (60%), вегетососудистая дистония (47%), патология щитовидной железы (52%), хроническая патология ЛОР-органов (25%). У больных с ЮМК имело место анемия II-III степени тяжести (40%).

Особенностями течения периода полового созревания у обследованных, были значительные отклонения в физическом и половом развитии наряду с нарушениями менструальной функции. Клиническими проявлениями при задержке полового развития оказались отставание половых признаков I-II ст., астеническое строение тела. Костный возраст у всех больных отставал от паспортного на 2-3 года. У всех больных выявлен кариотип - 46, XX, а содержание полового хроматина было сниженным и составило 13-17%. При кольпоцитологическом (КПИ) исследовании влагалищного мазка отмечалось снижение КПИ, свидетельствующее о недостаточности эстрогенной реакции. При УЗИ матка и яичники были гипопластичны, фолликулы мелкие, единичные до 1-3 мм в диаметре. М-Эхо в виде полоски – 1-3 мм. Нарушение менструальной функции по типу аменореи I, II, опсоменореи.

Для больных с ЮМК основным клиническим проявлением заболевания было кровотечение из половых путей различной интенсивности, возникающее через 1 мес. - 2 года после менархе. У 15% кровотечение возникло с менархе; у 23% больных – кровотечение наблюдалось на фоне ОРВИ или острого/хронического стресса. При УЗИ размеры матки, как правило, соответствовали возрастным нормам, часто имела место гиперплазия эндометрия, мультифолликулярное строение яичников. При гормональном исследовании наблюдалось резкое изменение эстроген-прогестероновых взаимоотношений. При дисменорее больные отмечали наличие болевого синдрома средней степени тяжести. Костный возраст соответствовал паспортному. По УЗИ – размеры гениталий соответствовали возрастным нормам.

При гиперандрогении отмечались нарушения менструальной функции с проявлениями гирсутизма разной степени выраженности. НМЦ - по типу аменореи II или опсоменореи. Костный возраст соответствовал паспортному или у 17% опережал на 1,5-2 года. По УЗИ матка была нормальных размеров или наблюдалась ее гипоплазия I-II ст., яичники были

увеличены с утолщенной капсулой, с множеством кист. При гормональном исследовании был выявлен повышенный уровень андрогенов.

Среди девушек с гипоменструальным синдромом наблюдалось нарушение менструальной функции по типу аменореи I-II, опсоменореи. По УЗИ были отмечены гипоплазия матки I-III ст., эндометрий умеренно выражен, яичники с наличием мелких и крупных включений. Установлен пониженный эстрогенный уровень.

Таким образом, НМЦ на фоне общесоматической патологии сопровождалась и гормональным дисбалансом.

На подготовительном этапе лечение заключалось в урегулировании питания, проведении общеоздоровительных мероприятий, санации очагов хронической инфекции, а также комплексном лечении, включающем витаминотерапию (фолиевая кислота, глютаминовая кислота, настойка элеутерококка, витамины Е, С) и физиотерапевтические процедуры. Неэффективность циклической витаминотерапии определила необходимость назначения гормональной терапии.

У части больных была выявлена выраженная прогестероновая недостаточность и назначено лечение гормональным препаратом Дюфастон («Solvay Pharma»). Дюфастон (дидрогестерон) представляет собой ретропрогестерон – сильный и активный при пероральном применении прогестаген, сходный с эндогенным прогестероном. Не обладает эстрогенным, андрогенным, анаболическим и другими нежелательными эффектами.

При аменорее I и II препарат применяли на фоне достаточного развития вторичных половых признаков, размерах матки в пределах нижней границы возрастной нормы или гипоплазии II, II; наличии М-Эхо не менее 8-10 мм по 10 мг 2 раза в день – 10 дней. После первого курса отмечалась менструальноподобная реакция.

У больных с дисменореей дюфастон применяли по 10 мг 2 раза в день с 11-25 день цикла в течение 3-6 циклов. При склонности к ЮМК дюфастон также использовали с целью профилактики рецидивов кровотечения по 10 мг 2 раза в день с 11-25 день 3-6 циклов.

Для лечения девушек с ЗПР при наличии выраженного отставания в половом развитии на фоне резкого снижения содержания эстрагена и прогестерона в качестве гормонозаместительной терапии применяли Фемостон, содержащий эстрадиол и дидрогестерон. Фемостон назначали курсами по 28 дней 3-6 циклов.

Клиническая эффективность применения гормональных препаратов Фемостона и Дюфастона у девочек-подростков с гинекологическими нарушениями составила 98-100% относительно восстановления менструальной функции. Отмечено появление менархе у

больных с ЗПР и гипоменструальным синдромом, восстановление менструальной функции у больных с аменореей II и опсоменореей, уменьшение болевого синдрома. Длительное лечение девушек с ЗПР приводило к формированию и развитию вторичных половых признаков, появлению менархе.

Выводы:

1. Нарушения менструальной функции в подростковом возрасте сопровождаются нарушениями физического и полового созревания.
2. У большинства девочек (93%) нарушения физического и полового развития протекают на фоне экстрагенитальной патологии с формированием нарушений гормонального профиля.
3. Использование гормональных препаратов с учетом показаний при разной гинекологической патологии дает высокую клиническую эффективность.
4. Отсутствие побочных реакций позволяет назначить их для коррекции НМЦ в подростковом возрасте.