

Сучасні аспекти патології пубертатного періоду

О.А. Ковалишин

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Здоров'я жінки та її невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, в період народженості, дитинства 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 числа 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, які набувають за певних умов властивостей патологічного процесу. Водночас багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними. Відповідно, не тільки розроблення інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, а й проблема відновлення репродуктивного здоров'я стають все більш актуальними. У таких умовах для покращення показників жіночого репродуктивного здоров'я на всіх етапах її 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.

Для продовження життя на Землі природа забезпечила усьому живому здатність до розмноження – репродукції. Але тільки людина може вирішувати питання про час народження дітей та їх кількість. Проте 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, нащадків, 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 жінок 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 до-

зволяє 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, які набувають за певних умов властивостей патологічного процесу [5]. Водночас багато питань патогенезу порушень фертильності остаточно не вивчені та залишаються дискусійними. Формування репродуктивного здоров'я – процес тривалий і складний. Здоров'я жінки та її невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначаються умовами її розвитку в утробі матері, в період новонародженості, дитинстві та 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), збільшенням ускладнень і патологій при вагітності та пологах, на що впливає не тільки незадовільний загальний стан здоров'я, але й високий рівень поширеності хронічних неінфекційних захворювань, що, безперечно, значною мірою залежить від економічних та соціальних-психологічних чинників [8, 13].

За даними статистики, жіноче населення України становить 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 багатьох років [8]. Водночас деякі дослідники зазначають, що реальна 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 з хронічним і рецидивуючим перебігом [8, 12]. Результати низки досліджень демонструють, що рівень екстрагенітальної захворюваності у жінок з репродуктивними порушеннями у 2,7 раза вищий, ніж у жінок без гінекологічної патології [1, 16]. Порівняльне вивчення екстрагенітальної захворюваності свідчить, що у жінок із порушеннями репродуктивної функції в 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 фоні 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 репродуктивного здоров'я до вагітності зумовлює високу частоту ускладнених пологів, що веде до погіршення розвитку наступних поколінь [14, 18].

Значного навантаження зазнає організм дівчини в 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 в 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 пубертатному періоді ювенільні кровотечі, у подальшому перебувають під наглядом лікарів 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 період,
- перший рік після менархе [20].

Існують певні медико-біологічні та психосоціальні чинники ризику зниження репродуктивного потенціалу в цій віковій категорії [19]. До медико-біологічних чинників належать:

- обтяжена спадковість щодо гормональних розладів функції статевої системи;
- обтяжений перинатальний анамнез;
- ранній репродуктивний вік матері в 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;
- раннє (до 11 років) або пізнє (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 фоні гіперактивації симпатоадреналової системи;
- виховання дівчинки в незадовільних мікросоціальних умовах (неповна сім'я, відсутність участі батьків у вихованні дитини або деструктивне ставлення до неї в родині);
- важкі психоемоційні і фізичні (спортивні) навантаження, особливо в 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 що в сучасному розвитку акушерської науки значна увага надається вивченню відхилень у становленні репродуктивної функції дівчинки-підлітка як майбутньої матері, які проявляються розладами менструального циклу, 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 в пубертаті, необхідне проведення глибокого аналізу наявних порушень та чинників ризику 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 в загальній популяції досягає 61%, зросла 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, безпліддя, 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 в системі кора–гіпоталамус–гіпофіз–яєчники часто стають причиною зниження репродуктивної функції жінки, її працездатності та якості життя [5, 23].

Порушення МЦ, такі, як передменструальний синдром (ПМС), дисменорея, опсоменорея, менорагії, 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 знижується 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 реєструються такі порушення, як олігоменорея, вторинна аменорея та пубертатні маткові кровотечі [15, 18]. Інші автори вважають найбільш частими порушеннями менструальної функції у підлітків маткові кровотечі, вкорочення 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 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 ановуляцією можна виявити у 40–50% дівчат, кількість 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 умовою 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 пояснюють 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]. При дослідженнях 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 пубертатного періоду 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 в репродуктивній системі дівчат підліткового віку: стрес, зниження 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 вітаміни А, Е, В₉), ятрогенний вплив (гормонотерапія, транквілізатори, антигіпертензивні препарати), сезонні впливи, кардинальна зміна місця проживання (географічно), порушення добових ритмів тощо [30].

Сьогодні особливої уваги 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 хронічний тонзиліт та тонзилектомія в рік менархе, апендицит, дисфункція щитоподібної залози (ЩЗ), ендоксикація, 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, що мали кістоми яєчників [31].

Деякі дослідження доводять, що становлення менструальної функції і розвиток репродуктивних органів проходять за участі статевих гормонів та гормонів ЩЗ. Особливо важливу роль тиреоїдні гормони відіграють у період фізіологічної гормо-

нальної 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 еутиреοїдному зобі [18]. За іншими свідченнями, найхарактерніша форма порушення МЦ при гіпотиреозі – вторинна аменорея (36,4% випадків) [37]. Деякі автори відзначають таке порушення менструального циклу, 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 вигляді аменореї, гіперменореї, аменореї, 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 зазначають значущу визначальну роль психогенного впливу на виникнення різних розладів репродуктивної системи. Аналіз отриманих авторами анамnestичних даних продемонстрував, що гострі та хронічні стресові ситуації фіксували практично в кожній дівчинки-підлітка з порушенням менструальної функції. Частіше в якості провокуючого фактора виступали 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 підвищення розумових та фізичних навантажень скаржилися 62,9% підлітків [39]. Так, для дівчат із гінекологічною патологією найбільш значущими є: неповага родини, нерациональне харчування та гіподинамія, несприятливі житлово-побутові умови, недостатнє перебування на свіжому повітрі, шкідливі звички батьків [19, 22]. Зміна психоемоційної сфери на тлі гіпоталамо-гіпофізарної аменореї сприяла спотворенню сприйняттю стресових ситуацій та впливів [20, 23, 39].

Останнім часом простежується вплив надмірної маси тіла та втрати маси тіла на розвиток порушення менструальної функції у дівчинки-підлітка [28]. Головну роль у розвитку аменореї відіграє різке схуднення та дефіцит маси тіла саме в пубертатному віці. Дефіцит жирової тканини призводить до перетворення естрогенів в катехолестрогени, які справляють пригнічувальний ефект на функцію вищих регуляторних центрів. Слід підкреслити, що основну роль у формуванні патології репродуктивної функції відіграє саме швидка втрата маси тіла, а не її постійний дефіцит [17]. Аменорея може передувати схудненню або виникати одразу вже при втраті 10–15% від вихідної маси тіла, коли соматичні порушення ще не виражені, причому аменорея має зворотний характер та відновлюється при відновленні маси тіла. Для відновлення менструальної функції в 75% випадків достатньо відновити втрачену масу тіла, і тільки у 20% спостережень, крім відновлення маси тіла, виникає необхідність у використанні замісної гормональної терапії в циклічному режимі протягом 4–5 менструальних циклів, ще рідше необхідна терапія гонадотропінами або рилизінг-гормонами [23, 25, 32].

Враховуючи суттєве зростання частки дівчат, які мають проблеми з фізіологічним періодом становлення статеві системи, 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 значимості шкідливих факторів та їх 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 може бути в жінок різного віку, висока частота яких пов'язується 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 менструального циклу, безпліддям, невиношуванням вагітності, розвитком лейоміоми матки, ендометріозу, хронічного тазового болю тощо [6, 38, 43].

Медична гострота проблеми дисгормональної патології визначається широким спектром клінічних проявів та важкістю наслідків захворювань, несвоєчасна діагностика та корекція яких призводять до того, що наслідками первинних функціональних розладів у репродуктивній системі стають стійкі органічні зміни з подальшою втратою або погіршенням фертильності, тривалою втратою працездатності або інвалідизації жінок репродуктивного віку [44].

Маніфестація дисгормональних порушень 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 в період становлення репродуктивної системи, призводять до переходу в стійку органічну патологію [5, 7].

Найбільш частим наслідком дисгормональних захворювань є порушення процесів повноцінної овуляції, що зі свого боку лежить в основі ендокринних форм безпліддя і невиношування вагітності незалежно від причин, що викликали первинні злами репродуктивної системи [17, 23]. Ановуляція стає причиною аномальних маткових кровотеч, а в 40% випадків – олігоменореї або аменореї [18, 30]. Недостатність лютеїнової фази діагностують у кожної другої пацієнтки з безпліддям на тлі регулярних менструацій [45]. Серед причин прогестеронової недостатності слід зазначити 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 відзначають недостатню секрецію гонадотропінів, дисфункцію яєчникової тканини та порушення секреції стероїдних гормонів, що може бути однією з причин гіперплазії або гіпоплазії ендометрія, підвищення проникливості 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 в пубертатному періоді, виявляли зниження оваріального резерву, СПКЯ, безпліддя [45].

Літературні дані демонструють, що при ускладненому преморбідному фоні, що супроводжується ендокринною дисфункцією, зростає частка плацентарної недостатності та порушення внутрішньоутробного розвитку плода, збільшується кількість перинатальних ускладнень, оперативного розродження та негативних постродових наслідків [33, 47]. Низка авторів вказують, що частота ускладнень вагітності у жінок з порушенням менструальної функції в 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 плацентазії вже на ранніх термінах вагітності [33].

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

Деякі автори зазначають, 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 закінчились пологи у 74,6% жінок, достовірно частіше народжувались діти з ознаками хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (28,1%) та асфіксії в пологах (67,5%) [49].

Особливостями перебігу вагітності у жінок із порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді відзначають загрозливий викидень, передчасні пологи та плацентарну 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 зазначено, що плацентарна недостатність розвивається у 59,2% жінок з патологічним пубертатом, а механізми її розвитку полягають у порушенні імплантації бластоцисти в ендометрій та плацен-

тації, зниження експресії плацентарного фактора росту, порушення ангиогенезу в судинах ворсин хоріону, їхнє передчасне дозрівання та гемодинамічні зміни у функціональній системі мати–плацента–плід [47].

Отже, порушення становлення нейроендокринної регуляції репродуктивної функції на період статевого дозрівання проявляються екстрагенітальними і гінекологічними захворюваннями на фоні змін гормонального та імунного статусу [17]. Саме гінекологічні захворювання слугують фоном для формування первинної плацентарної дисфункції, а екстрагенітальні – фоном для ускладнень вагітності гестозами, анемією та загрозою переривання і невиношування, які призводять до негативних перинатальних наслідків, гіпоксії та перинатальних захворювань новонароджених. Клінічна маніфестація зазначених 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 жінок і захворюваність їх новонароджених дітей.

Попри медико-соціальну значущість, стан репродуктивного здоров'я жінок з порушенням менструальної функції в пубертатний період, а також особливості перебігу вагітності, пологів та неонатального періоду на сьогодні вивчені недостатньо. І хоча порушення менструальної функції на період її становлення є наслідком впливу різних шкідливих факторів, різноманітність клінічних форм зазначених порушень вимагає диференціального підходу до вибору методів корекції. Показання до призначення гормональних препаратів, тривалість їх застосування в підлітковому віці повинні бути чітко обґрунтовані. Згідно з літературними повідомленнями, включення в комплексну терапію фітопрепаратів із допамінергічною дією сприяє підвищенню ефективності проведеної терапії, усуває використання гормонів у більшості дівчаток з порушеннями менструальної функції (76%), що 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 продукції пролактину, нормалізують співвідношення гонадотропних гормонів, а ліквідація дисбалансу між естрадіолом і прогестероном сприяє відновленню лютеїнової фази менструального циклу [50].

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

Різнорманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики доброякісних поєднаних проліферативних процесів призводять до зростання рецидивів патології, збільшення числа оперативних втручань, втрати працездатності та порушення 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 мали місце з періоду пубертату [48]. Запропоновані раніше різні методики реабілітації та схеми ведення таких пацієнток потребують удосконалення з урахуванням розвитку і впровадження сучасних технологій, нових підходів до ведення 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 в 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 багато 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 поширенішими 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, враховуючи індивідуальні потреби та стан здоров'я;
- аборт, як метод регулювання народжуваності, є вкрай небажаним і може призводити 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 при зараженні під час вагітності сприяють розвитку тяжких вад плода;
- відмова від шкідливих звичок, які можуть завдати невиправної шкоди репродуктивній функції і мати тяжкі наслідки для здоров'я майбутньої дитини.

Отже, на сьогодні актуальними визначаються 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 грамотне використання контрацепції попередить небажану вагітність та 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.

Современные аспекты патологии пубертатного периода

О.А. Ковалишин

Здоровье женщины и ее неотъемлемый компонент – репродуктивное здоровье – в значительной степени определяются условиями ее развития в утробе матери, в период новорожденности, младенчестве и подростковом возрасте.

В статье представлен анализ современных исследований относительно взаимосвязи нарушений репродуктивной функции еще с периода ее становления, где наблюдается четкая тенденция к увеличению числа 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, чрезвычайно чувствительно реагирующим на неблагоприятные внешние и внутренние факторы появлением новых адаптационных реакций, приобретающих 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 ее формирования необходимо усовершенствование и оптимизация предоставления гинекологической и акушерской помощи.

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

Modern aspects of pathology in puberty period

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.

Відомості про автора

Ковалишин Оріся Анатоліївна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ
 ORCID 0000-0002-97-10-0694

Information about the author

Kovalishin Orysia A. – Department of obstetric, gynecology and perinatology of P. L. Shupyk
 National Healthcare university of Ukraine
 ORCID 0000-0002-97-10-0694

Сведения об авторе

Ковальшин Орыся Анатолієвна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
 Національного університету здоров'я України імені П.Л. Шупика
 ORCID 0000-0002-97-10-0694

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. Радзинский 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 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, Керецман 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 нарушений 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, Зелинская НБ, Бачинская ИВ. 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, Верхшанова ОГ, Мальцева ОІ, Носарь ЕА. 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. Тысячка 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. Єнікеева 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. Патолофізіологічні 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). Медичні аспекти здоров'я жінчини. 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. Перинатальный анализ и особенности функции репродуктивной системы матерей девочек-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. Белокрыницкая ТЕ, Фролова НИ, Белозерцева ЕП. 2012. Дисменорея, предменструальный синдром и синдром предменструального дисфорического 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 ІЕ, Корсунская ЛЛ, Митрохіна АО. 2014. Психогенно обумовлені порушення менструальної функції 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. Бабаева НА, Ашрафян ЛА, Антонова ИБ, Алешикова ОИ, Ивашина СВ. 2017. Роль гормональных нарушений в канцерогенезе опухолей женской репродуктивной системы. 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. Макаrchук ОМ, Дзьомбак ВБ. 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.