Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

ДІАГНОСТИКА І ПРОФІЛАКТИКА ОЛІГОМЕНОРЕЇ ТА ВТОРИННОЇ АМЕНОРЕЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

(методичні рекомендації)

Харків – 2016

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

"УЗГОДЖЕНО"
Начальник лікувально-
організаційного
Управління НАМН України
д-р мед. наук, проф.
_____ І.Д. Шкробанець
_____ 2016 р.

" УЗГОДЖЕНО "
В.о. директора Медичного
департаменту МОЗ України

_____ А.О. Гаврилюк
_____ 2016 р.

ДІАГНОСТИКА І ПРОФІЛАКТИКА ОЛІГОМЕНОРЕЇ ТА ВТОРИННОЇ АМЕНОРЕЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

(методичні рекомендації)

Київ – 2016

Установа-розробник: Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України»

Укладачі:

д-р мед. наук, проф.	Левенець С.О.	(0572) 62-41-27
канд. мед. наук	Начьотова Т.А.	(0572) 62-41-27
н.с.	Новохатська С.В.	(0572) 62-41-27
м.н.с.	Удовікова Н.О.	(0572) 62-41-27
канд. психол. наук	Бєляєва О.Е.	(0572) 62-41-27
лікар	Орліченко В.Г.	(0572) 62-41-27

Рецензент: д-р мед. наук, професор Грищенко О.В.

Голова Експертної проблемної комісії «Акушерство та гінекологія» МОЗ та НАМН України, академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Запорожан В.М.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень..... 5
Вступ..... 6
1. Діагностика гіпоменструального синдрому у дівчат-підлітків 7
1.1 Первинна олігоменорея 9
1.2 Вторинна олігоменорея 12
1.3 Вторинна аменорея 14
2. Фактори ризику виникнення гіпоменструального синдрому (результати власних наукових досліджень) 15
Висновки..... 27
Перелік рекомендованої літератури..... 28

Перелік умовних скорочень

ВА	– вторинна аменорея
В.п.	– вихідна позиція
ГК	– група контролю
ГМС	– гіпоменструальний синдром
І ОМ	– первинна олігоменорея
ІІ ОМ	– вторинна олігоменорея
ІМТ	– індекс маси тіла
ІнП	– інвертований пубертат
КП	– класичний пубертат
ЛФК	– лікувальна фізкультура
МКХ	– міжнародна класифікація хвороб
МЦ	– менструальний цикл
ОМ	– олігоменорея
ПМФ	– порушення менструальної функції
ПРФ	– порушення репродуктивної функції
ПК	– прогностичний коефіцієнт
УЗД ОМТ	– ультразвукове дослідження

ВСТУП

Серед усіх клінічних варіантів порушень менструальної функції (ПМФ) у дівчат-підлітків найбільш поширеною є олігоменорея (ОМ).

При проведенні профілактичних оглядів більш ніж у 1000 дівчат, у яких вже були менструації, встановлено, що первинна олігоменорея (І ОМ; МКХ Х-го перегляду – N 91.3) спостерігається у два рази частіше, ніж вторинна олігоменорея (ІІ ОМ; МКХ Х-го перегляду – N 93.4), ОМ, що виникає після інших розладів менструальної функції (МКХ Х-го перегляду – N 92.5) та вторинної аменореї (ВА; МКХ Х-го перегляду – N 91.1).

Актуальність профілактики гіпоменструального синдрому (ГМС) у дівчат-підлітків, що об'єднує ОМ і ВА, обумовлена значним зростанням його поширеності. Відомо, що розлади менструальної функції за типом ГМС у період пубертату без своєчасної корекції досить часто зберігаються і в репродуктивному віці та призводять до первинного безпліддя, акушерської патології та перинатальних втрат. Не зважаючи на негативні наслідки ГМС в дівчат, і до нашого часу не розроблені рекомендації щодо його профілактики.

До тепер все ще існує думка, що затримка менструації на першому році після менархе є нормальним явищем, яке не потребує ніяких втручань. Це стосується тих випадків, коли період між менструаціями не перевищує 45 днів і спостерігається епізодично. В усіх інших випадках діагностується І ОМ або ВА в залежності від тривалості затримки настання чергової менструації.

ОМ та ВА відносяться до мультифакторіальних захворювань, при цьому особливу важливість мають як екзогенні, так і ендогенні фактори ризику їх виникнення.

У літературних джерелах наводяться окремі відомості про фактори ризику формування цієї патології, проте вони не узагальнені у вигляді

прогностичних таблиць, що не дає можливості індивідуального підходу при визначенні груп ризику ймовірного формування порушень менструальної функції за типом олігоменорея та/або вторинна аменорея.

У літературі практично відсутні дані щодо профілактичних заходів із попередження виникнення ОМ та ВА та участі у них лікарів суміжних спеціальностей.

Методичні рекомендації створені за результатами науково-дослідницьких робіт: «З'ясувати патогенетичні механізми розладів менструальної функції, що виникли в перший рік її становлення, та їх вплив на подальше функціонування жіночої статевої системи» (2013-2015 рр. ДР № 0113U001066) та «Вдосконалити методи лікування дівчаток-підлітків із гіпоменструальним синдромом» (2016-2018 рр. ДР № 0116U003035).

ДІАГНОСТИКА ГІПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Обстежено було 541 дівчат-підлітків віком 13−18 років із гіпоменструальним синдромом, із них 151 пацієнтка з первинною олігоменореєю (I ОМ), 85 хворих із вторинною олігоменореєю (II ОМ) та 305 дівчат із вторинною аменореєю (ВА); а також 102 дівчини того ж віку із регулярним менструальним циклом (МЦ), які склали групу порівняння (ГП). З дослідження було виключено хворих із вродженою або постнатальною формою адрено-генітального синдрому та дисгенезії гонад, а також пацієнток із тяжкими інвалідизуючими екстрагенітальними захворюваннями.

Клінічне обстеження включало аналіз скарг хворих, збір анамнезу захворювання (перинатальний, соматичний, гінекологічний, з'ясовувався стан менструальної функції і репродуктивної системи у найближчих родичів). Аналізувалися умови виховання дівчат (повна або неповна сім'я, повна, але деструктивна сім'я), наявність додаткових навантажень, особливо занять спортом, порушень харчування, шкідливих звичок, конфліктних ситуацій.

При оцінці статевого розвитку оцінювали наявність вторинних статевих ознак і час їх появи. Проводили розрахунок суми балів розвитку вторинних статевих ознак (Туміловіч Л.Г., 1975). Ступінь гірсутизму оцінювали за шкалою Феррімана-Галлвея. Нормативні значення індексу маси тіла (ІМТ) та зросту для кожного віку визначали за перцентильним методом (Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» / під ред. Н.Б. Зелінської).

Розміри матки і яєчників визначали при проведенні ультразвукового дослідження органів малого таза (УЗД ОМТ) за загальноприйнятою методикою на тлі наповненого сечового міхура на апараті "Logic 100" фірми «Siemens». Для визначення обсягу матки (Vut) та площини яєчників використовували загальноприйняті формули. Дослідження судин малого таза здійснювали на цифровій системі ультразвукової діагностики SA-8000 Live, фірми Medison, LTD, Корея. Оцінка стану гемодинаміки внутрішніх статевих органів проводилася на підставі показників систолічної (Vsist, см/с) та діастолічної (Vdiast, см/с) швидкостей кровотоку в матковій і яєчникових артеріях те величину пульсаційного індексу, який розраховували за загальноприйнятою методикою.

Хворі були оглянуті педіатром, неврологом, ендокринологом, отоларингологом.

Дані про частоту різних показників ІМТ, ступінь гірсутизму, появи менархе (раннього або пізнього) у популяції було отримано під час проведення профілактичних оглядів у 1650 підлітків міста Харкова та області.

При обстеженні 102 дівчат із регулярним МЦ були отримані дані про перинатальний анамнез, а також менструальну і репродуктивну функції їх матерів.

Психодіагностичне дослідження підлітків включало використання наступного інструментарію: клінічний опитувальник невротичних станів К.К.Яхіна – Д.М.Менделевича (2005), що визначає наявність станів тривоги,

невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування, обсесивно-фобічних та вегетативних порушень; патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО А.Є. Лічко, М.Я.Іванов, 1995) для визначення характерологічних особливостей у вигляді типів акцентуацій; шкала Спілбергера-Ханіна (Ханін, 1975) для оцінки ситуативної та особистісної тривожності.

Статистична обробка результатів проводилася з використанням пакету програм «Statgraphics Centurion». Для оцінки достовірності відмінностей застосовували критерій кутового перетворення Фішера (φ) й Уілкоксона-Манна-Уітні (u), а для визначення оцінки вірогідності виникнення гіпоменструального синдрому використовували відношення шансів (ВШ) із визначенням 95 % довірчого інтервалу (ДІ). Оцінювалися прогностична значущість й інформативність всіх факторів ризику, що вивчалися. Конкретну величину інформативності ознаки визначали за допомогою інформативної міри Кульбака.

Методичні рекомендації призначені для дитячих гінекологів, ендокринологів, педіатрів, сімейних лікарів

Регулярні затримки менструацій більше ніж на 45 діб відносять до гіпоменструального синдрому, складовими частинами якого є первинна олігоменорея (I ОМ), вторинна олігоменорея (II ОМ) та вторинна аменорея (ВА). Ці захворювання розрізняються за терміном виникнення після менархе та строком затримки менструації, крім того I ОМ та II ОМ можуть передувати ВА.

Найбільш частим варіантом ПМФ у дівчат-підлітків є олігоменорея.

Первинна олігоменорея

У МКХ 10-го перегляду I ОМ виділена як самостійна нозологічна одиниця як мізерні або рідкі менструації, систематичні затримки менструацій на 1-5 місяців з самого початку становлення менструальної функції, тобто з першого року після менархе. Перший епізод I ОМ найчастіше реєструється

відразу після менархе або через 2-3 місяці після нього (80,9 %), через 4-5 місяців після менархе – лише 9,1 %. На жаль, за медичною допомогою при існуванні І ОМ протягом 6 - 11 місяців звертається кожна четверта дівчина (28,0 %), третина (32,2 %) підлітків – через 1-1,5 роки після першого епізоду даного ПМФ і лише тільки через 1,5-2 роки і більше після появи захворювання 39,8 % пацієнток вважають себе хворими і звертаються до лікаря.

Клінічна картина І ОМ характеризується поліморфізмом. Індивідуальна оцінка ступеня статевого розвитку визначає різні рівні статевого дозрівання, які не завжди відповідають паспортному віку.

Нормальні значення індексу маси тіла (ІМТ) мають тільки 61,1 % пацієнток, що вірогідно рідше, ніж у дівчат із ГП (81,3 %; $P\varphi < 0,01$).

Надлишкова маса тіла і ожиріння спостерігаються з однаковою частотою (25,7 %) але наявність ожиріння діагностується у кожної десятої хворої, що в 4 рази перевищує його поширеність серед їхніх одноліток із ГП (33,3 % проти 8,6 %; $P\varphi < 0,05$).

Для хворих із І ОМ характерне уповільнення темпів статевого дозрівання. Порушення послідовність появи вторинних статевих ознак, тобто початку розвитку молочних залоз передує поява лобкового оволосіння (інвертований пубертат, ІнП), реєструється майже у 4 рази частіше, ніж у ГП (28,5 % і 7,6 % відповідно; $P\varphi < 0,001$).

Середній вік появи менархе у хворих на І ОМ складає 13 років 4 міс. ± 1 міс., що достовірно перевищує відповідний показник у дівчат із ГП (12 років 6 місяців ± 3 місяці, $P < 0,05$). Частота раннього менархе (до 11 років) у пацієнток з даним ПМФ практично не відрізняється від такого у підлітків із регулярним МЦ (3,7 % проти 2,0 %), в той час як пізнє менархе (в 15 років і пізніше) реєструється в чотири рази частіше, ніж у їх одноліток із ГП (17,7 % і 4,0 % відповідно; $P\varphi < 0,05$).

На момент звернення до лікаря найбільш часто у хворих із І ОМ реєструється затримка менструації до 3 місяців (у 76,7 %), в той час як

затримка менструації на 4-5 місяців спостерігається у кожної четвертої дівчини.

Гірсутизм II-III ступеня (більше 15 балів за шкалою Феррімана-Голвея) у дівчат із І ОМ відзначається значно частіше, ніж у підлітків із регулярним МЦ (36,0 % проти 9,8 %; Рφ < 0,001).

У хворих із тривалістю І ОМ до 2 років виражений гірсутизм спостерігається у 31,5 % хворих, а з тривалістю І ОМ більше 2 років його частота підвищується до 41,3 %.

При УЗД органів малого таза у 56,2 % хворих із І ОМ виявляється гіпоплазія матки та має місце суттєве збільшення розмірів яєчників у порівнянні із дівчатами з регМЦ і відповідним менструальним віком (2,6±1,0 $см^2$ проти 2,0±0,6 $см^2$; Р < 0,05). У переважної більшості хворих (у 95,1%) реєструється нормальна структура яєчників, персистенція фолікулів спостерігається лише в поодиноких випадках (у 4,9 %). Слід відмітити, що 42,5 % хворих з І ОМ мають мультифолікулярну структуру яєчників, яка в підлітковому віці є варіантом норми.

Для дівчат із І ОМ характерними є наступні психологічні особливості: в них найчастіше реєструються обсесивно-фобічні порушення із наявністю побоювань, нав'язливих думок та сумнівів (56,0 % хворих). Тривожні стани притаманні 48,0 % цих хворих. Ознаки невротичної депресії з млявістю, повільністю рухів, пригніченим настроєм, байдужістю й відчуттям власної провини реєструються у 40,0 % дівчат із І ОМ. З такою ж частотою діагностуються прояви істеричного типу реагування. Вільний від невротичних проявів стан мають лише у 18,0 % дівчат із І ОМ.

В характерологічній структурі дівчат з І ОМ майже з рівною частотою відзначаються акцентуації лабільного кола (25,9 %), епілептоїдні (18,5 %), істероїдні (18,5 %) та психастенічні (18,5 %) типи.

Високий рівень особистісної тривожності виявляється у 55,0 % хворих з І ОМ, високий рівень ситуативної тривожності зустрічається у 35,0 % цих хворих. Перевищення показника ситуативної тривожності над особистісною

спостерігається у 20,0 % хворих із І ОМ, що свідчить про їх труднощі адаптації до ситуації госпіталізації.

При вивченні характеру менструальної і репродуктивної функції у матерів дівчат-підлітків із І ОМ виявлено, що ПМФ за типом гіпоменструального синдрому відмічається у 32,2 % жінок, у 13,0 % матерів реєструється пізнє менархе. У половини матерів підлітків із І ОМ (52,2 %) реєструється ускладнення вагітності, що майже в 2 рази перевищує цей показник у жінок ГП. З ускладнень у пренатальному періоді найбільш часто відмічається загроза переривання вагітності, частота якої в 3 рази перевищує таку у жінок із ГП (37,9 % проти 11,7 %; Рφ < 0,05), тяжкий тривалий ранній гестоз виявляється у 14,5 % матерів. Дистрес-синдром новонароджених діагностується у 2 рази частіше, ніж у ГП (21,1 % і 8,8 % відповідно; Рφ < 0,05). Інші ускладнення вагітності та пологів, у тому числі оперативне розродження, відзначаються у обстежуваних з однаковою частотою (13,0 %).

Частота раннього репродуктивного віку матерів (до 20 років) спостерігається (25,2 %) на момент народження дитини, що в 4 рази перевищує дані у жінок ГП (6,3 % ; Рφ<0,05).

Вторинна олігоменорея

Основною клінічною ознакою ІІ ОМ є затримки менструацій від 1 до 5 місяців, які виникають після збереженого регулярного менструального циклу протягом 1 року та більше.

Середній вік менархе у хворих цієї групи не відрізняється від популяційного і складає 12,6±0,3 років, частота раннього менархе в три рази перевищує популяційну (7,1 %).

У 36,9 % дівчат ІІ ОМ виникає після року регулярних менструацій, але звертається до лікаря в перший рік після появи ОМ тільки третина з них. У 35,7 % ІІ ОМ виникає через 2 роки та у 27,4 % через 3 роки та більше після встановлення регулярних менструацій. Затримки менструацій до 3 місяців реєструються у 58,3 % і від 3 до 5 місяців - у 41,7 % хворих.

Нормальні значення ІМТ мають більше половини дівчат із ІІ ОМ (64,3 %), дефіцит, надлишкова маса тіла та ожиріння реєструються приблизно з однаковою частотою (11,9 %, 10,7 % та 13,1 % відповідно). Наявність гіпертрихозу або гірсутизму спостерігається у 55,9 % дівчат (серед них доля з гірсутизмом ІІ-ІІІ ступеня складає 76,6 %).

Гіпоплазія матки відмічається у 28,6 % хворих. Яєчники мають нормальну структуру у половини пацієнток (52,4 %), ознаки мультифолікулярної структури реєструються у 35,7 % , у 7,1 % дівчат спостерігається персистенція фолікула і у 4,8 % - фолікулярна кіста яєчника. Порушення кровотоку в матковій артерії спостерігається у 47 % хворих, в яєчникових артеріях - у 52 % дівчат із ІІ ОМ.

Серед невротичних станів у дівчат із ІІ ОМ найчастіше реєструються патологічні або граничні прояви обсесивно-фобічних порушень – 60,0% (наявність побоювань, нав'язливих думок та сумнівів). Психодіагностичні ознаки невротичної депресії (з млявістю, повільністю рухів, пригніченим настроєм, байдужістю й відчуттям власної провини) реєструються у 40,0 % хворих з ІІ ОМ. Прояви тривоги діагностуються у 35,0 % хворих цієї групи. Істеричний тип реагування відзначається у 30,0 % дівчато. Вільний від невротичних проявів стан мають лише 30,0 % дівчат із ІІ ОМ.

У характерологічній структурі хворих на ІІ ОМ безперечно домінують акцентуації лабільного кола, що сягають 66,7 % випадків, інші типологічні варіанти становлять по 11,1 %.

Високий рівень особистісної тривожності відзначається у 60,0 % хворих на ІІ ОМ. Низький рівень ситуативної тривожності визначається у 70,0 % таких хворих, середній – у 30,0%.

При вивченні характеру менструальної і репродуктивної функції у матерів дівчат-підлітків із ІІ ОМ виявлено, що порушення менструальної функції в матерів відмічається у 19 % (серед них 75 % мали олігоменорею), пізнє менархе серед матерів зустрічалося у 8,3%. Під час аналізу перебігу вагітності і пологів у матерів тяжкий тривалий ранній гестоз мали 7,1 % із

них, слабкість пологової діяльності – 8%, загрозу переривання вагітності зареєстровано у 20,2 % матерів, пологи шляхом кесарева розтину відбувалися у 9,5 % матерів, респіраторний дистрес-синдром новонароджених спостерігався у 19,0 % пацієнток. Як і при І ОМ, висока частота (15,1 %) раннього репродуктивного віку матерів (до 20 років) на момент народження дівчат, тоді як пізній вік (35 років і старше) реєструвався лише у 5,6 % матерів.

Вторинна аменорея

ВА – одне з найбільш тяжких форм ПМФ, головною клінічною ознакою якої є затримка менструації не менше ніж на шість місяців. У (48,7 %) ВА розвивається з менархе або перші 2-3 місяці після нього, у кожної третьої дівчини (у 33,5 %) ВА передують порушення менструального циклу за типом олігоменореї або пубертатних маткових кровотеч, і лише у 17,8 % хворих ВА настає після регулярного менструального циклу протягом року та більше.

Менструальний вік до 2 років характерний для 46,0 % хворих, більше 2 років – 54,0 %. У 15,0 % хворих має місце уповільнення темпів статевого дозрівання. Менархе наступало своєчасно у 72,0 % дівчат-підлітків із ВА, частота раннього і пізнього менархе вдвічі перевищують популяційну і складають 6,0 % і 22,0 % відповідно.

Нормальні значення ІМТ мають тільки 50,0 % дівчат із ВА, майже у третини (28,0 %) спостерігається дефіцит ваги, і значно рідше – надлишкова маса тіла (у 11,5 %) або ожиріння (у 10,5 %). Гірсутизм ІІ-ІІІ ступеня (більше 15 балів за шкалою Феррімана-Голвея) виявляється у 7,0 % хворих на ВА.

Гіпоплазія матки реєструється у 80,0 % дівчат із ВА, яєчники мають звичайну структуру у більшості обстежених (68,0 %), ознаки мультифолікулярної структури визначаються у 29,5 % хворих, дуже рідко (у 2,5 %) дівчат із ВА спостерігається персистенція фолікула. Порушення кровотоку в матковій артерії спостерігається у 56,0 % хворих, в яєчникових артеріях - у 63,0 % дівчат із ВА.

Серед досліджуваних невротичних станів у дівчаток із ВА найчастіше реєструються патологічні або граничні прояви обсесивно-фобічних порушень (52,0 %). Прояви тривоги, невротичної депресії, істеричного типу реагування діагностуються у 28,0 % хворих на ВА. Вільний від невротичних проявів стан відзначається майже у половини обстежених цієї клінічної групи (44,0 %).

У характерологічній структурі хворих на ВА також переважають акцентуації лабільного кола (50,0 %), епілептоїдні типологічні варіанти відзначаються у 22,5 % дівчат із ВА, інші типи - у 5-10 % хворих.

Високий рівень особистісної тривожності реєструється у 36,4 % хворих на ВА, високий рівень ситуативної тривожності - у 27,3 % хворих. Перевищення ситуативної тривожності над особистісною спостерігається у 18,0 % хворих цієї клінічної групи, які відчували посилення тривожного напруження із перевищенням його звичайного індивідуально-усвідомлюваного рівня.

Значну цінність для практикуючого лікаря має можливість виявлення у дівчат-підлітків ОМ і ВА ще на першому році становлення менструальної функції при наявності розладів ритмічності менструацій більше ніж на 45 днів.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ГІПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ (результати власних наукових досліджень)

Жіноча статева система має багато ступенів захисту від дії негативних екзо- і ендогенних відхиляючих впливів. Однак вона найбільш чутлива до них у критичні періоди свого розвитку, до яких відносяться перинатальний період, ранній пубертат (від початку формування вторинних статевих ознак до появи першої менструації) і в перший рік після менархе.

Наслідки більшості відхиляючих факторів неспецифічні, мають багато однакових рис і можуть клінічно проявлятися у віддалені періоди після їх безпосередньої дії. Характер і глибина морфофункціональних порушень при цьому залежать від ступеня зрілості статевої системи, вихідного функціонального стану центрів регуляції (гіпоталамус, гіпофіз) і яєчників, тривалості дії шкідливого чинника.

Повноцінне функціонування репродуктивної системи жінок багато в чому залежить від характеру перебігу періоду статевого дозрівання. Адже період статевого дозрівання – один із ключових в постнатальному онтогенезі, за час якого дитячий організм досягає морфофункціональної зрілості.

До перших сомато-морфологічних проявів активації процесів, що забезпечують статевий розвиток, відноситься формування вторинних статевих ознак, які у більшості здорових дівчат з'являються у суворій послідовності: спочатку формується молочна залоза, потім – лобкове оволосіння і в останню чергу – оволосіння пахвових западин.

Затримка формування вторинних статевих ознак або порушення послідовності їх появи (інвертований пубертат (ІнП)) відносяться до факторів ризику порушень функціонування репродуктивної системи.

На початку пубертатного періоду за більшістю антропометричних показників дівчата з ІнП відстають від одноліток із фізіологічним пубертатом.

Поява менструацій та становлення їх ритму – один із найважливіших періодів розвитку жіночого організму. Він є ознакою достатньої активації гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникового комплексу і здатності ендометрію адекватно реагувати на зміни гормонального фону. Перші менструації (менархе) в середньому з'являються через 2-2,5 роки після початку формування молочної залози. Вік появи менархе у здорових дівчат, незалежно від місця мешкання (село або місто), коливається в межах 11 – 14,5 років.

При фізіологічному перебігу пубертату у 90,0 % дівчат середній вік менархе 12 років 6 місяців ± 3 місяці та ритмічність менструації встановлюється або відразу після менархе, або упродовж першого року після нього. Раннє менархе (до 11 років) у середньому реєструється у 2,0 % дівчат, а пізнє менархе (в 15 років і пізніше) – у 8,0 %.

При ІнП менархе у підлітків з'являється на 9 місяців пізніше (13 років 4 місяця ± 3 місяці) та протягом першого року від початку менархе

менструальний цикл залишається нерегулярним, а в подальшому розлади менструальної функції серед них відмічаються у два рази частіше, ніж при фізіологічному пубертаті та в абсолютної більшості (90,5 %) проявляються гіпоменструальним синдромом.

Відомо, що фактори ризику виникнення ПМФ у дівчат підрозділяються на соціальні та медико-біологічні.

Умовно виділяють сприятливі фактори ризику, на тлі яких часто виникає дисфункція нейрогормонального регулюючого комплексу, і фактори, які стають безпосередньою причиною патологічного перебігу періоду становлення менструальної функції з подальшими стійкими її розладами.

У процесі досліджень нами було виділено, що до *сприяючих чинників, здатних викликати ПМФ у період її становлення, відносять:*

- обтяжена спадковість за порушеннями функції статевої системи незапального ґенезу як за материнською, так і за батьківською лініями;

- ускладнений перебіг перинатального періоду (тяжкий ранній і пізній гестоз, загроза переривання вагітності, гіпоксія плода і респіраторний дистрес-синдром новонародженої дівчинки та ін.);

- тяжкі гострі або хронічні екстрагенітальні захворювання в дошкільному, молодшому шкільному віці, в період становлення менструальної функції;

- раннє або пізнє менархе;

- виховання дівчинки в сім'ї соціального ризику або без участі батьків;

- техногенне забруднення навколишнього середовища.

До другої групи чинників, що можуть стати безпосередньою причиною патологічного перебігу періоду становлення менструальної функції, відносять:

- загострення хронічних екстрагенітальних хвороб;

- втрату маси тіла або, навпаки, її збільшення;

- підвищені фізичні (спортивні) чи психоемоційні навантаження, гострий і хронічний психоемоційний стрес.

Дані багатьох дослідників і наш багаторічний клінічний досвід свідчить про те, що, ГМС виникає в тих випадках, коли втрата маси тіла при нормальній початковій перевищує 10 % від вихідної.

Як було зазначено, гіпоменструальний синдром може виникати на тлі різних ендокринопатій, однією із клінічних ознак яких можуть бути прояви вираженого гірсутизму (табл. 1).

Таблиця 1

Шкала Феррімана-Галлвея

Зона	Бали	Опис
1	2	3
1. Верхня губа	1	Окреме волосся на зовнішньому краї
	2	Невеликі вусики на зовнішньому краї
	3	Вуса, що поширюються на половину відстані до середньої лінії верхньої губи
	4	Вуса, що досягають середньої лінії
2. Підборіддя	1	Окремі розрізнені волосинки
	2	Розрізнені волосинки і невеликі їх скупчення
	3-4	Суцільне покриття, рідкісне або густе
3. Груди	1	Волосся навколо соска
	2	На додаток до них волосся між молочними залозами
	3	Злиття зони з покриттям 3/4 поверхні
	4	Суцільне покриття
4. Спина	1	Розрізнені волосинки
	2	Велике число розрізнених волосинок
	3-4	Суцільне покриття, рідкісне або густе
5. Поперек	1	Пучок волосся на крижах
	2	Той же пучок, що розширюється в сторони
	3	Волосся покриває 3/4 поверхні
	4	Суцільне покриття
6.Верхня частина живота	1	Окреме волосся уздовж середньої лінії
	2	Велика кількість волосся уздовж середньої лінії
	3-4	Покриття половини або всієї поверхні

7.Нижня частина живота	1	Окремі волоски уздовж середньої лінії
	2	Смуга волосся уздовж середньої лінії
	3	Широка стрічка волосся уздовж середньої лінії
	4	Ріст волосся у вигляді цифри V
8. Плече	1	Рідке волосся, що покриває не більше чверті поверхні
	2	Найбільш широке, але неповне покриття
	3-4	Суцільне покриття, рідке або густе
9. Стегно	1-4	Значення такі ж, як на плечі
10. Передпліччя	1-4	Суцільне покриття дорсальної поверхні; 2 бали для рідкого і 2 - для густого покриття
11. Гомілка	1-4	Значення такі ж, як на плечі

При перевищенні гірсутного числа понад 15 балів дівчат необхідно відносити до групи ризику щодо виникнення ПМФ. Такі підлітки повинні оглядатися дитячим гінекологом і ендокринологом не рідше 1 разу на 6 місяців, а при прогресуванні гірсутизму - не рідше 1 разу на 3 місяці з визначенням рівня андрогенів у крові (нормальний рівень тестостерону коливався від 0,9 до 3,5 нмоль/л, дегідроепіандростерона сульфату – від 0,25 до 5,6 мкг/мл).

Розроблено прогностичні таблиці, які дозволяють лікарю практичної охорони здоров’я ще при першому огляді дівчинки винести питання щодо можливості виникнення ПМФ.

Для оцінки прогнозу виконувалося послідовне додавання прогностичних коефіцієнтів. Сума балів від (+13) свідчить про високу вірогідність виникнення захворювання, сума менше (–13) балів – про дуже низьку вірогідність розвитку патологій.

Критерії прогнозування виникнення ОМ у дівчат-підлітків наведено в таблицях 2 і 3. У дівчат із І ОМ і ІІ ОМ важливим є встановлення ймовірності прогресування захворювання і формування більш тяжкої патології – ВА (табл. 4).

Таблиця 2

Прогноз щодо виникнення первинної олігоменореї у дівчат-підлітків

Клініко-анамнестичні ознаки щодо виникнення захворювання	Наявність ознаки	Прогностичні коефіцієнти (бали)	Інформативність ознак (від 0 до 1)
Пізнє менархе у дівчини	є немає	+6,92; -0,78	0,60
Ранній репродуктивний вік матері на момент народження дівчини	є немає	+6,6; -1,2	0,88
Інвертований пубертат	є немає	+5,74; -1,11	0,72
Загроза переривання вагітності в пренатальному анамнезі	є немає	+4,62; -1,26	0,65
Зниження систолічної швидкості кровотоку в матковій артерії	є немає	+4,6; -2,8	1,41
Порушення менструальної і репродуктивної функцій у матері	є немає	+3,5; -0,9	0,33

Таблиця 3

Прогноз щодо виникнення вторинної олігоменореї у дівчат-підлітків

Клініко-анамнестичні ознаки щодо виникнення захворювання	Наявність ознаки	Прогностичні коефіцієнти (бали)	Інформативність ознак (від 0 до 1)
Раннє менархе	є немає	+11,63 -0,57	0,71
Пізнє менархе	є немає	-9,54 +0,33	0,34
Ожиріння	є немає	+7,78 -0,59	0,49
Виражений гірсутизм (більше 15 балів за шкалою Феррімана-Галлвея)	є немає	+5,42 -2,51	1,01
Зниження систолічної швидкості кровотоку в матковій артерії	є немає	+3,6; -1,7	0,71

Таблиця 4

Прогноз щодо виникнення вторинної аменореї у дівчат-підлітків

Клініко-анамнестичні ознаки щодо виникнення захворювання	Наявність ознаки	Прогностичні коефіцієнти (бали)	Інформативність ознак (від 0 до 1)
Пізнє менархе у матері	є немає	+10,8 -0,5	0,34
Порушення менструальної функції у матері	є немає	+2,77 -0,5	0,31
Наявність загрози переривання вагітності у матері	є немає	+3,0 -0,6	0,32
Пологи у матері шляхом кесарева розтину	є немає	+5,3 -0,8	0,52
Ранній вік матері (до 20 років) на момент пологів	є немає	+6,20 - 0,77	0,40
Зниження систолічної швидкості кровотоку в матковій артерії у дівчини	є немає	+4,6; -2,8	1,41
Дефіцит маси тіла у дівчини на момент обстеження	є немає	+6,97 -1,20	0,59
Гірсутизм у дівчини більше 15 балів за шкалою Феррімана-Галлвея	є немає	+ 7,00 - 0,40	0,30
Пізнє менархе у дівчини	є немає	+8,18 -1,66	0,80

Участь лікарів різного профілю у проведенні профілактичних заходів щодо попередження виникнення гіпоменструального синдрому

На значне зростання поширеності ГМС у дівчат-підлітків впливає той факт, що при ВА у більшості хворих і у частини дівчат із ОМ зберігається задовільне самопочуття, що призводить до недооцінки тяжкості стану та пізнього звернення по медичну допомогу. Це вимагає спільних зусиль дитячих гінекологів, педіатрів, підліткових лікарів, сімейних лікарів, невропатологів, ендокринологів для визначення «груп ризику» щодо формування ГМС у дівчат-підлітків і проведення їм профілактичних заходів.

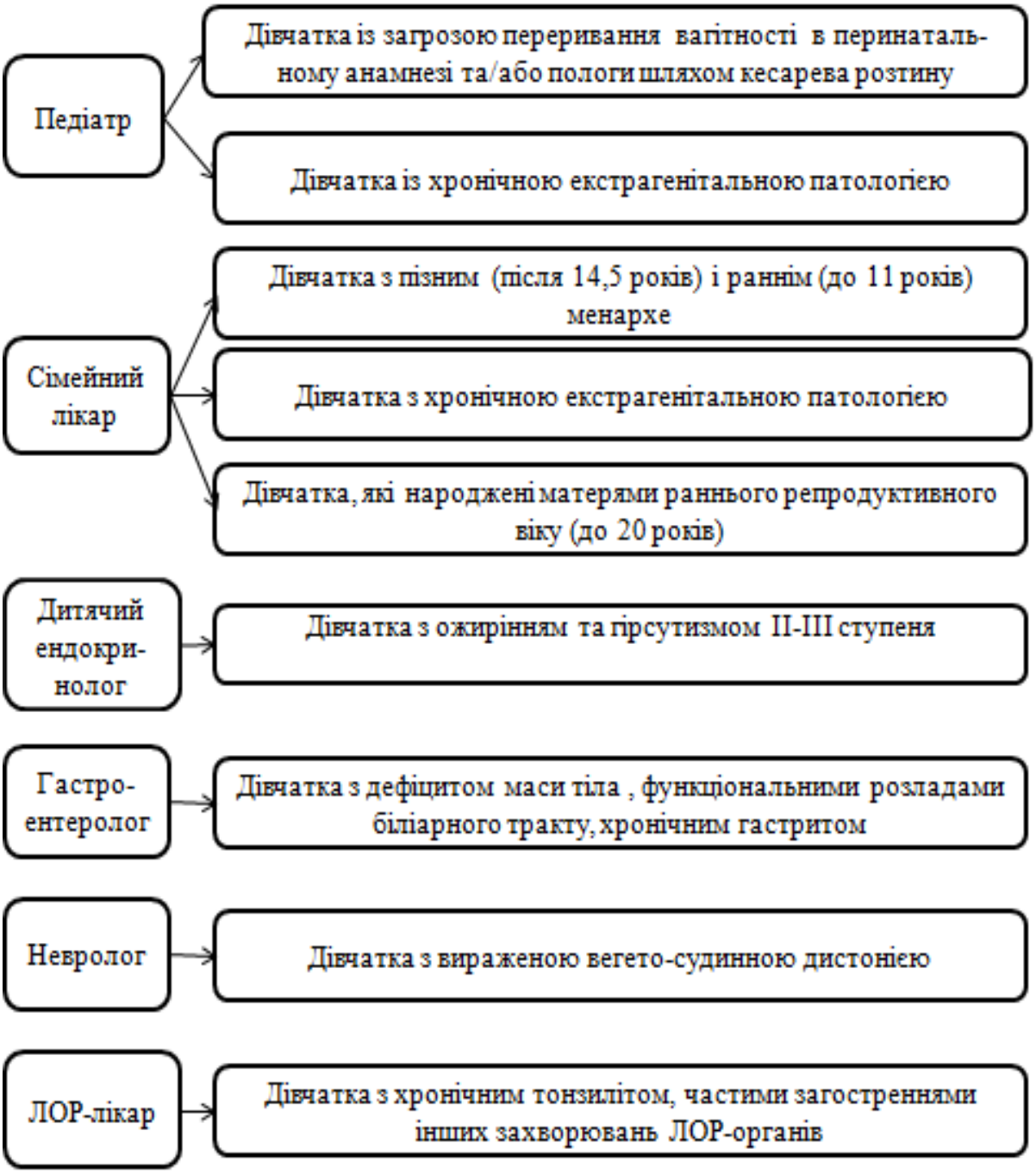
При цьому слід підкреслити особливу роль сімейних лікарів, педіатрів та акушерів-гінекологів у роботі з матерями дівчат пубертатного віку з метою їх інформування про фактори ризику виникнення ГМС, необхідність самоконтролю з боку дівчат за станом менструального циклу з обов'язковим щомісячним веденням особистого «менструального календаря» з відмітками про тривалість менструації, колір та рясність менструальних виділень, а також своєчасний профілактичний огляд дитячим гінекологом не рідше ніж 2 рази на рік.

Не менш важливим завданням при роботі з дівчатами із «груп ризику» та їх батьками є роз'яснення питань щодо періоду формування статевого розвитку і менструальної функції. При з'ясуванні відхилень з боку появи вторинних статевих ознак, чи менструального циклу необхідно направити дівчину до лікаря – дитячого гінеколога.

Участь лікарів різних спеціальностей у проведенні профілактичних заходів щодо попередження виникнення ГМС представлена на рисунку 1.

Рисунок 1

Групи дівчаток, які потребують особливої уваги лікарів різних профілів



Одним із найважливіших профілактичних заходів формування ГМС у дівчат-підлітків є забезпечення їх адекватним харчуванням, особливо при знижених показниках ІМТ або ожирінні. Для оцінки характеру харчування пацієнтки протягом трьох діб записує кількість продуктів, що було з'їдено.

Потім нами проводиться порівняльний аналіз із рекомендованим приблизним добовим набором продуктів для підлітків (Канівська Л.Я., 1989) (табл. 5) з метою правильної корекції харчування.

Таблиця 5

Приблизний добовий набір продуктів для підлітків

Продукти	Рекомендована кількість, г	Індивідуальна кількість, г
Молоко	500	
Сир та вироби з сиру	50	
Сметана	15	
Сир твердий	15	
М’ясо	200	
Риба	60	
Яйця (шт.)	1	
Хліб житній	150	
Хліб пшеничний	200	
Крупа, макаронні вироби	50	
Цукор, кондитерські виробі	50	
Масло вершкове	30	
Олія рослинна	15	
Картопля	250	
Інші овочі	320	
Фрукти, ягоди	150-500	

Якщо визначаються значні розбіжності у добовому наборі продуктів між рекомендованою та індивідуальною кількістю, то одним із перших кроків профілактичних заходів є їх корекція. У разі відсутності розбіжностей рекомендованого та індивідуального харчування , але при наявності у хворої дефіциту маси тіла, дівчина повинна бути оглянута гастроентерологом та педіатром для виключення екстрагенітальної патології, що призвела до зниження маси тіла.

Не менш важливим для профілактики виникнення ГМС є виконання комплексу фізичних вправ, що спрямований на забезпечення нормальної функції жіночої статевої системи та який призначається індивідуально кожній пацієнтці лікарем ЛФК (табл. 6).

Таблиця 6

Профілактичний комплекс ЛФК для дівчат-підлітків із ГМС

Вихідна позиція	Опис вправ	Кількість повторень	Режим проведення
1	2	3	4
Стоячи	Ноги нарізно, руки на поясі. Кругові рухи тулуба в праву і ліву сторони.	7-8	темп середній
	Ноги ширше плечей, руки вгору. Нахилити тулуб вперед, намагаючись кистями рук торкнутися правої, потім лівої ступні.	6	повільний
	Руки в сторони. По черзі підняти випрямлену ногу вперед, в сторону і назад.	6-7	темп середній
	Глибоке присідання, коліна розвести в сторони, руки викинути вперед.	5-6	темп середній
Лежачи на спині	Дихання грудне і черевне лежачи.	30 секунд	
	Розгинати і згинати ноги поперемінно (ноги під кутом 45 до підлоги).	7-8	темп середній
	«Велосипед» ногами.	1 хвилина	темп середній
	Піднімання прямих ніг.	8	дихання не затримувати
	Одночасно зігнути ноги в колінах, намагаючись притиснути їх до грудей.	6	темп середній
	Схрестити і розвести в сторону прямі ноги, підняті під кутом 45.	8	темп середній
	Ноги зігнуті в колінних суглобах, стопи з'єднані. Розвести руками коліна в сторони, звести коліна разом (виконувати з опором).	8	темп середній

1	2	3	4
Лежачи на спині	Перейти в положення сидячи за допомогою рук.	5-6	темп повільний
	Руки уздовж тіла, ноги зігнуті в колінах і тазостегнових суглобах і притиснуті одна до одної. Повертати обидві ноги в ліву сторону разом з нижньою частиною тулуба, намагаючись покласти їх на бік. Голова і плечовий пояс повинні бути в первісному положенні. Те ж саме виконати в інший бік.	5-6	темп повільний
	Кожною ногою, піднятою над підлогою, писати цифри від «1» до «10», після кожної цифри ставити крапку.		темп середній
Лежачи на животі	Руки витягнуті вперед, ноги по черзі підтягувати до живота.	5-6	темп середній
	Зігнути коліна, стопи обхопити кистями, прогнутися - «жабка».	5-6	темп середній
	Руки уздовж тіла, ноги нарізно, витягнуті. Піднімання і опускання одночасно обох випрямлених ніг	6-7	темп середній
Сидячи на підлозі	Упор ззаду. Розвести і звести випрямлені ноги, не відриваючи їх від підлоги.	6	темп середній
	Упор ззаду. Підняти таз від підлоги.	5-6	темп середній
	Нахилити тулуб вправо, опертися ліктями обох рук справа біля таза. Переставляючи кисті рук від підлоги, нахилити тулуб вліво.	3-4	темп повільний, середній
З різних вихідних позицій	Не відриваючи рук від підлоги, сісти направо на підлогу, потім наліво (стоячи на колінах).	6-7	темп середній
	Дістати коліном правої ноги лікоть лівої руки, те ж саме - іншою ногою (стоячи навколішках).	6	темп середній

ВИСНОВКИ

1. Гіпоменструальний синдром у підлітковому віці характеризується значним клінічним поліморфізмом. При обстеженні дівчаток із І ОМ, ІІ ОМ, ВА слід звертати увагу не лише на сомато-статевий розвиток, ступінь гірсутизму, вік появи менархе, тривалість затримки менструації, розміри матки, розміри і структуру яєчників за даними УЗД органів малого таза, але й на стан кровозабезпечення матки і яєчників, за даними доплерометричного дослідження, та на психологічні особливості хворих.

2. На підставі визначених прогностичних показників можна здійснювати відбір дівчат до груп ризику щодо виникнення ГМС.

3. У профілактичних заходах щодо попередження виникнення ГМС повинні брати участь лікарі різних спеціальностей, в першу чергу педіатри та сімейні лікарі.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Левенец С.А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков [Текст] / С.А. Левенец, В.А. Дынник, Т.А. Начетова. – Х.: Точка, 2012. – 196 с.

2. Начетова Т.А. Взаимосвязь клинических признаков патологического течения пубертата у девочек-подростков с вторичной аменореей с факторами перинатального анамнеза и состоянием репродуктивной системы их матерей [Текст] / Т.А. Начетова // Перинатология и педиатрия. – 2012. – № 4. – С. 16-19.

3. Удовикова Н.А. Перинатальный анамнез девочек-подростков с первичной олигоменореей и особенности функции репродуктивной системы у их матерей [Текст] / Н.А. Удовикова // Перинатологія та педіатрія. – 2014. – № 3 – С. 101-104.

4.Дємєнкова І.Г. Роль спадковості у виникненні первинної олігоменореї [Текст] / І.Г. Дємєнкової, Н.О. Удовікової // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2 (16). – С. 97-99.

5. Левенец С.А. Факторы риска и клинические особенности вторичной олигоменореи у девочек-подростков [Текст] / С.А. Левенец, С.В. Новохатская, О.Ю. Шелудько // Лікарська справа. – 2015. – № 3-4. – С. 128-131.

6. Новохатская С.В. Клиническая картина вторичной олигоменореи у девочек-подростков [Текст] / С.В. Новохатская // Внесок молодих вчених і спеціалістів у розвиток медичної науки і практики: нові перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої дню науки. – Х., 2015. – С. 62-63.