УДК 61.618.111-007.1

Коровина А. В., Лаврентьева И. В.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ[1]

Проведено исследование состояния репродуктивной системы 36 девочек-подростков с диагнозом головной боли напряжения. Выявлено своевременное, но замедленное становление менструального цикла с формированием нормогонадотропного гипогонадизма. Установлено наличие генитального инфантилизма в сочетании с мультифолликулярными яичниками, при этом степень инфантилизма коррелировала со степенью тяжести головной боли напряжения.

Ключевые слова: девочки-подростки, головная боль напряжения, репродуктивная функция

Введение

Головная боль относится к часто встречающимся жалобам в детском и подростковом возрасте. Согласно данным исследований, частота встречаемости головной боли возрастает от 3–8 % среди дошкольников до 57–82 % у подростков [1, 5]. По данным ВОЗ, проблема головных болей напряжения (ГБН) у детей и подростков затрагивает 2–7 % детского населения [7]. До начала периода полового созревания мигрень встречается у девочек и мальчиков с одинаковой частотой, после периода полового созревания у девочек в три раза чаще. Большинство авторов считают, что головные боли напряжения в подростковом возрасте являются симптомами вегето-сосудистой дистонии (ВСД) [1, 4, 5, 6]. Так как ВСД развивается в результате нарушения функций периферических и центральных отделов вегетативной нервной системы, то ее проявления могут затрагивать любые системы и органы [3]. В группе риска по развитию ВСД находятся дети с родовыми травмами, недоношенные, те, чьи матери во время беременности перенесли инфекционное заболевание. Подобные проблемы перинатального периода лежат в основе нарушений центрального звена регуляции репродуктивной системы у девочек. Неблагоприятное течение внутриутробного периода повышает риск функциональной недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы и может выражаться в нерегулярном менструальном цикле у девочек, либо в затягивании периода его становления [2]. Вероятно, ВСД и нарушение менструальной функции у девочек должны сопутствовать друг другу.

Цель исследования: оценить состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков, страдающих головной болью напряжения.

Материалы и методы. Исследование выполнено как нерандомизированное, ретроспективное, когортное. Были обследованы 36 девочек-

[1] © Коровина А. В., Лаврентьева И. В. Текст. 2018.

подростков, менструирующих более одного года и находящихся на стационарном лечении неврологического отделения МАУДГБ № 9 г. Екатеринбурга с диагнозом головных болей напряжения (код МКБХ-G44.2). Были проанализированы данные течения беременности и родов матерей девочек, соматическая патология периода детства, характер становления менструальной функции и структура гинекологической патологии. Проведено ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) трансабдоминальным датчиком на 5–7-й день спонтанного менструального цикла. Забор крови для оценки гормонального статуса осуществлялся в утренние часы, натощак с 5-го по 7-й день менструального цикла. Определяли тиреотропный гормон (ТТГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол (Е2), пролактин (ПРЛ), тестостерон (Т) на автоматическом анализаторе ADVIA Centaur фирмы Bayer (Германия) хемилюминесцентным методом с использованием фирменных диагностических наборов. Статистическая обработка проводилась в пакете Gretl (версия 1.4.1. русифицированная) с использованием методов непараметрической статистики: среднее, стандартное отклонение, доверительный интервал, корреляция.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст девочек составил 13,3+0,9 лет. Течение беременности у 16 (44,4 %) (95 % ДИ: 42,8; 46) матерей сопровождалось перманентной угрозой прерывания. В 19 (52,7 %) (95 % ДИ: 51,1; 54,3) случаях отмечалась умеренная преэклампсия, которая явилась одним из показаний для оперативного родоразрешения (кесарево сечение в плановом порядке) у семи из этих женщин. Срок гестации на момент родов составил 39+1,2 недель (95 % ДИ: 37,4; 40,6). Первичная слабость родовой деятельности была выявлена у 15 (41,6 %) (95 % ДИ: 40,2; 43) женщин, при этом все случаи стимуляции закончились самопроизвольными родами.

Наиболее частой неврологической патологией, выявленной у девочек на первом году жизни, были пирамидная недостаточность 8 (22,2 %) (95 % ДИ: 21;23,4), гипертензионно-гидроцефальный синдром 11 (30,5 %) (95 % ДИ: 29,3;31,7) и миатонический синдром у 27 (75 %) (95 % ДИ: 73,6; 76,4).

Сопутствующая соматическая патология была представлена хроническим пиелонефритом у 14 (38,8 %) (95 % ДИ: 37,4;40,2) девочек, сколиозом у 9 (25 %) (95 % ДИ: 23,8; 26,2), дискинезией желчевыводящих путей у 19 (52,7 %) (95 % ДИ: 51,4; 54), миопией у 11 (30,5 %) (95 % ДИ: 29,1; 31,8) и хроническим гастритом у 7 (19,4 %) (95 % ДИ: 17,8; 21). Обращает на себя внимание тот факт, что структура соматической патологии ассоциируется с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Неврологическая патология в виде головной боли напряжения распределилась следующим образом: нечастая ГБН отмечалась у 8 (22,2 %) (95 % ДИ: 20,8; 23,6) пациенток, частая ГБН — у 19 (52,7 %) (95 % ДИ: 51,6; 53,8), хроническая ГБН — у 7 (19,4 %) (95 % ДИ: 18; 20,8), возможная ГБН — у 2 (5,5 %) (95 % ДИ:4,1; 6,9).

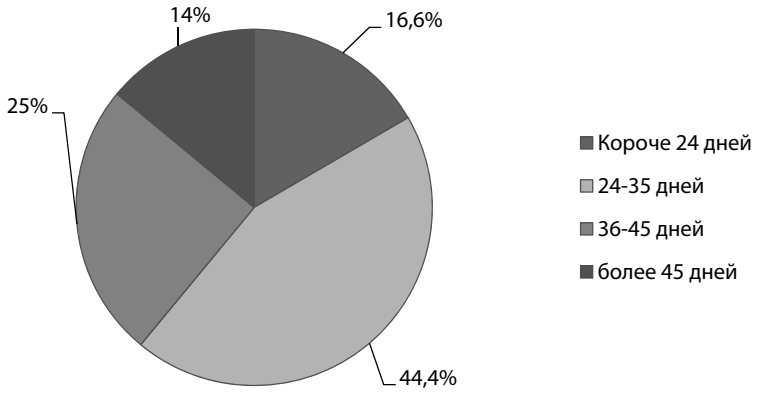

Рис. *Длительность менструального цикла, %*

Средний возраст менархе составил 13,0+1,3 лет, что соответствует популяционному показателю. Показатели формулы развития вторичных половых признаков по Таннеру (4–5 стадия) соответствовали возрастной норме. Длительность становления менструального цикла составила 2,3+0,8 лет. При оценке менструальной функции было выявлена различная длительность менструального цикла (рис.).

Длительность менструального кровотечения не выходила за пределы нормы и составила 5,2+0,8 дня, при этом обильность менструаций, измеряемая в прокладках, варьировалась от скудных (менее двух прокладок в день) до обильных (более 4 прокладок). На обильные менструации жаловались девочки с коротким менструальным циклом. Таким образом, только у 16 (44,4 %) девочек менструальный цикл можно считать нормальным, в то время как 6 (16,6 %) девочек фактически испытывают маточные кровотечения, а остальные 14 (39 %) имеют гипоменструальный синдром.

При оценке гормонального фона было выявлено увеличение уровня ТТГ более 4,0 мМЕ/мл у 2 (5,5 %) пациенток. Эти девочки продолжили обследование у эндокринолога. Остальные показатели гормонального статуса девочек не выходили за рамки норматива для данной лаборатории. Средний уровень ФСГ составил 5,8+0,6 мМЕ/мл (95 % ДИ 4,5; 7,1), ЛГ 6,2+0,8 мМЕ/мл (4,9; 7,5), эстрадиола 132,4+12,6 мМЕ/мл (95 % ДИ 97,4; 167,4), пролактина — 454,2+34,6 мМЕ/мл (95 % ДИ 441,9; 466,5) и тестостерона 1,8+0,4 мМЕ/мл (95 % ДИ 0,6; 3,0). При оценке гормонального статуса обращает на себя внимание низкий уровень эстрадиола практически у всех девочек, при нормальных уровнях гонадотропинов, что свидетельствует о формировании нормогонадотропного гипогонадизма.

Ультразвуковое исследование органов малого таза выявило увеличение среднего объема яичников до 11,4+1,2 см^3 (95 % ДИ 9,8; 13) у 15 (41,6 %) девочек и до 12,2+1,4 см^3 (95 %ДИ 10,1; 14,3) у 7(19,4 %) девочек, что,

вероятно, связано с формированием мультифолликулярных яичников, как проявления нарушения центрального звена регуляции репродуктивной системы. У остальных 14 (38,8 %) пациенток средний объем яичников был 8,2+1,4 см^3 (95 % ДИ: 6,6; 9,8). Средняя длина матки составила 4,4+1,3 см (95 %ДИ 3,9; 4,8), передне-задний размер матки — 2,6+0,4 см (95 % ДИ 2,2; 2,9), а длина шейки матки 3,6+0,8 см (95 % ДИ 2,8; 4,3). Суммарная средняя длина матки с шейкой составила 8,0 см (95 %ДИ 7,6; 8,3). Таким образом, абсолютные размеры матки у девочек соответствовали норме, но соотношение матки к шейке составило 1:1, что говорит о генитальном инфантилизме, связанном, скорее всего, с гипоэстрогенным состоянием. Кроме того, была выявлена корреляционная связь средней силы (0,62) между суммарной длиной матки с шейкой и частым проявлением ГБН, и корреляционная связь средней силы (–0,56) была выявлена между длиной менструального цикла и степенью тяжести ГБН.

Выводы

1. Становление менструальной функции у девочек, страдающих ГБН, начинается своевременно, но затягивается на срок более года.
2. Гормональный фон обследуемых девочек можно охарактеризовать как нормогонадотропный гипогонадизм, при этом клинически это проявляется как в редких менструациях, так и в виде маточных кровотечений.
3. Установленная корреляционная связь между наличием генитального инфантилизма и степенью тяжести ГБН, возможно, отражает вклад недифференцированной дисплазии соединительной ткани в данные патологи, что требует дальнейшего изучения.

Список источников

1. *Будчанова Н. Ю., Делягин В. М., Хондкарян Г. Ш.* Распространенность и особенности клинических проявлений первичных головных болей у школьников // Педиатрия. — 2008. — № 87 (5). — С. 138–140.

2. *Гуркин Ю. А.* Детская и подростковая гинекология : руководство для врачей. — М. : МИА, 2009. — 696 с.

3. *Осипова В. В.* и др. Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия / Осипова В. В., Табеева Г. Р., Тринитатский Ю. В., Шестель Е. А. // Информационное письмо. — 2011. — С. 10–27.

4. Classification and Diagnosis Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgia and Facial Pain: Headache Classification Committee of the International Headache Society. Second edition // Cefalalgia. — 2004. — No. 24, 1. — P. 1–96.

5. *Strine T. W., Okoro C. A., McGuire L. C., Balluz L. S.* The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use // Pediatrics. — 2006. — Vol. 117 (5). — P. 1728–1735.

6. *Genizi J., Srugo I., Kerem C. N.* The cross-ethnic variations in the prevalence of headache and other somatic complaints among adolescents in Northern Israel // J. Headache Pain. — 2013. — Vol. 14. — P. 21.

7. World Health Organization. Headache disorders and public health. Education and management implications. WHO. — Geneva, 2004. — 11 p.

Информация об авторах

Коровина Анастасия Валерьевна — ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России (Россия, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3; e-mail: corovina.anastasya@yandex.ru).

Лаврентьева Инна Вадимовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России (Россия, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3; e-mail: lavr6607@bk.ru).

Korovina A. V., Lavrentieva I. V.

The State of Reproductive Health of Girls-Teenagers, Suffering Tension Headache

We studied the condition of reproductive system of the 36 adolescent girls with tension headache. The timely but slow development of the menstrual cycle with the formation of normogonadotropic hypogonadism was found. The genital infantilism in combination with multifolllicular ovaries in adolescent girls was found, while the degree of infantilism correlated with the severity of the tension headache.

Keywords: adolescent girls, tension headache, reproductive function

References

1. Budanova N. Yu., Delyagin V. M., Khondkaryan G. S. The Prevalence and features of clinical manifestations of primary headaches in schoolchildren // Pediatrics. — 2008. — No. 87 (5). — P. 138–140.

2. Gurkin Y. A. Pediatric and adolescent gynecology : a guide for physicians. — Moscow: MIA, 2009. — 696 p.

3. Osipova V. V. and et al. Primary headaches: clinic, diagnostics, therapy / V. V. Osipova, G. R. Manufactured, Trinitatsky J. V., Chastel E. A. // Information letter. — 2011. — S. 10 — 27.

4. Classification and Diagnosis Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgia and Facial Pain: Headache Classification Committee of the International Headache Society. Second edition // Cefalalgia. — 2004. — No. 24, 1. — P. 1–96.

5. Strine T. W., Okoro C. A., McGuire L. C., Balluz L. S. The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use // Pediatrics. — 2006. — Vol. 117 (5). — P. 1728–1735.

6. Genizi J., Srugo I., Kerem C. N. The cross-ethnic variations in the prevalence of headache and other somatic complaints among adolescents in Northern Israel // J. Headache Pain. — 2013. — Vol. 14. — P. 21.

7. World Health Organization. Headache disorders and public health. Education and management implications. WHO. — Geneva, 2004. — 11 p.

Author

Korovina Anastasia — Ural State Medical University (Russia, 620028, Yekaterinburg, Repina st. 3; e-mail: corovina.anastasya@yandex.ru).

Lavrentieva Inna — MD, PhD Department of Obstetrics and Gynecology Ural State Medical University (Russia, 620028, Yekaterinburg, Repina st., 3; e-mail: lavr6607@bk.ru).