

Персонализированный подход к девочкам- подросткам с нарушением менструального цикла и акне

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

30 мая 2025 г. Донецк

Актуальность проблемы нарушения менструальной функций у девочек-подростков

Расстройства гинекологического здоровья, способные оказать отрицательное влияние на реализацию репродуктивного потенциала, в России и в мире отмечаются у 50-75% современных девочек-подростков. Для подросткового возраста наиболее характерно нарушение ритма менструаций по типу редких менструаций, с тенденцией к их прекращению, а также нарушения по типу маточных кровотечений пубертатного периода, в том числе на фоне формирования синдрома поликистозных яичников, с данными патологиями сталкиваются гинекологи всего мира в своей практике, и они же являются наиболее частой причиной не только эндокринного бесплодия в будущем, но и нарушения обмена веществ, развития сахарного диабета типа 2 и риска инфаркта миокарда в дальнейшем.

Нарушение менструального цикла и коморбидность патологии

- наиболее часто девочки-подростки обращаются к детскому гинекологу с жалобами на нарушения регулярного менструального цикла с момента становления менструальной функции (73,3%) с развитием гипофункции яичников (96,7%), что представлено в большинстве случаев редкими менструациями (олигоменорея регистрируется у 53,3% пациенток), с тенденцией к развитию вторичной аменореи (отсутствие менструаций у 40,0% пациенток), как проиллюстрировано на рис. 1. Также девочки жаловались на обильные менструации в 16,7% случаев и болезненность в течение менструаций (30,0%).
- Также одной из главных жалоб пациенток было указание на неудовлетворенность внешним видом девочек-подростков по сравнению со сверстницами в связи с повышенным ростом волос на теле, в том числе в нетипичных для женщин местах: по верхнему краю губы, подбородку, вокруг сосков, по средней линии живота, на внутренней поверхности бедер (80,0%), повышенную сальность кожи и наличие угревых высыпаний на лице, коже спины, груди (акне в 56,7% случаев), трофические изменения кожи в виде полос растяжения белого и багрового цвета в области молочных желез, животе, на бедрах и пояснице (стрии на коже в 26,7% случаев), что формирует у девочек ощущение собственного несовершенства

Какие гормоны влияют на акне

- Основным половым гормоном, который вовлечен в регуляцию работы сальных желез, считается тестостерон. У клеток сальных желез высокая чувствительность к половым стероидам, ведь они обладают рецепторами к ним.
- В цитоплазме клеток сальных желез есть ферменты 3α- и 17α-гидрооксидегидрогеназы, а также 5α-редуктазы. Они отвечают за превращение андрогенов надпочечникового генеза в ДГТ, а он в свою очередь связывается с ядерными рецепторами и стимулирует выработку кожного сала.
- По результатам анализов у большинства пациентов выявляют высокий уровень прогестерона, тестостерона, а также низкий – эстрогенов. Дисбаланс андрогенов – проблема 50-75% женщин, у которых диагностируют акне. 29
- Уровень общего тестостерона не обязательно будет повышен при угревой болезни. Его нормальная концентрация может указывать на низкое содержание тестостеронсвязывающего глобулина.

Звенья патогенеза акне



- 1) увеличение продукции кожного сала;
- 2) избыточный фолликулярный гиперкератоз;
- 3) размножение *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*);
- 4) воспаление.

- Lynn DD, Umari T, Dunnick CA, Dellavalle RP. The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2016;7:13-25.

Междисциплинарное взаимодействие гинеколога и дерматолога

Междисциплинарное взаимодействие гинеколога и дерматолога при акне необходимо, так как дерматологические проблемы могут сочетаться с гинекологическими заболеваниями, если провокатор развития патологии — нарушение гормонального баланса в организме женщины.

Гинеколог может рекомендовать препараты с антиандрогенным эффектом для нормализации уровня андрогенов, которые являются одной из причин появления акне. Дерматолог, в свою очередь, разрабатывает курс терапии, который воздействует на звенья патогенеза акне.

Перед назначением противоугревой терапии пациентку необходимо тщательно обследовать с учётом не только дерматологического, но и эндокринно-гинекологического статуса.

Согласно научным исследованиям, только при совместной работе дерматовенерологов, гинекологов и эндокринологов можно помочь пациентам с акне.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП



-Гормональное обследование (уровень ЛГ, ФСГ, эстрадиола, тестостерона, ДГЭА-С, пролактина, ТТГ, свободного Т4, 17-ОН-прогестерона)

-УЗИ органов малого таза (оценка состояния яичников и эндометрия)

-Анализ на инсулинорезистентность

-Общий осмотр дерматолога (оценка состояния кожи, степень тяжести акне)

-Оценка дефицита витаминов и минералов (Витамин Д, ферритин, цинк)

Алгоритм ведения больных с акне

- При всех формах акне - первоначально решение вопроса о наличии фоновой соматической патологии, целесообразности ее лечения, объеме и времени терапии (до-, одновременно или после лечения акне)
- **Акне легкой степени выраженности (1-2 ст.):**
 - Обследование – по показаниям
 - Топическая терапия
 - Фиксированные комбинации
 - Дерматокосметика
 - Косметологический уход
- **Акне средне-тяжелые и тяжелые (3 ст.):**
 - Обследование обязательно, но объем – индивидуализирован
 - Системная терапия (базисная+адьювантная)
 - Топическая терапия
 - Фиксированные комбинации
 - Дерматокосметика

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ



А. Коррекция питания

- Сбалансированное питание с учетом гликемического индекса продуктов (ограничение сахара, быстрых углеводов, трансжиров)
- Достаточное потребление белка, полезных жиров и клетчатки
- Контроль веса при наличии избыточной массы тела

В. Гормональная терапия (по показаниям)

- КОК (комбинированные оральные контрацептивы) – при выраженной гиперандрогении или синдроме поликистозных яичников
- Препараты прогестерона для регуляции цикла при недостатке лютеиновой фазы
- Метформин при инсулинорезистентности

ПЕРСОНФИЦИРОВАННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ



С. Коррекция кожных проявлений

- Местное лечение акне (ретиноиды, бензоилпероксид, кислоты)
- Системная терапия (спироналактон, антибиотики при тяжелых формах)
- Косметологические процедуры (пилинги, лазерное лечение)

Д. Витамины и добавки

- Витамин Д (при дефиците)
- Омега-3 (противовоспалительный эффект)
- Цинк (улучшает состояние кожи)



ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

3.ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

- Работа с психологом при стрессе, тревожности, сниженной самооценке**
- Разговор с подростком о естественных изменениях тела и важности ухода за собой**
- Учет психологических триггеров (стресс, расстройство пищевого поведения)**

4.ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

- Умеренные физические нагрузки (йога, плавание, танцы) помогают нормализовать уровень гормонов.**
- Избегание чрезмерных нагрузок, если они вызывают сбой цикла.**

Международные рекомендации по ведению акне у женщин: легкая степень

Клинический признак	Терапия	Адьювантная терапия	Косметические рекомендации
Гиперсеборея			• мягкое очищение, без детергентов, с рН, как у кожи • увлажнение
Ретенционные элементы н/з лица, с- или без открытыми комедонами	<i>Монотерапия комедонолитическими средствами:</i> <i>1-я линия:</i> топические ретиноиды <i>2-я линия:</i> топическая азелаиновая кислота (15-20%) или БПО (2,5-5%)	<i>Нет макрокомедонов: поверхностные ХП</i> <i>Есть макрокомедоны:</i> • механические косметические процедуры • физическая экстракция/каутеризация	• мягкое очищение, без детергентов, с рН, как у кожи • увлажнение
Незначительные воспалительные папулы, пустулы	Монотерапия: • Топическая азелаиновая кислота • БПО • Топические ретиноиды	поверхностные ХП	• мягкое очищение, без детергентов, с рН, как у кожи • увлажнение

Международные рекомендации по ведению акне у женщин: средняя степень

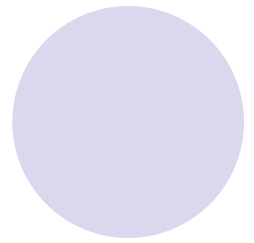
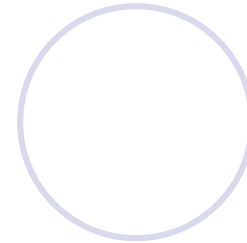
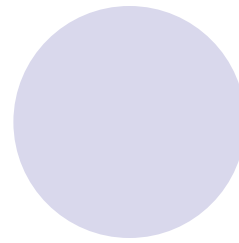
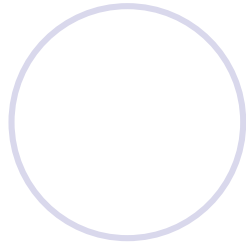
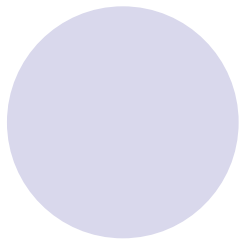
Клинический признак	Терапия	Адъювантная терапия	Косметические рекомендации
Воспалительные папулы/пустулы от средней степени до выраженных	<i>Средней степени:</i> <i>1-я линия:</i> ФК (топические ретиноиды+БПО) ФК (топические а/б+БПО) <i>2-я линия:</i> КОК или антиандрогены + ФК	поверхностный ХП	• мягкое очищение, без детергентов, с рН, как у кожи • увлажнение
Умеренно выраженные воспалительные элементы	Системные а/б, КОК или спиронолактон (50-100мг/сутки)+ ФК		

Международные рекомендации по ведению акне у женщин: средне-тяжелая и тяжелая степень

Клинический признак	Терапия	Адъювантная терапия	Косметические рекомендации
Резко выраженные папуло-пустулезные элементы	Системная терапия: 1-я линия: Монотерапия системным изотретиноином (акнетин)+косметика 2-я линия: КОК+а/б+ФК	Внутриочаговое введение стероидов	• мягкое очищение, без детергентов, с рН, как у кожи • увлажнение
Узлы	Системные изотретиноины (акнетин) с- или без КОК и/или а/б		

Международные рекомендации по ведению постакне

Клинический признак	Терапия	Адьювантная терапия	Косметические рекомендации
Поствоспалительная пигментация	1-я линия: • Топическая азелаиновая кислота (15-20%) • ФК (БПО+топические ретиноиды) • Ретиноиды 2-я линия: • Гидрохинон, • ФК (Обаджи)	• Поверхностный ХП • Лазерная терапия • Пульсирующий свет • Неаблативный фракционный фототермолиз	Косметические средства UVA/UVB
Рубцы	Топические ретиноиды, ИКН	• Дермабразия, ХП • Лазерная терапия • Криодеструкция • иссечение • филлеры	Увлажнение, Косметика (содермикс, контратубекс)



ВЫВОД:

Лечение должно быть индивидуализированным, с учетом всех факторов (гормонального фона, образа жизни, психоэмоционального состояния). Важно не только купировать симптомы, но и устранить первопричину нарушений!