

Самигуллина А.Э.

РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ (обзор)

Samigullina A.E.

A GIRLS MENSTRUAL CYCLE'S DISORDER (survey)

В структуре гинекологической заболеваемости подростков 63% занимают нарушения менструальной функции [1]. В основе этих нарушений лежат расстройства деятельности системы гипоталамус-гипофиз-яичники, что обуславливает отсутствие циклического ритма секреции гормонов [2]. В связи с этим не происходит циклических изменений эндометрия, что может привести к длительным и обильным менструациям, нередко переходящим в ювенильные маточные кровотечения (ЮМК) [3].

Ключевые слова: функциональные расстройства, секреция гормонов, группы риска, ожирение, эффективность применения.

In structure of a gynecological teenagers morbidity a menstrual functions disturbance occupies 63% per cent. [1] In base of these disturbance we have a disorder disorder of hypothalamus – gypophys - ovary systems activity.

It causes a lack of cyclic ritm of hormones secretion.

In this cjunction, wich cycle's endometres changes don't happen, and it may bring to long and abundant menstrualions, which not rare turns into uvenil uterine hemorrhage.

Key words: a dynamic disorder, a hormones secretion, risk groups, an obesity, an effectiveness of application.

Следует отметить существенные различия в частоте дисменореи (5-90%) у девушек, что обусловлено разрозненностью подходов многих исследователей к оценке степени болезненности менструаций. Одни авторы относят к дисменореи даже незначительный субъективный дискомфорт в нижних отделах живота в дни менструации, другие – только очень болезненные менструации, с потерей трудоспособности на фоне развившихся патологических вегетативных реакций [4].

Однако именно функциональные расстройства занимают основное место среди причин нарушений менструального цикла. Это является следствием неустойчивости регуляторных взаимосвязей в репродуктивной системе и ее высокой чувствительности к воздействиям неблагоприятных факторов как экзогенного, так и эндогенного происхождения. К числу таких факторов относятся избыточная масса тела и ожирение [5].

Ведущим фактором в нарушении менструального цикла у девушек, родившихся с крупной массой тела, следует считать более высокое содержание ГНК с развитием гиперпролактинемической ановуляции. Исследование уровня тестостерона во всех возрастных группах, который существенно не различался, не позволяет говорить о развитии гиперандрогенной ановуляции. В заключение необходимо отметить, что девушки, родившиеся с крупной массой тела, представляют собой неоднородную группу по

факторам риска, которые могли оказывать влияние на формирование репродуктивной системы в различные периоды жизни [6].

Полученные результаты позволили выделить следующие группы риска для дифференцированного диспансерного наблюдения детским гинекологом: девочки, родившиеся у матерей с ожирением; девочки, родившиеся у матерей с осложненным течением беременности и родов; девочки с высокими показателями физического развития; девочки, родившиеся у здоровых матерей, но часто болевшие в раннем детстве и имеющие различные хронические заболевания в пубертатном периоде [7].

Действительно, распространенность нарушений менструальной функции среди подростков с избыточной массой тела/ожирением достаточно высока: около 67% девушек с избыточной массой тела имеют нерегулярные менструации [8]. Метаболические расстройства, сопутствующие ожирению, тесно связаны с аномальным стероидогенезом, что усугубляет дисрегуляторные процессы в репродуктивной системе и может явиться основой формирования синдрома поликистозных яичников [9].

Другой стороной проблемы являются реальные трудности лечения подростков с нарушениями менструального цикла на фоне ожирения. Данная категория больных слабо мотивированна на снижение массы тела, и медикаментозная терапия ожирения у подростков практически не используется. Коррекция менструальной функции у больных с ожирением затруднена, поскольку многие гормональные препараты негативно влияют на процессы метаболизма, что снижает эффективность их применения. Поэтому изучение метаболически нейтральных способов коррекции нарушений менструальной функции у этих больных является чрезвычайно актуальным [10].

Апоплексию яичника (АЯ) называют молодежной патологией, поскольку 75% больных не достигают 30-летнего возраста [11]. Постперестроечные годы победного шествия сексуальной революции по России, снижение норм морали и контроля психосексуального поведения девушек, коммерциализация интимных услуг привели к тому, что данная патология помолодела до подросткового периода. Сегодня половина наблюдений «острого живота» в

ювенальной гинекологии обусловлена апоплексией яичника [12].

Выявлены закономерности изменения функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и митотической активности призматического и многослойного плоского эпителиев экзоцервикса при различных типах псевдоэктопии шейки матки, что свидетельствует о связи образования псевдоэктопии с эндокринными нарушениями [13]. Применение гормональных контрацептивов у женщин с неосложненной псевдоэктопией шейки матки патогенетически обосновано и обеспечивает как лечебный, так и контрацептивный эффекты.

В ряде исследований отмечено снижение риска развития ревматоидного артрита на 78%, положительное влияние на течение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры при использовании современных оральных контрацептивов [14].

Почти каждая третья современная девушка страдает гирсутизмом, большинство такими проявлениями гиперандрогении, как повышенная сальность кожи и юношеские угри. Распространенность себореи, по данным М. Kilkenny (2006) [15], может достигать 80-90% у девушек 16-18-летнего возраста, угревой болезнью страдают около 50% девушек 14-16 лет [16]. Эти косметические проблемы сильно сказываются на психологическом состоянии юных женщин и их социальной адаптации.

Из полученных данных следует, что наличие дисменореи, меноррагии и нерегулярных менструаций является поводом для обследования, ибо в большинстве случаев обнаруживается патология, ведущей из которой является эндометриоз. При сочетании дисменореи и меноррагии во всех случаях диагностирован эндометриоз, что согласуется с данными литературы, патогномичными признаками которого являются дисменорея и меноррагии [17].

Литература:

1. Можейко Л.Ф. Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений. – Минск. – 2002.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М. – 2000.
3. Можейко Л.Ф., Дашкова И.В. Опыт применения дюфастона при лечении нарушений менструальной функции у девочек-подростков. // Акушерство и гинекология. – 2004. - №4. – с.57.
4. Кутушева Г.Ф. Дисменорея у подростков. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – В.3. – Т.XLIX. – С.50-534.
5. Кузнецова М.Н. // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. – М. – 1997. – С.214-373.
6. Лебедев В. Принципы терапии первичной дисменореи у девушек. // Врач. – 2006. - №4. – С.40-42.
7. Тихомиров А.Л. Оральные контрацептивы в сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья//Гинекология.– 2004.- №6(5).– С.249-251.
8. Кузнецова И.В., Ермакова Е.Е. // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». – М. – 2003. – С.372-373.
9. Holte J. // Baillieres Clin. Endocrinol. Metab. – 1996. – Vol. 81. – No8. – P. 2854-2864.
10. Кузнецова И.В., Евстигнеева Е.Е., Санта-Мари Фернандес. Эффективность дюфастона в терапии нарушений менструального цикла на фоне ожирения у подростков. // Акушерство и гинекология. – 2006. - №6. – С.39-43.
11. Коколина В.Ф. Эндокринологическая гинекология детей и подростков.– М.: МИА.– 1998.– С.280-286.
12. Феоктистова С.С., Денисенко О.Н., Белоголова Т.А. Низкодозированные монофазные КОК в реабилитации и профилактике апоплексии яичника у юных женщин. // Азиатский вестник. – 2000. - №1-2. – С.70-74.
13. Куперт А.Ф. Применение Три-Регола для лечения псевдоэрозии шейки матки // Гедеон Рихтер в СНГ. – 2002. - №3(11). – С.62-64.
14. Тихомиров А.Л. Оральные контрацептивы в сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья // Гинекология. – 2004. - №6(5). – С.249-251.
15. Kilkenny M, Merlin K et al. The effect of a phasic oral contraceptive containing Desogestrel on seborrhea and acne. Eur J Contracept Reprod Health Care 2006. – 11(1). – 6-13.
16. Smithard A., Glazebrook C., Willaims HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. Br J Dermatol 2001. – 145. – 274-9.
17. Дошанова А.М., Садуакасова Ш.М. Частота генитального эндометриоза у девочек-подростков с нарушением менструальной функции. // Акушерство, гинекология и перинатология. - Алматы. – 2008. - №1. – С.24-27.