



УДК 612.661-053.6:618.176+616-071

НАЧЕТОВА Т.А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ И ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МАТЕРЕЙ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ СО ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

**Резюме.** Изучен перинатальный анамнез 172 девочек-подростков 13–17 лет со вторичной аменореей (ВА) и 102 девочек того же возраста с регулярным менструальным циклом (группа сравнения) и состояние репродуктивной системы их матерей. Показано, что наиболее неблагоприятным фактором, влияющим на возникновение вторичной аменореи у девочек-подростков, является наличие позднего менархе у матери. Определено, что вероятность возникновения ВА у девочек, рожденных матерями с поздним менархе, сразу после менархе или после предшествующих нарушений менструальной функции увеличивается в 16 раз. Установлено, что особо неблагоприятным фактором, повышающим в три раза вероятность перехода во вторичную аменорею олигоменореи или пубертатного маточного кровотечения, можно считать наличие в анамнезе большой низкой массы тела при рождении.

**Ключевые слова:** перинатальный анамнез, девочки-подростки, вторичная аменорея, факторы риска.

Здоровье ребенка во многом детерминировано характером течения перинатального периода. В настоящее время не вызывает сомнения факт, что патологическое течение беременности может приводить не только к нарушению развития плода, но и к высокой перинатальной заболеваемости, нарушению постнатальной адаптации новорожденных, негативно воздействовать на формирующуюся нейроэндокринную регуляцию [7] и приводить в дальнейшем к снижению репродуктивного потенциала девочек [1, 8].

В зависимости от того, в какие сроки беременности действовали на плод неблагоприятные факторы (тяжелый ранний длительный (до 20 недель гестации) или поздний гестоз, фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, наличие хронической экстрагенитальной патологии у матери и пр.), можно определить наиболее нестабильное звено половой системы и структур, которые регулируют ее функцию. Так, при значительных отклонениях в состоянии здоровья будущей матери в первые недели беременности и в ее середине наиболее вероятны расстройства функционирования гипоталамо-гипофизарного комплекса, в последние недели гестации больше могут поражаться яичники, в средние сроки — все анатомические структуры, обеспечивающие физиологичное функ-

ционирование половой системы. Необходимо учитывать, что повреждение репродуктивной системы во внутриутробный период развития в большей степени, чем в постнатальном периоде, определяет функциональные возможности половой системы в течение всей жизни женщины [1].

Оценке влияния патологических изменений в функционировании репродуктивной системы матери на возникновение нарушений менструальной функции (НМФ) дочери посвящено немало исследований [2–4], однако особенности перинатального анамнеза и функции репродуктивной системы матерей девочек со вторичной аменореей (ВА) как факторы риска формирования данного типа НМФ, несмотря на актуальность проблемы, изучены недостаточно.

Необходимость изучения вопросов, связанных с ВА в период пубертата, обусловлена тем, что она относится к числу прогностически неблагоприятных НМФ, а сопоставление результатов профилактических осмотров больших контингентов подростков в 1978–1979 и 2007–2008 годах показало, что за 30 лет распространенность ВА среди девочек увеличилась в 2 раза [5].

© Начетова Т.А., 2014

© «Здоровье ребенка», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

**Целью** работы явилось изучение особенностей перинатального анамнеза и состояния репродуктивной системы матерей девочек-подростков с ВА.

## Материалы и методы

Для реализации поставленной цели были изучены перинатальные анамнезы 172 девочек-подростков 13–17 лет с ВА (группа контроля — ГК) и состояние репродуктивной системы их матерей. Показатели сравнивались с данными 102 девочек того же возраста с регулярным менструальным циклом (группа сравнения — ГС).

Пациентки с ВА были разделены на 3 клинические группы — группа I ( $n = 77$ , менструации не чаще 1 раза в 6 месяцев с менархе), группа II ( $n = 70$ , наступлению ВА предшествовали другие НМФ) и группа III ( $n = 25$ , до появления ВА был регулярный менструальный цикл).

При изучении перинатального анамнеза обращали внимание на наличие гестоза, угрозы прерывания беременности, анемии, фетоплацентарной недостаточности, особенности течения родов (преждевременные, стремительные роды, слабость родовой деятельности, оперативное родоразрешение) у матерей и состояние наших пациенток при рождении (низкая или большая масса тела при рождении, дистресс-синдром). Данные девочек из ГС не отличались от показателей, полученных при проведении популяционного исследования в Харьковской области [6].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statgraphics. Для оценки достоверности различий результатов исследования использовали критерий углового преобразования Фишера. Для оценки вероятности возникновения ВА использовали отношение шансов (ОШ) с определением 95% доверительного интервала (ДИ).

У всех законных представителей больных с ВА и подростков из ГК, а также у девочек, достигших 14-летнего возраста, получено информированное согласие на проведение исследования. Проведение исследования одобрено комитетом по биоэтике нашего института.

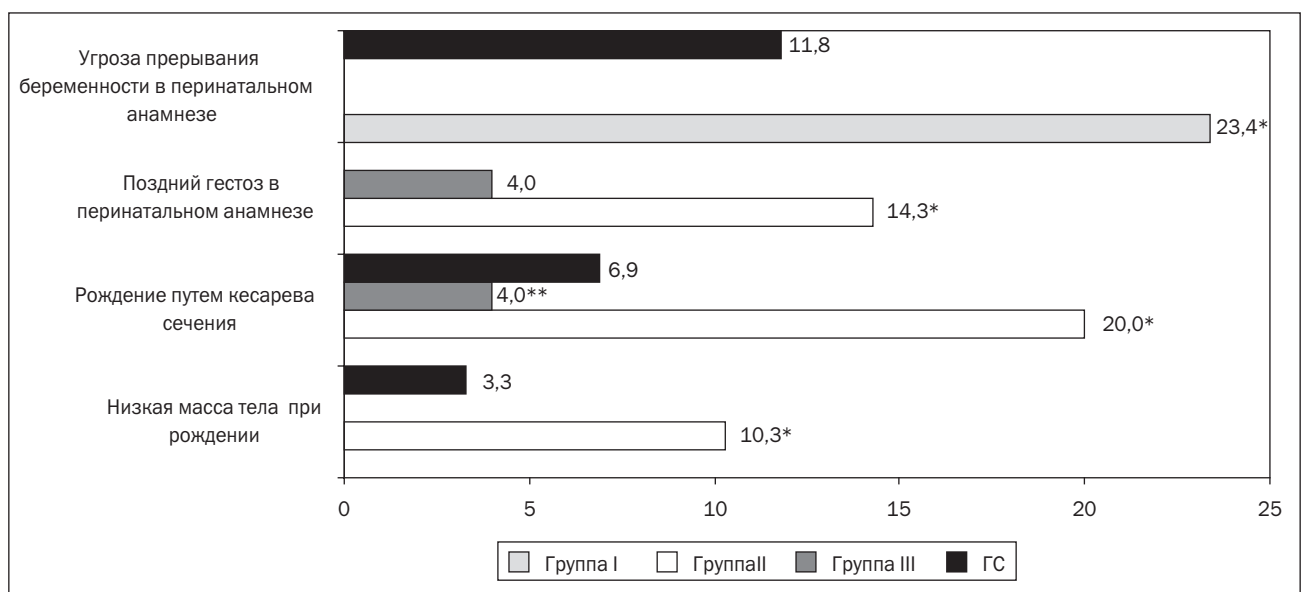
## Результаты и обсуждение

При анализе течения беременности и родов у матерей девочек с ВА было установлено, что патологическое течение беременности имело место почти у половины из них (43,6%), в том числе у четверти (25,6%) регистрировались различные осложнения в родах. Только 47,1% больных с ВА не имели указаний на отягощенный перинатальный анамнез. При этом в группе III, где до наступления ВА менструации были регулярными, частота неблагоприятных факторов перинатального анамнеза и показатели, характеризующие акушерско-гинекологический анамнез их матерей, не отличались от данных ГС.

В перинатальном анамнезе угроза прерывания беременности вдвое чаще обнаруживалась у пациенток с ВА из группы I, чем из ГС. Больные с ВА из группы II чаще, чем девочки из ГС, имели низкий вес при рождении и/или были рождены путем оперативного родоразрешения.

Поздний гестоз чаще регистрировался у матерей пациенток с ВА из группы II, чем у больных из группы III, кесарево сечение чаще у больных из группы II, чем из группы I (рис. 1).

Следует отметить, что в литературных источниках последних лет приводятся данные, свидетельствующие о еще более высокой частоте перинатальной патологии у девочек-подростков с другими НМФ. Так, по данным М.Г. Салий [9], у 84,7% девочек с гипоталамическим синдромом периода полового созревания в сочетании с различными НМФ родовая травма новорожденного и недоношенность

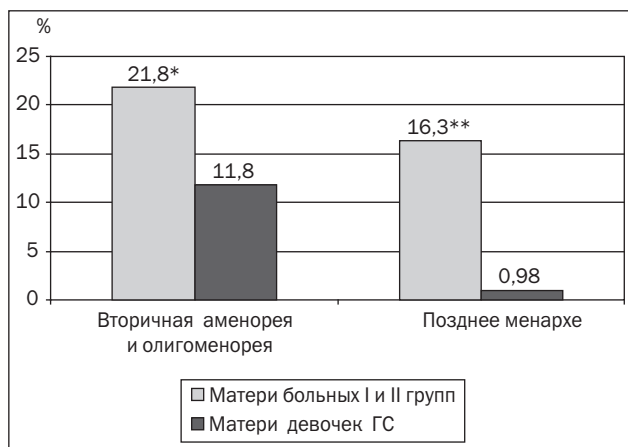


**Рисунок 1.** Особенности перинатального анамнеза у девочек-подростков с ВА

**Примечания:** \* —  $P < 0,05$  по сравнению с ГС; \*\* —  $P < 0,05$  по сравнению с группой II.

Таблиця 1. Величина ОШ для прогнозування формування ВА

Признак	ОШ	Нижня границя ДИ	Верхня границя ДИ	P
<i>Для формування ВА с менархе</i>				
Угроза прерывания беременности в перинатальном анамнезе	2,28	1,03	5,1	< 0,05
<i>Для перехода во ВА олигоменореи или ПМК</i>				
Роды путем оперативного родоразрешения	1,45	1,09	16,7	< 0,05
Низкий вес при рождении	3,39	1,29	8,91	< 0,05



**Рисунок 2. Особенности менструальной функции матерей девочек-подростков с ВА**  
**Примечания:** \* –  $P_f < 0,05$ ; \*\* –  $P_f < 0,001$ .

могли явиться первичным повреждающим фактором гипоталамо-гипофизарной системы.

Для перечисленных ранее неблагоприятных факторов перинатального анамнеза нами было рассчитано ОШ (табл. 1). Полученные данные свидетельствуют о том, что вероятность возникновения ВА с менархе у девочек с указаниями на угрозу прерывания беременности в перинатальном анамнезе в 2,3 раза выше, чем у девочек с неотягощенным перинатальным анамнезом, а вероятность перехода олигоменореи или пубертатного маточного кровотечения во ВА при наличии в анамнезе низкой массы тела при рождении почти в полтора раза выше, чем при нормальной массе тела, и в три раза выше при наличии в анамнезе указания на роды путем оперативного родоразрешения.

К предрасполагающим факторам расстройств менструальной функции в подростковом возрасте относятся и патологическое течение беременности и родов у матерей. Оценивая возможное негативное влияние неблагоприятных пренатальных факторов, необходимо учитывать критические периоды морфофункционального развития органов, которые ответственны за становление функции половой системы.

У матерей пациенток с ВА из групп I и II гипоменструальный синдром (олигоменорея или ВА в анамнезе) регистрировался почти в два раза чаще, чем у матерей девочек из ГС. Величина ОШ для данного признака составляла 2,09 (ДИ 1,02–4,28),

то есть вероятность развития ВА у девочки сразу после менархе или предшествующих НМФ в два раза выше при наличии у матери большой олигоменореи или ВА в анамнезе. У матерей пациенток с ВА из этих же групп позднее менархе регистрировалось чаще почти в 17 раз (рис. 2). Величина ОШ для данного признака составила 16,4 (ДИ 1,96–16,38). Вероятность возникновения у девочек, рожденных матерями с поздним менархе, ВА сразу после менархе или после предшествующих НМФ увеличивается в 16 раз.

Полученные данные полностью подтверждают как весомый вклад наследственных факторов в формирование данного варианта НМФ, так и концепцию Ю.А. Гуркина о «перинатальном следе» в детской гинекологии [1], хотя нельзя не учитывать и тот факт, что у женщин с нарушениями репродуктивной системы до наступления беременности чаще отмечается патологическое течение беременности и родов [4].

## Выводы

1. Наиболее неблагоприятным фактором, влияющим на возникновение вторичной аменореи у девочек-подростков, является наличие позднего менархе у матери. Вероятность возникновения ВА у девочек, рожденных матерями с поздним менархе, сразу после менархе или после предшествующих НМФ увеличивается в 16 раз.

2. Особо неблагоприятным фактором, повышающим в три раза вероятность перехода во вторичную аменорею олигоменореи или пубертатного маточного кровотечения, можно считать наличие в анамнезе больной низкой массы тела при рождении.

3. Рассчитанные величины ОШ могут быть использованы как детскими гинекологами, так и педиатрами и семейными врачами для выделения групп риска формирования вторичной аменореи с целью наблюдения и проведения своевременных профилактических мероприятий, направленных на профилактику НМФ и повышение репродуктивного потенциала девочек-подростков.

## Список литературы

1. Гуркин Ю.А. Концепция «перинатального следа» в детской гинекологии // Ю.А. Гуркин // Буковинський вісник. — 2001. — № 2. — С. 56-57.
2. Башмакова Н.В. Возможности доклинической диагностики овариального резерва у девушек-подростков, перенесших впу-

триутробную гипотрофию / Н.В. Башмакова, С.В. Гончарова, О.Ю. Кучумова // *Мать и дитя: Мат-лы II Регионального научного форума.* — М., 2006. — С. 126–127.

3. Физическое и половое развитие девочек, рожденных при физиологических родах и абдоминальном родоразрешении / З.Х. Узденова, Ф.М. Шогенова, З.М. Залиханова, М.Б. Бекулова // *Мать и дитя: Материалы VIII Всероссийского форума.* — М., 2006. — С. 539.

4. Хурасева А.Б. Репродуктивное здоровье женщин, родившихся с полярными значениями массы тела: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Волгоград, 2010. — 46 с.

5. Левенець С.О. Поширеність розладів функції статевий системи серед сучасних дівчаток та дівчат-підлітків та чинники ризику їх виникнення / С.О. Левенець, Т.А. Начьотова, В.В. Перевозчиков [и др.] // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2010. — № 6. — С. 94–96.

6. Прохоренко Р.І. Прогнозування та профілактика аномалій пологової діяльності у жінок зі сполученотканинними дисплазіями: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Х., 2009. — 20 с.

7. Kentner A.C. Minireview: early-life programming by inflammation of the neuroendocrine system. / A.C. Kentner, Q.J. Pittman // *Endocrinology.* — 2010. — № 10. — P. 4602–4606.

8. Влияние патологии беременности на становление репродуктивного здоровья девочек / Е.В. Уварова, А.З. Бейтуганова, Е.Н. Байбарина, О.И. Немченко // *Мать и дитя: Мат-лы VII Российского форума.* — М., 2005. — С. 521.

9. Салий М.Г. Медико-социальные аспекты гипоталамического синдрома периода полового созревания с нарушениями репродуктивной функции у девушек-подростков / М.Г. Салий, Л.В. Ткаченко, Н.В. Григорян // *Мать и дитя: Мат-лы XI Всероссийского форума.* — М., 2010. — С. 497–498.

Получено 29.11.13 ■

Начьотова Т.А.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків

#### ПЕРИНАТАЛЬНИЙ АНАМНЕЗ І ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ МАТЕРІВ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ВТОРИННОЮ АМЕНОРЕЄЮ

**Резюме.** Вивчено перинатальний анамнез 172 дівчат-підлітків 13–17 років із вторинною аменореєю (ВА) і 102 дівчат того ж віку з регулярним менструальним циклом (група порівняння) і стан репродуктивної системи їх матерів. Показано, що найбільш несприятливим фактором, що впливає на виникнення вторинної аменореї в дівчат-підлітків, є наявність пізнього менархе в матері. Визначено, що ймовірність виникнення ВА в дівчаток, народжених матерями з пізнім менархе, відразу після менархе або після попередніх порушень менструальної функції збільшується в 16 разів. Встановлено, що особливо несприятливим чинником, що підвищує в три рази ймовірність переходу у вторинну аменорею олігоменореї або пубертатної маткової кровотечі, можна вважати наявність в анамнезі хворой низької маси тіла при народженні.

**Ключові слова:** перинатальний анамнез, дівчата-підлітки, вторинна аменорея, фактори ризику.

Nachotova T.A.

State Institution «Institute of Children and Adolescents Health Care of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

#### PERINATAL HISTORY AND FUNCTIONAL FEATURES OF REPRODUCTIVE SYSTEM OF MOTHERS OF ADOLESCENT GIRLS WITH SECONDARY AMENORRHEA

**Summary.** Perinatal histories of 172 adolescent girls aged 13–17 years with secondary amenorrhea (SA) and 102 age-matched girls with regular menstrual cycle (comparison group), and reproductive status of their mothers have been studied. It has been found that the most unfavorable factor affecting the formation of SA in adolescent girls is the late menarche in their mothers. It is found that the probability of SA in girls born from the mothers with late menarche right after menarche or after previous menstrual disorders is 16-fold increased. It is determined that particularly unfavorable factor, 3-fold increasing the risk of the transformation of oligomenorrhea or pubertal uterine bleeding into SA, is the low birth weight registered in the patient's history.

**Key words:** perinatal history, adolescent girls, secondary amenorrhea, risk factors.