



Оптимизация методов диагностики и лечения нарушения менструальной функции у девочек-подростков с заболеваниями молочных желёз

Д.Б. Мурадова, М.Х. Курбанова

Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В работе приведены результаты обследования и лечения 60 девочек-подростков в возрасте от 13 до 18 лет с заболеваниями молочных желёз и нарушениями менструальной функции. Фоном для развития вышеназванных заболеваний является отягощённый антенатальный анамнез, неблагоприятное течение беременности и родов у матери, а также наследственные факторы. Гормональное исследование выявило низкий уровень прогестерона и высокий уровень пролактина у обследуемых I группы, что является одной из причин развития дисгормональных заболеваний молочных желёз и нарушения менструальной функции. В структуре экстрагенитальной патологии существенное место занимает хронический тонзиллит (31,6% в I группе и 28,3% во II группе), заболевания щитовидной железы (51,6% и 61,6%, соответственно) и желчевыводящих путей (28,3% и 60%, соответственно), которые также играют немаловажную роль в развитии дисгормонального состояния. В плане диагностики рекомендовано прибегать к инвазивным методам обследования. Терапия данной категории пациенток должна начинаться с негормональных методов лечения, и только в случае отсутствия эффекта переходить на гормональные препараты, желательны низкодозированные. При применении в комплексной терапии фитопрепарата «Мастодион», 37 (61,6%) девочек избежали гормональной терапии.

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, гипо- и гиперменструальный синдром, заболевания молочной железы, фитопрепарат «Мастодион»

ВВЕДЕНИЕ. Нарушения менструального цикла в последнее время считаются одним из самых распространённых заболеваний в гинекологии детей и подростков, по статистике встречаются почти у каждой третьей девочки. Причиной патологии могут служить авитаминозы, гормональные нарушения, психические травмы, инфекционные заболевания, гинекологические вмешательства, заболевания печени, ожирение. Немаловажную роль в развитии нарушений менструального цикла играет генетическая предрасположенность. Различают обычно две большие группы нарушений: по типу гипо- и гиперменструального синдромов [1].

В настоящее время многие исследователи отмечают увеличение частоты гипоменструального синдрома в структуре нарушений менструального цикла у подростков [1,2]. Как правило, за медицинской помощью обращаются в случае первичной или вторичной аменореи, тогда как гипоменорею, олигоменорею и опсоменорею большинство подростков и их родители считают обычным явлением, не требующим обследования и коррекции. Однако клинические проявления гипоменструального синдрома свиде-

тельствуют о более серьёзных нарушениях регуляции менструального цикла, требуют тщательного обследования и лечения. В настоящее время проблема дифференцированного подхода к методам диагностики и лечения девочек-подростков, страдающих нарушениями менструального цикла в сочетании с дисгормональными заболеваниями молочных желёз, является весьма актуальной.

В отличие от традиционных методов диагностики молочных желёз у женщин репродуктивного возраста: маммография, пункция и биопсия, у девочек-подростков наиболее информативным является метод УЗ-диагностики, учитывая плотную консистенцию ткани молочной железы, а также удобство и безвредность данного метода [2,3]. По данным клинических исследований была выявлена эффективность применения негормонального препарата «Мастодион» (производство фирмы «Бионорика», Польша) в комплексной терапии нарушения менструальной функции в сочетании с дисгормональными заболеваниями молочных желёз [5]. Мастодион как поливалентный препарат обладает гепатопротекторным действием, нормализует соотношение между



эстрогенами и прогестероном. Негормональный состав мастодина и крайне редко встречающиеся побочные эффекты при его приеме, определили интерес к использованию данного препарата в подростковой гинекологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизировать методы диагностики и лечения нарушения менструальной функции у девочек-подростков с заболеваниями молочных желёз.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период 2009-2011 гг. в отделении детской гинекологии клиники НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ обследовано и проведено лечение 60 девочек в возрасте от 13 до 18 лет с различными формами нарушений менструального цикла и заболеваниями молочных желёз. На фоне лечения динамическое наблюдение проводилось в консультативно-диагностическом отделении этого же института.

У обследованного контингента (I группа - 30 девочек с гиперменструальным синдромом, II группа - 30 девочек с гипоменструальным синдромом) изучались анамнестические данные, течение беременности, соматическое и гинекологическое здоровье их матерей, оценивался уровень физического и полового развития (по Таннеру). Становление менструальной функции и уровень гормональной насыщенности организма проводили на основании анализа менограмм, фолликулометрии, содержания в крови гонадотропных и половых гормонов (ТТГ, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон, пролактин), данных ультразвукового исследования. В плане обследования и диагностики молочных желёз, были проведены беседы с девочками и их родителями, акцентировалось внимание на пальпации и самообследовании молочных желёз, было разъяснено преимущество метода ультразвуковой диагностики у девочек-подростков.

Препарат «Мастодинон» назначали девочкам,

страдающим нарушениями менструального цикла, по 30 капель 2 раза в день в течение 3-х месяцев без перерыва. Кроме этого, использовалась витаминотерапия (витамин Е на протяжении всего цикла, витамин С в первой фазе цикла), фолиевая кислота, глютаминовая кислота во второй фазе цикла, физиолечение – эндоназальная гальванизация с витамином В1, на ночь – седативные препараты.

Критериями эффективности проводимой терапии явились: показатели соматического состояния, уменьшения болей и нагрубания в молочных железах, а также нормализация менструальной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Статистическая обработка полученных данных показала, что средний возраст менархе у матерей пациенток I и II группы составил $12,4 \pm 0,26$ года и $12,1 \pm 0,14$ года, соответственно. Указания на нарушения менструальной функции имели 28 (46,6%) родительниц, репродуктивной (бесплодие, невынашивание) – 24 (40%). У большинства матерей беременность и роды протекали с осложнениями, сопровождающимися внутриутробной гипоксией плода (ранний токсикоз, гестоз, угроза прерывания беременности).

Из таблицы 1 следует, что у 31,6% матерей девочек с гиперменструальным синдромом беременность протекала на фоне преэклампсии. Однако лёгкая степень его тяжести в большинстве случаев определила низкую частоту преждевременных родов и оперативного родоразрешения в данной группе. Ранний токсикоз беременности наблюдался у 13 (21,6%) матерей обследованных девочек. Указания на перенесённую родовую травму имелись у 7 (11,6%) девочек I группы.

Среди пациенток с гипоменструальным синдромом достаточно высок удельный вес родившихся недоношенными. Причинами досрочного родоразрешения явились тяжёлая преэклампсия у 11 (36,6%) мам и начавшиеся преждевременные роды у 15 (50%).

ТАБЛИЦА 1. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МАТЕРЕЙ ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Вид акушерской патологии	Гиперменструальный синдром (n=30)		Гипоменструальный синдром (n=30)	
	Абс. число	%	Абс. Число	%
Угроза прерывания	6	10	17	28,3
Ранний токсикоз	13	21,6	10	16
Преэклампсия	19	31,6	14	23,3
Преждевременные роды	1	1,6	19	31,6
Оперативное родоразрешение	1	1,6	1	1,6
Родовая травма	7	11,6	4	6,6
Гипоксия в родах	5	8,3	24	40



ТАБЛИЦА 2. СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Вид патологии	Гиперменструальный синдром (n=30)		Гипоменструальный синдром (n=30)	
	Абс. число	%	Абс. Число	%
Хронический тонзиллит	19	31,6	17	2,3
Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и жёлчевыводящих путей	17	28,3	24	60
Заболевания мочевыделительной системы	6	10	14	23,3
Заболевания щитовидной железы	21	51,6	27	61,6
Инфекционный индекс	3,4		3,3	

Этим объяснялась высокая частота перенесённой в родах гипоксии плода у 24 (40%) по сравнению с девочками I группы.

На становление менструальной функции и развитие дисгормональных заболеваний молочных желёз влияют наличие и характер соматической патологии. Результаты наших исследований свидетельствуют об ухудшении соматического здоровья девушек-подростков. Лишь у 9 (15%) обследованных девочек отсутствовали сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Как видно из таблицы 2, в структуре экстрагенитальной патологии девочек с нарушением менструального цикла, наибольший удельный вес имели хронический тонзиллит (31,6% в I группе и 28,3% во II группе), заболевания желудочно-кишечного тракта (28,3% и 60%, соответственно), нарушения функции щитовидной железы (51,6% и 61,6%, соответственно). В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта преобладали дискинезия жёлчевыводящих путей. Наши данные согласуются с данными литературы [3], которые считают, что на становление менструальной функции и развитие дисгормональных заболеваний молочных желёз особое значение имеет нарушение как функции щитовидной железы, так и дискинезия жёлчевыводящих путей. Наиболее часто заболевания молочных желёз в сочетании с нарушениями менструальной функции сопровождались тонзиллогенной инфекцией.

Эти данные совпадают с результатами исследований, указывающих на важную роль тонзиллогенной инфекции в генезе различных нарушений менструального цикла. Вследствие влияния интоксикации на гипоталамическую область происходят нарушения ритма секреции гонадолиберина и синтеза ЛГ клетками гипофиза. Данные изменения ведут к нарушению процессов фолликулогенеза в яичниках. Помимо этого у всех пациенток выявлен высокий инфекционный индекс (более трёх инфекций в

детстве). Тесная связь тиреоидной и овариальной функций объясняет высокую частоту патологии щитовидной железы у девочек с нарушениями менструального цикла. Причём у пациенток I группы чаще увеличение щитовидной железы было I степени, во II группе - II степени.

При тщательном опросе, практически у каждой девочки с нарушением менструальной функции, удалось выявить провоцирующие психогенные факторы. Хронические психогении вносили существенный вклад в формирование данной патологии. На повышенные умственные и физические нагрузки (занятия иностранными языками, музыкой, спортом) указывали 28 (46,6%) обследуемых девочек. Чаще всего в качестве провоцирующего фактора выступали конфликтные ситуации в семье, в школе, со сверстниками.

Оценку физического и полового развития девочек проводили по данным антропометрии, возрасту менархе, выраженности вторичных половых признаков (табл. 3).

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что особенности физического и полового развития зависят от возраста и нозологической формы заболевания. 13-15-летние девочки практически не отличались по росту и весу в обеих группах. В группе 16-18 летних девочек с гипоменструальным синдромом показатели роста несколько выше, чем в I группе.

Изучение становления менструальной функции показало, что нарушения менструального цикла с менархе имели 11 (36,6%) девочек из I группы и 16 (53,3%) - из II. Тесты функциональной диагностики, а именно фолликулометрия, выявила ановуляторные циклы у подавляющего большинства обследованных девочек.

Как видно из таблицы 4, имеется снижение уровня прогестерона у девочек обеих групп. Во многих


ТАБЛИЦА 3. УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Показатели	Гиперменструальный синдром (n=30)		Гипоменструальный синдром (n=30)	
	13-15 лет	16-18 лет	13-15 лет	16-18 лет
Рост, см	162,4±1,8	161,5±1,6	160,1±1,6	166,6±4,1
Вес, кг	50±3,1	56,4±0,8	49,4±1,8	56,2±1,4
ИМТ	0,31±0,02	0,35±0,01	0,30±0,02	0,34±0,01
Средний возраст менархе	12,4±0,26		12,1±0,14	

ТАБЛИЦА 4. УРОВЕНЬ ГОНАДОТРОПНЫХ И ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Гормоны	Гиперменструальный синдром (n=10)	Гипоменструальный синдром (n=10)
Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	1,92±0,19	1,87±0,16
Лютеинизирующий гормон (ЛГ), мМЕ/л	5,52±0,8	3,49±0,29
Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), мМЕ/л	6,07±1,1	4,64±0,22
Эстрадиол, пг/мл	75,79±18,3	41,2±8,5
Прогестерон, нмоль/л	4,69±1,96	12,9±2,51
Пролактин, мМЕ/л	513,4±17,3	319,2±18,5

ТАБЛИЦА 5. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАСТОДИНОНА

Результат лечения	Положительный		Отрицательный	
	Абс.	%	Абс.	%
Гиперменструальный синдром (n=30)	21	70	9	30
Гипоменструальный синдром (n=30)	16	53	14	47
Всего	37	63,6	23	36,4

источниках литературы имеются указания на роль гиперпролактинемии в генезе развития дисгормональных заболеваний молочных желёз и нарушения менструальной функции [4]. Выявленная у 4 (6,6%) пациенток с МКПП гиперпролактинемия явилась поводом для назначения бромокриптина в течение трёх менструальных циклов. В нашем исследовании достоверное повышение уровня пролактина не выявлено, хотя тенденция к гиперпролактинемии прослеживается в группе девочек с гиперполименореей.

У 13 (21,6%) девочек с нарушениями менструального цикла были выявлены функциональные кисты яичников, у 9 (15%) - хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов. При обнаружении кисты 4 (6,6%) девочкам была выполнена лапароскопия в объёме кистэктомии, в связи с перекрутом ножки опухоли.

В плане лечения нарушения менструальной функции в сочетании с заболеваниями молочных желёз

препаратом выбора явился фитопрепарат «Мастодион». Эффективность применения данного препарата отражена в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, после 3-х месяцев проведённого лечения, положительный результат был выявлен у 21 (70%) девочки из I группы и у 16 (53%) - из II. Так как эффективность препарата оценивалась по улучшению общесоматического состояния, уменьшения болей и нагрубания молочных желёз, уменьшения головных болей, отёков лица, дискомфорта ЖКТ, а также нормализации менструального цикла, то были и отрицательные результаты: у 9 (30%) девочек из I группы и у 14 (47%) - из II. При улучшении соматического состояния и уменьшения болей в молочных железах не всегда удавалось нормализовать менструальную функцию. Побочных эффектов при приёме препарата выявлено не было. Включение мастодиона в комплексную терапию дисгормональных заболеваний молочных желёз в сочетании с нарушениями менструальной функции позволило снизить



как симптомы заболеваний молочных желёз, так и нормализацию менструальной функции. Сохранение аменореи у 3 (5%) пациента явилось поводом для назначения гормональной терапии в течение 6 менструальных циклов в возрастающей дозе. Рецидивы маточных кровотечений пубертатного периода не наблюдались ни у одной из обследованных.

Таким образом, дисгормональные заболевания молочных желёз в сочетании с нарушением менструальной функции в период её становления являются следствием воздействия различных повреждающих факторов. Разнообразие клинических форм данных нарушений требует инвазивных методов диагностики и дифференцированного подхода к выбору методов лечения. Показания к назначению гормональных препаратов и длительность их приёма в подростковом возрасте должны быть чётко обоснованы. Включение в комплексную терапию препарата «Мастодинон» способствовало повышению эффективности проводимой терапии и позволило избежать гормональной терапии у 37 (63,6%) девочек с нарушением менструального цикла. Использование данного препарата в практике подростковых гинекологов представляется достаточно перспективным и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коколина В.Ф. Состояние менструальной функции девочек-подростков при патологии щитовидной железы /В.Ф. Коколина, О.В. Антюхова // Российский вестник акушера-гинеколога. -2007. -№3 -С.25-29
2. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста /В.Ф. Коколина // Руководство для врачей. М: Медпрактика. -2005. -285 с.
3. Ткачёва И.А. Состояние щитовидной железы у больных мастопатиями и злокачественными новообразованиями молочных желёз: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ И.А. Ткачёва. -М. - 1997. -24с.
4. Гуркин Ю.А. Современный взгляд на лечение девочек и девушек, страдающих патологией молочных желёз / Ю.А. Гуркин //Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – Т.XLIX, Вып. 3. – С.55-59
5. Kilicdag E. Агнукастон и бромокриптин для лечения гиперпролактинемии и масталгии. /E.Kilicdag, E. Tarim, T. Bagis // Проблемы репродукции (Турция). – 2005. -№6. -С.11

Summary

Optimization of diagnosis and treatment of menstrual function in adolescent girls with breast diseases

D.B. Muradova, M.H. Kurbanova

The results of the examination and treatment of 60 adolescent girls aged 13 to 18 years with breast diseases and disorders of menstrual function was shown in article. The background for the development of the above diseases is burdened by antenatal history, adverse pregnancy and birth in the mother, as well as hereditary factors. Hormonal study revealed low levels of progesterone and high prolactin levels in the examined group I, which is one of the causes of dishormonal breast diseases and disorders of menstrual function. In the structure of extragenital pathology chronic tonsillitis take a significant place (31.6% in group I and 28.3% in group II), thyroid disease (51.6% and 61.6%, respectively), and biliary tract diseases (28.3 % and 60%, respectively), which also plays an important role in the development of dyshormonal state. In terms of diagnosis is recommended to use to invasive methods of examination. Therapy should start with a non-hormonal treatments, and only in the absence of the effect of hormones on the move, preferably low-dose. Using phytodrug «Mastodinon» 37 (61.6%) girls avoid hormone therapy.

Key words: disorders of menstrual function, hypo- and hypermenorrhea syndrome, diseases of the mammary gland, phytodrug «Mastodinon»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.Б. Мурадова - заведующая отделением детской гинекологии НИИ АГиП МЗ РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсун-заде, 31; E-mail: mdil76@mail.ru