

# **Эффективность комплексной терапии нарушений менструальной функции у подростков.**

*Л.Ф. Можейко, И.А. Гузей*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Резюме:

В статье представлены результаты проведенного обследования девочек-подростков с нарушениями менструальной функции с учетом причин их возникновения, а также оценена эффективность комплексной терапии, включающей растительный препарат дисменорм и ректальные суппозитории дистрептаза для профилактики нарушений менструальной функции и воспалительных заболеваний органов малого таза у подростков.

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, девочки – подростки, воспалительные заболевания органов малого таза, лечение.

The review:

The article presents the results of the survey of adolescent girls with menstrual dysfunction with regard to their causes, as well as assessed the effectiveness of comprehensive treatment, including herbal preparation of dysmenorm and rectal suppositories distreptaza for the prevention of menstrual dysfunction and inflammatory diseases of the pelvic organs in adolescents.

Keywords: menstrual disorders, adolescent girls, inflammatory diseases of the pelvic organs, treatment.

Нарушения менструальной функции составляют от 21 до 63% в структуре гинекологических заболеваний у девочек-подростков [1,2], 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 комплексной терапии нарушений менструальной функции у подростков.

## **Материалы и методы исследования.**

Обследование и лечение подростков проводилось на базе гинекологического отделения УЗ «1 городская клиническая больница» г. Минска. Дальнейшее наблюдение осуществлялось детским гинекологом по месту жительства подростков.

В процессе работы изучались анамнестические данные девочек и их матерей, соматический статус, гинекологическая патология, 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 различными видами нарушений менструальной функции, а также 18 девушек в возрасте 19-21 лет. Основную группу среди подростков составили 48 пациенток, которым проводилось комплексное лечение, включая растительный препарат дисменорм, в состав которого входят: *agnus castus*, *pulsatilla pratensis*, *rosmarinus officinalis*, *apis mellifica* [11, 12]. Допамиnergическая 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 с отсутствием побочных эффектов, определили приоритет его назначения в подростковой гинекологии. Девочкам, страдающим нарушениями менструального цикла, дисменорм назначали по 1 таблетке 3 раза в день непрерывно в течение 3-4 месяцев.

В группу сравнения вошли 20 пациенток, получивших общепринятое лечение (гормонотерапия, витаминотерапия, седативные препараты, кровоостанавливающие и сокращающие средства, антибактериальные и противовоспалительные – по показаниям).

По характеру нарушений менструального цикла все обследованные подростки были распределены на 2 подгруппы. К первой были отнесены девочки с гиперменструальным синдромом (18 человек основной и 10 – контрольной группы). Ко второй – пациентки с гипоменструальным синдромом (30 и 10 человек, соответственно).

Среди девушек старшей возрастной группы у 13 (70%) (19-21 лет) нарушения менструальной функции были обусловлены воспалительными изменениями органов малого таза.

### Результаты исследования и их обсуждение.

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

Таблица 1

### Особенности течения беременности и родов у матерей обследованных подростков

Вид акушерской патологии	Гиперменструальный синдром (n=28)		Гипоменструальный синдром (n= 40)	
	абс. Число	%	абс. Число	%
Угроза невынашивания	6	24	17	44
Поздний гестоз	19	76	14	37
ФПН	1	4	19	50
Оперативное родоразрешение	1	4	1	3
Родовая травма	7	28	4	11
Гипоксия в родах	5	20	24	63

Из таблицы 1 следует, что у 76% матерей девочек с гиперменструальным синдромом беременность протекала на фоне позднего гестоза. Однако легкая и средняя степень тяжести в большинстве случаев определили низкую частоту оперативного родоразрешения в этой группе. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) отмечена у 4% матерей обследованных девочек. У 12,5% женщин средний вес при рождении превышал 4000 г. Указания на перенесенную родовую травму отмечены у 28%, на гипоксию – у 20% девочек.

Среди пациенток с гипоменструальным синдромом достаточно высок удельный вес пациенток с ФПН (50%). Также обращает на себя внимание высокая частота перенесенной в родах гипоксии (63%) по сравнению с девочками 1-й группы.

Общеизвестно, что на становление менструальной функции влияет характер соматической патологии. Наши исследования подтверждают данные [1, 3, 8], об ухудшении соматического здоровья современных школьниц. Лишь у 4,2% обследованных девочек отсутствовали сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Таблица 2

### Структура экстрагенитальной патологии у обследованных подростков

Вид патологии	Гиперменструальный синдром (n=28)		Гипоменструальный синдром (n=40)	
	абс. число	%	абс. Число	%
Хронический тонзиллит	19	76	19	50
Патология щитовидной железы	11	44	7	19
Заболевания сердечно-сосудистой системы	13	52	14	37
Патология желудочно-кишечного тракта	17	68	22	58
Нарушение осанки, плоскостопие.	4	16	10	26
Патология зрения	1	4	5	13

Как видно из таблицы 2, в структуре экстрагенитальной патологии девочек с нарушением менструального цикла, наибольший удельный вес имели: хронический тонзиллит (76% в 1-й группе и 50% во 2-й группе), заболевания желудочно-кишечного тракта (68% и 58%, соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (52% в 1-й группе и 37% во 2-й группе), нарушения функции щитовидной железы (44% и 19%, соответственно). В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладали дискинезия желчевыводящих путей. Довольно часто патологию менструального цикла сопровождала тонзиллогенная инфекция. Причем, в группе девочек с гиперменструальным синдромом, преобладали компенсированные формы хронического тонзиллита, а у девочек с гипоменструальным синдромом – декомпенсированные формы. Наши 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 ЛГ клетками гипофиза, что способствует нарушению процессов фолликулогенеза в яичниках.

В структуре заболеваний сердечно-сосудистой патологии наибольший удельный вес имели вегето-сосудистые расстройства, чаще всего по гипотоническому и смешанному типу. Данный факт свидетельствует о высокой частоте 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 группы чаще отмечалось увеличение щитовидной железы I степени, во 2-й группе - II степени.

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

Кроме того, следует отметить, что 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 девочек.

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

Таблица 3

### Физическое и половое развитие обследованных подростков

Показатели	Гиперменструальный синдром		Гипоменструальный синдром	
	13-15 лет (n=15)	16-18 лет (n=13)	13-15 лет (n=28)	16-18 лет (n=12)
Рост, см	162,42±1,8	161,5±1,6	160,1±1,6	166,6±4,1
Вес, кг	50±3,1	56,4±0,8	49,4±1,8	56,2±1,4
Массо-ростовой коэффициент	0,31±0,02	0,35±0,01	0,30±0,02	0,34±0,01
Средний возраст менархе	13±0,2		12,5±1,2	
Средний балл полового развития	6,0±0,5	6,4±0,8	6,5±0,6	6,5±0,5

Результаты исследований, представленных в таблице 3 свидетельствуют, что 13-15 - летние девочки практически не отличались по росту и весу в обеих группах. В группе 16-18-ти летних девочек с гипоменструальным синдромом показатели роста были несколько выше, чем в 1-й группе обследованных и в группе здоровых девочек.

В группе девочек с гиперменструальным синдромом средний возраст менархе составил 13±0,2 лет, с гипоменструальным синдромом – 12,5±1,2 лет.

Анализируя характер нарушений менструальной функции у подростков, нами отмечено, что наиболее часто наблюдались различные проявления гипоменструального синдрома – 47,6%. При этом 33,3% обследованных девочек предъявляли жалобы на скудные и непродолжительные менструации, 14,3% – на редкие менструации.

У подростков с гиперменструальным синдромом преобладали жалобы на обильные и продолжительные менструации (22,2%). Ювенильные маточные кровотечения в структуре нарушений менструального цикла у подростков составили 9,5%. Практически каждая вторая девочка из числа обследованных указывала на наличие различных по интенсивности болевых ощущений внизу живота во время менструации.

Оценивая становление менструальной функции, нами отмечено, что нарушения менструальной функции с менархе имели 9 (36%) девочек 1-й группы и 18 (47,3%) 2-й группы. Причем у подавляющего большинства (67%) обследованных подростков наблюдался ановуляторный характер менструальной функции.

Таблица 4

**Содержание гонадотропных и половых гормонов у обследованных подростков**

Гормоны	Гиперменструальный синдром (n=28)	Гипоменструальный синдром (n=40)
Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	1,92±0,19	1,87±0,16
Лютенизирующий гормон (ЛГ), мМЕ/л	5,52±0,8	3,49±0,29
Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), 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

Как видно из таблицы 4, отмечено снижение уровня прогестерона у девочек обеих подгрупп, а также тенденция к гиперпролактинемии в группе девочек с гиперменструальным синдромом. Учитывая нестабильность уровней половых гормонов у подростков, показатели содержания гормонов соотносили с морфотипом и формулой полового развития девочки, тестами функциональной диагностики, а также данными ультразвукового исследования.

Таблица 5

**Характеристика менструальной функции у девочек до и после лечения (абс., %)**

Форма нарушения	Основная группа (n=48)				Контрольная группа (n=20)			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
Гиперполименорея, полименорея, пройоменорея	12	25	2	4,1	7	35	3	15
Ювенильные кровотечения	3	6,2	0	0	3	15	1	5
Олигоменорея, опсоменорея	22	45,8	13	27	8	40	5	25

Данные таблицы 5 свидетельствуют, что включение растительного препарата дисменорм в комплексную терапию расстройств менструальной функции у подростков позволило добиться нормализации менструального цикла у 31 (45,5%) пациентки. Гипоменструальный синдром сохранялся у 13 (27%) обследованных девочек. Рецидивы ювенильных маточных кровотечений не наблюдались ни у одной из обследованных подростков.

Таким образом, нарушение менструальной функции в период ее становления является следствием воздействия различных повреждающих факторов. Разнообразие клинических форм указанных нарушений требуют 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 терапии, позволило избежать использования гормонов у большинства (76%) девочек с нарушением менструальной функции. Использование указанного препарата в практике подростковых гинекологов представляется достаточно перспективным и требует дальнейшего исследования.

Пациенткам старшей возрастной группы (18 лет и старше), у которых нарушения менструального цикла сочетались с воспалительными процессами органов малого таза, в комплексную терапию, наряду с антибактериальным и противовоспалительным лечением, назначали свечи дистриптаза, по 1 суппозиторию ректально в течение 12 дней. Удачная комбинация активных веществ – 15 000 МЕ стрептокиназы и 1250 МЕ стрептодорназы [11, 12], а также вспомогательных субстанций, которые облегчают всасывание и попадание активных компонентов в кровеносное и лимфатическое русло органов малого таза, обеспечивают стойкий противовоспалительный эффект. При использовании препарата местно, в форме ректальных суппозиториях, системного тромболитического действия не отмечено, вследствие чего риск кровотечений минимален. Стрептодорназа представляет собой фермент – эндонуклеазу, которая разрушает ДНК в результате ее глубокой деполимеризации. Она растворяет межмолекулярные связи нуклеопротеинов мертвых клеток и гнойного экссудата, облегчает резорбцию олигопротеинов, активизирует фагоцитоз, при этом не влияет на структуру и функцию здоровых клеток.

Механизм действия дистриптазы основан на сочетании активных компонентов препарата, что обуславливает быстрый лизис некротических масс, отложений фибрина и тромбов, улучшение кровообращения и микроциркуляции в очаге воспаления, увеличение в нем концентрации антибактериальных и других лекарственных средств, быстрое уменьшение инфильтрации, отека и других клинических проявлений воспаления, обуславливая профилактику развития спаечного процесса в органах малого таза.

Таким образом, проведение своевременной и адекватной комплексной терапии способствовало улучшению общего самочувствия девушек, эффективному и быстрому купированию воспалительных изменений в матке и придатках, восстановлению менструальной функции и в целом сохранению их репродуктивного здоровья.

## Литература

1. Болдырева Е.Н., Уварова Е.В. // Рус. мед. журнал. – 2007. – Т.7, № 4. – С.48—52.
2. Гуркин Ю.А. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – Т. 69, № 3. – С.55–58.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского и подросткового возраста. – Медпрактика, 2006г. – 368с.
4. Кудина О.Л. Современные методы коррекции нарушений менструального цикла у девочек - подростков. // Методическое пособие. – 2010г. – 27с.
5. Можейко Л.Ф., Гузей И.А. // журнал «Репродуктивное здоровье в Беларуси». – 2010. - №4. - «Современный взгляд на проблему ЮМК» (обзор литературы). – С.141-150.
6. Можейко Л.Ф., Гузей И.А. // журнал «Репродуктивное здоровье в Беларуси». – 2011. - №1. «Диагностика и лечение ювенильных маточных кровотечений». – С.97-102.
7. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. // Гинекология. – 2003. – Т.5, № 4.
8. Савельева И.С., Белохвостова Ю.Б. Информация о 7-м Европейском конгр. По детской и подростковой гинекологии // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997г. - №4. – с. 111-116.
9. Тагиева Т. Т. // Гинекология. —2005. – Т. 7, № 3. —С.141—144.
10. Традиционные и нетрадиционные методы лечения: справочник // Ю. Ю. Елисеев и др. — М.: ЭКСМО, 2004.
11. Фитотерапия в гинекологии: метод. пособие // В.Ф. Корсун и др.— М., 2001.
12. Фитотерапия с основами клинической фармакологии: справочник // под ред. В.Г. Кукеса.— М.: Медицина, 1999.

13. Ярославский В. К., Кутушева Г.К., Гайдуков С.Н. и др. Сравнительная оценка немедикаментозных и гормональных методов лечения и реабилитации нарушений менструальной функции у девочек.// Материалы пленума межвед. науч. совета по акуш. и гинек. РАМН и Всерос. научно – практ. конф. -1995г. – с. 118.

Можейко Людмила Федоровна - зав. кафедрой акушерства и гинекологии УО «БГМУ», профессор, д.м.н., тел. 8-017-262-97-27

Гузей Ирина Анатольевна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии УО «БГМУ», [iaguzey@tut.by](mailto:iaguzey@tut.by), тел. 8-029-6689134