

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВУШЕК С ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Ю.А. Гуркин, Н.В. Комлева, Н.Б. Безуглова

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра детской и подростковой гинекологии ФПК и ПП

(зав. кафедрой д.м.н. проф.Ю.А. Гуркин)

*ГУЗ Оренбургская областная детская клиническая больница,
поликлиническое отделение (главный врач- Смолягина Н.В.)*

Оренбургская государственная медицинская академия.

Сложная демографическая ситуация, возникшая в конце прошлого века в нашей стране, во многом обусловлена низким состоянием репродуктивного потенциала молодёжи. Общеизвестно, что состояние здоровья женщин фертильного возраста закладывается с первых дней жизни; именно в детстве берут начало многие общесоматические заболевания, закладывается фундамент репродуктивного здоровья. Следует подчеркнуть, что в последнее время имеется тенденция к увеличению частоты нарушений менструальной функции по типу гипоменструального синдрома в сравнении с частотой ювенильных маточных кровотечений (ЮМК) и менометроррагий (Антипина и соавт.,1994, Гуркин Ю.А., Гоготадзе И.Н.,2000). По данным разных авторов, нарушения менструального цикла (НМЦ) по типу гипоменструального синдрома в пубертатном периоде возникают у каждой 3-й девушки.

Целью данной работы была комплексная оценка клинических, гормональных и иммунологических показателей у пациенток с гипоменструальным синдромом различного генеза.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 300 девушек в возрасте от 12 до 18 лет с нарушением менструальной функции по типу гипоменструального синдрома.

Пациентки были разделены на 3 группы:

I группа - гипоменструальный синдром (включая аменорею) центрального генеза;

II группа - гипоменструальный синдром адреналового генеза (включая постнатальные формы ВГКН);

III группа - гипоменструальный синдром овариального генеза.

Контрольную группу (15 чел.) составили практически здоровые девушки в возрасте от 12 до 18 лет, обратившиеся на прием для профосмотра, не имеющие ни эндокринной, ни гинекологической патологии. Всем девушкам были проведены клинические, ультразвуковые, микробиологические, кольпоцитологические, гормональные и иммунологические методы исследования. Регистрация биоэлектрической активности головного мозга проведена всем больным при помощи 10-канального чернилопишущего электроэнцефалографа фирмы "NIHON KONDEN"(Япония), используя моно- и биполярные способы отведения электродов (по общепринятой международной системе отведения 10-20). Запись биоэлектрической активности головного мозга осуществляли в стандартных условиях в состоянии покоя с закрытыми глазами и при функциональных нагрузках - ритмической фотостимуляции и дозированной гипервентиляции продолжительностью не менее 3 минут.

Результаты исследования.

Оценивая типы нарушений менструального цикла следует отметить, что у пациенток обследованных групп преобладали нарушения цикла по типу

опсоменореи, тогда как в контроле нарушений менструального цикла (НМЦ) вообще не наблюдалось. Процент пациенток с олигоменореей в 3-й группе был в 5 раз выше, чем в 1-й группе и в 3 раза выше, чем во 2-ой группе. НМЦ по типу вторичной аменореи встречались примерно у каждой четвертой пациентки во всех обследуемых группах.

Оценивая физическое развитие пациенток обследуемых групп, отмечено, что в 1 группе преобладали пациентки с избыточным весом (ИМТ более 25,0), в то время как во 2 и 3 группе индекс массы тела у основной части пациенток был в пределах нормы, что позволило отнести их по критериям физического развития к нормосомии. В 1 группе, напротив, преобладала пахисомия. В то же время недостаток массы тела выявился у каждой третьей пациентки 3-й группы.

Анализируя показатели полового развития девушек обследуемых групп, следует отметить, что число баллов полового развития во всех 3-х группах было достоверно снижено по отношению к контролю.

Гирсутное число у пациенток всех 3-х групп было достоверно повышенным по сравнению с контролем и достигало максимума у больных 2-й группы. Средний возраст менархе и гинекологический возраст у пациенток всех 3-х групп существенно не отличался от нормы.

Проводя анализ результатов эхографических показателей у пациенток обследуемых групп, следует подчеркнуть, что при ультразвуковом исследовании щитовидной железы наибольшее число изменений эхоструктуры (у 33,3% девушек) выявлено во 2 группе и в основном представлено тиромегалией без нарушения структуры. У подавляющего большинства обследованных пациенток 1 и 2 групп и у всех больных 3 группы выявлялись структурные эхографические изменения гениталий, которые чаще были представлены мультифолликулярными яичниками, поликистозными яичниками и генитальным инфантилизмом I степени. Причем мультифолликулярные яичники выявлялись более чем у 40%

больных 1-й и 2-й группы. Поликистозные яичники чаще всего обнаруживались у пациенток 3-й группы. Генитальный инфантилизм I степени был наиболее выражен у пациенток 3-й группы.

Анализ биоэлектрической активности мозга у девушек 1 группы выявил, что только у 11,7% пациенток данные ЭЭГ соответствовали возрастным нормам. У 88,3% девушек обнаружены общемозговые изменения, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных, срединно-стволовых структур мозга. При этом часто в процесс вовлекались лимбические структуры мозга. У 16,6% выявлены выраженные изменения биоэлектрической активности мозга – на ЭЭГ зарегистрированы вспышки и разряды пароксизмальной активности.

Оценивая кольпоцитологическую картину у девушек обследуемых групп, выявлено достоверное снижение уровней кариопикнотического индекса у пациенток всех 3-х групп по сравнению с контролем, причем более выраженное снижение наблюдалось у пациенток 2-й группы.

Цитологическая картина мазков в основном представлена III типом (слабая степень эстрогенной недостаточности), максимально выраженным у пациенток 2-й группы.

II тип мазка - средняя степень эстрогенной недостаточности – присутствовал у небольшой части пациенток всех 3-х групп (от 6,5 до 12,5 %).

I тип влагалищных мазков, отражающий значительную степень недостаточности эстрогенов, отсутствовал у пациенток всех 3-х групп.

Достоверных различий исследуемых гематологических показателей (гемоглобин, количество эритроцитов, цветовой показатель, СОЭ) у девушек данных групп по сравнению с контролем не было получено. В то же время следует отметить достоверное снижение количества палочкоядерных нейтрофилов, сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов, у пациенток 3-х групп по сравнению с контролем. Уровень суммарных лимфоцитов у пациенток исследуемых групп был достоверно повышен у девушек всех 3-х групп.

Исследовано содержание микроэлементов в сыворотке крови у девушек с гипоменструальным синдромом. Следует отметить, что в основном показатели у пациенток исследуемых групп не отличались от контроля. Но в то же время имелось достоверное снижение уровня кальция в сыворотке крови у пациенток всех 3-х групп по сравнению с контролем. Уровень неорганического фосфора у пациенток 3-й группы был достоверно ниже по сравнению с группой контроля и больными 2-й группы. Уровень сывороточного железа и железосвязывающей способности у пациентов всех групп имел тенденцию к снижению относительно группы контроля.

Анализируя уровень тиреоидных гормонов, необходимо подчеркнуть, что у большинства пациенток уровень тиреоидных гормонов и антитиреоидных антител был в пределах нормативных значений. При этом выявлено увеличение средних значений трийодтиронина, общего тироксина, аутоантител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе у больных 1,2 и особенно 3 группы по отношению к контролю.

Установлено достоверное повышение средних значений тестостерона, 17-гидрокси-прогестерона (17-ОН-прогестерона) и дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭАС) у обследованных всех групп. При этом важно отметить, что максимальные уровни тестостерона, 17-ОН-прогестерона и ДЭАС наблюдались у больных 2-й группы, а уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) и соотношение ЛГ/ФСГ были выше у пациенток 3-й группы. Соотношение ЛГ/ФСГ у пациенток 3-й группы было достоверно повышено относительно контроля и больных 1 и 2 групп. Уровень эстрадиола у пациенток 3-х групп имел тенденцию к снижению, особенно у пациенток 3-й группы.

При оценке иммунного статуса у больных обследуемых групп отмечалось снижение относительного содержания CD3- и CD4- лимфоцитов и абсолютного количества CD8- клеток. При этом уменьшение абсолютного количества CD4- лимфоцитов наблюдалось у всех больных 1 и 2 групп.

Напротив, абсолютное число CD19- лимфоцитов и уровень IgM были повышены у пациенток всех 3 групп, а уровень IgA был снижен по отношению к контролю.

Обсуждение.

Таким образом, у пациенток с гипоменструальным синдромом основные изменения отмечены со стороны гормонального статуса, иммунологических показателей крови и функционального состояния центральной нервной системы (1 группа). В алгоритм обследования девушек-подростков с гипоменструальным синдромом необходимо включать комплекс методов исследования- УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, ЭЭГ, РЭГ, гормональные исследования и оценку иммунологического статуса.

Литература.

1. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология (часть-1).- Санкт- Петербург 1998,с-3-5.
2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология .- М., 2001.с- 188-206.
3. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология (Клинические лекции) .- 2 изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2002. с.-497-507.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии.- М., 1997.
5. Игнатков В.Я. Моноаминергические механизмы регуляции гонадотропной функции гипофиза: Автореф. дис. д-ра мед. наук.- М.,1989.
6. Наури Д.А., Гзэгзян А.М. Эхографическое обследование больных с синдромом поликистозных яичников. //5 съезд Российской ассоциации ультразвуковой диагностики в гинекологии. 1 Российский семинар Международного общества ультразвуковой диагностики в акушерстве и

- гинекологии. 15-17 июня 1998г.: Программа и материалы .- СПб., 1998
с- 83.
7. Бабичев В.Н. Нейрогормональная регуляция овариального цикла .- М., 1984.
 8. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М.,Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство).- М. 2002.
 9. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии .- М., 2003.
 10. Galld R.V//Neuroendocrinology.- 2000.- Vol. 31.- P.161-167.
 11. Makara G.B., Stark E., et.al.// Am. J. Physiol.-1999.- Vol.250.-P.316-324.
Fathalla M.F. Reproductive health: a global overview // Early Hum.Dev.- 2001-Jun-Jul.-29(1-3).P.35-42.