**Абабкова Галина Миколаївна. Особливості статевого розвитку та структурно-функціонального стану кісткової тканини у дівчат-підлітків при аменореї : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Абабкова Г.М. Особливості статевого розвитку та структурно-функціонального стану кісткової тканини у дівчат-підлітків при аменореї. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України – Київ, 2005.Дисертація присвячена питанням діагностики та лікування первинної та вторинної аменореї центрального генезу у дівчат-підлітків. В роботі вивчено особливості статевого та фізичного розвитку, гормональний гомеостаз за вмістом гонадотропних (ФСГ, ЛГ, Прл, СТГ) та статевих (Е2, П, Т) гормонів і структурно-функціонального стану кісткової тканини у дівчат-підлітків.Встановлено, що статевий та фізичний розвиток дівчат-підлітків з первинною аменореєю характеризується клінічним проявом функціональної затримки статевого дозрівання. У дівчат з первинною та вторинною аменореєю за даними ультрасонографії наявне зменшення довжини тіла матки, починаючи з 14-річного віку, та значне відставання від відповідних показників у здорових дівчат.На підставі вивчення гормонального гомеостазу у дівчат з первинною та вторинною аменореєю відмічено монотонно низький вміст гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) в крові на тлі зниженого вмісту статевих гормонів (естрадіолу, прогестерону) та підвищеної концентрації соматотропного гормону.У 34,7% дівчат з первинною аменореєю спостерігається остеопенічний синдром. У дівчат з вторинною аменореєю показники структурно-функціонального стану кісткової тканини не відрізняються від показників здорових.Запропоновано комплекс лікувальних заходів та показано їх ефективність для дівчат-підлітків з первинною та вторинною аменореєю із застосуванням негормональної стимулюючої та циклічної гормональної терапії в комбінації з кальцеміном. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та вирішено актуальне наукове завдання з оптимізації методів діагностики та лікування первинної та вторинної аменореї у дівчат-підлітків залежно від вираженості клінічних проявів, функціонального стану системи гіпофіз-яєчники-матка та структурно-функціональних особливостей кісткової тканини в період становлення репродуктивної функції.1. На становлення менструальної функції в період пубертату суттєво впливають перинатальні фактори у матерів (недоношеність – 60,2%, гіпоксія – 42,0%), патологічний преморбідний фон (дитячі інфекційні хвороби - 77,5%, хронічний тонзиліт -43,7%, гострі респіраторні інфекції - 64,2%), захворювання кишково-шлункового тракту - 40,2% та дисфункції щитовидної залози - 23,1%.
2. Статевий та фізичний розвиток дівчат-підлітків з первинною аменореєю характеризується клінічним проявом функціональної затримки статевого дозрівання та астенічною будовою тіла, високорослістю з тенденцією до формування євнухоїдних пропорцій тіла. Стан фізичного розвитку у дівчат з вторинною аменореєю знаходиться в межах вікової норми.
3. Анатомо-функціональна особливість зрілості тіла матки у переважної більшості здорових дівчат (93,8%) в період становлення репродуктивної функції характеризується зміною форми тіла матки від циліндричної в пубертаті до грушоподібної не раніше 18-річного віку. У дівчат з первинною аменореєю за даними ультрасонографії наявне зменшення довжини тіла матки, починаючи з 14-річного віку, та значне відставання від відповідних показників у здорових дівчат, що може бути критерієм для призначення коригуючої терапії.
4. У дівчат з первинною та вторинною аменореєю центрального генезу відмічено монотонно низький вміст гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) в крові на тлі зниженого рівня статевих гормонів (естрадіолу, прогестерону) та підвищеної концентрації соматотропного гормону. Знижений рівень естрогенів та секреції гонадотропінів з підвищеним вмістом соматотропіну, починаючи з пубертату, є провідною ланкою у виникненні аменореї.
5. У 34,7% дівчат з первинною аменореєю спостерігається остеопенічний синдром: серед 15-річних - у 44,4%, 16-річних – у 29,4%, 17-річних – у 40,0% та 18-річних – у 25,0%. Встановлено позитивний зв’язок між вмістом прогестерону та показником широкосмугового ослаблення ультразвуку (r = 0,56; p = 0,029), який характеризує якість кісткової тканини, що може свідчити про остеопротекторну роль даного гормону. У дівчат з вторинною аменореєю не виявлено достовірних асоціацій між рівнем статевих гормонів та показниками структурно-функціонального стану кісткової тканини, який у них не відрізняється від показників контрольної групи.
6. Комплексне лікування із застосуванням циклічної гормональної терапії, яка включає насичення організму естрадіолом з наступним призначенням мікронізованого прогестерону, в комбінації з препаратом кальцію, вітаміну D та мікроелементами (кальцемін) сприяє поліпшенню якості кісткової тканини, збільшенню її міцності у дівчат з первинною (у 14-15 річних – на 9,5%, у 16-18 річних – на 8,1%) та вторинною аменореєю (у 14-15 річних – на 4,8%, у 16-18 річних – на 4,2%).
7. Негормональна стимулююча терапія ефективна у 18,0% дівчат з первинною та 31,8% хворих із вторинною аменореєю. Використання циклічної гормональної терапії ефективне у 88,0% дівчат-підлітків з первинною та у 95,0% з вторинною аменореєю центрального генезу.
 |

 |