

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИСМЕНОРЕИ У ШКОЛЬНИЦ РАЗНОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

О.В. МОЦНАЯ
В.С. ОРЛОВА
М.И. ЧУРНОСОВ
И.В. КАЛАШНИКОВА

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: valent.or@yandex.ru

В статье представлены результаты профилактического осмотра и сплошного анкетирования городских менструирующих школьниц 10-17 лет. Распространенность среди них менструального болевого синдрома составила 41,2%. Показано статистически значимое повышение частоты дисменореи по мере увеличения гинекологического возраста. Дана клиническая характеристика первичной дисменореи с выделением степени тяжести, обозначены проблемы школьного абсентеизма, низкой обращаемости за специализированной медицинской помощью, бесконтрольного использования фармакологических препаратов для купирования менструального болевого синдрома.

Ключевые слова: первичная дисменорея, менструальный болевой синдром, школьный абсентеизм, девушки-подростки, гинекологический возраст.

По современным представлениям дисменорея – циклически возникающий синдром, клинически проявляющийся в менструальный период абдоминальной болью и комплексом нейро-вегетативных, обменно-эндокринных и психо-эмоциональных нарушений. Медико-социальная значимость дисменореи определяется высокой её распространённостью среди менструирующих лиц, периодическим ухудшением качества их жизни вплоть до потери трудоспособности, что является социально-экономической составляющей проблемы, и регулярной повторяемостью на протяжении многих лет.

Представления о распространённости дисменореи в популяции девочек-подростков, как и среди взрослых женщин, ввиду отсутствия официальной статистической отчётности, основываются на результатах клинических исследований, имеющих широкий диапазон колебаний, что является следствием неоднородности выборок и различного подхода к регистрации случаев заболевания. В течение последнего десятилетия в отдельных регионах России разброс частоты дисменореи среди школьниц-подростков составляет от 19,2% до 84,5% [1, 2, 3, 4, 6, 7]. Похожие проблемы методологического подхода к регистрации случаев дисменореи среди подростков присущи и зарубежным исследователям, по данным которых болевой менструальный синдром встречается с частотой от 48,4% в Мексике до 70,2% в Турции и 83,2% – в Сингапуре [8, 13, 16].

В многочисленных источниках литературы, посвящённых проблеме первичной дисменореи (при отсутствии органической патологии со стороны органов репродуктивной системы), имеются противоречивые данные относительно возрастного аспекта юных пациенток. Одни авторы утверждают, что болевой синдром чаще появляется одновременно с менархе, другие – спустя 1,5-3 года с появлением овуляторных циклов, третьи частоту первичной дисменореи соотносят с хронологическим возрастом подростка, хотя он не является гарантом овуляторных циклов.

В связи с изложенным, **цель настоящего исследования** состояла в том, чтобы изучить распространённость менструального болевого синдрома в популяции городских подростков региона Центрального Черноземья России, а также клинические проявления и его влияние на активность и трудоспособность в зависимости от гинекологического возраста девушки (число лет от менархе).

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное анкетирование 2623 школьниц г. Белгорода, проходивших профилактический осмотр в период с января по декабрь 2011 года и не состоявших на диспансерном учёте у специалиста по поводу первичной дисменореи. Критерии включения для участников опроса: возраст от 10 лет до 17 лет 11 месяцев 29 дней; наличие менструальной функции; добровольное информированное согласие на участие в опросе со стороны девушек старше 15 лет или законных представителей девочек младше 15 лет. Специально разработанная анкета

включала вопросы, характеризующие менструальную функцию, а при наличии менструального болевого синдрома – его клинические проявления, влияние на трудоспособность подростка, пропуски учебных занятий, обращаемость за специализированной медицинской помощью, частоту использования и характер фармакологических препаратов. В зависимости от гинекологического возраста респонденток выделены 4 группы. Первую группу (I) составили 570 школьниц, у которых менструальная функция началась в текущем году, т.е. их гинекологический возраст составил менее года, вторую (II) – 753 школьницы с гинекологическим возрастом до 2-х лет. В третью (III) группу вошли 648 девушек и в четвертую (IV) – 652 с гинекологическим возрастом соответственно до 3-х и более 3-х лет.

Численность выборки респонденток составила около 10% от числа менструирующих девушек изучаемого возраста, проживающих на территории города, что позволяет считать её репрезентативной и даёт возможность результаты исследования интерполировать на популяционном уровне города. Статистическая обработка результатов исследования проведена вариационно-статистическим методом путем расчета средней арифметической величины (M), стандартной ошибки (m) и критерия Стьюдента (t). Достоверными считали результаты, когда ошибка была менее 5% ($p < 0,05$). Статистическая обработка проведена в программе Statistica 6.0 фирмы StatSoft (США) [5].

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение частоты менструального болевого синдрома в группах школьниц разного гинекологического возраста (рис. 1) выявило почти прямо пропорциональную зависимость. Только во II группе удельный вес девочек, указавших на наличие болезненных менструаций ($32,8 \pm 1,7\%$), ниже удельного веса в I группе ($37,9 \pm 2,0\%$), однако это различие статистически не значимо ($p > 0,05$). В то же время частота болевого синдрома в III ($46,1 \pm 2,0\%$) и в IV ($52,5 \pm 2,0\%$) группе статистически значимо выше по сравнению с I и II группой ($p_{I-III,IV} < 0,001$; $p_{II-III,IV} < 0,001$). Более того, частота болезненных менструаций у девушек IV группы также статистически значимо выше по сравнению с девушками III группы ($p_{III-IV} < 0,05$).

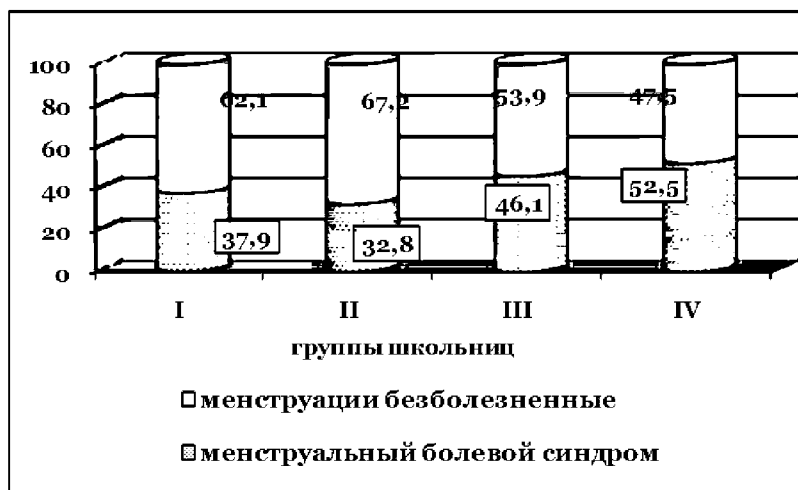


Рис. 1. Частота менструального болевого синдрома у школьниц в зависимости от гинекологического возраста (%)

Следовательно, с увеличением гинекологического возраста болевой менструальный синдром встречается чаще. Разница особенно наглядна, если объединить между собой группы: первую со второй, третью с четвертой. Тогда из числа респонденток с гинекологическим возрастом ≤ 2 лет (I и II группа) менструальные боли имели $34,8 \pm 1,3\%$ (каждая третья), > 2 лет – $49,5 \pm 1,4\%$ (каждая вторая; $p < 0,001$). Принято считать, что первые 2 года после менархе идёт становление менструальной функции. В этот период циклы редко бывают овуляторными, после 2-х лет овуляция наступает чаще. Учитывая современную точку зрения на патогенетическую связь первичной дисменореи с наличием овуляторных циклов, полученные нами статистические данные её косвенно подтвержда-



ют, однако у нас нет доказательств, что циклы у этих школьниц действительно были овуляторными.

Респондентки, гинекологический возраст которых был >2 лет чаще указывали на появление болевого синдрома накануне появления кровянистых выделений (85,3±1,4% и 70,4±2,1% соответственно; p<0,001) и реже – спустя несколько часов после начала менструации или одновременно с её появлением (14,7±1,4% и 29,6±2,1% соответственно; p<0,001) Для большинства опрошенных девочек характерной локализацией болевых ощущений отмечены нижние отделы живота (88,0±1,4%), значительно реже встречались боли в поясничной области (3,4±0,8%) или их сочетанная локализация (8,6±0,8%). Интенсивность боли заставляла искать положение, которое облегчило бы степень страдания, однако это удавалось только каждой второй. Были названы положения: «на боку с приведенными к животу бедрами», «на спине с приподнятым тазовым концом» и «коленно-локтевое положение с прогибанием спины».

Анализируя характер менструальной функции респонденток, установлено, что возраст менархе у большинства пришелся на период от 12 до 15 лет (87,9±1,4%, 73,3±1,6%, 59,0±1,9% и 60,9±1,9% соответственно). Раннее менархе до 12 лет встречалось статистически значимо чаще, чем позднее (старше 15 лет) во всех группах (10,0±1,3 и 2,1±0,6%; 24,3±1,6 и 2,4±0,6%; 38,9±1,9 и 2,2±0,6%; 37,3±1,9 и 1,8±0,5% соответственно; p<0,001). Установившийся регулярный менструальный цикл на момент опроса отметили большинство девушек, при этом, что видно из таблицы 1, по мере увеличения гинекологического возраста доля их прямо пропорционально возрастала с 72,7±3,0% в первой группе до 86,8±1,8% в четвёртой (p<0,001). Частота гипоменструального синдрома, для которого характерны редкие циклы (более, чем через 35 дней), короткие (до 3-х дней) или скудные (менее 30 мл) менструации, напротив прямо пропорционально снижалась с 21,3±2,8% до 7,1±1,4% соответственно (p<0,001). Удельный вес нарушений менструального цикла по типу гиперполименореи (менструации частые, продолжительные или обильные) с увеличением менструального возраста статистически значимо не изменялся.

Таблица 1

Клиническая характеристика менструальной функции при первичной дисменорее в зависимости от менструального возраста подростка

Характеристика	Показатель	Группы школьниц				P
		I до 1 года n=216	II до 2-х лет n=247	III до 3-х лет n=299	IV 3 года и > n=342	
Регулярный менструальный цикл	абс.	157	199	252	297	P _{I-II} <0,05 P _{I-III} <0,01 P _{I-IV} <0,001
	M±m%	72,7±3,0	80,6±2,5	84,3±2,1	86,8±1,8	
Гипоменструальный синдром	абс.	46	37	28	24	P _{I-III,IV} <0,001 P _{III-IV} <0,01
	M±m%	21,3±2,8	15,0±2,3	9,4±1,7	7,1±1,4	
Гиперполименорея	абс.	13	11	19	21	
	M±m%	6,0±1,6	4,5±1,3	6,4±1,4	6,1±1,3	
Предменструальный синдром	абс.	57	48	58	77	
	M±m%	26,4±3,0	19,4±2,5	19,4±2,3	22,5±2,3	
Циклическая масталгия	абс.	22	42	78	175	P _{I-II} <0,05 P _{I-III,IV} <0,001 P _{III-IV} <0,05 P _{IV} <0,001
	M±m%	10,1±2,0	17,0±2,4	26,1±2,5	51,2±2,7	

Выявленные закономерности в отношении регулярного цикла и гипоменструального синдрома вполне логичны и объясняются созреванием по мере увеличения гинекологического возраста центральных звеньев системы гипоталамус – гипофиз – яичники, регулирующей менструальную функцию. Девочки, указавшие на гиперполименорею, подлежат углублённому обследованию с целью исключения патологии (маточных кровотечений пубертатного периода).

Клинические проявления предменструального синдрома, характерного, как правило, для овуляторного цикла, в виде нейро-вегетативных и психо-эмоциональных на-



рушений, обусловленных изменением уровня половых гормонов, отметила каждая четвёртая-пятая респондентка. Среди жалоб преобладали головная боль, головокружение, слабость, диспептические расстройства в виде тошноты, рвоты, повышения аппетита, диареи, эмоциональная лабильность, представленная чаще всего повышенной раздражительностью и плаксивостью. При предменструальном синдроме подобные жалобы появляются в конце второй фазы менструального цикла за 3-5 дней до менструации и исчезают непосредственно во время менструации или в течение первых дней после ее начала. С увеличением гинекологического возраста выявлена статистически значимая корреляция ($p < 0,001$) в отношении частоты циклической масталгии – одного из проявлений предменструального синдрома. Девушек с гинекологическим возрастом > 2 лет циклическая масталгия беспокоит почти в 3 (2,8) раза чаще, чем девочек с гинекологическим возрастом продолжительностью ≤ 2 лет ($39,5 \pm 1,9\%$ и $14,3 \pm 1,6\%$ соответственно; $p < 0,001$). Появление в молочных железах болей разной интенсивности при этом связано с развитием отека тканей вследствие циклических колебаний уровня половых гормонов и пролактина, повышения чувствительности к ним железистого эпителия и увеличения проницаемости сосудов.

Хотя без предварительного обследования с целью исключения органической фоновой экстрагенитальной и гинекологической патологии судить о перечисленных предъявляемых жалобах, как проявлениях предменструального синдрома, не совсем корректно, однако цикличность их появления в определённый период и краткосрочность течения позволяют трактовать их появление именно в данном контексте.

Таким образом, для многих школьниц взросление, неизбежно сопровождающееся становлением репродуктивной системы, превращается в тяжкое физическое и психологическое испытание, порой трудно совместимое с выполнением каждым подростком своих социальных обязанностей. Опрос показал (табл. 2), что более половины школьниц указали на нарушение повседневной активности, связанное с клиническими проявлениями дисменореи. Особенно тяжело синдром переносят девочки первой и второй группы. У них статистически значимо чаще в этот период нарушается повседневная активность по сравнению с девочками старшего возраста. Так, $51,9 \pm 3,4\%$ девочек I группы (каждая вторая) теряют трудоспособность во время каждого цикла, в то время как во II группе – $37,7 \pm 3,1\%$, в III группе – $31,8 \pm 2,7\%$ (каждая третья), в IV – $27,8 \pm 2,4\%$ (каждая четвёртая). И наоборот, удельный вес девушек, которые не теряли трудоспособность совсем, либо у них циклы с потерей трудоспособности чередовались с хорошим самочувствием во время менструации, в I и II группе был ниже по сравнению с III и IV группой.

Таблица 2

**Частота нарушений трудоспособности подростков
на фоне менструального болевого синдрома**

Состояние активности	Показатель	Группы школьниц				P
		I до 1 года n=216	II до 2-х лет n=247	III до 3-х лет n=299	IV 3 года и > n=342	
Не нарушается	абс.	67	82	143	159	
	M±m%	31,0±3,1	33,2±3,0	47,8±2,9	46,5±2,7	
Нарушается	абс.	149	165	156	183	p _{I-III,IV} <0,001; p _{II-III} <0,001; p _{III-IV} <0,01;
	M±m%	69,0±3,1	66,8±3,0	52,2±2,9	53,5±2,7	
в т.ч.: каждый цикл	абс.	112	93	95	95	p _{I-II,IV} <0,001; <p _{I-III} <0,01;
	M±m%	75,2±3,5	56,4±3,9	60,9±3,9	51,9±3,7	
периодически	абс.	37	72	61	88	p _{I-III,IV} <0,001; p _{II-III} <0,001; p _{III-IV} <0,01;
	M±m%	24,8±3,5	43,6±3,9	39,1±3,9	48,1±3,7	

Потеря трудоспособности в менструальный период отмечается практически во всех доступных зарубежных исследованиях [10, 12, 14, 17, 18, 19]. Кроме выраженности клинических проявлений менструального болевого синдрома, высокую частоту ограничения социальной активности объясняют психологическими особенностями вос-

приятия дисменореи как фактора, снижающего качество жизни, особенно городскими девушками. Девушки из сельских регионов более склонны рассматривать дисменорею как регулярную и неизбежную проблему, стараясь приспособиться к ней, не прибегая к медикаментам и избегая отдыха в эти дни [9]. Дисменорея остается ведущей причиной краткосрочных пропусков школьных занятий, что в зарубежной литературе обозначено термином «школьный абсентеизм».

Поскольку главной социальной обязанностью подростков в нашей стране является обучение в школе, мы коснулись также этой стороны проблемы. Потеря трудоспособности стала причиной пропуска учебных занятий у каждой пятой ($19,7 \pm 1,2\%$) из числа респонденток, указавших на менструальный болевой синдром. По группам в зависимости от гинекологического возраста эти показатели составили $20,8 \pm 2,8\%$, $26,3 \pm 2,8\%$, $20,4 \pm 2,3\%$, $17,5 \pm 2,3\%$ соответственно, при этом школьницы гинекологического возраста ≤ 2 лет пропускали занятия чаще ($23,8 \pm 2,0\%$), чем девочки > 2 лет ($16,8 \pm 1,4\%$; $p < 0,001$), что, возможно связано с большей ответственностью учениц старших классов.

Еще больше школьниц в каждой группе ($48,1 \pm 3,4\%$, $40,5 \pm 3,1\%$, $31,8 \pm 2,7\%$, $25,7 \pm 2,4\%$ соответственно) не пропускают занятия при наличии болевого менструального синдрома, опасаясь отстать от программы. При этом они признаются в снижении концентрации внимания и затруднении восприятия материала. Это так называемый «скрытый» школьный абсентеизм. Следовательно, снижение физической, социальной, учебной активности в большей или меньшей степени испытывают от $68,9\%$ (I группа) до $43,2\%$ (IV группа) подростков с болезненной менструацией.

Несмотря на вмешательство дисменореи в привычный уклад жизни и учебный процесс, современные подростки слабо осведомлены о необходимости и возможностях коррекции менструальных нарушений, и, по образному выражению американских исследователей, большинство девушек предпочитают страдать тихо («suffer silently»). За медицинской помощью к врачу по поводу дисменореи обращаются лишь $37,0\%$ американских [14], $20,8\%$ тайваньских [12], $11,1-12,0\%$ малайзийских и эфиопских [17, 18], и $5,9\%$ сингапурских [8] подростков. Информация, полученная авторами при анкетировании подростков, показывает, что лишь $51,3\%$ китайских школьниц консультировались с гинекологом, остальные – обращались к врачам общей практики ($25,7\%$), педиатрам ($5,8\%$) и специалистам по традиционной национальной медицине ($4,1\%$) [11].

По результатам настоящего исследования большинство девушек каждой группы считают дисменорею обязательной спутницей менструальной функции ($82,4 \pm 2,6\%$, $77,7 \pm 2,6\%$, $78,3 \pm 2,4\%$ и $69,3 \pm 2,5\%$ соответственно), при этом некоторые из них ссылаются на опыт своей матери, которая также испытывала боль при менструациях в подростковом возрасте. Лишь 1-2 девушки из каждых 10 связывают менструальный болевой синдром с возможным заболеванием и считают необходимым обратиться за специализированной помощью к врачу.

К важным медицинским аспектам проблемы дисменореи в подростковом возрасте А.А. Ogunfowokan и О.А. Babatunde (2010) относят широко распространенное бесконтрольное использование подростками анальгетических препаратов, доступных для безрецептурного отпуска без учета возрастных и соматических противопоказаний, нередко в неадекватных дозировках.

В нашем исследовании к медикаментозному обезболиванию прибегает более половины девушек в каждой группе ($68,5 \pm 3,2\%$, $67,6 \pm 3,0\%$, $51,2 \pm 2,9\%$ и $68,7 \pm 2,5\%$ соответственно), причём почти каждая вторая принимает лекарство не каждый цикл, а периодически. Остальные негативно относятся к приему лекарственных препаратов и предпочитают переждать боль в состоянии физического покоя. Большинство респонденток в выборе медикаментозного препарата следуют рекомендациям матерей, подруг, фармацевтов аптечной сети, врачам «скорой помощи», Интернет – источникам. За консультацией по поводу менструального болевого синдрома к врачу детской поликлиники обращались менее 5% девушек, в школьный медпункт около 10% и ни одна – к детскому гинекологу. В выборе анальгетиков прослеживается влияние рекламы, на которую чаще ссылаются девушки старшего гинекологического возраста ($8,1 \pm 2,2\%$ в I группе и $29,8 \pm 3,0\%$ в IV группе; $p < 0,001$). Большинство девочек довольны анальгети-



ческим действием принимаемых препаратов. Эффективность оценили как низкую и кратковременную $13,5 \pm 2,8\%$ школьниц I группы и $29,8 \pm 3,0\%$ – IV группы ($p < 0,001$).

Список используемых фармакологических препаратов подтверждает факт бесконтрольности их использования, хотя каждая четвертая девушка ($26,8 \pm 3,6\%$) не смогла указать название препарата. Наиболее часто упоминается группа нестероидных противовоспалительных средств в виде моно- и комплексных препаратов, содержащих ибупрофен, парацетамол, нимесулид и метамизол натрия. Далее по частоте упоминаний идут миотропный спазмолитик дротаверин и м-холиноблокатор гиосцина бутилбромид, реже – витамины, фитопрепараты в форме отваров и накожных пластырей, гомеопатические средства.

Е. Deligeoglou et al. (1996) на основании клинических проявлений выделяют 3 степени тяжести дисменореи. К I степени отнесены случаи слабо выраженного болевого синдрома без снижения трудоспособности, не требующие медикаментозной коррекции. К II степени тяжести отнесены случаи умеренно выраженного болевого синдрома с появлением сопутствующих системных нарушений на фоне снижения трудоспособности и положительного эффекта от медикаментозной коррекции; к III степени тяжести – случаи, при которых интенсивность болевого синдрома и сопутствующих системных нарушений приводит к потере трудоспособности и отсутствию эффекта от медикаментозной коррекции.

Распределение респонденток, участвующих в данном исследовании по степени тяжести представлено в табл. 3, из которой следует, что среди школьниц первых двух групп случаев лёгкой дисменореи статистически значимо ($p < 0,001$) было меньше по сравнению с двумя другими группами и, наоборот, большее число девочек страдает болевым синдромом II степени тяжести. Удельный вес тяжёлого течения синдрома во всех группах примерно одинаков ($p > 0,05$) и составляет около 5% (каждый 20-й случай).

Таблица 3

Распределение подростков по степени тяжести клинических проявлений дисменореи (по Е. Deligeoglou et al., 1996)

Степень тяжести	Показатель	Группы школьниц				P
		I до 1 года n=216	II до 2-х лет n=247	III до 3-х лет n=299	IV 3 года и > n=342	
I	абс.	67	82	143	159	p-I,IV < 0,001 p-II,III,IV < 0,001
	M±m%	31,0±3,1	33,2±3,0	47,8±2,9	46,5±2,7	
II	абс.	138	155	141	163	
	M±m%	63,9±3,3	62,8±3,1	47,2±2,9	47,7±2,7	
III	абс.	11	10	15	20	
	M±m%	5,1±1,5	4,0±1,3	5,0±1,3	5,8±1,3	
P		p-I,III < 0,001 p-II,III < 0,001		p-I,III < 0,001 p-II,III < 0,001		

Таким образом, настоящее исследование явилось попыткой подтвердить медицинскую и социальную значимость проблемы дисменореи у девушек-подростков. Полученные результаты указывают на высокий удельный вес дисменореи, потери трудоспособности и школьного абсентеизма среди городских школьниц нашего региона. При этом прямо пропорционально гинекологическому возрасту девочки, частота болевого менструального синдрома возрастает, а степень тяжести снижается. Выявленная низкая обращаемость за специализированной гинекологической помощью свидетельствует об отсутствии настороженного отношения к менструальному болевому синдрому не только со стороны девочек, но и их матерей, что таит в себе определённый риск, особенно для девочек с менструальным болевым синдромом тяжелой степени, пропустить органические причины дисменореи. В этой связи становится очевидной необходимость формирования установок у данного контингента на ответственное отношение к здоровью, что будет способствовать повышению качества жизни девушек подросткового возраста и сохранению их репродуктивного потенциала.

Литература

1. Борисова, З.К. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем (по данным целевого гинекологического обследования) / З.К. Борисова, Н.К. Рыжова, Ю.А. Гаревская // Медицинский альманах. – 2009. – Том 9, № 4. – С. 111-114.

2. Гуменюк, О.И. Состояние здоровья девочек-подростков, учащихся учреждений начального и среднего профессионального образования / О.И. Гуменюк, Ю.В. Черненко, А.С. Эйберман // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Том 7, № 1. – С. 141-145.
3. Захарова, Т.Г. Структура соматотипов и ее влияние на половое созревание у девушек-подростков / Т.Г. Захарова, В.Г. Николаев, И.П. Искра // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 4. – С. 24-26.
4. Кулаков, В.И. Основные тенденции изменения репродуктивного здоровья девочек в современных условиях / В.И. Кулаков, И.С. Долженко // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 1. – С. 22.
5. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
6. Чернякина, О.Ф. Современное пубертатное развитие девочек в зобно-эндемичном регионе Кузбасса / О.Ф. Чернякина, В.С. Горин // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 5. – С. 117-121.
7. Хузаханов, Ф.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек 12-16 лет / Ф.В. Хузаханов, Р.С. Ахмадиева, Д.Ш. Башкирова // Казанский медицинский журнал. – 2003. – № 2. – С. 148-149.
8. Agarwal, A. Questionnaire study on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore / A. Agarwal, A. Venkat // JPAG. – 2009. – Vol. 22, N 6. – P. 365-371.
9. Avasarala 200 Avasarala, A.K. Dysmenorrhoea in different settings: are the rural and urban adolescent girls perceiving and managing the dysmenorrhoea problem differently? / A.K. Avasarala, S. Panchangam // Indian J. Community Med. – 2008. – Vol. 33, N 4. – P. 246-249.
10. Burnett, M.A. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada / M.A. Burnett, V. Antao, A. Black [et al.] // J Obstet Gynaecol Can. – 2005. – N 27. – P. 765-770.
11. Chan, S.S.C. Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls / S.S.C. Chan, K.W. Yiu, P.M. Yuen [et al.] // Hong Kong Med J. – 2009. – Vol. 15, N 1. – P. 18-23.
12. Chiou, M.-H. Predictors of dysmenorrhea and self-care behavior among vocational nursing school female students / M.-H. Chiou, H.-H. Wang // J Nursing Research. – 2008. – Vol. 16, N 1. – P. 17-25.
13. Eryilmaz, G. Dysmenorrhea Prevalence among Adolescents in Eastern Turkey: Its Effects on School Performance and Relationships with Family and Friends / G. Eryilmaz, F. Ozdemir, T. Pansinlioglu // JPAG. – 2010. – Vol. 23, N 5. – P. 267-272.
14. Houston, A.M. Knowledge, attitudes, and consequences of menstrual health in urban adolescent females / A.M. Houston, A. Abraham, Z. Huang [et al.] // JPAG. – 2006. – Vol. 19, N 4. – P. 271-275.
15. Ogunfowokan, A.A. Management of primary dysmenorrhea by school adolescents in ILE-IFE, Nigeria / A.A. Ogunfowokan, O.A. Babatunde // J. School Nursing. – 2010. – Vol. 26, N 2. – P. 131-136.
16. Ortiz, M.I. Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students / M.I. Ortiz, E. Rangel-Flores, L.C. Carrillo-Alarcón [et al.] // International J of Gynecology & Obstetrics. – 2009. – Vol. 107, N 3. – P. 240-243.
17. Wong, L.P. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls [Text] / L.P. Wong // Int J Gynaecol Obstet. – 2010. – Vol. 108, N 2. – P. 139-142.
18. Zegeye, D.T. Age at menarche and the menstrual pattern of secondary school adolescents in northwest Ethiopia / D.T. Zegeye, B. Megabiaw, A. Mulu // BMC Women's Health. – 2009. N 9. – P. 29-37.
19. Zhou, H.-G. Prevalence of dysmenorrhea in female students in a Chinese university: a prospective study / H.-G. Zhou, Z.-W. Yang // Health. – 2010. – Vol. 2, N 4. – P. 311-314.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF PRIMARY DYSMENORRHEA AT SCHOOLGIRLS OF DIFFERENT GYNECOLOGICAL AGE

**O.V. MOTSNAYA
V.S. ORLOVA
M.I. CHURNOSOV
I.V. KALASHNIKOVA**

*Belgorod National
Research University*

e-mail: valent.or@yandex.ru

In the article presented the results of prophylactic examination and continuous questionnaire of municipal menstruating schoolgirls 10-17 years. Prevalence among them menstrual painful syndrome made 41,2%. It is shown statistically meaningful increase of frequency of dysmenorrhea as far as an increase gynecologic age. Clinical description of primary dysmenorrhea is given with the selection of degree to weight, marked the problems of school absenteeism, subzero turned by specialized medicare, uncontrolled use of pharmacological preparations for cut short menstrual painful syndrome.

Key words: primary dysmenorrhea, menstrual pain, school absenteeism, girls-teenagers, gynecological age.