**Шелудько Ольга Юріївна. Клініко-гормональні паралелі та ефективність негормональних методів лікування при олігоменореї і вторинній аменореї у дівчат-підлітків: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2003.**

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

|  |
| --- |
| Шелудько О.Ю. Клініко-гормональні паралелі та ефективність негормональних методів лікування при олігоменореї і вторинній аменореї у дівчат-підлітків. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Харківський державний медичний університет, Харків, 2003.Дисертація присвячена уточненню клініко-гормональних варіантів ОМ та А-II у дівчат-підлітків, удосконаленню негормональних методів лікування та визначенню прогностичних критеріїв стосовно їх ефективності.Визначено клініко-патогенетичні варіанти захворювання. Доповнений перелік факторів ризику ПМФ у дівчат-підлітків. На підставі отриманих результатів розроблено та апробовано реабілітаційні комплекси для дівчат-підлітків з ОМ та А-II. Доведено ефективність застосування верошпирону та ультрафонофорезу вітаміну Е в комплексному лікуванні ОМ та А-II в підлітковому віці.Визначено прогностично значущі вихідні клініко-анамнестичні та гормональні показники відносно ефективності негормональних методів лікування при ОМ і А-ІІ у дівчат-підлітків. |

 |
|

|  |
| --- |
| В результаті проведеного дослідження визначено клініко-гормональні параметри олігоменореї і вторинної аменореї у дівчат-підлітків, що виникають на тлі гіпоталамічного синдрому періоду статевого дозрівання і які не пов'язані з цим синдромом. Запропоновано диференційовані комплекси неспецифічної регулюючої терапії підлітків з олігоменореєю і вторинною аменореєю і визначено їх ефективність.1. Порушення менструальної функції в 83,1 % дівчат-підлітків з олігоменореєю і вторинною аменореєю виникають з періоду менархе чи в перший рік становлення менструальної функції. Вік появи менархе при ПМФ, не пов'язаних із гіпоталамічним синдромом періоду статевого дозрівання, не залежить від характеру цих порушень і складає в середньому 13 років 4 міс.±2 міс. Поява першої менструації після 13 років у підлітків із гіпоталамічним синдромом періоду статевого дозрівання є високоінформативною прогностичною ознакою виникнення в них надалі стійкої вторинної аменореї (I=1,87).2. У хворих з порушеннями менструальної функції у вигляді олігоменореї і вторинної аменореї клінічні прояви гіперандрогенії (гірсутизм I-II ступеня, акне вульгарис) спостерігаються однаково часто як при гіпоталамічному синдромі періоду статевого дозрівання, так і без нього (36,6 % - 49,1 %). Їх частота в 3-4 рази перевищує таку серед дівчат Харківської популяції. Дистрофічні смуги розтягнення на шкірі найбільш характерні для хворих із гіпоталамічним синдромом періоду стетевого дозрівання, але й у хворих з олігоменореєю і вторинною аменореєю, не пов'язаних з цим синдромом, вони реєструються в 2,7 рази частіше, ніж у контрольній групі. Поява дистрофічних смуг розтягнення в цієї категорії підлітків не пов'язана з надмірною масою тіла дівчинки.3. До чинників ризику ПМФ у підлітків, крім добре відомих, слід відносити виховання дівчинки в родині соціального ризику або без участі батьків, велика маса тіла при народженні, довготривалі екстрагенітальні захворювання, особливо хвороби системи травлення і ЦНС. До факторів ризику порушень менструальної функції, не пов'язаних із гіпоталамічним синдромом періоду статевого дозрівання, відносяться також загроза переривання вагітності в ранній термін і народження дівчинки з масою тіла 2500 г. і менше при доношеній вагітності.4. ПМФ в підлітковому віці мають чотири основні патогенетичні варіанти: нормо-, гіпо- гіпер- і дисгонадотропний, для якого характерними є різноспрямовані зміни концентрації в крові ЛГ і ФСГ і значні порушення їхнього співвідношення. У 27,7 % підлітків тривала вторинна аменорея виникає на тлі зниженого вмісту в крові ПРЛ.5. Гормональна забезпеченість організму при досліджуваній патології залежить від соціальних факторів, особливостей перебігу перинатального періоду, тривалості захворювання і характеру супутньої екстрагенітальної патології. Для дівчат, що виховуються в несприятливих соціальних умовах, характерний інфантильний тип гонадотропної функції гіпофіза (значна перевага ФСГ над ЛГ), при загрозі переривання вагітності в пренатальному анамнезі - гіпогонадотропінемія, при супутніх захворюваннях системи травлення і дисплазії сполучної тканини - різко виражена гіпоестрогенія, при патології ЦНС - підвищений вміст у крові Т і К.6. Результати лікування дівчат-підлітків з олігоменореєю і вторинною аменореєю при застосуванні індивідуально підібраних комплексів негормональної регулюючої терапії залежать від характеру ПМФ - при олігоменореї позитивний ефект після першого курсу лікування досягається в 78,9 %, при вторинній аменореї - у 46,8 % хворих. Введення вітаміну Е шляхом ультрафонофорезу в сполученні з медикаментозною терапією збільшує ефективність лікування хворих з вторинною аменореєю на тлі гіпоплазії матки до 60,0 %. Зазначені комплекси лікування найбільш ефективні при дисгонадотропній формі патології. Прогностично несприятливими факторами є виховання дівчат в родині соціального ризику, вторинна аменорея тривалістю 3 місяця і більше, наявність гіпоплазії матки, низький рівень ПРЛ у крові і підвищений вміст Т і К.7. Включення в медикаментозні лікувальні комплекси верошпирону підвищує ефективність лікування хворих з олігоменореєю до 92,0 %, при нетривалій вторинній аменореї - до 77,1 %, при тривалій вторинній аменореї - до 54,1 %. Несприятливими показниками у відношенні ефективності лікування з використанням верошпирону є гіпоплазія матки, інфантильний тип гонадотропної функції гіпофіза (ЛГ/ФСГ<1,0), знижений вміст у крові ПРЛ і різко виражена гіпоестрогенія.8. При негативних результатах I курсу лікування у дівчат, що не продовжували лікування надалі, правильний ритм менструацій самостійно встановлюється тільки в 14,3 % дівчат із вторинною аменореєю. Достатня стійкість відновлення ритму менструацій досягається при проведенні повторних реабілітаційних курсів терапії протягом 2-4 місяців. Віддалені результати лікування в хворих, що одержували комбіноване відновне лікування із включенням верошпирона кращі (79,2 %), ніж при застосуванні верошпирону в монотерапії (56,7 %). Інформативність ефективності I курсу терапії щодо нормалізації менструальної функції надалі складає 1,67, що вказує на необхідність проведення повторних реабілітаційних курсів лікування більш тривалий термін. |

 |