

Л. Ф. МОЖЕЙКО, И. А. ГУЗЕЙ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ДИСМЕНОРМ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ

Белорусский государственный медицинский университет

Представлены данные обследования девочек-подростков с различными нарушениями менструального цикла, анализ причин их возникновения, возможности реабилитации у юных пациенток. Дана оценка клинической эффективности препарата «Дисменорм» для профилактики нарушений менструальной функции в подростковом возрасте.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, девочки-подростки.

Нарушения менструальной функции составляют от 21 до 63% в структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков, что обусловлено незрелостью функциональной системы нейроэндокринной регуляции менструальной функции и высокой чувствительностью к воздействию различных неблагоприятных факторов.

В последние годы особого внимания заслуживают аномальные маточные кровотечения (АМК). В отличие от взрослых, подростки тяжелее переносят кровопотерю, хуже адаптируются даже к незначительной анемии. Современные схемы гемостаза с использованием низкодозированных оральных контрацептивов часто сопровождаются рецидивами АМК, что диктует необходимость поиска новых средств реабилитации юных пациенток.

Целью работы явилась оценка клинической эффективности препарата «Дисменорм» для профилактики нарушений менструальной функции в подростковом возрасте.

Материал и методы

Обследование и лечение подростков проводили на базе гинекологического отделения 1-й городской клинической больницы Минска. Дальнейшее наблюдение осуществлял детский гинеколог по месту жительства подростков.

В процессе работы изучали анамнестические данные девочек и их матерей, соматический статус, гинекологическую патологию, включая оценку физического и полового развития. Становление менструальной функции и гормональную насыщенность организма оценивали на основании данных тестов функциональной диагностики, содержания в крови гонадотропных и половых гормонов, а также результатов ультразвукового исследования внутренних половых органов.

Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 68 девочек в возрасте 13—18 лет с различ-

ными видами нарушений менструальной функции. Основную группу составили 48 пациенток, которым проводили лечение растительным препаратом «Дисменорм», в состав которого входят: *Agnus castus*, *Pulsatilla pratensis*, *Rosmarinus officinalis*, *Apis mellifica*. Допаминаргическая активность *Agnus castus* обеспечивает снижение продукции пролактина и нормализацию соотношения гонадотропных гормонов. Ликвидация дисбаланса между эстрадиолом и прогестероном приводит к нормализации лютеиновой фазы менструального цикла. Негормональный состав дисменорма и отсутствие побочных эффектов при его использовании определили приоритет его назначения в подростковой гинекологии. Девочкам с нарушениями менструального цикла дисменорм назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки непрерывно в течение 3—4 мес.

Группу сравнения составили 20 пациенток, получавших общепринятое лечение (витаминотерапия, седативные препараты, адаптогены).

По характеру нарушений менструального цикла обследованные распределены на 2 подгруппы. В 1-ю вошли девочки с гиперменструальным синдромом (18 человек из основной и 10 — из контрольной группы), во 2-ю — пациентки с гипоменструальным синдромом (30 и 10 человек соответственно).

Критерием эффективности проводимой терапии принята нормализация менструальной функции.

Результаты и обсуждение

Анализ анамнестических данных свидетельствует, что средний возраст менархе у матерей обследованных подростков составил $13,4 \pm 0,29$ года и $13,1 \pm 0,15$ года соответственно. На нарушения менструальной функции указали 16 женщин (64%), на нарушения функционирования репродуктивной системы (бесплодие, невынашивание) — 14 (56%). У большинства женщин беременность и роды протекали с осложнениями, сопровождавшимися внутриутробной гипоксией плода, — поздний гестоз, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), угроза невынашивания и др. (табл. 1).

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что у 68% матерей девочек с гиперменструальным синдромом беременность протекала на фоне позднего гестоза. Однако легкая и средняя степень тяжести в большинстве случаев определили низкую частоту

Таблица 1

Особенности течения беременности и родов у матерей обследованных подростков

Вид акушерской патологии	1-я подгруппа		2-я подгруппа	
	абс.	%	абс.	%
Угроза невынашивания	6	21	17	43
Поздний гестоз	19	68	14	35
ФПН	1	4	19	48
Оперативное родоразрешение	1	4	1	3
Родовая травма	7	25	4	10
Гипоксия в родах	5	18	24	60

оперативного родоразрешения в этой группе. ФПН отмечена у 4% матерей обследованных девочек. У 12,5% женщин средний вес при рождении превышал 4000 г. На перенесенную родовую травму указали 25% матерей, на гипоксию — 18%.

Среди матерей пациенток с гипоменструальным синдромом достаточно высок удельный вес женщин с ФПН (48%). Также обращает на себя внимание высокая частота (60%) перенесенной в родах гипоксии по сравнению с девочками 1-й подгруппы.

Общеизвестно, что на становление менструальной функции влияет характер соматической патологии. Наши исследования подтверждают данные об ухудшении соматического здоровья современных школьников. Лишь у 4,2% обследованных отсутствовали сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Структура экстрагенитальной патологии у обследованных представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в структуре экстрагенитальной патологии у девочек с нарушением менструального цикла наибольший удельный вес имели: хронический тонзиллит (68% в 1-й группе и 48% — во 2-й), заболевания желудочно-кишечного тракта (61% и 55% соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (46% и 35% соответственно), нарушения функции щитовидной железы (39% и 18% соответственно). В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладала дискинезия желчевыводящих путей. Довольно часто патологию менструального цикла сопровождала тонзиллогенная инфекция. Причем у девочек с гиперменструальным синдромом преобладали компенсированные формы хронического тонзиллита, а у подростков с гипоменструальным синдромом — декомпенсированные формы. Полученные нами данные совпадают с результатами других

исследований, указывающих на важную роль тонзиллогенной инфекции в генезе нарушений менструальной функции, в особенности на этапе ее становления. В результате влияния интоксикации на гипоталамическую область нарушается цирхоральный ритм секреции гонадолиберина и синтез лютеинизирующего гормона клетками гипофиза, что вызывает нарушение процессов фолликулогенеза в яичниках.

В структуре заболеваний сердечно-сосудистой патологии наибольший удельный вес имели вегетососудистые расстройства, чаще всего по гипотоническому и смешанному типам. Данный факт свидетельствует о высокой частоте встречаемости вегетативных дисфункций в подростковом возрасте и их возможной роли в генезе нарушений менструальной функции. Тесная взаимосвязь тиреоидной и овариальной функций объясняет высокую частоту патологии щитовидной железы у девочек с нарушениями менструального цикла. Причем у пациенток 1-й подгруппы чаще отмечалось увеличение щитовидной железы I степени, 2-й подгруппы — II степени.

У девочек с гипоменструальным синдромом, особенно среди недоношенных детей, чаще отмечались нарушение осанки и патология зрения.

Кроме того, на повышенные умственные и физические перегрузки (занятия иностранными языками, музыкой, спортом) указывали 40% подростков, а на конфликтные ситуации в семье, в школе со сверстниками — 67% обследованных.

Оценку физического и полового развития девочек проводили по данным антропометрии с учетом возраста менархе и выраженности вторичных половых признаков (табл. 3).

Данные, представленные в табл. 3, свидетельствуют, что 13—15-летние девочки практически не отличались по росту и массе тела в обеих подгруппах. В группе 16—18-летних девочек с гипоменструальным синдромом показатели роста были несколько выше, чем у обследованных 1-й подгруппы и в группе здоровых девочек.

У девочек с гиперменструальным синдромом средний возраст менархе составил $13 \pm 0,2$ года, с гипоменструальным синдромом — $12,5 \pm 1,2$ года.

Анализ характера нарушений менструальной функции у подростков показал, что наиболее часто наблюдались различные проявления гипоменструального синдрома — 48%. При этом 33% обследованных девочек предъявляли жалобы на скудные и непродолжительные менструации, 14% — на редкие менструации.

Таблица 2

Структура экстрагенитальной патологии у обследованных подростков

Вид патологии	1-я подгруппа		2-я подгруппа	
	абс.	%	абс.	%
Хронический тонзиллит	19	68	19	48
Патология щитовидной железы	11	39	7	18
Заболевания сердечно-сосудистой системы	13	46	14	35
Патология желудочно-кишечного тракта	17	61	22	55
Нарушение осанки, плоскостопие	4	14	10	25
Патология зрения	1	4	5	13

Таблица 3

Физическое и половое развитие обследованных подростков

Показатель	1-я подгруппа		2-я подгруппа	
	13—15 лет (n=15)	16—18 лет (n=13)	13—15 лет (n=28)	16—18 лет (n=12)
Рост, см	$162,42 \pm 1,8$	$161,5 \pm 1,6$	$160,1 \pm 1,6$	$166,6 \pm 4,1$
Масса тела, кг	$50,0 \pm 3,1$	$56,4 \pm 0,8$	$49,4 \pm 1,8$	$56,2 \pm 1,4$
Массоростовой коэффициент	$0,31 \pm 0,02$	$0,35 \pm 0,01$	$0,30 \pm 0,02$	$0,34 \pm 0,01$
Средний возраст менархе	$13 \pm 0,2$		$12,5 \pm 1,2$	
Средний балл полового развития	$6,0 \pm 0,5$	$6,4 \pm 0,8$	$6,5 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,5$

У подростков с гиперменструальным синдромом преобладали жалобы на обильные и продолжительные менструации (22%). Ювенильные маточные кровотечения в структуре нарушений менструального цикла у подростков составили 10%. Практически каждая вторая девочка из числа обследованных указывала на наличие различных по интенсивности болевых ощущений внизу живота во время менструации.

Оценивая становление менструальной функции, авторы отметили, что нарушения менструального цикла с менархе имели 9 девочек из 1-й подгруппы (32%) и 18 из 2-й (45%). Причем у подавляющего большинства обследованных (67%) наблюдался ановуляторный характер менструальной функции.

Анализ содержания гонадотропных и половых гормонов выявил снижение уровня прогестерона у девочек обеих подгрупп, а также тенденцию к гиперпролактинемии в группе девочек с гиперменструальным синдромом (табл. 4). Учитывая нестабильность уровней половых гормонов у подростков, показатели содержания гормонов соотносили с морфотипом и формулой полового созревания девочки, тестами функциональной диагностики, а также с данными ультразвукового исследования.

Таблица 4

Содержание гонадотропных и половых гормонов у обследованных подростков

Гормоны	1-я подгруппа	2-я подгруппа
Тиреотропный гормон, мМЕ/л	1,92±0,19	1,87±0,16
Лютеинизирующий гормон, мМЕ/л	5,52±0,8	3,49±0,29
Фолликулостимулирующий гормон, мМЕ/л	6,07±1,1	4,64±0,22
Эстрадиол, пг/мл	75,79±18,3	41,2±8,5
Прогестерон, нмоль/л	4,69±1,96	12,9±2,51
Пролактин, мМЕ/л	513,4±17,3	319,2±18,5

В табл. 5 представлена характеристика менструальной функции у девочек основной и контрольной групп до и после лечения. Представленные данные свидетельствуют, что включение растительного препарата «Дисменорм» в комплексную терапию расстройств менструальной функции у подростков позволило добиться нормализации менструального цикла у 31 (46%) девочки. Гипоменструальный синдром сохранился у 13 (27%) девочек. Рецидивы ювенильных маточных кровотечений не наблюдались ни у одной из обследованных.

Таким образом, нарушение менструальной функции в период ее становления является следствием воздействия различных повреждающих факторов. Разнообразие клинических форм указанных нарушений требует дифференцированного подхода к выбору методов коррекции. Показания к назначению гормональных препаратов, длительность их приема в подростковом возрасте должны быть четко обоснованы. Включение в комплексную терапию препарата «Дисменорм» способствовало повышению эффективности проводимой лечебно-профилактической тера-

Таблица 5

Характеристика менструальной функции у девочек до и после лечения

Форма нарушения	Основная группа				Контрольная группа			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперполименорея, полименорея, пройоменорея	12	25	2	4,2	7	35	3	15
Ювенильные кровотечения	3	6,3	0	0	3	15	1	5
Олигоменорея, опсоменорея	22	45,8	13	27	8	40	5	25

пии, позволило избежать использования гормональных средств у большинства девочек с нарушением менструального цикла. Применение указанного препарата в практике подростковых гинекологов представляется достаточно перспективным и требует дальнейшего исследования.

Использованная литература

1. Болдырева Е. Н., Уварова Е. В. // Рус. мед. журн.— 2007.— Т. 7, № 4.— С. 48—52.
2. Гуркин Ю. А. // Журн. акушерства и женских болезней.— 2000.— Т. 69, № 3.— С. 55—58.
3. Кокolina В. Ф. Гинекология детского и подросткового возраста.— М., 2006.
4. Кудина О. Л. Современные методы коррекции нарушений менструального цикла у девочек-подростков: Методич. пособие.— Минск, 2010.
5. Радзинский В. Е., Ордянец И. М. // Гинекология.— 2003.— Т. 5, № 4.— С. 1—6.
6. Савельева И. С., Белохвостова Ю. Б. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов.— 1997.— № 4.— С. 111—116.
7. Тагиева Т. Т. // Гинекология.— 2005.— Т. 7, № 3.— С. 141—144.
8. Традиционные и нетрадиционные методы лечения: Справочник / Ю. Ю. Елисеев, Н. И. Зрячкин, О. И. Антипова и др.— М., 2004.
9. Корсун В. Ф., Кухарский П. С., Корсун С. В. Фитотерапия в гинекологии: Методич. пособие.— М., 2001.
10. Фитотерапия с основами клинической фармакологии: Справочник / Под ред. В. Г. Кукеса.— М., 1999.
11. Ярославский В. К., Кутушева Г. К., Гайдуков С. Н. и др. // Материалы пленума межвед. науч. совета по акуш. и гинец. РАМН и Всерос. научно-практ. конф.— М., 1995.— С. 118.

Поступила 03.12.14.

CLINICAL EFFICACY OF DYSMENORM IN ADOLESCENT COMPLEX MANAGEMENT FOR MENSTRUAL CYCLE DISORDERS

L. F. Mozheiko, I. A. Guzey

The article presents results of examinations of adolescent girls with various disorders of the menstrual cycle, an analysis of their causes, the possibilities for the young patients rehabilitation. The clinical efficacy of Dysmenorm in preventing the menstrual function disorders in adolescence has been assessed.

Key words: menstrual cycle disorders, adolescent girls.

Адрес для корреспонденции:

Можейко Людмила Федоровна.
Белорусский государственный медицинский университет.
220013, г. Минск, пр. Независимости, 64; сп. тел. (8-017) 331-69-26.