



**Боршуляк А.В.**  
**ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У**  
**ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ**

*Кафедра акушерства та гінекології*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Охорона здоров'я молодого покоління є пріоритетом соціальної політики, однією з найважливіших сфер життя суспільства. У зв'язку з цим велике значення надається здоров'ю молоді у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» та міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації». Саме у цих документах наголошується на пріоритетності збереження здоров'я у підлітковому віці.

Встановлено, що основним нейрогормональним відхиленням є порушення ритму секреції гонадотропінів з їх прогресуючим зниженням по мірі зростання індексу маси тіла, обумовленого як гіперпролактинемією, так і, можливо, зниженням секреції гонадоліберинів гіпоталамуса. Вважають, що інсулінорезистентність і, як наслідок, гіперінсулінемія, підвищують синтез ЛГ-залежних андрогенів в яєчниках, які мають вплив на інсуліноподібний фактор росту-1 тека-клітин яєчників і запускають весь каскад генетично запрограмованих і обумовлених зовнішніми факторами порушень менструальної функції. Центральні механізми регуляції гонадотропної функції гіпофіза, місцеві яєчникові фактори та метаболічні порушення на сьогоднішній день розглядаються, як визначальні чинники в порушеннях менструальної функції при ожирінні. Таким чином, крім наростання ступеня тяжкості ожиріння, захворювання призводить до виникнення різних форм порушень менструальної функції з моменту становлення менархе.

Дослідження показують, що ожиріння впливає на вік появи менархе, становлення менструальної функції і циклічну діяльність яєчників. Вважають, що ожиріння зумовлює велику частоту безпліддя, ймовірність розвитку полікістозу яєчників і більш раннє настання менопаузи. При цьому патогенез репродуктивних порушень та їх гормональна основа до кінця не вивчені, і дані, наявні з цього приводу суперечливі.

За даними дослідників, надлишок маси тіла (понад 90 перцентиль за регіональними віковостатевими стандартами) виявлений у 17,0% дівчат, причому 10,0% із них відрізнялися вираженим ожирінням (понад 95 перцентиль), що підтверджує дані літератури про збільшення серед сучасної популяції дівчат кількості осіб з цією патологією. За наявності ожиріння в організмі від буваєтся: посилення ліпогенезу та збільшення розмірів адипоцитів внаслідок переїдання; підвищення метаболічної активності адипоцитів, концентрації ненасичених жирних кислот у крові; споживання м'ясами здебільшого полі ненасичених жирних кислот за умов конкуренції ненасичених жирних кислот та глюкози (цикл Рандле); підвищення рівня глюкози в крові; посилення секреції інсуліну та підвищення його концентрації в крові; підвищення апетиту.

Отже підсумовуючи вищевикладений матеріал, можна дійти до висновків, що причиною репродуктивних порушень у дівчат-підлітків з ожирінням є недостатність гонадоліберину на тлі гіперпролактинемії, що призводить до порушення ритму секреції гонадотропінів. Гіпогонадотропінемія при цьому має двоякий генез: є наслідком підвищення рівня прогестерону та недостатністю гонадоліберину. Таким чином, центральні механізми регуляції гонадотропної функції гіпофіза, місцеві яєчникові фактори та метаболічні порушення на сьогоднішній день розглядаються як визначальні чинники в порушеннях репродукції при ожирінні. Згідно літературних даних інсулінорезистентність і, як наслідок, гіперінсулінемія, підвищують синтез лютеїнізуючого гормону (ЛГ) та залежних від нього андрогенів в яєчниках, які впливають на ІПФР-1 тека-клітин яєчників, і запускають весь каскад генетично запрограмованих і обумовлених зовнішніми факторами порушень менструальної та репродуктивної функції.