

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Эндокринология: национальное руководство / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1106 с.
2. Гинекология : национальное руководство / Г. М. Савельева [и др.]; под общ. ред. Г. М. Савельевой. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1008 с.
3. Доброкачественные заболевания молочной железы [Электронный ресурс] / А. Д. Каприн, Н. И. Рожкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970451274.html>. Дата доступа : 16.03.2022.

УДК 618.17-008.8-055-25

**НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Дешкович Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Громько

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одной из актуальных проблем гинекологической эндокринологии являются нарушения менструального цикла (НМЦ) у женщин в различные периоды жизни. Регулярный ритм менструаций свидетельствует об общем здоровье, здоровье репродуктивной системы, о возможности успешного зачатия и рождения ребенка и необходим для женской самоидентификации и комфортного психологического статуса [1].

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост нарушений функционирования репродуктивной системы у девушек. По данным различных авторов частота дисменореи и других НМЦ в пубертатном периоде колеблется от 43 до 90 % [2, 3].

В следствии дезадаптивных и стрессозависимых реакций организма, развивается менструальная дисфункция. Она нарушает психический и вегетативный статус женщины, а также становится сильным стрессом для организма, в результате усугубляется дезадаптация с высоким риском соматизации и формируется патология как внутри репродуктивной системы, так и далеко за ее пределами [2].

Цель

Изучить клинические особенности нарушения менструальной функции у девочек подросткового возраста.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе гинекологического отделения ГУ «Гомельская центральная городская поликлиника № 5». Ретроспективно изучены 41 медицинская карта амбулаторных пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом: «Нарушение менструального цикла». Пациенты с нарушением менструального цикла разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 16 девочек с гипоменструальным синдромом и аменореей. Вторая группа — это 25 девочек, у которых наблюдаются ювенильные маточные кровотечения и обильные менструации. Изучены клинико-анамнестические данные, менструальный анамнез, частота встречаемости экстрагенитальной патологии. В работе использованы непараметрические методы статистики. Описание качественных признаков проводилось с помощью вычисления доли и 95 % доверительного интервала. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Excel 2021».

Результаты обследования и их обсуждения

В исследование включены девочки в возрасте от 11 до 17 лет. В первой группе средний возраст составил $15 \pm 0,5$ лет, а во второй — 13 ± 2 лет.

Особенности менструальной функции в исследуемых группах представлены в таблице 1.

Средний возраст начала менструации у пациенток в двух группах не отличался. Средняя длительность менструаций во 2-й группе составила 12 дней, что на 6 дней дольше нормы (3–7 дней). В 1-й группе отклонений по длительности менструаций с нормой не наблюдается.

Таблица 1 — Характеристика менструальной функции пациенток

Группа	Средний возраст начала менструаций	Становление регулярных менструаций в теч. года от 1 менс.	Средняя длительность менструаций	Болезненность менструаций	Регулярность менструаций
1	12 лет	Не установился	4 дня	Да	Нерегулярные
2	11,4	Не установился	12 дней	Отсутствует	Нерегулярные

Были проведены клинико-лабораторные обследования согласно клиническим протоколам обследования и лечения. Анемия не выявлена в первой группе, однако диагностирована у 20 (80 %; 59–93 %) девочек во второй группе. Других значимых отклонений в показателях гемостазиограммы и биохимического анализа крови не обнаружено.

Органической патологии со стороны органов малого таза и молочных желез по данным клинического осмотра, инструментальных исследований в 1 группе выявлено не было.

Во второй группе у 15 (60 %; 38–79) девочек патологии со стороны репродуктивной системы не наблюдалось, у 7 (28 %; 12–49) обследуемых выявлены кистозные изменения яичников, у 3 (12 %; 3–31 %) — эндометриоз тела матки.

Жировая ткань оказывает влияние на функцию эндокринных желез. В наибольшей степени это касается эндокринных желез, осуществляющих синтез и секрецию стероидных гормонов [3].

Индекс массы тела у девочек в 2 группе составил — 24,97, что значительно выше по сравнению с индексом массы тела девочек в 1 группе, где он составляет 18,5. У части девочек 1 группы диагностирован недостаток массы тела (40 %; 25–75).

Щитовидная железа (ЩЖ) и ее гормоны влияют на менструальный цикл. При нарушениях функций ЩЖ нарушается синтез эстрогенов, прекращается рост фолликулов и овуляция.

При изучении экстрагенитальной патологии у девочек обеих групп выявлены нарушения со стороны ЩЖ. В 1-й группе — 6 человек (38 %; 15–65), во 2-й группе — 5 девочек (20 %; 7–41). Диффузный нетоксический зоб, коллоидный зоб.

Экстрагенитальной патологии со стороны других систем выявлено не было.

Одним из основных методов лечения обильных и частых менструаций является транексамовая кислота, которая назначается с гемостатической целью, что и было назначено у девочек 2-й группы в 40 %; 21–61. Также следует отметить, что девочкам в качестве противорецидивной терапии была назначена фитотерапия — отвар крапивы.

В 60 % сразу был назначен гормональный гемостаз девочкам с обильными и частыми менструациями назначали лекарственное средство, которое содержит этинилэстрадиол 0,03 мг и дезогестрел 0,15 мг по 1 таблетке 1 раз в день по схеме 21/7 3 курса. С последующим назначением его для противорецидивной терапии.

Пациентам из первой группы назначался лекарственный препарат, который содержал прутняк обыкновенный, плоды экстракт сухой (7–11: 1) 0,24 г. По 1 таблетке 1 раз в день в течение полугода.

Выводы

1. Заболевания, связанные с нарушением менструального цикла, являются одной из актуальных проблем у женщин в различные периоды жизни. Неуклон-

ный рост нарушения функционирования репродуктивной системы требует особого внимания со стороны детских гинекологов и педиатров.

2. Необходимой является модификация образа жизни с коррекцией массы тела в зависимости от группы заболевания: диета и физические упражнения для девушек с избыточной массой тела; для девушек с дефицитом массы тела необходимо оптимизировать рацион питания за счет натуральных высококалорийных продуктов и блюд.

3. Обязательно следует проводить углубленное обследование щитовидной железы с последующей консультацией эндокринолога.

4. Тщательное диспансерное наблюдение с коррекцией лечения строго показано девочкам с НМЦ, что позволит избежать серьезных осложнений для реализации репродуктивной функции в дальнейшем.

ЛИТЕРАТУРА

1. The menstrual cycle a biological marker of general health in adolescents / V. B. Popat [et al.] // Ann N Y Acad Sci. 2008. Vol. 1135. P. 43–51.

2. Гуркин, Ю. А. Гинекология подростков : рук-во для врачей / Ю. А. Гуркин. СПб. : ИКН «Фолиант», 2009 574 с.

3. Геворкян, М. А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / М. А. Геворкян, А. Г. Тумилович, И. Б. Манухин. М. : Гэотар-Медиа, 2020. 272 с.

УДК 612.6-055.25

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ТЕЛАРХЕ У ДЕВОЧЕК

Зайцева А. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Громыко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время проводится значительное количество исследований по изучению распространенности, выявлению этиопатогенетических механизмов, особенности клиники преждевременного развития молочных желез. Преждевременным половым развитием (ППР) является проявление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет. Распространенность ППР зависит от нозологического варианта, пола и возраста [1]. В последние годы данное заболевание встречается все чаще. Актуальность данной проблемы обусловлена развитием таких осложнений (если отсутствует лечение), как низкорослость (результат преждевременного закрытия зон роста трубчатых костей), диспластическое телосложение (короткие конечности, длинное туловище, широкий таз), ранняя сексуальность, нарушение функций репродуктивной системы [2].

Цель

Изучить клиническое течение и причины возникновения, изолированного телархе у девочек.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование случаев изолированного телархе у девочек. Изучены медицинские карты 34 пациентов, состоявших на диспансерном учете на базе городского консультативного отделения детской гинекологии филиала № 3 ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника». Описание качественных признаков проводилось с помощью вычисления доли и 95 % доверительного интервала. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Excel 2021».