

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

УДК 616.61–002.3–053.2

ШАХМАН НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА

РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я
У ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ З ПІЄЛОНЕФРИТОМ
ЯК ПІДГОТОВКА ДО МАТЕРИНСТВА

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2003

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Яковлева Ельвіра Борисівна,
Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького МОЗ України, професор кафедри
акушерства, гінекології та перинатології
факультету післядипломної освіти .

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Гайструк
Анатолій Никифорович**, Вінницький національний
медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2;
доктор медичних наук, професор **Венцківський
Борис Михайлович**, Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1.

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра акушерства,
гінекології та перинатології, м. Київ.

Захист дисертації відбудеться “___” _____ 2003 р. о _____ годині
на засіданні спеціалізованої вченої ради К 05.600.01 при Вінницькому
національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул.
Пирогова, 56)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного
медичного університету ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56)

Автореферат розісланий “___” _____ 200__ р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, доцент

Покидько М.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Актуальність теми. Хронічний пієлонефрит у дітей представляє серйозну медико-соціальну проблему. Поширеність пієлонефриту серед дітей залишається на високому рівні (24–32 на 1000 дітей) і має тенденцію до зростання (О.М.Віхляєва, 1998; В.Д.Чеботарьова, В.Г.Майданнік, 1998; А.Н. Гайструк, 1998; В.А.Гриценко, О.В.Бухарин, А.А.Вялкова, 1999; M.P.Warren, R.L.Vange Wielle, 1993; A.Wilamowska, M.Golap-Lipinska, E.Zudovich-Mucha, 1993).

Дана патологія схильна до хронізації, рецидивування та прогресування з формуванням нефросклерозу і розвитком хронічної ниркової недостатності, що приводять до інвалідизації організму і потребують лікування з заміщенням функції нирок (програмний гемодіаліз, трансплантація нирки) (І.К.Сосін, 1996; Т.Б.Сенцова, 1997).

Пієлонефритом частіше занеджують дівчатка (В.Г.Гришко, 1997; О.В.Грищенко, В.Ю.Щербаков, 1998; Б.М. Венцківський, 1998; Л.І.Туманова, В.В.Бей, О.В.Данков, 1998). Інфікування у них відбувається висхідним шляхом – з уретри через сечовий міхур, сечовід і ниркову миску. Крім того, можливий гематогенний шлях інфікування (О.В.Грищенко, В.Ю.Щербаков, 1998; Е.Б.Яковлева, Н.В.Шахман, 2000; S.V.Amini, P.M.Catalano, L.J.Dierker, 1996).

В літературі немає повідомлень про стан репродуктивного здоров'я у дівчаток з пієлонефритом, а, досягаючи репродуктивного віку, вони формують групу з високим ризиком порушень репродуктивного здоров'я, безпліддя, а також загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності, що може ускладнити її перебіг, результат пологів і характер післяпологового періоду. Своєрідний «цикл» може бути замкнутим, якщо врахувати, що у дівчаток, народжених від таких матерів, велика ймовірність розвитку пієлонефриту. Тому вивчення особливостей становлення репродуктивного здоров'я у дівчаток-підлітків з пієлонефритом є актуальним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є розділом і впливає з науково-дослідної роботи «Розробити науково-обґрунтовані схеми поетапної реабілітації репродуктивної функції дівчаток з патологічним антенатальним анамнезом» (№ держ. реєстрації 0100U000028, шифр теми МК 00.06.05), що затверджена Міністерством охорони здоров'я України на 2000–2002 роки і виконана на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету ім. М. Горького. Автор є співвиконавцем теми.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування порушень репродуктивного здоров'я у дівчаток-підлітків з пієлонефритом шляхом розробки науково-обґрунтованих схем профілактики та лікування.

Завдання дослідження.

1. Провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу антенатального та пубертатного періодів у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.
2. Виявити найбільш інформативні клініко-біохімічні показники для прогнозу перебігу пубертатного періоду у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

3. Вивчити особливості мікробіоценозу статевих шляхів, стан імунного статусу і гормонального профілю у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.
4. Розробити методи діагностики і лікування порушень репродуктивного здоров'я у дівчаток з пієлонефритом у пубертатному періоді, і шляхом диференційованого їхнього застосування впровадити для практичної охорони здоров'я.
5. Розробити програму реабілітації репродуктивного здоров'я у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

Об'єкт дослідження: репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

Предмет дослідження: мікробіоценоз статевих шляхів, імунологічні, гормональні показники у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

Методи дослідження: клінічні, імунологічні, гормональні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів.

1. Вперше вивчені особливості перебігу антенатального та пубертатного періодів у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

Факторами ризику розвитку ниркової інфекції у підлітків були: штучне вигодовування (80,0%), дисбактеріоз кишечника (91,1%), наявність інфекції в піхві (42,2%), прямій кишці (32,2%), порожнині рота (38,8%), носа і зіву (37,7%), сечовивідних шляхах (66,6%).

Статеве дозрівання дівчаток 13–16 років характеризувалося неправильним порядком появи вторинних статевих ознак (лонне й аксиллярне оволосіння випереджало дозрівання молочних залоз), порушенням менструальної функції в 88%, запізнюванням середнього віку настання менархе $12,8 \pm 0,1$, відзначено низький показник маси тіла та росту.

2. Вперше вивчені особливості мікробіоценозу статевих шляхів і стану імунного статусу та гормонального профілю у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.

Доведено, що у 26% підлітків була хламідійна інфекція, у 15% – мікоплазменна, у 24% – кандидозна, у 20% – гарднерельозна.

Встановлено у дівчаток 13-14 років з пієлонефритом збільшення IgG у сироватці крові й цервікальному слизі в 1,3 рази ($p < 0,05$), IgA – у сироватці крові, цервікальному слизі в 1,5 рази ($p < 0,05$), тенденція до збільшення відзначена в показниках IgM. У 15–16-літніх дівчаток з пієлонефритом для показників IgG і IgM відзначалися аналогічні тенденції, а для IgA спостерігалось зниження в 1,2 рази ($p < 0,05$).

Встановлені порушення в гормональному статусі характеризувалися зниженням рівня естрадіолу в 1,33 рази ($p < 0,05$), прогестерону в 1,36 рази ($p < 0,05$), кортизолу в 1,1 рази ($p < 0,05$) і підвищенням в 1,5 рази ($p < 0,05$) тестостерону, ЛГ і ФСГ, як у 13–14-літніх підлітків, так і в 15–16-літніх.

3. Вперше вивчені фактори ризику виникнення і розвитку ускладнень майбутньої вагітності і пологів у дівчаток-підлітків з пієлонефритом.
4. Вперше розроблено метод лікування та реабілітації репродуктивної функції у дівчаток-підлітків з пієлонефритом, з огляду на особливості

їхнього імунного статусу та гормонального профілю шляхом диференційованого застосування схем лікування та профілактики.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблена для практичної охорони здоров'я схема диференційованої комплексної терапії порушень репродуктивного здоров'я у дівчаток-підлітків з пієлонефритом дозволила домогтися більш вираженого клінічного ефекту і підготувати їх до материнства. На біль у животі перестали скаржитися 71% дівчаток з пієлонефритом, біль в попереку зникла в 77,8%, двохфазний менструальний цикл відновлено в 78%, планована вагітність наступила у віці після 19 років у 18 (72%) пацієнток з основної групи 15–16-річних підлітків з пієлонефритом.

Результати дослідження були впроваджені в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства, НДІ медичних проблем сім'ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького, обласній клінічній лікарні м. Донецька, лікарні Дніпровського району ім. О.С.Лучанського м.Херсона. Результати наукових досліджень за матеріалами дисертації використовуються в навчальному процесі на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету ім. М. Горького.

Особистий внесок здобувача. Автором обґрунтовані мета та завдання дослідження, зроблено підбір дівчаток-підлітків з пієлонефритом, а також дівчаток-підлітків, які входили у контрольну групу. Обрано методи обстеження пацієнток. Проведено детальний клінічний аналіз особливостей антенатального та пубертатного періодів. Вивчено показники імунологічного, гормонального статусу, мікробіоценозу статевих шляхів, на підставі яких виявлено розвиток ускладнень репродуктивного здоров'я. Особисто дисертантом розроблені і впроваджені схеми реабілітаційних заходів дівчаток-підлітків з пієлонефритом. Самостійно описані результати дослідження, сформульовані висновки.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на XI з'їзді Асоціації акушерів-гінекологів України (Київ, Україна, 2001 р.), на XVI Європейському конгресі акушерів-гінекологів (Мальмо, Швеція, 2001 р.), міжобласній науково-практичній конференції «Інфекція мочевиводящих путей» (Донецьк, Україна, 2002 р.), а також міжобласній конференції дерматовенерологів і косметологів Донецької області (Донецьк, 2002 р.).

Дисертація апробована на об'єднаному засіданні Вченої ради Науково-дослідного інституту медичних проблем сім'ї і кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти ДонДМУ ім. М. Горького (м. Донецьк, 2003 р.).

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 135 сторінках машинописного тексту. Обсяг основного тексту складає 114 сторінок і включає вступ, огляд літератури, опис методів дослідження, три розділи власних досліджень, аналіз отриманих результатів, висновки, практичні рекомендації та список використаної літератури (203 джерела, у тому числі 56 іноземних). Робота ілюстрована 36 таблицями та 15 малюнками.

Публікації. По темі дисертації опубліковано 18 друкованих робіт, у тому числі 13 статей у журналах і збірниках, затверджених ВАК України, 3 тези. Отримано 2 патенти на винахід.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Статистично-аналітичні дослідження були виконані на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДонДМУ ім. М. Горького.

Проведено комплексне обстеження 110 пацієнок у віці 13–16 років. Основну групу склали 56 пацієнок, що одержували лікування за розробленою автором схемою, 34 пацієнтки, що одержували лікування за загальноприйнятими схемами, ввійшли в групу порівняння. У контрольну групу ввійшли 20 здорових дівчаток-підлітків.

Обстеження пацієнок проведено з застосуванням комплексу методів:

1. Вивчення анамнестичних даних.
2. Клініко-лабораторні дослідження, огляд зовнішніх статевих органів, ректально-абдомінальне дослідження, а також біохімічний аналіз крові, сечі, коагулограма, проведене бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження вмісту прямої кишки, порожнини рота і носа, зіву (мигдалики), сечі, кон'юнктиви, піхви. У периферичній крові загальноприйнятими методами визначали рівень гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів. За допомогою світлооптичної техніки в мазку крові робили підрахунок лейкограми й оцінювали якісні та кількісні цитоморфологічні зміни лейкоцитів. Отримані результати перераховували в абсолютні значення для оцінки лейкограми і відносні – для оцінки цитоморфологічних змін (М.А. Базарнова, В.Т. Морозова, 1988). Проводили також: аналіз калу на дисбактеріоз, посів сечі на флору, ступінь бактеріурії і чутливість до антибіотиків, зіскоб з мигдаликів на флору; рентгенографію черепа та кисті, ультразвукове дослідження геніталій.
3. Вивчення гормонального статусу за допомогою тестів функціональної діагностики (базальна температура, кольпоцитограма), вміст у крові гормонів (естрадіол, прогестерон, тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, кортизол) на 7, 14 і 21 день менструального циклу.
Кров для дослідження забирали натще о 8 годині ранку з ліктьової вени, у положенні лежачи, в обсязі 7 мл з антикоагулянтном (25 ОД гепарину на 1 мл), стерильно. Дослідження рівня гормонів виконано радіоімунним методом за допомогою готових комерційних наборів фірми «SEA-IRE-Soring» (Франція) за прикладеними інструкціями.
4. Для вивчення імунного статусу визначали імуноглобуліни класу G, A, M у крові та цервікальному слизі.

Метод визначення імуноглобулінів G, A, M у сироватці крові. Вміст імуноглобулінів у сироватці крові визначали турбодиметричним методом з готовими комерційними наборами реактивів (м. Москва), фотометрію робили на спектрофотометрі вітчизняного виробництва.

Метод визначення імуноглобулінів G, A, M у цервікальному слизі. Зміст імуноглобулінів G, A, M у цервікальному слизі визначали радіальною імунодифузєю на гелі по G. Manchini (1965) у модифікації Д. Стефані та співавт. (1978).

Для виключення супутньої венеричної інфекції всі дівчатка-підлітки обстежені на наявність гонореї, гарднерельозу, сифілісу, ВІЛ.

Обстеження пацієнок проводилося з урахуванням соматичного, гінекологічного статусу при зіставленні результатів дослідження хворих і здорових пацієнок. Вивченню етіологічних факторів допомагав ретельно зібраний антенатальний анамнез і анамнез розвитку. Для оцінки фізичного розвитку враховувалися наступні показники: ріст, маса тіла, периметр грудної клітки, зовнішні розміри тазу. При оцінці статевого розвитку враховувалися час появи вторинних статевих ознак вік настання менархе, розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів. Ступінь розвитку вторинних статевих ознак оцінювався по п'ятибальній системі. Про стан статевих органів судили на підставі вагіноскопії та ректального обстеження. Морфофункційне дослідження стану внутрішніх статевих органів робили за допомогою ультразвукового дослідження. Враховувалися довжина, ширина матки, довжина шийки матки, передньозадній розмір матки та розміри яєчників.

За показниками проводилася рентгенографія турецького сідла з визначенням вертикального та горизонтального його розмірів. При обробці отриманих даних враховувалися висновки рентгенологів.

Всі обстежені пацієнтки знаходилися під спостереженням у лікаря-гінеколога дитячого і підліткового віку в жіночій консультації, гінекологічних відділеннях ДРЦОМД, у лікарні Дніпровського району ім. О.С. Лучанського м. Херсона. Обов'язковою була консультація суміжних фахівців: педіатра, окуліста, отоларинголога, ендокринолога, невропатолога.

Отримані дані оброблені на IBM PC AT стандартним пакетом Microsoft Excel 2000.

Результати власних досліджень. Дослідження свідчать, що 90 дівчаток народилися від матерів, що мали вогнища хронічної інфекції: запалення верхніх дихальних шляхів – 35 (38,9%) випадків, бронхіт – 27 (30,0%), тривала безплідність – 30 (33,3%), хронічний сальпінгофорит – 59 (65,6%) випадків. Багатоводдя мало місце у 57 (63,3%), а маловоддя у 21 (23,3%) жінки, загроза переривання вагітності і передчасних пологів відзначені у 32 (35,6%) обстежених, периферичний лейкоцитоз – у 57 (63,3%), внутрішньоутробна гіпоксія діагностована у 42 (46,7%), з малою масою тіла народилося 41 (45,6%), на штучному вигодовуванні були 72 (80,0%), що достовірно відрізнялося від частоти цієї патології в контрольній групі ($p < 0,05$).

Переважає більшість обстежених дівчаток з пієлонефритом (91,1%) мали супутню патологію шлунково-кишкового тракту: гострий – 20 (22,2%) та хронічний – 37 (41,1%) гастродуоденіт, дискінезію жовчовивідних шляхів – 17 (18,9%), дискінезію різних відділів кишечника – 27 (30,0%)

У групі дівчаток-підлітків з пієлонефритом інфекція в піхві спостерігалася у 38 (42,2%) пацієнок, сечових шляхах – у 60 (66,7%), порожнині рота – у 35 (38,9%), прямій кишці – у 29 (32,2%). Відзначається значне підвищення інфекційного вогнища в порожнині носа та зіву у 34 (37,8%) і 26 (28,9%) дівчаток-підлітків відповідно.

Кишкова паличка і ентерокок виявлялися в сечі дівчаток-підлітків з пієлонефритом (24,1% і 10,2% випадків відповідно) достовірно частіше, ніж у групі здорових дівчаток-підлітків (2,0% і 4,0% випадків відповідно). Слід

зазначити, що протей та синьогнійна паличка в сечі здорових дівчаток-підлітків не виявлялися зовсім, у той час як у сечі дівчаток-підлітків з пієлонефритом вони були виявлені в 5,4% і 9,6% випадків відповідно.

Мікробіологічне дослідження зіскоба з мигдаликів у дівчаток-підлітків з пієлонефритом показало наявність пневмококів і ентеробактерій – у 2,0% випадків, гемолітичного стрептококу – 2,5% випадків, кишкової палички – 7,0% випадків.

Як показало мікробіологічне дослідження піхви у дівчаток-підлітків з пієлонефритом, епідермальний стафілокок був виявлений у 29,1% випадків, кишкова паличка – у 25,3%, ентерокок – 16,4%, гриби роду кандиди – 5,0% випадків.

Наявність уrogenітальної інфекції виявлено у всіх обстежених із хронічним пієлонефритом. Найбільш часто зустрічалися хламідії і кандиди – відповідно у 23 (25,6%) і 22 (24,4%) обстежених.

При оцінці статевого дозрівання дівчаток з хронічним пієлонефритом встановлено, що у 40 (44,4%) з них лонне й аксиллярне оволосіння випереджало дозрівання молочних залоз, тоді як у дівчаток контрольної групи молочні залози у своєму розвитку випереджають статеве оволосіння.

У дівчаток з пієлонефритом мали місце більш низькі показники маси тіла й росту. Розміри таза запізнювалися від аналогічних параметрів здорових однолітків.

Малася тенденція до більш пізнього віку менархе у дівчаток з пієлонефритом у порівнянні зі здоровими дівчатками: у групі 13–14 років – $12,8 \pm 1,0$ і $11,8 \pm 0,2$ роки відповідно, у групі 15–16 років – $12,8 \pm 0,2$ і $11,8 \pm 0,2$ роки відповідно. У дівчаток-підлітків з пієлонефритом мали місце пубертатні маткові кровотечі (12,2%), альгодисменорея (18,9%), гіпоменструальний синдром (17,8%), вторинна аменорея (44,4%).

Серед дівчаток основної групи за даними УЗД розміри яєчників перевищували норму: правий – $4,60 \pm 0,21$ см, лівий – $5,20 \pm 0,10$ см, тоді як у контрольній групі вони були рівні $2,90 \pm 0,10$ см і $2,60 \pm 0,10$ см відповідно. У дівчаток-підлітків контрольної групи гінекологічних захворювань не було.

У периферичній крові в невеликій кількості реєструвалися нейтрофіли з токсичною зернистістю ($4,1 \pm 0,9\%$). Адгезія нейтрофілів реєструвалася практично у всіх обстежених підлітків з пієлонефритом і склала $2,3 \pm 0,33\%$.

У крові виявлені атипові форми лімфоцитів і моноцитів ($1,6 \pm 0,3\%$). Атипові і двоядерні моноцити були виявлені в $0,09\% \pm 0,07\%$ від вмісту цих кліток у периферичній крові. Поява в незначній кількості кліток з цитоморфологічними змінами відбивала наявність токсично-запального процесу.

Незначний лейкоцитоз, лімфопенія і еозінопенія відзначені у 35 (38,9%) дівчаток-підлітків з пієлонефритом, синдром ендогенної інтоксикації середнього ступеня відзначений у 15 (16,7%), важкої – у 5 (5,6%) з перевагою деструктивного компоненту над токсичним.

Таким чином, у дівчаток з пієлонефритом були виражені симптоми хронічної інтоксикації: знижений апетит, відставання росту, маси тіла, підвищена стомлюваність, головний біль, приступообразний біль в животі без чіткої локалізації. В аналізі крові була діагностована анемія, лейкоцитоз, підвищена ШЗЕ. В аналізі сечі – бактеріурія.

Для виявлення можливих факторів ризику була розроблена спеціальна карта обстеження. Карта заповнювалася при особистому контакті з дівчиною-підлітком. В неї були включені дані про антенатальний анамнез, соціальні фактори, спадкоємну обтяженість, особливості менструальної функції у пацієнтки та її матері, дані загального та інструментального досліджень, антропометрії. Для кожної ознаки був розрахований поправочний прогностичний коефіцієнт.

Для зниження відсотка порушення репродуктивного здоров'я серед дівчаток-підлітків і дівчат з пієлонефритом розроблено поетапне їх ведення.

Лікування було проведено за загальною схемою 34 підліткам, 56 дівчаток лікувалися за розробленою нами схемою, де було поетапне їх ведення: починаючи з пубертатного періоду, з включенням вітамінотерапії, дієтотерапії, санітарно-гігієнічних заходів.

1. На етапі лікаря педіатра: профілактика та лікування дівчаток з вогнищами інфекції, як групи ризику по порушенню репродуктивного здоров'я; диспансеризація дівчаток-підлітків групи ризику по патології репродуктивного здоров'я з 12 до 18 років лікарем підліткового кабінету разом з акушером-гінекологом, отоларингологом, невропатологом, ендокринологом.
2. Санітарно-просвітницька робота: навчити вести менструальний календар і користуватися контрацептивами. Боротьба зі шкідливими звичками.
3. Своєчасна діагностика та лікування захворювань статевої системи.
4. Дієтотерапія. В раціон були включені продукти, що містять достатню кількість вітамінів, полінасичені жирні кислоти і токоферолі рослинних олій. Замість цукру – мед (4–5 ложок у день). Додавали апілак по 0,01 (1 таблетка 3 рази в день) протягом 15 днів. Для підвищення адаптаційних можливостей організму призначалися настій лимонника, женьшеня, або екстракт лівзеї рідкий – по 20 крапель у першій половині дня до їжі – 10 днів, модулятор імунної системи дибазол, у таблетках, з розрахунку: 13–14 років – 0,05 мг 1 раз на добу, 15–16 років – 0,1 мг 1 раз на добу протягом 1 місяця до їжі або через 2 години після.
5. Вітамінотерапія. Фолієва кислота – по 50 мкг щодня в першу фазу індивідуального менструального циклу. Глутамінова кислота – по 1 мг 2 рази в день в I фазу індивідуального менструального циклу. Вітамін E призначався в II фазу індивідуального менструального циклу по 100 мкг щодня.

Есенціале – по 2 капсули 3 рази в день протягом 15 днів.

При виборі антибактеріальних препаратів орієнтувалися на індивідуальну переносимість і чутливість флори, а також функціональний стан нирок. Лікування основного захворювання проводив педіатр після консультації нефролога.

У дівчаток 13–14 років вміст ФСГ і ЛГ як до ($4,60 \pm 0,09$ мЕ/л, $5,60 \pm 0,70$ мЕ/л відповідно), так і після лікування ($3,90 \pm 0,70$ мЕ/л, $4,00 \pm 0,90$ мЕ/л відповідно) був вище, ніж в контрольній групі ($3,10 \pm 0,20$ мЕ/л та $3,60 \pm 0,01$ мЕ/л відповідно) ($p < 0,05$). І незважаючи на те, що досліджувані показники після лікування мали тенденцію до зниження, вони не досягали рівня контрольної групи. Рівень пролактину підвищився недостатньо після лікування ($220,90 \pm 75,10$ нмоль/л до

лікування та $227,40 \pm 54,20$ нмоль/л після лікування), але рівня контролю ($230,40 \pm 60,00$ нмоль/л) не досяг. Що стосується показників кортизолу, то можна відзначити його достовірне підвищення після лікування: до лікування $249,90 \pm 54,60$ нмоль/л, після лікування – $354,50 \pm 23,20$ нмоль/л, контроль – $275,50 \pm 44,10$ нмоль/л ($p < 0,05$). Відсутність характерних двохфазних циклів відзначено в рівнях естрадіолу та прогестерону.

У підгрупі дівчаток 15–16 років на 7, 14, 21 день менструального циклу після лікування відзначалася позитивна динаміка як ЛГ, так і ФСГ, хоча рівня контрольної групи вони не досягали. Рівень кортизолу на 7, 14, 21 день менструального циклу в деякій мірі підвищився після лікування і був вище, ніж в контрольній групі. При вивченні рівня естрадіолу і прогестерону на 7, 14, 21 день менструального циклу відзначена позитивна динаміка цих показників після лікування. Рівень тестостерону як у 13–14-літніх, так і у 15–16-літніх дівчаток з піелонефритом був вище до і після лікування, ніж у їхніх здорових ровесниць.

З метою виявлення особливостей стану імунної системи, проведено вивчення в крові і цервікальному слизі вмісту імуноглобулінів класу G, A, M у 90 дівчаток з піелонефритом через 30 днів після закінчення лікування.

У дівчаток 13–14 років основної групи рівень Ig G у крові до лікування ($12,90 \pm 1,40$ г/л) був вище, ніж у контрольній групі ($10,00 \pm 1,65$ г/л) й групі після лікування ($11,90 \pm 1,30$ г/л). Що стосується Ig A, тут слід зазначити його незначне підвищення після лікування ($1,50 \pm 0,09$ г/л та $1,40 \pm 0,01$ г/л до та після лікування відповідно, $p < 0,05$), однак він був нижче, ніж у контрольній групі ($1,00 \pm 0,01$ г/л). Така ж закономірність відзначена в діагностиці Ig M: до лікування $1,80 \pm 0,08$ г/л, після лікування $1,90 \pm 0,03$ г/л, контроль – $0,90 \pm 0,09$ г/л ($p < 0,05$).

Вміст Ig G у цервікальному слизі відбивало динаміку проведеного лікування: його зменшення після лікування ($1,00 \pm 0,02$ г/л) в порівнянні з показниками групи до лікування ($1,20 \pm 0,09$ г/л, $p < 0,05$), однак ці показники були вищі, ніж в контрольній групі ($0,90 \pm 0,08$ г/л). Така ж закономірність відзначена в динаміці Ig A (до лікування – $1,00 \pm 0,04$ г/л, після лікування – $0,90 \pm 0,01$ г/л, контроль – $0,65 \pm 0,05$ г/л, $p < 0,05$) та Ig M (до лікування $0,10 \pm 0,06$ г/л, після лікування $0,01 \pm 0,001$ г/л, контроль – не виявлено, $p < 0,05$).

В групі дівчаток 15–16 років на 7, 14, 21 день менструального циклу значення Ig G у крові після лікування ($12,20 \pm 3,10$ г/л, $12,60 \pm 1,90$ г/л, $11,900 \pm 2,30$ г/л відповідно за днями МЦ) мали тенденцію до зниження в порівнянні з групою до лікування ($12,90 \pm 2,92$ г/л, $12,70 \pm 2,61$ г/л, $13,00 \pm 1,90$ г/л), однак вони не досягали рівня досліджуваного показника в контрольній групі ($10,40 \pm 2,61$ г/л, $1060 \pm 2,41$ г/л, $1070 \pm 2,61$ г/л відповідно за днями МЦ). Слід зазначити, що показники Ig A в крові після лікування підвищилися і були вищі, ніж у контрольній групі на 7, 14, 21 день менструального циклу ($p < 0,05$). Така ж закономірність відзначена й у показниках Ig M, і лише на 21 день менструального циклу його показники мали достовірну тенденцію до нормалізації, але рівня контрольної групи не досягали.

Концентрація стероїдних і пептидних гормонів
у крові обстежених пацієнток 15–16 років до і після лікування ($M \pm m$, p)

Гормони	Основна група, n=25		Група порівняння, n=15		Контрольна група, n=10
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
7 день МЦ					
ЛГ, мЕ/л	5,6±0,4 ^{2 1}	7,4±0,2 ^{1 3}	5,5±0,4 ¹	6,3±0,4 ¹	2,3±1,3
ФСГ, мЕ/л	4,6±0,09 ^{2 1}	3,7±0,1	4,8±0,09 ^{2 3}	3,6±0,3	3,5±0,1
Прл, нмоль/л	256,3±21,4	254,6±20,1	259,3±21,4	256,7±22,6	252,4±21,2
К, нмоль/л	326,2±11,2	337,9±11,9	320,2±11,2	328,7±12,6	327,4±18,3
Е ₂ , нмоль/л	0,17±0,05	0,15±0,01	0,15±0,05	0,14±0,06	0,27±0,06
П, нмоль/л	1,10±0,09 ¹	1,20±0,10 ¹	1,00±0,09 ¹	1,10±0,09 ¹	1,40±0,05
Т, нмоль/л	1,20±0,09	1,30±0,01	1,20±0,10	1,20±0,19	1,30±0,01
14 день МЦ					
ЛГ, мЕ/л	14,0±0,9 ¹	13,9±0,7 ¹	13,0±0,9 ¹	14,0±1,0 ¹	7,2±0,1
ФСГ, мЕ/л	6,5±1,9 ¹	6,9±1,7 ¹	6,6±1,9 ¹	6,6±1,0 ¹	4,0±0,4
Прл, нмоль/л	272,0±20,0	271,4±17,6	270,0±20,0	270,9±21,6	275,6±12,5
К, нмоль/л	325,0±11,2 ²	401,1±10,6 ¹	320,0±11,2 ²	396,9±15,9 ¹	322,7±11,6
Е ₂ , нмоль/л	1,20±0,04 ²	1,00±0,10	1,10±0,04	1,10±0,15	1,20±0,30
П, нмоль/л	4,20±0,20	4,30±0,10	4,10±0,20	4,20±0,09	4,70±1,20
Т, нмоль/л	1,20±0,60 ¹	1,20±0,20 ¹	1,20±0,60 ¹	1,20±0,40 ¹	0,40±0,01
21 день МЦ					
ЛГ, мЕ/л	4,2±0,9	4,0±0,1 ¹	5,0±0,9 ¹	4,7±0,85 ¹	3,2±0,1
ФСГ, мЕ/л	3,5±0,9 ¹	3,0±1,1 ¹	3,6±0,9 ¹	3,2±1,3 ¹	1,0±0,01
Прл, нмоль/л	259,0±11,4 ²	212,4±11,1 ¹	259,0±11,4	237,9±12,7	252,4±21,2
К, нмоль/л	312,4±11,5 ^{2 1}	452,1±24,6 ¹	312,4±11,5 ^{2 1}	399,7±25,9	363,2±17,6
Е ₂ , нмоль/л	0,50±0,10 ¹	0,60±0,10 ¹	0,40±0,10 ¹	0,50±0,01 ¹	0,80±0,10
П, нмоль/л	20,10±2,10 ¹	21,10±2,40 ¹	20,00±1,10 ¹	20,40±1,40 ¹	29,20±4,50
Т, нмоль/л	1,30±0,20 ¹	1,30±0,10 ¹	1,30±0,40 ¹	1,30±0,09 ¹	0,20±0,10

Примітки:

¹ – показники достовірно відрізняються від показників в контрольній групі (p < 0,05)

² – різниця в показниках до та після лікування достовірна (p < 0,05)

³ – показники достовірно відрізняються від показників в групі порівняння (p < 0,05)

Показники імуноглобуліну класу G у цервікальному слизі в групі дівчаток 15–16 років як до, так і після лікування на 7 і 14 день менструального циклу вірогідно не мінялися і наближалися до показників контрольної групи. Однак на 21 день мала місце його достовірна нормалізація (до лікування 1,60±0,91 г/л, після лікування – 1,50±0,52 г/л, контроль – 1,40±0,61 г/л). Що стосується Ig A, в тій же групі підлітків на 7, 14, і 21 день відзначалася його достовірна нормалізація. Зміст Ig M в цервікальному слизі на 7 і 14 день менструального циклу як до лікування, так і після вірогідно не мінявся, і був вище рівня контрольної групи, однак на 21 день чітко простежується його нормалізація після лікування (до лікування 0,21±0,04 г/л, після лікування – 0,12±0,01 г/л, контроль – не виявлено, p < 0,05).

Проведене лікування та спостереження на протязі 6 років показали, що в групі 13–14-літніх дівчаток воно привело до достовірної стабілізації

досліджуваних показників, у той час як у групі 15–16 років дані показники наближалися до фізіологічних, але не достовірно.

При порівнянні антропометричних даних дівчаток 13–14 років до і після лікування слід зазначити, що маса достовірно збільшувалася і наближалася до значень у групі контролю, а в групі дівчаток-підлітків 15–16 років маса тіла збільшувалася, але не вірогідно. Ріст дівчаток після лікування збільшився, але також не вірогідно, тобто вони помітно відставали від своїх однолітків.

Якщо до лікування порушення менструальної функції спостерігалось у 57,8% дівчаток, то після – у 11,1%. Біль в попереку до лікування відзначали 91,1% дівчаток, після лікування – 13,3%. Біль унизу живота був у 87,7% дівчаток, після лікування – у 16,7%. Вагітність наступила після 19 років у 72,0% пацієнток в основній групі дівчаток 15-16 років з пієлонефритом.

У групі порівняння досліджувані показники імуногормонального фону мали незначні коливання убік нормалізації, і у цих дівчаток не було змін в антропометричних даних.

Таким чином, пієлонефрит, дисбактеріоз кишечника, тривалий запальний процес геніталій у дівчаток-підлітків з патологічним антенатальним і пубертатним періодом привів до порушень імуногормонального обміну і становлення репродуктивної функції.

Тому, ми вважаємо, що дівчатка повинні бути під наглядом не тільки педіатра, але й отоларинголога, нефролога, ендокринолога, і обов'язково – гінеколога.

ВИСНОВКИ

Дана дисертаційна робота є рішенням на сучасному рівні питань реабілітації репродуктивного здоров'я дівчаток з пієлонефритом, як підготовки до материнства. Відомо, що поширеність пієлонефриту серед дівчаток складає 2,4–3,2%, маючи тенденцію до росту. Під час вагітності і пологів частота пієлонефриту сягає 20%.

1. Встановлено, що факторами ризику розвитку ниркової інфекції у підлітків з пієлонефритом були: штучне вигодовування (80,0%), дисбактеріоз кишечника (91,1%), а також наявність інфекції в піхві (42,2%), прямій кишці (32,2%), порожнині рота (38,8%), носа і зіву (37,7%), сечовивідних шляхах (66,6%).
2. Доведено, що у дівчаток-підлітків з пієлонефритом у 25,5% була хламідійна інфекція, у 15,5% – мікоплазменна, у 24,4% – кандидозна, у 20,0% – гарднерельозна. У 86% випадків мікрофлора піхви, прямої кишки, порожнини рота, носа, зіву, сечового міхура збігалася.
3. Встановлено, що статеве дозрівання дівчаток 13–16 років, що проходило на фоні пієлонефриту, характеризувалося неправильним порядком появи вторинних статевих ознак (лонне й аксиллярне оволосіння випереджало дозрівання молочних залоз) у 44,4%, порушенням менструальної функції в 88,8%, запізнюванням середнього віку настання менархе $12,8 \pm 0,1$ (у контрольній групі $11,2 \pm 0,2$ роки). Відзначено низький показник маси тіла і росту.
4. У дівчаток 13–14 років з пієлонефритом встановлені порушення в гормональному статусі, що характеризувалися зниженням рівня естрадіолу в 1,33 рази ($p < 0,05$), прогестерону в 1,36 рази ($p < 0,05$), кортизолу в 1,1 рази ($p < 0,05$) і підвищенням приблизно в 1,5 рази ($p < 0,05$) тестостерону, ЛГ і ФСГ. Ця ж закономірність відзначена й у дівчаток 15–16 років ($p < 0,05$).
5. Встановлено у дівчаток 13–14 років з пієлонефритом збільшення Ig G у сироватці крові та цервікальному слизі в 1,3 рази ($p < 0,05$), Ig A – у сироватці крові й у цервікальному слизі в 1,5 рази ($p < 0,05$), тенденція до збільшення відзначена в показниках Ig M. У 15–16-літніх дівчаток з пієлонефритом для показників Ig G і Ig M відзначалися аналогічні тенденції, а для Ig A спостерігалася зниження в 1,2 рази ($p < 0,05$).
6. Розроблений і впроваджений лікувально-діагностичний комплекс заходів сприяв відновленню менструальної функції з двохфазним менструальним циклом у 78% дівчаток з пієлонефритом. На біль у животі після лікування перестали скаржитися 71% дівчаток з пієлонефритом, біль в попереку зникла в 77,8%. Планована вагітність наступила у віці після 19 років у 18 (72%) пацієнток з основної групи 15–16-річних з пієлонефритом.

ПЕРЕЛІК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Яковлева Э.Б., Шахман Н.В., Толкач Н.С., Сергиенко М.Ю., Золото Е.В. Особенности прогнозирования генеративной функции у девочек-подростков // Медико-социальные проблемы семьи. – 2000. – Т. 5, № 2–3. – с. 11–16. (Провела підбір матеріалу, обґрунтувала висновки).
2. Яковлева Э.Б., Золото Е.В., Парахина О.Н., Толкач Н.С., Шахман Н.В. Этиопатогенетические механизмы становления менструальной функции у подростков со стресс-амеореей // Медико-социальные проблемы семьи. – 2000. – Т. 5, № 4. – с. 73–77. (Провела дискусію, обґрунтувала висновки).
3. Шахман Н.В., Яковлева Е.Б., Дьоміна Т.М. Лікування пімафуцином дівчаток-підлітків, хворих на кандидозний вульвовагініт // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – Т. 8, № 3. – с. 74–76. (Розробила систему профілактики, провела підбір пацієнток, обґрунтувала висновки).
4. Яковлева Э.Б., Толкач Н.С., Золото Е.В., Шахман Н.В. Некоторые вопросы гормональной адаптации у девочек-подростков // Український медичний альманах. – 2000. – Т. 3, № 6. – с. 218–221. (Обрала напрямок дослідження, зробила висновки).
5. Яковлева Е.Б., Шахман Н.В. Особливості перебігу хронічного пієлонефриту у дітей // Урологія. – 2000. – № 4. – с. 74–78. (Розробила програму дослідження, провела аналіз результатів, розробила висновки та практичні рекомендації).
6. Яковлева Э.Б., Филиппова Н.Г., Говоруха И.Т., Толкач Н.С., Золото Е.В., Шахман Н.В. Изучение и теоретическое обоснование патогенетических механизмов нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков с патологическим антенатальным анамнезом // Медико-социальные проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 2. – с. 113. (Провела дискусію, обґрунтувала висновки).
7. Яковлева Э.Б., Шахман Н.В. Особенности течения нейтрального периода детства девочек, рожденных матерями с пиелонефритом // Медико-социальные проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 2. – с. 123. (Розробила програму дослідження, обґрунтувала висновки).
8. Шахман Н.В., Яковлева Э.Б. Особенности гормонального гомеостаза у девочек-подростков с хроническим пиелонефритом // Медико-социальные проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 3. – с. 18–21. (Обрала напрямок дослідження та розробила його програму, провела аналіз результатів роботи).
9. Яковлева Е.Б., Шахман Н.В. Особливості мікробіоценозу у дівчаток-підлітків, хворих на пієлонефрит // Урологія. – 2001. – № 2. – с. 40–42. (Провела аналіз даних, обґрунтувала висновки).
10. Толкач Н.С., Яковлева Е.Б., Шахман Н.В. Ефективність застосування препарату ЕКСО в дівчат-підлітків з порушенням менструального циклу // Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т. 5, № 2-3. – с.

- 192–193. (Обґрунтувала використання препарату, розробила його схему).
11. Яковлева Е.Б., Шахман Н.В. Оцінка стану репродуктивної системи дівчаток та дівчат, хворих на хронічний пієлонефрит // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – № 1. – с. 65–66. (Обрала напрямок дослідження, провела аналіз результатів роботи).
 12. Яковлева Э.Б., Шахман Н.В. Показатели иммуноглобулинов G, A, M в сыворотке крови и цервикальной слизи у девочек-подростков с пиелонефритом // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – с. 705–706. (Розробила програму дослідження, обґрунтувала результати роботи)
 13. Yakovleva E.B., Filippova N.G., Tolkach N.S., Shakhman N.V. Chlamidial infection, fetus, infant, young pregnant women // 16th European Congress of Obstetrics and Gynecology (EAGO/EBCOG). – Malmo, Sweden, 2001. – p. 33. (Провела аналіз даних, обґрунтувала висновки).
 14. Гребельная Н.В., Яковлева Э.Б., Шахман Н.В. Особенности течения беременности у юных с пиелонефритом // Медико-социальные проблемы семьи. – 2002. – Т. 7, № 2. – с. 76–80. (Обрала напрямок дослідження та розробила його програму).
 15. Яковлева Е.Б., Шахман Н.В., Толкач Н.С., Гребельна Н.В. Лікування дівчаток-підлітків з патологічним антенатальним анамнезом, хворих на вульвовагініт // Вісник наукових досліджень. – 2002. – Т. 26, № 2 (додаток). – с. 116–118. (Розробила й обґрунтувала програму лікування, провела статистичний аналіз результатів роботи).
 16. Яковлева Э.Б., Гребельная Н.В., Шахман Н.В. Иммунологические взаимоотношения в системе «мать – плод» при хроническом пиелонефрите // Збірник науково-практичних робіт Асоціації дермато-венерологів та косметологів Донецької області “Здоровий світ”. – Донецьк, 2002. – с. 83. (Провела аналіз результатів роботи).
 17. Чайка В.К., Яковлева Е.Б., Дьоміна Т.М., Толкач Н.С., Шахман Н.В. Комбінований засіб для лікування порушень менструального циклу у дівчаток-підлітків // Патент України № 45254 А, МПК⁷: А61К31/00, А61К35/78. – Заявка № 2001074798 від 10.07.2001. – Опубл. 15.03.2002. – Бюл. № 3. (Співавтор ідеї винаходу, розробила методики профілактики, обґрунтувала висновки).
 18. Чайка В.К., Яковлева Е.Б., Дьоміна Т.М., Ракша-Слюсарева О.А., Толкач Н.С., Шахман Н.В. Спосіб лікування порушень менструального циклу у дівчат-підлітків з патологічним антенатальним анамнезом // Патент України № 53556 А, МПК⁷: А61К31/195, А61К35/355. – Заявка № 2002075921 від 17.07.2002. – Опубл. 15.01.2003. – Бюл. № 1. (Співавтор ідеї винаходу, розробила методики профілактики, обґрунтувала висновки).

АНОТАЦІЯ

Шахман Н.В. “Реабілітація репродуктивного здоров’я у дівчаток-підлітків з пієлонефритом як підготовка до материнства”. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, МОЗ України, Вінниця. – 2003.

Дисертація присвячена темі, що має велике наукове та медико-соціальне значення, тому що поширеність хронічного пієлонефриту серед дітей залишається на високому рівні і має тенденцію до росту.

Проведено комплексне обстеження 90 дівчаток з пієлонефритом, у контрольну групу ввійшли 20 здорових дівчаток. У групі дівчаток з пієлонефритом спостерігалася інфекція в піхві, сечових шляхах, порожнині рота, прямій кишці. Для виявлення можливих факторів ризику була розроблена спеціальна карта обстеження, в яку були включені дані про антенатальний анамнез, соціальні фактори, спадкоємну обтяженість, особливості менструальної функції у пацієнтки та її матері, дані загального та інструментального досліджень, антропометрії. Розроблено поетапне ведення дівчаток з пієлонефритом починаючи з пубертатного періоду, з включенням вітамінотерапії, дієтотерапії, санітарно-гігієнічних заходів. Проведене лікування та спостереження на протязі 6 років показали, що воно привело до достовірної стабілізації досліджуваних показників. Розроблений і впроваджений лікувально-діагностичний комплекс заходів сприяв відновленню і нормалізації менструальної функції з двохфазним менструальним циклом, значному покращенню загального стану пацієнток.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, пієлонефрит, репродуктивне здоров’я, мікробіоценоз статевих шляхів, гормони, імуноглобуліни.

АННОТАЦИЯ

Шахман Н.В. “Реабилитация репродуктивного здоровья у девочек-подростков с пиелонефритом как подготовка к материнству”. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова Министерства здравоохранения Украины, Винница. – 2003.

Диссертация посвящена теме, которая имеет большое научное и медико-социальное значение, поскольку хронический пиелонефрит у детей является серьезной медико-социальной проблемой. Его распространенность среди детей остается на высоком уровне (2,4–3,2%) и имеет тенденцию к росту.

Проведено комплексное обследование 110 пациенток в возрасте 13–16 лет. Основную группу составили 56 пациенток, которые получали лечение по разработанной автором схеме, 34 пациентки, получали лечение по общепринятым схемам, вошли в группу сравнения. В контрольную группу вошли 20 здоровых девочек-подростков.

Подавляющее большинство обследованных девочек с пиелонефритом имели сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта: острый и хронический гастродуоденит, дискинезию желчевыводящих путей, дискинезию разных отделов кишечника. В группе девочек-подростков с пиелонефритом наблюдалась инфекция во влагалище, мочевых путях, полости рта, носа и зева, прямой кишке. Для выявления возможных факторов риска была разработана специальная карта обследования, в которую были включены данные об антенатальном анамнезе, социальные факторы, отягощенная наследственность, особенности менструальной функции у пациентки и ее матери, данные общего и инструментального исследований, антропометрии. Для снижения процента нарушений репродуктивного здоровья среди девочек-подростков и девушек с пиелонефритом разработано поэтапное их ведение: начиная с пубертатного периода, с включением витаминотерапии, диетотерапии, санитарно-гигиенических мероприятий. Проведенное лечение и наблюдение на протяжении 6 лет показали, что в группе 13–14-летних девочек-подростков оно привело к достоверной стабилизации исследуемых показателей, в то время как в группе 15–16-летних данные показатели приближались к физиологическим, но не достоверно.

Разработанный и введенный лечебно-диагностический комплекс мероприятий содействовал восстановлению менструальной функции с двухфазным менструальным циклом у 78% девочек-подростков с пиелонефритом. На боль в животе после лечения перестали жаловаться 71% девочек с пиелонефритом, боли в пояснице исчезли у 77,8%. Планированная беременность наступила в возрасте после 19 лет у 18 (72%) пациенток из основной группы 15–16-летних с пиелонефритом.

Ключевые слова: девочки-подростки, пиелонефрит, репродуктивное здоровье, микробиоценоз половых путей, гормоны, иммуноглобулины.

SUMMARY

Shahman N.V. “Reproductive health rehabilitation of adolescent girls with pyelonephritis as preparation to motherhood”. – The manuscript.

Thesis for scientific degree of a candidate of medical science in speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology. – Vinnitsa State Pirogov Memorial Medical University of Ministry of Public Health, Ukraine, Vinnitsa. – 2003.

The thesis devoted to study the problem of chronic pyelonephritis among children, which has very serious medical, social and scientific significance.

90 adolescent girls with pielonephritis were examined. The control group included 20 healthy adolescent girls. Among girls with pyelonephritis the infection in vagina, rectum, urinary tract, oral cavity was discovered. The author proposed a special investigating card, which included data about antenatal anamnesis, social factors, menstrual function of patient and her relatives, results of somatic and instrumental studies, congenital pathology and others. The scheme of reproductive health rehabilitation was worked out. It includes nutrition, vitamin therapy, and hygienic measures. The observation during 6 years showed that proposed treatment leads to stabilization of investigated data, among 13-14 aged adolescent girls.

This complex of measures repaired the menstrual function in 78% girls with pyelonephritis. The pain in the back disappeared in 77,8% adolescents and in 71% adolescents in case of abdominal pain.

Key words: adolescent girls, pyelonephritis, reproductive health, microbiocenosis of genital tract, hormones, immunoglobulins.