Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю.

**Дисменорея у подростков**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии

г. Харьков. Украина

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Тучкина И.А.

**Актуальность**. Дисменорея (ДМ) занимает первое место в структуре нарушений менструального цикла и является нейроэндокринным синдромом, который циклично повторяется, снижая, иногда до ее полной потери, трудоспособность девочек во время менструаций. В структуре гинекологической заболеваемости в периоде полового созревания частота этого нарушения составляет от 5 до 92%.

Первичная ДМ, отмечающаяся у большинства больных, приводит не только к потере трудоспособности, но и к выраженным изменениям психосоматического статуса – от легких неврологических состояний до тяжелых психоподобных синдромов. Большинство расстройств репродуктивного здоровья взрослых женщин берут начало уже в детском и подростковом возрасте. Поэтому особо актуальной становится своевременная диагностика причин болезненных менструаций, их адекватная комплексная коррекция и лечение сопутствующих психонейроэндокринных нарушений.

В настоящее время, среди теорий, которые объясняют возникновение ДМ, ведущее место принадлежит простагландиновой, в основе которой лежит врожденное или приобретенное нарушение синтеза или обмена эйкосаноидов. Высокая распространенность заболевания, его медико-социальное значение, являются важным аргументом в обосновании тщательного изучения данной проблемы.

**Цель исследования**. Изучение факторов риска возникновения дисменореи разной степени тяжести у девочек- подростков.

**Материалы и методы** Обследовано 102 девочки-подростка 11-18 лет, которые составили 3 группы: в 1 группу вошли 52 девочки-подростка с синдромом ДМ легкой степени тяжести; 2 группу составили 37 пациенток с синдромом ДМ средней степени тяжести; в 3 группу были включены 13 девочек с тяжелой формой синдрома ДМ.

Проводилось комплексное клинико-лабораторное, инструментальное, гормональное обследование. выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, внутренних органов, щитовидной и молочных желез. Определяли состояние соматического здоровья больных, все они были консультированы педиатром и смежными специалистами по показаниям для выявления экстрагенитальной патологии.

**Результаты и их обсуждение**. У 75% подростков с ДМ выявлена экстрагенитальная патология (ЭП) и установлена зависимость между ее характером и тяжестью клинических проявлений ДМ. Установлено, что болевой синдром легкой степени (67,2%) чаще встречался у девочек, имеющих заболевания ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, миопию. Средняя степень тяжести ДМ (25,9%) чаще отмечена у пациенток с патологией гепато-билиарной, мочевыделительной систем, щитовидной железы. Тяжелая форма ДМ (6,8%) установлена у больных с обменно-эндокринными и нейровегетативными проявлениями, с сердечно-сосудистой и неврологической патологией, часто в сочетании с миопией.

ДМ у больных с ЭП проявлялась на неблагоприятном наследственном и преморбидном фоне: каждая четвертая пациентка родилась в состоянии асфиксии, 45% матерей имели нарушения менструальной и репродуктивной функции, акушерские осложнения. У 71,6% матерей обследованных подростков на протяжении жизни наблюдались болезненные менструации, у большинства из них – до родов.

Средний возраст менархе составил 11 лет 8 мес ± 9 мес., у большинства обследованных регулярный цикл был сохранен, однако, почти у трети больных отмечалось сочетание болевого синдрома с периодическими небольшими задержками менструации (от 5-10 дней до месяца). У подавляющего большинства пациенток длительность менструаций составила 5-7 дней.

У 48% обследованных инфекционный индекс был 3 и выше, 38% больных состояли на учете у педиатра, как часто болеющие.В зависимости от степени тяжести ДМ клиническая картина имела разный характер. У пациенток с легкой степенью тяжести ДМ отмечалась умеренная болезненность менструаций без системных симптомов. Трудоспособность при этом нарушена не была и больные в медикаментозной коррекции не нуждались. Пациентки с ДМ средней степени тяжести предъявляли жалобы на выраженную болезненность менструаций с иррадиацией в поясничную область, боли сопровождались некоторыми диспептическими расстройствами, головной болью, головокружением, ознобом. Больные отмечали снижение трудоспособности. У пациенток с тяжелой формой ДМ клинические проявления патологии характеризовались сильными болями во время менструаций, сопровождались комплексом обменно-эндокринных и нейровегетативных симптомов, полной потерей трудоспособности.

У значительной части девушек с ДМ установлена вегетативная дисфункция (ВД). Выявлены симпатикотонический, ваготонический, смешанный типы ВД, характер которых зависел от особенностей гормонального статуса и патологических изменений менструальной функции. Наиболее выраженные клинические проявления ВД были у подростков с ваготонической формой дисменореи с болевым синдромом, сопровождались гормональным дисбалансом и нарушениями гемодинамики в сосудах головного мозга у большинства обследованных, что подтверждалось при допплерографии.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что подростковая ДМ в большинстве случаев (75%) протекает на фоне экстрагенитальной патологии. Определена зависимость между характером экстрагенитальной патологии и тяжестью клинических проявлений ДМ.