

время беременности.- Гинекология.- 1999.- Т. 2., № 1.- С.1-7.

3. Мурашко Л.Е., Клименченко Н.И. Современные взгляды на актуальные проблемы акушерства и гинекологии.- Всероссийская междисциплинарная конференция.- Стамбул.- 2002.- С. 19-34.
4. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г.- Плацентарная недостаточность.- М.: Медицина, 1991.- 271с.
5. Фадеев В.В., Лесникова С.В., Мельниченко Г.А. Функциональное состояние щитовидной желе-

зы у беременных женщин в условиях легкого йодного дефицита: объединенные данные Московского исследования// Клиническая Тиреология.- 2003.- Т. 1., № 2.

6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.-1999.- С. 694-718.
7. Glinoe D. What happens to the normal thyroid during pregnancy?// Thyroid.- 1999.

**М. Шекари Намин,
В.Л. Силява, Т.В. Коваленко.**
Белорусская медицинская академия
последипломного образования,
г. Минск

Состояние гормонального гомеостаза у женщин с дисменореей в перименструальный период

Целью исследования явилось изучение гормонального статуса больных дисменореей в перименструальный период (за 1-3 дня до и в первые 1-3 дня с начала менструации). Проведено определение уровня в крови эстрадиола, эстриола, кортизола, пролактин, прогестерона, тестостерона у 58 женщин, страдающих дисменореей, и у 21 здоровой женщины. Установлено, что у больных дисменореей в перименструальный период имеют место более высокие концентрации данных гормонов по сравнению с таковыми у здоровых женщин.

Введение

Дисменорея представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний в практике врача акушера-гинеколога. Достаточно сказать, что до 50 % женщин испытывают симптоматику дисменореи, а у 30 % эти симптомы приводят к нарушению трудоспособности и психосоматического статуса [1,4,8,13].

В период полового созревания от 7,9 до 22% девочек-подростков имеют дисменорею, в том числе 14-26 % из них вынуждены пропускать занятия в учебном заведении по при-

чинам, связанным с заболеванием (причина № 1 по частоте) [2,4,7,10].

Остроту проблемы подчеркивает недостаточная информированность женщин о подходах к лечению данного заболевания, что обуславливает сравнительно низкий процент обращаемости за медицинской помощью [9, 11,12]. Несмотря на то, что дисменорея крайне негативно влияет на качество жизни пациенток даже при нетяжелых формах заболевания, во врачебной среде не сформировалось должное отношение к этой проблеме [6].

Между тем рост частоты дисменореи в сочетании с удлинением периода болезненности за счёт более раннего начала менархе и снижения рождаемости делает дисменорею одним из основных пусковых факторов формирования репродуктивной патологии.(5)

Накоплены значительные клинико-экспериментальные данные, свидетельствующие о фундаментальной роли дисгормональных нарушений в развитии дисменореи [1,3,13]. Однако при этом остается практически неизученным вопрос о состоянии гормонального гомеостаза в наиболее критические дни этих больных - перименструальный период, когда так ярко проявляется вся клиническая симптоматика.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение гормонального статуса

больных дисменореей в перименструальный период.

Методы и материалы

В группу исследования включены 58 женщин, страдающих дисменореей, в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст больных составил $31,27 \pm 6,67$ года (границы колебания в пределах $M \pm m$). Контрольную группу составила 21 соматически здоровая женщина в возрасте от 19 до 36 лет; средний возраст контрольной группы составил $27,13 \pm 4,9$ года. Диагноз дисменореи устанавливался на основании данных анамнеза и клинического обследования на базе городского клинического родильного дома № 2 г. Минска. Исследование включало определение уровня в крови эстрадиола, эстриола, прогестерона, тестостерона, кортизола, пролактина. Забор крови для исследования производился в динамике - за 3, 2, 1 день до наступления менструации (-3-1 сутки), в день менструации, а также на 2 и 3 день после ее начала (+1+3 сутки). Кровь у больных бралась из локтевой вены натощак утром с 8.00 до 9.00 после ночного отдыха. Определение уровня гормонов проводилось методом радиоиммунного анализа (РИА) в ЦНИЛ БелМАПО. Полученные результаты

обработаны методами описательной статистики с использованием критерия хи-квадрат Пирсона. Критерием достоверности полученных различий являлось значение статистического уровня значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Показатели гормональной функции в перименструальный период представлены в таблице. Нами установлено, что уровень кортизола в крови страдающих дисменореей женщин был достоверно выше по сравнению с таковым у здоровых накануне менструации и существенно выше в первые дни менструального цикла.

При изучении содержания пролактина выявлено его значительное повышение в крови у больных дисменореей в течение всего исследуемого перименструального периода, хотя оно не выходило за пределы нормы.

При исследовании содержания эстрадиола и эстриола не обнаружено достоверных различий между обеими группами пациенток, хотя наблюдается тенденция к более высокому содержанию эстриола у больных дисменореей в первые дни месячных.

Таблица 1

Гормональный гомеостаз у здоровых и страдающих дисменореей в перименструальном периоде. ($M \pm m$)

Гормоны	-3-1(сутки)		p<0,05	+1-3(сутки)		p<0,05
	С дисменореей M± m N=58	Контр. Гр. M± m N=21		С дисменореей M± m N=58	Контр. Гр. M± m N=21	
Кортизол Нмоль/л	485,08± 40,12	415,27± 41,95	0,297	504,38± 33,92	359,49± 25,85	0,016*
Пролактин МкМЕ/мл	423,75± 32,84	314,18± 27,36	0,026*	338,17± 20,26	263,56± 25,81	0,045*
Эстриол Нмоль/л	0,86± 0,21	0,69± 0,19	0,618	0,88± 0,21	0,31± 0,09	0,112
Эстрадиол Нмоль/л	0,44± 0,03	0,37± 0,05	0,215	0,24± 0,01	0,23± 0,03	0,683
Прогестерон Нмоль/л	11,44± 1,49	8,57± 2,32	0,078	2,47± 0,2	1,71± 0,26	0,046 *
Тестостерон Нмоль/л	1,75± 0,13	1,18± 0,19	0,017*	1,89± 0,17	1,54± 0,29	0,301

Примечание: * - различие достоверно по сравнению с контрольной группой

При оценке уровня прогестерона в конце второй фазы цикла у женщин с дисменореей было установлено наличие тенденции к более высокому его уровню в сравнении с женщинами контрольной группы. С началом менструации отмечено падение уровня прогестерона в обеих группах, при этом содержание про-

гестерона у больных дисменореей оказалось достоверно выше, чем в контрольной группе.

Было установлено статистически значимое более высокое содержание тестостерона в сыворотке крови в конце второй фазы цикла у женщин с дисменореей по сравнению с этим показателем в контрольной группе, в то время

как в начале первой фазы достоверных различий между группами не было выявлено.

Выводы

У больных дисменореей накануне менструации установлены относительно более высокие концентрации всех изученных в данной работе гормонов по сравнению с таковыми у здоровых женщин. Эта общая тенденция сохраняется и в первые три дня менструального цикла, в том числе установлено достоверное повышение содержания кортизола, пролактина и прогестерона. Таким образом, относительная гормонаемия, наблюдаемая у больных дисменореей в перименструальный период, может иметь значение в патогенезе данного заболевания.

Литература

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М., Медицина. - 1990. - С. 211 -219.
2. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. - 2000. - С. 250 - 260.
3. Малевич В.Л., Силява В.Л., Спивак Л.В., Изменение гипофизарно-овариальной функции у больных генитальным эндометриозом при рефлексотерапии. // *Здравоохранение*. - 1989. - № 1. - С.12-16.
4. Прилепская В.Н., Межеветинова Е.А. Дисменорея. // *Рус. Мед. Журн.* -1999. - 7. С. 130–136.
5. Силява В.Л., Бурьяк Д.В., Менструация как один из основных триггерных факторов в возникновении репродуктивной экстрагенитальной патологии. *Материалы 7-ого съезда акушеров-гинекологов и неонатологов РБ, Гродно.* - 2002. - Том 2. - С.99-103.
6. Barnard K, Frayne SM, Skinner KM, Sullivan LM. Health status among women with menstrual symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*. - 2003. - Nov; 12(9):911-9.
7. *Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment.* / Editors A.H.DeCherney, L.Nathan. Ninth Edition. - 1993. - McGraw-Hill Companies, Inc. Chapter 32. - P. 623-624.
8. Dawood MY: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and changing attitudes toward dysmenorrhoea. *American Journal of Medicine*. - 1988. - 84:23-29.
9. Durain D. Primary dysmenorrhea: assessment and management update. *J Midwifery Womens Health*. - 2004. - Nov-Dec; 49(6):520-8.
10. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. - 2005. - Jan 15; 71(2):285-91.
11. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. -2004. - Aug; 28(4):369-75.
12. Hewison A, van den Akker OB: Dysmenorrhoea, menstrual attitude and GP consultation. *British Journal of Nursing*. - 1996. - 5:480-4.
13. Ryan: *Kistner's Gynecology & Women's Health*. - Seventh Edition, Copyright ©. -1999. - Mosby, Inc. P. 52-54.