

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ

Саидова Юлдузхон Кахрамон кизи
Узбекистан
Saidova Yulduzhon Kakhramon kizi
Uzbekistan

STUDYING FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF PRIMARY DYSMENORRHEA

Keywords: gynecology, dysmenorrhea, family history, the quality of life

Annotation

Primary dysmenorrhea is a cyclically recurring pain syndrome, which is caused by a complex of neurovegetative, metabolic and behavioral disorders that accompany menstrual rejection of the endometrium. Dysmenorrhea in girls leads not only to disability, but also to a change in psychosomatic status [2,6,7,8,9]. Primary dysmenorrhea occurs during the age-related morphological and functional restructuring of the reproductive system, during the formation of menstrual function in girls and is considered an independent nosological form (N 94.4 according to ICD-X), since it is not associated with any organic disease of the genital organs (specific gynecological inflammatory diseases, endometriosis, tumors of the ovaries and uterus, etc.). PD occurs as a result of the impact on the developing organism of a child and adolescent of numerous etiological factors. These include complications of the perinatal period, acute and chronic infectious diseases of childhood and adolescence, chronic somatic pathology, metabolic disorders, psychogenic disorders, etc. [1,3,4,5].

Ключевые слова: гинекология, дисменорея, семейный анамнез, качество жизни.

Введение Первичная дисменорея — это циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия. Дисменорея у девушек приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоматического статуса [2,6,7,8,9]. Первичная дисменорея возникает в период возрастной морфофункциональной перестройки репродуктивной системы, во время становления менструальной функции у девочек и считается самостоятельной нозологической формой (N 94.4 по МКБ-X), поскольку не связана с каким-либо органическим заболеванием половых органов (специфические гинекологические воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников и матки и др.). ПД возникает в результате воздействия на развивающийся организм ребенка и подростка многочисленных

этиологических факторов. К их числу можно отнести осложнения перинатального периода, острые и хронические инфекционные заболевания детского и подросткового возраста, хроническую соматическую патологию, нарушение обмена веществ, психогении и др. [1,3,4,5]. Целью данного исследования явилось: определение наиболее значимых факторов риска развития первичной дисменореи у девушек на основании комплексного обследования девушек и их матерей. Материалы и методы исследования: Проведен анализ 140 анкет, заполненных девушками с дисменореей и их матерей. Первичная дисменорея установлена после выяснения жалоб и проведения дифференциальной пробы с нестероидным противовоспалительным препаратом – нимесил. Результаты опроса сравнивали аналогично у 50 женщин, дочери которых в возрасте от 13 до 18 лет были здоровы (контрольная группа). Вопросы анкеты были разбиты на несколько блоков: а) социально-экономические условия жизни, б) состояние репродуктивной функции женщины в) наличие у неё экстрагенитальной патологии, г) течение беременности и родов данным ребёнком д) его развитие в первый год жизни. Блок социально-экономических вопросов регистрировал условия жизни за последние 5-10 лет, где отражались условия и экономическое состояние семьи. Был собран анамнез девушек, проведен осмотр вторичных половых признаков. Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента и критерии однородности χ^2 , а также вычисления относительного риска (ОР) влияния каждого фактора при доверительном интервале 95%. Средние величины представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое значение, σ – стандартное отклонение. После обработки полученных результатов малоинформативные признаки, т.е. не имеющие достоверных различий по частоте определения были исключены. Анализ частоты оставшихся признаков позволил выявить наиболее значимые факторы риска развития первичной дисменореи. Результаты: Анализ социально – экономических условий жизни девушек показал, что фактором, повышающим риск формирования первичной дисменореи у подростка, является проживание девушки в сельской местности, что составило 56,4%, у здоровых девушек этот показатель составил 38% (ОР=1,48; $p < 0,05$). В семьях, где материальнобытовые условия были неудовлетворительными, у 62,8% девушек менструации были болезненными, а в группе здоровых у 42% (ОР=1,5; $p < 0,05$). Фактором, приводящим к формированию дисменореи у девушек, признан возраст матери к моменту рождения 56 дочери. Несмотря на то, что средний возраст матерей в обеих группах при рождении детей находился в пределах 24-25 лет, роды старше 30 лет и позже среди матерей больных девушек наблюдались в 29,2% случаев, среди матерей здоровых – в 14 % (ОР=2,09; $p < 0,001$). При этом удельный вес первородящих позднего возраста в обеих группах не имел существенного различия. Уровень образования матери серьёзно влиял на развитие дисменореи у подростков.

Образование в объёме средней школы имели 35% матерей девушек основной группы и 4 % матерей контрольной ($OR=8,75$; $p<0,001$). Наличие среднего специального образования у матери ослабляло риск данной патологии у дочери более чем в 3 раза ($OR=2,90$). Особенности трудовой деятельности матери также сказывались на риске развития первичной дисменореи их дочерей. Так, женщины основной группы полный рабочий день были заняты на производстве в 49,2% случаев, в контрольной – в 24 % ($p<0,01$; $OR=2,05$). Ежедневное пребывание матери на работе менее 5-6 ч сокращало риск формирования дисменореи у дочери более чем в 12 раз ($OR=0,16$). Напротив, наличие ночных дежурств в трудовом расписании матери усиливало риск появления данной патологии у девушек - подростков ($OR=1,43$). Среди значимых факторов риска дисменореи присутствовал и низкий уровень материального обеспечения семьи. Материальный доход, не превышающий одного прожиточного минимума на человека в месяц, где девочка страдает дисменореей, был зафиксирован гораздо чаще, чем в контрольной группе, соответственно в 57,78 и 23,33% случаев, $OR=6,90$ ($p<0,001$). При повышении материального обеспечения в пределах двух величин прожиточного минимума на человека в месяц соотношении рисков менялось на диаметрально противоположное (частота данного фактора составила 41,11 и 63,33%, $OR=1,88$). При совокупном доходе более двух прожиточных минимумов на человека в месяц различия в обеих группах были незначительными. Самым неблагоприятным образом на формирование первичной дисменореи у девушки сказывалось курение матери ($OR=2,55$).

На формирование дисменореи у девушек оказало влияние количество родов у матери: в 5,55% случаев данная патология встречалась у детей, рожденных в результате третьих и четвертых родов. Подобный вывод можно сделать и в отношении перинатального поражения центральной нервной системы новорожденных. Это осложнение в основной группе присутствовало в 14,44% случаев, в контрольной не диагностировалось ни разу. Таким образом, неудовлетворительные материально-бытовые условия в семье, различные психические и физические нагрузки и конфликты в семье и по месту учёбы способствуют развитию ювенильной дисменореи. Большинство обследованных 80,3% имело в анамнезе различные перенесенные заболевания, особенно хронический тонзиллит и детские инфекции. Оценка полового развития девушек по параметрам вторичных половых признаков показала, что у 31,8 % обследованных девушек имеется задержка полового развития.

Выводы Таким образом, данные исследования указывают на то, что у матерей каждой третьей девушки с дисменореей имелись следующие факторы риска: образование не более объёма средней школы, низкий уровень социального обеспечения, продолжительность рабочего дня более 8-9 ч, занятость на работе в ночное время суток, наличие первичной дисменореи, наличие анемии до наступления наблюдаемой беременности, возраст при

рождении ребёнка 30 лет и старше, высокая частота родов в прошлом, пассивное курение, продолжительность лактации менее полугода. У каждой второй девушки с первичной дисменореей наблюдалось: позднее наступление менархе, дополнительные занятия вне школы, наличие признаков дисплазии соединительной ткани. Надо полагать, что всё вышесказанное отразилось на становлении и регуляции репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева Е.М., Е.А. Богданова, Н.И. Кондриков, 2014 Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М. 85с.
2. Делигеороглу Э., Д.И. Арвантинос. Некоторые подходы к изучению и лечению дисменореи. Рос. Вестн. акуш. и гин. 2016; 4: 50–2.
3. Кутушева Г.Ф., Дисменорея у подростков. Журн. Акуш и жен. Болезней; 2010; XLIX: 3: 50-54
4. Кучукова М.Ю., В.И. Кулаков. Перспективы применения селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 в профилактике болевого синдрома у больных с первичной дисменореей. Акуш. и гин. 2012: 3; 41-45
5. Межевитинова Е.А. Дисменорея: эффективность применения диклофенака калия. Гинекология. 2010; 2 (6): 188–93.;
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. М.2011; 227-238;
7. Уварова Е.Г. Дисменорея: современный взгляд на этиологию, патогенез и обоснование лечебного воздействия. Гинекология: 6:3:114-120 2014
8. Z. Harel, F.M. Biro, R.K. Kottenhahn et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;19:363-371.
9. Launfer M.R., Goldstein D.P. Pelvic pain, dysmenorrhoea and premenstrual syndrome. // In: Pediatric and Adolescent Gynaecology. Fourth edition. Boston, Little, Brown. - 2018. - P. 363 -