

Вплив дисгормональних порушень у пубертатному періоді на клінічні прояви порушень менструальної функції

О.А. Ковалишин

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Репродуктивна система піддається впливу різних несприятливих факторів і шкідливих чинників на всіх етапах функціонування організму. На фоні зниження рівня репродуктивного жіночого здоров'я останніми роками простежується чітка тенденція до збільшення кількості хворих із патологією пубертатного періоду. Низький рівень соматичного і репродуктивного здоров'я до вагітності зумовлюють високу частоту ускладнення пологів, що призводить до погіршення розвитку наступних поколінь.

На підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналізу факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження було надано клінічну характеристику жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

За характером порушень основну групу жінок ($n=210$) з розладами менструальної функції в пубертатному періоді було розподілено на три підгрупи ($n=70$): перша підгрупа – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе, друга підгрупа – з пізнім віком менархе, третя підгрупа – з пубертатними кровотечами. До контрольної групи увійшли жінки ($n=70$) з правильним ритмом менструацій в пубертаті.

У ході клінічного проспективного дослідження проаналізовано соціальний статус жінок із порушеннями репродуктивної функції в пубертатному періоді, частоту і структуру наявних супутніх соматичних захворювань, тривалість менструального циклу, характер хвороб жіночих статевих органів; надано оцінку комплексного лікування виявлених порушень, що дозволило отримати сприятливий репродуктивний прогноз. Більшість обстежуваних жінок (53,3%) планували вагітність, яка настала у 75,9% з цих жінок.

Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді дозволить підвищити ефективність лікування виявлених порушень і надасть змогу розробити алгоритми ведення таких жінок при плануванні та під час вагітності.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, недостатність лютеїнової фази, вагітність.

Репродуктивна система жінки є найбільш динамічним біологічним об'єктом, що надзвичайно чутливо реагує на несприятливі зовнішні і внутрішні чинники появою нових адаптаційних реакцій, які набувають за певних умов властивостей патологічного процесу [1]. Водночас багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними.

Формування репродуктивного здоров'я – процес тривалий і складний. Здоров'я жінки та її невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, в період новонародженості, дитинства та підлітковому віці [2].

Актуальність проблеми визначається багатьма складовими:

- демографічною кризою суспільства;
 - низьким рівнем сформованості репродуктивних установок, репродуктивної поведінки;
 - медичними чинниками;
 - факторами довкілля та соціальними компонентами [3].
- У структурі медичних чинників виділяють:
- високу частоту безпліддя, невиношування вагітності;
 - високий рівень хронічної патології у подружніх пар, збільшення випадків хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом;
 - збереження значної частоти абортів, що на сьогодні залишається одним із основних методів регулювання народжуваності і планування сім'ї та чинником незворотної шкоди здоров'ю жінки;
 - запальні хвороби жіночих статевих органів;
 - зростання загальної захворюваності дівчат (зокрема на хвороби сечостатевої системи та розладів менструацій);
 - ускладнення пологів, перинатальна патологія та вторинне безпліддя [3].

Серед чинників довкілля та соціальних компонентів провідну роль відіграє падіння рівня життя, зростаючі стресові навантаження, погіршення якості харчування, шкідливі звички, зниження значення шлюбу, недостатнє і малоефективне використання контрацептивних засобів, ранній початок статевого життя і пов'язані з цим проблеми, зменшення ролі сім'ї у соціалізації підлітків і молоді [4]. Відповідно не тільки розробка інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, але й відновлення репродуктивної функції жінок мають велике значення і стають все більш актуальними у зв'язку з високим рівнем гінекологічної захворюваності з підліткового віку, у структурі якої преvalюють порушення менструального циклу [5].

Становлення регулярного менструального циклу відбувається протягом 6–24 міс після менархе. У пубертатному періоді триває активне пристосування усіх ланцюгів репродуктивної системи до циклічного функціонування і к 17 рокам встановлюється тісний взаємозв'язок між параметрами оваріального резерву і гормонального фону [6].

Мета дослідження: на підставі вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналізу факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження надати клінічну характеристику жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне проспективне дослідження проведено у 280 жінок репродуктивного віку.

До основної групи увійшли 210 жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді. За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- перша – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе ($n=70$);
- друга – з пізнім віком менархе ($n=70$);
- третя – підгрупа з пубертатними кровотечами ($n=70$).

До контрольної групи включено 70 жінок з правильним ритмом менструацій у пубертатному періоді.

Ретроспективний клініко-анамнестичний аналіз в основній групі обстежуваних жінок проведений для вивчення факторів ризику порушень менструальної функції в пубертатному періоді, наявності соматичних і гінекологічних захворювань, обсягу лікувальних заходів і їхньої ефективності. Проаналізовано дані амбулаторних карт та історій хвороб обстежуваних жінок. Ретроспективний аналіз контрольної групи проводили за допомогою анкетування.

Критеріями включення до основної групи були жінки репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді:

- первинна аменорея – відсутність самостійних менструацій від менархе впродовж від 45 днів до 6 міс при своєчасному загальнопопуляційному віці менархе;
- пізній вік менархе – з 15 років;
- рясні менструації в пубертатному періоді у вигляді пубертатних кровотеч.

Критеріями виключення з основної групи були:

- надмірна маса тіла,
- гіперандрогенія (клінічно і гормонально підтверджена),
- використання гормонотерапії під час дослідження,
- соматична й ендокринна патологія,
- вроджені аномалії і хромосомні порушення,
- оперативне лікування кисти яєчника у підлітковому віці,
- доброякісні (лейоміома) і злоякісні новоутворення.

Дані про кожну жінку вносили до спеціально розробленої карти. Збір анамнезу проводили за загальноприйнятною схемою.

У першій частині карти фіксували ретроспективні дані щодо спадкового анамнезу, стану здоров'я батьків, перебігу вагітності і пологів у матері, масу тіла при народженні, інфекційні хвороби, клініко-лабораторні дані, результати обстеження і лікування в пубертатному періоді. Особливу увагу приділяли періоду становлення менструальної функції, віку менархе, тривалості і регулярності менструального циклу, тривалості і кількості менструальних виділень, гінекологічним захворюванням.

Аналіз характеру порушень менструальної функції в пубертатному періоді, проведених методів діагностики, лікування і диспансерного спостереження та їхньої ефективності у жінок основної групи проводили за виписками з історій хвороб та амбулаторних карт.

У другу частину карти вносили дані соціального статусу, анамнезу, репродуктивної функції, соматичних хвороб жінки і результати проспективно проведеного обстеження. Під час аналізу репродуктивної функції уточнювали кількість вагітностей та їхні результати.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження виконували на 11–14-й день (пізня стадія фази проліферації ендометрія) та 20–22-й день (середня стадія фази секреції) менструального циклу. Вимірювання проводили у режимі реального часу в ну-

трішньопорожнинним датчиком з частотою 5–9 МГц. Досліджували розміри матки, товщину ендометрія, об'єм яєчників, кількість і діаметр фолікулів.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного *t*-критерію Стюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок основної групи становив $22,42 \pm 0,21$ року, контрольної – $22,34 \pm 0,31$ року (від 19 до 32 років). У кожній з підгруп основної групи студенток навчальних закладів було менше порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Службовці у групах і підгрупах розподілилися однаково. Кількість непрацюючих жінок в основній групі перебільшувала контрольну групу ($p < 0,05$) (табл. 1).

Частота соматичних захворювань у жінок основної групи вища, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$) (табл. 2). Хвороби ендокринної системи представлені дифузним (ендемичним) зобом, що пов'язано з йододефіцитом, у жінок основної групи відзначали у 4 рази частіше порівняно з групою контролю. Хвороби органів травлення, представлені хронічним гастритом, у жінок основної групи виявлялись в 1,6 разу частіше, ніж у контрольній групі та статистично значущо у жінок з пізнім віком менархе порівняно з жінками з пубертатними кровотечами ($p < 0,05$). У кожної п'ятої жінки третьої підгрупи виявлені хвороби органів дихання, представлені хронічним тонзилітом.

Середній показник індексу маси тіла (ІМТ) у жінок основної групи становив $20,25 \pm 0,21$ кг/м², контрольної групи – $21,05 \pm 0,41$ кг/м² ($p > 0,05$). У жінок з пізнім менархе ІМТ становив $19,97 \pm 0,32$ кг/м² і був нижчий порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі і пубертатними кровотечами ІМТ дорівнював $20,44 \pm 0,36$ кг/м² і $20,28 \pm 0,44$ кг/м² відповідно та не мав достовірних відмінностей з групою контролю.

Таблиця 1

Соціальний статус жінок обстежуваних груп

Група		Студентки		Службовці		Непрацюючі	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=70		47	67,1	22	31,4	1	1,4
Основна, n=210		109	51,9 $p < 0,05$	80	38,1	21	10,0 $p < 0,05$
Підгрупа	перша, n=70	33	47,1 $p_1 < 0,05$	31	44,3	6	8,6
	друга, n=70	34	48,6 $p_1 < 0,05$	27	38,6	9	12,8 $p_1 < 0,05$
	третья, n=70	42	60,0	22	31,4	6	8,6

Примітки: *p* – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;

*p*₁ – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи.

Таблиця 2

Частота і структура соматичних захворювань у жінок обстежуваних груп

Група		Хвороби										Усього	
		Сечо-видільної системи		Органів травлення		Дихальної системи		Системи кровообігу		Ендокринної системи			
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=70		4	5,7	3	4,3	4	5,7	2	2,9	1	1,4	14	20,0
Основна, n=210		23	11,0	15	7,1	29	13,8	19	9,0	12	5,7	98	46,6 p<0,001
Підгрупа	перша, n=70	9	12,9	6	8,6	9	12,9	9	12,9	4	5,7	37	53,0 p ₁ <0,001
	друга, n=70	8	11,4	8	11,4	6	8,6	2	2,9	3	4,3	27	38,6 p ₁ <0,05
	третя, n=70	6	8,6	1	1,4 p ₁ <0,05	14	20,0	8	11,4	5	7,1	34	48,5 p ₁ <0,01

Примітки: р – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної та основної груп;

p_1 – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи;

Тривалість менструального циклу у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, була більше порівняно з контрольною групою, але відповідала тривалості нормального менструального циклу (табл. 3). У жінок з пубертатними кровотечами менструації тривали довше порівняно з жінками з первинною олігоменореєю в анамнезі та контрольною групою ($p<0,001$). У 7 (10%) жінок з пубертатними кровотечами менструації були рясні, міжменструальних кровотеч не спостерігалось.

Таблиця 3

Характеристика менструального циклу у жінок обстежуваних груп

Група		Тривалість менструального циклу (днів)	Тривалість менструації (днів)	Рясність менструації
Контрольна, n=70		28,1 $\pm$ 0,2	4,9 $\pm$ 0,1	помірні
Основна, n=210		29,2 $\pm$ 0,3 $p<0,05$	5,2 $\pm$ 0,1 $p<0,05$	-
Підгрупа	перша, n=70	29,5 $\pm$ 0,4 $p_1<0,01$	4,9 $\pm$ 0,1	помірні
	друга, n=70	29,9 $\pm$ 0,7 $p_1<0,01$	5,3 $\pm$ 0,1 $p_1, p_2<0,05$	помірні
	третя, n=70	28,0 $\pm$ 0,3 $p_3<0,01, p_4<0,05$	5,6 $\pm$ 0,1 $p_1, p_3<0,001$	помірні, у 10% рясні

Примітки: р – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;

p_1 – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи;

p_2 – ступінь достовірності відмінностей показників між першою та другою підгрупами;

p_3 – ступінь достовірності відмінностей показників між першою та третьою підгрупами;

p_4 – ступінь достовірності відмінностей показників між другою та третьою підгрупами.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Доброякісну дисплазію грудної залози було діагностовано у 13 (6,2%) жінок основної групи, у групі жінок з пубертатними кровотечами – у 3,6 разу рідше, ніж з первинною олігоменореєю в анамнезі, а саме: 2 (2,9%) жінки проти 7 (10,0%) відповідно, а також у 2 рази рідше, ніж у жінок з пізнім віком менархе – 4 (5,7%) жінки.

Хвороби жіночих статевих органів у пацієнток з порушеннями менструальної функції у пубертатному періоді виявляли частіше, ніж в контрольній групі ($p < 0,001$). У структурі захворювань превалювала ектопія шийки матки ($p < 0,05$). Водночас між підгрупами статистично значущих відмінностей не виявлено (табл. 4).

Запальні хвороби жіночих статевих органів у пацієнток обстежуваних груп і між підгрупами не мали достовірних відмінностей.

У 41 (19,5%) жінки, що мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, менструальний цикл не нормалізувався, в тому числі:

- у 15 (21,4%) – з первинною олігоменореєю;
- у 14 (20,0%) – з пізнім віком менархе;
- у 12 (17,1%) – з пубертатними кровотечами.

У жінок першої та другої підгруп періодично фіксували олігоменорею. Пацієнтки третьої підгрупи скаржилися на рясні менструації.

Жіноче безпліддя виявлено у 24 (11,4%) жінок основної групи, між підгрупами відмінності недостовірні. Відсутність овуляції виявлено у 10 жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, у 7 пацієнток з пізнім менархе і у 7 – з пубертатними кровотечами. Склерополікістоз яєчників (СПКЯ) сформувався у 15 (7,1%) жінок. Лікування проводили комплексно з урахуванням соматичних захворювань. У 7 пацієнток із СПКЯ, які спостерігались у зв'язку з безпліддям, проводили індукцію овуляції. У 6 настала вагітність, в 1 випадку овуляція була неефективною, через що цій пацієнтці проведено каутеризацію яєчників, після чого у природному менструальному циклі вона завагітніла.

Таблиця 4

Частота і структура захворювань жіночих статевих органів у жінок обстежуваних груп

Група	Ектопія шийки матки		Запальні хвороби жіночих статевих органів		Жіноче безпліддя		Порушення менст- руальної функції		Незапальні ураження яєчника		Усього		
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	9	12,9	5	7,1	-	-	-	-	-	-	14	20,0	
Основна, n=210	58	27,6 p<0,05	11	5,2	24	11,4	41	19,5	19	9,0	153	72,9 p<0,001	
Підгрупа	перша, n=70	21	30,0 p ₁ <0,05	4	5,7	10	14,3	15	21,4	9	12,9	59	84,3 p ₁ <0,001
	друга, n=70	22	31,4 p ₁ <0,05	2	2,9	7	10,0	14	20,0	7	10,0	52	74,3 p ₁ <0,001
	третья, n=70	15	21,4	5	7,1	7	10,0	12	17,1	3	4,3	42	60,0 p ₁ <0,001

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної та основної груп;

p_1 – ступінь достовірності відмінностей показників між контрольною групою і підгрупами основної групи.

Слід зауважити, що у 14 (6,7%) жінок основної групи виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ): у першій підгрупі – 10 (14,3%) випадків, у другій і третій підгрупах – по 2 (2,9%) випадки. Можливо, це було причиною первинного безпліддя у зв'язку з недостатньо підготовленим до імплантації бластоцисти ендометрієм [6]. Лікування гестагенами у другу фазу менструального циклу отримували жінки першої (n=8) та третьої (n=2) підгруп.

При гіпоестрогенному стані у жінок першої і другої підгруп було рекомендовано циклічну гормональну терапію препаратами, які містять у своєму складі 17β-естрадіол та дидрогестерон (по 2 випадки).

У 5 (7,1%) жінок із пубертатними кровотечами, які мали рясні менструації в репродуктивному віці, виявлено персистенцію фолікула. Жінки отримували медикаментозне лікування гемостатичними препаратами. У двох випадках було проведено гістероскопію і роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки. Результати гістологічного дослідження отриманого матеріалу – поліпоїдна гіперплазія ендометрія. Рекомендовані естроген-гестагени у складі низькодозованих КОК протягом 6 міс, контрольне ехографічне дослідження і динамічне спостереження.

Незапальні ураження яєчника представлені кістами яєчника, які було діагностовано у 19 (9,0%) жінок основної групи, а в контрольній групі не виявлено. У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі кісту яєчника діагностували у 3 рази частіше порівняно з жінками з пубертатними кровотечами.

Гормональне лікування з використанням естроген-гестагенів у складі низькодозованих КОК проведено у 10 (52,6%) жінок із кістою яєчника. Рекомендовано динамічне спостереження і УЗД-контроль. Лапароскопічну цистектомію проведено у 9 (47,3%) жінок. Показання: розрив кісти яєчника з вираженим больовим синдромом і внутрішньочеревною кровотечею. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу – геморагічна кіста жовтого тіла. Для регуляції менструального циклу і профілактики рецидиву кісти яєчника пацієнткам рекомендовані низькодозовані монофазні КОК до вагітності, що планувалась.

Серед 210 жінок з порушенням менструальної функції в пубертатному періоді 112 (53,3%) осіб планували вагітність, у тому числі:

- з первинною олігоменореєю в анамнезі – 46 (65,7%),
- з пізнім віком менархе – 34 (48,6%),
- з пубертатними кровотечами – 32 (45,7%).

До планування вагітності 58 (51,8%) жінок приймали низькодозовані монофазні КОК з метою контрацепції, а саме: 18 (39,1%), 21 (61,7%) і 19 (59,4%) у першій, другій та третій підгрупі відповідно.

За період спостереження вагітність настала у 85 (75,9%) жінок, а саме: у 31 (67,4%), у 29 (85,3%) та у 25 (78,1%) жінок першої, другої та третьої підгруп відповідно. У 6 (7,1%) жінок стався мимовільний аборт у ранньому гестаційному терміні. У 27 (24,1%) жінок протягом спостереження вагітність не настала, у 17 (15,2%) пацієнток відзначали відсутність овуляції, у 10 (8,9%) – недостатність лютеїнової фази.

ВИСНОВКИ

1. У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, реєструють особливості анамнезу і клініки репродуктивної функції, що формуються при становленні репродуктивної системи і зазнають найбільшого впливу різних факторів, починаючи з віку менархе.

2. Соматичні захворювання спостерігались у 2,3 разу частіше в основній групі порівняно з контрольною. У структурі хвороб жіночих статевих органів в основній групі переважували ектопія шийки матки (найбільше у підгрупі жінок з пізнім віком менархе – 31,4%), жінки з олігоменореєю в анамнезі найбільше страждали на порушення менструальної функції (21,4%), жіноче безпліддя (14,3%) і незапальні ураження яєчників (12,9%), а в жінок з пубертатними кровотечами зафіксовано найвищий відсоток запальних хвороб жіночих статевих органів – 7,1%.

3. У 19,5% жінок, що мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, менструальний цикл не нормалізувався, в тому числі: з первинною олігоменореєю – у 21,4%, з пізнім віком менархе – у 20,0% і з пубертатними кровотечами – у 17,1%. До того ж, періодично жінки з третьої підгрупи страждали на ясні менструації.

4. За період спостереження вагітність настала у 75,9% жінок з числа тих, хто її планував.

5. Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді має прогностичне значення, що надасть змогу підвищити ефективність лікування виявлених порушень за основним критерієм – нормалізація менструальної функції, а також розробити алгоритми ведення таких жінок при плануванні та під час вагітності.

Влияние дисгормональных нарушений в пубертатном периоде на клинические проявления нарушения менструальной функции **А.А. Ковалишин**

Репродуктивная система подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов и вредных влияний на всех этапах функционирования организма. На фоне снижения уровня репродуктивного женского здоровья в последние годы прослеживается четкая тенденция к увеличению количества больных с патологией пубертатного периода. Низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья до беременности обуславливает высокую частоту осложненных родов, что ведет к ухудшению развития последующих поколений.

Основываясь на клиничко-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методах исследования, анализе факторов риска, клинической картины, эффективности лечения и диспансерного наблюдения, оценена клиническая характеристика женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде.

По характеру нарушений основную группу женщин (n=210), которые имели патологию менструальной функции в пубертатном периоде, разделили на три подгруппы (n=70): первая подгруппа – женщины с первичной олигоменореей и своевременным среднепопуляционным менархе, вторая подгруппа – с поздним возрастом менархе, третья подгруппа – с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу вошли женщины (n=70) с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Во время клинического проспективного исследования были проанализированы социальный статус женщин с нарушениями репродуктивной функции в пубертатном периоде, частота и структура имеющихся сопутствующих соматических заболеваний, длительность менструального цикла, характер заболеваний женских половых органов; дана оценка комплексного лечения выявленных нарушений, что позволило получить благоприятный репродуктивный прогноз. Большинство обследуемых женщин (53,3%) планировали беременность, которая наступила у 75,9% из числа планирующих.

Изучение клиничко-анамнестического анализа репродуктивной функции женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде позволит повысить эффективность лечения выявленных нарушений и разработать алгоритмы ведения таких женщин при планировании и во время беременности.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, недостаточность лютеиновой фазы, беременность.

Influence of dyshormonal violations in a pubertal period on obstetric on the clinical manifestations of menstrual disorders

O.A. Kovalishin

The reproductive system is exposed to various adverse factors and harmful effects at all stages of the functioning of the body. Against the background of a decrease in the level of reproductive female health in recent years, there is a clear tendency towards an increase in the number of patients with pathology of the puberty period. The low level of somatic and reproductive health before pregnancy causes a high frequency of complicated births, which leads to a deterioration in the development of subsequent generations.

Based on clinical and anamnestic data, laboratory and instrumental methods of research, analysis of risk factors, clinical presentation, treatment effectiveness and clinical observation, to give a clinical description of women who had menstrual dysfunction in the pubertal period.

According to the nature of the violations, the main group of women (n=210) who had a pathology of menstrual function in the puberty period was divided into 3 subgroups (n=70): the first – women with primary oligomenorrhea and timely average population menarche, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included women (n=70) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

During a clinical prospective study, the social status of women with impaired reproductive function in the puberty was analyzed, the frequency and structure of existing concomitant somatic diseases, the duration of the menstrual cycle, the nature of diseases of the female genital organs; an assessment of the complex treatment of the revealed violations was made, which allowed to obtain a favorable reproductive prognosis. Most of the women examined (53,3%) planned a pregnancy, which occurred in 75,9% of those planning.

A study of the clinical and anamnestic analysis of the reproductive function of women with menstrual irregularities in the puberty period will increase the effectiveness of the treatment of identified disorders and develop algorithms for the management of such women during planning and during pregnancy.

Keywords: *puberty, menarche, oligomenorrhea, puberty bleeding, luteal phase insufficiency, pregnancy.*

Відомості про автора

Ковалишин Оріся Анатоліївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prorre-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Ковалишин Арыся Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prorre-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Kovalyshyn Orysia A. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prorre-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веропотвелян ПН. 2017. Репродуктивное здоровье женщины – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоровья женщины. 3:34-46.
2. Чайківська ЕФ. 2015. Стан репродуктивного здоров'я дівчат Львівської області. Репродуктивна ендокринологія. 2(22):16-21.
3. Слабкий ГО. 2016. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 5(16):51-61.
4. Пирогова ВІ, Цюлько ОР. 2014. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти. Медична газета Здоров'я України. 4(16):8-9.
5. Абабкова ГМ, Андрієць ОА, Іванов ІІ, Попова-Петросян ОВ, Косолапова НВ. 2011. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. К.: ВСВ Медицина, 424.
6. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-38.