

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, СТ₄, 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,

стимуляция опухолевого роста и пр.). Ранняя диагностика и лечение НМЦ, обеспечивающие максимальную компенсацию нейроэндокринных нарушений, уменьшают частоту осложнений, делают более эффективной профилактику нарушений репродуктивной функции в детородном возрасте и, как следствие, приводят к снижению репродуктивных потерь.

Целью данного исследования было повышение эффективности лечения нарушений менструального цикла у девочек, страдающих заболеваниями щитовидной железы, и расширение круга больных с нарушениями менструального цикла для применения негормональных методов лечения.

Материал и методы исследования

В процессе динамического наблюдения было обследовано 210 девочек в возрасте 12-19 лет с НМЦ. Основную группу составили 125 девочек с НМЦ на фоне заболеваний щитовидной железы, группу сравнения — 55 пациенток с НМЦ без патологии щитовидной железы. Контрольную группу составили 30 практически здоровых девочек. Пациентки группы сравнения находились на амбулаторном лечении в Областном центре планирования семьи и репродукции г. Волгограда, где также наблюдались и девочки группы контроля. Пациентки основной группы находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Волгоградской областной детской клинической больницы и на амбулаторном лечении Волгоградской областной детской клинической больницы и Областного центра планирования семьи и репродукции г. Волгограда.

Протокол исследования включал следующие методы исследования:

1. Общеклинические.

2. Исследование функционального состояния вегетативной нервной системы (исследование по Риодораку, основанное на определении биопотенциала в ло-пунктах энергетических каналов организма, вегетативные пробы: ортоклиноатическая проба, штриховая проба, глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера).

3. Специальные методы:

а) ультразвуковое сканирование органов малого таза и щитовидной железы с помощью аппарата Aloka SSD 5500;

б) рентгенологическое обследование черепа, позволявшее выявить наличие гипертензионного синдрома.

4. Лабораторные методы: определение концентрации гонадотропных, тиреоидных гормонов производилось радиоиммунологическим методом с помощью стандартных наборов фирмы «Immunotech» в радиоизотопной лаборатории ГУЗ ВОКБ №1 г. Волгограда. Гормональ-

ные исследования проводились при наличии менструального цикла на 5-7 и 20-21 день.

Пациенты консультированы смежными специалистами: эндокринологом, гематологом, педиатром, невропатологом, окулистом.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Excel office 2003. Данные обрабатывались методом вариационной статистики с вычислением величины средне-квадратной ошибки, достоверности по критерию Стьюдента.

В каждом случае получено информированное согласие больных или их родителей на проведение обследования и лечения.

Результаты исследования

В результате комплексного обследования пациенток выяснилось, что состояние вегетативной нервной системы у девочек — подростков с нарушением менструального цикла на фоне заболеваний щитовидной железы страдает в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. Это свидетельствует о нарушении вегетативной регуляции функции нейрорегуляторной системы целого организма. Распределение обследованных девочек по состоянию вегетативной нервной системы отражено в табл. 1. Электронпунктурная рефлексодиагностика выявила нарушение электропроводимости (ЭП) у 80% пациенток, асимметрия правых и левых каналов, повышение электропроводимости ручных (С, Р), на фоне снижения ЭП ножных (Е, F, VB), что приводило к повышению коэффициента вертикальной асимметрии.

При обследовании общеклинического состояния пациенток мы убедились, что состояние вегетативной регуляции страдает у $80 \pm 15,0\%$ пациенток в основной группе и $60 \pm 10,0\%$ пациенток группы сравнения. Вегето-сосудистая дистония (ВСД) по гипотоническому типу в 70% случаев встречается у девочек 12-15 лет основной группы на фоне гипотиреоза. При гипертиреозе больше встречается ВСД по смешанному и гипертоническому типу 62,8 и 29,1% соответственно.

Анализ полученных данных комплексного обследования показывает, что имеется взаимосвязь с типом нарушения менструального цикла, дисфункцией щитовидной железы и состоянием вегетативной нервной системы. Распределение пациентов основной группы, в зависимости от типа НМЦ и функционального состояния щитовидной железы отражено в табл. 2. Следует отметить, что гипоменструальный синдром чаще отмечали на фоне гипотиреоза, гиперменструальный синдром чаще выявляли при гипертиреозе. В основной группе 76 девочек были в возрасте

Таблица 1. Состояние вегетативной нервной системы на основании вегетативных проб

Вегетативные пробы	Тип	Основная группа, %						Группа сравнения, %		Группа контроля, %
		Зутиреоз, n=48		Гипотиреоз, n=39		Гипертиреоз, n=38		а	б	
		а*	б**	а*	б**	а*	б**			
Ортоклиностатическая проба	1	31,2±1,4 3	90,8±2,3 1	27,5±1,4 3	85,7±0,9 8	24,4±1,4 3	73,1±0,85	30,2	92,1	90,4
	2	43,8±0,50	5,0±0,08	52,3±1,20	7,5±0,50	24,4±1,43	3,9±2,9	44,4	5,4	5,4
	3	25±1,20	4,2±1,30	20,2±2,30	6,8±0,03	51,2±1,20	23±1,38	25,1	2,4	4,2
Штриховая проба Дермографизм	белый	55,4±2,80	63,20	34,3±1,60	53,20	62,2±1,60	45,3	45,6	55,3	60,2
	красный	44,6±1,90	36,80	65,7±1,85	46,80	38,8±0,81	54,7	46,8	28,8	38,8
Даньини-Ашнера	1	30,6±3,70	86,90	22,9±6,31	72,80	22,9±0,40	71,2	29,1	86,8	87,7
	2	42,1±2,50	10,40	60,0±1,20	23,00	20,9±1,10	8,1	42,8	20,6	10,6
	3	27,3±7,20	13,70	17,1±4,31	14,20	56,2±1,51	21,7	38,1	3,6	11,7

Примечание. 1 — зутония, 2 — парасипатикотония, 3 — симпатикотония, а — до лечения, б — после лечения, * — $p < 0,05$, ** — $< 0,05$.

12-15 лет, 49 девочек — 16-19 лет, в группе сравнения 17 девочек были в возрасте 12-15 лет, и 38 девочек — 16-19 лет.

Все 180 пациенток разделены на 2 подгруппы: лечившиеся традиционным методом (60 девочек основной группы и 42 — сравнения) и разработанным нами — с использованием иглорефлексотерапии (65 — основной группы и 13 — группы сравнения).

На первом этапе рекомендовали ведение здорового образа жизни, назначали лечебно-охранительный режим, сбалансированное питание, комплекс аминокислот, минералов, витаминов, йодомарин в дозе 200 мкг в сутки, иглорефлексотерапия.

Начинать лечение методом иглорефлексотерапии у девочек-подростков с нарушением менструальной функции на фоне патологии щитовидной железы следует с 5-7-го дня менструального цикла или с момента получения данных комплексного клинического обследования. Принимая условно первый день лечения за первый день менструального цикла, можно ориентироваться в плане необходимости и сроков назначения повторных профилактических курсов иглорефлексотерапии. Если в течение первого курса лечения отмечена менструальная реакция, то курс доводят до конца, но за первый день менструального цикла принима-

ют первый день менструации. В этом случае повторный курс иглорефлексотерапии назначают с 5-7 дня следующего менструального цикла, при своевременной следующей менструации, или с 30-35 дня менструального цикла при ее запаздывании.

Методика проведения процедур

Аурикулоиглорефлексотерапию (АИРТ) проводили по следующей схеме:

При гипотиреозе и гипоменструальном синдроме использовали следующие точки (Гавла Лувсан 1992 г.): AP23- яичник, AP51-симпатическая нервная система, AP22- эндокринная, AP45- щитовидная железа — ежедневно по 10-15 мин. На курс проводили 7-8 сеансов. В предполагаемую первую фазу менструального цикла стимулировали AP23, AP45, AP22, AP28-гипофиз, а во вторую фазу — AP55-шэнь-мэнь, AP45, AP22. Из корпоральных точек стимулировали GI4, и оказывали торможение на E42, V58.

При гипотиреозе и гиперменструальном синдроме рецепт проводили воздействием на следующие точки: AP22, 28, AP45 — ежедневно по 10 — 15мин. На курс 7-8 сеансов. А также AP58, AP55 7 дней непрерывно. Проводили стимуляцию GI4.

При гипертиреозе и гипоменструальном синдроме использовали точки: AP45, AP55 в течение 7 дней непрерывно, и AP23 ежедневно по 10-15мин. в течение 7-8 сеансов. Из корпоральных точек — проводили гормонизацию VB21.

При гипертиреозе и гиперменструальном синдроме воздействовали на следующие точки: AP45, AP58, AP55 — 7 дней непрерывно во 2 фазу менструального цикла.

При зутиреозе точки выбирались с учетом типа НМЦ.

Таблица 2. Типы нарушений менструального цикла у обследованных девочек основной группы (n=125)

Тип нарушения менструального цикла	Гипотиреоз, n=39		Гипертиреоз, n=38		Зутиреоз, n=48	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипоменструальный синдром	26	66,7	15	39,5	35	72,9
Гиперменструальный синдром	13	33,3	23	60,5	13	27,1

Лечение проводилось в течение 3-х менструальных циклов, повторный курс АИРТ проводили через три месяца.

Противопоказания к методу являются общими для применения физиотерапии.

В результате проведенного первого этапа у 113 (90,9%) пациенток отмечалась выздоровление. Регулярный менструальный цикл начался с I-II месяца лечения. Концентрация ЛГ, ФСГ в сыворотке крови после лечения был в норме у $92 \pm 4,2\%$ девочек.

Вторым этапом остальным пациенткам были назначены небольшие дозы тиреоидных гормонов (тироксин, мерказолил с учетом гипер-, гипо-, эутиреоза), совместно с АИРТ еще в течение трех циклов. После такого лечения у 118 (94,5%) больных наступило выздоровление.

Третьим этапом 7 (5,5%) пациенткам в силу неэффективности данной схемы лечения, были назначены микродозированные комбинированные оральные контрацептивы (новинет, линдинет, ярина, жанин).

Электропунктурная диагностика после лечения выявила снижение электропроводимости (ЭП) ручных (С, Р), на фоне повышения ЭП ножных (Е, F, VB), что приводило к уменьшению коэффициента вертикальной асимметрии в 1,7 раза.

После проведения комплексного лечения с применением аурикулярной иглорефлексотерапии произошло снижение вегетативной дисфункции.

Результаты лечения пациенток с применением иглорефлексотерапии оценивались по следующим критериям:

1) характеристика менструального цикла (продолжительность: стабильный — 28-30 дней или нестабильный — 25-35 дней, объем кровянистых выделений, их продолжительность);

2) реализация репродуктивной функции у начавших половую жизнь. Во всей группе больных менструальный цикл установился у 90,9% наблюдаемых, из них 32,4% — нестабильный и 58,5% — стабильный менструальный цикл. Эффективность лечения доказывается появлением самостоятельных своевременных менструаций сначала на фоне лечения, а затем при ее прекращении (в течение года и более после окончания лечения).

Рецидив НМЦ после комплексного лечения в первые 6-9 месяцев отмечен у 5,2% девочек.

Преимущества иглорефлексотерапии в том, что данный негормональный, немедикоментозный метод вызывает разноплановые эффекты, направленные на гармонизацию:

а) сосудистого русла, сопровождающуюся уменьшением клинических проявлений ВСД;

- б) эмоционального состояния;
- в) сна;
- г) аппетита;
- д) обмена веществ;
- е) физического и полового развития.

Кроме того, метод предоставляет возможность повторения курсов ежемесячно или реже — в течение 3-6 месяцев — для обеспечения стойкого клинического эффекта.

Таким образом, разработанный комплекс мероприятий позволяет начинать лечение НМЦ у девочек, исходя из этиопатогенетических факторов, учитывая тип нарушения функции щитовидной железы, что значительно улучшает показатели проведенного лечения пациентов с НМЦ.

Выводы

1. Существующие изменения состояния вегетативной нервной системы у девочек — подростков с нарушением менструального цикла на фоне забоеваний щитовидной железы свидетельствует о дисбалансе вегетативной регуляции функции нейрогуморальной системы целого организма.

2. В обследованной группе доля девочек страдающих ВСД составляет до 80%, что предполагает необходимость комплексного подхода к обследованию и лечению девочек с нарушением менструального цикла на фоне патологии щитовидной железы.

3. Иглорефлексотерапия в комплексе лечения, являясь негормональным, немедикоментозным методом, что крайне важно с точки зрения детской и подростковой гинекологии, показал высокую эффективность (в 90,9% наблюдений) при лечении и реабилитации девочек с нарушением менструального цикла на фоне дисфункции щитовидной железы.

4. Иглорефлексотерапия, будучи включенной в лечебный комплекс, способствует (в 55,0-70,0%) купированию клинической картины вегетативных нарушений у девочек-подростков с нарушением менструального цикла на фоне патологии щитовидной железы. Удовлетворительные результаты применения иглорефлексотерапии расширяют спектр терапевтических возможностей при лечении нарушений менструальной функции у девочек-подростков с тиреоидной дисфункцией.

Литература

1. Богданова Е. А. Гинекология детей и подр. М.; 2000.
2. Бутко Т. С. Актуальные проблемы патологии щитовидной железы у детей и подростков. Актуальные вопросы гастроэнтерологии, эндокринологии, кардиологии у детей 1999. 3: 26-31.
3. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. СПб.; 2000.

Полный список литературы см. на сайте www.urmj.ru