УДК 618.175-07-085-053.6

И.А. ТУЧКИНА, Л.А. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, М.Ю. ТУЧКИНА
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Тучкина И.А.

Наиболее распространенным нарушением менструальной функции у женщин молодого репродуктивного возраста является синдром дисменореи (ДМ). Первичная ДМ – это циклически повторяющийся болевой синдром, обусловленный комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, которые сопровождают отторжение эндометрия во время менструации. В настоящее время большинство исследователей связывают возникновение первичной ДМ с высоким уровнем простагландинов (ПГ) – F2a и E2 и/или увеличением соотношения ПГF2a/ ПГE2 в секреторном эндометрии на фоне относительной гиперэстрогении, являющимися мощными стимуляторами сократительной деятельности миометрия. Ранняя диагностика, проведение адекватного лечения и реабилитации гинекологических нарушений у девочек и девушек с целью профилактики репродуктивных потерь у взрослых женщин являются основным направлением сохранения будущего генофонда страны. Учитывая, что у современного поколения будущих матерей гинекологическая патология составляет 13,5–26%, данная проблема является современной и актуальной.

***Целью данного исследования** является изучение частоты, совершенствование диагностики и терапии ДМ у девочек-подростков с учетом характера экстрагенитальной патологии.*

***Материал и методы**. Обследовано 148 девочек-подростков 14–18 лет с синдромом ДМ разной степени тяжести. Обследуемые были разделены на 3 группы: с легкой, средней и тяжелой формами ДМ. При постановке диагноза использовались клинико-лабораторные, биохимические, генетические, иммуноферментные, рентгенографические, ультразвуковые (в том числе допплерометрические) методы, компьютерная и магнитно-резонансная томография (по показаниям).*

***Результаты и обсуждение**. Применение диагностического алгоритма, для усовершенствования процесса обследования пациенток, позволило соблюсти принцип преемственности с учетом характера гинекологических нарушений на каждом этапе. В процессе обследования была установлена зависимость между характером ЭП и тяжестью клинических проявлений ДМ. ДМ у больных с ЭП проявлялась на неблагоприятном наследственном и преморбидном фоне. Ультразвуковая картина характеризовалась различными изменениями в зависимости от степени тяжести ДМ. При назначении лечения учитывались степень тяжести ДМ и наличие ЭП. В качестве базисной терапии применялись НПВП в сочетании с физиотерапией и фитопрепаратом индол-3 карбинол, применялась также витаминотерапия, седативные препараты (по показаниям). Для лечения средней и тяжелой форм ДМ нами применялись НПВП и гормональные препараты. В ходе исследования нами были получены результаты высокой эффективности применения КОК (Мунали 30, 20) для лечения ДМ. Критериями клинической эффективности служили уменьшение или исчезновение болевого синдрома, проявлений вазовегетативных нарушений, нормализация менструальной функции, улучшение общесоматического состояния здоровья пациенток.*

***Выводы.** Наиболее часто в подростковом возрасте встречаются формы ДМ с легкой (62,2%) и средней (28,3%) степенью тяжести. Тяжелая форма ДМ отмечена в 9,5% случаев. У 90,5% больных подросткового возраста ДМ проявляется на фоне ЭП. Ультразвуковая картина характеризуется различными изменениями в зависимости от степени тяжести ДМ. Уровень провоспалительных цитокинов и простагландинов достоверно повышен при синдроме ДМ. Комплексная терапия эффективна в 64 – 92% в зависимости от степени тяжести ДМ.*

***Ключевые слова:** девочки-подростки, дисменорея, экстрагенитальная патология, комплексная терапия.*

По данным большинства специалистов, наиболее распространенным нарушением менструальной функции у женщин молодого репродуктивного возраста является синдром дисменореи (ДМ). В популяции взрослых женщин частота ДМ составляет 40-50%; 10% из них нетрудоспособны в течение 1-3 дней ежемесячно. В периоде полового созревания, по данным разных авторов, частота ДМ колеблется от 22 – 43% до 75 – 90% и проявляется, как правило, в виде первичной ДМ [1, 2, 3, 4, 5, 10].

Первичная ДМ – это циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, которые сопровождают отторжения эндометрия во время

Контакты: Тучкина Ирина Алексеевна, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков. Тел.: + 00380577077380, e-mail: ira.tuch@gmail.com

Contacts: Irina Olexiyivna Tuchkina, Head of Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatric Gynecology. Kharkiv National Medical University, Kharkiv c. Ph.: + 00380577077380, e-mail: ira.tuch@gmail.com

менструации. Первичная ДМ отмечается у большинства больных подростков и приводит не только к потере трудоспособности, но и к выраженным изменениям психосоматического статуса [1, 3]. В настоящее время большинство исследователей связывают возникновение первичной ДМ с высоким уровнем простагландинов (ПГ) – F2a и E2 и/или увеличением соотношения ПГF2a/ПГE2 в секреторном эндометрии на фоне относительной гиперэстрогении, являющимися мощными стимуляторами сократительной деятельности миометрия [1, 4].

Во время лютеиновой фазы менструального цикла эндометрий секретирует ПГ (увеличение содержания F2a маточного происхождения совпадает по времени с регрессом желтого тела) [1]. О наличии гормональной регуляции синтеза ПГ свидетельствует положительная корреляция между высоким уровнем ПГF2a в среднем и позднем периодах секреторной фазы цикла и уровнем эстрадиола (Э2). Доказано стимулирующее влияние эстрогенов на ПГ и прогестерон (ПРГ) [2].

Доказано, что во время менструации нарушается целостность мембран клеток эндометрия, и ПГ из клеток выходят в межклеточное пространство. Отторжение эндометрия ведет к увеличению их содержания в менструальной крови. В свою очередь высокий уровень ПГ сопровождается усилением сократительной активности матки, спазмом сосудов и локальной ишемией, что вызывает болезненные ощущения, так как именно нарушение гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов или длительной вазодилатации и венозного застоя способствует гипоксии клеток, накоплению аллогенных веществ, раздражению нервных окончаний и возникновению боли. Усилению боли способствуют накопление в тканях солей калия и высвобождение свободного активного кальция, повышаются внутриматочное давление, амплитуда и частота маточных сокращений в 2-2,5 раза по сравнению с безболезненными менструациями [1, 3, 4].

Ранняя диагностика, проведение адекватного лечения и реабилитации гинекологических нарушений у девочек и девушек с целью профилактики репродуктивных потерь у взрослых женщин являются основным направлением сохранения будущего генофонда страны. Учитывая, что у современного поколения будущих матерей гинекологическая патология составляет 13,5 – 26%, данная проблема является современной и актуальной.

Цель исследования – изучение частоты, совершенствование диагностики и терапии ДМ у девочек-подростков с учетом характера экстрагенитальной патологии (ЭП).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 148 больных 14-18 лет с синдромом ДМ разной степени тяжести. Обследуемые девушки были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли пациентки с ДМ легкой степени тяжести – 75 человек. Во 2 группу включено 56 девочек-подростков с ДМ средней степени тяжести. Группа пациенток с тяжелой формой ДМ составила 17 человек (3 группа). При постановке диагноза использовались клинико-лабораторные, биохимические, генетические, иммуноферментные, рентгенографические, ультразвуковые (в том числе допплерометрические) методы, компьютерная и магнитно-резонансная томография (по показаниям). Для расширения взгляда на патогенетические аспекты возникновения и формирования ДМ в комплекс обследования были включены не только исследования концентрации ПГFa, ПГE2, но и ряд цитокиновых показателей (ІЛ-1β, ІЛ-1RA, ІЛ-6, ФНП-α). Оценивался характер функционирования вегетативной нервной системы (ВНС). Все больные были консультированы смежными специалистами для выявления характера ЭП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для усовершенствования процесса обследования пациенток был использован диагностический алгоритм, состоящий из трех этапов: скринингового, углубленного амбулаторного и стационарного [8]. I этап, скрининговый, включал в себя профосмотр, консультативный прием детского гинеколога, педиатра. II этап, углубленный амбулаторный, включал в себя консультацию и обследование в кабинете детской гинекологии. III этап, стационарный, включал в себя обследование и лечение в условиях стационара специализированного лечебного учреждения.

Применение данного алгоритма позволило соблюсти принципы преемственности с учетом характера гинекологических нарушений на каждом этапе.

На II и III этапах диагностического алгоритма анализ клинико-анамнестических данных показал, что у 78% обследованных с ДМ выявлена ЭП (у 61,4% из их – два и более соматических заболевания).

В процессе обследования нами была установлена зависимость между характером ЭП и тяжестью клинических проявлений ДМ. Болевой синдром легкой степени (62,2%) чаще встречался у девушек с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, миопией.

ДМ средней степени тяжести (28,3%) чаще встречалась у пациенток с патологией гепатобилиарной, мочевыделительной, нервной и эндокринной систем. Тяжелая форма ДМ (9,5%) с обменно-эндокринными и нейро-вегетативными проявлениями выявлялась у пациенток с патологией сердечно-сосудистой, центральной и ВНС, часто в сочетании с миопией.

ДМ у больных с ЭП проявлялась на неблагоприятном наследственном и преморбидном фоне: каждая четвертая пациентка родилась в состоянии асфиксии, каждая шестая – со снижением или превышением массы тела; 42% матерей девушек с синдромом ДМ имели нарушения менструальной и репродуктивной функций; у 70% матерей наших пациенток на протяжении жизни наблюдались болезненные менструации: у большинства из них – до родов; у 30% родителей отмечены профессиональные вредности и у половины – соматические болезни; неблагоприятный преморбидний фон наблюдался у 75% пациенток.

Клинически ДМ проявлялась сильными болями внизу живота в первые 1-3 дня менструации, с иррадиацией в ногу (чаще правую), поясничную область. Девушки предъявляли жалобы на недомогание, утрату трудоспособности, часто пропускали занятия в школе. У 122 (82,4%) пациенток менструации длились 5-7 дней, с умеренной кровопотерей, у 25 (16,8%) больных – со значительным усилением

менструального кровотечения на второй день, 94 (63,5%) обследованные девушки жаловались на боли внизу живота, которые сопровождались вазовегетативными и психоэмоциональными проявлениями (головная боль, головокружение, диарея, тошнота, рвота, озноб и др.).

По данным нашего исследования, у 68 девушек (45,9%) до 16 лет был опыт табакокурения и употребления алкоголя, 96 пациенток (64,8%) регулярно проводили за компьютером более 1,5 часа в день.

Физическое и половое развитие у большинства больных с ДМ соответствовало возрасту. Средний возраст менархе составил 11 лет 8 мес.±9 мес.

При объективном обследовании у 51 пациентки (34,4%) была диагностирована патология молочной железы (нерезко и умеренно выраженная фиброзная и фиброзно-кистозная мастопатия).

При ультразвуковом исследовании органов малого таза (УЗИ ОМТ) у 62 пациенток из 1 группы (82,6%) размеры матки отвечали возрастным параметрам, яичники имели однородную мелкофолликулярную эхоструктуру. У 41 обследованной девушки из 2 группы (73,2%), а также у всех пациенток из группы с тяжелой формой ДМ при УЗИ ОМТ отмечалось увеличение размеров матки. У 81% обследуемых 2 группы была выявлена гиперплазия эндометрия, у 60% – увеличение обоих яичников. В группе больных с тяжелой формой ДМ у всех обследованных девушек отмечались увеличение одного или обоих яичников неоднородной эхоструктуры, гиперплазия эндометрия, у 10 девочек выявлены ретенционные образования яичников размерами от 21 до 46 мм. УЗИ дополнялось цветным допплеровским картированием (ЦДК), при котором установлено нарушение кровоснабжения сосудов матки.

У больных 2 и 3 групп в 89% случаев (65 девочек) отмечалось увеличение уровней ПГ и/или изменение их соотношения, сочетавшееся у 50 (68,4%) из них с повышением значений показателей провоспалительных цитокинов. Клинические проявления вазовегетативных нарушений, выявленные у наших больных, были подтверждены при электрофизиологических исследованиях и допплерографии сосудов головы и шеи в процессе анализирования состояния ВНС. Как правило, выявлялись застойные явления – нарушения венозного оттока, асимметрия кровенаполнения сосудов головы и шеи.

При назначении лечения нашим пациенткам учитывались степень тяжести ДМ и наличие ЭП. Традиционно при первичной ДМ назначаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), что обусловлено патогенезом этой патологии. Исходя из теории возникновения первичной ДМ, как стойкого болевого синдрома, в основе которого лежит нарушение синтеза и обмена арахидоновой кислоты и ее биологически активных продуктов метаболизма (простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов и пр.), многие исследователи для лечения этой патологии считают достаточным применение НПВП, в ряде случаев – в комплексе с антиоксидантами [3, 10]. Поэтому мы применяли НПВП как базисную терапию ДМ, способствующую снижению ферментативной активности циклооксигеназ и, тем самым, уменьшению уровня ПГ для ослабления нежелательных множественных эффектов.

НПВП также применялись на этапе первоначального обследования в целях дифференцированной оценки основной причины ДМ [7, 8].

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) снижают повышенный уровень вазопрессина, который приводит к повышению концентрации ПГF2a в плазме крови, усилению сократительной активности матки, снижению маточного кровотока и появлению ДМ и не блокируются препаратами антипростагландинового ряда. Поэтому КОК традиционно применяются для лечения ДМ [1].

При оценке эффективности лечения гормональными препаратами чаще учитываются выраженность болевых ощущений и реже – нейровегетативные и эмоциональные проявления ДМ, которые, как известно, существенно усугубляют течение заболевания. В ходе исследования нами были получены результаты высокой эффективности применения КОК для лечения ДМ. Вместе с тем гормонотерапия в подростковом возрасте должна назначаться по строгим показаниям. В связи с этим значительное внимание сегодня уделяется включению в лечебные комплексы лекарственных средств растительного происхождения.

Комплексная фитотерапия – составная часть фармакотерапии, заключающаяся в применении лекарственных средств, изготовленных из растительных компонентов.

Учитывая широкую распространенность ДМ, невысокую эффективность традиционных симптоматических методов лечения, возможность значительных побочных реакций и осложнений при использовании гормональной терапии в периоде полового созревания, нами разработан способ лечения ДМ с учетом степени выраженности клинических проявлений этой патологии [6]. Проведена оценка его клинической эффективности.

При лечении ДМ ведущим фитопрепаратом был индол-3-карбинол («Фармаком», Украина), применялась также витаминотерапия с использованием витаминов группы В и Е, фолиевой кислоты, седативные препараты (валерин-кардио – назначался невропатологом по показаниям). В комплекс лечения входила физиотерапия, которая подбиралась индивидуально (гипербарическая оксигенация, электрофорез стекловидного тела [8], кислородный коктейль, жемчужные ванны, циркулярный душ, витафон, электрофорез семакса 0,1% эндоназальный). При средней и тяжелой формах ДМ наряду с традиционной терапией НПВП назначались гормональные препараты (КОК), содержащие 30 и 20 мкг этинил-эстрадиола и 150 мкг дезогестрела (Мунали-30, -20, «Люпин Липитед», Индия). При этом учитывалось состояние нейро-вегетативного статуса после консультации и обследования у невропатолога.

Критериями клинической эффективности служили уменьшение или исчезновение болевого синдрома, проявлений вазовегетативных нарушений, нормализация менструальной функции, улучшение общесоматического состояния здоровья пациенток.

Клиническая эффективность применения данного комплексного лечения у девочек-подростков с синдромом ДМ составила от 64 до 92% в зависимости от степени тяжести заболевания. Уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома сопровождалось улучшением общего состояния больных, нормализацией гемодинамики, исчезно-

вением или значительным уменьшением вазовегетативных нарушений.

Положительный клинический эффект (полное исчезновение болевого синдрома) отмечался у больных, которым лечение проводилось с 15-17-го дня менструального цикла, и к моменту начала ожидаемой в срок менструации было проведено не менее 5 физиотерапевтических процедур в сочетании с применением фитопрепаратов и/или КОК.

У большинства этих девочек менструации оставались безболезненными на протяжении 2-3 последующих менструальных циклов.

ВЫВОДЫ

1. Клинически ДМ у девочек-подростков проявляется в виде легкой, средней степени тяжести и тяжелой формы (62,2; 28,3; 9,5% соответственно). Наиболее часто для подросткового возраста характерны формы ДМ с легкой и средней степенью тяжести.

2. У 90,5% больных подросткового возраста ДМ выявляется на фоне ЭП, чаще всего нервной (особенно ВНС), опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, заболеваний мочевыделительной и эндокринной систем, миопии.

3. Ультразвуковая картина при ДМ у подростков характеризуется наличием увеличения размеров матки (у 73,2% с ДМ средней тяжести, у 100% левушек с тяжелой формой ДМ), гиперплазией эндометрия (у 81% обследуемых с ДМ средней тяжести, у 100% пациенток с тяжелой формой ДМ), увеличением одного или обоих яичников (у 60% пациенток с ДМ средней тяжести, 100% обследуемых девушек с тяжелой формой ДМ).

4. Для девочек-подростков с ДМ характерно достоверное повышение показателей провоспалительных цитокинов и простагландинов.

5. Комплексная терапия с учетом степени тяжести ДМ при индивидуальном назначении эффективна в 64 – 92% в зависимости от степени тяжести ДМ. При легкой форме ДМ положительный клинический эффект наблюдается при применении комплексной терапии НПВП с включением индола-Ф в сочетании с физиотерапией, при средней и тяжелой формах ДМ высокоэффективно использование КОК (Мунали 30, 20).

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Вихляева Е.Н. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 784 с.

2 Богданова Е.А. Практическая гинекология молодых. – М.: «Медицинская книга», 2011. – 238 с.

3 Кутушева Г.Ф. Дисменорея у подростков // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – №3. – С. 50-54

4 Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Мгерян А.Н. Дисменорея с позиций доказательной медицины // Consilium Medicum. – 2014. – №06. – С. 83-87

5 Тучкина И.А. Анализ амбулаторно-поликлинического обеспечения службы гинекологии детского и подросткового возраста в Харьковском регионе // Медицина сегодня и завтра. – 2005. – №1. – С. 131-133

6 Тучкина И.А., Добровольская Л.А. Патент на корисну модель № 94513 «Спосіб лікування дисменореї в дівчат-підлітків». – 2014.

7 Тучкина И.А. Негормональное лечение девочек-подростков с патологией пубертатного периода в комплексе этапной реабилитации // Експериментальна і клінічна медицина. – 2005. – №2. – С. 144-147

8 Тучкина И.А. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією: автореф. док. мед.наук: 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Харків, ХНМУ, 2007. – 40 с.

9 Тучкина И.А., Тысячка Г.Н. Клинико-патогенетические особенности воспалительных заболеваний гениталий в пубертате // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2014. – № 3(33). – С. 64-69

10 Birnbaumer D.M., Anderegg C. Sexually transmitted diseases: Chapter 96. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice [7th ed]. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2009

REFERENCES

1 Vikhliaeva EM. *Rukovodstvo po endokrinnoi ginekologii* [Guidelines for endocrine gynecology]. Moscow: LLC "Medical information agency"; 2006. P. 784

2 Bogdanova EA. *Prakticheskaya ginekologiya molodykh* [Practical gynecology of young people]. Moscow: "Medical book"; 2011. P. 238

3 Kutusheva GF. Dysmenorrhea of teenagers. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei = Journal of obstetrics and woman disease.* 2000;3:50-4 (In Russ.)

4 Mezhevitinova EA, Abakarova PR, Mgerian AN. Dysmenorrhea in terms of evidentiary medicine. *Consilium Medikum = Consilium Medicum.* 20140;06:83-7 (In Russ.)

5 Tuchkina IO. Outpatient service analysis of pediatric and adolescent group in Kharkiv region. *Medicina segodnya i zavtra = Today and tomorrow medicine.* 2005;1:131-3. (In Russ.)

6 Tuchkina IO, Dobrovolska LA. *Patent na korisnu model № 94513 "Sposob lecheniya dismenorei u devushek-podrostkov"* [Useful model patent № 94513 "Young girls' dysmenorrhea treatment modality"]. 2014

7 Tuchkina IO. Non hormone treatment of young girls' with adolescence pathology as a part of staging aftertreatment. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya medicina = Experimental and clinical medicine.* 2005;2:144-7 (In Russ.)

8 Tuchkina IO. *Etapnaya reabilitaciya podrostkov s ginekologicheskimi zabolevaniyami i iunykh beremennykh s ekstragenitalnoi patologiei. Avtoref. ... diss. med.nauk: 14.01.01 –*

akusherstvo i ginekologiya [Staging after treatment of teenagers with gynecopathy and young pregnant women with extragenital pathology. Author … Doc. Med. Sci.: 14.01.01 – Obstetrics and Gynecology]. Kharkiv: KNMU, 2007. P. 40

9 Tuchkina IO, Tysiachka GN. Clinical pathogenetic characteristics of genital organs inflammatory diseases in adolescence *Reproduktivnoe zdorove. Vostochnaya Evropa = Reproductive health. Eastern Europe.* 2014;3(33):64-9 (In Russ.)

10 Birnbaumer DM, Anderegg C. Sexually transmitted diseases: Chapter 96. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice [7th ed]. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

И.А. ТУЧКИНА, Л.А. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, М.Ю. ТУЧКИНА

Харьков ұлттық медицина университеті, Харьков қ., Украина

ЖАСӨСПІРІМ КЕЗДЕГІ БАСТАПҚЫ ДИСМЕНОРЕЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Жас репродуктивті жастағы әйелдердің етеккір функциясының әсіресе ең кең тараған бұзушылығы дисменорея синдромы (ДМ) болып табылады. Бастапқы ДМ – цикл бойы қайталанып отыратын ауыру синдромы, ол нейровегетативті, алмасу және адамның өзін ұстау кешенімен сипатталады, мұнда етеккір кезінде эндометрия ажыратылады. Қазіргі уақытта көптеген зерттеушілер бастапқы ДМ пайда болуын простагландиндердің (ПГ) – F2a және E2 жоғары деңгейімен немесе миометрияның сығылуы қызметінің күшті ынталандырушысы болып табылатын салыстырмалы гиперэстрогения аясындағы секреторлы эндометрияда ПГF2a/ ПГE2 қатынасының артуымен байланыстырады. Жасы келген әйелдерде репродуктивті шығындардың алдын-алу мақсатында қыздар мен бойжеткендерге диагностиканы ертерек жүргізу, адекватты ем қолдану және гинеологиялық бұзылушылықтарды оңалту елдің болашақ генофондын сақтаудың басты бағыты болып табылады. Болашақ ана болатын қазіргі жас буында гинекологиялық патологияның 13,5 – 26% құрайтынын ескерер болсақ, бұл проблема өзекті және заманауи болып табылады.

Зерттеудің мақсаты. Эктрагенитальды патология сипатын ескере отырып, жасөспірім қыздарда ДМ болу жиілігін зерттеу, диагностика мен терапияны жетілдіру.

Материал және әдістері. ДМ синдромының ауырлығы әркелкі дәрежедегі 14-18 жас арасындағы жасөспірім 148 қыз бала зерттелді. Тексерушілер үш топқа бөлінді :ДМ формасы жеңіл, орташа және ауыр. Диагноз қоюда клиникалық-лабораториялық, биохимиялық, генетикалық, иммуноферментті, рентгенографиялық, ультрадабыстық (оның ішінде доплерометрикалық) әдістер, компьютерлі және магнитті-резонансты томография (көрсетулері бойынша) пайдаланылды.

Нәтижелері және талқылау. Пациентттерді зерттеу үрдісін жетілдіру үшін пайдаланылған диагностикалық алгоритм әр кезеңде гинекологиялық бұзылушылықтардың сипатын ескере отырып, сабақтастық қағидасын сақтауға мүмкіндік берді. Зерттеу процесі кезінде ЭП сипаты мен ДМ клиникалық құбылыстарының ауырлығы арасында тәуелділіктің бар екендігі анықталды. ЭП бар науқастарда ДМ қолайсыз тұқым қуалаушылық пен преморбидті кезеңде анықталып отырған. Ультрадыбыстық картина ДМ ауырлығы дәрежесіне байланысты әр түрлі өзгерістер арқылы сипатталған. Ем тағайындау кезінде ДМ ауырлық дәрежесі мен ЭП болу-болмауы ескерілген. Базисті терапия ретінде НПВП қолданылған, ол физиотерапия және фитопрепарат индол-3 карбинолмен үйлестірілген, сондай-ақ витаминотерапия, седативті препараттар (көрсетулері бойынша) пайдаланылған. ДМ орташа және ауыр формаларын емдеу үшін біз НПВП мен гормональды препараттарды пайдаландық. Зерттеу барысында біз ДМ емдеу үшін КОК (Мунали 30, 20) пайдалану тиімділігінің жоғары екендігі туралы нәтижелерге қол жеткіздік. Клиникалық тиімділіктің көрсеткіштері ретінде ауыру синдромының, вазовегетативті көріністердің жоғалуы не азаюын, етеккір функциясының қалыпқа келуін, пациенттердің жалпы соматикалық жағдайының жақсаруын айтуға болады.

Қорытынды. Жасөспірім кезде әсіресе ДМ ауырлығы жағынан жеңіл (62,2%) және орташа (28,3%) деңгейдегі формалары жиірек кездеседі. ДМ ауыр формасы 9,5% анықталған. Жасөспірім жастағы ДМ науқастанудың 90,5% жағдайы ЭП болған кезде орын алған. Ультрадыбыстық картина ДМ ауырлығы дәрежесіне байланысты әр түрлі өзгерістер арқылы сипатталған. ДМ синдромы кезінде қабынуға қарсы цитокиндер мен простагландиндердің деңгейі шынайы көтерілген. ДМ ауырлық дәрежесіне байланысты кешенді терапия 64 – 92% тиімді болған.

Негізгі сөздер: *жасөспірім қыздар, дисменорея, экстрагенитальды патология, кешенді терапия.*

S U M M A R Y

I.O. TUCHKINA, L.A. DOBROVOLSKAYA, M.U. TUCHKINA

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

CLINICAL DIAGNOSTIC ASPECTS OF PRIMARY DYSMENORRHEA OF TEENAGERS

Young women of reproductive age most common menstrual function failure is dysmenorrhea syndrome (DM). Primary dysmenorrhea is a cyclic-repeated pain syndrome associated with complex of neurovegetative, metabolic and behavioural derangements that are accompanied by ejection of endometrium during menstruation. Nowadays most of researchers associated contraction of primary dysmenorrhea with F2a and E2 prostaglandin (PG) high level and/ or PGF2a/ PGE2 ratio increasing in sectorial endometrium in the setting of relative hyperestrogenism that are a potent stimulators of myometrium labor. Early diagnosis, appropriate treatment and girls and young women after treatment of gynecopathy with intent of women reproductive failure preventive treatment are the main guidelines of future country Geno fond saving. Taking into account the fact that gynecologic pathology of future mothers new generation is 13.5 – 26% this problem is modern and actual. The goal of this finding is investigation of dysmenorrhea frequency as well as therapy and diagnostic progress of young girls taking into account extragenital pathology character.

Material and methods. Have been examined 148 young girls edge of 14-18 years old with dysmenorrhea syndrome of different severity. Girls were divided for 3 groups: with light, middle and nasty form of dysmenorrhea syndrome. Clinical laboratory, biochemical, genetic, immunoenzymometric, X-ray diffraction, ultrasonic (including Doppler velocimetry) methods as well as computed axial tomography and magnetic resonance tomography (therapeutic grounds) were used during diagnosis.

Results and discussions. Application of diagnostic algorithm for improvements of patients' examination process allows to keep succession principle considering gynecopathy character at every stage. Causation between extragenital pathology character and dysmenorrhea clinical aspects severity was determined during examination. Dysmenorrhea of patient with extragenital pathology occurred on unfavorable heredity and on unfavorable premorbid background. Ultrasonic presentation characterized by different changes considering dysmenorrhea severity. During treatment order were taking into account dysmenorrhea severity and extragenital pathology occurrence. In the capacity of basic therapy were applied NSAID along with physical medicine and indole -3 carbinol herbal formulation as well as vitamin therapy and anxiolytics (therapeutic grounds). We used NSAID and hormonal drugs for dysmenorrhea severity and medium severity of dysmenorrhea. During study, we were obtained results of COCs (Мунали 30, 20) high-potency application for dysmenorrhea

treatment. Criteria for clinical effectiveness were abatement or pain disappearance, presentation of autonomic disorders, normalization of menstrual function, improvement of patients' performance status.

Conclusions. Most time in growing age, we can see light dysmenorrhea (62.2%) and dysmenorrhea of medium severity (28.3%). Only 9.5% of nasty form. Dysmenorrhea occurs in the setting of extragenital pathology in 90.5% of growing age patients. Ultrasonic presentation characterized by different changes considering dysmenorrhea severity. In the presence of dysmenorrhea syndrome level of proinflammatory cytokines and prostaglandins surely will be high. Complex therapy is active in 64-92% considering dysmenorrhea severity.

Key words: *adolescent girls, dysmenorrhea, extragenital pathology, complex therapy.*

Для ссылки: *Тучкина И.А., Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю. Клинико-диагностические аспекты первичной дисменореи в подросковом возрасте // Medicine (Almaty). – 2016. – No 6 (168). – P. 51-56*

Статья поступила в редакцию 05.05.2016 г.

Статья принята в печать 03.06.2016 г.