

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИМ. И. К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д 14.17.557.

На правах рукописи

УДК 616-053.6:613.888

ПОЛТАВА НИНА ВАЛЕНТИНОВНА

**ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИХ
ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2017

Работа выполнена в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (г. Бишкек).

Научный руководитель доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник
Самигуллина Альфия Эльдаровна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Каюпова Лаура Саясатовна

кандидат медицинских наук, доцент
Иманказиева Фатима Иманказиевна

Ведущая организация: Казахстанско-Российский Медицинский
Университет (г. Алматы).

Защита состоится «23» ноября 2017 г. 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.17.557. при Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190) и с авторефератом на сайтах <http://www.vak.kg>; <http://ncomid.kg>.

Автореферат разослан «20» октября 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

Эшалиева А.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Репродуктивное здоровье является одним из основных прав человека, а проблема его сохранения – важной государственной задачей. В национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года отмечено, что потребности подростков в области репродуктивного здоровья признаны приоритетными в государственной политике.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества (В.Р. Кучма, 2003).

Многолетние наблюдения зарубежных и отечественных исследователей (И.С. Савельева, 2000) показали, что динамика показателей состояния репродуктивной системы девушек-подростков имеет тенденцию к ухудшению.

От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависят жизненные планы, в том числе профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, созданию семьи и рождению детей (А.Э. Самигуллина, 2011).

По официальным данным, в г. Бишкеке установлен высокий уровень гинекологической заболеваемости среди девочек-подростков, по данным профилактического осмотра в среднем составляет 70,0%. В структуре заболеваний сексуально активных девушек 79,6% составляют воспалительные заболевания органов малого таза и 19,3% - нарушения менструального цикла (А.Э. Самигуллина, 2012).

Научные исследования по изучению причин высокой частоты гормональных нарушений в репродуктивной системе девочек-подростков Кыргызской Республики не проводились, имеются единичные исследования, посвященные репродуктивному здоровью девочек-подростков.

В исследовании, проведенном Л.А. Марковой (1975), впервые отмечались особенности формирования репродуктивной функции у девочек – жительниц разных высот.

Более поздние работы (А.А. Кангельдиева, 2005; Г.Дж. Бейшенбиева, 2006), касались общей гинекологической заболеваемости и не уделяли углубленного внимания эндокринной заболеваемости репродуктивной системы девочек-подростков.

В исследованиях, проведенных в Кыргызской Республике (И.Б. Медведева, 2009; А.Э. Самигуллина, 2012; Р.М. Атамбаева, 2015) обращается внимание на рост гинекологической заболеваемости девочек-подростков в целом, особое внимание обращается на высокую частоту эндокринной

гинекологической патологии в подростковом периоде, тесно связанной с реализацией функции репродукции в последующей жизни женщины.

Отсутствие сведений о причинах роста эндокринной гинекологической патологии, о ее структуре, о возможности ее прогнозирования, предупреждения формирования и лечения в подростковом периоде явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научным учреждением. Данная работа является инициативной.

Цель исследования: научно обосновать и разработать алгоритм профилактики и лечения эндокринных нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков на основе комплексного анализа частоты, структуры и факторов риска формирования данной патологии.

Задачи исследования:

1. Провести анализ динамики официальных показателей частоты и структуры гинекологической заболеваемости, обусловленной эндокринными нарушениями, у девочек-подростков за 2010-2014 гг.
2. Выявить региональные особенности становления репродуктивной функции и поведения девочек в городах Кыргызской Республики, отличающихся по климатическим условиям и медико-социальным факторам.
3. Изучить клинические, медико-социальные аспекты жизни девочек-подростков и определить их прогностическую значимость в формировании нарушений в репродуктивной системе, обусловленных эндокринными дисфункциями.
4. Разработать алгоритм использования КОК-ов (комбинированных оральных контрацептивов) для профилактики и лечения гормональных форм гинекологических заболеваний у девочек-подростков.

Научная новизна

- Впервые установлено, что частота нарушений менструальной функции девочек в возрасте 15-17 лет в КР составила 43,6 на 100 девочек-подростков, при этом отмечен ее рост за пятилетний срок в 3,4 раза, $p < 0,001$, в том числе количество пациенток с ювенильными кровотечениями увеличилось в 14,3 раза, $p < 0,001$, альгодисменореей – в 2,4 раза, $p < 0,001$, нарушениями менструального цикла - в 2 раза, $p < 0,001$.
- У девочек-подростков КР уточнены наиболее часто встречающиеся эндокринные нарушения репродуктивной функции, которыми явились: НМЦ (нарушения менструального цикла), альгодисменорея, предменструальный синдром, при этом лидирующее место приходилось на г. Бишкек (42,7%) в сравнении с г. Джалал-Абад (33,9%) и г. Кара-Кол (29,8%).
- Впервые на основе анализа корреляционных взаимоотношений выделены факторы риска формирования у девочек-подростков нарушений

репродуктивной системы, основными из которых являются: сексуальный дебют в 14-15 лет ($Q=+0,91$), высокий индекс соматической патологии ($Q=+0,9$), продолжение сексуальных отношений в 15-17 лет ($Q=+0,8$), раннее и позднее menarche ($Q=+0,72$, $Q=+0,7$), дефицит массы тела ($Q=+0,69$), аборты в анамнезе ($Q=+0,5$).

- Впервые научно обоснован и разработан алгоритм коррекции эндокринных нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков, клиническая эффективность которого составила 94,9%.

Практическая значимость полученных результатов

Для практического здравоохранения разработаны факторы, способствующие возникновению эндокринных нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков, которые следует использовать при формировании групп риска на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Предложен алгоритм профилактики и лечения эндокринных нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков, дифференцированный в зависимости от фенотипа пациентки.

Экономическая значимость полученных результатов

Внедрение результатов проведенного исследования будет иметь медико-социальную эффективность за счет снижения заболеваемости, повышения качества жизни, предупреждения ранних беременностей, абортов, что приведет к снижению материнской и перинатальной смертности.

Внедрение полученных результатов

Результаты исследования внедрены в практическую работу врачей ГСВ Центров семейной медицины г. Бишкека, включены в учебный процесс врачей акушеров-гинекологов на кафедре акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИП и ПК.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В динамике за пятилетний срок (2010-2014 гг.) отмечался рост удельного веса эндокринных нарушений в структуре распространенности гинекологической патологии у девочек-подростков КР в 3,4 раза, $p<0,001$, в том числе ювенильных кровотечений - в 14,3 раза, $p<0,001$, альгодисменореи - в 2,4 раза, $p<0,001$, нарушений менструального цикла в 2 раза, $p<0,001$.
2. Распространенность гинекологической патологии у девочек 15-17 лет, жительниц трех городов Кыргызской Республики составила 43,9%, в ее структуре на первом месте были эндокринные нарушения (35,5%). Выявлены различия в становлении репродуктивной системы у жительниц различных городов, самая высокая частота эндокринных форм нарушений репродукции характерна для девочек-подростков г. Бишкек (42,7%) по сравнению с жительницами г. Джалал-Абад (33,9%) и г. Кара-Кол (29,8%).

3. Факторами риска формирования эндокринных нарушений репродуктивной функции являются медико-социальные условия жизни и особенности репродуктивных и поведенческих установок, ранговая значимость которых подтверждена методами статистического анализа.

4. Реабилитация девочек-подростков с гинекологическими нарушениями эндокринного генеза должна проводиться с учетом фенотипа пациентки и наличия коморбидной патологии, что позволит получать высокую эффективность лечения и профилактику материнской и перинатальной смертности.

Личный вклад соискателя. Лично автором проведен анализ динамики данных МЗ КР о гинекологической заболеваемости девочек 15-17 лет, показателей частоты беременностей, родов, аборт, охвата их контрацепцией; разработаны анкеты и проведено добровольное анкетирование среди девочек-подростков в трех городах КР, углубленное гинекологическое обследование, наблюдение и коррекция эндокринной патологии репродуктивной системы у девочек-подростков; набор клинического материала, ввод в компьютерную базу данных, анализ, сформулированы основные выводы и заключения по диссертации.

Апробация результатов исследований

Основные положения и результаты проведенного исследования были доложены на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения» (Алматы, 2012); международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию д.м.н., проф. Мануйленко Ю.К. (Бишкек, 2013); международной научно-практической конференции «Гинекологическая эндокринология: инновации и классика современных методов терапии» (Бишкек, 2016).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях

Основные положения, выводы и практические рекомендации опубликованы в 12 научных трудах, из них 4 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК КР, 4 - в зарубежных изданиях, индексируемых системой РИНЦ.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 119 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 19 таблицами и 13 рисунками. Работа состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 208 источников, из них 146 русскоязычных и 62 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлены актуальность темы исследования, обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Представлен аналитический обзор публикаций, освещающих проблемы подростковой контрацепции в современных условиях, лечебных эффектов применения оральных контрацептивов девочками-подростками в современной гинекологической практике, неконтролируемых эффектов и влияния КОК-ов на организм девочек-подростков.

Акцентируется внимание на проблемах, возникающих при использовании гормональных контрацептивов девочками-подростками с наличием эндокринопатий, дано обоснование необходимости проведения исследования по теме диссертационной работы.

Глава 2. Представлены материал и методы исследования. Работа проводилась в четыре этапа:

I. На первом этапе исследования на основе выкопировки официальных данных МЗ КР за период 2010-2014 гг. определена динамика общей гинекологической заболеваемости девочек 14-17 лет и доля в них эндокринных нарушений. При этом использовались данные профилактических осмотров и информация о заболеваемости по обращаемости к врачу.

Проведен анализ частоты аборт, родов и охвата контрацепцией девочек-подростков для установления зависимости от них общей гинекологической заболеваемости и эндокринных нарушений в репродуктивной системе.

II. На втором этапе, путем анонимного анкетирования определена роль медико-социальных факторов и поведения девочек-подростков в формировании репродуктивной функции и зависимость от них гинекологической патологии, в том числе эндокринной.

В анонимном анкетировании приняли участие 1016 девочек-подростков, включенных в исследование методом случайного отбора, из разных городов (г. Бишкек - 320, г. Кара-Кол - 385, г. Джалал-Абад - 311), отличающихся по климатогеографическим условиям проживания и менталитету населения. Необходимый объем выборки был рассчитан по К.А. Отдельновой (1980) для медико-социальных исследований (исследование повышенной точности, $p < 0,001$, 99,9%, $t=3,2$).

Возрастной состав девочек, принявших участие в анкетировании, представлен в табл. 1, подтверждающей репрезентативность сравниваемых групп.

Таблица 1 - Возрастной состав девочек, принявших участие в анкетировании (% , $P \pm m_p$)

Возраст	г. Бишкек	г. Каракол	г. Джалал-Абад	p
15 лет	31,9 \pm 2,6	33,8 \pm 2,6	32,5 \pm 2,6	>0,05
16 лет	33,1 \pm 2,4	36,1 \pm 2,4	35,0 \pm 2,4	>0,05
17 лет	35,0 \pm 2,7	30,1 \pm 2,6	32,5 \pm 2,6	>0,05

Достоверность различий $p > 0,05$, то есть в каждой возрастной группе число больных было сопоставимо.

III. На третьем этапе объектом исследования стали 434 девочки-подростка, предъявляющие жалобы на эндокринные нарушения репродуктивной функции в ходе анкетирования. Необходимый объем выборки и ее репрезентативность были рассчитаны по методике Е.А. Шигана (1986), исследование повышенной точности $n > 400$, $P < 0,001$, 99,9%, $t = 3,2$.

Для сравнительного анализа эндокринных нарушений репродуктивной функции был проведен углубленный медицинский осмотр, девочки-подростки были разделены на основную группу из 326 подростков, постоянных жительниц трех крупных городов КР, которая была поделена на 3 группы: девочки-подростки г. Бишкека – 110, девочки г. Кара-Кола – 104, подростки г. Джалал-Абада – 112 и группу контроля - 108 здоровых девочек-подростков.

Диагноз выставлялся по классификации МКБ-10 на основании жалоб, субъективных ощущений, анамнеза, объективного осмотра, гинекологического обследования, лабораторных исследований.

Функциональная эндокринная патология неорганического генеза включала в себя:

- вторичную аменорею,
- нарушения циклического ритма менструальной функции, проявляющиеся опсоменореей (менструации редкие, повторяются после 35 дней), пройоменореей (менструации через 21 день и чаще);
- изменения количества выделяемой при менструации крови - гипоменорея и гиперменорея;
- нарушения длительности менструации в виде олигоменореи (меньше двух дней) и полименореи (более 7-12 дней);
- геморрагические метропатии.

Число выполненных клинико-лабораторных исследований составило: лабораторные исследования (ИППП - 434, общий анализ крови – 434, общий анализ мочи – 434, мазок на влагалищную флору – 434), функциональные: УЗИ органов малого таза – 434.

IV. На четвертом этапе проведено проспективное рандомизированное клиническое неослепленное когортное исследование. Объектом исследования стали 203 девочки-подростка, принявшие участие в углубленном медицинском осмотре. У всех девочек определен гормональный фон: содержание в крови тестостерона, пролактина, фолликулостимулирующего гормона, лютеогормона и тиреотропного гормонов. Гормоны определялись радиоиммунным/иммуноферментативным методами.

На основании выставленного диагноза для оценки эффективности лечения клиническое наблюдение проводилось по пяти наиболее ярко выраженным синдромам: болевой синдром, лабильность настроения, акне и себорея, расстройства менструальной функции, дефицит массы тела (ИМТ менее 18,5).

Так образом, 203 девочки-подростка, принявшие участие в эксперименте, были разделены на две группы: основную группу – 135 подростков и группу сравнения – 68 девочек-подростков. Пациентки основной группы также были поделены на 2 подгруппы: I группа – 69 подростков с преобладанием болевого синдрома при гормональной патологии и II группа – 66 девочек-подростков с выраженными симптомами расстройств менструальной функции.

Группу сравнения составили девочки-подростки, которые для коррекции эндокринных нарушений не использовали КОКи, при этом они получали циклическую витаминотерапию, анальгетики, спазмолитики, косметические средства от акне и себореи, лекарственные травы и т. д.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistika-6. При определении степени достоверности результатов статистического исследования для каждой относительной величины (P) вычисляли среднюю ошибку по следующей методике $m_p = \frac{\sqrt{pq}}{n}$.

Вычисление критерия достоверности (t) проводилось по формуле $t = \frac{P_2 - P_1}{m_{\text{разн}}}$, при $t=3,2$ вероятность различий равна 99,9% или достоверность различий равна $<0,001$. Значения критерия представлены следующим кодированием: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Для оценки формы, тесноты и достоверности корреляционной связи, эффективности лечения эндокринных нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков, в зависимости от выбранного метода вычислены

значения коэффициентов корреляции, критерия Стьюдента, вероятности безошибочного прогноза, критерия хи-квадрата.

Глава 3. представлены результаты собственных исследований и их обсуждение

В разделе 3.1 отражена динамика официальных показателей репродуктивного здоровья девочек-подростков 15-17 лет за период 2010-2014 гг. По результатам профилактического осмотра и по обращаемости к врачу установлен рост заболеваний гинекологической патологии в 2,4 раза - с 290,0 на 1000 осмотренных девочек-подростков до 687,9‰, $p < 0,001$. При этом охват девочек-подростков профилактическим осмотром в КР за эти годы снизился в 1,5 раза, $p < 0,01$. Показатель выявленных больных колебался от 18,4% до 9,2%, $p < 0,001$, а число направленных больных в районный центр выросло в 5,7 раза, $p < 0,001$. Увеличение распространенности в патологии репродуктивного здоровья девочек-подростков реализовано за счет улучшения выявляемости и уточненной верификации диагностики гинекологической патологии.

При этом выросло число обращений к врачу с $45,8 \pm 1,0$ на 100 осмотренных до $70,0 \pm 0,8$ ($p < 0,001$), а взятия на диспансерный учет девочек-подростков - с $46,5 \pm 1,5$ на 100 осмотренных до $83,9 \pm 0,8$ ($p < 0,001$).

Среди гинекологических заболеваний очевиден рост воспалительных заболеваний в 8,4 раза, $p < 0,001$, на втором месте находились заболевания эндокринного генеза, которые возросли в 3,4 раза, $p < 0,001$, на третьем – ИППП, которые увеличились в 1,2 раза, $p < 0,001$ (рис. 1).

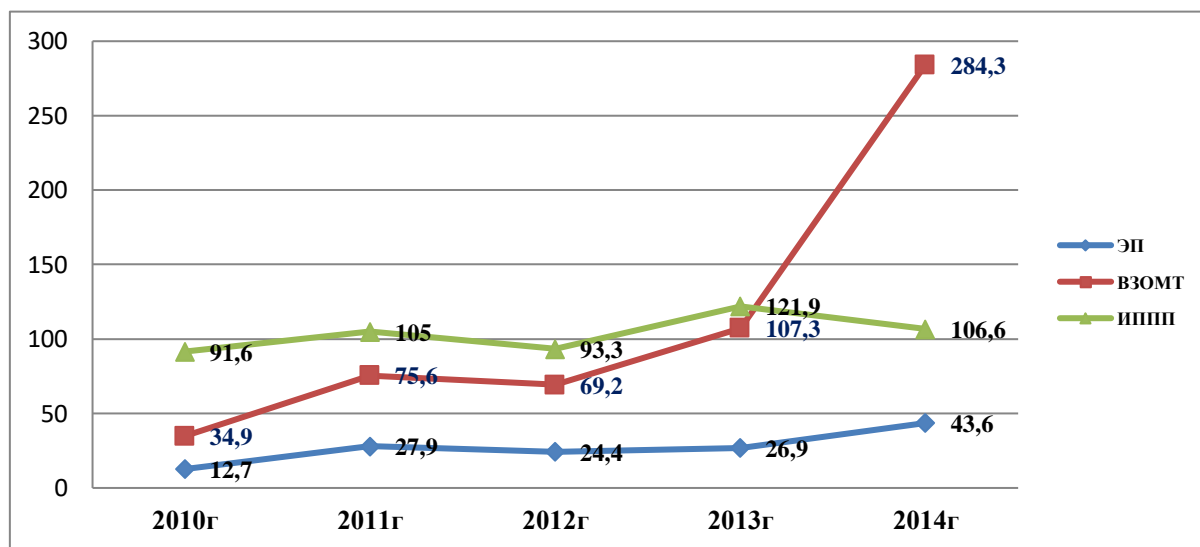


Рис. 1. Гинекологическая заболеваемость девочек-подростков в 2010-2014 гг. (на 1 тыс. осмотренных).

В этом разделе для определения зависимости частоты эндокринопатий в репродуктивной системе девочек-подростков от репродуктивного поведения проведен анализ официальных данных МЗ КР, при этом установлен рост родов в 1,8 раза, $p < 0,001$, аборт – в 1,2 раза, $p < 0,01$, а охват контрацепцией снизился в 2,1 раза, $p < 0,001$. Однако следует отметить возможный недоучет случаев прерывания беременностей в условиях частных клиник.

Выявленный рост гинекологической заболеваемости, числа беременностей, закончившихся аборт, снижение охвата контрацепцией девочек-подростков явились поводом для изучения медико-социальных аспектов формирования репродуктивного здоровья и поведения девочек-подростков Кыргызской Республики.

Данные рис. 2 свидетельствуют о росте почти всех видов нарушений становления репродуктивной функции у девочек-подростков, в том числе ювенильных кровотечений – в 14,3 раза, $p < 0,001$, альгодисменореи - в 2,4 раза, $p < 0,001$ и нарушений менструального цикла – в 2 раза, $p < 0,001$.



Рис. 2. Структура эндокринной патологии функционально-неорганического генеза за 2010-2014 гг. (на 1 тыс. осмотренных).

В разделе 3.2 из анализа анкетных данных установлено: в среднем в трех городах республики 28,7% девочек-подростков имели дефицит массы тела, 73,6% отмечали частые заболевания. На одну девочку города Бишкека, в среднем, приходилось 0,83 заболевания, в Кара - Коле – 0,62, в Джалал - Абаде – 0,78.

Наибольшую долю из них составили хронические очаги инфекции: бронхиты, тонзиллиты, отиты, гепатит, кариес, патология мочевыводящей

системы, которые составили 76,5% от числа всех заболеваний в первой, 88,6% - во второй и 95,8% - в третьей группе.

Анализ анкетных данных показал, что 9,4% обследованных в подростковом возрасте жили с мужем, 2,8% девочек курили. Девочки г. Джалал-Абад отличались большей частотой вступления в ранние браки, чем в г. Кара-Кол. Сравнивая между собой условия, в которых происходило формирование репродуктивной функции в трех городах КР, пришли к выводу, что в социальном аспекте худшим было положение девочек-бишкекчанок: почти 80% из них воспитывались в неполных семьях, 77,3% - в условиях материального дефицита, среди них было наибольшее число курящих в сравнении с девочками других городов. Это свидетельство о более раннем взрослении бишкекчанок и принятии ими самостоятельных решений.

Menarche у 46,5% девочек-бишкекчанок наступало в ранние сроки (до 12 лет), достоверно чаще, чем в г. Джалал-Абаде, однако для г. Кара-Кол характерно более позднее половое созревание (табл. 2).

Таблица 2 - Социально-медицинские аспекты формирования репродуктивной функции девочек-подростков в Кыргызской Республике (% , $P \pm m_p$)

Показатели	г. Бишкек I группа, n=320	г. Кара-Кол II группа, n=385	г. Дж-Абад III группа, n=311
1. Воспитание в неполной семье	79,1 \pm 2,3	41,6 \pm 2,5***	18,0 \pm 2,2***
2. Низкий уровень материального обеспечения	77,3 \pm 2,3	77,1 \pm 2,1	97,1 \pm 1,0***
3. Живут с мужем	-	5,2 \pm 1,6	13,5 \pm 1,9***
4. Число курящих	5,4 \pm 1,2	2,5 \pm 0,8***	0,6 \pm 0,5***
5. Дефицит массы тела	24,4 \pm 2,4	21,8 \pm 2,1	27,0 \pm 2,5
6. Раннее menarche до 12 лет	46,5 \pm 2,8	19,7 \pm 2,0***	32,6 \pm 0,5
7. Наступление menarche к 14 годам	96,2 \pm 1,1	65,2 \pm 2,4***	91,0 \pm 1,6
8. Познее menarche после 16 лет	3,8 \pm 1,1	34,8 \pm 2,4***	9,3 \pm 1,6***
9. Продолжительность mensis более 7 дней	61,6 \pm 2,7	65,7 \pm 2,4	36,2 \pm 2,8***
10. Число девочек с жалобами, указывающими на эндокринную патологию	42,5 \pm 2,8	41,2 \pm 2,5	59,8 \pm 2,8***

Примечание: достоверность различий *** $P < 0,001$ по сравнению с показателями девочек I группы (г. Бишкек).

Сексуальный дебют у 1,7% девочек-подростков состоялся к 14 годам, на момент опроса 42,3% имели опыт сексуальных отношений. У 43,5% из

них в анамнезе была беременность, которая прервана в 84,3%, причем во второй и третьей группах были повторные аборт – 14,1%.

Заслуживает внимания факт методов прерывания беременности. В г. Бишкеке первую беременность прервали с помощью безопасного аборта в амбулаторных условиях $70,0 \pm 6,5\%$ подростков, при этом в гг. Кара-Кол и Джалал-Абад подростки прерывали беременность в стационарных условиях – хирургическим путем и мини-абортами. У каждой четвертой девочки беременность прерывалась хирургическим методом, у каждой третьей – мини-абортом; $40,6\%$ - перенесли медикаментозный аборт, $62,2\%$ - в условиях стационара и $37,8\%$ - амбулаторно. Самопроизвольные выкидыши имели место у 5% девочек, роды – у $12,4\%$ (табл. 3). Из числа сексуально активных девочек $38,2 \pm 1,5\%$ пользовались контрацепцией, в том числе 68 ($17,3\%$) – презервативами, 75 ($19,1\%$) – таблетированными формами, 7 рожавших подростков ($1,8\%$) – ВМС.

Таблица 3 – Особенности репродуктивного поведения девочек трех городов в %, $P \pm m_p$

Показатели\Регионы	г. Бишкек I группа, n=320	г. Кара-Кол II группа, n=385	г. Дж.-Абад III группа, n=311
1.Число девочек с наличием сексуального опыта	$40,3 \pm 2,7$	$33,8 \pm 2,4$	$52,7 \pm 2,8^{***}$
2.Сексуальный дебют до 14 лет	$3,1 \pm 1,0$	$0,8 \pm 0,1^{***}$	$1,3 \pm 0,6$
3.Из числа девочек с сексуальным опытом	$39,5 \pm 4,3$	$44,6 \pm 4,4$	$46,3 \pm 3,9$
4.Число абортов в анамнезе	$98,0 \pm 1,9$	$93,1 \pm 3,3$	$61,8 \pm 1,2^{***}$
5.Число повторных абортов	0	$20,7 \pm 5,3$	$21,1 \pm 4,7$
6.Число с/п выкидышей	$2,0 \pm 1,9$	0	$7,9 \pm 3,1^{***}$
7.Число родов	0	$6,9 \pm 3,3$	$30,3 \pm 5,3^{***}$
8.Способ прерывания беременности: хирургический	$8,0 \pm 3,8$	$25,9 \pm 6,0^{***}$	$41,9 \pm 8,9^{***}$
- мини аборт	$20,02 \pm 5,7$	$48,1 \pm 6,8^{***}$	$32,3 \pm 8,4^{***}$
- медикаментозный аборт	$70,0 \pm 6,5$	$25,9 \pm 6,0^{***}$	$25,8 \pm 7,9^{***}$
9.Место прерывания беременности: амбулаторно	$70,0 \pm 6,5$	$24,1 \pm 5,8^{***}$	$19,4 \pm 7,1^{***}$
-гинекологический стационар	$30,0 \pm 6,5$	$75,9 \pm 5,8^{***}$	$80,6 \pm 7,1^{***}$
10.Контрацепция у сексуально активных девочек	$35,2 \pm 2,7$	$39,2 \pm 2,5$	$37,3 \pm 2,7$

Примечание: достоверность различий $***P < 0,001$ по сравнению с показателями девочек I группы (г. Бишкек).

В разделе 3.3 представлены данные углубленного клинико-лабораторного обследования 326 девочек (основная группа), постоянных жительниц трех крупных городов КР, принявших участие в анкетировании с жалобами, указывающими на эндокринную патологию: г. Бишкека – 110, г. Кара-Кол – 104, г. Джалал-Абад – 112 и группы контроля 108 здоровых девочек-подростков.

По данным анкет частота жалоб на различные проявления гормональных нарушений со стороны репродуктивной системы у подростков в среднем составляла 43,9 %, в том числе у 42,5±2,8% девочек-подростков бишкекчанок, у 41,0±2,5% жительниц Кара-Кола и у 53,8±2,1% - Джалал-Абада. Однако при углубленном обследовании диагноз подтвержден в среднем у 35,5% девочек (табл. 4).

Таблица 4 – Структура эндокринной патологии у девочек-подростков в %, $P \pm m_p$

Нозологии	Основная группа			Группа контроля n=108
	г. Бишкек I группа, n=110	г. Кара-Кол II группа, n=104	г. Дж.-Абад III группа, n=112	
Всего	42,7± 4,7***	29,8 ±4,5**	33,9± 4,5***	8,3±2,7
НМЦ	15,5± 3,5***	9,6 ±2,9***	10,7 ±2,9***	4,6±2,0
Альгодисменорея	17,3 ±3,6***	13,5± 3,4***	12,5 ±3,1***	1,9±1,3
ЮМК	3,6±1,8***	2,9±1,6***	6,3 ±2,3***	0,9±0,9
ПМС	6,4± 2,3***	1,9±1,3***	3,6 ±1,8***	0,9±0,9
ЗПР	-	-	0,9 ±0,9	-
Масталгия	-	1,9± 1,3	-	-

Примечание: достоверность различий *** $p < 0,001$ с группой контроля.

Как видно из табл. 4, в структуре эндокринной патологии преобладала по мере убывания альгодисменорея, НМЦ, ювенильные маточные кровотечения, предменструальный синдром, масталгия и задержка полового развития.

При этом в г. Кара-Кол выявлено в 1,4 раза меньше заболеваний, чем в г. Бишкек и в 1,1 раза, чем в г. Джалал-Абад, $p < 0,001$. В группе контроля подростки жалоб не предъявляли, однако при углубленном медицинском обследовании у 8,3% девочек-подростков выявлена патология. Достоверность различий между группами составила $p < 0,001$.

Из полученных данных следует, что каждая третья девочка-подросток имела эндокринную патологию, которая снижает индекс здоровья и, в конечном счете, ухудшает качество жизни подростка.

В исследовании выявлена прямая тесная корреляционная связь частоты гормональных нарушений с дефицитом массы тела ($Q=+0,69$), с высоким индексом соматической патологии ($Q=+0,9$), с курением ($Q=+0,86$), с ранним наступлением менархе ($Q=+0,72$), с ранним началом сексуальных отношений ($Q=+0,91$), умеренной силы - с поздним наступлением менархе ($Q=+0,4$), с продолжением сексуальных отношений в возрасте 15-17 лет ($Q=+0,5$) и с абортами в анамнезе ($Q=+0,5$) (табл. 5).

Таблица 5 - Оценочно-прогностическая таблица риска формирования гормональных нарушений у девочек-подростков КР

Факторы риска \ Статистический показатель	RR	Q
Дефицит массы тела	+1,2	+0,69
Высокий индекс соматической заболеваемости	+2,90	+0,9
Курение	+9,0	+0,86
Ранняя менархе (8 – 12 лет)	+ 1,49	+ 0,72
Поздняя менархе	+ 9,2	+ 0,4
Сексуальный дебют в 14 - 15 лет	+ 2,94	+ 0,91
Аборт в анамнезе	1,58	+ 0,5
Продолжение сексуальных отношений в возрасте 14 – 17 лет	+9,2	+ 0,8

Полученные данные позволили определить зависимость частоты гормональных нарушений у девочек-подростков от возможных факторов риска.

Относительный риск гормональных нарушений у сексуально активных девочек в сравнении с таковыми без сексуального опыта составляет $RR=9,2$, что подтверждает высокую степень их обусловленности.

В разделе 3.4 представлен сравнительный анализ коррекции гормональных нарушений с помощью КОК-ов, с учетом синдромального подхода к терапии у 135 подростков основной группы и у 68 девочек-подростков группы сравнения (без КОК-ов).

Пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы: I группа – 69 подростков с преобладанием болевого синдрома при гормональной патологии и II группа – 66 девочек-подростков с выраженным симптомом расстройств менструальной функции.

Изначально у девочек первой группы в 2 раза чаще был выражен болевой симптом ($89,9\pm3,6\%$), чем у подростков группы сравнения ($45,7\pm6,0\%$), $p<0,001$, при этом во второй группе девочек он был выставлен в 2,2 раза реже ($21,2\pm5,0\%$), $p<0,001$ (табл. 6).

Лабильность настроения была ярко выражена в первой группе у $91,3 \pm 3,4\%$, что в 2 раза реже, чем во 2-й группе и группе сравнения, $p < 0,001$.

Таблица 6 – Частота выявленных симптомов эндокринной патологии репродуктивной системы у девочек-подростков в %, $P \pm m_p$

	Симптомы патологии эндокринной	I группа n=69	II группа n=66	Группа сравнения n=68
1.	Болевой синдром	$89,9 \pm 3,6^{***}$	$21,2 \pm 5,0^{***}$	$45,7 \pm 6,0$
2.	Лабильность настроения	$91,3 \pm 3,4^{***}$	$47,0 \pm 6,1$	$48,5 \pm 6,1$
3.	Акне, себорея	$43,5 \pm 6,0$	$97,0 \pm 2,1^{***}$	$45,6 \pm 6,0$
4.	Расстройства менстр. функции	$31,9 \pm 5,6$	$74,2 \pm 5,4^{**}$	$42,7 \pm 6,0$
5.	Дефицит массы тела	$13,0 \pm 4,1^{***}$	$1,5 \pm 1,5^{***}$	$5,9 \pm 2,9$

Примечание: достоверность различий $***p < 0,001$ с группой сравнения.

При этом у подростков второй группы достоверно чаще выявлены акне и себорея ($97,0 \pm 2,1\%$), причем данная патология встречалась в 2,2 раза чаще, чем во второй группе и группе сравнения, $p < 0,001$. Следующими по значимости во второй группе девочек-подростков были расстройства менструальной функции, которые были в 2,2 раза чаще, чем в первой группе, $p < 0,001$ и в 1,7 раз чаще, чем в группе сравнения, $p < 0,001$.

Через 3 месяца применения КОКов у девочек-подростков с эндокринной патологией была оценена клиническая эффективность назначенного лечения. При сравнении с группой подростков, не принимавших комбинированные оральные контрацептивы, обнаружена статистически значимая достоверность различий, $p < 0,001$ (рис. 3).

Как видно из рис. 3, все симптомы у девочек-подростков основной группы достоверно уменьшились, что подтверждает эффективность выбранного лечения эндокринных нарушений репродуктивной функции, $p < 0,001$.

При этом следует отметить, что болевой синдром продолжал беспокоить подростков первой группы в $27,5 \pm 5,9\%$, что в 3,3 раза меньше исходных данных ($89,9 \pm 3,6\%$), $p < 0,001$, во второй группе боли сохранялись у $4,6 \pm 2,6\%$ девочек и отмечалось снижение показателя в 4,6 раза ($21,2 \pm 5,0\%$), $p < 0,001$.

Наиболее наглядно произошло снижение расстройств менструальной функции: в первой группе - в 7,3 раза, $p < 0,001$, во второй группе - в 5,5 раза, $p < 0,001$. Особо подростков беспокоили себорея и акне, которые в первой группе уменьшились в 2,7 раза, $p < 0,001$, а во 2-й группе - в 2,5 раза, $p < 0,001$.

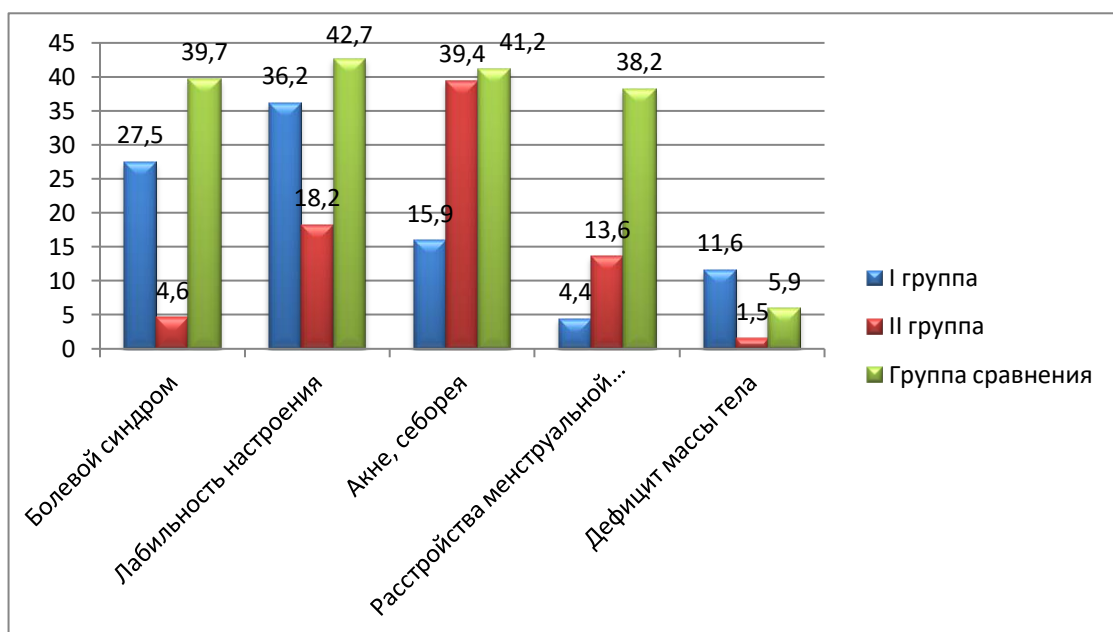


Рис. 3. Эффективность лечения через 3 месяца в %.

В группе сравнения такой положительной динамики не наблюдалось.

Анализируя эффективность лечения через шесть месяцев следует отметить достоверное различие между группой сравнения и основной группой (первая и вторая группы), $p < 0,001$ (табл. 7).

Таблица 7 - Контроль эффективности лечения через 6 месяцев в %, $P \pm m_p$

	Симптомы патологии	эндокринной	I группа n=69	II группа n=66	Группа сравнения n=68
1.	Болевой синдром		$2,9 \pm 2,0^{***}$	$1,5 \pm 1,5^{***}$	$35,3 \pm 5,8$
2.	Лабильность настроения		$4,4 \pm 2,5^{***}$	$4,5 \pm 2,6^{***}$	$38,2 \pm 5,9$
3.	Акне, себорея		$1,5 \pm 1,4^{***}$	$6,1 \pm 2,9^{***}$	$36,8 \pm 5,9$
4.	Расстройства менструальной функции		$0,0 \pm 0,0^{***}$	$0,0 \pm 0,0^{***}$	$33,8 \pm 5,7$
5.	Дефицит массы тела		$2,9 \pm 2,0^{**}$	$0,0 \pm 0,0^{***}$	$5,9 \pm 2,9$

Примечание: достоверность различий $***p < 0,001$ с группой сравнения.

Болевой синдром сохранился в среднем у 2,2% девочек-подростков основной группы, тогда как в группе сравнения составил 35,3%, $p < 0,001$, лабильность настроения беспокоила в основной группе в среднем 4,5% подростков, что достоверно реже, нежели у подростков в группе сравнения (38,2%), $p < 0,001$.

В основной группе через шесть месяцев использования КОК-ов не наблюдалось расстройств менструальной функции, при этом в группе сравнения данный симптом продолжал беспокоить 33,8% девочек-подростков, $p < 0,001$.

Акне и себорея в основной группе подростков к этому периоду наблюдалась у 1,5% девочек первой группы и 6,1% подростков второй группы, $p < 0,001$, а в группе сравнения у 36,8% девочек-подростков, $p < 0,001$.

Как видно из табл. 8, в основной группе отмечался высокий процент оздоровления девочек-подростков за период проведения терапии. В первой группе в среднем он составил 93,2%, во второй группе - 96%.

Кроме этого, подростки основной группы, имели дополнительный контрацептивный эффект, который позволил избежать незапланированной беременности, что в свою очередь, снижает риск прерывания беременности, материнскую и перинатальную смертность.

Таблица 8 – Эффективность проведенной терапии у девочек в %

	Симптомы эндокринной патологии	I группа n=69	II группа n=66	Группа сравнения n=68
		% оздоровления		
1.	Болевой синдром	96,8	92,9	17,2
2.	Лабильность настроения	95,2	93,5	21,2
3.	Акне, жирность кожи	96,7	93,8	19,4
4.	Расстройства менструальной функции	100,0	100,0	20,7
5.	Дефицит массы тела	77,8	100,0	0,0

При этом следует отметить, что негормональная коррекция нарушений тоже имеет положительную динамику, однако процент оздоровления в среднем равен 20%.

Для оценки формы, тесноты и достоверности корреляционной связи эффективности лечения эндокринных нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков в зависимости от выбранного метода вычислены значения коэффициентов корреляции, критерия Стьюдента, вероятности безошибочного прогноза, критерия хи-квадрата.

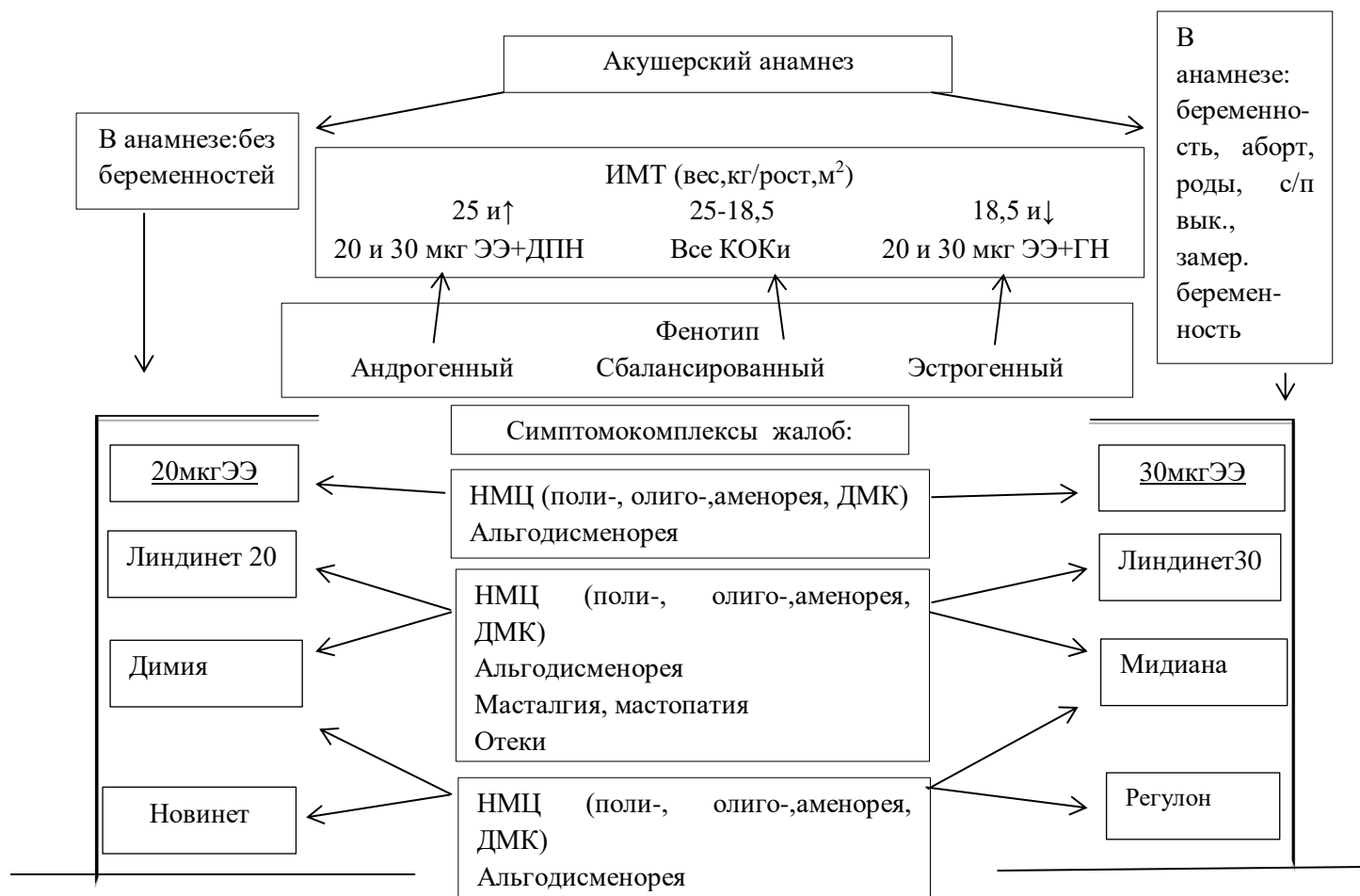


Рис. 4. Алгоритм назначения гормональных препаратов для лечения и контрацепции девочкам-подросткам.

ВЫВОДЫ

1. В динамике 2010-2014 гг. доля эндокринных нарушений среди гинекологической патологии функционально-неорганического генеза у девочек-подростков Кыргызской Республики возросла в 3,4 раза (с 12,7% до 43,6%). Наиболее частыми при этом были нарушения менструального цикла по типу ювенильных кровотечений - частота их выросла в 14,3 раза, и альгодисменорея – в 2,7 раза. На втором месте по частоте находились проявления гиперандрогении, составившие в среднем 24,6%.
2. Региональные особенности становления репродуктивной системы характеризуются ранним началом полового созревания у девочек гг. Бишкек и Джалал-Абад (46,5% и 32,0% соответственно) в сравнении с г. Кара-Кол (13,7%). Такие же закономерности выявлены в отношении сексуального дебюта, сексуального поведения, частоты абортов и беременностей. Эндокринные нарушения репродуктивной функции преобладают в г. Бишкек (42,7 %), в гг. Кара-Кол и Джалал-Абад они составили 29,8% и 33,9%. Выявленные факты в определенной степени могут быть обусловлены уровнем урбанизации городов.

3. Риск формирования эндокринопатий репродуктивной системы включает комплекс медико-социальных факторов, ведущими из которых являются: низкий социальный статус семей, способствующий увеличению контингента девочек с низкой массой тела и высокой соматической заболеваемостью; нарушения становления репродуктивной функции (раннее и позднее половое созревание); изменение отношения к сексуальному поведению (ранний сексуальный дебют, ранние беременности, роды, аборты и др.).

4. Коррекция и предупреждение гормональных нарушений с использованием КОК-ов у девочек с гинекологическими заболеваниями эффективна при назначении индивидуальных программ лечения, соответствующих гормональному статусу пациенток.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обращении девочек-подростков с вопросами о контрацепции к врачу, необходимо особое внимание обращать на наличие жалоб со стороны эндокринной системы, на особенности клинических проявлений овариально-менструальной функции и на фенотип девушки.

1.1 При отсутствии жалоб и признаков эндокринопатии девочкам со сбалансированным фенотипом и нормальной массой тела можно назначать все КОКи, рекомендуемые подросткам.

1.2 В случаях наличия жалоб на гормональные нарушения, помимо клинико-лабораторной оценки состояния их здоровья, обязательно определение содержания гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, тестостерона).

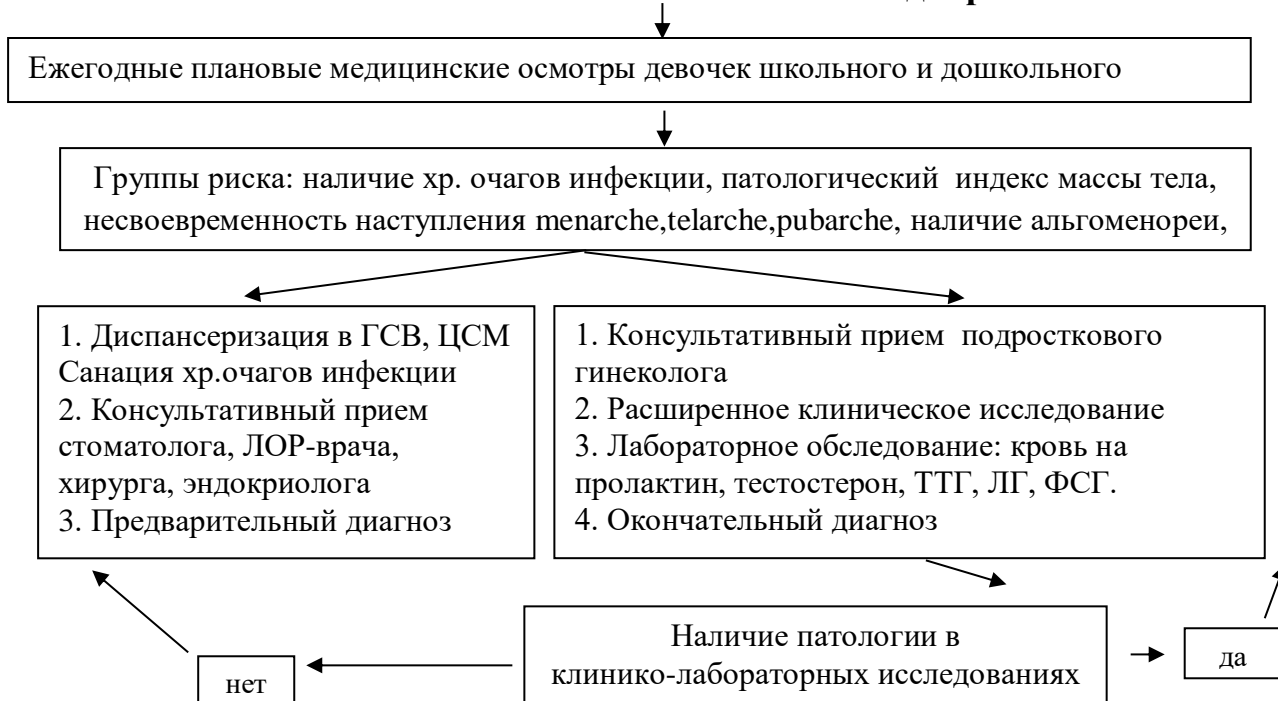
1.3 Только после уточнения гормонального фона девочки, сопоставления его с клиническими проявлениями, возможно назначение КОК-ов, которые обеспечивают контрацептивный и корректирующий симптомы эндокринопатии эффекты.

2. В группу риска по вероятности гинекологических заболеваний эндокринного генеза следует включать девочек: из социально необеспеченных семей; с нарушением физического развития и часто болеющих; с рискованным поведением.

3. Реабилитация больных и профилактика гормональных нарушений должна быть комплексной и включать азы обучения безопасным методам сексуального поведения и адекватной программы медикаментозной терапии в соответствии с разработанными алгоритмами обследования гормонального фона и назначения гормональных препаратов.

4. При коррекции эндокринных нарушений репродуктивной функции следует использовать разработанный алгоритм обследования девочек-подростков и схему назначения КОК-ов.

Алгоритм раннего выявления групп риска по вероятности возникновения гинекологических заболеваний эндокринного генеза



1. Образовательные программы



СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Полтава, Н. В.** Актуальные вопросы гинекологии детского и подросткового периода [Текст] / А. Э. Самигуллина, Н. В. Полтава и др. // Учебное пособие. – 2012. – 233 с.
2. **Полтава, Н. В.** Актуальность подростковой контрацепции (обзор литературы) [Текст] / Н. В. Полтава // Здоровье матери и ребенка. – 2012. – Т.4., №1-2. – С. 62-65.

3. **Полтава, Н. В.** Неконтрацептивные эффекты КОК для современных подростков [Текст] / Н. В. Полтава, А. Э. Самигуллина // Наука и новые технологии – 2012. – №7. – С. 68-73.
4. **Полтава, Н. В.** Лечебные эффекты применения КОКов в современной гинекологической практике для подростков [Текст] / Н. В. Полтава // Наука и новые технологии – 2012. – №7. – С.76-79.
5. **Полтава, Н. В.** Особенности репродуктивного поведения девочек-подростков в Кыргызской Республике [Текст] / Н. В. Полтава // Сборник КРСУ международной научно-практической конференции, посвящённой 80-летию доктора медицинских наук, профессора Мануйленко Ю.И. – 2013. – №1. – С.110-116.
6. **Полтава, Н. В.** Региональные особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков Кыргызской Республики. [Текст] / Н. В. Полтава // Научно-практический журнал медицинские кадры XXI века. - 2013. – №3. – С. 146-152.
7. **Полтава, Н. В.** Репродуктивные установки и репродуктивное здоровье девочек-подростков Кыргызской Республики [Текст] / Н. В. Полтава // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – №4. – С. 74-78.
8. **Полтава, Н. В.** Медико-социальные аспекты репродуктивного образа и поведения девочек-подростков Кыргызской Республики [Текст] / Н. В. Полтава // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – №1 – С. 142-148.
9. **Полтава, Н. В.** Сравнительный анализ репродуктивного здоровья девочек-подростков Кыргызской Республики [Текст] / А. Э. Самигуллина, Н. В. Полтава // Интернет-журнал НАК КР. – 2015. – №2.
10. **Полтава, Н. В.** Возможность коррекции эндокринных нарушений у девочек-подростков с помощью КОК-ов [Текст] / А. Э. Самигуллина, Н. В. Полтава // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – №21. – С. 102-108.
11. **Полтава, Н. В.** Современные гормональные контрацептивы в охране репродуктивного здоровья женщин Кыргызской Республики [Текст] / Г. Б. Дикке, А. А. Аскеров и др. // Руководство для врачей. – Издательство «Авангард». – Бишкек. – 2016. – 200 с.
12. **Полтава, Н. В.** Анализ основных показателей репродуктивного здоровья девочек-подростков Кыргызской Республики за период 2010-2014 гг. [Текст] / А. Э. Самигуллина, Н. В. Полтава // Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития. – 2016. – №9. – С.1–4.

КОРУТУНДУСУ

Полтава Нина Валентиновнанын "Эндокриндик бузулушу көбөйүү өспүрүм кыздардын ден соолугуна жана гормоналдык туура жана алдын алуу азыркы мүмкүнчүлүктөр" темасындагы 14.01.01 "Акушерлик жана гинекологиясы" боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденүү диссертациясынын

Негизги сөздөр: Өспүрүм кыздар, эндокринопатиялар, төрөт боюнча саламаттыкты сактоо, гормоналдык тууралоо.

Изилдөө объектиси: өспүрүм кыздар 15-17 жашка чейинки Кыргыз Республикасынын.

Изилдөөнүн максаты: Илимий кыздар эндокриндик оорулардын алдын алуу жана дарылоо үчүн бир алгоритм негиздөө жана өнүктүрүү.

Изилдөөнүн ыкмасы: клиникалык, лаборатордук, функционалдык, гормоналдык, эксперттик жана статистикалык эсептөөлөр.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: Алардын тукум улоо ден соолугу, сексуалдык жүрүм-туруму боюнча өспүрүм кыздардын гинекологиялык ооруларынын бир татаал төрт этап баалоо. 2010-2014 жж. анын өсүү динамикасын көрсөтөт. Улам бойго төмөнкү камтуу кош бойлуулук, төрөт жана бойдон алдыруу санынын көбөйүшү.

Бул гинекологиялык оорулардан курамы 35,5% эндокриндик оорулар үчүн жоопко деп табылган. Жакын, түздөн-түз өз ара байланыш менен сексуалдык жашоосун эрте баштоосу ($Q = + 0,91$), жетилүү баштоосу 8-12 жашка чейинки ($Q = + 0,72$), орточо тыгыздыгы ($Q = + 0,5$) - сексуалдык, аборт тарых жана кеч айызга менен.

Жекече тандалып алынган КОКту оптималдуу пайдалануу үчүн бир алгоритм, кыздар, ар кандай гормоналдык оорулар менен өспүрүмдөр үчүн жаралат. алардын бойго бүтүрбөөчү таасирин, жемиштүү натыйжасын көрсөтөт.

Пайдалануу боюнча сунуштар: үй-бүлөлүк дарыгерлер борборлоруна, гинекологиялык ооруканаларына жана медициналык ЖОЖнын окуу программаларына киргизүү сунушталат.

Колдонуу тармагы: үй-бүлөлүк дарыгерлер борбору, үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу, территориялык, областык жана республикалык гинекологиялык стационарлары, медициналык ЖОЖдордун гинекология жана үй-бүлө медицинасы кафедралары.

РЕЗЮМЕ

диссертации Полтава Нины Валентиновны на тему: «Эндокринные нарушения репродуктивного здоровья девочек-подростков и современные возможности их гормональной коррекции и профилактики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Ключевые слова: девочки-подростки, эндокринопатии, репродуктивное здоровье, гормональная коррекция.

Объект исследования: девочки-подростки 15-17 лет Кыргызской Республики.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать алгоритм профилактики и лечения эндокринных нарушений репродуктивной функции у девочек-подростков, на основе комплексного анализа частоты, структуры и факторов риска формирования данной патологии.

Методы исследования: клинические, клинико-лабораторные, функциональные, гормональные, экспертные и статистические.

Результаты исследования. Проведена комплексная четырехэтапная оценка гинекологической заболеваемости девочек-подростков в зависимости от их репродуктивного здоровья и сексуального поведения. Показан ее рост в динамике 2010-2014 гг., увеличение числа беременностей, родов и абортов на фоне снижения охвата их контрацепцией.

Установлено, что в структуре гинекологических заболеваний 35,5% составляют эндокринные нарушения. Выявлена тесная, прямая, корреляционная связь их с ранним началом половой жизни ($Q=+0,91$), наступлением менархе в возрасте 8-12 лет ($Q=+0,72$), умеренной силы ($Q=+0,5$) - с сексуальной активностью, абортами в анамнезе и поздней менархе.

Разработан алгоритм оптимального использования индивидуально подобранных КОК-ов для девочек-подростков с различными гормональными нарушениями. Показан их высокий контрацептивный и корригирующий гормональные нарушения эффект.

Рекомендации по использованию: следует внедрить в практику работы Центров семейной медицины, гинекологических больниц, а также в учебные программы ВУЗов.

Область применения: Центры семейной медицины, группы семейных врачей, гинекологические стационары.

SUMMARY

of the dissertation by Poltava N. V. "Endocrine disruptions in the reproductive health of adolescent girls and modern opportunities for their hormonal correction and prevention" for scientific degree of candidate of medical sciences on specialty of obstetrics and gynecology - 14.01.01.

Key words: adolescent girls, endocrinopathy, reproductive health, hormonal correction.

Study object: Teenage girls of 15-17 years of the Kyrgyz Republic.

Aim of investigation: to scientifically substantiate and develop an algorithm for the prevention and treatment of endocrine disorders of reproductive function in adolescent girls on the basis of a complex analysis of the frequency, structure, and risk factors for the formation of this pathology.

Methods of investigation: clinical, laboratory, functional, hormonal, expert and statistical.

Results of study: a complex four-stage assessment of the gynecological incidence of adolescent girls was carried out, depending on their reproductive health and sexual behavior. It shows its growth in the dynamics of 2010-2014, an increase in the number of pregnancies, childbirth and abortions, as the coverage of their contraception is reduced.

It is established that in the structure of gynecological diseases 35.5% are endocrine disorders. A close, direct, correlation relationship was found with the early onset of sexual activity ($Q = + 0.91$), the onset of menarche at the age of 8-12 years ($Q = + 0.72$), moderate force ($Q = + 0.5$) with sexual activity, abortions in the anamnesis and late menarche.

An algorithm for the optimal use of individually selected COCs for adolescent girls with various hormonal disorders has been developed. Their high contraceptive and corrective hormonal effects are shown.

Recommendations for use: to be put into practice of Family medicine centers, gynecological hospitals, as well as in the curriculum of universities.

Field of use: family medicine centers / groups of family doctors, territorial, regional children's hospitals and Family Medicine medical schools.