

Клінічні аспекти у жінок із порушеннями менструальної функції у пубертатний період

О.А. Ковалишин

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

Репродуктивна система піддається впливу різних несприятливих факторів і шкідливих чинників на всіх етапах функціонування організму. На фоні зниження рівня репродуктивного жіночого здоров'я останніми роками 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.

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналіз факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження для визначення клінічної характеристики жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період.

Матеріали та методи. За характером порушень основну групу жінок (n=210), які мали розлади менструальної функції у пубертатний період, було розподілено на три підгрупи: 1-а (n=70) – жінки з первинною олігоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе; 2-а (n=70) – з пізнім віком менархе; 3-я (n=70) – з пубертатними кровотечами. До контрольної групи (n=70) увійшли жінки з правильним ритмом менструацій у пубертаті.

Результати. У ході клінічного проспективного дослідження проаналізовано соціальний статус жінок із порушеннями репродуктивної функції у пубертатний період, частоту і структуру наявних супутніх соматичних захворювань, тривалість менструального циклу, характер хвороб жіночих статевих органів; оцінено комплексне лікування виявлених порушень, що дозволило отримати сприятливий репродуктивний прогноз. Більшість обстежуваних жінок (53,3%) планували вагітність, яка настала у 75,9% жінок з тих, хто планував. **Заключення.** Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції у пубертатний період дозволить підвищити ефективність лікування виявлених порушень і дасть змогу розробити алгоритми ведення таких жінок під час планування вагітності та її перебігу.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, недостатність лютеїнової фази, вагітність.

Clinical aspects of women with menstrual dysfunction in puberty

O.A. Kovalishin

The reproductive system is exposed to various adverse factors and harmful effects at all stages of the functioning of the body. Against the background of a decrease in the level of reproductive female health in recent years, there is a clear tendency towards an increase in the number of patients with pathology of the puberty period. The low level of somatic and reproductive health before pregnancy causes a high frequency of complicated births, which leads to a deterioration in the development of subsequent generations.

The objective: based on clinical and anamnestic data, laboratory and instrumental methods of research, analysis of risk factors, clinical presentation, treatment effectiveness and clinical observation, to give a clinical description of women who had menstrual dysfunction in the pubertal period.

Materials and methods. According to the nature of the violations, the main group of women (n=210) who had a pathology of menstrual function in the puberty period was divided into 3 subgroups (n=70): the first – women with primary oligomenorrhea and timely average population menarche, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included women (n=70) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

Results. During a clinical prospective study, the social status of women with impaired reproductive function in the puberty was analyzed, the frequency and structure of existing concomitant somatic diseases, the duration of the menstrual cycle, the nature of diseases of the female genital organs; an assessment of the complex treatment of the revealed violations was made, which allowed to obtain a favorable reproductive prognosis. Most of the women examined (53.3%) planned a pregnancy, which occurred in 75.9% of those planning.

Conclusion. A study of the clinical and anamnestic analysis of the reproductive function of women with menstrual irregularities in the puberty period will increase the effectiveness of the treatment of identified disorders and develop algorithms for the management of such women during planning and during pregnancy.

Keywords: puberty, menarche, oligomenorrhea, puberty bleeding, luteal phase insufficiency, pregnancy.

Клинические аспекты у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период

О.А. Ковалишин

Репродуктивная система подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов и вредных влияний на всех этапах функционирования организма. На фоне снижения уровня репродуктивного женского здоровья в последние годы прослеживается четкая тенденция к увеличению количества больных с патологией пубертатного периода. Низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья до беременности обуславливает высокую частоту осложненных родов, что приводит к ухудшению развития последующих поколений.

Цель исследования: изучение клинико-анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, анализ факторов риска, клинической картины, эффективности лечения и диспансерного наблюдения для определения клинической характеристики женщин, имевших нарушения менструальной функции в пубертатный период.

Материалы и методы. По характеру нарушений основную группу женщин (n=210), которые имели патологию менструальной функции в пубертатный период, разделили на три подгруппы: 1-я (n=70) – женщины с первичной олигоменореей и своевременным среднепопуляционным менархе; 2-я (n=70) – с поздним возрастом менархе; 3-я (n=70) – с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу (n=70) вошли женщины с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Результаты. Во время клинического проспективного исследования были проанализированы социальный статус женщин с нарушениями репродуктивной функции в пубертатный период, частота и структура имеющихся сопутствующих соматических заболеваний, длительность менструального цикла, характер заболеваний женских половых органов; оценено комплексное лечение выявленных на-

рушений, що дозволило получить благоприятный репродуктивный прогноз. Большинство обследуемых женщин (53,3%) планировали беременность, которая наступила у 75,9% из числа планирующих.

Заключение. Изучение клиничко-анамнестического анализа репродуктивной функции женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период позволит повысить эффективность лечения выявленных нарушений и разработать алгоритмы ведения таких женщин при планировании и во время беременности.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, недостаточность лютеиновой фазы, беременность.

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 [1]. У той же час 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, у період новонародженості, дитинства та у підлітковому віці [2].

Актуальність проблеми визначається багатьма складовими:

- демографічною кризою суспільства;
- низьким рівнем сформованості репродуктивних установок, репродуктивної поведінки;
- медичними чинниками;
- факторами довкілля та соціальними компонентами [3].

У структурі медичних чинників виділяють:

- високу частоту безплідності;
- невиношування вагітності;
- високий рівень хронічної патології у подружніх пар;
- збільшення випадків хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- збереження високої частоти абортів, що на сьогодні залишається одним із основних методів регулювання народжуваності і планування сім'ї та чинником необоротної шкоди здоров'ю жінки;
- запальні хвороби жіночих статевих органів;
- зростання загальної захворюваності дівчат (зокрема, на хвороби сечостатевої системи та розладів менструацій);
- ускладнення пологів;
- перинатальну патологію;
- вторинну безплідність [3].

Серед чинників довкілля та соціальних компонентів провідну роль відіграють:

- падіння рівня життя,
- зростаючі стресові навантаження,
- погіршення якості харчування,
- шкідливі звички,
- зниження значення шлюбу,
- недостатнє і малоефективне використання контрацептивних засобів,
- ранній початок статевого життя і пов'язані з цим проблеми,
- зменшення ролі сім'ї у соціалізації підлітків і молоді [4].

Відповідно не тільки розроблення інформативних методів оцінювання стану репродуктивної системи, але й відновлення репродуктивної функції жінок мають велике значення і стають все більш актуальними у зв'язку з високим рівнем гінекологічної захворюваності з підліткового віку, у структурі якої преvalюють порушення менструального циклу [5]. Становлення регулярного менструального циклу відбувається протягом 6–24 міс після менархе. У пубертатний період триває активне пристосування усіх ланцюгів репродуктивної системи до циклічного функціонування і до 17 років встановлюється тісний взаємозв'язок між параметрами оваріального резерву і гормонального фону [6].

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, аналіз факторів ризику, клінічного перебігу, ефективності лікування і диспансерного спостереження для визначення клінічної характеристики жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне проспективне дослідження було проведено у 280 жінок репродуктивного віку.

До основної групи увійшли 210 жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період. За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- 1-а – жінки з первинною олигоменореєю і своєчасним середньопопуляційним менархе (n=70);
- 2-а – з пізнім віком менархе (n=70);
- 3-я – з пубертатними кровотечениями (n=70).

До контрольної групи увійшли 70 жінок з правильним ритмом менструацій у пубертатний період.

Ретроспективний клініко-анамнестичний аналіз в основній групі обстежуваних жінок проведений для вивчення факторів ризику порушень менструальної функції у пубертатний період, наявності соматичних і гінекологічних захворювань, обсягу лікувальних заходів і їхньої ефективності. Проаналізовано дані амбулаторних карт та історій хвороб обстежуваних жінок. Ретроспективний аналіз даних контрольної групи проводили за допомогою анкетування.

Критеріями включення до основної групи стали жінки репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період:

- первинна аменорея – відсутність самостійних менструацій від періоду менархе протягом від 45 днів до 6 міс при своєчасному загальнопопуляційному віці менархе;
- пізній вік менархе – з 15 років;
- рясні менструації у пубертатний період у вигляді пубертатних кровотеч.

Критеріями виключення з основної групи слугували:

- надмірна маса тіла,
- гіперандрогенія (клінічно і гормонально підтверджена),
- використання гормонотерапії під час дослідження,
- соматична і ендокринна патологія,
- вроджені аномалії і хромосомні порушення,
- оперативне лікування кісти яєчника у підлітковому віці,
- доброякісні (лейоміома) і злоякісні новоутворення.

Дані про кожну жінку вносили до спеціально розробленої карти. Збір анамнезу проводили за загальноприйнятою схемою. У першій частині карти фіксували ретроспективні дані щодо спадкового анамнезу, стану здоров'я батьків, перебігу вагітності і пологів у матері, маси тіла при народженні, інфекційних хвороб, клініко-лабораторні дані, результати обстеження і лікування у пубертатний період. Особливу увагу приділяли періоду становлення менструальної функції, віку менархе, тривалості і регулярності менструального циклу, тривалості і кількості менструальних виділень, гінекологічним захворюванням.

Аналіз характеру порушень менструальної функції у пубертатний період, проведених методів діагностики, лікуван-

Соціальний статус жінок обстежуваних груп

Група	Студентки		Службовці		Непрацюючі		
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	47	67,1	22	31,4	1	1,4	
Основна, n=210	109	51,9 p<0,05	80	38,1	21	10,0 p<0,05	
Підгрупа	1-а, n=70	33	47,1 p ₁ <0,05	31	44,3	6	8,6
	2-а, n=70	34	48,6 p ₁ <0,05	27	38,6	9	12,8 p ₁ <0,05
	3-я, n=70	42	60,0	22	31,4	6	8,6

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;
p₁ – контрольної групи і підгруп основної групи.

Частота і структура соматичних захворювань у жінок обстежуваних груп

Група	Хвороби										Усього		
	сечовидільної системи		органів травлення		дихальної системи		системи кровообігу		ендокринної системи				
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	4	5,7	3	4,3	4	5,7	2	2,9	1	1,4	14	20,0	
Основна, n=210	23	11,0	15	7,1	29	13,8	19	9,0	12	5,7	98	46,6 p<0,001	
Підгрупа	1-а, n=70	9	12,9	6	8,6	9	12,9	9	12,9	4	5,7	37	53,0 p ₁ <0,001
	2-а, n=70	8	11,4	8	11,4	6	8,6	2	2,9	3	4,3	27	38,6 p ₁ <0,05
	3-я, n=70	6	8,6	1	1,4 p ₄ <0,05	14	20,0	8	11,4	5	7,1	34	48,5 p ₁ <0,01

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної та основної груп;
p₁ – контрольної групи і підгруп основної групи; p₄ – між підгрупами 2 і 3.

ня і диспансерного спостереження та їхньої ефективності у жінок основної групи виконували за виписками з історій хвороб та амбулаторних карт. У другу частину карти вносили дані щодо соціального статусу, анамнезу, репродуктивної функції, соматичних хвороб жінки і результати проспективно проведеного обстеження. Під час аналізу репродуктивної функції уточнювали кількість вагітностей та їхні результати.

Трансвагінальне ультразвукове дослідження виконували на 11–14-й день (пізня стадія фази проліферації ендометрія) та 20–22-й день (середня стадія фази секреції) менструального циклу, вимірювання проводили у режимі реального часу внутрішньопорожнинним датчиком з частотою 5–9 МГц. Визначали розміри матки, товщину ендометрія, об'єм яєчників, число і діаметр фолікулів.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок (M±σ). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при p<0,05. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок основної групи дорівнював 22,42±0,21 року, контрольної – 22,34±0,31 року (від 19 до 32 років). У кожній з підгруп жінок основної групи студенток навчаль-

них закладів було менше порівняно з контрольною групою (p<0,05). Службовців у групах і підгрупах фіксували однаково часто. Кількість непрацюючих жінок в основній групі перебільшувала таку у контрольній групі; p<0,05 (табл. 1).

Частота соматичних захворювань у жінок основної групи вища, ніж у контрольній; p<0,001 (табл. 2). Хвороби ендокринної системи, представлені дифузним (ендемичним) зобом, що пов'язано з йододефіцитом, у жінок основної групи відзначали у 4 рази частіше порівняно з групою контролю. Хвороби органів травлення, представлені хронічним гастритом, у жінок основної групи виявляли в 1,6 рази частіше, ніж у контрольній, і статистично значуще у жінок з пізнім віком менархе порівняно з жінками з пубертатними кровотечами (p<0,05). У кожній п'ятій жінки 3-ї підгрупи виявлені хвороби органів дихання, представлені хронічним тонзилітом.

Середній показник індексу маси тіла (ІМТ) у жінок основної групи дорівнював 20,25±0,21 кг/м², контрольної групи – 21,05±0,41 кг/м² (p>0,05). У жінок з пізнім менархе ІМТ становив 19,97±0,32 кг/м² і був нижчий порівняно з контрольною групою (p<0,05). У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі і пубертатними кровотечами ІТМ дорівнював 20,44±0,36 кг/м² і 20,28±0,44 кг/м² відповідно та не мав достовірних відмінностей з групою контролю.

Тривалість менструального циклу у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, була довшою порівняно з контрольною групою, але відповідала тривалості нормального менструального циклу (табл. 3). У жінок з пубертатними кровотечами менструації тривали довше порівняно з жінками з первинною олігоменореєю в анам-

Таблиця 3

Характеристика менструального циклу у жінок обстежуваних груп

Група		Тривалість менструального циклу (днів)	Тривалість менструації (днів)	Рясність менструації
Контрольна, n=70		28,1±0,2	4,9±0,1	Помірна
Основна, n=210		29,2±0,3 p<0,05	5,2±0,1 p<0,05	-
Підгрупа	1-а, n=70	29,5±0,4 p ₁ <0,01	4,9±0,1	Помірна
	2-а, n=70	29,9±0,7 p ₁ <0,01	5,3±0,1 p ₁ , p ₂ <0,05	Помірна
	3-я, n=70	28,0±0,3 p ₃ <0,01, p ₄ <0,05	5,6±0,1 p ₁ , p ₃ <0,001	Помірна, у 10% – рясні

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної й основної груп;
p₁ – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної групи і підгруп основної групи;
між підгрупами: p₂ – 1-ю і 2-ю, p₃ – 1-ю і 3-ю, p₄ – 2-ю і 3-ю.

Таблиця 4

Частота і структура захворювань жіночих статевих органів у жінок обстежуваних груп

Група	Ектопія шийки матки		Запальні хвороби жіночих статевих органів		Жіноча безплідність		Порушення менструальної функції		Незапальні ураження яєчника		Усього		
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Контрольна, n=70	9	12,9	5	7,1	-	-	-	-	-	-	14	20,0	
Основна, n=210	58	27,6 p<0,05	11	5,2	24	11,4	41	19,5	19	9,0	153	72,9 p<0,001	
Підгрупа	1-а, n=70	21	30,0 p ₁ <0,05	4	5,7	10	14,3	15	21,4	9	12,9	59	84,3 p ₁ <0,001
	2-а, n=70	22	31,4 p ₁ <0,05	2	2,9	7	10,0	14	20,0	7	10,0	52	74,3 p ₁ <0,001
	3-я, n=70	15	21,4	5	7,1	7	10,0	12	17,1	3	4,3	42	60,0 p ₁ <0,001

Примітка: p – ступінь достовірності відмінностей показників контрольної та основної груп;
p₁ – контрольної групи і підгруп основної групи.

незі та контрольною групою (p<0,001). У 7 (10%) жінок з пубертатними кровотечами менструації були рясні, міжменструальних кровотеч не спостерігалось.

Доброякісну дисплазію грудної залози було діагностовано у 13 (6,2%) жінок основної групи, у групі жінок з пубертатними кровотечами – у 3,6 разу рідше, ніж з первинною олігоменореєю в анамнезі, – 2 (2,9%) жінки проти 7 (10,0%) відповідно і у 2 рази – ніж з пізнім віком менархе – 4 (5,7%) жінки.

Хвороби жіночих статевих органів у жінок з порушеннями менструальної функції у пубертатний період виявляли частіше, ніж у контрольній групі (p<0,001). У структурі захворювань превалювала ектопія шийки матки (p<0,05), між підгрупами статистично значущих відмінностей не виявлено (табл. 4).

Показники наявності запальних хвороб жіночих тазових органів у жінок обстежуваних груп і між підгрупами не мали достовірних відмінностей.

У 41 (19,5%) жінки, що мали порушення менструальної функції у пубертатний період, менструальний цикл не нормалізувався, у тому числі:

- з первинною олігоменореєю – у 15 (21,4%),
- з пізнім віком менархе – у 14 (20,0%),
- з пубертатними кровотечами – у 12 (17,1%).

У жінок 1-ї і 2-ї підгруп періодично відзначали олігоменорею, у жінок з 3-ї підгрупи фіксували рясні менструації.

Жіночу безплідність діагностовано у 24 (11,4%) жінок основної групи, між підгрупами відмінності не достовірні. Відсутність овуляції виявлено у 10 жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі, у 7 – з пізнім менархе і у 7 – з пубертатними кровотечами. Склерополікістоз яєчників (СПКЯ) сформувався у 15 (7,1%) жінок. Лікування проводили комплексно з урахуванням соматичних захворювань. У 7 пацієнток з СПКЯ, які спостерігались у зв'язку з безплідністю, виконували індукцію овуляції. У 6 настала вагітність, в 1 випадку овуляція була неефективною, через що цій пацієнтці проведено каутеризацію яєчників, і в природному менструальному циклі вона завагітніла.

Слід зауважити, що у 14 (6,7%) жінок основної групи виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ): у 1-ї підгрупі – 10 (14,3%) випадків, у 2-ї і 3-ї підгрупах – по 2 (2,9%) випадки. Можливо, це було причиною первинної безплідності у зв'язку з недостатньо підготовленим до імплантації бластоцисти ендометрієм [6]. Лікування гестагенами у другу фазу менструального циклу отримували жінки 1-ї (n=8) та 3-ї (n=2) підгруп.

При гіпоестрогенному стані жінкам 1-ї і 2-ї підгруп було рекомендовано циклічну гормональну терапію препаратами, які містять 17β-естрадіол та дидрогестерон (по 2 випадки).

У 5 (7,1%) жінок із пубертатними кровотечами, які мали рясні менструації в репродуктивному віці, виявлено персистенцію фолікула. Жінки отримували медикаментозне лікування гемостатичними препаратами. У двох випадках було проведено гістероскопію і роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки. Результат гістологічного дослідження отриманого матеріалу – поліпозна гіперплазія ендометрія. Рекомендовані естроген-гестагени у складі низькодозованих КОК протягом 6 міс, контрольне ехографічне дослідження і динамічне спостереження.

Незапальні ураження яєчника представлені кістами яєчника, які було діагностовано у 19 (9,0%) жінок основної групи, у контрольній групі – не виявлено. У жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі кісту яєчника діагностували у 3 рази частіше порівняно з жінками з пубертатними кровотечами.

Гормональне лікування з використанням естроген-гестагенів у складі низькодозованих КОК проведено у 10 (52,6%) жінок із кістою яєчника. Рекомендовано динамічне спостереження і УЗД-контроль. Лапароскопічну цистектомію проведено у 9 (47,3%) жінок. Показання: розрив кісти яєчника з вираженим больовим синдромом і внутрішньочеревною кровотечею. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу – геморагічна кіста жовтого тіла. Для регуляції менструального циклу і профілактики рецидиву кісти яєчника пацієнткам рекомендовані низькодозовані монофазні КОК до вагітності, що планувалась.

З 210 жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, 112 (53,3%) планували вагітність, у тому числі:

- з первинною олігоменореєю в анамнезі – 46 (65,7%),
- з пізнім віком менархе – 34 (48,6%),
- з пубертатними кровотечами – 32 (45,7%).

До планування вагітності 58 (51,8%) жінок вживали низькодозовані монофазні КОК з метою контрацепції, у 1, 2-й та 3-й підгрупах – 18 (39,1%), 21 (61,7%) і 19 (59,4%) жінок відповідно.

За період спостереження вагітність настала у 85 (75,9%) жінок із загальної кількості тих, хто планував вагітність, у тому числі: у 31 (67,4%), 29 (85,3%) та у 25 (78,1%) жінок за підгрупами відповідно. У 6 (7,1%) жінок стався мимовільний аборт у ранньому гестаційному терміні. У 27 (24,1%) жінок протягом спостереження вагітність не настала, у 17 (15,2%) відзначали відсутність овуляції, у 10 (8,9%) – недостатність лютеїнової фази.

ВИСНОВКИ

1. У жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, фіксують особливості анамнезу і клініки репродуктивної функції, що формуються під час становлення репродуктивної системи і зазнають найбільшого впливу різних факторів, починаючи з віку менархе.

2. Соматичні захворювання спостерігалися у 2,3 рази частіше в основній групі порівняно з контрольною. У структурі хвороб жіночих статевих органів в основній групі переважували ектопія шийки матки (найбільше у підгрупі жінок з пізнім віком менархе – 31,4%); у жінок з олігоменореєю в анамнезі найбільше реєстрували порушення менструальної функції (21,4%), жіночу безплідність (14,3%) і незапальні ураження яєчників (12,9%); а у жінок з пубертатними кровотечами зафіксовано найвищий відсоток запальних хвороб жіночих статевих органів – 7,1%.

3. У 19,5% жінок, що мали порушення менструальної функції у пубертатний період, менструальний цикл не нормалізувався, у тому числі: з первинною олігоменореєю – у 21,4%, з пізнім віком менархе – у 20,0% і з пубертатними кровотечами – у 17,1%. До того ж періодично жінки з 3-ї підгрупи мали рясні менструації.

4. За період спостереження вагітність настала у 75,9% жінок з числа тих, хто її планував.

5. Проведення клініко-анамнестичного аналізу репродуктивної функції жінок з порушеннями менструальної функції у пубертатний період має прогностичне значення, що надасть змогу підвищити ефективність лікування виявлених порушень за основним критерієм – нормалізація менструальної функції, а також розробити алгоритми ведення таких жінок під час планування вагітності та її перемігу.

Сведения об авторе

Ковалишин Ореся Анатольевна – Кафедра акушерства, гинекології і перинатології Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: pror-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. Чайківська ЕФ. 2015. Стан репродуктивного здоров'я дівчат Львівської області. Репродуктивна ендокринологія. 2(22):16-21.
3. Слабкий ГО. 2016. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я. Журнал заступника головного лікаря. 5(16):51-61.
4. Пирогова ВІ, Цюлько ОР. 2014. Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти. Медична газета Здоров'я України. 4(16):8-9.
5. Абабкова ГМ, Андрієць ОА, Іванов ІІ, Попова-Петросян ОВ, Косолапова НВ. 2011. Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. – К.: ВСВ Медицина. – 424.
6. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-38.

Статья поступила в редакцию 08.05.2020