Минский Государственный медицинский унивеситет

лечебный факультет

реферат на тему:

«Расстройства менструаций у девочек-подростков»

Минск, 2008

Основные причины расстройств менструальной функции у девочек:

* стрессовые воздействия:
* острые и хронические инфекции:
* вегетососудистая дистония;
* дефицит или избыток массы тела:
* гиперпролактинемня:
* патология щитовидной железы:
* патология надпочечников:
* гормонопродуцирующие опухоли яичников;
* дефект гемостаза:
* заболевания печени и ночек;
* тонзилэктомия и апиендектомия;
* ревмокардит:
* туберкулез:
* гиповитаминоз (Д. С. РР, К. Е);
* воспалительные заболевания гениталии.

# Диагностики нарушений менструальной функции у девочек

Тщательный сбор анамнеза у девочки и у матери

Уточняются особенности течения беременности и родов, патология перинатального периода, перенесенные заболевания и оперативные вмешательства, наследственные заболевания, психоэмоциональные ситуации в семье и школе, вредные привычки. Особенно подробно изучается гинекологический анамнез, касающийся становления периода полового созревания. Выясняется возраст появления вторичных половых признаков, их последовательность, возраст менархе, общее состояние девочки до и во время менархе, продолжительность менструаций, количество менструальной крови. Подробно выясняются условия быта, питания, учебные и физические нагрузки, а также общесоматические заболевания девочки в тот период. Уточняется точное время, когда произошло расстройство менструальной функции, возможные причины, спровоцировавшие его, тип нарушения, оценивается эффективность проводимой терапии. У девочек, страдающих ювепильными кровотечениями следует обращать внимание на кровотечения из носа, десен, а также на образование синяков, что может свидетельствовать о нарушении свертывающей системы крови.

## Общий осмотр с оценкой степени полового и физического развитня

При осмотре девочки особое внимание уделяют ее внешнему виду, цвету кожных покровов, телосложению, развитию подкожно-жировой клетчатки. Измеряют рост и массу тела, исследуют пульс и артериальное давление. Оценивают характер оволосения. В случае избыточного оволосения определяют гир-сутное число по шкале Ferriman и Golvey (табл. 1).

Таб. I. Шкала выраженности оволосения кожных покровов (Ferriman, Colvey)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Область тела  | Выраженность оволосения  | Балл  |
|  Верхняя губа  | Отсутствие онолосения  | О  |
| Единичные волоски по наружному краю губы  | 1  |
| Умеренный рост тонких волос по краю губы  | 2  |
| Множество грубых волос по краю губы  | 3  |
| Множество грубых волос над губой  | 4  |
| Подбородок  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Единичные рассеянные тонкие волосы  | 1  |
| Очаговый умеренный рост тонких волос  | 2  |
| Умеренно выраженное сплошное оволосение  | 3  |
| Интенсивное сплошное оволосение  | 4  |
|  Грудь  | Отсутствие оволосения | 0  |
| Единичные волосы вокруг сосков  | 1  |
| Оволосение молочных желез до грудины  | 2  |
| Дугобразное оволосение грудной клетки | 3  |
| Сплошное оволосение грудной клетки  | 4  |
| Верхняя половина спины  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Отдельные рассеянные волосы  | 1  |
| Очаговый умеренный рост тонких волос | Т  |
| Умеренно выраженное сплошное оволосение | 3  |
| Интенсивное сплошное оволосение  | 4  |
| Нижняя половина спины  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Oчаговый рост волос сакральной области  | 1  |
| Рассеянное оволосение крестца и ягодиц  | 2  |
| Умеренное сплошное оволосение | 3  |
| Интенсивное сплошное оволосение | 4  |
| Верхняя половина живота | Отсутствие оволосения | 0  |
| Отдельные полосы по средней липни  | 1  |
| Выраженное онолоеепис но средней линии  | 2  |
| Рассеянное тотальное оволосение  | 3  |
| Интенсивное га талы юс о полосе! те  | 4  |
| Нижняя половина живота  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Отдельные полосы ио средней линии  | 1  |
| Учкая полоса полос но средней линии  | 2  |
| Широкая полоса полос по cpevuieii линии  | 3  |
| Poст полос и пиле грелтолмшка  | 4  |
| Бедро  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Единичные рассеян мыс гонкие волосы  | 1  |
| Умеренное рассеянное оволосение  | П  |
| Умеренное сплошное оволосение  | 3  |
|   | Интенсивное сплошное оволосение  | 4  |
| Голень  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Рассеянные тонкие волосы тыльной стороны  | 1  |
| Умеренное сплошное оволосение  | 3  |
| Интенсивный сплошной рост коротких волос  | 3  |
| Интенсивный сплошной рост длинных волос  | 4  |
| Плечо  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Единичные рассеянные тонкие волосы  | 1  |
| Умеренное рассеянное оволосение  | 2  |
| Умеренное сплошное оволосение  | 3  |
| Интенсивное сплошное оволосение  | 4  |
| Предплечье  | Отсутствие оволосения  | 0  |
| Рассеянные гонкие волосы тыльной стороны  | 2  |
| Умеренное сплошное оволосение  | 2  |
| Интенсивный сплошной рост коротких волос  | 3  |
| Интенсивный сплошной рост длинных волос  | 4  |

Вначале по этой шкале определяют индифферентное число (ИЧ), представляющее собой сумму баллов оволосения предплечий и голеней. Далее вычисляют гормональное число (ГЧ) - сумма баллов оволосения остальных частей тела. Суммируя ИЧ и ГЧ, получают значение гирсутного числа. В норме гирсутное число составляет менее 12 баллов. Степень полового развитие записывается в следующем виде: Ма, Ах. Р,Меп, где Ма- молочные железы, Ах - подмышечное оволосение; Р - лобковое оволосение; Men — возраст менарх. Для оценки степени выраженности вторичных половых признаков используется четырехбалльная система (табл. 2).

Taб 2. Шкала оценки степени выраженности вторичных половых при та

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Балл  | Признаки  | Возраст  |
| 00 | Ма0Ах0Р0  | Отсутствие подмышечного и лобкового оволосения  | До10  |
| 1 1 | Ма1Ах1Р1  | Молочные железы представлены «грудной почкой» (припухание увеличенной в размерах ареолы. которая вместе с соском имеет форму конуса); единичные прямые волосы в подмышечной впадине и на лобке  | 10  |
| -2  | Ма2Ах2Р2  | Молочные железы конусообразны, с большой ареолой бледно-розового цвета и плоским соском - стадия «бутона»; умерен­ное подмышечное и лобковое оволосение  | 11-13  |
| 3 3 | Ма3Ах3Р3  | Молочные железы округлой формы, ареола пигментирована, сосок возвышается над ной; выраженное подмышечное и лобковое оволосение (вьющиеся волосы)  | 14 и более  |

Появление втроричных половых признаком у девочек в возрасте до 8 лет следует расценивать как проявление преждевременного полового развития. Отсутствие вторичных толовых признаков в 13 лет и менструаций в 15 лет свидетельствует о задержке полового развития. Для оценки физического развития используют клиническую антропометрию. В морфограмме учитывают: рост стоя (Р); окружность грудной клетки выше и ниже молочных желез (ОКГГ); размеры газа (Т), в том числе ширина таза и сумма основных его размеров (d. .spinurum, d. crisuirum.d. trochanterika, с, external; календарный возраст (В).

При нормальном развитии девочки морфограмма представляет собой прямую линию с возможными отклонениями в 1.5 сигмы. При задержке полового развития или преждевременном половом созревании морфограмма имеет значительные отклонения от нормы и позволяет выявить патологические формы развитиия.

Гинекологическое обследование с осмотром шейки матки в детских влагалищных зеркалах.

При осмотре наружных половых органов оценивают характер оволосения: горизонтальная линия роста волос на лобке указывает на женский тип; в виде треугольника с переходом ни белую линию живота и внутреннюю поверхность бедер - мужской тип оволосения. Обращают внимание на строение клитора, больших и милых половых губ, гимена. Оценивают цвет слизистой входа во влагалище и характер выделений из половых путей. Наличие увлеченного клитора и сочетании с оволесением по мужскому типу гиперпигментация больших и малых половых губ у девочек свидетельствует о гиперадрогении. Сочный гимен, отечность вульвы и малых половых губ, розовая ихокраска указывает на гиперэстрогению. При гипоэстрогении отмечается недоразвитие наружных половых органов, тонкая и бледная слизистая вульвы.

Вагиноскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки влагалища, строение шейки матки, оценить симптом «зрачка». Для этого используют детские влагалищные зеркала и оптоволоконную оптику. Бледная окраска слизистой влагалища, «сухость» ее, отсутствие складчатости у девушек в периоде полового созревания указывает на выраженную гипоэстрогению. У девочек подростков на шейке матки нередко обнаруживается эктопия слизистйо цервикального канала. Восстановление менструальной функции приводит к уменьшению и исчезновению эктопии. После осмотра с передней стенки влагалища берут мазок и проводят посев содержимого влагалища для микробиологического исследования.

При ректоабдоминальном исследовании следует обращать внимание на расположение матки, ее величину, подвижность, консистенцию, наличие угла между шейкой и телом матки, на размеры и форму яичников, их консистенцию подвижность, болезненность при пальпации. Наличие увеличенных, плотных, с гладкой поверхностью яичников может указывать на поликистоз. Обнаружение одностороннего увеличения яичника выступает в качестве показания к обязательному повторному осмотру после менструации. С целью избежания диагностических ошибок ректоабдоминальное исследование следует проводить после очистительной клизмы.

УЗИ органов малого таза дает возможность определить локализацию матки и яичников у девочек, установить их размеры, степень зрелости, проследить зa созреванием фолликула, уточнить состояние эндометрия.

Динамическое наблюдение, проводимое в течение менструального позволяет точно определить время овуляции и толщину эндометрия. У большинства обследованных девочек М-эхо отчетливо визуализируется с 20 по 25 день цикла. В конце второй фазы толщина М-эхо в норме не превышает 8-10 мм. С помощью УЗИ можно диагностировать очаговую гиперплазию эндометрия в виде аденоматозного или фиброзного полипа, который идентифицируется в виде участка эндометрия округлой формы и повышенной эхогенности. УЗИ также позволяет диагностировать пороки развития внутренних половых органов, опухоли и опухолевидные образования матки и придатком, нарушения полового развития и другие гинекологические заболевания.

УЗИ щитовидной железы проводится для выявления структурных из­менений в щитовидной железе: узловых образований, кист, воспалительных процессов.

Гистероскопия - высокоинформативный метол выявления внутриматочной патологии: гиперплазии и полипоза эндометрия, аденомиоза, аномалий развития матки и др. Наиболее удобен метод гистероскопии с использованием жидких сред, при котором растяжение полости матки осуществляется непрерывным введением изотонического раствора хлорида натрия. Этот метол позволяет проводить гистероскопию в период маточных кровотечений, гак как непрерывная смена жидкости в полости матки способствует удалению крови и обеспечивает хорошую видимость. После гистероскопии при необходимости проводится выскабливание полости матки.

Электроэнцефалография выявляет характер изменений электрической активности головного мозга. Этот метод исследования следует применять у девочек преимущественно при гипоталамическом синдроме пубертатного периода.

Рентгенография черепа, турецкого седла позволяет судить о строении костей свода черепа, а также о форме и величине турецкого седла. Величина турецкого седла сопоставляется с величиной черепа. При эндокринных заболе­ваниях центрального генеза, нередко сопровождающихся нарушениями менструальной функции, отмечаются «более выраженные изменения костей свода черепа». При осмотре рентгенограммы черепа следует обращать внимание на наличие пальцевых вдавлений, которые могут свидетельствовать о гидроцефалии или перенесенной нейроинфекции. Врожденная неполноценность турецкого седла характеризуется уменьшением его размеров.

КТ или МРТ проводится при подозрении на опухоль гипофиза. При опухолях гипофиза наблюдается увеличение либо расширение входа или дна турецкого седла. В случае злокачественной опухоли отмечается разрушение спинки турецкого седла соответственно направлению роста опухоли.

Глазное дно, цветные поля зрения исследуют по показаниям.

Общий анализ кропи, кровь на сахар.

Биохимический анализ крови.

Коагулограмма.

Иммунограмма.

Гормоны крови: ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Э, П, К, ТТГ. ТЗ, Т4 на 5-7 и 20-23 дни

менструального цикла.

Тесты функциональной диагностики.

Консультация невропатолога, эндокринолога, окулиста.

Клинические проявления нарушений менструального цикла у девочек-подростков:

• Гипоменструальный синдром

• Вторичная аменорея

• Ювенильные маточные кровотечения

Гипоменструальный синдром свидетельствует о нарушениях нейроэндокринного звена половой системы. Данный синдром характеризуется нарушением менструального цикла в промежутке от ! до 3 месяцев и проявляется:

гипоменореей— скудным количеством менструального отделяемого;

олигоменореей - непродолжительными месячными (менее 3 сут);

опсоменореей - редкими менструациями (реже чем через 35 сут).,

Следует отметить, что практические врачи не всегда уделяют должное внимание несовершеннолетним девочкам, страдающим гипоменструальным синдромом считая это состояние естественным и неизбежным для подросткового возраста. Между тем полагаться на самопроизвольную нормализацию менструальной функции не следует. При первом же обращении необходимо уточнить характер нарушения, его причину и определить возможную тактику.

Девочкам с нерегулярным менструальным циклом необходимо:

• нормализовать режим дня с обязательным ночным сном не менее 8-9 часов:

• наладить регулярное сбалансированное питание:

• ликвидировать стрессовые ситуации;

• рекомендовать бальнеотерапию и физиолечение: электрофорез ново­каина шейных симпатических узлов, эндоназально электрофорез витамина В1, иглорефлексотерапия;

• назначать Юникап М по 1 таблетке 1 раз в день, либо циклическую витаминотерапию в течение 3 месяцев: фолиевую кислоту по 1 табл. в день с 5 дня менструального цикла - 10 дней, аскорбиновую кислоту но 0,5 2 раза в день с 16 дня цикла - 10 дней, витамин Е по 1 капсуле 2 раза в день с 16 дня цикла -10 дней.

В последние годы появился растительный лекарственный препарат мастодинон (Германия), который оказывает стабилизирующий эффект па вегетативную симптоматику, регулирует секрецию гонадотропных гормонов, способствует нормализации менструального цикла. Мастодинон принимают по 30 капель 2 раза в день в течение 3 месяцев непрерывно.

ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ - отсутствие месячных и течение 3-х и более месяцев.

Наиболее чистые причины вторичной аменореи у девочек-подростков в зависимости от уровня поражения:

## Центральная нервная система и гипофиз

Гипоталамический синдром пубертатного периода.

Дефицит секреции гонадолиберина:

• после потери массы тела;

• после стресса.

 Гиперпролактинемия:

• идиопатическая;

• ввиду пролактиномы.

## Гонады

Поликистоз яичников.

Гипоплачия яичникои.

## Матка

Поражение эндометрия.

Подобное подразделение на уровни поражения весьма условно, так как система регуляции менструального цикла представляет собой единое целое, на­рушения в каком-либо ее звене неизбежно отражаются на других звеньях. Тем не менее, выделение ведущего звена имеет практическое значение для выбора тактики обследования и лечения девочек.

Для уточнения уровня поражения репродуктивной системы и .дифференциальной диагностики проводят гормональные пробы, основанные ни стимуляции или подавлении функции периферических желез (яичников, надпочечников) или гипоталамо-гипофизарной области. Применяются также и комбинированные пробы, представляющие собой одновременное подавление гормональной функции одной железы и стимуляцию другой. К показателям пробы относятся: появление или отсутствие менструально-подобной реакции, изменение гормональных параметров, ЭЭГ и др.

Проводятся следующие гормональные пробы:

Проба с прогестироном выполняется для оценки эндометрия при вто­ричной аменорее. Прогестерон 1% - 1 мл вводится внутримышечно ежедневно а течение 6 дней. Если через 2—5 диен наступает менструально-подобная реакция (МНР), то проба считается положительной и свидетельствует о достаточной или умеренной эсгрогенной активности эндометрия. При этом исключается маточная форма аменореи. Если МПР не наступает - отрицательная реакция - это свидетельствует о слабой эстрогонной насыщенности или о рефрактерном эндометрии, например, в связи с органическим поражением его

Проба с эстрогенами и прогестероном проводится при отрицательной протестероновой пробе и позволяет исключить маточную форму аменореи. Эстрогены, например, микрофоллин, назначаются в дозе 0,05 мг в день в течение 14-15 дней. Затем ежедневно внутримышечно вводится 1% раствор прогестерона по 1 мл - 6 дней. Отрицательная проба свидетельствует о маточной форме аменореи, положительная — о выраженной яичниковой иди гипоталамо-гипофичарной недостаточности.

Проба с пергоналом проводится для уточнения функциональных воз­можностей яичников девушкам с аменореей. Пергонал-500 содержит 75 ME ФСГ и 75 ME ЛГ в I мл, т.е. соотношение ФСГ : ЛГ = I. Такое соотношение считается оптимальным для стимуляции развития фолликула. После определения исходного уровня эстрогенов и оценки состояния яичников по данным УН внутримышечно вводят пергонал по 150 ME в день - 2 дня подряд, затем по 225-300 ME в день - в течение 3-5 дней. При этом проводится ежедневный контроль: УЗИ яичников с определением доминантного фолликула; тесто функциональной диагностики: определение уровня Е2 в крови. Проба считаете: положительной при появлении признаков эстрогенизации, увеличении объем: яичников в 2 раза и более в сравнении с исходным. В таких случаях проводение пробы прекращают ввиду возможной гиперстимуляции яичников.

Проба с хорионическим гонадотропином (ХГТ) проводится для уточнения резервных возможностей яичников и гонадотропной функции гипофиза Проба проводится и течение 5 дней: ежедневно внутримышечно вводят от 1500 до 4500 ед. ХГТ. Пробу следует выполнять под контролем тестов функциональной диагностики и. желательно, с определением секреции эстрогенов. Усиление эстрогеннон функции яичников после введения ХГТ - положительная проба, свидетельствует о недостаточной функции передней доли гипофиза. Отрицательные результаты пробы подтверждают неполноценность яичников.

Комбинированные гормональные пробы обычно проводятся для выяснения источника гиперандрогенин.

Проба с дексаметазоном (преднизолонам) и ХГТ выполняется под кон­тролем экскреции 17 КС. которые определяются: до проведения пробы, на фоне пробы (до введения ХГТ) и по окончании ее.

Проба основана на торможении дексаметазоном синтеза гормонов в коре надпочечников с последующей активацией под влиянием ХГТ синтеза гормонов яичниках.

При яичниковой гиперандрогенин наблюдается повышение экскреции андрогенов после введения ХГТ. Если после подавления дексаметазоном синтеза гормонов коры надпочечников экскреция 17 КС остается на исходном уровне или повышается, то можно думать о вирилизирующей опухоли надпочечников.

Проба с синтетическими прогестинами (регулоном) и дексаметазоном. Проба основана на способности синтетических прогестинов подавлять гонадотропную функцию гипофиза и, следовательно, приводить к торможению синтеза гормонов в яичниках, а также на торможении дексаметазоном синтеза гормонов коры надпочечников. Проба проводится с целью дифференциальной диагностики яичниковой и надпочечниковой гиперандрогении. При этом следует определять эскрецию 17 КС до проведения пробы, на фоне пробы (на 10-й день приема регулона) и по окончании пробы.

Комбинированное применение этих гормонов вызывает 3 типа ответ­ных реакций у девочек с гнперанлрогенией:

Первый тип - выраженное уменьшение экскреции 17 КС после регулона и небольшое дополнительное снижение после одновременного приема препаратов. Этот тип реакции указывает на преобладание яичниковой гиперандрогении.

Второй тип - незначительное снижение экскреции 17 КС после регуло­на и выраженное - после одновременного приема регулона и дексаметачомария в виде аденоматозного или фиброзного полипа, который идентифицируется в виде участка эндометрия округлой формы и повышенной (хшснности. УЗИ также позволяет диагностировать пороки развития внутренних половых органов, опухоли и опухолевидные образования матки и придатком, нарушения полового развития и другие гинекологические заболевания,что свидетельствует о преобладании надпочечниковой гиперандрогении.

Третий тип - почти одинаковое снижение экскреции 17 КС как после регулона, так и после дексаметазона. Данный тип реакции свидетельствует о комбинированной форме гиперандрогении - яичниковой и надпочечниковой. Если после пробы с регулоном экскреция 17 КС снижается более чем и 3 раза, достигая величин соответствующих норме, то можно думать о яичниковой форме гиперандрогении. В этих случаях следует отказаться от последующего применения дексаметазона.

Для уточнения функционального состояния ЦНС и эндокринных органов применяются негормональные пробы, а частности:

Проба с дифенином проводится подросткам при вторичной аменорее с явлениями гиперкортицизма и девушкам с гипоталамическим синдромом пе­риода полового созревания. Проба основана на снижении секреции АКТГ, ЛДГ, К, 17 КС и 17 ОКС. Дифенин назначают по 2 таблетки в сутки в течение 5 дней. До, на фоне и после пробы определяется экскреция 17 КС, 17 ОКС секреция ЛГ, а также оценивают уровень артериального давления и показатели ЭЭГ. Проба считается положительной, если на фоне и после пробы происходит снижение экскреции 17 КС и 17 ОКС, выброс ЛГ с последующим повышением эстрогенов, а также нормализация артериального давления и улучшение оно электрической активности головного мозга.

Проба с элениумом применяется для выявления роли психогенных фак­торов в изменении гормонального профиля у девочек, страдающих вторичной аменореей на фоне гипоталамо-гипофизарной недостаточности без потери массы тела и после потери массы тела. Проба основана на способности элениума подавлять чувство тревоги, напряжения и повышенной раздражительности. Элениум назначают но 2 таблетки в день в течение 5 днем. До, на фоне и после пробы определяется секреция ЛГ, ФСГ и биоэлектрическая активность головного мозга. Проба считается положительной, если на фоне ее проведения и после пробы повышается секреция ЛГ и ФСГ, а также улучшаются показатели ЭЭГ. Можно предполагать, что под влиянием элениума происходит усиление секреции рилизинг-фактора ЛГ, ввиду нормализации обмена катехоламинов.

**ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА** (ГСПП) – это сложная эндокринная патология подросткового возраста, характеризующаяся функциональными нарушениями в гипогаламо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системе. Этот синдром обычно возникает спустя 1-3 года после менархе. Предрасполагающими факторами являются психоэмоциональные травмы, хронические очаги инфекций, частые вирусные заболевания, перенесенные оперативные вмешательства, чрезмерные умственные нагрузки. Наиболее частые признаки синдрома:

• различные нарушения менструального цикла:

• раннее половое созревание:

• избыточная масса тела:

• полосы растяжения на коже в различных участках тела;

• неврологическая симптоматика;

• гиреутизм и акне на лице и теле;

• вегетососудистая дистония.

В острой стадии ГСПП наступает функциональная гиперактивация высших регулирующих механизмов, в том числе и центральных отделов симпато-адреналовой системы, с повышенным выделением катехоламинов и серотонина, что приводит к гиперактивацни гипоталамических структур, ответственных за эндокринную и репродуктивную функции организма. В результате патологической активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы наступает повышенная секреции ЛГ, ПРЛ, АКТГ, ТТГ, ФСГ, а также К, Т и альдостерона. При этом понижается уровень СПГ, Е2 и П, часто отмечается гиперинсулинемия. Вследствие указанных гормональных сдвигов происходит функциональная гиперплазия коры надпочечников, некоторое увеличение размеров матки и яичников, развивается характерная клиническая симптоматика: интенсивно окрашенные стрии, различные нарушения менструального цикла, гирсутизм, ожирение, неврологическая симптоматика и др.

С прогрессированием заболевания происходит истощение симпато-адреналовой системы, что проявляется уменьшением выделения катехоламинов и серотонина. В результате снижается активность гипоталамо-гипофизарно-падпочечннконон системы. Наблюдается снижение уровня АКТГ, К и альдостерона. Начинает развиваться хроническая стадия ГСПП, при которой отмечаются прогрессирующие нарушения менструальной функции по типу вторичной аменореи, побледнение стрий, нарастание гирсутизма, нарушение жирового обмена и вегетососудистая дистония. В хронической стадии заболевания происходит отставание роста, некоторое уменьшение размеров матки и увеличение яичников.

Дифференциальная диагностика ГСПП с болезнью Иценко-Кушинга про­водится с помощью гормонально-нагрузочной пробы с дексаметазоном. После применения дексаметазона снижение уровня АКТГ и К в крови более чем на 50% расценивается как положительная проба; которая подтверждает функциональный характер нарушений гигюталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, свойственный для ГСПП.

Данные ЭЭГ также указывают на нарушение функционального состояния высших регул ируюших механизмов, в частности корково-подкорковых. Повышение возбудимости метанцефалогипоталамнческих ретикулярных структур свидетельствует о заинтересованности диэнцефальных структур в патогенезе гипоталами ч е с кого синдрома.

Лечение должно быть направлено на снижение активности подкорковых структур мозга. С этой целью назначают дифенин по 2 таблетки в день, после еды в течение 6 месяцев. При необходимости лечение продолжается до года. Одновременно проводится санация очагов инфекции, диетотерапия, физиолечение: эндоназально электрофарез витамина В1, гальванический воротник по Щербаку и др. Назначается витаминотерапия: в первую фазу цикла – фолиевая кислота, витамин Е, глутаминовая кислота; во вторую фазу цикла - витамины С и Е либо юниккап М по I таб I раз и день. Рекомендуется прием мастодинона но 10 капель 2 раза в день в течение 3 месяцев непрерывно. При наличии признаков повышенного внутричерепного давления лечение назначается невропатологом.

Вторичная аменорея после потери массы тела развивается у большин­ства девочек-подростков, которые резко ограничивают потребление пищи до­биваясь похудения. Многие из них дополнительно усиленно усиленно занимаются физическими упражнениями или применяют слабительные средства. Аменорея, как правило, возникает у девушек при снижении массы тела до 45—46 кг. При этом имеет значение исходная масса тола и скорость ее погори. Установлено, что и тех случаях, когда девочка и течение месяца теряет до 10 кг массы, аменорея наблюдается обычно уже через I -2 месяца.

Патогенез аменореи в связи с потерей массы тела представляется следующим образом: уменьшение количества жировой ткани приводит к нарушению баланса катехоламинов, что тормозит функцию подкоренных структур пищевой мотивации. У девочек исчезает аппетит, а также подавляется секреция ГТ-РГ. Вторично возникает недостаточность ЛГ и ФСГ. В результате снижается синтез эстрогенов в яичниках и развивается аменорея.

При клиническом обследовании таких больных отмечается уменьшение размеров молочных желез и матки, а также резкое снижение секреции эстрогенов и гонадотропинов. При этом уровень секреции ПРЛ и АКТГ не нарушаемся. Проба с ГТ-РГ может быть использована в качество диагностического теста. Она подтверждает, что низкий уровень ЛГ у больных связан с недостаточностью люлиберина, секретируемого гипоталамусом.

Лечение следует начинать с назначения высококалорийной диеты. Для лучшего усвоения пищи показаны ферментные препараты: гастрофарм, панзинорм и др. Большое внимание следует уделять психотерапии. Нередко таким больным покачаны транквилизаторы. Назначают элениум, седуксен или френалон по 1-2 таблетки вдень. Кроме того проводится циклическая витаминотерапия, которая состоит из комплекса витаминов группы В (юпикап В) и глутаминовой кислоты, применяемых в течение 20 дней. Зачем назначают витамин Е: по 100 мг/сут и аскорбиновую кислоту по I г в день - 10 дней.

Вторичная аменорея после стресса (психогенная аменорея).

Поводом к развитию вторичной аменореи у подростков могут быть се­мейные неурядицы, конфликты с друзьями, повышенные учебные нагрузки, перенесенная операция или травма, смена места жительства и др. При этом имеет значение длительность стрессового воздействия на организм девочки и состояние нейроэндокринной системы.

Хронический стресс приводит к недостаточности моноаминов в гипоталамусе и повышенной секреции ПРЛ. В результате нарушается ритм секреции гонадолиберина, тормозится выработка ЛГ, в связи, с чем развивается ановуляция и вторичная аменорея.

Лечение заключается в ликвидации стрессовых воздействий, нормализации сна, санации хронических очагов инфекции, проведении мероприятий по закаливанию организма.

Назначаются легкие транквилизаторы, микстура Павлова, мастодином, витаминотерапия. Хороший эффект отмечен при приеме растительного препаpaтa — гелариума по 1 драже 3 раза в день во время еды в течение 3 недель, Применение гелариума улучшает настроение, повышает психическую и эмоциоиильную устойчивость.

Вторичная аменорея, обусловленная гиперпролактинемией

Синдром патологческой гиперпролактинемии (ГП) - не только само­стоятельное гипоталамо-гипофизарное заболевание, но и одно из самых рас­пространенных синдромов при ряде зндокринопатий. соматогенных и неврогенных paccтpoйствах. Патологическая секреция пролактина у девочек проявляется нарушением ритма менструаций по типу вторичной аменореи, опсоменореи или олигоменореи. Как правило, прослеживается прямая зависимость между концентрацией пролактина и выраженностью нарушений менструального цикла. Галакторея редко бывает первым симптомом заболевания.

Регуляция гипофизарной секреции пролактина представлена преимущественно ингибирующим контролем. Главным ингибирующим фактором выступает дофамин, который воздействует на специфические рецепторы, располагающиеся на пролактотрофах гипофиза, приводит к подавлению активности аденилатциклазы с последующим снижением уровня цАМФ, нарушением метаболизма фосфоинозитида, уменьшением транспорта кальция через кальциевые каналы.

Роль ПРЛ в регуляции жирового обмена остается неясной, однако, ее можно считать бесспорной с учетом тенденции к нормализации массы тела на фоне медикаментозной нормопролактинемии. При объективном обследовании девочек может обращать па себя внимание легкий гирсутизм, обусловленный гиперандрогенией яичникового или надпочечникового происхождения ввиду избытка пролактина.

Тщательное изучение анамнеза, данных клинического обследования позволяет разграничить органический генез заболевания от функционального.

Функциональная ГП характеризуется отсутствием рентгенологических признаков, указывающих на опухолевый процесс. Уровень ПРЛ в крови редко превышает 2000-3000 MЕ,, длительность нарушений менструальной функции отмечается не более года. Результаты функциональных проб - положительные.

Для ГП связанной с опухолью гипофиза, характерны частые головные боли и более продолжительный период нарушений менструальной функции Головные боли при пролактиномах обусловлены растяжением диафрагмы турецкого седла, однако, они нередко встречаются и при отсутствии опухоли Рентгенологические изменения указывают на наличие опухоли гипофиза, могут иметь место также офтальмологические нарушения. При экстраселлярном росте опухоли происходит сдавление перекреста зрительных нервов, что приводит к дефекту полей зрения но типу битемпоральной гемианопсии. Субъективно признаки нарушения функции зрительных нервов проявляются редко. Один из основных признаков пролактинсекретирующей опухоли гипофиза - высокий уровень ПРЛ - Долее 3000 MЕ:, при этом функциональные пробы - отрицательные.

Следует помнить, что гиперпролактинемия и вторичная аменорея могут быть следствием недостаточной функции щитовидной железы. Гипофункция щитовидной железы приводит к повышению продукции тиреотропного-РФ, что стимулирует секрецию не только Г ГГ, но и ПРЛ.

Клиническая картина ГП и сочетании с гипотиреозом характеризуется быстрой утомляемостью, слабостью, сонливостью, замедлением различных психических реакции, сухостью кожи. Для выявления нарушения функции щитовидной железы при гиперпролактинемической форме аменореи следует проводить пробу с тиреоидином, вольной назначается тиреоидин но 0,1 г и день и течение 5 дней. Уровень ПРЛ исследуется перед пробой и на 6-й день от начала ее. Снижение ПРЛ до нормального уровня после проведения пробы свидетель­ствует о компенсаторной недостаточности функции щитовидной железы, что указывает на необходимость проведения специальной терапии. Совместно с эндокринодогом подбирается доза гормональных препаратов. Обычно рекомендуют принимать тиреоидин в дозе 0,05 г ежедневно либо через день под контролем уровня секреции ПРЛ.

Частота идиопатической ГП достигает 30%. Чаше всего эта форма развивается при первичных изменениях в центральной нервной системе, приводящих к нарушению дофаминергического контроля секреции пролактина. Такое заключение выносится в случае выявления повышенного содержания ПРЛ, после исключения опухолевого поражения головного мозга, распространенных эндокринопатий медикаментозного воздействия, а также при отсутствии выраженных клинических проявлении.

Диагноз ГП может быть уточнен при двух-, трехкратном определении повышенного уровня ПРЛ. Стабильное повышение концентрации HP Л в сыворотке крови более 20 мг/мл (600 МК) указывает на синдром гиперпролактинемии.

Гормональные пробы позволяют провести дифференциальную диагно­стику генеза ГП. Так, в пробе с броморгокрин типом при функциональном генезе ГП отмечается значительное снижение концентрации ПРЛ, при этом проба считается положительной. В случае опухолевого генеза ГП - отсутствует снижение ПРЛ в ответ на введение бромэргокринтина.

Определение гормонов в крови является обязательным у всех девочек с нарушениями менструального цикла. В алгоритм обследования, наряду с определением уровня ПРЛ, включается изучение содержания лютеинизирующего гормона, фолликулостимулируюшего гормона, тестостерона, дегидроэпиандростерона. При наличии признаков нарушения функции щитовидной железы определяются уровни тиреотропного гормона ТЗ, Т4.

К основным методам, позволяющим проводить визуализацию гинотоламо-гипофизарной области, в том числе судить о наличии объемного образования (макро- или микроаденомы) относится МР-томография либо компьютерная томография. МР-гомографическое исследование имеет ряд важных преимуществ по сравнению с КТ.Так, получение изображения в трех или более плоскостях дает большие возможности в изучении локализации, размеров, структуры опухоли, ее взаимоотношений с окружающими тканями и органами. Отсутствие ионизирующего излучения позволяет проводить многократное динамическое обследование на фоне терапии. Однако даже при применении самых современных МР-томографов с использованием контрастных препаратов достоверная визуализация микроаденом размерами менее 3 мм пока не всегда представляется возможной .

Таким образом, данные полного клинического и гормонального обследования позволяют диагностировать и дифференцировать различные формы гиперпролактинемии и определить оптимальное и патогенетически обоснованное лечение.

При опухолевом генезе гиперпролактинемии, наряду с медикаментозными, применяются хирургические методы лечения, а также лучевая терапия.

Ведущее место в коррекции гинерпролактинемии на сегодняшний день занимает медикаментозная терапия. Препаратом выбора в консервативном лечении ГП до настоящего времени оставался бромокриптин - синтетическое поду производное алкалоида спорыньи - эргокриптина. Его способность угнетать синтез и секрецию пролактина гипофизом основана на активизации D2-дофаминовых рецепторов. Начинают лечение бромокриптином с 2.5-3,75 мг-сут, постепенно повышая дозу до такой, которая обеспечивает снижение концентрации пролактина в крови (обычно 5-7.5 мг/сут.). Лечение следует продолжать до восстановления овуляторного менструального цикла. В начале лечения возможны головокружения, тошнота, рвота, повышенная утомляемость. Для предупреждения этих явлений рекомендуется предварительный прием метоклопромида.

К последним достижениям в области медикаментозного лечения ГП относят внедрение в практику каберголина (достинекса), производного алкалоида спорыньи эрголина, который относится к высокоселективным препаратам - его сродство к дофаминовым рецепторам в 20 раз выше, чем у бромокриптина.

Достинекс не оказывает влияния на уровень других гормонов, в частно­сти гормон роста, поэтому его можно назначать не только взрослым, но и подросткам. Период полувыведения достинекса из гипофиза составляет около 60 часов. Этот препарат обладает длительным действием, что позволяет его назна­чим. 1-2 раза в неделю, обеспечивая стабильную концентрацию в плазме крови до 7 суток.

Достинекс практически не взаимодействует с другими типами рецепто­ров ЦПС и сосудов – D1-дофаминовыми, серотониновыми и α1-адренергическими рецепторами. В результате заметно снижается, по сравнению с бромокриптином. частота и выраженность таких эффектов. как артериальная гипотензия. тошнота и рвота.

Длительность терапии досгинексом может составлять от 3-6 месяцев до нескольких лет. Нормализация ПРЛ на фоне приема достинекса наступает обычно через 2-4 недели от начала лечения, независимо от исходного уровня ПРЛ. Доза препарата, необходимая для достижения нормального уровня пролактина, варьируется в зависимости от индивидуальной чувствительности и составляет, в большинстве случаев, от 0,25 мг (1/2 таблетки) до 1 мг (2 таблетки) в неделю.

Подбирая минимальную терапевтическую дозу следует ежемесячно определять уровень полактина в сыворотке крови. Начинать прием достинекса следует с низких доз (0,25-0,5 мг) 1 раз в неделю перед сном. При необходимости недельную дозу увеличивают постепенно в зависимости от полученного эффекта и переносимости под контролем уровня пролактина (на 0,5 мг в течении месяца). Если недельная доза достинекса составляет более1 мг, его прием осуществляется 2 раза в неделю, с цельюизбежания побочных эффектов. Препарат рекомендуют принимать перед сном с небольшим количеством пищи.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ возникает чаще всего в пубертатном периоде. Этому способствует нарушение амплитуды и частоты пульсирующего выброса гонадолиберина, а также снижение допаминергической активности подкорковых структур мозга, которые наблюдаются у девочек подросткового периода при хронических заболеваниях, повышенных учебных нагрузках, стрессах и т.д.

Длительное нарушение секреции гонадолиберина вызывает стойкое повышение секреции ЛГ, а у большинства девочек и ПРЛ. В результате в яичниках фолликулы развиваются лишь до стадии средних антральных, граафовы пузырьки не образуются, желтые тела отсутствуют. В связи с увеличением кистозо-атрезирующих фолликулов, яичники увеличиваются в размерах, происходит мощное развитие соединительной ткани, склероз стенок сосудов, гиперилизация элементов тека-ткани, что приводит к утолщению белочной оболочки и ановуляции.

Синдром поликистозных яичниколв начинает проявляться спустя 1-2 года после менархе. На фоне нормального полового развития возникает нарушение менструальной функции по типу опсоменореи, вторичной аменореи или ЮМК. Одновременно развивается гирсутизм и ожирение. При осмотре девочек выявляется рост волос на лице и на других частях тела. Гинекологических осмотр позволяет обнаружить двухстороннее увеличение яичников, а с помощью УЗИ определяется увеличение фолликулов в виде кист диаметром 0,2-0,4 см. при гормональном исследовании крови отмечается повышение уровня ЛГ, андрогенов, ПРЛ и снижение секреции ФСГ и прогестерона.

Лечение заключается в проведении оздоровительных мероприятий направленных на нормализацию масы тела и снижение психотических нагрузок. Рекомендуют юникап М по 1 таб 1 раз в день в течении 3-6 месяцев.

С целью регуляции ментсруального цикла девочкам до 14-летнего возраста следует назначать мастодинон по 30 капель 2 раза в день непрерывно в течении –6 месяцев. В более старшем возрасте показаны низкодозированные КОК (регулон, новинет, логост и др.) по контрацептивной схеме или чистые гестагены (провера, примолют-нор,дуфастон) во вторую фазу цикла в течении 3-6 мес.

Лечение гирсутизма проводится верошпироном в дозе 50-100 мг/сут. Этот препарат блокирует рецепторы андрогенов, подавляет синтез андрогенов в яичниках, усиливает периферическое превращение андрогенов в эстрол. С этой же целью назначаются антиандрогены (андрокур, «диане») по 21-дневному курсу в течение нескольких месяцев подряд. Уменьшение гирсутизма наблюдается обычно через 6 месяцев максимальный эффект достигается через 1,5 месяцев непрерывной терапии.

При повышенном уровне ПРЛ следует назначить достинекс по 0,25-0,5 мг 1-2 раза в неделю в течение 3-4 мес под контролем уровня пролактина. В случае отсутствия овуляции девочкам старшей возрастной группы назначается кломпфен по 50 мг - 1 табл. в день с 5 по 9 день цикла, что способствует повышению секреции ФСГ и уменьшению концентрации тестостерона.

Оперативное лечение поликистозных яичников эндоскопическим доступом показано девушкам старшей возрастной группы после замужества при наличии кист более 15 мм и утолщении капсулы яичника, высоким значениях ЛГ и отсутствии эффекта от проводимой терапии.

## Гипоплазия яичников

Иногда вторичная аменорея у девочек может быть симптомом гипопластичных яичников. При гинекологическом осмотре с трудом удается пропальпировать яичники. Данные У3И указывают на уменьшение их размеров в 2-3 раза по сравнению с возрастной нормой. Гормональное иследование крови позволяет выявить значительную недостаточность эстрогеннов при повышенной секреции гонадотропинов, преимущественно ФСГ. При проведении пробы с пepоналом кариопикнотический индекс и секреция эстрогенов практически не повышаются или отмечается незначительное их увеличение; симптом “зрачка” также не проявляется. Эти данные указывают на нефункционирующий фолликулярный аппарат яичников у девушек.

В качестве лечения показано проведение цикла гормональной терапии в течение первых 12 дней назначаются эстрогены 10 тыс. ЕД в сутки, затем в течение 3-4 дней – сочетанное применение эстрогенов и гестогенов в половинной дозе и в последующие 10 дней – только гестаген. С этой целью применяют цикло-прогинова с 5 по 25 день цикла в течении 6 мес. Гонадотропные препараты следует назначать только после замужества, чтобы не истощать и без того скудный запас яйцеклеток у этих больных.

**Маточная форма вторичной аменореи**

Обычно вторичное поражение эндометрия наблюдается при воспаленных процессах матки или ввиду травматических повреждений базального слоя эндометрия во время проведения внутриматочных вмешательств.

Предположение о маточной форме аменореи возникает при нормальных показателях тестов функциональной диагностики, которые указывают на отсутствие изменений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции менструального цикла. Для уточнения диагноза необходимо произвести УЗИ и зондирование шеечного канала с целью исключения облитерации его. Гистероскопия и диагностическое выскабливание слизистой матки позволяет определить характер и степень поражения эндометрия (определяются синехии, атрофия эндометрия, туберкулезный эндометрит и др.),

Лечение маточной формы аменореи проводится с учетом ее этиологии. При воспалительных процессах матки назначается адекватная противовоспалительная, рассасывающая терапия, физиолечение, при необходимости — циклическая гормонотерапия.

В случае внутриматочные синехий показано оперативное лечение ис­пользуя метод гистерорезектоскопии.

## ЮВЕНИЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди нарушений функции репродуктивной системы и периоде полового согревания одна из наиболее частых форм - ювенильные маточные кровотечения (К)МК). Эта патология наблюдается у 20-37% девочек, обращающихся к гинекологу.

В анамнезе больных девочек выявляются острые и хронические инфек­ции, стрессовые воздействия, вегетососудистая дистония, дефицит или избыток массы тела, гиперпролактинемия, цитология щитовидной железы, заболевания печени и почек, дефект гемостаза.

При ЮМК отмечается изменение тонического уровня секреции ЛГ и ФСГ. Вследствие этого овуляция, как правило, отсутствует. В яичниках чаще всего наблюдаются явления агрезии фолликулов. Реже может быть более или менее длительная персистенция одного фолликула. Вид анонуляции и индиви­дуальные особенности яичников обуславливают концентрацию эстрогенов в крови больной.

При высоком уровне эстрогенов в крови и повышенной чувствительности к ним эндометрия довольно быстро развивается гиперплазия его с последующим неполным отторжением и кровотечением. При умеренной концентрации эстрогенов и невысокой чувствительности к ним рецепторов эндометрия гиперплазия развивается медленнее и последующее кровотечение может быть не столько обильным, сколько длительным.

Ювенильные кровотечения наблюдаются также у девочек, имеющих овуляцию и функциональную недостаточность 2-й фазы цикла. При -этом не происходит полноценной секреторной трансформации эндометрия: наряду с участками в стадии секреции в эндометрии имеются участки в стадии пролиферации. В результате происходит неравномерное отторжение слизистой, повышение внутриматочного фибринолиза и увеличение кровотечения.

Данные обследования девочки помогают составить представление о тине ЮМК, что важно для выбора метода гемостаза.

Для подростков с гипоэстрогенным типом ЮМК характерно правильное развитие наружных половых органов, бледно-розовая окраска слизистой вуль­вы, тонкий гимен. По данным вагиноскопии слизистая бледно-розового цвета, складчатость выражена слабо, шейка матки субконической или конической формы, феномен зрачка <±> или <+>, выделения необильные, кровянистые, без примеси слизи. При ректоабдоминальном исследовании обнаруживается типично расположенная матка, угол между телом и шейкой матки невыражен, размеры матки соответствуют возрасту, яичники не пальпируются. Данные гес­тов функциональной диагностики выявляют монофазную базальную темпера­туру. КПИ - 20—40%, длина натяжения шеечной слизи - 3-4 см.

При гиперэстрогенном типе кровотечения отмечается правильное развитие наружных половых органов, сочность вульвы, бахромчатый сочный гимен. При вагиноскопии слизистая влагалища розового цвета, складчатость хорошо выражена, шейка матки цилиндрической формы, феномен зрачка <++>, <+++> или <++++>, выделения обильные, кровянистые, с примесью слизи. При ректоабдоминальном исследовании пальпируются несколько увеличенные матка и яичники, угол между телом и шейкой матки хорошо выражен. По тестам функциональной диагностики отмечается монофазная базальная температура, КПИ -50-80%, длина натяжения шеечной слизи - 7-8 см.

Для уточнения состояния внутренних половых органов показано УЗИ органон малого таз, данные которого также позволяют судить о степени эстрогенизации девочек страдающих ювенильными маточными кровотечениями. При ЮМК на фоне ановуляторной гипоэстрогении у девочек-подростков отмеча­ются нормальные размеры матки и яичников, незначительная толщина эндо­метрия - 5-7 мм (до 10 мм), мелко кистозные включения в яичниках - 3-4 мм в диаметре. При гиперэстрогенном типе ЮМК наблюдается увеличение разме­ром матки и яичников, толщина эндометрия – более 10 мм, диаметр кистозных включений в яичниках составляет 5-10 мм.

Терапия ЮМК начинается с лечебно-охранительного режима.

• организации правильного режима труда и отдыха;

• ликвидации отрицательных эммоций;

• создания физического и психического покоя:

• сбалансированного питания;

• рациональной терапии сопутствующих заболеваний.

При лечении ЮМК необходимо учитывать интенсивность и тип кровотечения, выраженность анемии, возраст девочки, особенности физического и полового развития.

При умеренной кровопотере и менструальном возрасте не более 2 лет, отсутствии признаков органической патологии матки и яичников, показано назначение негормональной гемостатической терапии:

• утеротонические препараты дробно: окситоцин по 0,5 мл внутримы­шечно 3-4 раза в сут.;

• кровоостанавливающие средства: глюконат кальция 10% - 10 мл внут­ривенно или внутрь по 0,5 2 раза в сут.; дицинон 2 мл внутримышечно 1 раза 1 сут. или внутрь по 0.125 2 раза в день; аскорбиновая кислота по 0,1 3 раза 1 день; викасол 1 мл внутримышечно или внутрь по 0,15 2 раза вдень;

• общеукрепляющее лечение: 40% раствор глюкозы 20 мл внутривенно, витамин В6по I мл внутримышечно; витамин BI2 по 200 мкг внутримышечно через день; фолиевая кислота по 0.01 в день; кокорбоксилаза по 50 мг внутримышечно или АТФ 1%- 1 мл внутримышечно;

• антианемическая терапия: гемостимулин но 0,5 3 раза в день; ферроплекс по 1-2 др. 3 раза и сут. Переливание крови показано при показателях ге­моглобина ниже 70 г/л и продолжающемся кровотечении;

• фитотерапия: мастолинон но 30 капель 2 раза в день или экстракт кра­пины; пастушьей сумки: водяного нерпа по 20 капель 3 раза в день;

• физиолечение:

электростимуляция шейки матки:

электрофорез новокаина на область шейных симпатических узлов;

эндоназально электрофорез витамином В1;

иглорефлексотерапия;

локальная гипотермия: обработка шейки матки тампоном с эфиром.

При отсутствии эффекта от симптоматической терапии назначается гормональный гемостаз.

Показания к гормональному гемостазу:

• неэффективность симптоматической терапии при умеренном кровоте­чении:

• обильное кровотечение при отсутствии анемии:

• наличие противопоказаний к диагностическому выскабливанию матки.

С этой целью лучше использовать комбинированные эстроген-гестагенные препараты с содержанием этинилэстрадиола 50 мг в таблетке (антеонин, овулен, линдиол, нон-овлон) по 1 таблетке 3-4 раза в день и зависимости от интенсивности кровотечения. После прекращения кровотечения доза постепенно снижается до I таблетки в сутки, и прием продолжается в течение 21 дня. При отсутствии эффекта от выше указанной терапии следует проводить лечебно-диагностическое выскабливание матки, лучше под контролем гистероскопа.

Показания к лечебно-диагностическому выскабливанию матки у девочек:

• профузное кровотечение, угрожающее жизни и здоровью девочки;

• длительное умеренное кровотечение, неподдающееся консервативной терапии:

• рецидивирующие кровотечения при отсутствии эффекта от симптома­тической и гормональной терапии:

• подозрение на адемомиоз;

• подозрение на органическую патологию эндометрия.

Гистероскопию и лечебно-диагностическое выскабливание матки у девочек следует проводить под внутривенным наркозом. Шейка матки обнажается с помощью детских влагалищных черкал № 4-5. расширителями Гегара до № 7-8 бережно расширяется цервикальный капал. В полость матки вводится фиброгистероскоп или жеский гистероскоп небольшого диаметра (до 5 мм). Обращается внимание на величину и форму полости, рельеф стенок матки, состояние эндометрия, на доступность устьев маточных труб. Осматривают дно матки, трубные утлы, боковые стенки матки, истмический отдел и цервикальный канал. После диагностической гистероскопии бережно с помощью маленькой кюретки выполняется выскабливание полости матки, затем проводится контрольная гистероскопия. Соской всегда должен подвергаться гистологическому исследованию. При правильном выполнении гистероскопии и выскабливания полости матки целостность девственной плевы не нарушается.

В дальнейшем лечение зависит от данных гистологического исследова­ния. В случае гиперплазии эндометрия или аденомиоза назначаются чистые гистагены (провера, примолют-нор, дуфастон) по 5-10 мг с 19 по 28 день цикла в течение 3-б месяцев с последующим контрольным УЗИ или гистероскопией.

С целью регуляции менструального цикла после остановки кровотечения всем девочкам показана гормональная терапия. При гипоэстрогенном типе ЮМК назначаются комбинированные эстроген-гестагенные препараты (логест, новинет, регулон и др.) и течение 3-6 менструальных циклов. При гиперэстро-генном типе ЮМК регулирующая терапия проводится гестагенами (провера, примолюг-нор) по 5-10 мг с 19 по 28 день цикла в течение 3-6 месяцев. Количество циклов гормональном терапии зависит от общего состояния девочки, состояния эндометрия и интенсивности менструальноподобных кровотечении.

В период реабилитации после отмены гормональных препаратов можно рекомендовать подросткам принимать мастодинон по 30 капель 2 раза в день в течение 3 месяцев непрерывно или витаминотерапию: а первую фазу цикла фолиевуо кислоту, витамин Е. глутамиповмо кислоту: во вторую фазу цикла - витамины С и Е. С целью иммунокоррекшш при рецидивирующих ЮМК покачано назначение ликопида по 1 мг (1 таблетка) утром натощак а течение 10 дней. По своей структуре ликонид является синтетическим аналогом основного фрагмента пен шдогликана клеточной стенки бактерий, сочетающим отсутствие токсичности с высокой иммуномодулирующей активностью. Стимулируя активность моноцитов, макрофагов, ликопид в конечном итоге воздействует на все три звена иммунитета: фагоцитоз, клеточный и гуморальный иммунитет.

Восстановление правильного ритма менструаций после лечения в течение 6 месяцев и более указывает на отсутствие глубокой патологии в репродуктивной системе. При неэффективности лечения необходимо обследовать девочку у эндокринолога н невропатолога для исключения диэнцефальной патологии.

Девочки страдающие расстройством менструальной функции должны вести менструальный календарь, что позволит правильно оценить продолжи­тельность менструального цикла, регулярность и интенсивность менструаций, а также характер нарушений менструальной функции.

Длительное наблюдение на девочками подросткового возраста с нарушением становления репродуктивной системы (в течение 10 лет) позволило нам сформировать основные принципы терапии подростков с расстройством менструальной функции:

• организация правильного режима умственного, физического труда и

активного отдыха;

• нормализация режима дня с обязательным ночным сном не менее 8-9 часов;

• ликвидация отрицательных эмоций, создание физического и психиче­скою покоя;

• нормализация массы тели, сбалансированное питание;

• бальнеотерапия и физиолечение;

• циклическая витаминотерапия;

• применение фитотерапии, иммуномодуляторов и нейротропных пре­паратов:

• рациональная терапия сопутствующих заболеваний.

Терапия наиболее эффективна у девочек с нестойкими и умеренными функциональными нарушениями, Пpu выраженных нарушениях репродуктивной системы, значительных обменных и эндокринных изменениях лечение приводит лишь к кратковременной pемиссии. В этих случаях необходимо проведение повторных курсов лечения, госпитализация с специализированный стационар для углубленного углубленного обследования. Следует помнить, что в пубертатном возрасте репродуктивная система еще незрелая, происходит становление и закрепление связей между яичниками, гипофизом и подкорковыми центрами, регулирующими гормональную и менструальную функцию. Поэтому чтобы не нарушить этот процесс, назначить лечение следует после установления уровня нарушения репродуктивной системы.