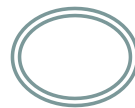


ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького



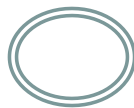
Негормональная коррекция вегетативных расстройств у девушек с нарушениями менструального цикла в структуре синдрома гиперандрогении

Коньшева Н.В. к.м.н., доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии им. проф. Комиссарова И.В
ФГБОУ ВО ДОНГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Бабенко-Сорокопуд И.В. к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой
гинекологии ФИПО ФГБОУ ВО ДОНГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

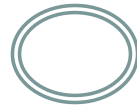
Поважная Е.С. к.м.н., доцент, заведующая кафедрой медицинской реабилитации, лечебной физкультуры
ФГБОУ ВО ДОНГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Здоровая нация – один из признаков благополучия страны.



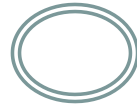
Поэтому в концепции достижения национальных целей развития Российской Федерации в части влияния медицинской науки на здоровьесбережение населения до 2024 г. одним из основных направлений является усовершенствование системы восстановительной медицины. В связи с этим сохранение здоровья детей – один из приоритетов в решении этой задачи.

Цель работы



- **Показать важность междисциплинарного подхода специалистов, работающих с девочками и девушками-подростками с расстройством менструации и синдромом гиперандрогении**

Критическим периодом в постнатальном онтогенезе человека является подростковый.



В это время происходит бурный ростовой скачок, сочетающийся с энергичной нейроэндокринной перестройкой функциональных систем организма. При этом одной из ключевых эффекторных систем, реализующей адаптационные реакции подросткового организма к действию внешней и внутренней среды, является репродуктивная система человека.

Индикатором репродуктивного здоровья у девочки-подростка служат регулярные менструации через 1 год после менархе.

При выявлении отклонений в функционировании репродуктивной системы необходимо как можно раньше проводить диагностику синдрома гиперандрогении и профилактические и лечебные мероприятия, направленные на сохранение репродуктивного потенциала у девочек и девушек-подростков.

Дезинтеграция реакций основных функциональных систем адаптации при такой патологии способствует формированию устойчивых патологических состояний, приводящих к нарушению генеративной функции в будущем.

Нервная система подростков несовершенна.

Ей свойственно лабильное состояние с высокой возможностью к дисрегуляторным сдвигам .

Дефицит прогестерона в пубертате



продлонгация повышения секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ), тестостерона, развитию поликистоза яичников и гиперандрогении

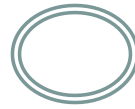
Первичный СПКЯ - следствие нарушения в системе гипоталамус – гипофиз – яичники

увеличивается содержание андрогенов, что ведет к нарушению менструального цикла и к развитию гирсутизма

недостаток ФСГ приводит к снижению синтеза эстрогенов, нарушению созревания фолликулов, их атрезии и увеличению размеров яичников

снижение допаминергической активности в подкорковых структурах и связанное с ним нарушение пульсирующего выброса гонадолиберина приводит к повышению секреции ЛГ и пролактина, снижению секреции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)

Под влиянием повышенного образования бета-эндорфинов



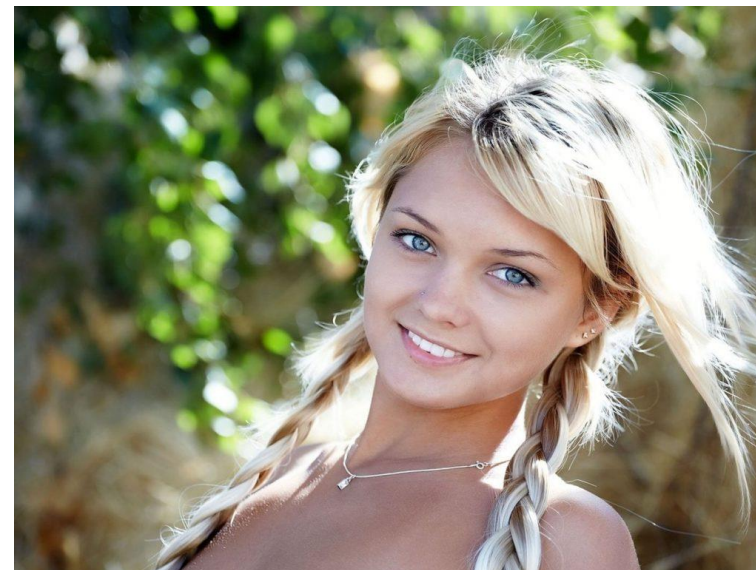
увеличивается выделение АКТГ и пролактина, усиливается синтез кортизола, способствующего ожирению с отложением жира по мужскому типу, гипергликемии, гипертензии, появлению полос растяжения на коже, гирсутизма, увеличению числа атрезирующихся фолликулов в яичнике, утолщению и склерозу капсулы и стромы коркового слоя, т. е. формированию поликистоза яичников.

Вторичный СПКЯ развивается в рамках нейроэндокринной формы так называемого гипоталамического синдрома - патологического симптомокомплекса, возникающего в результате дисфункции гипоталамуса и сопряженных с ним структур ЦНС в периоде полового созревания

У большинства пациенток имеется различной степени выраженности вегетативные расстройства и ожирение, имеются выраженные нарушения симпатoadреналовой регуляции, начиная с 12-летнего возраста.

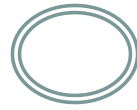


Поскольку функция эндокринных желез регулируется центральной и вегетативной нервной системой, успех лечения синдрома гиперандрогении невозможен без коррекции имеющего место дисбаланса вегетативных влияний на гипоталамус, гипофиз, надпочечники и яичники.



Исходный вегетативный тонус (ИВТ) и уровень вегетативной реактивности (ВР) устанавливают по данным кардиоинтервалографии (КИГ), которую анализируют по Р.М. Баевскому (1979).

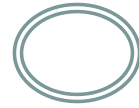
По статистике



в среднем нарушения вегетативной регуляции при синдроме гиперандрогении у девочек-подростков встречаются в 5,3 раза чаще ($p < 0,001$), чем в контрольной группе: гиперсимпатическая — в 66,2 % случаев, асимпатическая — в 17,3 %, нормотоническая — в 16,5% случаев.

Состояние вегетативного равновесия (эйтония) регистрировалось в 3,6 раза реже, чем в контрольной (62,9 %) ($p < 0,05$).

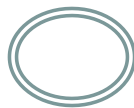
Клинически:



преобладание симпатической нервной системы проявлялось периодическими головными болями различного характера и интенсивности (68,42%), частой сменой настроения (80,71%), возбуждением, раздражительностью (73,68%), нарушением сна (56,14%), эмоциональной лабильностью, частыми жалобами на дискомфорт или боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами.



Дисфункции ВНС по гиперсимпатическому типу:



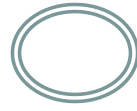
свидетельствует о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов регуляции работы сердца, увеличении симпатико-адренергических воздействий и централизации управления сердечным ритмом.



У 31,52% пациенток выявлялось преобладание парасимпатической нервной системы. Клинически больные отмечали гипергидроз кожных покровов, вялость, сонливость.

(Бабенко-Сорокопуд И.В., Зубенко И.В., Терещенко И.В., 2023г.).

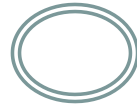
У пациенток с гиперандрогенией и вегетативными расстройствами:



в 90,2 % случаев выявляется средняя степень тревоги по шкале тревоги Гамильтона.

Анализ взаимосвязи психоэмоционального статуса с клиническими проявлениями гинекологической патологии показал, что повышение степени тревоги достоверно коррелировало с клиникой репродуктивных расстройств ($r = +0,56$; $mr = \pm 0,16$; $p < 0,05$) (Ю.Ю. Чеботарева, 2011).

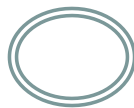
Для нормализации менструального цикла у девушек-подростков



в составе комплексной терапии патогенетически обосновано использование физиотерапевтических методов и природных факторов, воздействующих на подкорковые центры гипоталамо-гипофизарной системы и способствующие нормализации вегетативного баланса и уменьшению гормональной дисфункции.



На первом этапе (3 месяца) лечения



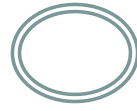
проводят коррекцию веса, которая включает в себя назначение низкокалорийной диеты, специального комплекса ЛФК, направленного на устранение гиподинамии, массажа.



Эффект от физических нагрузок проявится через полтора – два месяца от их начала.

Для седатации ЦНС, устранения факторов ее активации, снижения проприоцептивной афферентации необходимы аутогенная тренировка.

Для воздействия на зоны центральной регуляции менструального цикла и улучшения функциональное состояние гипоталамуса, гипофиза



используются следующие методики:

Гальванизация шейно-лицевой области по Келлату по схеме: постепенное увеличение силы тока от 0,2 до 0,7 мА и экспозиции с 8 до 16 мин., курс – до 15 процедур.

Эндонозальная гальванизация по Кассилю-Гращенко в модификации В.М.Стругацкого назначается при преобладании вегето-сосудистых и трофических расстройств: постепенное увеличение силы тока от 0,3 до 0,7 мА и экспозиции с 10 до 30 минут курс – до 15 процедур ежедневно или 2 раза в день с интервалом не менее 2 часов.

При гиперандрогении эффективна двухэтапная физиотерапия:

на 1–м этапе проводятся два курса вибрационного массажа паравертебральных зон на уровне пояснично–крестцового отдела позвоночника, после чего (на 2–м этапе) назначают 2–3 курса электрофореза цинка (гальванические «труссы») по Щербаку.



При сочетании гиперандрогении с воспалительными заболеваниями органов малого таза :



показан электрофорез или СМТ-форез цинка по поперечной (в проекции придатков) или полостной (анод – вагинально) методике: сила тока – до ощущения пощипывания, покалывания, 20 минут, на курс – 10–15 процедур ежедневно.



Медикаментозная негормональная коррекция



**при СПКЯ (лекарственная вегетативная коррекция)
назначается при выраженных признаках нарушения
вегетатики.**

**Данную терапию проводили на фоне комплексных
витамино-минеральных
и фитопрепаратов.**

**При стрессах, дезадаптации, частых простудных
заболеваниях,
повышении физических и интеллектуальных
нагрузок и неблагоприятной экологии мы назначали
современные
комплексные витаминно-минеральные препараты
и магне В6 по 2 таблетки 3 раза в день в течение 4 недель**



При выявлении гиперсимпатикотонической реактивности ВНС



проводят седативную терапию (настойка пустырника или валерианы по 15 капель 3 раза в день в течение 4 недель).

При отсутствии эффекта назначался транквилизатор с анксиолитическими свойствами тофизопам по 25–50 мг 1 раз в день в 12 часов дня в течение 2–4 недель.

Превышение активности адреналового звена у ряда пациенток является показанием к назначению глицина по 1 табл. 2 раза в день 1–3 месяца, реже винпоцетина (кавинтона) по 1 табл. 2-3 раза в день в течение 2–3 месяцев.



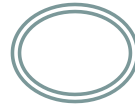
При ваготонии показаны:



препараты, стимулирующие симпатический отдел ВНС: настойка заманихи, элеутерококка, женьшеня, радиолы в возрастной дозировке в течение 2–4 недель, а также витамин В6 (пиридоксин) по 1,0 в/м ежедневно в течение 10 дней, затем по 2 таблетки 3 раза в день до 4 недель, милдронат (по 250 мг 4 раза в сутки 14 дней, затем 2 недели перерыв и повторное применение данного препарата в течение 2 недель в той же дозировке).



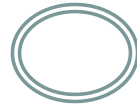
Учитывая изменения вегетатики:



выявленные практически у всех больных с повышенным весом, в комплексе лечения назначали вегетокоррекцию в сочетании с диетой, ЛФК, а также метформин (сиофор).

Первую дозу препарата в количестве 250 мг пациентки принимали на ночь, затем однократный прием препарата проводили в течение 30 дней во время вечернего приема пищи. Затем доза увеличивалась до 500 мг/сут. Терапия проводилась в течение 3–6 месяцев с обязательным контролем гликемии натощак 1 раз в неделю.

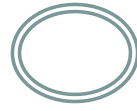
По назначению педиатра-невропатолога:



применяют средства для улучшения трофики межучного мозга (Ноотропил, Циннаризин, Стугерон, Аминалон, Церебролизин, Кофетамин), препараты нейромедиаторного действия (дофаминергический - Дифенин, Антисеротониновый Перитол, Редергин – агонист центральных дофаминергических и серотонинергических рецепторов).

При развитии артериальной гипертензии используются преимущественно ингибиторы АПФ (Периндоприл, Рамиприл, Эналаприл) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (Валсартан, Ирбесартан).

Для нормализации менструального цикла:



используют витаминно-фитотерапию в циклическом режиме.

Негормональный натуральный препарат, содержащий фитоэстрогены (цимицифуга, красный клевер), оказывает регулирующее влияние на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему.

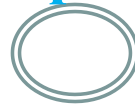
Его назначают по 10 капель 3 раза в день за 1 час до еды или 2 часа после еды в течение 6 месяцев.

Оптимальная трехэтапная система реабилитации, включает:

- обследование и лечение в условиях стационара;
- лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое) в амбулаторных условиях;
- санаторно-курортное лечение: бальнеотерапия (сульфидные, углекислые, хлоридно–натриевые ванны), климатотерапия (горные курорты).



Применение комплексной этапной реабилитации у пациенток с гипоменструальным синдромом и гиперандрогенией приводит к



нормализации МФ отмечают в >60% случаев, у половины девочек регулярный МЦ сохраняется в течение 2–6 месяцев после пребывания в санатории, отмечаются также улучшение психоэмоционального фона, общесоматического статуса и нормализация других показателей.

У девочек с задержкой полового развития после санаторно-курортного лечения менархе появляется в 30%, регулярные менструации - в 60% случаев (И. Тучкина, 2017).

При применении дополнительных лечебных комплексов эффективность терапии в 1,5 раза выше по сравнению со стандартной схемой лечения.

Выводы

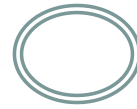
Применение методов физиотерапии в сочетании с циклической витаминно-фитотерапией в лечении девочек-подростков с гипоменструальным синдромом и гиперандрогенией является клинически эффективно.

Результаты многочисленных исследований дают основание рекомендовать физиотерапию в гинекологии для несовершеннолетних.

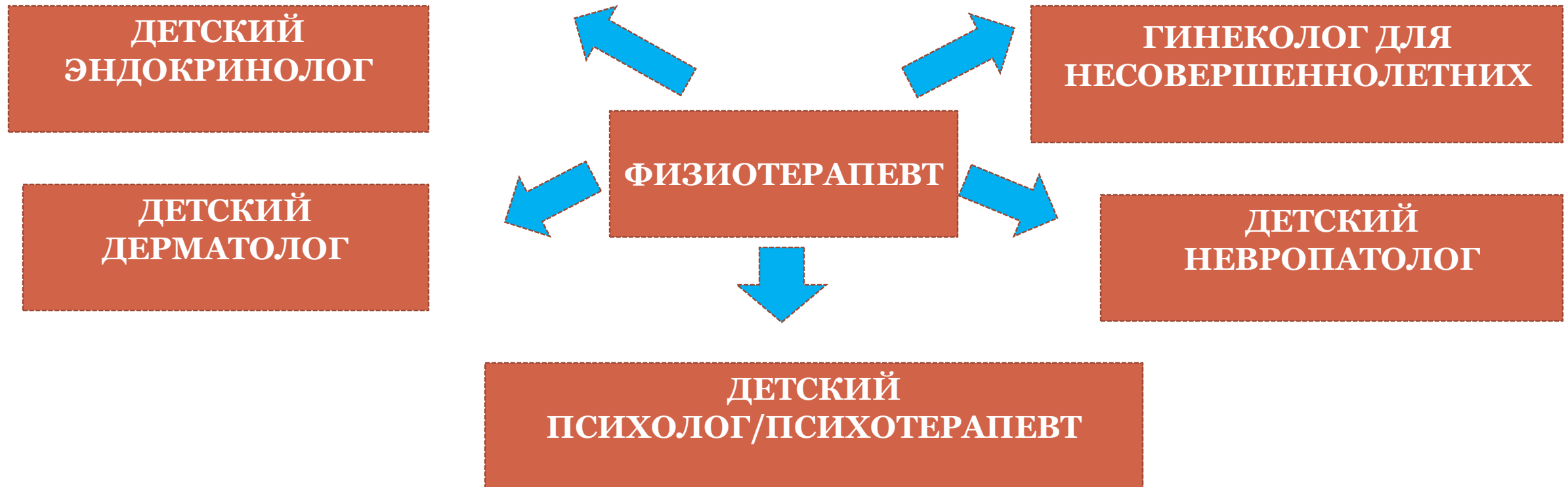
Особенностью терапии - в большинстве случаев она долговременная и может продолжаться всю жизнь пациентки с диспансерным наблюдением на основе междисциплинарного взаимодействия.



Выводы



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕВОЧКАМИ И ДЕВУШКАМИ –ПОДРОСТКАМИ С ПРОБЛЕМОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ



Донецк АРЕНА



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ