

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕВУШЕК С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Тучкина М.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет

Пубертатный период является одним из наиболее важных в процессе формирования и развития нервной системы, в котором происходят сложные нейрогуморальные изменения, приводящие к становлению и функционированию репродуктивной женского организма. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) в значительной степени определяет саногенетические возможности организма девочки-подростка [1, 2]. По данным ряда авторов, вегетативно-сосудистая дистония или вегетативная дисфункция (ВД), является функциональным заболеванием, в основе которого лежат нарушения нейро-динамического вегетативного регулирования внутренних органов и сосудов [3]. В развитии ВД у подростков особое значение имеет определенная адаптационная уязвимость периода гормональной перестройки, являющегося самостоятельным мощным стрессовым фактором [3, 4]. У подростков в это время наблюдается физиологическая катехоламинергическая и симпатикотоническая гиперактивность и, соответственно, фазический дисбаланс, который при длительном воздействии любого стрессового фактора ведет к появлению разнообразных моторно-вегетативно-трофических нарушений сердца и сосудов [5, 6, 7]. В настоящее время все большее внимание клиницистов привлекает теоретическая концепция В.В. Скупченко (1985-1990) о существовании фазотонного нейродинамического гомеостаза, убедительно объясняющая патофизиологический механизм происхождения вегетативной дистонии. Вегетативный гомеостаз обеспечивается функционированием тонического (парасимпатический отдел) и фазического (симпатический отдел) компонентов. При этом парасимпатический отдел активизирует аэробный гликолиз, стимулирует синтез РНК, увеличивает синтез белка, активизирует генетическую и митотическую активность клеток, анаболические процессы, обеспечивает трофический эффект, увеличивает концентрацию калия в крови, снижает интенсивность иммунного ответа и коагуляционные свойства крови. Симпатический отдел активизирует анаэробный гликолиз, катаболические процессы, иммунный ответ, гемокоагуляцию. Увеличивает концентрацию кальция в крови, вызывает эрготропный эффект, угнетает синтез белков и углеводов [8]. Изменение сбалансированности между фазическим и

тоническим моторно-вегетативным системным комплексом может быть причиной возникновения вегетативных нарушений, проявляющихся в виде болезней дизадаптации [9]. В связи с этим, представляется целесообразным модифицировать существующие группировки ВД у подростков с обязательным выделением этиопатогенетических звеньев, ответственных за формирование вегетативной дисрегуляции и требующих лечения.

Цель работы

Усовершенствовать терапевтические подходы к лечению проявлений ВД у девушек с гинекологическими нарушениями в периоде полового созревания.

Материал и методы

Обследовано 114 девушек 13-18 лет с патологией пубертата. У 36 больных диагностировано пубертатное маточное кровотечение (ПМК), у 40 – дисменорея (ДМ), у 38 – гипоменструальный синдром (ГС).

Диагноз верифицировали на основании комплексного обследования. Состояние ВНС оценивалось на основании исследования неврологического статуса, характера вегетативных реакций организма с определением типа ВД, электрофизиологических, доплерометрических показателей. Проводили рентгенографию турецкого седла для исключения патологии гипофиза, выявления эндокриноза; рентгенографию кисти для оценки костного возраста пациенток и сопоставления его с паспортным, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию головного мозга по показаниям. Впервые у больных подросткового возраста с ВД на фоне патологии пубертата проводили оценку электронейромиографических параметров, в частности, скорости проведения импульса по двигательным волокнам срединных и большеберцовых нервов. Психологическое состояние пациенток оценивали с использованием опросника тревоги Спилбергера, для определения уровня реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, характер вегетативных нарушений уточняли на основании изучения анкеты для выявления ВД и результатов спектрального анализа вариабельности сердечного ритма. Все больные были консультированы гинекологом детс-

кого и подросткового возраста, изучали гормональный профиль (гонадотропные и стероидные гормоны, - лютропин (ЛГ), фоллитропин (ФСГ), пролактин, кортизол, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, гормоны, отражающие функцию щитовидной железы – по показаниям). Проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза в динамике наблюдения.

Результаты и их обсуждение

Клинический диагноз ВД устанавливали с учетом того, что патологические изменения вегетативного статуса являются одним из основных критериев соматического неблагополучия, что особенно важно в пубертате, когда в женском организме происходит становление и формирование репродуктивного потенциала. Верификация диагноза базировалась на оценке состояния исходного вегетативного тонуса, который расценивался как эйтонический, ваготонический, симпатикотонический. При этом определяли тип дистонии: кардиальный, гипотонический, гипертонический, аритмогенный. Учитывалась фаза заболевания (обострение, клинико-функциональная ремиссия) и степень тяжести состояния больных в зависимости от выраженности клинических симптомов и наличия пароксизмов (легкая, средняя, тяжелая). Кроме того, оценивали состояние сосудистой реактивности. При этом выделяли симпатикотонический, асимпатикотонический и гиперсимпатикотонический типы ВД.

Установлено, что пубертатогенез у обследованных больных протекал на фоне выраженных отклонений. Нарушения физического развития наблюдались у 57 (50 %) девочек-подростков, нарушения полового развития выявлены у 63 (55,2 %) обследованных, нарушения менструальной функции отмечены у всех 114 (100 %) пациенток. При этом ВД установлена у 96 (84,2 %) из них. Выявлены симпатикотонический, ваготонический, смешанные типы ВД, характер которых зависел от особенностей гормонального статуса и патологических изменений менструальной функции. У большинства пациенток клинические проявления ВД выражались в виде сердцебиений, «замирания» сердца, головной боли, повышенной потливости, колебаний артериального давления, ощущений похолодания, онемения кистей, стоп, чувства внутренней дрожи, беспокойства, гипервентиляционных нарушений, повышенной утомляемости, нарушений сна. Наиболее выраженными эти признаки были у подростков с ПМК на фоне постгеморрагической анемии и у девушек с ваготонической формой дисменореи с выраженным болевым синдромом.

У 25 % больных с ПМК и 18 % пациенток с ГС имелся вестибулярный горизонтальный нистагм, усиливавшийся при проведении ортостатических проб. У этих девушек констатированы

изменения индекса ЛГ/ФСГ, снижение уровней эстрадиола и прогестерона. Проведенные исследования гормонального профиля также выявили, что у больных с ПМК средние показатели содержания эстрадиола и тестостерона в сыворотке крови достоверно превышали эти уровни у девушек с ГС, а повышение содержания пролактина в сыворотке крови чаще встречалось у больных с ГС.

У всех подростков с ВД, независимо от клинических вариантов течения, выявлялся “синдром общей дизадаптации” в виде повышенной утомляемости, снижения физической активности, повышенной чувствительности к изменению метеорологических условий, вялости, пониженной работоспособности, сниженной памяти, изменения чувствительности адренорецепторного аппарата сосудов и сердца.

При оценке нейро-динамического вегетативного регулирования установлено, что в 68 (59,7%) случаях исходный вегетативный тонус соответствовал гиперсимпатикотоническому типу (чаще при ПМК), в 20 (17,5 %) случаях выявлен ваготонический тип регуляции (чаще при ДМ) в 26 (22,8 %) случаев установлен эйтонический тип регуляции (чаще при ГС).

Указанные неврологические изменения на фоне гормонального дисбаланса сопровождались нарушениями гемодинамики в сосудах головного мозга. При этом, данные ультразвуковой доплерографии, данные электрофизиологических исследований выявили нарушения мозгового кровотока различной степени тяжести у 84 из 114 обследованных. При проведении доплерографии определялось снижение индексов вазоконстрикции и вазодилатации. Показатели состояния системы регуляции сердечного ритма у исследуемых пациенток подтвердили усиление симпатической активности и ослабление парасимпатической активности по всем параметрам, при этом симпатическое влияние усиливалось при нагрузке у пациенток с ПМК.

Установленные нарушения в течении пубертатного периода у девушек с ВД, характеризующиеся патологическими отклонениями в физическом и половом развитии, становлении менструальной функции, отражающими гормональный дисбаланс организма в процессе его формирования, значительно ухудшают качество жизни пациенток, что диктует необходимость более раннего лечения таких больных для нормализации функционирования формирующейся в подростковом возрасте репродуктивной системы. Исходя из этого, всем девочкам-подросткам с ВД было назначено комплексное лечение с учетом типа вегетативной регуляции, выраженности клинико-функциональных нарушений, характеризующих вегетативную дисфункцию и характера менструальной функции. При-

менялась медикаментозная и физиотерапия, с учетом назначений детского гинеколога.

Базисное лечение включало общеукрепляющие мероприятия в виде регламентации режима дня, увеличения продолжительности сна и дневного отдыха, регулярного выполнения утренней гигиенической гимнастики (зарядки, при маточных кровотечениях – дыхательной гимнастики), лечебной физкультуры (ЛФК). Пациенткам с ВД по гипотоническому типу проводили массаж икроножных мышц, кистей рук и общий массаж. При ВД по гипертоническому типу – массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области, а при ВД по кардиальному типу – общий массаж, массаж головы и воротниковой зоны.

Водолечение проводилось больным с ГС и ДМ. На ранних стадиях ВД назначали лечебные ванны (перозон валериана). Для девочек с ВД по гипертоническому типу - хвойные и хлоридно-натриевые ванны. При ВД по гипотоническому типу - контрастный или циркулярный душ, соляно-хвойные ванны. При ВД по кардиальному типу - хвойные ванны, контрастный душ. Из широкого арсенала физиотерапевтического воздействия мы применяли метод магнито-лазерной терапии (низкоинтенсивное лазерное излучение в магнитном поле), использование которого, по данным ряда исследователей, вызывает улучшение микроциркуляции, клеточного метаболизма, усиление процессов проводимости и возбудимости тканей.

Магнито-лазеротерапия назначалась для различных вариантов ВД, в зависимости от вегетативной характеристики сосудистого тонуса. При этом мы руководствовались принципами комплексного подхода к восстановительному лечению с обязательным назначением препаратов, нормализующих вегетативную реактивность. Применялся полупроводниковый лазерный аппарат "Милта". Методика заключалась в сочетании использовании электромагнитных волн красного ($\lambda=0,63$ мкм) и инфракрасного диапазонов ($\lambda=0,89$ мкм) в магнитном поле от 25 до 50 мТл, с воздействием на биологически активные точки, паренхиматозные органы, паравертебральные области, сосуды и зоны Захарьина - Геда. Доза облучения за сеанс не превышала $0,5$ Дж/см², на курс от 5 до 7 сеансов при времени экспозиции от 6 до 12 минут. Данный метод воздействия, по нашим наблюдениям, более эффективен при лечении ВД по гипертоническому и кардиальному типам, т.к. позволяет достичь длительной клинико-функциональной ремиссии от 3 месяцев до 1,5 лет. При гипотоническом варианте ВД мы применяли лазеротерапию максимально осторожно, не использовали воздействие на паравертебральную воротниковую зону, во избежание вероятности развития вагоинсулярных пароксизмов в виде го-

ловокружения, обморока (этот вид физиотерапии назначался с учетом характера менструальных нарушений – при ГС и ДМ).

Применение медикаментозных препаратов при ВД по гипертоническому типу было направлено на снижение активности альфа-адренорецепторов периферических сосудов и симпатической нервной системы. Назначались травы: пустырник, боярышник, пион; малые дозы транквилизаторов – адаптол. При ВД по гипотоническому типу использовали препараты, стимулирующие центральную и вегетативную нервную систему, а также повышающие активность альфа-рецепторов периферических сосудов: женьшень, элеутерококк, глицин. При других вариантах вегетативного тонуса назначались билобил, вазокет. При астенических проявлениях, сниженной памяти и выраженной головной боли – ноотропил, аминолон, пантогам. При ортостатической гипотензии – регультон, препараты, содержащие кофеин. У подростков с ВД по кардиальному типу назначали настойки пустырника, валерианы, пиона, боярышника, новопассит. При жалобах на тахикардию-анаприлин, атенолол.

Больным с ГС, ДМ и ПМК в стадии ремиссии комплексное лечение дополнялось препаратом Дисменорм, назначаемым совместно с детским гинекологом. Препарат содержит натуральные растительные компоненты и является средством комплексной гомеотерапии, эффективность которой доказана в рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях по стандарту GCP. К нему относятся: высокая безопасность с практически полным отсутствием побочных реакций и осложнений, возможность использования в процессе реабилитации и для профилактики. Последнее послужило основанием включения дисменорма в наши лечебные схемы, возможность использования в комплексной терапии с любыми другими лекарственными средствами и методами лечения (физио-бальнео терапия).

Содержащиеся в дисменорме прутняк (*Agnus castus*, авраамово дерево), пульсатилла (*Pulsatilla*, прострел луговой), розмарин (*Rosmarinus officinalis*), апис (*Apis mellifica*), являются компонентами природного происхождения, обладают взаимодополняющим действием и их комплексное сочетание в одном препарате предназначается для лечения больных с различными нарушениями менструальной функции, которые носят функциональный характер.

Дифференцированное применение разработанных комплексов адекватной терапии ВД с учетом характера вегетативной нервной деятельности по показаниям, оказалось эффективным у большинства больных. Включение в лечебные схемы физиобальнеолечения и использование дисменорма, содержащего растительные компо-

ненты, способствовало снижению лекарственной нагрузки на формирующийся организм девочки-подростка. У большинства больных происходила нормализация функций вегетативной нервной системы, улучшение характеристик неврологического статуса. Наблюдалась позитивная динамика течения периода полового созревания, нормализация менструальной функции. Клиническая эффективность сопровождалась положительными изменениями ряда гормональных показателей, положительной динамикой ультразвуковых данных на фоне улучшения неврологического, общесоматического и гинекологического здоровья, то есть, качества жизни пациенток.

Выводы. Установлено, что ВД с высокой частотой (84,2 %) встречается у девочек-подростков с нарушениями полового развития и менструальной функции. При наличии выраженных неврологических и психо-соматических расстройств, связанных в большей степени с вегетативной дисфункцией сосудов головного мозга, этих подростков следует обследовать совместно детским гинекологом и невропатологом. Учитывая, что ВД в подростковом возрасте, нередко являющаяся предиктором таких прогностически опасных сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь, артериальная гипо- и гипертензия, а также раннего атеросклеротического поражения сосудов различных локализаций, с высокой частотой выявляется у девушек с нарушениями полового развития и менструальной функции, необходимо их выделять в группу высокого риска, осуществлять

постоянное диспансерное наблюдение и назначать комплексное лечение с учетом гормонального профиля, характера менструальной функции и типа вегетативной регуляции.

Литература

1. Барашнев Ю.А. Перинатальная неврология / Ю.А. Барашнев. М.: Триада-Х, 2001. 638 с.
2. Бурчинский.С.Г. Новые возможности нейропротекции. Международный неврологический журнал. 2006. №4. С153-158.
3. Кушнир Г.М. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике (Методические рекомендации) Под редакцией Г.М. Кушнир, В.В. Могильникова, Л.Л. Корсунской, А.А. Микляева . Симферополь, 2004. 20 с.
4. Боброва Л.В. Перинатальные поражения нервной системы у детей //Актуальные проблемы детской и взрослой неврологии / Л.В. Боброва. Красноярск, 2000. С. 53-57.
5. Васильева Е.М. Фосфолипидный состав эритроцитов при неврологических нарушениях у детей; влияние сопутствующей патологии / Е.М. Васильева, М.И. Баканов, Г.Ф. Гордеева, А.Е. Поддубная, Т.А. Шор // Медицинский научный и учебно-методический журнал. 2001. № 2. С. 92.
6. Науменко Л.Л. Когнитивные нарушения у детей с факторами перинатального риска в дошкольном возрасте / Л.Л. Науменко // Материалы VII Всероссийского съезда неврологов. Казань, 2001. С. 27.
7. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения) / И.А. Скворцов. М.: Наука, 2000. 200 с.
8. Скупченко В.В., Милюдин Е.С. Фазотонный гомеостаз и врачевание // Самара, СГМУ. 1994. С.256.
9. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. Под редакцией А.М. Вейна. М: Медицинское информационное агентство, 2003. 749 с.

Клинико-патогенетический подход к выбору комплексной терапии девочек с вегетативной дисфункцией на фоне гинекологических нарушений / М. Ю. Тучкина // Медицина и... 2009. – № 4 (26). – С. 113-116.

Обследовано 114 девушек 13-18 лет с патологией женской половой системы в пубертате. У 96 (84,2 %) из них установлена вегетативная дисфункция (ВД). Выявлены симпатикотонический, ваготонический, смешанный типы ВД, характер которых зависел от особенностей гормонального статуса и патологических изменений менструальной функции. Наиболее выраженные клинические проявления ВД были у подростков с пубертатными кровотечениями и ваготонической формой дисменореи с болевим синдромом, сопровождались гормональным дисбалансом и нарушениями гемодинамики в сосудах головного мозга у большинства обследованных.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, девочки-подростки, гинекологические нарушения

Клініко-патогенетичний підхід до вибору комплексної терапії дівчат з вегетативною дисфункцією на фоні гінекологічних порушень / М.Ю.Тучкіна // Медицина і... – 2009. – № 4 (26). – С. 113-116

*Обстежено 114 дівчат 13-18 років з патологією жіночої статеві системи в пубертаті. У 96 (84,2 %) з них встановлена вегетативна дисфункція (ВД). Виявлені симпатикотонічний, ваготонічний, змішаний типи ВД, характер яких залежав від особливостей гормонального статусу і патологічних змін менструальної функції. Найбільш виражені клінічні прояви ВД були у підлітків з пубертатними кровотечами та вагото нічною формою дисменореї з болевим синдромом, супроводжувались гормональним дисбалансом і порушеннями гемодинаміки в сосудах головного мозку у більшості обстежених. **Ключові слова:** вегетативна дисфункція, дівчата-підлітки, гінекологічні порушення.*

Clinical and pathoganatical selection of complex therapy of girls with autonomic dysfunction and gynecological pathology / M.Yu.Tuchkina // Medicine and... – 2009. – № 4 (26). – С. 113-116

The examination involved 114 girls, aged 13-18 years, with pathology of the female sexual system in puberty. and was accompanied by autonomic dysfunction (AD) in 96 cases (84.2 %). The sympathicotonic, vagotonic and mixed types of AD were found out; their character depended upon peculiarities in the hormonal status and pathological changes in the menstrual function. The most marked character of these signs was in adolescents with pubertal uterine bleeding and in girls having the vagotonic form of DM with the pain syndrome. The above neurological changes with an underlying hormonal imbalance were accompanied by haemodynamic disturbances in the cerebral vessels with different degrees of severity in the majority of the examined cases.

Key words: autonomic dysfunction, female adolescents, gynecological disorders.