

лейоматозных узлов. Лечение в послеоперационном периоде включало а-ГнРГ в течении 3 месяцев, с дальнейшим назначением диеногеста 2 мг в течение 12 месяцев. Как терапию второй линии при ХТБ назначали ингибиторы циклооксигеназы-2 – нимесулид 100 мг в сутки.

Заключение

Проведенное лечение способствовало устранению болевого синдрома уже в течении первого месяца терапии, средние показатели интенсивности боли соответствовали $4,38 \pm 1,29$ баллов у 74% пациенток с исходно высокой оценкой боли по ВАШ. Результаты лечения позволяют рекомендовать разработанный нами лечебный алгоритм в клиническую практику.

Дубоссарская Ю.А.¹, Боровская-Стрюк Т.С.²

¹ Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

² Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром Днепропетровского областного совета, Днепр, Украина

Клинико-функциональные параллели при гипоталамическом синдроме пубертатного периода

Актуальность

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) – патологический симптомокомплекс, возникающий в результате дисфункции гипоталамуса и сопряженных с ним структур центральной нервной системы (ЦНС) в период полового созревания. Этот синдром является результатом первичной незрелости гипоталамических структур или их инфекционного поражения. Гипоталамическая недостаточность у детей 7–17 лет встречается в 5% случаев, причем 75% ее приходится на препубертатный и пубертатный периоды. Распространенность гипоталамического синдрома составляет 82,4 на 1000 подростков и значительно различается в зависимости от пола ребенка: 16,8 на 1000 мальчиков и 131,3 на 1000 девочек.

К этиологическим факторам ГСПП относятся: психотравмирующие ситуации, черепно-мозговые травмы, причем заболевание может возникнуть через 6 и более месяцев после травмы; перинатальные энцефалопатии: родовая травма, дистресс плода, которые обуславливают перинатально-гипоксическое поражение ЦНС, реализующееся в виде гипертензивно-гидроцефального синдрома, незрелости гипоталамуса; чрезмерная умственная нагрузка, интоксикации, менингит, тяжелые или часто повторяющиеся вирусные заболевания (грипп, острые респираторные инфекции, корь, герпес), тонзиллярная инфекция и другие очаги латентной инфекции. В развитии ГСПП принимают участие система гипоталамус–гипофиз–яичники–надпочечники и жировая ткань, при этом ожирение приобретает значение патогенетического звена в возникновении ГСПП при наличии способствующих факторов формирования синдрома (гипоталамическая незрелость, гипоталамическая дисфункция, стрессы, вирусная нагрузка).

Цель исследования

Изучить особенности клинического течения заболевания, гормональный профиль и изменения ЦНС у пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода.

Материалы и методы

В исследование включили 125 девочек с ГСПП в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст $15,0 \pm 0,14$ года), которые обратились за медицинской помощью к детскому гинекологу

КУ «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром». Учитывая возраст пациенток, исследование проводилось после информированного согласия их матерей. У всех пациенток изучали жалобы, общесоматический и гинекологический анамнез, уделяя особое внимание становлению менструальной функции, проводились антропометрическое, общеклиническое и гинекологическое обследование. В качестве стандарта физического развития детей использовались сигмальные нормативы ВОЗ (2007 г.) на основе соотношения индекса массы тела и возраста ребенка для девочек, а также критерии оценки физического развития детей школьного возраста, утвержденные приказом МЗ Украины от 13.09.2013 г. № 802. Исследование показателей гормонального профиля в крови включало определение пролактина, эстрадиола, кортизола, дегидроэпиандростерон сульфата – ДГЭА-с. Лабораторные исследования проводились в медицинской лаборатории «Синэво» и в лаборатории перинатального центра иммуноферментным методом на анализаторах RT-2100С, RT-6100. Инструментальные исследования включали реоэнцефалографию (РЭГ), электроэнцефалографию (ЭЭГ), эхоэнцефалографию (ЭХО-ЭГ), а также по показаниям – рентгенологическое исследование черепа в 2 проекциях, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Дополнительно проводились консультации педиатра, детского эндокринолога, нейрохирурга и окулиста. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программного продукта Statistica v6.1.

Результаты и обсуждение

Поскольку функциональная незрелость гипоталамических структур проявляется с началом полового созревания в 11–14 лет и манифестирует в 15–17 лет, было выделено 2 клинические группы: 1-я группа – 50 девочек в возрасте 11–14 лет (средний возраст $13,4 \pm 0,11$ года) и 2-я группа – 75 пациенток в возрасте 15–17 лет (средний возраст $16,1 \pm 0,10$ года).

Основными жалобами пациенток обеих групп были головные боли и повышенная утомляемость – 123 (98,4%) случая, снижение памяти, повышение аппетита – у 88 (70,4%), повышенная потливость – у 82 (65,6%) и нарушения менструального цикла – у 122 (97,6%).

При изучении анамнеза установлено, что перинатально-гипоксическое поражение ЦНС наблюдалось у 101 (80,8%) девочки, в том числе в результате осложненного течения беременности у матери – у 99 (79,2%) и осложненного течения родов – у 67 (53,6%). Инфекционный индекс был высоким у 87 (69,6%) пациенток. Черепно-мозговые травмы в анамнезе наблюдались у 2 детей.

Большинство пациенток (85,6%) опережали сверстниц по росту-весовым показателям, пубертатный скачок развития начинался в более раннем возрасте. Внешний вид детей в обеих группах был характерным для данной патологии: наблюдались стрии розового цвета внизу живота, на пояснице, ягодицах и молочных железах – у 122 (97,6%), избыточная масса тела и ожирение – у 76 (60,8%), гирсутизм и акне – у 50 (40%) девочек.

Возраст менархе у обследованных больных оказался более ранним (в среднем $12,5 \pm 0,11$ года), чем у здоровых детей. Раннее менархе отмечено у 21 (16,8%), позднее – у 17 (13,6%) пациенток, первичная аменорея – у 6 (4,8%). Оценка менструальной функции выявила нарушения в 1-й группе девочек 11–14 лет – в 40 (80%), а во 2-й группе в возрасте 15–17 лет – в 64 (85,3%) случаях. Из них вторичная аменорея в анамнезе наблюдалась у 48 (38,4%), гипоменструальный синдром – у 22 (17,6%), нерегулярный менструальный цикл – у 62 (49,6%), аномальные маточные кровотечения (АМК) – у 13 (10,4%), дисменорея – у 14 (11,2%) девочек. Ретенционные кисты яичников обнаружены в 8 (6,4%) случаях.

Исследование гормонального профиля выявило повышение в крови уровня пролактина (40% случаев), кортизола (61,6%), ДГЭА-с (11,2%), а также снижение уровня эстрадиола (20%) по сравнению с возрастной нормой. При этом уровни кортизола в крови были достоверно выше у девочек 1-й группы ($543,8 \pm 24,3$ нмоль/л против $475,4 \pm 24,0$ нмоль/л; $p < 0,05$).

При рентгенологическом обследовании черепа в двух проекциях признаки повышения внутричерепного давления обнаружены у 16 (12,8%) пациенток, изменения в области турецкого седла – у 5 (4%). МРТ головного мозга по назначению нейрохирурга проведена у 12 (9,6%) девочек, из которых у 2 – выявлена микроаденома гипофиза.

По данным РЭГ, ЭЭГ и Эхо-ЭГ венозная недостаточность выявлена у 115 (92,0 %) пациенток обеих групп, ликворная гипертензия (ЛГТ) – у 95 (76 %), диэнцефальная недостаточность (ДЭН) – у 72 (57,6%), нейронная истощаемость (НИ) – у 32 (25,6%) девочек. Таким образом, нейрофункциональные методы исследования подтвердили функциональный характер изменений центральной нервной системы у пациенток с ГСПП.

По результатам корреляционного анализа в 1-й группе девочек в возрасте 11–14 лет установлено наличие прямой достоверной ($p < 0,05$) связи ЛГТ с осложненным течением беременности и родов у матери ($r = 0,35$); ДЭН – с АМК ($r = 0,33$) и повышенной утомляемостью ($r = 0,25$); НИ – с высоким уровнем пролактина ($r = 0,45$) и кортизола ($r = 0,24$) в крови, дисменореей ($r = 0,27$), избыточной массой тела и ожирением ($r = 0,37$). Во 2-й группе пациенток в возрасте 15–17 лет наличие ЛГТ ассоциировалось с повышенным уровнем кортизола в крови ($r = 0,29$), повышением артериального давления ($r = 0,25$), а НИ – с нарушением менструального цикла ($r = 0,24$), избыточным весом ($r = 0,29$) и осложнениями перинатального периода ($r = 0,26$).

Заключение

Проведенные исследования показали, что у девочек 11–17 лет с гипоталамическим синдромом пубертатного периода в большинстве (97,6%) случаев наблюдались нарушения менструального цикла, обусловленные функциональными изменениями центральной системы у 92% пациенток и повышенной массой тела в 60,8% случаев. Проведенный корреляционный анализ обнаружил наличие прямой достоверной ($p < 0,05$) связи между ликворной гипертензией у девочек в возрасте 11–14 лет и осложненным течением беременности и родов у их матерей, как одного из основных этиологических факторов гипоталамического синдрома.

Дубчак А.Е.¹, Милевский А.В.¹, Обейд Н.Н.²

¹ Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, Киев, Украина

² Центральная городская больница № 1, Житомир, Украина

Репродуктивная функция у женщин с бесплодием, которым проведены органосохраняющие операции на придатках матки

Актуальность

Одной из наиболее важных медико-социальных и клинико-организационных проблем в современных социально-экономических условиях остается состояние репродуктивного здоровья женщин. Рост гинекологической заболеваемости и удельный вес женщин, требующих оперативного гинекологического лечения, определяют необходимость разработки и обоснования критериев и показаний к госпитализации, хирургического лечения, выбора наиболее оптимальных, эффективных и функционально безопасных методов оперативного лечения женщин. Развитие во второй половине прошлого века методов лечения женского бесплодия стало основой для формирования целой отрасли оперативной гинекологии – репродуктивной хирургии. Были накоплены обширные знания о причинах бесплодия, в том числе о роли инфекций, передающихся половым путем, внедрение в клиническую практику малоинвазивного оперативного доступа – лапароскопии. Используемая с целью гемостаза хирургическая