

© В. С. Орлова,
И. В. Калашникова, О. В. Мощная

Кафедра акушерства и гинекологии
медицинского факультета, Белгородского
государственного университета,
Белгород

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК: 618.17-008.8

■ В работе представлены результаты изучения гинекологической заболеваемости девушек-подростков на популяционном уровне области в течение 1999–2008 гг. Установлено, что нарушения менструальной функции занимают ведущее место. Показатель функциональных нарушений менструального цикла выше среди девушек 15–17 лет, однако темп прироста за изучаемый период выше в группе 10–14 лет (в 2,2 и 5,3 раза соответственно). В структуре нарушений первое место занимает гипоменструальный синдром, далее маточные кровотечения пубертатного периода.

■ **Ключевые слова:** девушки-подростки; заболеваемость; нарушения менструальной функции; гипоменструальный синдром; маточные кровотечения пубертатного периода.

Актуальность проблемы

Тревожная демографическая ситуация в России, сложившаяся вследствие низкой рождаемости, не обеспечивающей простого воспроизводства населения, обусловлена не только изменившимися социально-экономическими условиями, но и снижением уровня как женского, так и мужского репродуктивного здоровья. В течение последних 15 лет в области общее число беременностей, независимо от их исхода (роды или аборт), снизилось в 2 раза, несмотря на увеличение числа женщин репродуктивного возраста и снижение показателя использования современных методов контрацепции [4]. Об ухудшении репродуктивного здоровья населения свидетельствуют также рост уровня гинекологической заболеваемости и оперативных вмешательств в гинекологических стационарах, а также востребованность клиник по экстракорпоральному оплодотворению.

В последние годы совершенно обоснованно повысился интерес к здоровью подростков, так как многие хронические болезни взрослых — это пролонгированная патология подростков [2, 12]. С ними связана надежда на улучшение качества здоровья ближайших поколений, они являются носителями репродуктивного потенциала следующего десятилетия. Однако рост уровня заболеваемости подростков из тенденции, первые признаки которой замечены в 70–80-е годы прошлого столетия, в XXI веке перерос в закономерность [3, 5]. В отдельных регионах страны уровень подростковой заболеваемости выше, чем среди взрослого и детского населения, хотя по сути их популяция должна быть наиболее здоровой, поскольку детский возраст, для которого характерна высокая острая инфекционная заболеваемость, уже миновал. С другой стороны, в молодом организме ввиду отсутствия морфологической основы еще не появились проблемы взрослых — хроническая неинфекционная патология.

Проведенные нами ранее исследования [6] позволили составить клинический «портрет» современного подростка. На одного подростка в среднем приходится 1,5 заболевания. Болезнями органов дыхания страдает каждый второй, нервной системы и органов чувств — каждый пятый, каждый десятый — болезнями костно-мышечной, пищеварительной, мочеполовой, эндокринной систем и нарушениями обмена веществ, каждый двадцатый — психическими расстройствами. Важно отметить, что высокая подростковая заболеваемость обусловлена заболеваниями легкой степени тяжести и состояниями на стадии функциональных отклонений, в то время как удельный вес тяжелых заболеваний и состояний, безусловно, снижается.

Таблица 1

Динамика показателей гинекологической заболеваемости девушек-подростков на территории области (на 100 000 населения соответствующего пола и возраста)

Болезни мочеполовой системы	1999 год		2008 год		p
	возраст девушек-подростков (годы)				
	10–14	15–17	10–14	15–17	
	1	2	3	4	
Сальпингиты и оофориты	–	2119,3±79,1	–	2493,0±91,9	
Нарушения менструального цикла	500,5±18,5	2834,1±102,4	2676,8±85,7	6199,6±142,2	P ₁₋₂ ; P ₃₋₄ ; P ₁₋₃ ; P ₂₋₄ ; p<0,001
p		p<0,001		p<0,001	

Высокая соматическая заболеваемость подростков не может не отразиться на становлении менструальной функции, которая является важнейшим критерием благополучия репродуктивного здоровья. Официальная статистическая отчетность не дает полного представления о структуре нарушений менструальной функции подростков. Данные литературы, как правило, отражают результаты научных исследований, проведенных на отдельных группах больных, поэтому диапазон частоты этих нарушений, по данным разных авторов, колеблется в довольно широких пределах. В связи с изложенным целью настоящего исследования является изучение на популяционном уровне Белгородской области динамики распространенности и структуры нарушений менструального цикла у девушек-подростков.

Материалы и методы

Нами изучена динамика гинекологической заболеваемости и ее структура по данным официальной статистической отчетности за 10-летний период (1999–2008 гг.) по области в группах девушек-подростков 10–14 и 15–17 лет. Прослежены тенденции заболеваемости в целом по области и по отдельным территориям (город, село). По материалам мониторинга, который проводится специалистами детской областной больницы, проанализирована структура нарушений менструального цикла среди 2121 пациентки зарегистрированной в 2007 году. Из их числа выделены 2 группы. Первую (I) группу составили девушки-подростки 10–14 лет (n = 791), вторую (II) группу — 15–17 лет (n=1330). Заболеваемость изучена по данным как обращаемости, так и профилактических осмотров. При статистической обработке результатов исследования использованы критерий Стьюдента прикладной программы Statistic 6.0 фирмы Stat Soft (США). Достоверность различия определяли доверительным интервалом 95% и более [8].

Результаты исследования

Гинекологическая заболеваемость подростков 10–14 лет в официальной статистической

отчетности представлена только нарушениями менструального цикла, поскольку предполагается, что в столь юном возрасте половые контакты — скорее исключение, чем закономерность, а, следовательно, нет причин для развития воспалительных процессов внутренних гениталий. В старшем возрасте помимо нарушений менструального цикла регистрируются сальпингоофориты. Как следует из таблицы 1, в группе подростков 15–17 лет в структуре гинекологической заболеваемости преобладают нарушения менструальной функции, которые в 1999 году превышали уровень заболеваемости воспалительными процессами в придатках матки в 1,3 раза, в 2008 году разрыв между ними значительно увеличился и составил 2,5 раза. Несмотря на то, что в течение последних лет сексуальное поведение подростков изменилось в сторону повышения активности и более раннего приобретения опыта первого полового контакта, показатель заболеваемости воспалительными процессами внутренних гениталий за этот период вырос, хотя и статистически достоверно (p<0,001), но значительно в меньшей степени по сравнению с нарушениями менструальной функции. Показатель нарушений менструального цикла в возрасте 15–17 лет вырос за обозначенный период в 2,2 раза (с 2834,1±102,4 до 6199,6±142,2; p<0,001), а среди девочек 10–14 лет — в 5,3 раза (с 500,5±18,5 до 2676,8±85,7; p<0,001).

В группе девушек 10–14 лет уровень нарушений цикла на всем протяжении изучаемого периода существенно ниже, чем в старшей возрастной группе. В 1999 году разница между возрастными группами составляла 5,7 раза (500,5±18,5 и 2834,1±102,4 соответственно; p<0,001), в 2008 году — 2,3 раза (2676,8±85,7 и 6199,6±142,2 соответственно; p<0,001). Следовательно, несмотря на более низкий показатель нарушений цикла, темп прироста заболеваемости в младшей возрастной группе выше более чем в 2 раза.

Сравнение динамики нарушений менструальной функции подростков и взрослых женщин

Таблица 2

Структура нарушений менструального цикла у подростков на популяционном уровне области

Наименование нарушения менструального цикла	Город (n=1057)		Село (n=1064)		Область (n=2121)		Всего n=2121	p
	I*	II**	I*	II**	I*	II**		
	n=416	n=641	n=375	n=689	n=791	n=1330		
	1	2	3	4	5	6	7	
Гипоменструальный синдром, в том числе:	121 29,1±2,2%	246 38,4±1,9%	197 52,5±0,6%	444 64,4±1,8%	318 40,2±1,7%	690 51,9±1,4%	1008 47,5±1,1%	$p_{1-2}<0,02$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{5-6}<0,001$ $p_{2-4}<0,02$ $p_{4-6}<0,01$
аменорея I	—	71 28,9±2,8%	—	84 18,9±1,9%	—	155 22,5±1,6%	155 15,4±1,1%	
аменорея II	67 55,4±4,5%	92 37,4±3,1%	76 38,6±3,5%	93 21,0±0,9%	143 45,0±2,8%	185 26,8±1,7%	328 32,5±1,5%	
олигоменорея	54 44,6±4,5%	83 33,7±3,0%	121 61,4±3,5%	267 60,1±2,3%	175 55,0±2,8%	350 50,7±1,9%	525 52,1±1,6%	$p_{5-6}<0,05$
Нерегулярный цикл	176 42,3±2,4%	284 44,3±2,0%	—	—	176 22,3±1,5%	284 21,4±1,1%	460 21,7±0,9%	
Маточные кровотечения	64 15,4±1,7%	73 11,4±1,2%	112 29,9±2,4%	190 27,6±1,7%	176 22,3±1,5%	263 19,7±1,1%	439 20,7±0,9%	$p_{2-4}<0,001$ $p_{5-6}<0,01$
Нарушения цикла на фоне гипоталамического синдрома	55 13,2±1,6%	38 5,9±0,9%	66 17,6±1,9%	55 8,0±1,0%	121 15,2±1,3%	93 7,0±0,7%	214 10,1±0,7%	
p	$p_{1-7}<0,05$ $p_{5-6}<0,02$ $p_{5-7}<0,02$	$p_{1-6}<0,001$ $p_{1-7}<0,001$ $p_{5-6}<0,001$ $p_{5-7}<0,001$	$p_{1-7}<0,05$	$p_{2-4}<0,01$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{1-6}<0,01$ $p_{1-7}<0,001$ $p_{6-7}<0,001$	$p_{1-5}<0,01$ $p_{1-6}<0,01$ $p_{1-7}<0,001$	$p_{2-4}<0,01$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{1-5}<0,001$ $p_{1-6}<0,001$ $p_{1-7}<0,001$	$p_{2-3}<0,001$ $p_{3-4}<0,01$ $p_{1-5}<0,001$ $p_{1-6}<0,001$ $p_{1-7}<0,001$	

* — I — 10–14 лет; ** — II — 15–17 лет

показывает, что у женщин исходный показатель в 1999 году составлял $403,3 \pm 7,1$, что на 19,5% ($p<0,001$) ниже по сравнению с группой 10–14 лет и в 7 раз по сравнению с группой 15–17 лет. К 2008 году уровень заболеваемости среди взрослых женщин так же, как и среди подростков, увеличивался, однако динамика роста его была более спокойна. Показатель нарушений менструальной функции в популяции взрослых женщин составил $531,9 \pm 8,7$, что в 5 раз и 11,7 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем среди подростков I и II группы соответственно.

Детальное изучение структуры нарушений менструального цикла (табл. 2) позволило установить, что среди подростков на уровне области первое место с большим отрывом от других видов функциональных нарушений занимает гипоменструальный синдром, на долю которого приходится $47,5 \pm 1,1\%$ — почти половина всех случаев изучаемой патологии. Обращает внимание, что данный синдром статистически достоверно чаще встречается в группе девушек старшего возраста. В структуре гипоменстру-

ального синдрома, куда отнесены аменорея и олигоменорея, последняя преобладает, затем следует вторичная аменорея и далее первичная аменорея.

Ввиду того, что верхней границей нормы появления менархе принят возраст 15 лет, в группе подростков 10–14 лет может возникать только вторичная аменорея, на которую на уровне области приходится $45,0 \pm 2,8\%$ от числа случаев гипоменструального синдрома. Столь высокий удельный вес вторичной аменореи, под которой подразумевается отсутствие менструальных выделений дольше 6 месяцев, объясняется тем, что в этом возрасте, особенно на первом году от наступления менархе, перерыв может быть обусловлен индивидуальной особенностью становления менструальной функции и цикличность ее восстанавливается спонтанно либо на фоне витаминотерапии. В группе 15–17 лет удельный вес вторичной аменореи почти в 2 раза меньше, но в этой группе регистрируется первичная аменорея, на которую приходится каждый четвертый-пятый случай гипоменструального синдрома.

Второе место в структуре нарушений менструального цикла на уровне области поделили между собой нерегулярный цикл ($21,7 \pm 0,9\%$) и дисфункциональные маточные кровотечения пубертатного периода в виде меноррагии, менометроррагии, полименореи ($20,7 \pm 0,9\%$). Как и в случае олигоменореи, роль маточных кровотечений в структуре функциональных нарушений менструального цикла среди подростков I возрастной группы статистически достоверно более значима по сравнению со II группой — $22,3 \pm 1,5\%$ и $19,7 \pm 1,1\%$ соответственно ($p_{5-6} < 0,01$). Третье место занимают нарушения менструальной функции на фоне гипоталамического синдрома, составляя $10,1 \pm 0,7\%$.

В сельской местности структура нарушений цикла в общих чертах повторяет областной уровень. Существенное различие состоит в том, что в сельской местности не зарегистрировано случаев нерегулярных менструальных циклов, под которыми мы в данной ситуации понимаем состояния, когда на фоне нормальной менструальной функции спорадически появляется эпизод прекращения менструации продолжительностью до 3–4-х месяцев, затем они самостоятельно восстанавливаются. Подобным нарушениям, как правило, предшествуют психогенные стрессы. Несмотря на кратковременность нарушений цикла, они не столь безобидны и, как показывает многолетний клинический опыт, являются маркером уязвимости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что в дальнейшем может проявиться более серьезными нарушениями в виде недостаточности лютеиновой фазы, невынашивания беременности, раннего климакса, синдрома истощения яичников. Отсутствие случаев нерегулярных менструальных циклов у сельских жительниц меняет структуру нарушений менструальной функции в сторону увеличения удельного веса как гипоменструального синдрома, так и маточных кровотечений.

Среди жительниц городских поселений нерегулярные менструальные циклы занимают первое место ($43,5 \pm 1,5\%$), на втором месте стоит гипоменструальный синдром ($34,7 \pm 1,5\%$), на третьем — маточные кровотечения ($13,0 \pm 1,0\%$), т. е. картина более благополучная по сравнению с сельской местностью. Однако, если из общего числа зарегистрированных нарушений менструальной функции у девушек, проживающих в городе (1057), исключить нерегулярные циклы (460), то структура функциональных нарушений будет аналогична таковой в группе девушек, проживающих в сельской местности: первое место займет гипоменструальный синдром ($61,5 \pm 2,0\%$), второе — маточные кровотечения ($22,9 \pm 1,7\%$). Но

и в этом случае удельный вес маточных кровотечений в городе будет статистически достоверно ниже по сравнению с жительницами сельской местности ($22,9 \pm 1,7\%$ и $28,4 \pm 1,4\%$ соответственно; $p < 0,001$).

Об уровне организации специализированной медицинской помощи подросткам можно судить по обстоятельствам, при которых выявлена патология. Как следует из таблицы 3, нарушения менструального цикла на уровне области в обеих возрастных группах статистически достоверно ($p < 0,001$) чаще выявляют при обращаемости пациенток к детскому гинекологу, чем на профилактическом осмотре (2 : 1). Следует отметить, что эти соотношения довольно широко варьируют в зависимости от территории и вида патологии. В городской местности ввиду большей доступности данного вида помощи и, очевидно, более высокого уровня санитарного просвещения родителей в обеих возрастных группах преобладает обращаемость, причем по обращаемости достоверно чаще ($p < 0,02$) выявляются нарушения менструального цикла среди подростков 10–14 лет. Жители сельской местности испытывают безусловные затруднения в получении специализированной помощи, поэтому гинекологическая патология выявляется на профилактических осмотрах и по обращаемости почти в равной степени.

Сопоставление частоты выявления нарушений менструальной функции отдельно на профилактических осмотрах и по обращаемости показывает, что в городской и сельской местности эти показатели имеют прямо противоположную направленность (табл. 3). На профилактических осмотрах в 4,1 раза чаще в группе девушек 10–14 лет и в 2,7 раза чаще в группе 15–17 лет выявляются нарушения цикла в сельской местности по сравнению с городом ($p < 0,001$). При обращаемости, наоборот, в 1,8 раза чаще в группе девушек 10–14 лет и в 1,7 раза в группе 15–17 лет выявляются нарушения цикла в городской местности по сравнению с сельской ($p < 0,001$). Следовательно, несмотря на высокую частоту нарушений менструальной функции у подростков, проживающих в сельской местности, обращаемость их за своевременной помощью значительно ниже, чем в городе.

Это предположение подтверждает проведенный нами углубленный анализ отдельных видов нарушений менструальной функции в городе и селах области. По поводу гипоменструального синдрома, который, как известно, клинически проявляется лишь редкими, скудными или короткими менструальными выделениями, активно по своей инициативе обращаются к врачу в основном жительницы городов. Сельские подростки соответственно возрастным группам это делают

Таблица 3

Удельный вес нарушений менструального цикла, выявляемых на профилактическом осмотре (I) и при обращаемости (II) на популяционном уровне области

Территория	Подростки 10–14 лет (n = 791)			Подростки 15–17 лет (n = 1330)			p
	Всего	I	II	Всего	I	II	
	1	2	3	4	5	6	
Все нарушения менструального цикла (n = 2121)							
1. Область	791	246 31,1±1,6%	545 68,9±1,6%	1330	469 35,3±1,3%	861 64,7±1,3%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
2. Город	416	52 12,5±1,6%	364 87,5±1,6%	641	119 18,6±1,6%	522 81,4±1,6%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
3. Село	375	194 51,7±2,6%	181 48,3±2,6%	689	350 50,8±1,9%	339 49,2±1,9%	
p		p ₂₋₃ <0,001			p ₂₋₃ <0,001		
Гипоменструальный синдром (n = 1008)							
1. Область	318	137 43,1±2,7%	181 56,9±2,7%	690	270 39,2±1,8%	420 60,8±1,8%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
2. Город	121	19 15,7±3,3%	102 84,3±3,3%	246	32 13,0±2,1%	214 87,0±2,1%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
3. Село	197	118 59,9±3,5%	79 40,1±3,5%	444	238 53,6±2,4%	206 46,4±2,4%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
p		p ₂₋₃ <0,001			p ₂₋₃ <0,001		
Маточные кровотечения пубертатного периода (n = 439)							
1. Область	176	35 19,9±3,0%	141 80,1±3,0%	263	95 36,1±3,0%	168 65,9±3,0%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
2. Город	64	1 1,6±1,6%	63 98,4±1,6%	73	3 4,1±2,3%	70 95,9±2,3%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
3. Село	112	34 30,4±4,3%	78 69,6±4,3%	190	92 48,4±3,6%	98 51,6±3,6%	p ₂₋₃ <0,001
p		p ₂₋₃ <0,001			p ₂₋₃ <0,001		
Нерегулярный менструальный цикл (n = 460)							
1. Область	176	12 6,8±1,9%	164 95,2±1,9%	284	74 26,1±2,6%	210 73,9±2,6%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
2. Город	176	12 6,8±1,9%	164 95,2±1,9%	284	74 26,1±2,6%	210 73,9±2,6%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
3. Село	–	–	–	–	–	–	
Нарушения менструального цикла на фоне гипоталамического синдрома (n=214)							
1. Область	121	62 51,2±4,5%	59 48,8±4,5%	93	30 32,3±4,8%	63 67,7±4,8%	p ₅₋₆ <0,001
2. Город	55	20 36,4±6,4%	35 63,6±6,4%	38	10 26,3±7,1%	28 73,7±7,1%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
3. Село	66	42 63,6±5,9%	24 36,4±5,9%	55	20 36,4±6,4%	35 63,6±6,4%	p ₂₋₃ <0,001 p ₅₋₆ <0,001
p		p ₂₋₃ <0,01					

в 2,1 и 1,9 раза реже, в то время как среди них данная патология в 3,8 (10–14 лет) и 4,1 (15–17 лет) раза чаще по сравнению с городскими подростками выявляется в процессе организованных профилактических осмотров.

Абсолютное большинство маточных кровотечений в городе в обеих возрастных группах диагностируются по обращаемости, в сельской

местности только в двух случаях из трех в 10–14 лет и в каждом втором — в 15–17 лет. Остальные случаи кровотечений в сельской местности выявляются при профилактическом осмотре. Следовательно, даже при наличии кровотечения — клинически ярко выраженной патологии, жители сельской местности не сразу и не всегда делают визит к врачу.

Нерегулярные менструальные циклы, о значимости которых для прогноза репродуктивной функции каждой женщины в перспективе упоминалось выше, среди сельских жительниц не регистрируются совсем. Очевидно, данным отклонениям менструальной функции населением не придается значения, что является свидетельством низкой санитарной грамотности.

Наиболее значима роль профилактических осмотров как в городской, так и сельской местности в выявлении нарушений менструального цикла, развившихся на фоне гипоталамического синдрома, что, вероятно, связано с длительным существованием данной патологии и ее наглядной клинической выраженностью. Факт более высокой частоты выявления этой патологии при профилактических осмотрах среди подростков 10–14 лет, несомненно, связан с присутствием педиатров, которые больше уделяют внимания физическому развитию детей.

Обсуждение

Проведенный нами анализ свидетельствует о прогрессивном снижении уровня репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Белгородская область по ряду параметров, включая климатогеографические, социально-экономические, этнические, является типичным представителем Центрально-Черноземного региона России, поэтому полученные результаты исследования в определенной степени можно экстраполировать на весь регион. Более того, они отражают общероссийские тенденции. По данным Е. В. Уваровой (2006), среди подростков 15–18 лет в структуре гинекологических заболеваний преобладают нарушения менструального цикла, на которые приходится ровно половина всей патологии — 50,7%, а в структуре расстройств основное место занимают маточные кровотечения и вторичная аменорея. Изучая гинекологическую заболеваемость подростков в Уфе, У. Р. Хамадянов и А. Р. Услимова (2001) пришли к выводу, что нарушения менструальной функции составляют 43,3%, среди которых на первом месте стоят маточные кровотечения (34%). Аналогичные данные получены Р. С. Довганенко (2008) в регионе Приполярья — каждый третий случай (37%) в структуре гинекологической заболеваемости был представлен нарушением менструальной функции.

Следовательно, мы являемся свидетелями стремительного снижения репродуктивного потенциала подростков в масштабах страны. Особенно быстрыми темпами, как показывают наши данные, частота гормональных нарушений растет на этапе становления менструальной

функции. Наряду с другими исследователями [7, 9, 11, 13], мы полагаем, что в основе этих нарушений чаще всего повинен срыв центральных звеньев регулирующего механизма системы гипоталамус — гипофиз — яичники, которые чрезвычайно чувствительны к различным факторам, начиная от экологического неблагополучия окружающей среды и «техногенной агрессии» до сугубо личностных переживаний психологического плана. В пубертатном возрасте на фоне гормонального взрыва подросток испытывает действие двух естественных, но неоднозначных процессов: интенсивной социализации личности и активной физиологической перестройки организма. Указанные процессы в неадекватных условиях и стрессовых ситуациях снижают адаптационные возможности и увеличивают риск нарушений нейросекреции гипоталамических субстанций.

Важным фактором является физическое и соматическое здоровье, на базе которого формируется здоровье системы воспроизводства. Высокий уровень заболеваемости подростков определяется преимущественно хроническими процессами, которыми страдают из них, по данным официальной статистики, 24%, а по данным научных исследований — до 50% [2, 3, 5]. Наши собственные исследования, проведенные в рамках гранта ФРП (Федеральная региональная политика) [6], выявили на рубеже веков рост общей подростковой заболеваемости по Белгородской области почти всех классов болезней. Наибольший рост показателей отмечен в классах заболеваний эндокринной системы и обмена веществ (в 4,5 раза), мочеполовой (в 3,6 раза).

Однозначного объяснения указанным тенденциям найти сложно. Среди множества факторов не всегда представляется возможным выявить причинно-следственные отношения, кроме того, нельзя отрицать роли улучшения выявления патологических состояний в связи с совершенствованием материально-технической базы учреждений здравоохранения, повышения санитарной грамотности населения, повлекших увеличение обращаемости в медицинские учреждения. На наш взгляд, представляется логичным объяснить чрезмерную заболеваемость подростков поведенческими факторами. Если поведение детей раннего возраста жестко контролируется родителями, поведение взрослых определяется зрелым самосознанием, то подростки вышли из-под контроля взрослого окружения, но самосознание их осталось инфантильным. Эти обстоятельства в большинстве случаев играют определяющую роль в формировании неадекватного возрасту «нездорового» образа жизни, для которого типичны нерациональное питание, гиподинамия, суммарные

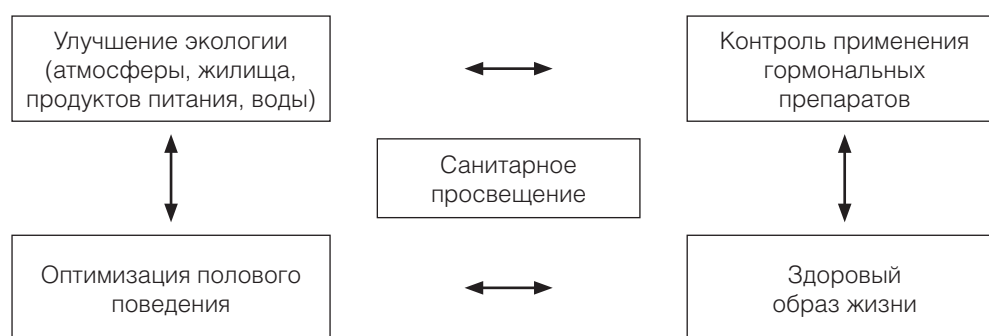


Рис. 1. Пути улучшения репродуктивного здоровья девушек-подростков

стрессовые нагрузки, недостаточный ночной сон, распространенность вредных привычек, раннее начало половой жизни.

Среди обследованных нами старшеклассниц [6] дисгармоничное развитие имеют более половины — 52,8%, в том числе резко дисгармоничное развитие, снижающее морфофункциональные способности организма, выявлено у каждой пятой. В 92,1% случаев дисгармоничное развитие связано с дефицитом массы тела, у остальных — с его избытком. Полученные данные позволяют констатировать отмеченную в литературе тенденцию современных девушек к «грациализации» как феномен моды. Дефицит массы тела у подростков следует трактовать шире, чем просто экзогенный дефицит массы и следствие нарушений питания. Его следует рассматривать как результат воздействия комплекса неблагоприятных факторов (перинатальных, алиментарных, психоэмоциональных, физических), которые сопровождаются метаболическими и эндокринно-метаболическими нарушениями и плохо корригируются только увеличением объема питания. Рост выше среднего и высокий, выявленный у 30,2% девушек, означает позднее закрытие зоны роста костной ткани вследствие дефицита эстрогенов и избыточного уровня андрогенов. Об избытке андрогенов свидетельствует и гипертрихоз, выявленный у 44,7% обследованных девушек. Гиперандрогенизация современных старшеклассниц вызывает беспокойство специалистов, поскольку они относятся к группе высокого риска репродуктивного здоровья.

Таким образом, неблагоприятная тенденция роста нарушений менструальной функции у девушек-подростков диктует необходимость проведения масштабных целенаправленных медико-профилактических и реабилитационных мероприятий. Снижению нарушений менструальной функции у девушек будет способствовать устранение факторов риска, ранняя диагностика, совершенствование методов лечения, организация подростковой службы, профилактическая работа.

На этапе первичного звена здравоохранения важно добиться ранней диагностики патологических нарушений менструальной функции путем активного диспансерного наблюдения подростков и повышения качества обследования. Улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков (рис. 1) должно предусматривать перспективные долгосрочные меры, касающиеся улучшения экологии атмосферы, жилища, продуктов питания, воды, и меры, направленные на снижение роли «управляемых» факторов в возникновении заболеваний. Среди них важнейшее место занимает здоровый образ жизни, формированию которого следует уделять внимание с детского возраста. Большую роль в этом должно сыграть санитарное просвещение, однако воспитательную работу любой направленности надо начинать с взрослых.

Литература

1. Довганенко Р. С. Региональные особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приполярья // Акуш. и гин. — 2008. — № 1. — С. 53–56.
2. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. — М., 2002. — 240 с.
3. Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Бережков Л. И. Особенности состояния здоровья школьников в 1960–2000 гг. // Материалы IX съезда педиатров России, Москва, 19–22 февраля 2001 г. — М., 2001. — С. 331.
4. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения населения Белгородского региона / Орлова В. С. [и др.] // Отчет по гранту РГНФ № 03-06-00599 а/ц. — Белгород, 2004. — 118 с.
5. О состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года) // Доклад Министерства здравоохранения РФ. — М., 2003. — 96 с.
6. Орлова В. С., Набережнев Ю. И., Калашникова И. В. Влияние социально-гигиенических факторов на формирование здоровья и заболеваемость школьников подросткового возраста // Отчет по гранту ФРП № 03-04-01. — Белгород, 2004. — 126 с.
7. Петербургская В. Ф. Расстройства менструальной функции в пубертатном возрасте // Здоров'я України. — 2008. — № 1. — С. 57–59.

8. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. — М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.
9. Уварова Е. В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акуш. и гин. — 2006. — № 1. — С. 27–30.
10. Хамадьянов У. Р., Услимова А. Р. Гинекологическая заболеваемость девушек-подростков в условиях крупного промышленного города // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2001. — Т. L, вып. 4. — С. 46–51.
11. Gordon C. M. Menstrual disorders in adolescents // *Pediatr. Clin. North. Am.* — 1999. — Vol. 46. — P. 519–543.
12. Harlow S. D., Campbell O. M. R. Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: a systematic review // *BJOG*. — 2004. — Vol. 111, № 1. — P. 6–16.
13. Rees M., Ravnikar V. *The Abnormal Menstrual Cycle*. — Oxford, 2005. — 240 p.

Статья представлена Тарасовой М. А.,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

EPIDEMIOLOGY OF MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS FOR EXFMPLE, OF THE BELGOROD REGION

Orlova V. S., Kalashnikova I. V., Motsnaya O. V.

■ **Summary:** The work presents results of study of gynecological morbidity of female adolescent population level in the area during the years 1999–2008. It was found that disorders of menstrual function took the lead. Indicator of functional disorders of menstrual cycle, is higher among girls between the ages of 15–17 years old, however, the disorder is dominant in female adolescents between 10 to 14 years (2,2 and 5,3 times, respectively). Among the functional menstrual disorders, hypomenstrual syndrome took the first place of lowed by uterine bleeding at puberty.

■ **Key words:** adolescent girls; disease; disorders of menstrual function; hypomenstrual syndrome, uterine bleeding at puberty.

■ Адреса авторов для переписки

Орлова Валентина Семеновна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный университет. 308007, г. Белгород, ул. Некрасова 8/9, БОКБ Святителя Иоасафа, Перинатальный центр. **E-mail:** Ira_vrach@mail.ru

Калашникова Ирина Владимировна — аспирантка кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный университет. 308007, г. Белгород, ул. Некрасова 8/9, БОКБ Святителя Иоасафа, Перинатальный центр. **E-mail:** Ira_vrach@mail.ru

Мотсная Оксана Владимировна — аспирантка кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный университет. 308007, г. Белгород, ул. Некрасова 8/9, БОКБ Святителя Иоасафа, Перинатальный центр. **E-mail:** Ira_vrach@mail.ru

Orlova Valentina Semenovna — Doctor of Medicine, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology. Belgorod State University. Chapaeva Str., h.13, ap.4., Belgorod, Russia, 308015

E-mail: Ira_vrach@mail.ru

Kalashnikova Irina Vladimirovna — a postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology. Belgorod State University. Chapaeva Str., h.13, ap.4., Belgorod, Russia, 308015

E-mail: Ira_vrach@mail.ru

Motsnaya Oxana Vladimirovna — a postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology. Belgorod State University. Chapaeva Str., h.13, ap.4., Belgorod, Russia, 308015

E-mail: Ira_vrach@mail.ru