

Медико-соціальні особливості у жінок із порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

Львівський медичний інститут

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 ускладнених пологів, що веде до погіршення розвитку наступних поколінь.

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

Матеріали та методи. За характером порушень основну групу жінок ($n=210$), які мали розлади менструальної функції в пубертатному періоді, було розподілено на три підгрупи ($n=70$): 1-а – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе, 2-а – з пізнім віком менархе, 3-я – з пубертатними кровотечами. До контрольної групи увійшли жінки ($n=70$) з правильним ритмом менструацій у пубертаті.

Результати. 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 в 75,9% жінок з числа плануючих.

Заключення. 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, який 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, перинатальну патологію 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 оцінки 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 місяців після менархе. В пубертатному періоді триває активне пристосування усіх ланцюгів репродуктивної системи до циклічного функціонування, к 17 рокам встановлюється тісний взаємозв'язок між параметрами оваріального резерву і гормонального фону [6].

Мета дослідження: на основі 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:

- 1-а підгрупа – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе (n=70);
- 2-а підгрупа – з пізнім віком менархе (n=70);
- 3-я підгрупа – з пубертатними кровотечами (n=70).

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

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

Критерії включення до основної групи:

- жінки репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді:
 - первинна аменорея – відсутність самостійних менструацій від менархе протягом від 45 днів до 6 міс при своєчасному загальнопопуляційному віці менархе;
 - пізній вік менархе з 15 років;
 - ясні менструації в пубертатному періоді у вигляді пубертатних кровотеч.

Критерії виключення з основної групи:

- надлишкова 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 в 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. В ході аналізу репродуктивної функції уточнювали кількість вагітностей та їх 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 проводилось у режимі реального часу внутрішньопорожнинним датчиком з частотою 5–9 МГц. Досліджували розміри матки, товщину ендометрія, об'єм яєчників, число і діаметр фолікулів.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінку

статистичної значимості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значимі 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 часто. Кількість непрацюючих жінок в основній групі перебільшувало таких у контрольній групі ($p < 0,05$).

Частота соматичних захворювань у жінок основної групи вища, ніж в контрольній ($p < 0,001$). Хвороби ендокринної системи представлені дифузним (ендемичним) зобом, що пов'язано з йододефіцитом, у жінок основної групи відзначалися у 4 рази частіше порівняно з групою контролю. Хвороби органів травлення, представлені хронічним гастритом, у жінок основної групи виявлялись в 1,6 рази частіше, ніж у контрольній, і статистично значимо в жінок з пізнім віком менархе порівняно з жінками з пубертатними кровотечами ($p < 0,05$). У кожній п'ятій жінки 3-ї 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 становив $20,44 \pm 0,36$ кг/м² і $20,28 \pm 0,44$ кг/м² відповідно та не мав достовірних відмінностей з групою контролю.

Тривалість менструального циклу у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, була більше порівняно з контрольною групою, але відповідала тривалості нормального менструального циклу. 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.

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

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

Запальні хвороби жіночих тазових органів у жінок 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:

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

У жінок 1-ї і 2-ї підгруп періодично відмічали олігоменорею, жінки з третьою підгрупи страждали 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 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 і в природному менструальному циклі вона завагітніла.

Слід зауважити, що у 14 (6,7%) жінок основної групи виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ): в 1-й підгрупі – 10 (14,3%) випадків, у 2-й і 3-й 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 1-ї (n=8) та 3-ї (n=2) підгруп.

При гіпоестрогенному стані у жінок 1-ї і 2-ї підгруп було рекомендовано циклічну гормональну терапію препаратами, які містять 17 β -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, в контрольній групі не виявлено. У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі кіста яєчника діагностована 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 та 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, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, 112 (53,3%) 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, в підгрупах 18 (39,1%), 21 (61,7%) і 19 (59,4%) відповідно.

За період спостереження вагітність настала у 85 (75,9%) жінок до загальної кількості плануючих вагітність, у тому числі: у 31 (67,4%), у 29 (85,3%) та у 25 (78,1%) жінок за підгрупами 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%) відмічалась відсутність овуляції, у 10 (8,9%) – недостатність лютеїнової фази.

ВИСНОВКИ

1. У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, спостерігаються особливості анамнезу 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 рази частіше в основній групі порівняно з контрольною. У структурі хвороб жіночих статевих органів в основній групі превалювали 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%, з пубертатними кровотечами – у 17,1%. До того ж, періодично жінки з 3-ї підгрупи страждали на рясні 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.

Медико-социальные особенности у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде

О.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 числа 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.

Цель исследования: дать клиническую характеристику женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатном периоде на основе клинико-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных методов исследования, анализа факторов риска, клинической картины, эффективности лечения и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. По характеру нарушений основную группу женщин (n=210), которые имели патологию менструальной функции в пубертатном периоде, разделили на три подгруппы (n=70): 1-я – женщины с первичной олигоменореей и своевременным среднепопуляционным менархе, 2-я – с поздним возрастом менархе, 3-я – с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу вошли женщины (n=70) с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Результаты. 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.

Заключення. Изучение клинико-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.

Medical and social aspects of women with menstrual dysfunction in puberty 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.

The objective. 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.

Materials and methods. 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.

Results. 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.

Conclusion. 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 Орія Анастасія – Кафедра акушерства, гінекології та педіатрії Львівського медичного інституту, 79018, м. Львів, вул. В.Поліщука, 76.

E-mail: orysia.kovalyshyn@medinstytut.lviv.ua

Сведения об авторе

Ковалишин Орыся Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекологии и педиатрии Львовского медицинского института, 79018, г. Львов, ул. В.Поліщука, 76.

E-mail: orysia.kovalyshyn@medinstytut.lviv.ua

Information about the author

Kovalishin Orysia A. – Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics, Lviv Medical Institute, 79018, Lviv, st. V.Polishchuka, 76. E-mail: orysia.kovalyshyn@medinstytut.lviv.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веропотвелян П.Н. Репродуктивное здоровье женщины – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2017; 3:34-46.
2. Чайківська Е.Ф. Стан репродуктивного здоров'я дівчат Львівської області. Репродуктивна ендокринологія. 2015; 2(22):16-21.
3. Слабкий Г.О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 2016;5(16):51-61.
4. Пирогова В.І., Цьолко О.Р. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти. Медична газета Здоров'я України. 2014; 4(16):8-9.
5. Абабкова Г.М., Андрієць О.А., Іванов І.І., Попова-Петросян О.В., Косолапова Н.В. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. 2011. К.: ВСВ Медицина, 424.
6. Макарчук О.М., Дзьомбак В.Б. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 2017; 3:36-38.