

Применение комплексной терапии способствовало нормализации менструальной функции лишь у 9 из 26 девочек второй группы. Как показал анализ анамнестических данных этих девочек, большинство их (7) имели неотягощенную в эндокринологическом плане наследственность. У остальных больных применение циклической гормональной терапии дало лишь заместительный эффект. Кроме того, ни у одной из наблюдаемых девочек второй группы не было положительной динамики морфограмм.

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать целесообразным раннюю комплексную терапию нарушений полового созревания и менструальной функции у девочек, родившихся недоношенными, в особенности, если менструальная функция их матерей с менархе имела патологические отклонения. Нормализация полового созревания и менструальной функции в пубертатном периоде является профилактикой бесплодия в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баризбекова Р. Б. *Вопр. охр. мат.*, 1973, т. 18, № 6, с. 52—56.
2. Бенедиктов И. И., Скорнякова М. Н. *Акуш. и гин.*, 1972, № 6, с. 10—14.
3. Бодяжина В. И. с соавт. *Акуш. и гин.*, 1971, № 7, с. 3—7.
4. Мануилова И. А., Пшеничникова Г. Я. *Акуш. и гин.*, 1972, № 6, с. 17—20.
5. Саркисян Р. Г. *Акуш. и гин.*, 1973, № 1, с. 28—31.
6. Хейфец С. Н. *Бесплодие эндокринного происхождения у женщин*, М., 1970.

Н. В. ШУКЛИНА

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Хронические воспалительные заболевания печени и желчевыводящих путей весьма распространены — они составляют 70% всех случаев патологии органов брюшной полости.

Известно, что печень в организме выполняет ряд разнообразных, сложных и важных функций. Весьма значительна ее роль в углеводном, белковом, жировом и минеральном обмене, в процессах пищеварения, кроветворения, в кровообращении. Сложные

ферментные системы печени обеспечивают процессы дезинтоксикации, а также участвуют в метаболизме и инактивации множества гормонов.

Отсюда понятно то особое место, которое занимает функциональное состояние гепато-билиарной системы при необходимой дополнительной мобилизации энергетических и сырьевых ресурсов, связанной с потребностями растущего и развивающегося организма девочки.

Патологические изменения в гепато-билиарной системе любого характера приводят к изменениям оптимального соотношения гормонов, которые уже через гипоталамус и гипофиз ведут к сдвигу всей эндокринной системы организма [1].

В пре- и пубертатном периодах, когда происходит значительная перестройка эндокринных взаимоотношений, а функциональное состояние органов и систем отличается крайней неустойчивостью и чувствительностью к эндо- и экзогенным воздействиям, влияние патологии гепато-билиарной системы особенно пагубно.

Механизмы, вызывающие нарушение функции половой системы в подростковом возрасте, проявляющиеся отклонениями в половом развитии и расстройствами менструального цикла, интимно связаны с патологией репродуктивной функции у взрослых женщин.

Представим анализ диспансерного наблюдения за 67 девушками пубертатного периода (от 12 до 18 лет), имеющими хронические воспалительные заболевания гепато-билиарной системы в сочетании с отклонениями в половом развитии и менструальной функции.

Гастроэнтерологический диагноз тщательно обоснован специалистами. Учитывались частота обострений, длительность ремиссий; методы лечения: стационарный, курортный, амбулаторный; их периодичность, преемственность. Соматическое развитие девушек оценивали по морфограммам, предложенным Л. Д. Заяц [3]. Степень полового развития определяли по 4-балльной системе А. Б. Ставицкой и Д. И. Арон [6], с оценкой БПР (балла полового развития) по Л. С. Тумилович [8]. Функцию яичников исследовали по общепринятым тестам (тесты функциональной диагностики с подсчетом КПИ), по показаниям — пневмогинекография.

Всех девушек разделили на 2 группы в зависимости от длительности заболевания гепато-билиарной системы. Первая группа — (16 человек) с длительностью заболевания от 2—5 лет, вторая группа — (51 человек) — свыше 5 лет. Хронические холеци-

ститы, холецистохолангиты, ангиохолециститы, гепатохолецистохолангиты у 67% девушек имели сочетанную патологию желудочно-кишечного тракта неорганического характера (это хронические гастриты с измененной секреторной и кислотообразующей функциями, хронические колиты, дисбактериоз кишечника, реактивный панкреатит). Обе группы имеют равное соотношение между систематическим лечением (включающим длительное, непрерывное лечение, преемственное на этапах стационар — курорт — поликлиника) и несистематическим, преимущественно амбулаторным.

Существующие биохимические тесты для оценки функции гепато-билиарной системы прямо не отражают процессы, происходящие в печеночной паренхиме, неспецифичны и часто малоинформативны [5, 6]. Применяемые в настоящее время методы исследования с рентгеноконтрастными веществами, мечеными радиоактивными красителями и коллоидными растворами, позволяют выявить нарушения гемодинамики и дезинтоксикационной способности печени, которые, однако, обнаруживаются, как правило, при далеко зашедших органических изменениях в печеночной паренхиме.

Изучение анамнеза исследуемых показало, что все девушки родились доношенными. К моменту рождения их родители не имели эндокринных заболеваний, профвредностей на производстве, не страдали алкоголизмом, инфекционный индекс не превышал 3. Исключены из обследования группы ДЧБ (длительно и часто болеющих), а также имеющие другие хронические очаги инфекции. Матери не получали гормонотерапию, не имели длительного токсикоза во время данной беременности.

Клиника хронических воспалительных заболеваний гепато-билиарной системы складывается из трех основных синдромов: интоксикационного (или астено-вегетативного), диспептического, болевого.

Вопросы лечения таких больных чрезвычайно трудны. В современных условиях широко используются диетотерапия, антибактериальные, витаминные, липотропные, желчегонные, ферментные, гормональные препараты, фитотерапия, питьевые минеральные воды, бальнеологические факторы, аппаратная физиотерапия и другие. Важное место в этом лечении занимает систематическое, по возможности ежегодное применение курортных факторов, особенно питьевого лечения, бальнеологических процедур в комплексе с диетическим, климатическим, общеукрепляющим и по показаниям — медикаментозным лечением. Проводится тера-

пия до установления надежной стабилизации процесса в виде значительного улучшения общего состояния больных, стойкой на протяжении ряда лет полной ремиссии или компенсации с реабилитацией (нормализация успеваемости в школе, занятия спортом, музыкой, участие в общественной жизни).

В каждой группе исследуемых более выражена эффективность коррекции гепато-билиарной системы, частота и большая длительность стойкой ремиссии при систематическом лечении, особенно с неоднократным использованием курортных факторов. Систематическое лечение гепато-билиарной системы было достаточным для реабилитации нарушений полового цикла в первой группе у половины больных, а во второй группе — у четверти больных (в 2 раза реже). При несистематическом лечении гепато-билиарной системы все нарушения полового цикла требовали дополнительной коррекции, особенно длительной при возникновении заболеваний в период детства и при отсутствии стойкой ремиссии в пре- и пубертатный периоды [2—4]).

Клиническая и морфометрическая характеристики девушек второй группы (с длительностью заболеваний гепато-билиарной системы свыше 5 лет) выявили значительно большее число скелетных диспропорций, экстремальных типов морфограмм, особенно по гипогиническому типу, характерному для ретардации полового развития, чем в первой группе. Во второй группе также более замедлены темпы полового развития, чаще отмечается негармоничное асинхронное развитие.

Оценка степени полового развития, определение БПР свидетельствуют о том, что относительно позднее половое развитие во второй группе встречается в 2 раза чаще. Запоздалое половое развитие (ЗПР) во второй группе выявилось у 25,3% девушек, тогда как в первой группе наличие ЗПР вообще не отмечено. Эти данные коррелируют с характером лечения гепато-билиарной системы. Лечение девушек с ЗПР не было систематическим, тщательным, не соблюдалась преемственность: стационар — курорт — поликлиника. Таким образом, длительный воспалительный процесс гепато-билиарной системы отрицательно влияет на физическое и половое развитие девочек, особенно если он формируется до периода интенсивного роста. Отставание (ретардация) физического и полового развития может вести к необратимому инфантилизму со всеми его последствиями нарушения генеративной функции у взрослых женщин. По данным Т. Н. Степановой [7] генитальный инфантилизм служит причиной бесплодия у

21—47% женщин. Наиболее эффективным является лечение этой патологии до 18-летнего возраста.

Исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики не выявило существенных различий между девушками обеих групп. Базальная температура была монофазной, КПИ колебался от 2 до 50%. Однако характерным является то, что у девушек второй группы чаще патологически протекает период становления полового цикла с явлениями меноррагии, метроррагии, менометроррагии, альгодисменореи, гипоменструального синдрома и формируются более стойкие нарушения полового цикла, особенно у тех девушек, где не удается добиться стойкой коррекции гепато-билиарной системы при преимущественно амбулаторном лечении. Мы не можем утверждать о сугубо изолированном, так называемом печеночном генезе нарушений полового цикла у девушек. Это, бесспорно, полигландулярная патология, и мы расцениваем эти изменения как одно из клинических проявлений гепатоовариального синдрома. Девушки с заболеваниями гепато-билиарной системы и нарушениями полового цикла должны находиться под самым тщательным диспансерным наблюдением гастроэнтеролога и гинеколога с использованием наиболее перспективного метода длительного, непрерывного лечения, строго преемственного на этапах стационар — курорт — поликлиника до установления надежной стабилизации процесса с реабилитацией больных, что облегчает задачу коррекции полового цикла. Только своевременная нормализация гепато-билиарной системы в пубертатном периоде может предупредить развитие гепатоэндокринного синдрома, а в периоде половой зрелости обеспечит полноценную генеративную функцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И. И., Балезин Л. З., Пироговский Л. П. Гепато-эндокринный синдром беременных. Учебно-метод. пособие, Свердловск, 1978, с. 4, 64.
2. Боровков С. А. и соавт. Методы исследования при хирургических заболеваниях печени. М., 1973, с. 109—160.
3. Заяц Л. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, с. 39—51.
4. Лукьянова Е. М. Детская гастроэнтерология, Киев, 1978.
5. Сергеев Е. А. и соавт. Акуш. и гин., 1975, № 3, с. 60—61.
6. Ставицкая А. П., Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков, М., 1959.
7. Степанова Т. И. с соавт. Диагностика и лечение генитального инфантилизма. Уфа, 1975, с. 5—7.
8. Тумилевич Л. Г. и соавт. Акуш. и гин., 1975, № 3, с. 54—56.