

2. *Вихляева Е.М.* Руководство по эндокринной гинекологии.-М.: МИА, 2000.-С.427-439.
3. *Киселев С.И., Адамян Л.В., Селиверстов А.А.* Эндоскопическая миомэктомия: Матер.междунар.конгресса «Эндоскопия в гинекологии».-М., 1999.-С.335-342.
4. *Краснопольская К.В., Сичинава Л.Н., Калугина А.С.* Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров //Акуш.и гин.-2000.-№1.-С.56-58.
5. *Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Волков Н.И.* Лечение миомы матки с помощью декапептила-депо и оперативной лапароскопии у женщин с бесплодием //Материалы междунар.симпозиума.-М., 1994.-С.62-65.
6. *Савицкий Г.А.* Миома матки.-СПб.: МедПресс, 1994.-С.214.
7. *Штыров С.В., Краснова И.А., Тумарев А.В. и др.* Оптимизация методов консервативной лапароскопической миомэктомии: Матер.междунар.конгресса «Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве».-М., 2002.-С.64-65.
8. *Darai F., Dechaud H.* Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results //Hum.Reprod.-1997.-N12.-P.19-34.

УДК 618.1-053.2

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Л.И.Матковская, Н.В.Башмакова, Г.А.Черданцева, С.Ю.Захарова, Г.Е.Стоцкая

ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

Охрана здоровья подрастающего поколения является одной из главных задач нашего здравоохранения. Качество репродуктивного здоровья женщин, несмотря на применение современных диагностических и лечебных мероприятий, остается низким [4, 5]. В условиях снижения качества здоровья женщин фертильного возраста и новорожденных первостепенное значение приобретает недоношенность, как актуальная проблема неонатологии и педиатрии [2, 3, 6].

Из года в год количество случаев преждевременных родов во всех странах мира увеличивается. Так, по данным ВОЗ за 1998 год каждая 10-я беременность заканчивается рождением недоношенного ребёнка.

Частота рождения недоношенных детей составляет 3-16% и не имеет тенденции к снижению [2]. За последние годы во многих крупных городах созданы центры по выхаживанию глубоконедоношенных детей, что способствует большей их выживаемости и увеличению числа детей с низкой массой тела при рождении в более старших возрастных группах. В ОРИТН ГУНИИ ОММ за последние 3 года выживаемость глубоконедоношенных новорожденных, благодаря современным перинатальным технологиям, составила 95%, из них новорожденных с экстремально низкой массой тела — 78%. Известно, что эти дети в силу незрелости их организма к моменту рождения в дальнейшем должны находиться под систематическим медицинским наблюдением для своевременного предупреждения возможных отклонений и нарушений в их физическом и половом развитии [1, 3].

Целью работы явилось изучение на современном этапе репродуктивного и соматического здоровья девочек-подростков, родившихся недоношенными.

Материал и методы исследования. В процессе работы изучались анамнестические данные подростков, течение беременности, соматическое и гинекологическое здоровье их матерей, оценивался уровень физического и полового развития. Анализ становления менструальной функции и уровня гормональной насыщенности организма проводился на основании анализа менограмм, тестов функциональной диагностики, содержания в крови гонадотропных и половых гормонов, данных ультразвукового исследования внутренних половых органов. Проведено клинико-лабораторное обследование методом сплошной выборки 140 девочек в возрасте от 7 до 18 лет. Основную группу составили 65 девочек, родившихся недоношенными, в контрольную группу вошли 75 девочек, родившихся доношенными. Обе группы были разделены на три подгруппы. К первой были отнесены девочки 7-9 лет, ко второй — 10-13 лет и к третьей — 14-18 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных в ходе исследования анамнестических данных показал, что у большинства матерей беременность и роды протекали с осложнениями, сопровождающимися внутриутробной гипоксией плода (ранний токсикоз, гестоз, угроза прерывания беременности). Течение беременности у женщин с преждевременными родами часто осложнялось угрозой прерывания беременности и гестозом. Показанием для родоразрешения в сроке недоношенной беременности часто являлся тяжелый гестоз (см. табл.1).

Течение беременности и родов у матерей девочек-подростков

Осложнения беременности и родов	Недоношенные девочки (n=65)		Доношенные девочки (n=75)	
	абс. число	%	абс. число	%
Угроза прерывания	35*	54	14	19
Ранний токсикоз	20*	30	14	19
Гестоз	36*	55	19	25
Анемия	15*	23	13	17
Оперативное родоразрешение	11*	17	2	3
Родовая травма	15*	23	4	5
Гипоксия в родах	56*	86	19	25

Примечание: в таблицу включены сочетания различных осложнений беременности и родов;

* - достоверность различий равна $p < 0,05$ между двумя группами девочек.

Наблюдаемые недоношенные девочки родились в сроке гестации 30–36 недель. 11 детей (16,9%) родились путем операции кесарева сечения, остальные 54 (83,1%) ребенка – от спонтанных родов. Причиной досрочного оперативного родоразрешения матерей этих детей явились ОПГ-гестоз тяжелой степени, декомпенсированная ХФПН; у четырех женщин (6,2%) гестоз осложнился преждевременной отслойкой плаценты; у двух (3,7%) – преэклампсией. Вес детей, родившихся от преждевременных родов, составил от 1000 до 2500г, средний вес новорожденных – $1811 \pm 55,76$ г. Из представленных данных видно, что у матерей наблюдаемых нами девочек, родившихся преждевременно, достоверно чаще выявлялись осложнения гестационного периода.

Состояние детей при рождении было от удовлетворительного до тяжелого: оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 3/6 баллов, на пятой минуте – 5/8 баллов. У 16 детей проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ).

Среди доношенных детей оперативное родоразрешение было не более 3%. Вес этих детей при рождении составил от 2800 до 4000г, средний вес – $3290 \pm 86,62$ г. Состояние доношенных детей при рождении было удовлетворительным и средней степени тяжести: оценка по шкале Апгар на первой минуте 5/8 баллов, на 5 минуте – 6/9 баллов.

Особую роль в становлении менструальной функции играло ухудшение соматического здоровья contemporaneous подростков. Лишь у 24% девочек отсутствовали сопутствующие заболевания.

Таблица 2

Структура экстрагенитальной патологии у наблюдаемых девочек-подростков

Вид патологии	Недоношенные девочки (n=65)		Доношенные девочки (n=75)	
	абс. число	%	абс. число	%
Хронический тонзиллит	20*	30,8	18	24,0
Заболзания желудочно-кишечного тракта	50*	76,9	35	46,7
Заболевания мочевыделительной системы	10*	15	4	5
Заболевания сердечно-сосудистой системы	40*	61,5	29	38,7
Заболевания щитовидной железы	15*	23,1	9	12,0
Заболевание ЦНС	11*	17	3	4
Нарушение осанки, плоскостопие.	18*	28	14	19
Задержка психомоторного развития	6*	9	2	3
Часто болеющий ребенок	45*	70	26	35
Нарушение зрения	12**	19	3	4
Инфекционный индекс	4		3	

Примечание: в таблицу включены сочетанные виды патологии;

* - достоверность различий равна $p < 0,05$ между двумя группами девочек,

** достоверность различий равна $p < 0,01$ между двумя группами девочек.

Как видно из табл.2, в структуре экстрагенитальной патологии девочек-подростков наибольший удельный вес имели: заболевания желудочно-кишечного тракта – 76,9% в первой группе и 46,7% во второй группе; заболевания сердечно-сосудистой системы – 61,5% и 38,7% соответственно; хронические тонзиллиты – 30,8% в первой группе и 24% во второй группе; нарушения функции щитовидной железы – 23,1% и 12% соответственно. В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладали дискинезии желчевыводящих путей, хронические колиты. В структуре заболеваний сердечно-сосудистой патологии наибольший удельный вес имела вегетососудистая дистония, чаще всего по гипотоническому и смешанному типу. Данный факт свидетельствует о высокой частоте вегетативных дисфункций в подростковом возрасте и их возможной роли в нарушениях менструального цикла. Тесная связь тиреоидной и овариальной функций объясняет высокую частоту патологии щитовидной железы у девочек с нарушениями менструального цикла. Помимо этого у всех пациенток выявлен высокий инфекционный индекс (более 3 инфекций в детстве).

У девочек-подростков, родившихся недоношенными, чаще встречалась такая патология, как нарушение осанки, плоскостопие, нарушение зрения, заболевания ЦНС, задержка полового и физического развития, выше был инфекционный индекс. Большая часть осмотренных недоношенных девочек относилась к контингенту часто болеющих. На повышенные умственные и физические перегрузки (занятия иностранными языками, музыкой, спортом) указывали 40% девочек.

Оценку физического и полового развития девушек проводили по данным антропометрии, возрасту менархе.

Таблица 3

Физическое развитие у обследованных девочек-подростков

Показатели	Недоношенные девочки			Доношенные девочки		
	7-9 лет	10-13 лет	14-18 лет	7-9 лет	10-13 лет	14-18 лет
	(n=30)	(n=15)	(n=20)	(n=18)	(n=16)	(n=41)
Рост, см	126,24	149,12	162,62	129,25	150,35	165,46
Вес, кг	25,22	39,92	48,52	27,58	41,11	55,64
Массо-ростовой коэффициент	0,20	0,27	0,30	0,21	0,28	0,33
Средний возраст менархе		13,0	13,0		12,5	12,5

Из табл.3 видно, что доношенные девочки по своему физическому развитию опережают недоношенных сверстниц. Средний возраст менархе в группе девочек, родившихся доношенными, составил 12,5 лет, а родившихся недоношенными – 13 лет.

Изучение становления менструальной функции и репродуктивного здоровья показало, что гинекологические заболевания имели 35 девочек, родившихся недоношенными – это 53,8% и 23 девочки или 30,7% ($p < 0,05$), родившихся доношенными. В возрасте 7-10 лет в обеих группах преобладала такая патология, как вульвовагиниты и синехии. В возрасте 13-18 лет чаще встречались нарушения менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, также нередко в этом возрасте отмечалось отставание размеров внутренних половых органов от нормы по УЗИ. Нарушения менструального цикла с менархе имели 12 (18,4%) девочек первой группы и 7 (9,3%) – второй ($p < 0,05$).

С целью изучения функционального состояния яичников, наличия овуляции проводилось цитологическое исследование влагалищных мазков, одновременно исследовалась микрофлора влагалища девочек. При исследовании микрофлоры в большинстве случаев определялась палочковая флора, лейкоцитов – не более 5 в поле зрения. Достоверного различия в микрофлоре влагалища у девочек первой и второй группы не получено. Анализ кольпоцитогамм показал, что клеточный состав представлен в основном промежуточными и поверхностными клетками и только у 13 (9,2%) девочек встречались парабазальные и базальные клетки, что свидетельствует о достаточной эстрогенной насыщенности. Тесты функциональной диагностики выявили у подавляющего большинства обследованных девочек ановуляторные циклы.

Таким образом, анализ динамики физического развития девочек, родившихся недоношенными, показал, что они отстают по всем параметрам физического развития от своих доношенных сверстниц. Соматическое и репродуктивное здоровье недоношенных девочек находится на более низком уровне, чем у доношенных.

Недоношенные дети в силу незрелости их организма к моменту рождения должны находиться под систематическим медицинским наблюдением для своевременного предупреждения возможных отклонений и нарушений в их физическом и половом развитии. Глубоконошенные новорожденные являются группой высокого риска по развитию органической патологии ЦНС и инвалидизации с детства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананян Л.В.* Закономерности физического развития и полового созревания детей, родившихся от доношенной и недоношенной беременности: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-Ереван, 1985.
2. *Баранов А.Н., Санников А.Л., Банникова Р.В.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин.-Архангельск: Изд-во АГМА, 1997.-С.177.
3. *Баранов А.Н.* Состояние репродуктивного здоровья девочек и девушек в условиях Европейского Севера: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук.-СПб., 1998.
4. *Хохлова Т.Б.* Становление репродуктивного здоровья девочек-подростков, коренных жительниц Горного Алтая: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.-Барнаул, 2000.
5. *Чердниченко А.М., Хрущева Н.А., Захарова С.Ю. и др.* Клиническое обследование здоровых и больных детей.-Екатеринбург, 2001.
6. *Hertzberg B.S., Pasto M.E., Needeman E. et al.* //I.Ult.Med.-1987.-N6.-P.197-202.

УДК 618.173+616-005.2-08

ОЦЕНКА ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА КАК ИНСТРУМЕНТ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

О.А.Мелкозерова, Н.В.Башмакова, Л.Н.Юрченко, А.Д.Мазуров

ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

Климактерий является физиологическим периодом инволюции женского организма. Стратегию климактерия определяют геномные факторы, воздействие на которые в современных условиях развития медицинской науки крайне ограничено.

Патологический климактерий, являясь предикатором ускоренного старения организма, несет повышенный риск развития ассоциированных с возрастом заболеваний и требует своевременной патогенетически обоснованной коррекции. В настоящее время все больший научный интерес вызывает проблема изменения реологии крови и функциональной активности сосудистой стенки в возрастном аспекте у женщин в постменопаузе. Это обусловлено ведущей ролью дисфункции эндотелия в патогенезе ассоциированных с возрастом заболеваний.

Важнейшей физиологической функцией эндотелия является его участие в большинстве гемостазиологических реакций организма. С возрастом постепенно снижается способность сосудистого эндотелия к синтезу ряда вазоактивных компонентов, факторов ферментативного фибринолиза, экспрессии эндотелиальных факторов роста и презентации антикоагуляционных факторов системы гемостаза. Таким образом, старение организма сопровождается последовательными изменениями в свертывающей системе, а патологическое, или преждевременное старение – ускоренными темпами характерных возрастных изменений. Тогда система гемостаза может рассматриваться в качестве скринингового маркера ускоренных темпов старения организма.

Представленная идеология легла в основу разработанной нами модели определения биологического возраста женщин по системе гемостаза (приоритетная справка №2002134824/14 от 23.12.02). Физиологический смысл данного показателя заключается в отражении темпов возрастных изменений сосудистой системы и микроциркуляции. Интерпретация биологического возраста по гемостазу осуществляется посредством его сравнения со среднепопуляционными показателями [2].

В настоящее время большинством отечественных и зарубежных исследователей стандартным и практически единственным патогенетически обоснованным способом лечения менопаузального синдрома признана заместительная гормональная терапия. Доминирующее место данной концепции в современной медицине увело клиницистов от обсуждения показаний к проведению ЗГТ. Назначенная без учета индивидуального темпа и профиля старения, заместительная гормонотерапия не может в полной мере считаться патогенетически обоснованной концепцией. Такой подход не учитывает основного физиологического закона - гетерохронности и гетеротропности процессов инволюции, поэтому может приводить к осложнениям в результате манифестации наследственно обусловленных факторов риска, оценка которых при назначении ЗГТ производится, как правило, эмпирическим путем. С этих позиций нами была разработана индивидуализированная программа терапии менопаузальных расстройств, основанная на оценке темпов старения женского организма и рисков осложнений при ее применении.