

УДК 616-005.1-053.6

©Г. В. Чайка, Б. О. Ломачук, О. М. Кучеренко

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова***СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ ПЕРВИННОЇ АМЕНОРЕЇ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ ПЕРВИННОЇ АМЕНОРЕЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ). Стаття висвітлює огляд останніх даних щодо проблеми поширення альгодисменореї серед дівчаток пубертатного віку, етіологічних та морфо-конституціональних особливостей її виникнення та важливість її прогнозування, задля уникнення розвитку подальших ускладнень і збереження репродуктивної функції населення молодого віку. Незважаючи на значну кількість наукових робіт, присвячених проблемам репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків, дослідження, які відображають роль системних відповідних реакцій організму дівчат-підлітків на вплив комплексу медико-біологічних, екологічних та соціально-гігієнічних факторів у розвитку порушень менструальної функції, обмежені. Пріоритетним є вивчення напрямків по розробці математичних моделей, які б прогнозували ймовірність розвитку первинної альгодисменореї у дівчаток пубертатного віку для своєчасного формування груп ризику і здійснення моніторингу гінекологічних захворювань у підлітків.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Статья освещает обзор последних данных по проблеме распространения альгодисменореи среди девочек пубертатного возраста, этиологических и морфо-конституциональных особенностей ее возникновения и важность ее прогнозирования, во избежание развития дальнейших осложнений и для сохранения репродуктивной функции населения молодого возраста. Несмотря на значительное количество научных работ, посвященных проблемам репродуктивного здоровья девочек-подростков, исследования, отражающие роль системных ответных реакций организма девушек-подростков на воздействие комплекса медико-биологических, экологических и социально-гигиенических факторов в развитии нарушений менструальной функции, ограничены. Приоритетным является изучение направлений по разработке математических моделей, которые прогнозировали бы вероятность развития первичной альгодисменореи у девочек пубертатного возраста для своевременного формирования групп риска и осуществления мониторинга гинекологических заболеваний у подростков.

CURRENT VIEWS ON THE ETIOLOGY OF PRIMARY ALGODYSMENORRHEA (LITERATURE REVIEW). The article gives the overview of recent data of the problem on the algodysmenorrhea among girls of pubertal age, etiological morphological and constitutional peculiarities of its importance and improving in order to avoid further complications and development of reproductive function in young children. Although a large number of scientific investigation on the problems of the reproductive health of young girls, studies that give the description of the role of systemic reactions of the organism to influence on complex of biomedical, environmental, social and hygienic factors in the development of menstrual dysfunction are limited. The priority is to study the trends in the development of mathematical models that would be predicted for early formation of risk groups and monitor gynecological disorders in young girls.

Ключові слова: первинна альгодисменорея, дівчатка-підлітки, репродуктивне здоров'я.

Ключевые слова: первичная альгодисменорея, девочки-подростки, репродуктивное здоровье.

Key words: primary algodysmenorrhea, teenage girls, reproductive health.

Репродуктивна функція є найважливішим інтегральним показником здоров'я, визначає якість життя майбутніх поколінь, а відповідно здоров'я та якість життя нації [1]. Основним принципом збереження медико-біологічного потенціалу народжуваності повинен бути принцип збереження репродуктивного здоров'я кожної дівчинки і кожного хлопчика, починаючи з моменту народження і включаючи всі етапи становлення та реалізації репродуктивної системи [2]. Однією з основних причин демографічної кризи можна вважати погіршення репродуктивного здоров'я населення, яке, у зв'язку з негативними тенденціями його показників та низьким рівнем народжуваності в країні в останні роки, знаходиться в центрі уваги державних органів управління та громадських організацій. Незважаючи на високу частоту порушень, що виникають у дівчат-підлітків на різних рівнях репродуктивної системи, і очевидні медико-соціальні

аспекти даної проблеми, залишається нез'ясованим ряд питань, що стосуються методів прогнозування розвитку гінекологічних захворювань у групах ризику. Підлітковий вік не дарма вважають критичним, адже саме в цей період завершується формування всіх морфологічних і функціональних структур організму, в результаті чого остаточно реалізується індивідуальна генетично детермінована програма розвитку організму [3]. Водночас саме в пубертатному періоді відбувається формування репродуктивного потенціалу, зниження якого може мати найсерйозніші демографічні та соціально-економічні наслідки.

Проблема порушення гормонального балансу в організмі жінки залишається актуальною як для гінекологів, так і для суміжних спеціалістів. В епоху інтенсифікації життя стрес і психоемоційне навантаження стали незамінними супутниками сучасної жінки та накладають свій негативний вплив на роботу ендо-

кринної, нервової та репродуктивної систем. Все частіше гіпоестрогенні стани виникають не лише у зрілому віці, а й спостерігаються у молодому – репродуктивному, супроводжують різні захворювання і тягнуть за собою цілий ряд розладів, частіше всього – порушення менструальної функції у поєднанні з психосоматичними та нейровегетативними змінами. Гормональна недостатність, чи порушення співвідношення між рівнем естрогенів та гестагенів, призводять до ряду вегето-судинних розладів, що проявляються головним боєм, запамороченням, змінами настрою, занепокоєнням, втомою, безсонням, зниженням лібідо, передчасним старінням. Цей стан знижує працездатність жінки та негативно впливає на взаємостосунки з оточуючими. Одним із найпоширеніших порушень менструальної функції, що призводить до загального зниження рівня життя та виникнення низки ускладнень з боку репродуктивної функції, є альгодисменорея. Первинна альгодисменорея є одним із найбільш частих гінекологічних розладів менструальної функції в період її становлення, дитячому та підлітковому віці. У структурі загальної захворюваності вона виявляється у 12–35 % дівчаток і дівчат-підлітків у віці 13–18 років [4]. Так, у 70-ті роки минулого століття на хворобливі місячні скаржилися 15 – 30 % дівчат [6, 8], у теперішній час – практично 90 % дівчат; при цьому в 45 % дівчат альгодисменорея зустрічається у важкій формі [8, 10, 11]. Цей процес поки не знайшов переконливого пояснення, хоча існують думки про етіопатогенетичну роль супутньої соматичної патології, соціально-економічних факторів, особливостей способу життя. Останнім часом з'явилися роботи, що зв'язують ступінь виразності первинної альгодисменореї й характер харчування, індекс маси тіла, інтенсивність фізичного навантаження [5, 7, 10].

Альгодисменорея характеризується насамперед різкими нападами болю в зв'язку з настанням місячних (власне альгоменорея), а також появою майже завжди інших симптомів: загальної слабості, нудоти, діареї, головного болю, втрати свідомості та ін. Крім того, постійним компонентом даного патологічного стану є дисменорея – порушення витоку менструальної крові. Нерідко при цьому констатують гіперполіменорею.

У структурі гінекологічної захворюваності дівчаток пубертатного віку це захворювання займає одне з провідних місць. Прийнято розрізняти первинну альгодисменорею і вторинну. Якщо первинна виникає при відсутності органічних змін у статевих органах, то вторинна пов'язана саме з ними. Якщо у хворої, яка страждає від первинної альгодисменореї, в процесі подальшого спостереження виявляються анатомічні зміни з боку статевих органів, то діагноз з «первинної альгодисменореї» трансформується у «вторинну альгодисменорею»; відповідно змінюється і лікарська тактика. На даний час розрізняють три види первинної альгодисменореї – есенціальну, психогенну і спазмогенну [12].

Есенціальна альгодисменорея – це власне захворювання, яке, можливо, детермінується зниженням порога больової чутливості або якими-небудь

іншими механізмами, які на сьогодні залишаються невідомими. Деякі вчені вважають, що це індивідуальна особливість організму даної жінки, і відносять есенціальну альгодисменорею до вроджених форм первинної дисменореї. Психогенна альгодисменорея найчастіше пояснюється почуттям тривоги, страху хворобливих місячних, які в силу тих чи інших причин вже мали місце раніше у даної жінки, а страх перед хворобливістю менструацій викликає «відповідну» реакцію організму. Психогенна альгодисменорея спостерігається також і у дівчаток в пубертатному періоді, при цьому початок її часто пов'язаний з якимось стресовим фактором. Вона частіше розвивається в особистостей істероїдного або сенситивного типу, а також в осіб з астеноневротичним синдромом і різними психопатологічними станами. І третій вид первинної альгодисменореї – це спазмогенна, при якій біль виникає у результаті спазму гладкої мускулатури матки [12, 13].

При цьому виді первинної альгодисменореї можна провести аналогію з пологами, розглядаючи менструацію як «міні-пологи». Скорочувальна активність матки при цих явищах забезпечується безліччю нейрогуморальних змін, які в якісному плані мають дуже багато спільного: істотно збільшується вміст прогестерону зі зниженням напередодні рівня естрогенів, відбувається активація простагландиногенезу та інших ендокринних утеротонічних механізмів [12, 13].

За характером перебігу виділяють альгодисменорею: 1) компенсовану – вираженість і характер патологічного процесу в дні менструацій впродовж тривалого часу не змінюється; 2) декомпенсовану – наростання інтенсивності болю з кожним роком.

За інтенсивністю болю: а) легку; б) помірну; в) важку.

За ступенем важкості: I ступінь – менструальний біль слабо виражений; дуже рідко порушує повсякденну активність, іноді необхідний прийом анальгетиків, системні симптоми відсутні; II ступінь – менструації помірно болючі, повсякденна активність порушена, анальгетики ефективно купірують біль, є поодинокі системні симптоми; III ступінь – спостерігається виражений біль, різке порушення активності, вегетативні симптоми (головний біль, слабкість, нудота, блювання, діарея та ін.). Відзначається низький ефект анальгетиків [9].

Одним з перших був вивчений механізм виникнення «перетинчатої альгодисменореї». Ця форма викликана функціональною неповноцінністю (віковою, транзиторною або генетичною обумовленістю) тканинних протеолітичних ферментів слизової оболонки матки [14].

В результаті відторгнення під час місячних пласти функціонального шару ендометрія піддаються розплавленню та фрагментації. Необхідно пам'ятати про гіпертонус перешийки матки. Утворений таким чином згорткок слизової оболонки, який являє собою свого роду пробку. Зустрічаються варіанти, обумовлені частковою атрезією, деформацією або вродженою вузькістю цервікального каналу [13].

У підлітковому періоді є ще одна причина утрудненого відтоку менструальної крові – невідповідність

ендометрія площі поверхні порожнини матки. В силу вікової нерівномірності росту міометрія та ендометрія може виникнути переповнення надлишковою слизовою оболонкою матки, складки якої, перекриваючи одна одну, утворюють своєрідний клапан. У кінцевому підсумку у відповідь на збільшення об'єму матки цей порожнистий орган підсилює амплітуду скорочень, що реалізується у вигляді більшого симптому [10].

Окремі випадки альгодисменореї стоять у причинному зв'язку з недостатнім рівнем ендогенних опіоїдів; енкефалінів, ендорфінів. Відомо, що в нормі у другу фазу менструального циклу опіоїдні пептиди оваріального походження накопичуються в перитонеальній рідині [15]. При гіпогонадізмі або ендометріозі вміст цих речовин знижується, що призводить до хворобливих місячних.

Спазм, парез судин функціонального шару ендометрія, що змінюються переповненням судинного русла та стазом при альгодисменореї, викликані не тільки різким перепадом гормонального профілю, взагалі властивим закінченню менструального циклу, але і надлишковою продукцією ендогенних «тканинних гормонів» – простагландинів. Майже всі сучасні дослідження ставлять простагландини на перше місце в ряду етіологічних і патогенетичних факторів альгодисменореї [12].

У нормі під час місячних простагландини та їх метаболіти представлені в крові в наростаючій концентрації; в подальшому їх рівень знижується. Для дівчат, які страждають від альгодисменореї, характерний високий рівень простагландинів. Крім того, простагландини повинні швидко руйнуватися як у місці їх синтезу (в даному випадку в матці), так і в окремих органах – печінці і легенях [6].

Таким чином, складність, яка виникає у лікаря, полягає у з'ясуванні причини, розшифровці патогенезу, уточненні клінічних особливостей і, нарешті, диференційному підході до надання допомоги.

Клінічні прояви альгодисменореї характеризуються болем внизу живота, порушенням менструального крововиділення і різноманітними симптомами екстрагенітального походження. Головним, а іноді і єдиним симптомом часто є біль. Характерна нападаподібність болю (з періодом в 2–3 хв) і їх досить висока інтенсивність. Біль локалізується в гіпогастрії з іррадіацією в куприково-сідничну ділянку, рідше в ділянку зовнішніх статевих органів, паху і стегон. Односторонній біль нетиповий. Разом з тим, больовий синдром при первинній альгодисменореї досить часто супроводжується анорексією або булімією, підвищеним або зниженим лібідом, слабкістю, дратівливістю, депресією, безсонням, порушенням пам'яті, вегето-судинними та ендокринними розладами [16, 17]. Всі симптоми, що супроводжують хворобливі менструації, можна умовно розділити на емоційно-психічні (дратівливість, анорексія, депресія, сонливість, безсоння, блювання, булімія, непереносимість запахів, спотворення смаку), вегетативні (нудота, гикавка, озноб, відчуття жару, пітливість, гіпертермія, сухість у роті, часте сечовипускання, тенезми, здуття живота), судинні (непритомність, головний біль, запаморочен-

ня, тахікардія, брадикардія, екстрасистоля, болі в серці, відчуття оніміння рук і ніг, набряки повік) і ендокринні (відчуття «ватних» ніг, загальна різка слабкість, свербіж шкіри, біль у суглобах, набряки, поліурія).

У половині всіх спостережень альгодисменорея прослідковується з дня менархе, у решти виникає через 2–3 роки. Деякі дівчатка відзначають, що біль супроводжується не кожні місячні, що бувають «світлі проміжки». Нерідко хворій доводиться приймати вимушене положення (колінно-ліктьове або на боці з приведеними до живота стегнами), в якому біль зменшується [6].

Для встановлення діагнозу первинної альгодисменореї використовують пробу з Метиндолом (індометацином): за 3 дні до чергових місячних і 3 дні під час місячних, тобто протягом 6 днів приймають метиндол по 25 мг 3 рази на день per os; проводиться 3-4 таких курси. Якщо дівчина точно не знає, коли повинні початися чергові місячні, то даний медикаментозний препарат застосовують лише з першого дня по третій день; таким чином курс триває не шість днів, а три. Тест проводять 3-4 рази поспіль (3-4 цикли по 3–6 днів) [18–20]. Якщо кожні чергові місячні відрізняються від попередніх меншими більшими проявами, то проба оцінюється як позитивна і це свідчить про наявність первинної альгодисменореї. Якщо біль не зменшується (а іноді і посилюється), проба реєструється як негативна. У цих випадках слід вжити додаткових зусиль для виявлення можливої органічної патології.

Лікар, який зупинився на діагнозі «первинна альгодисменорея», повинен пам'ятати, що з часом можуть виявитися інші причини, які будуть потребувати перегляду лікарської тактики. Психогенний характер альгодисменореї стає очевидним, якщо вдається простежити безпосередній зв'язок між стресом, психотравмою, переляком [21, 22].

Незважаючи на значну кількість наукових робіт, присвячених проблемам репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків, дослідження, які відображають роль системних відповідних реакцій організму дівчат-підлітків на вплив комплексу медико-біологічних, екологічних та соціально-гігієнічних факторів у розвитку порушень менструальної функції, обмежені. Як і раніше, залишаються актуальними напрямки по розробці математичних моделей, які б розраховували ймовірність розвитку первинної альгодисменореї у дівчаток пубертатного віку для своєчасного формування груп ризику і здійснення моніторингу гінекологічних захворювань у підлітків. Важливість успішного наукового прогнозування захворювань репродуктивної системи дівчаток диктується необхідністю створення комплексної системи заходів, спрямованих на профілактику порушень репродуктивного здоров'я. З даних літератури випливає, що при вищевказаних порушеннях менструальної функції розвиваються три види первинної альгодисменореї – есенціальна, психогенна і спазмогенна. Цей контингент хворих потребує диспансерного спостереження, що включає ретельне проведення заходів, що попереджають розвиток первинної альгодисменореї та її подальших

наслідків. Відсутність достатньо чітких уявлень про механізм розвитку альгодисменореї дозволяє вважати проблему первинної альгодисменореї в пубертат-

ному віці, особливо пов'язану із з'ясуванням питань конституціональних особливостей організму, перспективним науковим напрямком.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э. К. Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях экологического кризиса / Э. К. Айламазян // Медицинский академический журнал. — 2005. — Т. 5, № 2. — С. 47–58.
2. Ушакова Г. А. Репродуктивное здоровье современной популяции девочек / Г. А. Ушакова, С. И. Елгина, М. Ю. Назаренко // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 1. — С. 35–38.
3. Никитин Д. А., 2000; Куликов А. М., 2001. Автореферат. Прогнозирование и профилактика рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном периоде // Акушерство и гинекология. — 2005.
4. Манухин И. Б. Нестероидные противовоспалительные средства в лечении первичной и вторичной дисменореи / И. Б. Манухин, Т. П. Крапошина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2010. — Т. 9, № 6.
5. Анализ зависимости тяжести первичной альгодисменореи от особенностей менструальной функции и роста-весовых показателей / Н. В. Хороших, О. В. Филиппова, Н. Ю. Черкасова, М. В. Фролов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Т. 9, № 2. — Воронеж, 2010. — С. 427–430.
6. Богданова Е. А. Гинекология детей и подростков / Е. А. Богданова. — М. : МИА, 2000. — С. 180–188.
7. Гайворонская Е. Б. Клиническая психология подростковой гинекологии / Е. Б. Гайворонская, Б. Е. Микиртумов, О. Ю. Ширяев. — Воронеж : Кварта, 2010. — 244 с.
8. Гуркин Ю. А. Ювенильная гинекология / Ю. А. Гуркин. — СПб., 1993. — С. 9–20.
9. Коколина В. Ф. Гинекология детского возраста / В. Ф. Коколина. — М. : Медпрактика, 2003. — С. 120–128.
10. Национальное руководство по гинекологии Российского общества акушеров-гинекологов / под ред. В. Н. Кулакова. — М., 2009. — С. 745–752.
11. Уварова Е. В. Детская и подростковая гинекология / Е. В. Уварова. — М. : Литера, 2009. — С. 301–320.
12. Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки) / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. — К., 2003. — С. 98–103.
13. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков. Руководство для врачей / Ю. А. Гуркин. — СПб. : ИКФ «Фолиант», 2000. — С. 180–190.
14. Бениришке К. Репродуктивная эндокринология / под ред. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. — М., 1998.
15. Тумилович Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. — М. : Практическая медицина, 2009. — С. 76–79.
16. Серов В. Н. Дисменорея / В. Н. Серов // Вопросы диагностики и терапии: материалы симпозиума 2-го Всероссийского форума «Мать и дитя». — М., 2000. — С. 2–3.
17. Вихляева Н. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Н. М. Вихляева. — М., 2002. — С. 130.
18. Гайнова И. Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек : автореф. дис. канд. мед. наук / И. Г. Гайнова. — М., 2003. — 32 с.
19. Кротин П. Н. Комплексный подход к лечению больных с первичной дисменореей / П. Н. Кротин, М. Ф. Ипполитова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2006. — № 1. — С. 37–47.
20. Детская гинекология / сост. А. Б. Маркин, Э. Б. Яковлева. — К. : Знания, 2004. — С. 156–177.
21. Делигеороглу Э. Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи / Э. Делигеороглу, Д. И. Арвантинос // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. — 1996. — № 4. — С. 50–52.
22. Proctor M. Diagnosis and management of dysmenorrhoea / M. Proctor, C. Fargubar // BMJ. — 2006. — Vol. 3326. — P. 1134–1138.

Отримано 16.03.15