

Дифференцированный подход к диагностике и лечению нарушений менструального цикла у девочек-подростков



Е.В.Золото д-р мед. наук, директор НИИ РЗДПМ ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава Росси.,
внештатный республиканский детский специалист по акушерству и гинекологии МЗ ДНР,
доцент, проф. каф. акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой
гинекологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

Н.Б.Паршикова

Н.Е. Пушкарева

С.А.Паршиков 6 курс 1 леч.

К.А.Паршикова 6 курс 1 леч.

Понятие регулярного цикла у подростков

- С менархе до возраста 18 лет нормальным считается менструальный цикл, продолжительностью от 21 до 45 дней, длительностью менструального кровотечения от 4 до 8 дней и менструальная кровопотерей – от 5 до 80мл
- Многие подростки имеют нерегулярные менструации в течение 2-3 лет после менархе, что требует выявления причин нарушения гипоталамогипофизарно-яичниковых взаимоотношений (А).

Классификации НМЦ (Олиго- и аменорея)

1. По этиологии

- Физиологическая
- Патологическая

2. По времени возникновения

- Первичная
- Вторичная

3. Патогенетическая

- Нормогонадотропная
- Гипергонадотропная (овариальные)
- Гипогонадотропная (центрального генеза)
- Гиперпролактинемические
- Дисфункциональные с клиникой гиперандрогении

- Последний этап созревания механизма регуляции менструальных циклов – это созревание гипоталамогипофизарного центра регуляции репродуктивной системы
- Именно это звено регуляции менструального цикла у девочек-подростков является незрелым длительный период времени
- Процесс формирования последнего этапа механизма регуляции менструального цикла завершается приблизительно в 19-20 лет.

Выделяют три группы стрессовых факторов, служащих причиной НМЦ

- Физические: занятия спортом, чрезмерные мышечные нагрузки, операции, травмы, смена часовых и климатических поясов и др.
- Метаболические: переедание и недоедание, несбалансированное питание, употребление алкоголя или наркотиков, применение некоторых лекарственных препаратов
- Психологические: эмоциональный стресс, чрезмерные умственные нагрузки, изменение семейного или социального статуса и другие психологически значимые события в жизни

Гипоменструальный синдром

Уровень поражения	Причины	Частота(%)
Гипоталамус	Аномальная масса тела	15
	Спорт	10
	Стресс	10
	Опухоли	<1
Гипофиз	Пролактинома	18
	«Пустое турецкое седло»	1
	Синдром Шихана	<1
	АКТГ-секретирующая аденома (Б-нь Кушинга)	<1
Яичники	СИЯ, аутоимунное поражение	10
	СПКЯ	30
	Опухоли	<1
Матка	С-м Ашермана	5
Надпочечники	ВДКН «Стертая» форма	<1
Щитовидная железа	Гипер- или гипотиреоз	<1

- **Аменорея на фоне анорексии – частота 15%**
- **Психогенная аменорея – частота 10%**
- **Спортивная аменорея – частота 10%**

Не корректируются гормонами (!), пока имеет место этиологический фактор.



Диагностика НМЦ

- УЗИ (обязательно соотносить с днем цикла)
 - Размеры матки
 - Структура миометрия
 - Толщина и структура эндометрия
 - Размеры яичников
 - Диаметр и количество фолликулов
 - Структура яичников (кисты, желтое тело, эндометриоз)
 - Наличие объемных образований в малом тазу
- Гормональные исследования (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, Т3, Т4, АМГ, АТ к ТПО, Тсв, ТНТ, ДАЭС, 17-гидроксиПРГ, А4, Кортизол, ПРГ)
- Методы функциональной диагностики (чаще графики базальной температуры для определения длительности 2 фазы)

Рациональное назначение гормональной диагностики при различных формах НМЦ

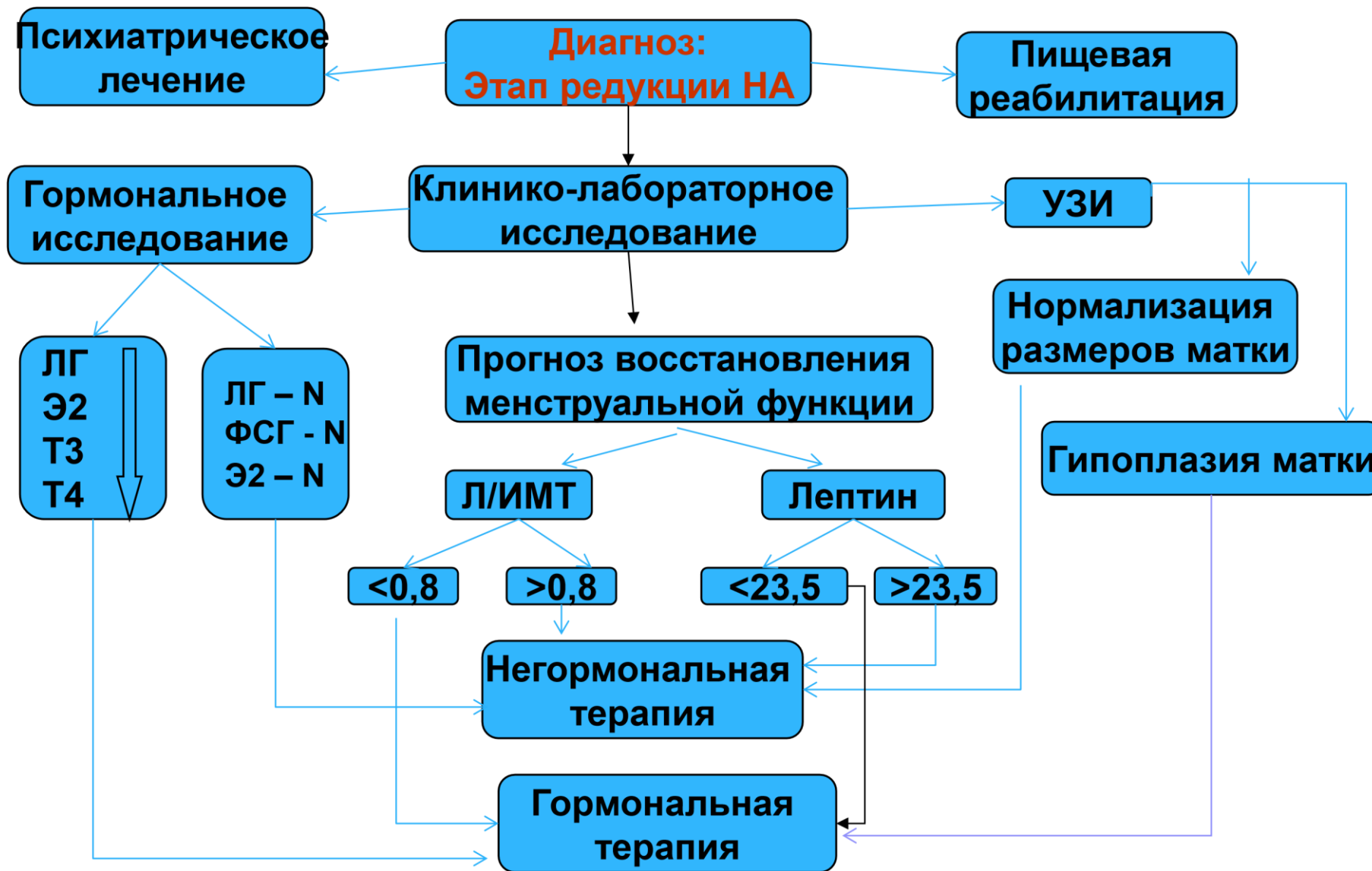
- АМК – при отсутствии сопутствующих патологических симптомов не информативно
- Аменореи (I и II) – ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ
- НМЦ (олигоменорея) без клинических симптомов ГА – ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ, АТ к ТПО, Т3,Т4св.
- НМЦ с клиническими симптомами ГА - ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ, АТ к ТПО, Тсв, ДГЭС, 17-ОН-прогестерон, А4, кортизол

Лечение олиго- и аменореи центрального генеза необходимо начать с:

1 этап (3 месяца):

- Коррекции расстройств пищевого поведения и назначения психотропных средств (психиатр, диетолог)
- Коррекции физических нагрузок
- Изменение образа жизни, седативная терапия
- **2 этап (минимально 6 месяцев):**
- Коррекция гипопластических изменений матки и яичников
- Восстановление менструальной функции

Алгоритм обследования и лечения пациенток на этапе редукции (3 месяца от начала лечения)



Негормональная терапия

- ЦВТ
- Фитоэстрогены
- Мастодинон
- Массаж трусиковой зоны, ШВЗ
- Физиолечение
- ИРТ
- Витамины группы А, Е
- Элькар
- Прочие

2 этап: Пациентки с НМЦ нуждаются в патогенетической обоснованной терапии

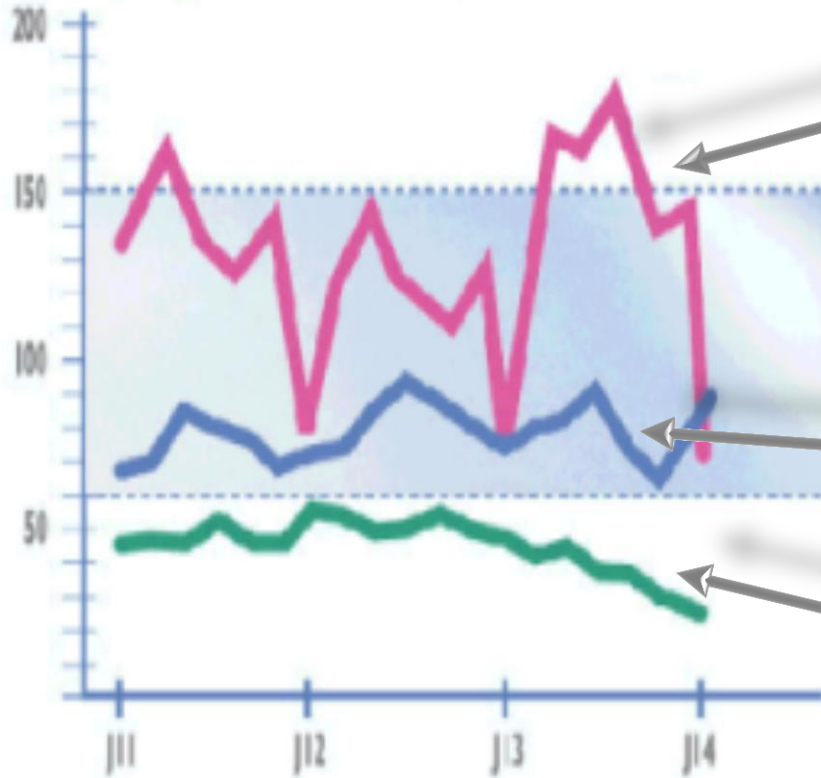


Чтобы добиться регулярного МЦ, важно не подавить выработку собственных гормонов и овуляцию

Трансдермальный путь введения эстрогенов
обеспечивает стабильность концентрации –
отсутствие эстрогенных пиков

2 мг пероральный
прием эстрадиола

Pg./
ml



1,5 мг 17β-

эстрадиол

трансдермально

Концентрация в

плазме крови 60 -

80 pg/ml пластырь

50пг/сут

Длительность терапии

- Нет достоверных данных о длительности проведения ЗГТ у подростков и молодых женщин.
- Терапия должна проводиться до достижения нормальных размеров матки для соответствующего возраста, под контролем УЗИ малого таза (1 раз в 6 месяцев), уровня эстрадиола, гонадотропинов, пролактина, ТТГ и тиреоидных гормонов

Критерии метаболического синдрома и ГА у детей и подростков (ВОЗ 2007; Богатырева Е.М. С-Пб, 2017г)

Возрастная группа	Ожирение (ОГ)	Триглицериды	ХС ЛПВП	АД	Глюкоза
6-10 лет	≥90-го перцентиля	<p>Диагноз МС в данной возрастной группе не устанавливается, но если помимо абдоминального ожирения имеется отягощенный анамнез по МС, СД2 или ССЗ, включая АД и/или ожирение, то необходимо исследовать и другие показатели</p>			
10-16 лет метаболический синдром	≥90-го перцентиля или критерии для взрослых	<u>>1,7ммоль/л</u> (<u>>1,5мг/дл</u>)	<1,03ммоль/л (<40мг/дл)	САД ≥130 и/или ДАД >85 мм.рт.ст	5,6ммоль/л(100мг/дл) Если > 5,6 ммоль/л провести ОГТ
16 лет и старше метаболический синдром	Использовать существующие критерии для взрослых				

Критерии диагностики метаболического синдрома и ГА (липидный и углеводный обмен)

Показатель	Взрослые	Подростки
Объем талии	> 88	> 88
АД	140/80	130/85
Глюкоза крови	>5,6 ммоль/л	> 6,1ммоль/л
ХС ЛПНП	>3,5ммоль/л	>3,5ммоль/л
ХС ЛПВП	< 1,1ммоль/л	<1,03 ммоль/л
Триглицериды	>1,7 - 2,16ммоль/л (18-25л) - (25-45л)	>1,48 - 1,7 ммоль/л (13-15л) - (15-18л)

НМЦ по типу полименореи, маточные кровотечения в пубертатном периоде

О расстройстве менструальной функции
по типу **полименореи** свидетельствует:

- ✓ Укорочение МЦ (менее 21 дня)
- ✓ Длительность менструального
кровотечения **более 8 дней**
- ✓ Интенсивность кровотоделения **более 80мл**
- ✓ Нарушение общего самочувствия девочки



Значительная частота МКПП в период полового созревания обусловлена:

- Изменением уровней ФСГ и ЛГ у подростков (незрелость гипофиза)
- Неустойчивостью системы регуляции менструальной функции,
- Высокой чувствительностью рецепторного аппарата у подростков к воздействию различных патологических факторов

Большинство менструальных циклов у подростков являются **ановуляторными**

Частота развития ановуляции и недостаточности желтого тела яичника в подростковом возрасте

Возраст(годы)	12-14л	15-17л	18-20л
Ановуляция	60-80%	43-60%	12-27%
Недостаточность желтого тела яичника	30%	40%	37%

Терапия МКПП должна состоять из **двух** **этапов**:

1. Терапия в период **кровотечения** (остановка кровотечения, борьба с анемией)
2. **Профилактика рецидивов** кровотечений, и нормализация менструального цикла

Выводы:

Основные принципы терапии НМЦ у подростков.

- Гипергонадотропные – овариальные – ЦГТ=ЗГТ
- Гипогонадотропные – центрального генеза – ЦГТ=ЗГТ
- Нормогонадотропные – гестагены, КОК
- Гиперпролактинемические – агонисты ДА, Мастодион
- Дисфункциональные с клиникой гиперандрогении – КОК с дроспиреноном или ХМА
- Маточные кровотечения – низкодозированные КОК («Регулон», «Ригевидон») на 1 этапе, «Клайра» на 2 этапе лечения



Спасибо за внимание !