

Репродуктивне здоров'я жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період

О.А. Ковалишин

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Здоров'я жінки і його невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, в період новонародженості, у дитинстві та підлітковому віці. У статті наведено аналіз сучасних досліджень щодо взаємозв'язку порушень репродуктивної функції ще з періоду її становлення, де 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 призводить до погіршення розвитку наступних поколінь.

Репродуктивна система жінки є найбільш динамічним біологічним об'єктом, який надзвичайно чутливо реагує на несприятливі зовнішні і внутрішні чинники появою нових адаптаційних реакцій, що набувають за певних умов властивостей патологічного процесу. У той самий час багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними. Відповідно не тільки розроблення інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, але й проблема відновлення репродуктивного здоров'я стають все більш актуальними. У таких умовах для покращення показників жіночого репродуктивного здоров'я на всіх етапах його формування необхідним є удосконалення та оптимізація надання гінекологічної та акушерської допомоги.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, менструальна функція, пубертатний період, порушення менструального циклу, пубертатні маткові кровотечі, аменорея, патологічні пологи.

Reproductive health of women who had menstrual dysfunction during puberty

O.A. Kovalishin

The woman's health and its integral component – reproductive health – are largely determined by the conditions of her development in the womb, during the neonatal period, childhood, and adolescence. The article provides an analysis of modern research on the relationship of reproductive dysfunction since its inception, where there is a clear tendency to increase the number of patients with puberty pathology. The low level of somatic and reproductive health before pregnancy causes a high frequency of complicated births, leading to a deterioration in the development of subsequent generations.

The woman's reproductive system is the most dynamic biological object, which is extremely sensitive to adverse external and internal factors by the emergence of new adaptive reactions that acquire, under certain conditions, the properties of the pathological process. At the same time, many issues of the pathogenesis of fertility disorders have not been fully studied and remain controversial. Accordingly, not only the development of informative methods for assessing the state of the reproductive system, but also the problem of restoring reproductive health are becoming increasingly important. In such conditions, to improve the indicators of female reproductive health at all stages of its formation, it is necessary to improve and optimize the provision of gynecological and obstetric care.

Keywords: reproductive health, menstrual function, puberty, menstrual disorders, pubertal uterine bleeding, amenorrhea, pathological birth.

Репродуктивное здоровье женщин, которые имели нарушения менструальной функции в пубертатный период

О.А. Ковалишин

Здоровье женщины и его неотъемлемый компонент – репродуктивное здоровье в значительной степени определяются условиями ее развития в утробе матери, в период новорожденности, детстве и подростковом возрасте. В статье приведен анализ современных исследований о взаимосвязи нарушений репродуктивной функции еще с периода ее становления, где прослеживается четкая тенденция к увеличению количества больных с патологией пубертатного периода. Низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья до беременности обуславливают высокую частоту осложненных родов, что приводит к ухудшению развития последующих поколений.

Репродуктивная система женщины является наиболее динамичным биологическим объектом, который чрезвычайно чутко реагирует на неблагоприятные внешние и внутренние факторы появлением новых адаптационных реакций, которые приобретают при определенных условиях свойства патологического процесса. В то же время многие вопросы патогенеза нарушений фертильности окончательно не изучены и остаются дискуссионными. Соответственно не только разработка информативных методов оценки состояния репродуктивной системы, но и проблема восстановления репродуктивного здоровья становятся все более актуальными. В таких условиях для улучшения показателей женского репродуктивного здоровья на всех этапах его формирования необходимы усовершенствование и оптимизация предоставления гинекологической и акушерской помощи.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, менструальная функция, пубертатный период, нарушения менструального цикла, пубертатные маточные кровотечения, аменорея, патологические роды.

Для продовження життя на Землі природа забезпечила дусьому живому здатність до розмноження – репродукції. Але тільки людина може вирішувати питання про час народження дітей та їхню кількість. Та часто людина стикається з досить значними проблемами, більшість з яких пов'язана з незнанням елементарних фактів про своє репродуктивне здоров'я і можливості його збереження.

Репродуктивна функція є найважливішим інтегральним показником здоров'я жінки, визначає якість її життя і потомства, а відповідно і кожної нації [1, 2]. Концепція здоров'я як

одного з невід'ємних прав людини є найбільш важливим досягненням світової спільноти [3]. При цьому серед усіх складових здоров'я репродуктивне здоров'я жінки має ключове значення для благополуччя не тільки самої жінки та її сім'ї, але й суспільства загалом, оскільки репродуктивний потенціал – це рівень фізичного і психічного стану окремої людини, який в оптимальному випадку дозволяє відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я [3, 4].

Репродуктивна система жінки є найбільш динамічним біологічним об'єктом, який надзвичайно чутливо реагує на

несприятливі зовнішні і внутрішні чинники появою нових адаптаційних реакцій, що набувають за певних умов властивостей патологічного процесу [5]. У той самий час багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними. Формування репродуктивного здоров'я – процес тривалий і складний. Здоров'я жінки і його невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, у період новонародженості, дитинства та у підлітковому віці [6]. Відповідно не тільки розроблення інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, але й проблема відновлення репродуктивного здоров'я стають все більш актуальними [4, 7].

В Україні в умовах економічної нестабільності, зниження народжуваності та високого рівня загальної смертності проблеми охорони репродуктивного здоров'я набувають особливого значення [8, 9]. Населення країни живе сьогодні в умовах порушення механізму самовідтворення, погіршення не лише кількісних, а й якісних характеристик здоров'я [10]. За даними ВООЗ, за показником природного приросту населення (менше 1% на рік) Україна посідає одне з останніх місць серед країн Європи [11, 12].

Сучасна вітчизняна демографічна ситуація характеризується скороченням чисельності населення, його старінням, низькою народжуваністю, зменшенням частки жінок репродуктивного віку (18–49 років), підвищенням частоти ускладнень і патологій під час вагітності та пологів, на що впливає не тільки незадовільний загальний стан здоров'я, але й високий рівень поширеності хронічних неінфекційних захворювань. Це, безперечно, значною мірою залежить від економічних та соціально-психологічних чинників [8, 13].

За даними статистики жіноче населення України дорівнює 53,7% [12] від загальної кількості мешканців, і вирішення найбільш складних першочергових проблем фізичного здоров'я жінок, насамперед репродуктивного віку, є пріоритетним для збереження трудового потенціалу і створення умов для економічного розвитку країни [9]. Серед жінок фертильного віку значна частина страждає на захворювання сечостатевої системи (9265,7 на 100 000), частота і поширеність яких не має тенденції до зниження протягом низки років [8]. Водночас низка дослідників відзначає, що реально поширеність гінекологічних захворювань значно вище статистичних даних. Спеціальні дослідження свідчать, що 40–60% жінок в активному репродуктивному віці страждають на гінекологічні захворювання, проте далеко не всі звертаються до лікаря [10, 14, 15].

Крім того, на стан репродуктивного здоров'я істотно впливає соматичне і психічне здоров'я населення. Змінилася структура захворюваності дорослого населення, збільшилася частка захворювань із хронічним і рецидивним перебігом [8, 12]. У низці досліджень констатується, що рівень екстрагенітальної захворюваності у жінок з репродуктивними порушеннями у 2,7 рази вищий, ніж у жінок без гінекологічної патології [1, 16]. Порівняльне вивчення екстрагенітальної захворюваності свідчить, що у жінок із порушеннями репродуктивної функції у більшості випадків захворювання мають хронічний перебіг, при цьому переважають хвороби ендокринної і сечовидільної систем, психічні розлади, хвороби системи кровообігу, інфекційні та паразитарні хвороби тощо [8, 17]. У таких умовах для покращення показників жіночого репродуктивного здоров'я необхідним є удосконалення та оптимізація надання гінекологічної та акушерської допомоги [2, 9].

Аналіз багатьох сучасних вітчизняних досліджень свідчить, що на тлі зниження рівня репродуктивного жіночого здоров'я останніми роками в Україні простежується чітка тенденція до збільшення кількості хворих із патологією пубертатного періоду. Низький рівень соматичного і репродук-

тивного здоров'я до вагітності зумовлюють високу частоту ускладнених пологів, що призводить до погіршення розвитку наступних поколінь [14, 18].

Значного навантаження зазнає організм дівчинки у підлітковому віці, коли відбувається біологічний розвиток, починаючи з пубертатного періоду до повної репродуктивної зрілості. Вивчення стану соматичного здоров'я дівчат-підлітків за останні роки свідчить про негативну тенденцію: збільшення загальної захворюваності за рахунок зростання кількості хвороб суттєво впливає на репродуктивну функцію жінки у майбутньому [19]. Експерти ВООЗ також наголошують, що більшість хвороб у цей період можуть спричинити порушення репродуктивного здоров'я. Так, близько 20% жінок, які мали в пубертатний період ювенільні кровотечі, у подальшому знаходяться під наглядом з приводу дисфункціональних маткових кровотеч, а майже 40% – інших порушень менструальної функції, у третини з них відзначається стійке невиношування вагітності [20]. Тому одним із першочергових завдань сучасної медицини є охорона здоров'я дівчаток та дівчат-підлітків як майбутніх матерів.

Чутливість статевої системи до несприятливих чинників підвищується у критичні періоди життя дівчинки: перинатальний, ранній пубертатний періоди і перший рік після менархе [20]. Існують певні медико-біологічні та психосоціальні чинники ризику зниження репродуктивного потенціалу у цій віковій категорії [19].

До медико-біологічних чинників належать:

- обтяжена спадковість щодо гормональних розладів функції статевої системи;
- обтяжений перинатальний анамнез;
- ранній репродуктивний вік матері у період вагітності;
- супутня хронічна екстрагенітальна патологія, особливо патологія центральної нервової системи, ендокринної, гепатобіліарної та сечовидільної систем;
- оперативні втручання в ранній пубертатний період і протягом першого року після менархе;
- ранне (до 11 років) або пізні (після 14,5 року) менархе;
- нейроендокринне ожиріння або значна втрата маси тіла за короткий період.

Серед основних психосоціальних чинників виділяють:

- проживання у великому індустріальному центрі, в зоні з високим техногенним навантаженням довкілля на тлі гіперактивності симпатоадреналової системи;
- виховання дівчинки у незадовільних мікросоціальних умовах (неповна сім'я, відсутність участі батьків у вихованні дитини або деструктивне ставлення до неї в родині);
- тяжкі психоемоційні і фізичні (спортивні) навантаження, особливо у препубертатний період і в перший рік становлення менструальної функції.

Отже, репродуктивна система піддається впливу різних несприятливих факторів і шкідливих чинників на всіх етапах функціонування організму. Через це у сучасному розвитку акушерської науки суттєва увага надається вивченню і становленню репродуктивної функції дівчинки-підлітка як майбутньої матері, які проявляються розладами менструального циклу (МЦ), починаючи з періоду менархе, дисфункцією яєчників та порушенням стероїдогенезу [17, 21]. Для обґрунтування профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок, які мали порушення становлення репродуктивної функції у пубертаті, необхідне проведення глибокого аналізу наявних порушень та чинників ризику розвитку порушень репродуктивної функції [15].

Показники репродуктивного здоров'я жінки на сьогодні залишаються досить низькими, причому за останні десятиліття відзначено погіршення репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків. Поширеність порушення становлення менструальної функції у загальній популяції досягає 61%, зростає

частка гінекологічних та соматичних захворювань, у структурі переважають розлади МЦ, запальні процеси органів малого таза, затримка статевого розвитку та статевий інфантилізм [20, 22–24]. Деякі форми МЦ можуть призвести до розвитку хронічної ановуляції, синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), вторинної аменореї, безплідності, а також передракових захворювань та раку ендометрія [15, 25–27]. Своєчасне виявлення та відновлення порушень менструальної функції сприяє не тільки зниженню гінекологічної захворюваності у жінок репродуктивного віку, але є профілактикою порушень репродуктивної системи в їхньому подальшому житті [20].

Інтегральним показником репродуктивного здоров'я жінок є стан менструальної функції [5, 17]. У нормі вона забезпечується завдяки синхронній взаємодії важливих ланок нейроендокринної регуляції, а порушення у системі кора–гіпоталамус–гіпофіз–яєчники часто стають причиною зниження репродуктивної функції жінки, її працездатності і якості життя [5, 23]. Порушення МЦ, такі, як передменструальний синдром (ПМС), дисменорея, опсоменорея, менорагі, суттєво знижують якість життя та обмежують соціальну активність жінок [15, 28].

Жінки, в яких показники життєдіяльності та енергійності були знижені за рахунок загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, погіршення сну, поганого настрою, головного болю, також мали знижену соціальну активність: часткова втрата працездатності, неможливість перебувати на робочому місці тривалий час, відмова від кар'єрного росту, – усе це призводило до фінансової нестабільності. Деякі пацієнтки також страждали через обмеження статевої активності та зниження лібідо. Жінки з гіперполіменореєю відзначали перешкоду для занять спортом [29].

За даними літературних джерел, у популяції значно зменшилась кількість дітей з нормальним перебігом пубертату [18, 19, 21]. Зміни в соціальній сфері, негативний екологічний вплив зумовили формування двох полярних за ознаками перебігу пубертату груп дівчаток-підлітків: з одного боку – з вираженою тенденцією до раннього пубертату та статевої соціалізації, з іншого – підлітки із затримкою статевого та психосексуального розвитку. Також спостерігається зниження віку менархе. Так, у країнах центральної Європи та у США протягом останніх 100 років вік менархе зменшується на 2–3 міс кожне десятиліття, що пов'язано зі стабільністю соціально-економічних умов, підвищенням якості життя і загального здоров'я популяції [6].

За деякими даними, кількість порушень менструальної функції у підлітковому віці за останні 20–30 років збільшилась майже удвічі (з 7,5% до 14,6% серед мешканок міста і з 4,2% до 10,6% – серед мешканок села). При цьому найчастіше реєструють такі порушення, як олігоменорея, вторинна аменорея та пубертатні маткові кровотечі [15, 18]. Інші автори вважають найбільш частими порушеннями менструальної функції у підлітків маткові кровотечі, скорочення циклу та тривалі менструальні виділення. Про дисменорею, первинну та вторинну аменорею в цих повідомленнях йдеться рідше, а у 16% підлітків із порушенням менструальної функції встановлено діагноз СПКЯ [30]. Одним із проявів дисфункції яєчників також є формування кіст [19, 21, 31].

У структурі всіх менструальних порушень у пубертатному віці частота аменореї коливається від 3,3% до 11%, а середній вік менархе у таких дівчаток практично на один рік більший, ніж у ровесниць із правильним ритмом менструацій [7, 32]. У перші роки після менархе ановуляцію можна виявити у 40–50% дівчат, число овуляторних циклів поступово зростає від 20–25% у перший рік після менархе до 60–65% до п'ятого року. Така ситуація відображає особливості формування репродуктивної системи дівчини та не є патологією. Проте відсутність тенденції до формування стійкого регулярного МЦ

протягом 1,5–2 років після менархе повинно стати приводом для настороженості лікарів [33].

За різними даними, частота дисменореї у дівчат-підлітків коливається від 43% до 90% і в кожній другій є причиною втрати працездатності, пропусків занять та уроків фізкультури [34]. У структурі ПМС переважають тривожно-дисфоричні розлади, які пояснюються станом хронічного психосоціального стресу, розумовим та емоційним напруженням, зростаючим рівнем соціальної відповідальності [35].

Маткові кровотечі частіше виникають через 6–18 міс після менархе та становлять 50% звернень дівчаток-підлітків до гінеколога [25]. Під час дослідження гормонального фону у них відзначено різні варіанти гіпофізарної активності, що є проявом неповноцінності регуляторних механізмів системи гіпофіз–яєчник та зниження чутливості яєчникових рецепторів. Маткові кровотечі у пубертатний період можуть бути першими клінічними проявами формування гінекологічної патології та суттєво впливати на майбутню репродуктивну функцію [18, 30].

Існує низка причин, які суттєво впливають на розвиток порушення у репродуктивній системі дівчат підліткового віку:

- стрес,
- зменшення маси тіла та деструктивна поведінка (внаслідок тютюнопаління, вживання алкоголю тощо),
- несприятлива екологічна ситуація,
- несприятливий сімейний та перинатальний анамнез,
- ендогенні інтоксикації (туберкульоз в сім'ї, інфекції),
- травми голови (розлади виникають у перші 6 міс після травми),
- гіповітаміноз (зокрема вітамінів А, Е, В₆),
- ятрогенний вплив (гормонотерапія, транквілізатори, антигіпертензивні препарати),
- сезонні впливи,
- кардинальна зміна місця проживання (географічно),
- порушення добових ритмів тощо [30].

Сьогодні особливого значення набуває вплив соматичної патології на репродуктивну систему як однієї з найбільш важливих та частих причин відставання у фізичному розвитку та розвитку репродуктивної системи [6, 15, 17]. Деякі дослідження свідчать, що виношування вагітності у жінок, які мають в анамнезі порушення становлення менструальної функції, обтяжене достовірно вищою часткою екстрагенітальних захворювань: ЛОР-органів – 33,3%, серцево-судинної системи – 21,9%, ендокринної системи – 20,2% проти даних у матерів із фізіологічним пубертатом – 12,0%, 4,6%, 7,4% відповідно [23, 33].

На сьогодні для гормонального статусу молодих жінок характерним є наявність гіпоестрогенії та функціональної надниркової гіперандрогенії, що проявляється у вигляді стертих форм вірильного синдрому. Крім того, на стан репродуктивної системи, за даними різних авторів, впливає хронічних тонзиліт та тонзилектомія в рік менархе, апендицит, дисфункція щитоподібної залози (ЩЗ), ендотоксикація, порушення маси тіла, ревмокардит, туберкульоз, відхилення фізичного та статевого розвитку, вроджені патології матки та придатків [15, 19, 32]. У групу ризику входять також дівчатка, народжені жінками, які мали кістоми яєчників [31].

Деякі дослідження доводять, що становлення менструальної функції і розвиток репродуктивних органів проходить за участю статевих гормонів та гормонів ЩЗ. Особливу важливу роль тиреоїдні гормони відіграють у період фізіологічної гормональної перебудови: пубертат, вагітність, перименопауза [5–7, 18, 36]. За даними науковців, затримка статевого розвитку та дисфункція яєчників спостерігаються при гіпотиреозі у 2–2,5 рази частіше, ніж при еутиреоїдному зобі [18]. За іншими свідченнями, найхарактерніша форма порушення

МЦ при гіпотиреозі – вторинна аменорея (36,4% випадків) [37]. Деякі автори відзначають таке порушення МЦ, як гіперполіменорея [25, 30].

Останніми роками спостерігається різке зростання захворюваності дітей на аутоімунні процеси ЩЗ, найчастіше – аутоімунний тиреоїдит [37]. Темпи розвитку вторинних статевих ознак у дівчат з аутоімунним тиреоїдитом (АІТ) є вищими, але одночасно з цим існує прошарок дівчат із затримкою статевого дозрівання [32]. Відомо, що АІТ поєднується з порушенням МЦ у формі аменореї, гіперменореї, ановуляції. Порушення МЦ при первинному гіпотиреозі спостерігаються у 3 рази частіше, що становить від 24% до 70% загальної популяції жінок репродуктивного віку [6, 32].

У подальшому житті дівчинки, дівчини, а потім і молоді жінки така невиявлена гіпертироксинемія найчастіше прогресує, а з настанням вагітності негативно впливає на здоров'я не лише жінки, а й майбутньої дитини, адже за таких умов найуразливішими сферами стають формування і дозрівання центрів вищої нервової діяльності та анатомофункціональних структур майбутнього інтелекту [38]. Водночас пізня діагностика аутоімунного тиреоїдиту на тлі вагітності за відсутності замісної гормонотерапії загрожує ймовірністю викидня, вад розвитку та інтелектуальної недостатності у майбутньої дитини [37].

Деякі дослідники відзначають значну визначальну роль психогенного впливу на виникнення різних розладів репродуктивної системи. Аналіз отриманих авторами анамнестичних даних продемонстрував, що гострі та хронічні стресові ситуації спостерігаються практично у кожній дівчинки-підлітка з порушенням менструальної функції. Частіше у якості провокувального фактора були конфліктні ситуації в сім'ї, школі, з ровесниками. Також не слід виключати фактор навчання та шкільного навантаження, що в сумі соціально-біологічних впливів становить 50% [39]. На збільшення розумових та фізичних навантажень скаржилися 62,9% підлітків [39]. Так, для дівчат із гінекологічною патологією найбільш значущими є:

- неповна родина,
- нерациональне харчування,
- гіподинамія,
- несприятливі житлово-побутові умови,
- недостатнє перебування на свіжому повітрі,
- шкідливі звички батьків [19, 22].

Зміна психоемоційної сфери на тлі гіпоталамо-гіпофізарної аменореї сприяла спотвореному сприйняттю стресових ситуацій та впливів [20, 23, 39].

Останніми роками простежується вплив надмірної маси тіла та її різке зменшення на розвиток порушення менструальної функції у дівчинки-підлітка [28]. Основну роль у розвитку аменореї відіграє різке схуднення та дефіцит маси тіла саме у пубертатному віці. Дефіцит жирової тканини призводить до перетворення естрогенів у катехолестрогени, які пригнічують функцію вищих регуляторних центрів. Слід підкреслити, що основну роль у формуванні патології репродуктивної функції відіграє саме швидке зменшення маси тіла, а не її постійний дефіцит [17]. Аменорея може передувати схудненню або виникати відразу вже при зменшенні на 10–15% маси тіла від вихідної, коли соматичні порушення ще не виражені. Причому аменорея має зворотний характер при відновленні маси тіла.

Для відновлення менструальної функції у 75% випадків достатньо відновити втрачену масу тіла, і тільки у 20% спостережень, крім відновлення маси тіла, виникає необхідність у використанні замісної гормональної терапії у циклічному режимі протягом 4–5 МЦ. Ще рідше є необхідність у терапії гонадотропінами або рилізінг-гормонами [23, 25, 32].

Ураховуючи суттєве зростання частки дівчат, які мають проблеми з фізіологічним періодом становлення статевої сис-

теми, виникає необхідність визначити чинники, які можуть спричинити появу цих порушень. Причому до таких чинників можна віднести як негативні фактори зовнішнього середовища, так і спадкові. І саме для обґрунтування репродуктивної поведінки та можливості своєчасної реалізації репродуктивної функції доцільним стало вивчення та визначення предикторів низького репродуктивного потенціалу шляхом встановлення значущості шкідливих факторів та їхніх комбінацій від антенатального періоду розвитку майбутньої дівчинки та матері до періоду антенатального супроводу вагітності у такої пацієнтки.

Дисгормональні порушення – одна з найбільш поширених функціональних патологій репродуктивної системи, що виявляють у жінок різного віку. Їхню високу частоту пов'язують з:

- погіршенням екологічних умов,
- прискоренням темпу життя сучасного суспільства,
- посиленням агресивності середовища існування людини,
- необхідністю пристосування до підвищених інтелектуальних та психологічних навантажень,
- змінами режиму харчування, праці та відпочинку,
- хронічним стресом,
- несприятливим режимом харчування, праці і відпочинку,
- змінами репродуктивної поведінки жінки [40–42].

Усе це призводить до погіршення роботи механізмів адаптації і зумовлює розвиток дисгормональних порушень репродуктивної системи, які проявляються порушеннями МЦ, безплідністю, невиношуванням вагітності, розвитком лейоміому матки, ендометріозу, хронічного тазового болю тощо [6, 38, 43]. Медична гострота проблеми дисгормональної патології визначається широким спектром клінічних проявів і тяжкістю наслідків захворювань, несвоєчасна діагностика та корекція яких призводять до того, що результатом первинних функціональних порушень у репродуктивній системі стають стійкі органічні зміни з подальшою втратою або погіршенням фертильності, тривалою втратою працездатності або інвалідацією жінок репродуктивного віку [44].

Маніфестація дисгормональних розладів переважно відбувається в активному репродуктивному віці і в своїй основі має субклінічні порушення, які зазвичай починаються ще в період статевого дозрівання [38]. У структурі гінекологічної патології, за даними різних авторів, у підлітків на першому місці знаходяться порушення МЦ, які становлять майже 60% у структурі всіх дисгормональних розладів і спочатку мають функціональний характер та пов'язані з дисбалансом гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [20]. Несвоєчасна діагностика, як і неадекватна корекція цих функціональних змін у період становлення репродуктивної системи, призводять до переходу у стійку органічну патологію [5, 7].

Найбільш частим наслідком дисгормональних розладів є порушення процесів повноцінної овуляції, що, у свою чергу, лежить в основі ендокринних форм безплідності і невиношування вагітності незалежно від причин, що призводять до первинних зламів репродуктивної системи [17, 23]. Ановуляція стає причиною аномальних маткових кровотеч, а у 40% випадків – олігоменореї або аменореї [18, 30]. Недостатність лютеїнової фази діагностують у кожній другій пацієнтки з безплідністю на тлі регулярних менструацій [45]. Серед причин прогестеронової недостатності слід виділити:

- порушення на рівні гіпоталамо-гіпофізарної регуляції,
- гіперпролактинемію,
- захворювання ЩЗ (гіпотиреоз, аутоімунний тиреоїдит),
- гіперандрогенію,
- первинну недостатність гонад (спадкову або набуту),
- запальні захворювання жіночих статевих органів,
- інтенсивні фізичні навантаження у поєднанні з низькокалорійною дієтою,
- психогенні і неврогенні розлади,

- дефіцит вітаміну D,
- ожиріння тощо.

Хронічний стрес і супутні йому вторинний імунodefіцит і розлади адаптації значно погіршують прогноз гінекологічних дисгормональних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології і метаболічних порушень [46].

У зв'язку з незрілістю нейроендокринної регуляції у жінок із порушенням становлення менструальної функції відзначається недостатня секреція гонадотропінів, дисфункція яєчникової тканини та порушення секреції стероїдних гормонів, що може бути однією з причин гіперплазії або гіпоплазії ендометрія, підвищення проникності судинної стінки, гемодинамічних розладів судинної системи матки і яєчників, неповноцінності її нервово-рецепторного апарату [6, 44]. Крім того, у жінок репродуктивного віку, що мали порушення менструальної функції у пубертатний період, виявляли зниження оваріального резерву, СПКЯ, безплідність [45].

Літературні дані демонструють, що при ускладненому преморбідному тлі, що супроводжується ендокринною дисфункцією, зростає частка плацентарної недостатності та порушення внутрішньоутробного розвитку плода, збільшується кількість перинатальних ускладнень, оперативного розродження та негативних постнатальних наслідків [33, 47]. Низка авторів зазначає, що частота ускладнень вагітності у жінок з порушенням менструальної функції у пубертаті вища, ніж у жінок із правильним ритмом менструацій, і становить понад 70% [48]. Переважають загрозливий викидень, прееклампсія, плацентарна недостатність, що збільшує ризик перинатальних втрат [47]. Розродження ускладнюється порушенням пологової діяльності, при цьому лікування часто є неефективним. Однією з головних причин гестаційних ускладнень є порушення плацентарної функції вже на ранніх термінах вагітності [33].

Є дані, які свідчать, що у жінок із порушенням становлення менструальної функції вагітність частіше, ніж при нормальному МЦ, ускладнюється загрозою переривання у 28,1%, гестозом – у 28,9%, плацентарною недостатністю – у 52,6%, пологи – аномаліями пологової діяльності у 12%. Частота захворювання новонароджених у ранній неонатальний період підвищується, у структурі переважають ішемія мозку гіпоксичного генезу (12,1%) та синдром дихальних розладів (4,3%) [1, 7].

Низка авторів інформує, що перебіг вагітності у жінок із порушенням становлення менструальної функції в анамнезі достовірно частіше ускладнювався інфекційними захворюваннями сечостатевої системи (43,0%), загрозою невиношування (78,1%), анеміями вагітних (51,8%), гестозом (65,7%) та фетоплацентарною недостатністю (72,8%), а перебіг пологів – аномаліями пологової діяльності (57,0%) та патологією післяпологового періоду (15,8%). Достовірно частіше відбувалось оперативне розродження (25,4%) проти даних у жінок із фізіологічним пубертатом (4,6%). Природним шляхом закінчилися пологи у 74,6% жінок, достовірно частіше народжувались діти з ознаками хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (28,1%) та асфіксії під час пологів (67,5%) [49].

До особливостей перебігу вагітності у жінок із порушеннями менструальної функції у пубертатний період належать загрозливий викидень, передчасні пологи та плацентарна недостатність, порушення пологової діяльності. Окремі стани перинатального періоду достовірно частіше виникають у новонароджених від матерів з первинною альгоменореєю в анамнезі. Авторами встановлено закономірність достовірно високої оцінки за шкалою Апгар у новонароджених від матерів, що отримували прегравідарну підготовку. Також було відзначено, що плацентарна недостатність розвивається у 59,2% жінок з патологічним пубертатом, а механізми її розвитку полягають у порушенні імплантації бластоцисти в ендометрій та плацентарній, зниженні експресії плацентарного

фактора росту, порушенні ангиогенезу у судинах ворсин хоріона, їхньому передчасному дозріванні та гемодинамічних змінах у функціональній системі мати–плацента–плід [47].

Отже, порушення становлення нейроендокринної регуляції репродуктивної функції на період статевого дозрівання проявляються екстрагенітальними та гінекологічними захворюваннями на тлі змін гормонального та імунного статусу [17]. Саме гінекологічні захворювання слугують тлом для формування первинної плацентарної дисфункції, а екстрагенітальні – тлом для ускладнень вагітності гестозами, анемією та загрозою переривання і невиношування, які призводять до негативних перинатальних наслідків, гіпоксії та перинатальних захворювань новонароджених. Клінічна маніфестація наведених вище порушень в організмі жінки з порушеннями становлення менструальної функції відображає сформовані в них зміни гормонального і метаболічного статусу та дозволяє прогнозувати порушення репродуктивної функції у жінок і захворюваність їхніх новонароджених дітей.

Незважаючи на медико-соціальну значущість, стан репродуктивного здоров'я жінок з порушенням менструальної функції у пубертатний період, а також особливості перебігу вагітності, пологів та неонатального періоду на сьогодні вивчені недостатньо. І хоча порушення менструальної функції у період її становлення є наслідком впливу різних шкідливих факторів, різноманітність клінічних форм зазначених розладів вимагає диференційного підходу до вибору методів корекції. Показання до призначення гормональних препаратів, тривалість їхнього застосування у підлітковому віці повинні бути чітко обґрунтованими.

Згідно з літературними повідомленнями, включення у комплексну терапію фітопрепаратів із допамінергічною дією сприяє підвищенню ефективності проведеної терапії, дозволяє усунути використання гормонів у більшості дівчаток з порушеннями менструальної функції (76%). Це дозволяє забезпечити демедикалізацію лікувального процесу, відхід від поліпрагмазії загалом і від превалювання синтетичних субстанцій у терапевтичних арсеналах лікарів [50]. Фітопрепарати з доведеною ефективністю забезпечують зниження продукування пролактину, нормалізують співвідношення гонадотропних гормонів, а ліквідація дисбалансу між естрадіолом і прогестероном приводить до відновлення лютеїнової фази МЦ [50].

Актуальність вивчення репродуктивного здоров'я пацієнток з дисгормональною незапальною патологією статевих органів зумовлена неухильним збільшенням частки даної патології за останні роки у структурі гінекологічної захворюваності, омолодженням контингенту хворих, відсутністю єдиного алгоритму реабілітаційних заходів. Сьогодні одне з перших місць за поширеністю серед патологій жіночих статевих органів посідають доброякісні поєднані проліферативні процеси, що об'єднуються в гінекологічний гіперпластичний синдром [5, 16, 44].

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики доброякісних поєднаних проліферативних процесів призводять до зростання рецидивів патології, збільшення кількості оперативних втручань, втрати працездатності та зниження якості життя і репродуктивного здоров'я жінок [23, 28]. Останніми роками зростає науковий інтерес дослідників до ефективності реабілітаційних заходів у жінок з порушеннями репродуктивної функції, які діагностували з періоду пубертату [48]. Запропоновані раніше різні методи реабілітації та схеми ведення таких пацієнток потребують удосконалення з урахуванням розвитку і впровадження сучасних технологій, нових підходів до ведення таких хворих.

Наявність загальних і специфічних для кожного захворювання патогенетичних детермінант порушення репродуктивного здоров'я диктує необхідність пошуку комплексного підходу

до ведення пацієнток з коморбідною та супутньою патологією. Універсальні неспецифічні патофізіологічні механізми відіграють важливу роль у розвитку поліморбідності. Коморбідні стани можуть істотно вплинути на діагностику і лікування пацієнтів. Профілактику порушень репродуктивного здоров'я, на думку багатьох авторів, необхідно направляти на раннє виявлення й усунення причин і патологічних чинників [6, 7, 16].

Репродуктивна система людини закладається, як і багатьох інших систем органів, ще в період внутрішньоутробного розвитку. Тому про репродуктивне здоров'я дитини повинні подумати, перш за все, її батьки. Передумовою правильного розвитку та функціонування репродуктивної системи майбутнього малюка є нормальний фізіологічний перебіг вагітності та пологів у матері. Отже, найбільш поширеними рекомендаціями щодо збереження репродуктивного здоров'я є:

- вибір оптимального віку для народження дитини: відкладення народження першої дитини до 20-річного віку матері корисне як для матері, так і для малюка;
- дотримання інтервалів між народженням дітей, необхідних для відновлення здоров'я матері (оптимальна перерва між вагітностями – 3 роки). Згідно з даними наукових досліджень, якщо перерва між вагітностями менше двох років, підвищується ризик передчасних пологів і народження дітей з низькою масою тіла та інших ускладнень;
- уникнення небажаної вагітності та абортів, зокрема шляхом використання сучасних засобів контрацепції, вибір яких допоможе зробити лікар, урахувавши індивідуальні потреби та стан здоров'я;
- вкрай небажаний аборт як метод регулювання народжуваності, який може призвести до негативних наслідків для репродуктивного здоров'я жінки в майбутньому;

- попередження зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом, адже наслідки цих хвороб можуть негативно впливати на репродуктивну функцію, а у разі зараження під час вагітності зумовлюють розвиток тяжких вад плода;
- відмова від шкідливих звичок, які можуть завдати невідправної шкоди репродуктивній функції і мати тяжкі наслідки для здоров'я майбутньої дитини.

Отже, на сьогодні актуальними є три основні види профілактики порушень репродуктивного здоров'я:

- первинна (соціальна),
- вторинна (соціально-медична),
- третинна (медична).

Первинна (соціальна) профілактика полягає у формуванні здорового способу життя, у вихованні репродуктивної, сексуальної та шлюбної поведінки. Вторинна (соціально-медична) профілактика включає медико-соціальне консультування, спрямоване на вирішення питань планування сім'ї. Третинна (медична) включає в себе раннє виявлення, лікування та реабілітацію жінок з порушеннями репродуктивної функції [22, 38].

Безумовно, знання факторів, що впливають на репродуктивне здоров'я, є першим кроком на шляху до його збереження. Інформованість та правильне використання контрацепції попередять небажану вагітність і зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом. Своєчасна діагностика і лікування цих захворювань дозволять звести до мінімуму негативний вплив інфекційно-запальних процесів на репродуктивну функцію. Турбота про своє здоров'я, у тому числі і репродуктивне, мають стати нормою і культурою поведінки кожної людини та суспільства в цілому.

Сведения об авторе

Ковалишин О.А. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-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. Бойчук ЮД [редактор]. 2017. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія. Харків: Вид. Рожко СГ, 488.
3. Грузева ТС. 2014. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики Здоров'я-2020. Вісник проблем біології і медицини. 3, 1(110):25-33.
4. Слабкий ГО. 2016. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 5(16):51-61.
5. Манухин ИБ, Тумилович ЛГ, Геворкян МА, Манухина ЕИ. 2017. Гинекологическая эндокринология: клинические лекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 296.
6. Howard JW, Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. 2017. Novak's textbook of gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins, 919.
7. Радзінський ВЕ. 2011. Репродуктивное здоровье. М.: Медицина, 726.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2017 рік. 2018. МОЗ України. ДУ УІСД МОЗ України. К.: МВЦ Медінформ, 458.
9. Степурко ТГ, Семигіна ТВ, Барська ЮГ та ін. [укладачі]. 2018. Індекс здоров'я. Україна-2018: Результати загальнонаціонального дослідження. К., 175.
10. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник. 2018. Державна служба статистики України. К., 109.
11. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017. WHO and the International Bank for Reconstruction and Development, 88.
12. Статистика Населення України за 2018 рік. Демографічний щорічник. 2019. Державна служба статистики України. 188 с. [інтернет] http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2019/zb_ukr_2018.pdf
13. Рогач ІМ, Керецьман АО, Гаджера ІІ. 2019. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. Проблеми клінічної педіатрії. 2(44):49-56.
14. Дудник СВ, Кошеля ІІ. 2016. Тенденції стану здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 4(40):67-7.
15. Сергейко ИВ, Люцко ВВ, Люцко ВВ. 2014. Профилактика нарушенний репродуктивного здоровья у женщин в возрасте до 40 лет. Фундаментальные исследования. 4(2):350-4.
16. Рустамова МС, Бадалова МХ, Сафарова СМ. 2016. Соматический и гинекологический статус больных женщин с гиперпластическим синдромом. Sciences of Europe. 6:68-71.
17. Запорожан ВМ [редактор]. 2014. Акушерство та гінекологія в 4 т. Т. 3: Неоперативна гінекологія. К.: ВСВ Медицина, 928.
18. Татарчук ТФ, Зелінська НБ, Бачинська ІВ. 2013. Становление репродуктивной функции у девочек с аутоиммунным тиреоидитом. Український журнал дитячої ендокринології. 2:75-6.
19. Чайківська ЕФ. 2015. Стан репродуктивного здоров'я дівчат Львівської області. Репродуктивна ендокринологія. 2(22):16-21.
20. Левенець СО, Перевозчиков ВВ, Верхошанова ОГ, Мальцева ОІ, Носарь ЄА. 2013. Соціальні й медико-біологічні чинники ризику порушень функції статеві системи в дівчаток. Український журнал дитячої ендокринології. 2:47-8.
21. Андрієць ОА. 2013. Проблеми репродуктивного здоров'я дівчат Буковини. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 3(4):15-8.
22. Пирогова ВІ, Цюлько ОР. 2014. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти. Медична газета Здоров'я України. 4(16):8-9.
23. Салий МГ. 2012. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков. Астраханский медицинский журнал. 7(3):155-8.
24. Field SL. 2014. Cytokines in ovarian folliculogenesis, oocyte maturation and luteinisation. Molecular Reproduction and Development. 81(4):284-314.
25. Адамян ЛВ, Сибирская ЕВ, Богданова ЕА. 2014. Терапия маточных кровотечений пубертатного периода с точки зрения доказательной медицины. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 58(5):17-21.
26. Тьяскача ГМ, Тучкина ИА. 2014. Клинико-патогенетические особенности воспалительных заболеваний гениталий в пубертате. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 3(33):64-9.

27. Kalantaridou S. 2012. Primary ovarian failure. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 119(3):204-5.
28. Єнікєєва ВМ, Шустик РП, Тарасюк ТЮ, Шарова ІВ. 2012. Вплив метаболічної корекції порушень менструального циклу жінок репродуктивного віку на якість їх життя. *Тавричеський медико-біологічний вестник*. 15(2), 1(58):118-21.
29. Chan SSC. 2012. Menstrual problems in adolescents and improving quality of live: the panasian experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 119(3):176-7.
30. Петелицький ОО, Цисар ЮВ. 2019. Патологіологічні аспекти розвитку пубертатних маткових кровотеч у дівчат з супутньою патологією. *Медичний форум*. 18(18):30-2.
31. Герасимова ТВ. 2014. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників (клінічна лекція). *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 5(80):14-9.
32. Вовк ІБ, Юзько ОМ, Вдовиченко ВП. 2011. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. К.: ВСВ Медицина, 424.
33. Начетова ТН. 2014. Перинатальний аналіз і особливості функції репродуктивної системи матерей дівчаток-подростков с вторичной аменореей. *Здоровье ребенка*. 2(53):50-3.
34. Agarwal AA. 2010. Study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian. J. Community. Med.* 35:159-64.
35. Белокриницькая ТЕ, Фролова НИ, Белозерцева ЕП. 2012. Дисменорея, предменструальный синдром и синдром предменструального дисформического расстройства у девушек-студенток. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 1:22-8.
36. Цисар ЮВ, Канюк ОС. 2019. Роль щитоподібної залози в розвитку ювенільних маткових кровотеч. *Медичний форум*. 18(18):14-7.
37. Бачинская ИВ. 2016. Аутоиммунный тиреоидит как фактор влияния на становление репродуктивной функции девушек в пубертатный период (обзор литературы и собственные исследования). *Український журнал дитячої ендокринології*. 3:18-23.
38. Абабкова ГМ, Андрієць ОА, Іванов ІІ, Попова-Петросян ОВ, Косолапова НВ. 2011. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. К.: ВСВ Медицина, 424.
39. Брауде ИЕ, Корсунская ЛЛ, Митрохина АО. 2014. Психогенно обусловленные нарушения менструальной функции у девочек-подростков и их коррекция. *Тавричеський медико-біологічний вестник*. 17, 3(67):16-20.
40. Agarwal A, Aponte-Mellado A, Premkumar BJ. [et al.]. 2012. The effects of oxidative stress on female reproduction: a review. *Reprod Biol Endocrinol*. 10(1):49-50.
41. He Y, Zeng Q, Dong S. 2013. Associations between uterine fibroids and lifestyles including diet, physical activity and stress: a case-control study in China. *Asia Pacific J. Clinical Nutrition*. 22(1):109-17.
42. Hughes LD, Lloyd D, McMurdo [et al.]. 2013. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age and Ageing*. 42(1):62-9.
43. Maybin JA, Critchley HO. 2015. Menstrual physiology: implications for endometrial pathology and beyond. *Human Reproduction Update*. 21(6):748-61.
44. Бабаєва НА, Ашрафян ЛА, Антонова ІБ, Алешікова ОІ, Івашіна СВ. 2017. Роль гормональних порушень в канцерогенезі опухолей жіночої репродуктивної системи. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 1:76-82.
45. Goldsammler M, Merhi Z, Buyuk E. 2018. Role of hormonal and inflammatory alterations in obesity-related reproductive dysfunction at the level of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis. *Reprod Biol Endocrinol*. 16(1):45-6.
46. Joo JG, Csatlós E, Brubel R. [et al.]. 2014. Epi-genetic background of the most common non-oncologic gynecological diseases. *Orv. Hetil*. 155(13):492-9.
47. Лысяк ДС. 2013. Роль плацентарных факторов ангиогенеза в формировании плацентарной недостаточности у беременных женщин с маточным кровотечением пубертатного периода в анамнезе. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 49:92-6.
48. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВВ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. *Галицький лікарський вісник*. 3:36-8.
49. Штель НН, Лысяк ДС. 2011. Беременность, роды и состояние новорожденных у женщин с нарушением становления системы репродукции. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 41:62-5.
50. Радзинский ВЕ, Симоновская ХЮ. 2015. Фитотерапия в акушерстве и гинекологии. *Новый век – новая идеология. Концепция фитониринга как этап развития фитотерапии. Информационный бюллетень, изд. 2-е, испр. и доп. М.: Редакция журнала StatusPraesens*, 16.

Статья поступила в редакцию 03.04.2020