

Степень риска нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков

Э.Б. Яковлева, Н.В. Касьянова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
НИИ медицинских проблем семьи

Нарушение репродуктивной функции может привести к патологическому течению не только периода полового созревания, но и явиться непосредственной причиной нарушения генеративной функции в последующие годы жизни женщины. Своевременная диагностика гинекологических заболеваний у девочек-подростков, их ранняя коррекция в медицинском и социальном аспектах являются основой действенной профилактики нарушений репродуктивной функции у женщин.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, девочки-подростки, генеративная функция, бесплодие.

Репродуктивная функция зависит от своевременного и гармоничного развития всех ее звеньев, которое заканчивается к концу периода полового созревания. Нарушение функции одного или нескольких звеньев репродуктивной системы может приводить к патологическому течению не только периода полового созревания, но и являться непосредственной причиной нарушения генеративной функции в последующие годы жизни женщины [3, 5–10].

Цель. Формирование групп риска по нарушению репродуктивной функции среди девочек-подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 650 историй болезней девочек-подростков в возрасте 14–16 лет, находившихся под наблюдением в отделении детской и подростковой гинекологии Донецкого регионального центра охраны материнства и детства, городских больницах №№ 5, 6 г. Донецка.

Из историй болезни выявлено, что обследование пациентов проводили с учетом соматического и гинекологического статуса. Комплексное обследование включало следующие методы.

1. *Изучение анамнеза.* Учитывали такие данные: течение периода новорожденности, продолжительность грудного вскармливания, возраст прорезывания временных зубов, психомоторное развитие, состояние здоровья в период раннего детства, частота и продолжительность инфекционно-воспалительных заболеваний, наличие очагов хронической инфекции, физическое развитие, время и очередность появления вторичных половых признаков, возраст менархе.

2. *Клинико-лабораторные исследования:* всем девочкам проведены осмотр наружных половых органов и ректоабдоминальное исследование, общий осмотр. Развитие вторичных половых признаков оценивали по пятибалльной шкале. Всем обследуемым проведены: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (уровень глюкозы, холестерина, остаточного азота), бактериологическое и бактериоскопическое исследование уrogenитального тракта на наличие уrogenитальной инфекции.

3. *Изучение гормонального статуса.* Определение содержания в крови гормонов эстрадиола, альдостерона, кортизола, трийодтиронина, тироксина. Кровь для исследования в объеме 5 мл с антикоагулянтом (25 ЕД гепари-

на на 1 мл) брали натощак в 8 ч утра из локтевой вены в положении лежа. Уровень дофамина, адреналина, норадреналина определяли в суточной моче. Концентрацию гормонов определяли радиоиммунологическим методом с помощью готовых коммерческих наборов фирмы «SEAI-RE-Soring» (Франция) по прилагаемым инструкциям.

4. *Ультразвуковое исследование* проводили с целью изучения состояния внутренних половых органов. Учитывали длину, ширину и переднезадний размер матки, соотношение тела и шейки матки. Оценивали размеры яичников и состояние фолликулярного аппарата.

5. *Антропометрические методы.* Для оценки физического развития измеряли рост, массу тела, окружность грудной клетки. Соматополовое развитие оценивали по общепринятым методикам.

6. *Рентгенологические методы.* По показаниям выполняли рентгенографию турецкого седла с определением его сагиттального и вертикального размеров. Для определения костного возраста производили рентгенографию костей и подсчет зон окостенения с использованием формулы Прадера. При анализе полученных данных учитывали заключение врача-рентгенолога.

Полученные данные обработаны на ЭВМ IBM AT с помощью пакета статистических программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ изученной медицинской документации свидетельствует о том, что уже с периода полового созревания, а иногда и детства можно выделить группу девочек, которые обречены на бесплодие, и группы, имеющие различные степени риска по бесплодию (схема). Необходимость такого разделения обусловлена тем, что при абсолютной форме бесплодия уже в пубертатный период следует ставить в известность родителей и девочку о невозможности у нее генеративной функции. Как показывает наш опыт, такая психологическая ориентация совершенно оправдана, так как в этом возрасте невозможность иметь детей не воспринимается как неразрешимая трагедия. Девушки, как правило, рационально устраивают свою жизнь как в личном, так и в профессиональном аспекте.

К группе с *абсолютной формой бесплодия*, по нашему наблюдению, относятся пациентки с дисгенезией и агенезией гонад, тестикулярной феминизацией, аплазией всей матки или только шейки, кастрацией в период детства или полового созревания. Лечение и ведение таких пациенток имеет ряд особенностей.

Пациенткам с дисгенезией и агенезией гонад рекомендована заместительная терапия эстрогенами для формирования вторичных половых признаков с последующим применением циклической гормонотерапии или комбинированных эстроген-гестагенных препаратов. К репродуктивному периоду такая больная должна уже знать, что ей не суждено стать матерью. Пациенткам со смешанной и чистой формами дисгенезии гонад и с наличием Y-хромосомы в кариотипе при появлении признаков гормональ-

ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Абсолютное бесплодие	Высокий риск	Умеренный риск	Относительный риск
Дисгенезия гонад	Рефрактерные яичники	Синдром поликистозных яичников	Патологический антенатальный период
Агенезия гонад	Стертая форма дисгенезии гонад	Туберкулез половых органов	Хронический вульвовагинит, синехии влагалища
Тестикулярная феминизация	Субтотальная резекция одного и удаление другого яичника	Септическое воспаление матки и придатков	Преждевременное половое созревание
Аплазия матки	Опухоли гипоталамо-гипофизарной области	Задержка полового развития	Инфекции, передающиеся половым путем
Аплазия шейки матки	Двухсторонние пиосальпинксы	Гематосальпинкс при пороках развития матки и влагалища	Нарушение менструального цикла (олигоменорея)
Кастрация	Гематопиокоल्पакс	Врожденные и постнатальные адреногенитальные синдромы (с первичной, вторичной аменореей, гипоменструальный синдром центрального генеза)	Пубертатные маточные кровотечения
	Пиометра		Аменорея на фоне острого или хронического стресса
	Генитальный инфантилизм		Хронические воспалительные заболевания
			Осложненное течение после операции по поводу гнойного аппендицита
			Гипоплазия матки
			Эндометриоз

Степени риска по бесплодию

ной активности как маскулинизирующего, так и феминизирующего типа показана гонадэктомия с последующей заместительной терапией половыми гормонами.

При тестикулярной феминизации и аплазии матки психологическая ориентация больных та же. При возникновении вирильных черт удаляют гипертрофированный клитор и гонады из-за возможности развития семиномы.

При такой редкой патологии, как аплазия шейки при функционирующей матке, которая всегда сочетается с аплазией верхней части влагалища, наш опыт свидетельствует о безуспешности пластических операций по созданию искусственного влагалища с целью сохранения менструальной функции. При этом пороке развития целесообразно удаление матки в пубертатный период и создание искусственного влагалища. При других пороках развития влагалища удается сохранить матку с помощью пластики влагалища.

К сожалению, до сих пор иногда встречаются пациентки, у которых оба яичника удалены в детстве или в период полового созревания. В подобных случаях методом выбора является проведение физиотерапии (электросон), седативной терапии или терапии гормональными препаратами, длительность и дозы которой зависят от степени выраженности вторичных половых признаков и посткастрационного синдрома.

К группе *высокого риска* отнесены девочки с рефрактерными яичниками, стертой формой дисгенезии гонад, субтотальной резекцией одного и удалением другого яичника, опухолями гипоталамо-гипофизарной области и двухсторонними пиосальпинксами, являющимися чаще всего следствием нагноения гематосальпинксов при пороках развития влагалища.

У пациенток с рефрактерными яичниками и стертой формой дисгенезии гонад возможна попытка усиления ак-

тивности яичников. Таким больным рекомендованы раннее замужество и кратковременная стимуляция овуляции, хотя наступление беременности сомнительно. Вопрос о целесообразности ее у больных с дисгенезией гонад окончательно не решен.

Пациенткам с субтотальной резекцией единственного яичника (второй – удален) рекомендовано раннее замужество и раннее наступление беременности, так как продолжительность менструальной и генеративной функции у них ограничена небольшим объемом оставшейся ткани яичника.

Беременность у пациенток с последствиями двухсторонних пиосальпинксов возможна только после пластической операции на трубах.

Рациональная терапия пациенток с опухолями гипоталамо-гипофизарной области может способствовать наступлению беременности. К гормональной стимуляции овуляции при бесплодии у этих больных следует относиться очень осторожно. Насколько она оправдана из-за возможности бурного роста или возникновения рецидивов опухоли во время беременности, сказать трудно.

К группе *умеренного риска* мы относим пациенток с синдромом склерокистозных яичников, туберкулезным или септическим воспалением матки и придатков, гематосальпинксами при пороках развития матки и влагалища; с врожденным и постнатальным адреногенитальным синдромом; с первичной, вторичной аменореей и гипоменструальным синдромом центрального генеза.

Пациенткам со склерокистозными яичниками, как показывает наш опыт, в случае отсутствия регулярного менструального цикла под влиянием консервативной терапии целесообразно производить лапароскопическую операцию на яичниках к концу периода полового созревания во избежание стойких, а подчас и необратимых изменений в репродуктивной системе.

Адреногенитальный синдром, особенно врожденная его форма, хорошо поддается терапии глюкокортикоидами. Менструальная и генеративная функции, как правило, восстанавливаются при условии регулярного приема такой дозы глюкокортикоидов, которая поддерживает уровень андрогенов в крови и моче больных на верхней границе нормы. Остается сомнительным вопрос о необходимости во что бы то ни стало добиваться беременности у данной категории пациенток, так как судьба потомства у них изучена недостаточно.

Большинство случаев первичной и вторичной аменореи центрального генеза является следствием дисфункции подкорковых областей, в результате которой происходит расстройство ритма и секреции рилизинг-гормонов. Это приводит к нарушению функции репродуктивной системы. Возникают такие патологические состояния, как синдром Иценко–Кушинга, пубертатный базофилизм, гипоталамический синдром, синдром галактореи-аменореи и т.д.

Отмечено, что психические заболевания, а также острый и хронический эмоциональный стресс, особенно в сочетании с резкой потерей (или прибавкой) массы тела или с большой физической или умственной нагрузкой, могут приводить к изменениям в коре головного мозга и подкорковых структурах. При этом снижается секреция гонадотропных рилизинг-гормонов, гонадотропинов и эстрогенов, возникает аменорея, которая продолжается тем дольше, чем продолжительнее поддерживаются состояния стресса, ограничения питания или тяжелых физических нагрузок. Мы, как и другие авторы [5, 6, 8], считаем, что таким пациенткам показана длительная общесоматическая терапия, восстановление массы тела, нормализация нервно-психического состояния, рациональный режим труда и отдыха.

При недостаточной центральной стимуляции гонадотропной функции гипофиза целесообразно применение веществ, стимулирующих ритм и секрецию гонадотропинов (кломифен и рилизинг-гормон), короткими прерывистыми курсами, а также малые дозы гормонов при циклическом их введении и лечение физическими факторами.

При гиперпролактинемии хороший эффект дает лечение эргобромокриптином. Заместительная терапия гонадотропинами показана при гонадотропной недостаточности гипофиза, что препятствует развитию гипоплазии матки. При отсутствии беременности у таких пациенток в репродуктивный период терапия, направленная на стимуляцию овуляции, должна проводиться с учетом характера поражения, выявленного в период полового созревания.

При туберкулезе труб и матки, нераспознанном в период полового созревания, прогноз в отношении наступления беременности неблагоприятный, так как исходом этого заболевания в репродуктивный период являются рубцово-спаечные изменения труб, матки и необратимые изменения эндометрия. Своевременная диагностика и назначение адекватной противотуберкулезной терапии в период полового созревания являются профилактикой бесплодия.

Гематосальпинксы, возникающие при задержке оттока менструальной крови, могут в дальнейшем привести к рубцовым изменениям труб, поэтому такие больные сразу после операции пластики влагалища в период полового созревания нуждаются в активном применении физио- и бальнеолечения.

К группе *относительного риска*, а нередко и к его более высокой степени относят больных с дисфункциональными маточными кровотечениями, после резекции большого участка ткани яичников, с запоздалым или преждевременным половым развитием [1, 2, 4, 7].

По нашим данным, у большинства (78%) девочек-подростков, страдающих дисфункциональными кровотечениями в период полового созревания, в репродуктивный период возникает гормонально обусловленное бесплодие, причем у 8,5% больных оно связано с аменореей или опсоменореей, а у 5,3% — с синдромом полисклерокистозных яичников. Такие цифры свидетельствуют о необходимости не только активного диспансерного наблюдения за данной категорией больных, но и не менее активного лечения их сразу после замужества, не выжидая традиционных двух лет бесплодного брака.

К группе относительного риска по бесплодию, как показал проведенный анализ медицинской документации, необходимо относить также пациенток с преждевременным половым созреванием изосексуального типа, так как не исключена возможность более раннего уменьшения числа «запрограммированных» овулирующих яйцеклеток. Данной категории пациенток в репродуктивный период рекомендуют ранее замужество и наступление беременности в первые годы семейной жизни.

ВЫВОДЫ

Как показывает анализ заболеваемости в периоды детства и полового созревания, влияние гинекологических заболеваний в этом возрасте на генеративную функцию женщины велико. Уже на данном этапе наших знаний возможно не только прогнозировать различный риск бесплодия, но и определять тактику ведения и методы терапии как в пубертатный, так и в детородный период. Наш опыт свидетельствует о том, что девочки, страдающие различными гинекологическими заболеваниями в периоды детства и полового созревания, должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением. Лечение по поводу возможного бесплодия у них целесообразно начинать как можно раньше до замужества.

Своевременная диагностика гинекологических заболеваний в периоды детства и полового созревания, их ранняя коррекция в медицинском и социальном аспектах являются основой действенной профилактики нарушений репродуктивной функции женщин.

Ступінь ризику порушень репродуктивної функції в дівчат-підлітків

Е.Б. Яковлева, Н.В. Касьянова

Порушення репродуктивної функції може призвести не тільки до патологічного перебігу періоду статевого дозрівання, але й стати безпосередньою причиною порушення генеративної функції в наступні роки життя жінки. Своєчасна діагностика гінекологічних захворювань у дівчат-підлітків, їхня рання корекція в медичному та соціальному аспектах є підставою дійсної профілактики порушень репродуктивної функції в жінок.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, дівчата-підлітки, генеративна функція, безплідність.

Risk degree of reproductive function disturbances in girls-teenagers

E.B. Yakovleva, N.V. Kasyanova

Disturbances of reproductive function can cause the pathological course of not only puberty, but also be the direct reason of generative function disturbances in the life of a woman. Timely diagnosis of gynaecological diseases in girls-teenagers, their early correction in medical and social aspects are the basis of effective prevention of reproductive function disturbances in adult women.

Key words: reproductive health, girls-teenagers, generative function, infertility.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирова Н.Ж. Медико-социальная характеристика репродуктивного здоровья девушек-подростков: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1996. – 22 с.
2. Вовк И.Б. Контроль менструального цикла на фоне приема современных комбинированных оральных контрацептивов. Диагностика и тактика при нарушениях менструального цикла // Здоровье женщины. – 2003. – № 2. – С. 134–136.
3. Головатюк І.А. Становлення менструальної функції у жінок з різними психологічними типами та різним ступенем психоемоційної стійкості // ПАГ. – 2001. – № 1. – С. 85–86.
4. Данкович Н.О., Палагусинець А.Ю., Бакучаєва Р.О., Марченко А.М. Взаємозв'язок соматичного статусу і порушень менструального циклу у дівчаток у пубертатному періоді // ПАГ. – 2001. – № 2. – С. 80–81.
5. Зеленина Н.В., Долгов Г.В., Ильин А.Б. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. 51, вып. 1. – С. 87–94.
6. Зыряева Н.А., Назаренко Т.А. Метаболические нарушения у женщин репродуктивного возраста с аменореей // Акуш. и гин. – 2002. – № 3. – С. 38–41.
7. Камаев И.А., Петрушенкова О.Н. О факторах риска первичного и вторичного женского бесплодия // Пробл. соц. гигиены. – 2003. – № 1. – С. 19–21.
8. Левенець С.О., Шелудько О.Ю., Начытова Т.А. Клініко-гормональна характеристика олігоменореї і вторинної аменореї у дівчат-підлітків // Вісник акушерів-гінекологів України. – 2002. – № 3. – С. 38–42.
9. Николаева П.П., Негрев Н.Н., Николаева Р.И., Джебаров С.С. Менструальный ритм, менструальный интервал и продолжительность менструации у леворуких и праворуких женщин // Физиология человека. – 2003. – Т. 29, № 3. – С. 143–144.
10. Сергієнко М.Ю. Діагностика та лікування затримки статевого дозрівання у дівчат-підлітків: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2003. – 18 с

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ДОНОРА СПЕРМЫ ЗАСТАВИЛИ ПЛАТИТЬ
АЛИМЕНТЫ СЕМЬЕ ЛЕСБИЯНОК

Британское Агентство по защите детей обязало донора спермы оплачивать содержание двух малолетних детей, родившихся в семье лесбиянок. По словам чиновников, британские законы защищают от аналогичных претензий только официально зарегистрированных доноров спермы.

37-летний житель Лондона Энди Бэти заявляет, что пожертвовал свою сперму знакомой паре исключительно из дружеских чувств. По его словам, обе женщины убеждали его в том, что никогда не будут настаивать на его участии в воспитании и содержании по-

томства. Бэти утверждает также, что он и его жена приняли решение не заводить собственных детей из-за недостатка средств.

Лесбийская супружеская пара, живущая в официально зарегистрированном браке, обратилась к Бэти пять лет назад. В результате оплодотворения донорской спермой на свет появились двое детей - девочка и мальчик.

«До тех пор, пока акт усыновления не оформлен официально, финансовую ответственность за ребенка несут оба биологических родителя», - пояснил представитель Агентства по защите детей.

Комментируя обстоятельства дела, представитель Агентства по искусственному оплодотворению и эмбриологии заявил, что законы Великобритании позволяют не рассматривать как отцов только сотрудничающих с зарегистрированными клиниками доноров спермы. Во всех остальных случаях факт биологического отцовства является для надзорных органов определяющим. В частности, это относится и к распространенной в Великобритании неофициальной практике торговли донорской спермой через интернет.

<http://www.medic-bis.com.ua>

КЛЮКВА МОЖЕТ ЛЕЧИТЬ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Тайваньские ученые обнаружили в ягодах клюквы вещества, которые показали противовирусную активность в отношении возбудителя генитального герпеса - вируса простого герпеса второго типа, сообщает BBC News.

Исследовались свойства альпийской клюквы, применяющейся при лечении желудочных и легочных заболеваний. В ходе исследований было выде-

лено вещество под названием пронатоцианидин А-1. Оно показало хорошую активность против вируса простого герпеса второго типа (HSV-2), вызывающего генитальный герпес.

Вещество не уничтожает сам вирус, но значительно ослабляет его, не оказывая при этом токсического эффекта на организм. Пронатоцианидин разрушает гликопротеиновые "отростки" вируса, что не дает ему

прикрепляться к клеткам и заражать их.

Представители британской Ассоциации герпесных инфекций (Herpes Viruses Association) скептически отнеслись к открытию своих тайваньских коллег, заявив, что не увидели достаточных оснований, чтобы рекомендовать пациентам, страдающим герпесом, клюкву в качестве лечебного препарата.

<http://www.medic-bis.com.ua>