RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Альтернативный Подход К Лечению Девочек- Подростков Сматочным Кровотечениями

Ходжаева А. С., Тиллабаева Д. М., Абдуллажанова С. А
Центр развития повышения квалификации медицинских работников, кафедра акушерства и гинекологии ЦРПКМР, Ташкент, Узбекистан

Аннотация: В статье представлены клинико-лабораторные аналитические данные возникновения репродуктивных нарушений у девочек-подростков. Выявлены факторы риска нарушений менструального цикла. Показана полиморбидность преморбидного фона, более отягощенная у пациенток с манифестацией нарушений в виде маточных кровотечений. Установлена необходимость комплексного дифференцированного подхода к лечению пациенток с нарушениями менструального цикла.

Ключевые слова: пубертатный период, факторы риска, дисменорея, преморбидный фон, воспаление, половые гормоны.

Негативные тенденции к росту заболеваемости как соматической, так и гинекологической, среди девочек-подростков оказывает негативное влияние на формирование женской репродуктивной системы. Преморбидный фон пациенток становится полиморбидным за счет множества хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений, что в значительной степени является "благодатной почвой" для развития различных нарушений незрелой репродуктивной системы - возникают нарушения менструальной функции, от аменореи до маточных кровотечений [1,3]. Однако, многие вопросы относительно механизмов возникновения и развития указанных репродуктивных нарушений у девочек-подростков не изучены, тактика ведения разнообразна, имеющиеся единичные сообщения нуждаются в дополнениях и уточнениях, а, следовательно, в углубленном изучении проблемы.

Цель нашего исследования - изучение факторов риска и звеньев патогенеза нарушений менструальной функции у девочек-подростков.

Материал и методы исследований: Для достижения намеченной цели нами были выявлены девушки с репродуктивными нарушениями (n=110) в ходе профилактических осмотров (2020-2023гг) (n=900). Возраст обследованных составил от 10 до 19 лет (14.8±1.3г). В соответствии с намеченной целью исследования, обследованные девочки-подростки были разделены на две сравнительные группы: 1-я группа - первичная аменорея, гипоменструальный синдром (n=55), 2-я группа - маточные кровотечения пубертатного периода (n=55). Контрольную группу составили девочки-подростки с нормальным менструальным циклом (n=20). Критерии включения в исследование и исключения из него соответствовали общепринятым в гинекологической практике при пубертатных маточных кровотечениях и аменорее (гипоменструальном синдроме).

Физическое и половое развитие девушек-подростков изучалось по общепринятым методикам и стандартам диагностики гинекологических заболеваний у девочек-подростков. Объективная оценка полового развития проводилась по распространенной методике Таннера, которая включает следующие элементы: стадии развития молочных желёз (Ma), стадии развития волосяного покрова на лобке (Pb) и в подмышечных впадинах (Ax), возраст наступления первой менструации (Me). Проводились лабораторно- инструментальные методы исследования:

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

традиционные общеклинические анализы крови, коагулограмма, ультразвуковое исследование матки и придатков; бактериологические исследования с учетом чувствительности выделенной микрофлоры; определение уровней половых гормонов и цитокинов (интерлейкинов) в сыворотке крови методом RANDOX Biochip Хемилюминесцентного анализа согласно протоколам фирм-производителей наборов реагентов. При необходимости- консультации смежных специалистов. Статистическая обработка материала проводилась с использованием современны программ Microsoft Excel 2013 г , Statistica и MedCalc.

Все исследования проводились с учетом требований Хельсинской декларации Всемирной Ассоциации "Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека", нормативных документов, согласно принципам доказательной медицины.

Результаты собственных исследований.

Для уточнения механизмов развития репродуктивных нарушений, определения их функциональной роли в хронологии развития нарушений половой системы и менструальной функции, нами были детально проанализированы факторы риска их развития. Анализ преморбидного фона у обследованных пациенток выявил разносистемные нарушения, некоторые из которых в стадии хронизации. Практически у каждой третьей пациентки обеих групп отмечены желудочно-кишечного тракта (энтероколит 32% и 36%, гастрит- 31% и 68%% соответственно), перенесенный гепатит А(15% и 21%). Заболевания верхних дыхательных путей (бронхит, хр.тонзиллит, риносинусит) отмечены у каждой четвертой пациентки (23% и 29% соответственно), анемия -1группа- 35% и -69%у пациенток П группы. В детском возрасте и периоде полового созревания все обследованные нами пациентки перенесли воспалительные заболевания и многие детские инфекции: корь (60%), инфекционный паротит (25%), скарлатину (22%), коклюш (17%), краснуху (5%). Величина инфекционного индекса в большинстве случаев превысила средне-популяционные данные, составив 5 и более заболеваний у одной пациентки.

Следует отметить высокую частоту хронического тонзиллита с ежегодными сезонными обострениями в детском и пубертатном возрасте (53% и 77% соответственно) Заболевания щитовидной железы и мочеполовой системы (цистит, пиелонефрит) до 35% в сравниваемых группах. Наиболее отягощенным оказался соматический фон у пациенток П группы, где преобладала патология гепато-биллиарного комплекса п= 69%, в 1 группе сравнения данная патология встречалась у каждой третьей пациентки (п=31%). Нейро-эндокринные заболевания встречались у каждой второй пациентки во всех сравнимаемых группах (до 48%%). Заболевания почек (хронический пиелонефрит) и патология ЦНС в виде подростковой вегето - сосудистой дистонии встречались в (21% у пациенток 1 группы и 69% у пациенток П группы. Характерной особенностью экстрагенитальных заболеваний было их двойное- тройное сочетание у одной пациентки и анемизированный фон на котором они развивались. Необходимо отметить, что все вышеперечисленные нарушения полового созревания у обследованных пациенток сравниваемых группах протекали на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза: вульвовагиниты- 76%-84%- соответственно; сальпингоофориты -26%-56% соответственно.

Также для выявления факторов риска возникших репродуктивных нарушений подробно изучался анамнез матерей, возраст наступления и характер течения данной беременности (нашей пациенткой), осложнения данной беременности и родов. Отмечена высокая частота анемии (38 %), угрозы прерывания беременности (48%), гипертензивных расстройств (6%), заболеваний моче-половой системы (11%). Внутриутробная гипоксия и асфиксия плода при рождении отмечены в 22% , сниженные росто-весовые показатели - 19%. Обменно-эндокринные заболевания у матерей составили 21%: среди них патология щитовидной железы -

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

16%, ожирение -19%. Среди прочих наследственно обусловленных заболеваний отмечались гипертоническая болезнь-6%, родственный брак -2%.

Таким образом, сравнительный анализ соматической патологии у обследованных больных показал его отягощение у пациенток обеих сравниваемых групп, однако у пациенток П группы преморбидный фон и наследственность оказались более отягощенными, полиморбидными.

Перенесенные экстрагенитальные и генитальные заболевания воспалительного генеза оказали существенное влияние на характер становления менструальной функции у пациенток сравниваемых групп.

Для выяснения механизмов реализации нарушения менструальной функции у пациенток с нормальным и нарушенным половым развитием был проведен сравнительный анализ клинических проявлений менструального цикла у обследованных пациенток.

К моменту обследования нарушения менструального цикла наблюдались у всех пациенток (1 и П группы). Длительность нарушения менструального цикла составила от пяти месяцев до трёх лет. За этот период 80% больных не обращались к врачу, 20% больных получали лечение, которое оказалось неэффективным.

Сравнительная характеристика нарушений менструальной функции обследованных больных показала более раннее (44%) или позднее (58%) менархе на фоне длительного становления менструального цикла (88%). Для пациенток 1 группы характерна высокая частота неустановившегося менструального цикла, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом (83%). Также для этих пациенток характерна тенденция к формированию вторичной аменореи и олигоопсоменореи (до91%). Для пациенток П группы характерны обильные длительные (10-18 дней) месячные с момента менархе (77%), их рецидивирование (44%).

Высокая частота предменструального синдрома у обследованных пациенток (31% и 63% соответственно), а также присоединившаяся патология молочной железы- функциональная мастопатия до30% у пациенток П группы свидетельствуют о множественности функциональных нарушений окончательно несформировавшегося организма девочек-подростков.

Таким образом сравнительный анализ клинических проявлений нарушения менструальной функции у девочек-подростков, показал наибольшее отягощение у пациенток П группы , где имело место реализация факторов риска в виде отягощенного соматического, гинекологического анамнезов. Преморбидный фон оказался отягощен соматическими и гинекологическими заболеваниями воспалительного генеза преимущественно у пациенток П группы, где интенсивность нарушений менструального цикла была выше.

Все обследованные пациентки получали противовоспалительное лечение антибиотиками с учетом антибиотикограммы. Пациентки 1 группы дополнительно получали традиционное гормональное лечение препаратом, содержащим активное вещество эквивалентное эстрадиолу 2.00мг и дидрогестерон 10 мг курсом 3 месяца. Пациентки П группы дополнительно получали гемостатическую терапию традиционно половыми стероидными гормонами (этинилэстрадиол 30мкг+дезогестрел 0.75мкг) первоначально с целью остановки кровотечения, затем с целью нормализации менструального цикла в циклическом режиме 3 мес . Стартовая доза гемостаза зависела от обильности и длительности кровотечения, веса пациентки, составив от 2 до 4 таблеток, с последующим переходом в циклический режим. Полиморбидность фона диктовала необходимость консультации смежных специалистов (невролога, эндокринолога), чьи рекомендации учитывались при выборе адекватной тактики ведения, одновременно проводилась коррекция выявленных нарушений. Положительная динамика наблюдалась на 2месяце лечения, стойкий положительный эффект - на 3 месяце от начала лечения.

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Положительная клиническая динамика сочеталась с лабораторно-инструментальными показателями.Изучались уровни концентраций половых гормонов (эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ) в сыворотке крови.

Анализ гормонального профиля до лечения у обследованных больных показал диаметрально разнонаправленные величины концентраций половых гормонов. Базальный уровень тропных гормонов аденогипофиза контрольной и основных группах до начала лечения соответствовал референсным нормативным значениям (ФСГ 3,73± 0,18 МЕ/л; ЛГ 2.96±0.11 МЕ/л) (p<.001). Однако концентрация эстрадиола в сравниваемых группах была диаметрально противоположной: в группе П пациенток с маточными кровотечениями была повышена концентрация эстрадиола 189.9± 7.3 нмоль/л; в группе 1 с аменореей - уровень эстрадиола был снижен 131.5±5.1 нмоль/л соответственно по сравнению с контролем 179.2±7.32 нмоль/л. Величина АМГ в контрольной группе составила 2.4±0.03нг/мл, в основных группах 1.85± 0.05 нг/мл, 1.83± 0.06нг/мл, соответственно (p< 0.001). Концентрация тестостерона в обеих сравниваемых группах была выше 1.12± 0.06 нмоль/л, чем в группе контроля 0.84± 0.04 нмоль/л. Полученные лабораторные данные указывали на наличие яичниковой недостаточности у обследованных пациенток основных групп .

Результаты УЗИ в контрольной группе соответствовали возрастной норме. Однако у пациенток основных групп до лечения на фоне нормативных размеров матки М-эхо на 2-3 день цикла показывало различную толщину эндометрия: 1 группа - тонкая линия 2.4±0.05 мм, П группа в виде широкой линии (гиперплазия эндометрия).15.7± 0.09 мм, несколько единичных фолликулов (1-2) диаметром 2-3 мм и мелкие точечные фолликулы в количестве 6 -9 диаметром 1-2 мм. Признаки овуляции отсутствовали в обеих группах пациенток. Эти данные свидетельствуют о яичниковой и маточной несостоятельности у пациенток основных групп.

Показатели гормонального профиля по окончании лечения показали положительную динамику в уровнях половых гормонов: снижение концентрации андрогенов у пациенток основных групп до 0.89± 0.03 нмоль/л, снижение уровня эстрадиола до референсных значений у пациенток П группы 181.3±2.1 нмоль/л, возрастание концентрации эстрогенов у пациенток 1 группы до 169.6±8.3 нмоль/л соответственно по сравнению с контролем 179.2±7.32 нмоль/л. Также наблюдалось выравнивание показателей АМГ до нормативных данных.2,3± 0.03 нг/мл и 2.21± 0.02 нг/мл (p< 0001) соответственно.

УЗИ результаты после лечения у всех пациенток основных групп выявил позитивные изменения в виде уменьшения величины гиперплазированного эндометрия - сужение линии эндометрия 5.3± 0.02 мм у пациенток П группы, некоторый рост толщины эндометрия 5.1±0.05 мм у пациенток 1 группы. В обеих группах сравнения отмечалась повышенная эхогенность эндометрия, что свидетельствовало о появлении полноценной секреции; в яичниках появились здоровые ранние антральные фолликулы в количестве 4-5, исчезла мелкозернистость. Визуальные УЗИ признаки свидетельствовали об уменьшении яичниковой и маточной недостаточности, появившейся яичниковой состоятельности.

Показатели гемостазиограммы статистически значимых различий в сравниваемых группах в динамике лечения не выявили: время свертывания крови до лечения начало 2.58 с. /конец 3.45 с. после лечения время свертывания крови начало 2.44 с./конец 3.27с.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных методах исследования, наблюдалось улучшение клинической симптоматики, остановка маточного кровотечения у пациенток П группы, появление менструаций (скудных) у пациенток 1 группы. Эти данные свидетельствуют о восстановлении ритма менструаций, появлении двухфазности менструального цикла (65%).

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Таким образом, комплексная оценка состояния репродуктивной функции девочки-подростка с выявлением факторов риска как предикторов нарушения менструальной функции позволит дифференцированно выработать наиболее эффективные методы коррекции возникших нарушений, мониторировать динамику и прогнозировать исход заболевания.

Выводы:

1. Заболевания воспалительного генеза (как генитальные, так и экстрагенитальные) оказывают негативное влияние на становление менструальной функции у девочек-подростков и выступают в роли триггеров репродуктивных расстройств.
2. Комплексное дифференцированное лечение нарушений менструального цикла (противовоспалительное лечение + коррекция гормонального профиля позволяет патогенетически адекватно восстановить фолликулогенез, нормализовать баланс гормонального профиля, что клинически проявляется восстановлением менструального цикла.

Список литературы:

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласанян В.Г.-"Особенности нарушений и коррекции менструального цикла".-// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2020, №5.- С.80-83.
2. Мокрышева Н.Г и соавт. "Пандемия COVID19 и эндокринопатии// Проблемы эндокринологии.- 2020.-Т.66.- №1.- С.7-14.
3. Ходжаева А.С. Оптимизация лечебной тактики у больных с аномальными маточными кровотечениями на фоне доброкачественных гиперпластических процессов матки // Гинекология.- 2019.- том.21.-№2.- С.55-58.
4. Ходжаева А.С. Медикаментозная коррекция гипоэстрогенемии у девочек-подростков // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2021.- №6.- С.114-118.