

# ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ С ОБИЛЬНЫМИ МЕНСТРУАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, СОЧЕТАННЫМИ С АЛЬГОМЕНОРЕЕЙ

Удовика Н.А.

И.о. заведующего кафедрой акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ВО ЛНР им. Свт. Луки Минздрава России,  
к.мед.н., доцент

Луганск 2025

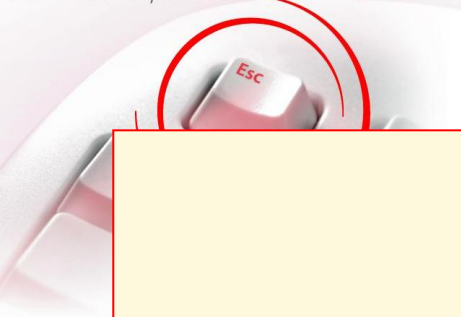
Общеизвестно:

**основа национальной  
безопасности государства –  
это хорошая демография и  
здоровые дети и подростки**



Сегодняшние девочки и девушки-  
подростки –  
это будущие мамы нашей страны!





Данные доступной литературы  
указывают, что **репродуктивный  
потенциал** современных девочек  
и девушек—подростков **низкий**.

И это не может нас всех не  
напрягать.

Так, сегодня



- девочки и девушки в 2 раза больше своих мам;
- а доля здоровых девочек и девушек не превышает **6%** (по данным ряда авторов).
- **Растет** число детей с генетическими аномалиями и ВПР;
- И на смену подростковым абортам пришло **бесплодие**.
- На лицо формирование неадекватных репродуктивных и семейных установок;
- Имеет место рост подростков как с дефицитом массы тела (**анорексия**), так и **явным ожирением**.
- Растет уровень **аутизма, депрессий, суицидов, агрессии, последствий** межличностного **насилия** в семье, обществе;
- Очень распространены **вредные привычки**; наркомания;
- **Ранний** сексуальный дебют и половые инфекции;
- Растут случаи **непредвиденных** травм у детей (ДТП, утопление, экстремальные виды спорта), **инвалидизация**.

Поэтому, одним из  
приоритетных направлений  
нового **Национального**  
**проекта «Семья»**  
(2025-2030) по-прежнему  
является вопрос **охраны**  
**материнства и детства.**

## **Цель исследования:**

обобщение опыта ведения  
девушек – подростков с обильными  
менструальными кровотечениями  
(ОМК), сочетанными с альгоменореей,  
проживающих в Луганской Народной  
Республике.



# Методы и материалы:

- Под нашим наблюдением находились **37 девушек-подростков**, обучающихся в колледжах ЛНР, в возрасте от **14,5 до 17,5** лет (пубертатный период), у которых выявлены ОМК, сочетанные с альгоменореей .
- Наблюдаемые девочки родились после 2007 года и проживают в ЛНР с момента рождения.



# Методы и материалы:

Основной причиной обращения девушек-подростков за медицинской помощью к нам было наличие таких жалоб:

- Обильные менструации,
- Выраженные срединные боли,
- Боли перед и во время менструации с потерей сознания;
- Нерегулярный менструальный цикл,
- Повышенная усталость,
- Выпадение волос,
- Ломкость ногтей,
- Страх наступления беременности,
- Периодический кандидоз влагалища.

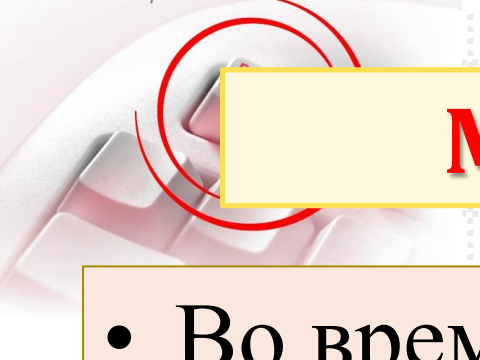
## Методы и материалы:

У обследованных **девушек–подростков** изучали :

- демографические данные (антропометрические показатели ; анамнез; ИМТ; семейное положение);
- данные о менструальной функции;
- гинекологических заболеваниях;
- о сексуальном здоровье и поведении;
- информацию об инфекциях;
- методах контрацепции.

В ряде случаев определяли уровень **гормонов** АМГ, ФСГ, ТТГ и антител к ТПО в сыворотке крови.

**Выполняли** УЗИ щитовидной железы и органов малого таза.



## **Методы и материалы:**

- Во время консультирования – по возможности - проводились беседы с мамами наблюдаемых девушек-подростков о течении их беременностей и родов, о состоянии новорожденных девочек и их первых месяцах жизни.



# ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ЛВ

## Возраст менархе:

9 лет – 2 (5,4%),  
10 лет – 2 (5,4%),  
11 лет – 6 (16,2%),  
12 лет – 6 (16,2%),  
13 лет – 6 (16,2%),  
14 лет – 5 (13,5%),  
15 лет – 10 (27,1%).



## Рост девочек-подростков :

- 170 см и выше - 43,2% (16)
- 160 - 168 см – 27% (10)
- 152 – 155 см – 29,8% (11)

## Индекс массы тела:

Недовес (< 18) 14 (37,8%)

Норма (20-24) 14 (37,8%)

Избыток массы тела 9 (24,4%)

Девочки-подростки критически относились к собственной внешности, неадекватно оценивают свой вес, увлекаясь различными диетами, вплоть до развития анорексии



## Курили

14 - 37,8%

девочек-подростков

**Засыпание** после полуночи:

33 - 89%

Причина: гаджеты



## Экстрагенитальная патология

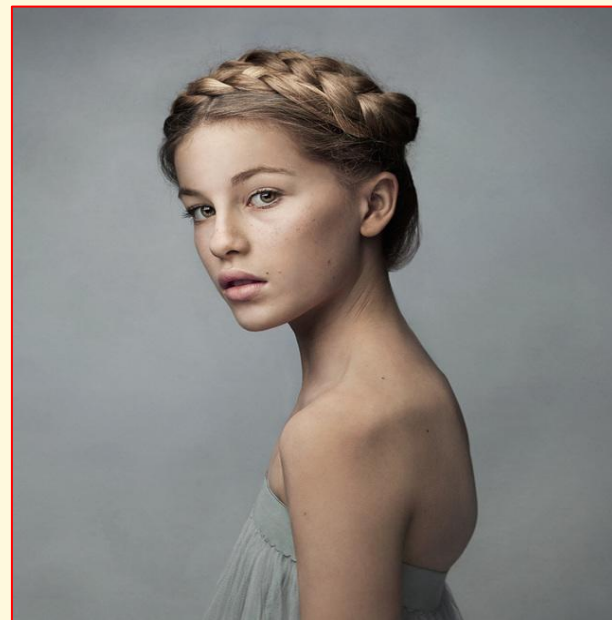
Заболевания почек имели – 9 – 24,3%

желчного пузыря и желудочно-кишечного  
тракта - 28 - 75,7%

вегето-сосудистую дистонию – 25 - 67,6%

**У большинства** девушек-подростков наблюдались:

- перепады настроения;
- головные боли;
- упадок сил;
- бессонница ночью;
- сонливость днем;
- повышенная потливость,
- повышенное АД.



Почти **85% указали на повышенную**

Тревожность, страхи, неуверенность, нерешительность, несколько наблюдаемых – на склонность к депрессиям.

Свой **характер** девочки-подростки охарактеризовали как:

- эмоциональная и активная – 11 (29,9%),
- спокойная и уравновешенная – 26 (70,1%).

«Планируете ли Вы рожать и  
когда»

«да, попозже» - 84%

«не знаю» - 16%

Мало гуляют после занятий  
и не занимаются спортом 80%;

Основной вид отдыха —  
электронные средства связи  
100%



## Возраст начала половой жизни –

- 54,1% не имели сексуального опыта,
- 17 (45,9%) – имели половые отношения

## В том числе с

- 14-15 лет – 47% (8 чел),
- 16 лет – 29,4% (5 чел),
- 17 лет – 23,6% (4 чел).

## Использование средств контрацепции:

- презерватив – 9 чел (52,9%),
- спермициды – 4 (23,6%),

Остальные не применяли общепринятой контрацепции. Все указали на отсутствие беременностей в анамнезе.



## Результаты УЗИ матки и придатков

- **У 29,7%** - **объем яичников** превышал норму и колебался от 12 до 20 см<sup>3</sup>.
- А размеры матки были меньше нормы.
- При этом у большинства из них отмечались **нерегулярные менструации**, кровомазания до и после них.
- Среди них были как худенькие, так и с избытком массы тела.



- На регулярное **посещение гинеколога** указала более **половины девочек**, по причине болей внизу живота, выделений, нарушений менструального цикла.
- ЖДА выявлена у 25 (67,6%), причем у 15 из них уровень гемоглобина был в норме, а ферритина – ниже нормы.
- Почти все девушки-подростки явления **ЖДА** **корректировали только железосодержащими препаратами**, а мяса кушали мало.



## После дообследования установлено:

- Причина ЖДА – **ОМК**, и в половине случаев – **алиментарный фактор**.
- Такой органической патологии как «лейомиома», «полип» и «малигнизация» по классификации **PALM** у обследованных девушек-подростков **не было выявлено**.
- Причиной **ОМК** чаще была овариальная дисфункция (**О по классификации COEJN**). Такие пациентки были эмоционально лабильны, чаще с рискованным поведением. У 19 из них (51,4%) в анамнезе были фолликулярные кисты.

## Цель назначаемого лечения, исходя из жалоб наших пациенток

- Учитывая возраст, жалобы и запрос на улучшение качества жизни, прежде всего, нами рекомендовалась **модификация образа жизни** (*правильный режим дня, рациональное питание, пересмотр собственного отношения на определенные вещи и др.*).
- **ЖДА** у наблюдаемых пациенток начинали корректировать **изменением питания** в случае превалирования алиментарного фактора, **железосодержащих препаратов** и **снижения объема кровопотери**.

## **Цель назначаемого лечения, исходя из жалоб наших пациенток**

- **Снижение объема кровопотери** начинали традиционно проводить путем применения транексамовой кислоты за 2-4 дня до и во время менструации.
- Однако эффект был достигнут лишь у 4 (23,5%) пациенток на протяжении трех циклов, но уже через 3-4 месяца количество менструальной кровопотери увеличилось. К тому же в этих случаях не купировалась альгоменорея, что заставляло пациенток вновь обращаться за медицинской помощью.

## Цель назначаемого лечения, исходя из жалоб наших пациенток

- Применение эстрадиола с добавлением препаратов, содержащих прогестерон, при явлениях *гипоэстрогении* у наших пациенток (преимущественно, с дефицитом массы тела и ОМК) в половине случаев **не приводило к ожидаемым результатам**. У них сохранялся болевой синдром перед и во время менструации, к тому же объем кровопотери уменьшался незначительно. Ряд пациенток также отмечали тошноту, мигрени и мастодинию.
- Поэтому, нами у них был применен **диеногест**.

## Цель назначаемого лечения, исходя из жалоб наших пациенток

- Девушки-подростки, которые принимали **диеногест**, в преобладающем большинстве случаев отметили хорошую купированность альгоменореи и достижение аменореи, что в итоге приводило к повышению уровня гемоглобина и ферритина, и как результат – улучшению качества жизни. Можно полагать, что причиной болей и ОМК у них был **эндометриоз**, хотя по данным УЗИ типичные изменения миометрия отсутствовали.
- Общеизвестно сегодня, что механизмы эндометриоз-ассоциированной боли включают в себя **ноцицепцию**, воспаление и изменения в периферической и центральной нервной системах. И диеногест в этом случае **предпочтителен**.

## **Цель назначаемого лечения, исходя из жалоб наших пациенток**

- Некоторые девушки-подростки, которые имели сексуальные отношения и боялись нежеланной беременности, принимали традиционные **низкодозированные монофазные гормональные контрацептивы**. ОМК у них, как правило, купировались. У многих исчезла альгоменорея, но в 25% случаев - боли сохранялись. Ряд пациенток отметили снижение либидо, тошноту, мастодинию, прибавку в весе. Однако препарат в большинстве случаев не отменяли на протяжении 5-9 месяцев от появления жалоб.



# ВЫВОДЫ

A red, stylized, handwritten-style signature or logo, possibly representing the letters 'LB' or a similar monogram, located in the bottom right corner of the page.

У обследованных **девушек-подростков с ОМК, сочетанными с альгоменореей**, имеет место тенденция к

- **хронической анемии;**
- **низкой массе тела** (дисплазия соединительной ткани?),
- **нарушениям менструального цикла** (нерегулярный, чаще позднее менархе),
- **психоэмоциональным состояниям** (страхи, фобии, неуверенности, склонность к депрессии, рискованному образу жизни).

По всей видимости, среди таких пациенток окажется значительное число больных с **эндометриозом, что требует тщательного постоянного наблюдения за ними.**

Медицинская помощь **девушкам-подросткам с ОМК, сочетанным с альгоменореей**, должна состоять в модификации образа жизни (с включением специалистов разного профиля и, возможно, психологов-педагогов) и коррекции хронической анемии.

Коррекция хронической железодефицитной анемии в большинстве случаев будет включать применение гормональных препаратов, в том числе **монофазные контрацептивы, которые блокируют овуляцию**.

И тогда вполне логичен вопрос, какое действие эти препараты могут оказывать на яичник современного подростка?

# Влияют ли КОК на функцию яичника?



У **принимающих КОК** средний уровень **АМГ** **ниже**, чем у не принимающих контрацептивы; кроме того, гормональная контрацепция может **ухудшить состояние АФС (количество антральных фолликулов),** **уменьшить объём яичников и показатели сосудов яичников,** **Снижает уровень ФСГ, ЛГ и  $E_2$  в сыворотке.**

Циньин Чжу, Йи Ли, Цзяньхун Ма, Хао Ма & Сяoley Лян Потенциальные факторы, приводящие к снижению овариального резерва: всесторонний обзор. том 16 Журнал исследований яичников, номер статьи: 208 (2023)



Появились еще  
такие данные

**Функция яичников девочки формируется антенатально.**  
**Материнские факторы, влияющие на пул примордиальных фолликулов у их потомства.**

Лечение матери **тестостероном**,  
**курение** во время беременности,  
высокая **прибавка** в весе во время беременности,  
воздействие аристолоховой кислоты I и D-галактозы  
(**какао, шоколад, орехи, бобовые, яйца, соя**),  
воздействие **высоких температур** окружающей среды,  
связано с **аномальной внутриутробной средой**,  
что может препятствовать **нормальному**  
**примордиальному фолликулогенезу в яичниках плода.**

Циньбин Чжу, Йи Ли, Цзяньхун Ма, Хао Ма & Сяолей Лян Потенциальные факторы, приводящие к снижению овариального резерва: всесторонний обзор. том 16 Журнал исследований яичников, номер статьи: 208 (2023)

Как будет работать яичник  
современного нашего  
подростка в будущем?

Какой будет репродуктивная  
функция детей 2000-х годов  
рождения?

**Спасибо за внимание!**

