

Нарушение менструальной функции

Нарушение менструальной функции в пубертатный период возникают у каждой третьей девушки. Дополнительные диагностические сложности связаны с тем, что у 40% девушек установлению регулярного цикла предшествует 6-24-месячный период становления менструальной функции.

Первичная аменорея – это отсутствие менструаций у девушек, достигших 15-летнего возраста.

Вторичная аменорея возникает у девушек, которые имели менструации хотя бы однократно. Если у взрослых женщин принимается в расчет трехмесячный перерыв, то у девушек – пауза в 6 месяцев и более.

Менструальная функция – хороший маркер общего состояния организма. Нарушение менструальной функции чаще всего свидетельствует о разбалансированном статусе нейроэндокринного звена половой системы. Аменорея – это крайнее проявление гипоменструального синдрома.

Ряд факторов препятствуют устойчивости менструальной функции и способствуют возникновению аменореи:

- соматическая патология (заболевания почек, печени, эндокринных желез),
- неблагоприятный семейный и перинатальный анамнез,
- эндогенные интоксикации (туберкулез, другие инфекции),
- травмы головы, заболевания центральной нервной системы,
- дефицит массы тела более 6 %, неврогенная анорексия,
- пороки развития внутренних половых органов (заращение цервикального канала, влагалища или девственной плевы),
- гиповитаминоз (особенно недостаток витаминов E, A, B6),
- стресс, конфликты в семье или школе, «болезнь отличниц»,
- ятрогенные влияния (гормонотерапия, транквилизаторы, антигипертензивные препараты),
- сезон (зима, весна), смена места жительства (смена часового пояса)
- несоответствие паспортного возраста костному возрасту.

Последнее обстоятельство требует разъяснения. Первые менструации (менархе) приходят не позже чем через 3 года после появления лобкового оволосения. Кроме того, существует понятие о так называемой критической массе тела – 43-45 кг и минимальном среднем росте 155 см, после которых приход менструаций закономерен. Важно, что при массе тела 47 кг и росте 163 см менструальная функция приобретает определенную устойчивость. Временные пределы, в которых устанавливается менструальная функция, колеблются от 6 месяцев до 1,5 лет, однако чем позже наступает стабилизация менструаций, тем более серьезной должна быть врачебная тактика.

Первичная аменорея у девушек с хорошо выраженными вторичными половыми признаками (молочные железы, лобковое и подмышечное оволосение) прогностически более благоприятна, чем при слабо выраженных или их отсутствии, т.к. последнее свидетельствует о глубоких патологических процессах в половой системе.

Во время осмотра девушки, обратившейся за помощью в связи с прекращением менструальной функции, оценивают выраженность вторичных половых признаков и размеры внутренних половых органов, обращают внимание на возможные гетеросексуальные черты. Сначала может быть зарегистрирована дефеминизация, т.е. утрата приобретенных ранее женских черт: уменьшение

молочных желез, отставание размеров матки, гипоплазия наружных половых органов, а затем-маскулинизация: гипертрихоз, гирсутизм, увеличение мышечной массы, низкий тембр голоса, увеличение биакромиального размера одновременно с отставанием размеров костного таза.

Высока информационная ценность определения в динамике уровня гормонов крови (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, фракции тестостерона, андростендион, ДГЭА-С) и УЗИ органов малого таза и надпочечников.

Лечение

В определенных случаях бывает достаточно провести 2-4 месячный курс циклической витаминотерапии, нормализовать режим дня и массу тела, наладить регулярное правильное питание и ликвидировать стрессовую ситуацию, что бы менструации возобновились. Но в 60-70 % кроме этого приходится прибегать к заместительной гормональной терапии в циклическом режиме 4- 5 курсов. При выявлении внутриматочных сращений, образований в яичниках и полости матки, атрезии влагалища или девственной плевы-рекомендовано оперативное лечение.

Но ни в коем случае нельзя заниматься самообследованием и самолечением, так как в каждом отдельном варианте нарушения менструальной функции нужен строго индивидуальный подход к лечению пациентки, который может определить только специалист в данной области.

*Бобракова Алла Владимировна
врач-гинеколог детского
и подросткового возраста*