



## SEMNIIFICAȚIA CLINICĂ A DEREGLĂRILOR ENDOCRINE ÎN GENEZA DISFUNȚIILOR MENSTRUALE LA ADOLESCENTELE CU OBEZITATE

*Liliana Profire<sup>1</sup>, Gabriela Solcanu<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

<sup>2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

**Cuvinte-cheie:** ciclu menstrual, sângerare uterină anormală, amenoree, oligomenoree

### Introducere

Una dintre componentele sănătății reproductive a unei națiuni este sănătatea reproductivă a adolescenților. Starea de sănătate în adolescență determină situația demografică viitoare a țării. Actualmente, în literatura de specialitate se menționează o rată înaltă (cca 50%) a morbidității în rândurile adolescenților, care în mod inevitabil, poate avea impact negativ asupra funcției de reproducere, iar aproximativ o treime dintre aceștia suferă de patologii ale sistemului reproductiv. Există o legătură directă între funcția organelor de reproducere și cantitatea de țesut adipos în organism. Astfel, menarha apare atunci când greutatea corporală atinge media de 47,8 kg și raportul dintre țesutul adipos și greutatea corporală totală constituie 17%. Pentru a se menține un ciclu menstrual regulat, acest raport ar trebui să constituie 22%. În cazul în care conținutul de țesut adipos depășește sau este mai mic decât cel indicat (22%), se modifică activitatea proceselor de aromatizare extragonadală a androgenilor în estrogeni, ceea ce va afecta ulterior feedbackul în sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare. În ultimele decenii, obezitatea la copii și adolescenți a înregistrat o creștere covârșitoare la nivel mondial. Obezitatea alimentară provoacă în adolescență neregularități menstruale de șase ori mai frecvent și poate dubla riscul de infertilitate primară. Printre cele mai frecvente dereglări ale ciclului menstrual la adolescentele cu obezitate se numără: amenoreea, oligomenoreea, sângerarea uterină anormală și dismenoreea. Obezitatea provoacă și dereglări endocrine în perioada pubertății, având un impact asupra dezvoltării sexuale – pubertatea precoce sau tardivă.

### Scopul

Estimarea și valorizarea dereglărilor endocrine în dezvoltarea disfuncțiilor menstruale pentru elaborarea unor strategii de management al dereglărilor de ciclu menstrual la adolescentele cu obezitate incluse în această cercetare.

### Materiale și metode

Studiul curent este de tip descriptiv, neexperimental. Metodele de studiu au inclus metoda chestionarului și analiza statistică matematică. Lotul de studiu a inclus 186 de adolescente cu obezitate și dereglări ale ciclului menstrual internate în secția de ginecologie infantilă a IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe o perioadă de 5 ani (anii 2018-2023). Lotul de cercetare a fost constituit din 150 de paciente, iar grupul de control a inclus 136 de paciente sănătoase cu IMC 19,4 kg/m<sup>2</sup> și ciclu menstrual regulat.

### Rezultate

Vârsta medie a pacientelor din grupul de studiu a constituit 14,87±1,78 ani și 15 ani±1,6 ani în grupul de control. Toate adolescentele cu dereglări ale funcției menstruale din studiu au prezentat un indice de masă corporală (IMC) crescut: 132 (88%) cu obezitate de gradul I; 8 (5,34%) cu obezitate de gradul II, 3 (2%) cu obezitate morbidă și 7 (4,67%) cu supraponderabilitate. În grupul de control, IMC- ul mediu al pacientelor a fost de 19,4 kg/m<sup>2</sup>. Obezitatea în grupul de cercetare s-a asociat cu tulburări de metabolism, manifestate nu doar prin IMC crescut, ci și prin niveluri ridicate ale glicemiei a jeun sau postprandial și niveluri mai scăzute de globulină care leagă hormonii sexuali. Analiza profilului glicemic la pacientele din grupurile de studiu a relevat că glicemia a jeun și postprandială crescută a fost observată în ambele grupuri de paciente – la 23 de paciente din grupul de cercetare (15,33%) cu IMC crescut și la 3 paciente (2,20 %) din grupul celor cu IMC normal. Nivelul hiperglicemiei a jeun a constituit 6,75±0,23 mmol/l, hiperglicemia postprandială (la 1-2

h) la 3 paciente a fost de  $11,01 \pm 0,15$  mmol/l. Insulinorezistența, evaluată prin HOMA IR, a fost determinată la 36 de paciente din grupul de cercetare și la 3 paciente din grupul de control. IR, măsurată prin HOMA, a indicat o rezistență crescută la insulină de 2,47 în toate cazurile de hiperglicemie din grupul de cercetare (23 de paciente) și la 2 paciente din grupul de control, cu o valoare de 2,2. Astfel, sindromul metabolic, confirmat prin metode de laborator, a fost diagnosticat preponderent în grupul de studiu. Dereglările ciclului menstrual întâlnite în rândul pacientelor din studiu au inclus: amenoree secundară la 42 (28%), sângerare uterină anormală la 42 (28%), dismenoree la 27 (18%), oligomenoree la 36 (24%), amenoree primară la 21 (14%). Analiza profilului hormonal a relevat următoarele dereglări: hiperandrogenemie la 65 de paciente, hiperprolactinemie la 28 de paciente, hipotiroidism la 41 de paciente și hipertiroidism la 10 paciente.

### **Concluzii**

Pentru a gestiona eficient pacientele obeze cu dereglări ale ciclului menstrual, este esențială o abordare holistică ce ar lua în considerare nu doar parametrii fizici, cum ar fi IMC-ul, ci și profiul biochimic și hormonal al acestora. În scopul evitării hiperdiagnosticului de insulinorezistență și a polipragmaziei în cazul pacientelor cu obezitate, se recomandă investigarea nivelului HOMA IR și a glicemiei a jeun. Rezultatele acestor teste sunt importante pentru selectarea preparatelor insulin-sensibilizatoare, cum ar fi Metforminul, însă indicațiile pentru acesta în cazul adolescentelor sunt limitate.