

# Состояние репродуктивной системы подростков с первичной олигоопсоменореей и неврологической патологией в анамнезе

И. В. Лаврентьева, Обоскалова Т. А.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Россоцзддрава,  
МУ ГКБ№40 «Центр планирования семьи и репродукции»  
Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга

## Резюме

**Цель исследования:** выяснение влияния перинатальных поражений центральной нервной системы на репродуктивную систему девочек-подростков, страдающих олигоопсоменореей. **Материалы и методы исследования:** 84 девочки в возрасте до 18 лет с первичной олигоопсоменореей: 42 девочки — 1-я группа, не имели на момент обследования неврологической патологии и 42 девочки — 2-я группа с имеющейся неврологической патологией.

**Результаты и обсуждение:** было установлено влияние анамнеза матери (токсикоз II половины беременности, угроза прерывания) на формирование опсоолигоменореи у девочек. Различия в клинической характеристике групп указывают на преимущественное влияние неврологической патологии на формирование опсоолигоменореи в отличие от соматической патологии. Выявленные различия в гормональном профиле указывают на формирование гипогонадотропной формы первичной опсоолигоменореи. Тяжесть течения заболевания больше в той группе, где неврологическая патология не была компенсирована к моменту наступления менархе. Девочки, имеющие неврологическую патологию в анамнезе, должны получать профилактическое лечение, направленное на компенсацию имеющейся неврологической патологии еще в препубертатном периоде.

**Ключевые слова:** олигоопсоменорея, неврологическая патология, репродуктивная система.

## Введение

Анализ проблем, с которыми непосредственно сталкиваются детские гинекологи, указывает на значительное увеличение частоты гинекологической патологии, обусловленной снижением гормональной функции яичников различного генеза. Клиническими проявлениями овариальной недостаточности являются нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи, как варианта гипоменструального синдрома. Частота гипоменструального синдрома составляет 16–21% [3]. За последние пять лет частота нарушений менструального цикла у девочек выросла в 1,5 раза, а у девушек-подростков в 1,7 раза [3]. Причинами нарушений репродуктивной функции становятся врожденная или приобретенная недостаточность гипоталамуса и гипофиза, развивающиеся в результате внутричерепной гипертензии, родовой травмы, нейроинфекций и ишемии головного мозга. Гипоксия головного мозга, лежащая в основе этих

процессов, является причиной формирования исходной гипоталамической недостаточности, а также фактором риска нарушений репродуктивной функции девочки в будущем [2]. Последствием центральной ишемии-гипоксии I, II, III степени (P91.0, P91.2, P91.4 по МКБ-10) могут быть гидроцефалия (G91.9), расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (G 90.9) и другие. Исходы этих состояний находятся в диапазоне от полной компенсации неврологических отклонений к первому году жизни ребенка до тотального или парциального неврологического дефицита, сохраняющегося всю жизнь [1].

**Целью работы** явилась сравнительная оценка состояния репродуктивной системы девочек подростков, наблюдающихся по поводу первичной олигоопсоменореи в «Центре планирования семьи и репродукции». Все девочки имели в анамнезе перинатальное поражение центральной нервной системы.

## Материалы и методы

В исследование включены 84 девочки от 13 до 18 лет, страдающие первичной олигоопсоменореей, имеющие в анамнезе перинатальное поражение центральной нервной системы. Первая группа из 42 человек к началу менархе

Лаврентьева Инна Вадимовна — детский и подростковый гинеколог «Центр планирования семьи и репродукции» МУ ГКБ№40.

Обоскалова Татьяна Анатольевна — д. м. н., гл. акушер-гинеколог Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга.

не имела неврологической патологии. Пациенты второй группы из 42 человек в этот период менархе наблюдались у невролога с различной неврологической патологией. Из анамнеза учитывались срок беременности на момент родоразрешения, продолжительность родов и безводного периода, оценка по шкале Апгар, вес и рост при рождении. Обследование включало измерение роста, веса, индекса массы тела (ИМТ), гирсутного числа (ГЧ), средней длительности менструального цикла. Гормональный профиль определялся на 5-й день менструального цикла в лаборатории радиоиммунологии Центра лабораторной диагностики болезней матери и ребенка (гл. врач — д. м. н. Я. Б. Бейкин) и включал в себя определение тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (СТ4), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ), тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-с), 17оксипрогестерона, кортизола.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ «Microsoft Excel Windows XP» с подсчетом критерия Стьюдента.

## Результаты и обсуждение

Нами установлено, что во 2-й группе пациенток нарушения менструальной функции начались в более раннем возрасте. Средняя длительность менструального цикла в первой группе составила  $53,1 \pm 5,18$  дней, во второй группе —  $64,2 \pm 5,94$  ( $p < 0,05$ ).

У пациенток 1-й группы в анамнезе матери токсикозы II половины беременности встречались в 21,4%, а во 2-й они составили 30,9%, что не имело достоверной статистической разницы. В то время, как угроза прерывания, с достоверной разницей ( $p < 0,05$ ) встречалась у 35,7% матерей девочек из 1-й группы и в 57,1% у матерей девочек из второй группы. Стимуляция родовой деятельности применялась в 14,2% случаев у матерей девочек из 1-й группы, и в 26,1% случаев из 2-й группы. Акушерские щипцы встречались в 4,7% случаев в 1-й группе и в 2,3% случаев во 2-й группе, что не имело достоверной статистической разницы.

Таблица 3. Гормональный профиль пациенток с опсоолигоменореей

Параметр	ФСГ (мМЕ/мл)	ЛГ (мМЕ/мл)	Эстрадиол (пмоль/л)	ДГЭА (мкмоль/мл)	Тестостерон (нмоль/л)	Кортизол (нмоль/л)
норма	2,4 – 8,0	1,8 – 6,8	174 – 1000	3,6 – 7,8	0 – 3,2	150 – 700
Группа I	$5,58 \pm 0,47$	$5,82 \pm 1,22$	$240,27 \pm 34,1$	$5,69 \pm 0,85$	$2,05 \pm 0,38$	$441,34 \pm 40,55$
Группа II	$4,84 \pm 0,34$	$5,60 \pm 1,26$	$192,54 \pm 44,5$	$7,58 \pm 2,27$	$2,32 \pm 0,38$	$462,89 \pm 42,51$
P1-2	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Таблица 1. Параметры пациенток с опсоолигоменореей при рождении

Параметр	Вес при рождении	Рост при рождении	Оценка по Апгар
Группа I	$3131,27 \pm 219,26$	$51,52 \pm 0,57$	$6,904 \pm 0,24$
Группа II	$3087,74 \pm 269,19$	$50,85 \pm 0,63$	$6,238 \pm 0,42$
P1-2	<0,05	<0,05	<0,05

( $p > 0,05$ ). Частота кесарева сечения в 1-й группе составила 4,7% во второй 19,0% ( $p < 0,05$ ). Достоверных различий в общей продолжительности родов, длительности безводного периода, длительности пребывания ребенка в палате интенсивной терапии выявлено не было.

При анализе росто-весовых показателей девочек при рождении было установлено, что девочки второй группы исходно имели меньший вес и рост при рождении. Оценка по шкале Апгар была выше у детей из первой группы (табл. 1).

Таблица 2. Клиническая характеристика пациенток с опсоолигоменореей

Параметр	Время наступления менархе	Частота соматической патологии	Гирсутное число	ИМТ
Группа I	$13,2 \pm 0,3$	39,23%	$9,19 \pm 1,29$	$19,86 \pm 0,56$
Группа II	$13,4 \pm 0,2$	35,80%	$10,52 \pm 1,57$	$21,08 \pm 0,90$
P1-2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

При клинической оценке пациенток с олигоопсоменореей, обращает на себя внимание увеличение частоты соматической патологии в 1-й группе девочек по сравнению со второй (табл. 2). Из этого можно сделать вывод, что при всей сложности патогенеза олигоопсоменореи, основную роль в ее формировании играет не совокупность соматических заболеваний, а неврологическая патология. Увеличение гирсутного числа и индекса массы тела у девочек второй группы можно объяснить формирующейся относительной гиперандрогенией яичникового происхождения.

При исследовании гормонального профиля было зафиксировано достоверное снижение секреции ФСГ, ЛГ и эстрадиола во второй группе пациенток, что свидетельствует о формировании гипогонадотропной формы

олигоопсоменореи у девочек с некомпенсированной неврологической патологией (табл. 3). Увеличение выработки ДГЭА-с, тестостерона и кортизола требует дополнительного исследования, с целью уточнения первичного источника повышенной выработки андрогенов. Все параметры гормонов крови не выходили за рамки нормативных показателей для данной лаборатории. Достоверных различий в показателях: ТТГ, СТ<sub>4</sub>, пролактина, 17-гидроксипрогестерона выявлено не было.

Таким образом, по данным проведенного обследования девочек-подростков с перинатальной патологией центральной нервной системы (ППЦНС) в анамнезе, можно констатировать, что особое значение в формировании олигоопсоменореи имеет патология беременности у матери (токсикоз II половины беременности, угроза прерывания беременности), при этом способ родоразрешения особой роли не играет.

Начало проявлений олигоопсоменореи более раннее, а длительность менструального цикла большая в группе девочек, у которых

неврологическая патология не была компенсирована к моменту менархе. Различия в гормональном статусе указывают на формирование гипогонадотропной формы первичной олигоопсоменореи, развивающейся в результате повреждения центрального звена регуляции полового цикла. Мы считаем, что наличие неврологической патологии у девочки в раннем неонатальном периоде, дает основание для постоянного наблюдения этой девочки у детского гинеколога и невролога. Такие пациентки должны получать профилактическое лечение, направленное на компенсацию имеющейся неврологической патологии, еще в препубертатном периоде.

### Литература

1. Буркова А. С. Проект новой классификации последствий перинатальных поражений нервной системы у детей 1-го года жизни. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2003; 4: 40-42.
2. Скорнякова М. Н., Сырочкина М. А. Гипоменструальный синдром. Екатеринбург; 2005.
3. Уварова Е. В. Репродуктивное здоровье девочек подросткового возраста. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2003; 5: 8.

## Значимость иглорефлексотерапии в лечении нарушений менструальной функции у девочек — подростков с дисфункцией щитовидной железы

Т. Ж. Амбарцумян, В. Г. Баласанян, д. м. н., проф.

ГУЗ Волгоградская областная клиническая больница №1, Волгоградский областной центр планирования семьи и репродукции

### Резюме

*Целью данной работы являлась повышение эффективности лечения нарушений менструального цикла у девочек — подростков с дисфункцией щитовидной железы. Авторами изучены особенности нарушений менструального цикла у девочек при заболеваниях щитовидной железы. Обследованы 210 девочек от 12-19 лет, из которых основную группу составили 125 девочек с нарушениями менструального цикла на фоне заболеваний щитовидной железы, группу сравнения — 55 девочек с нарушениями менструального цикла без патологии щитовидной железы, и контрольную группу — 30 практически здоровых девочек. На основании выявленных изменений показателей состояния вегетативной системы у девочек с заболеваниями щитовидной железы в сочетании с нарушениями менструального цикла предложен дифференцированный комплекс лечения с применением иглорефлексотерапии.*

**Ключевые слова:** нарушения менструального цикла, подростки, заболевания щитовидной железы, иглорефлексотерапия.

### Введение

По данным некоторых авторов [3, 7] среди общей патологии половой сферы в подростковом возрасте нарушения менструального цикла (НМЦ), занимают первое место. Распространенность НМЦ составляет от 40-64%. Нарушения менструального цикла при заболеваниях щитовидной железы исследованы, в

основном, у взрослых. Многие лечебные схемы, апробированные на взрослых, часто неприемлемы для подростков или не являются методами выбора в силу оказываемых ими побочных эффектов (пауперизация яичников, аллергизация, нарушения формирования скелета, дисбактериоз, вегетативные нарушения,