

УДК 618.14-005.1-055.25:616-071

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТЕ

А. А. НОВИКОВА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Представлены результаты комплексного обследования девочек с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода, включающего анамнез и клиническое течение заболевания, изучение течения беременности и родов у матерей, степень физического и полового развития, характер менструальной функции, гинекологического статуса, клинические, бактериологические и гормональные исследования, эхосонографию. Основными этиологическими факторами заболевания чаще всего определяют неблагоприятный перинатальный период и преморбидный фон, экстрагенитальную патологию, стресс, а также наследственную предрасположенность к нарушениям менструальной функции.

Ключевые слова: аномальное маточное кровотечение пубертатного периода, девочки-подростки, комплексное обследование.

В последнее десятилетие актуальность проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте резко возросла. Одной из наиболее тяжелых форм нарушений функции репродуктивной системы при половом созревании являются аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП), нередко приводящие в последующем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям [1–4].

В практике детского гинеколога АМКПП уделяется особое внимание, поскольку они могут повлечь серьезные изменения со стороны общего состояния здоровья (анемизацию, нарушение психоэмоционального статуса, работы сердечно-сосудистой системы и др.). Существует еще и другой аспект проблемы: при АМКПП может формироваться гиперплазия эндометрия, что крайне не-

благоприятно для дальнейшей репродуктивной функции женщины [1, 2, 5].

В основе АМКПП лежат изменения гормонального гомеостаза при отсутствии первоначальных органических поражений половой системы, являющиеся следствием нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковом комплексе [2–4].

АМКПП — наиболее тяжелая гинекологическая патология у подростков, которая составляет 20–30% по обращаемости среди всех нарушений менструальной функции у девочек-подростков [1, 2, 4].

Установление причины развития АМКПП — достаточно сложная задача. На этапе проведения гемостаза этиологический фактор может быть не столь существенным. Однако на этапе профилактики рецидивов заболевания уточнение его этиологии может иметь решающее значение. Истинную причину АМКПП понять сложно, что обусловлено

редким и часто поздним обращением родителей или самой девочки к специалистам, а также недооценкой данной проблемы участковыми врачами детских поликлиник [5, 6].

В качестве факторов риска исследователи чаще всего упоминают обстоятельства, увеличивающие риск развития многих заболеваний, в том числе острые психогении или длительное психологическое напряжение, неблагоприятную экологическую обстановку в месте проживания, гиповитаминоз, алиментарную недостаточность, ожирение и тому подобные [3, 7, 8].

Важным является то, что АМКПП характеризуются рецидивирующим течением, что существенно влияет на состояние общесоматического здоровья современных девочек. Затяжное рецидивирующее течение этого заболевания приводит к нарушениям состояния здоровья пациенток, снижению их работоспособности и ухудшению качества жизни [3, 5].

Степень выраженности гиперпластических процессов в эндометрии определяет клиническое проявление аномальных маточных кровотечений у подростков, а именно — интенсивность и длительность кровянистых выделений из половых путей, потому что анатомическим субстратом при маточных кровотечениях являются очаги кровоизлияния и некроза в гиперплазированной эндометрии. Кроме того, на интенсивность кровотечения влияют как общие, так и местные факторы гемостаза.

В большинстве случаев различают АМКПП, возникающие на разном гормональном фоне: гипо-, гипер- и нормоэстрогенные [1, 2, 5].

Среди причин, которые могут способствовать возникновению и рецидивированию АМКПП, следует назвать наличие бактериальной и вирусной инфекции.

Высокая частота возникновения АМКПП, обусловленные ими нарушения функции репродуктивной системы в будущем, возможность формирования осложненного и рецидивирующего клинического течения обуславливают актуальность данной работы.

Цель нашего исследования — определение клиничко-параклинических особенностей АМКПП у девочек-подростков.

Исследование выполнялось на клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета. Под наблюдением в течение двух лет находились 98 девушек с АМКПП в возрасте от 11 до 18 лет, составившие основную группу, в контрольную группу вошли 30 здоровых девушек-подростков без нарушения менструальной функции, отобранные случайным методом при проведении профилактических осмотров.

Комплексное клиничко-лабораторное исследование включало анализ жалоб и клинического течения заболевания с учетом рецидивирующего процесса, изучение раннего анамнеза с оценкой

инфекционного индекса, течения беременности и родов у матерей, степени физического и полового развития, характера менструальной функции, гинекологического статуса, функционального состояния яичников, проведение ультразвукового исследования (УЗИ).

Лабораторное исследование предусматривало изучение показателей клинических анализов крови, мочи, бактериологического посева из влагалища, коагулограммы, гормонального профиля. Определялось содержание гемоглобина, эритроцитов, железа в сыворотке крови, некоторых показателей свертывающей и противосвертывающей систем крови, Д-димеры. Гормональный профиль организма характеризовали уровни лютропина (ЛГ), фоллитропина (ФСГ), пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Э2), тестостерона (Т), прогестерона (ПРГ).

Оценивалось состояние соматического здоровья пациенток, все они были проконсультированы смежными специалистами для выявления экстрагенитальной патологии (ЭП). Из исследования были исключены девочки-подростки с кровотечениями из половых органов на фоне беременности, травмы, пороков развития, онкологических и воспалительных заболеваний, что позволило верифицировать диагноз АМКПП.

В ходе исследования соблюдалась этапность оказания гинекологической помощи юным пациенткам [1, 3].

При детальном изучении анамнеза было отмечено, что АМКПП чаще возникали у девочек 14–16 лет (60 (61,2%) девочек), что соответствует 2–3 годам менструального возраста. Было выявлено, что у большинства обследованных кровотечение возникло впервые, за гинекологической помощью повторно обращалось 27 (27,5%) девочек с рецидивирующими кровотечениями. Большинство девочек-подростков с рецидивами не получили курс реабилитации после впервые возникшего кровотечения и не обращались за гинекологической помощью для восстановления менструальной функции.

Установлено, что у 29 (29,6%) подростков с АМКПП выявлена отягощенная наследственность по расстройствам функции репродуктивной системы (дисменореи, АМКПП, аменореи у матерей и родственниц по материнской линии), у 23 (23,5%) — осложненное течение перинатального периода (гипоксия в родах, травмы, внутриутробные пневмонии и т. п.), у 68 (69,4%) — хроническая ЭП. У большинства матерей отмечалось осложненное течение периода гестации: на фоне угрозы прерывания беременности в 37 (37,8%) случаях, воспалительных заболеваний мочевыделительной системы — в 18 (18,4%), гестозов — в 11 (11,2%).

Установленными причинами возникновения кровотечения, выявленными при сборе анамнеза, были стрессовые ситуации — 36,7% наблюдений, повышенные физические и умственные

нагрузки — 15,3%, острые и хронические респираторные и вирусные заболевания — 12,2%. Среди возможных факторов возникновения АМКПП у обследованных чаще всего можно было отметить хронический стресс, нарушение режима дня и питания, повышенную физическую и умственную нагрузку.

Лидирующее положение среди ЭП у девочек-подростков с АМКПП занимали хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, холециститы, гастродуодениты) — у 24 (24,5%) девочек; дыхательной системы (хронические бронхиты, пневмонии) — у 9 (9,2%); щитовидной железы — у 7 (7,1%); мочевыделительной системы (хронические пиелонефриты) — у 5 (5,1%).

Основной жалобой при поступлении в стационар у всех девочек было кровотечение из половых путей различной интенсивности и длительности. Для большинства обследованных (52 девочки (53,1%)) было характерно наличие умеренных кровянистых выделений, реже обильных — у 25 (25,5%) и длительных, мажущих — у 21 (21,4%). Длительность кровотечения у девочек-подростков варьировала от 20–30 дн (55,1%), у 31,6% — от 10 до 12 дн и у 13,3% — более 30 дн.

У большинства обследованных девочек половое развитие соответствовало 4–5-й стадии полового развития по Таннеру, вторичные половые признаки и эстрогенизация слизистых оболочек у них были хорошо выражены. У них отмечались более обильные кровянистые выделения по сравнению с остальными обследованными. Девочки с кровянистыми выделениями скудного, но затяжного характера были на 2–3-й стадиях полового развития по Таннеру. У этих пациенток отмечалось чаще инфантильное телосложение, при гинекологическом осмотре обращали на себя внимание небольшие размеры матки. В группе контроля половое развитие девочек соответствовало 3–5-й стадии по Таннеру, вторичные половые признаки и эстрогенизация слизистых оболочек были выражены соответственно возрасту.

Клинический анализ крови у большинства девочек-подростков с АМКПП показал железодефицитную анемию. У 30 (30,6%) девочек выявлена анемия легкой степени, у 17 (17,3%) — средней и у 7 (7,1%) — тяжелой. Снижение уровня тромбоцитов отмечено у 10,2% девочек-подростков. Следует отметить, что среди обследованных значительная тромбоцитопения менее $150 \times 10^9/\text{л}$ не отмечалась.

При оценке показателей коагулограммы изменения наблюдались у 57 (58,2%) девочек-подростков. У 21 (36,8%) из них отмечены склонность к гипокоагуляционным нарушениям в системе гемостаза, удлинение времени свертывания крови. У большинства пациенток было увеличено время рекальцификации, что свидетельствует о замедлении процессов свертывания крови. Только у 10,5% замедление времени рекальцификации свидетельствовало о прокоагуляционном эффек-

те. У 9 (15,8%) больных установлены изменения в равновесии свертывающей и противосвертывающей систем крови. При гиперкоагуляции отмечались длительные необильные кровянистые выделения, при гипокоагуляции — обильные, приводящие к тяжелой анемии. Изменения, наблюдаемые при этом в системе гемостаза, определяются величиной кровопотери, тяжестью вызванных гемодинамических и обменных нарушений. Это свидетельствует о важной роли функциональной активности, свертывающей и противосвертывающей систем крови в патогенезе АМКПП.

У большинства обследованных наблюдалось изменение продукции гонадотропных и стероидных гормонов. Чаще всего выявлялись нарушения соотношения ЛГ/ФСГ, гиперэстрогения, гипоэстрогения и снижение содержания уровня ПРГ. Уровень гормонов у девочек группы контроля не отличался от показателей возрастной нормы.

При микроскопическом исследовании у 21,4% девочек-подростков с АМКПП было обнаружено повышенное количество лейкоцитов во влагалищном секрете, что свидетельствует об изменении биотопа влагалища при длительных кровянистых выделениях из половых путей, наличии воспалительного процесса во влагалище. В контрольной группе воспалительный характер мазка выявлен у 4 (13,3%) девочек ($p < 0,05$).

При УЗ-мониторинге органов малого таза пациенток с АМКПП в 63,3% случаях выявлена гиперплазия эндометрия ($M\text{-эхо} = 15,9 \pm 0,4$ мм). Толщина эндометрия у девочек контрольной группы составила $6,9 \pm 0,6$ мм на 5–7-й день менструального цикла ($p < 0,05$). У 44 (44,8%) визуализировались изменения в яичниках: персистирующие фолликулы или ретенционные образования, множественные атретические фолликулы.

В ходе проведения исследования были сделаны следующие выводы. При диагностике АМКПП у больных подросткового возраста следует учитывать факторы, которые могут быть предикторами заболевания: наличие неблагоприятного перинатального периода и преморбидного фона, ЭП, острый или хронический стресс, а также наследственную предрасположенность к нарушениям функционирования репродуктивной системы.

АМКПП у девочек-подростков возникают преимущественно через 2–3 года после менархе. В случае отсутствия реабилитации после впервые возникшего кровотечения отмечается высокий риск рецидивирования, что свидетельствует о необходимости тщательной диспансеризации данной категории больных с целью восстановления менструальной функции с проведением разъяснительных бесед с подростками и их родителями. У 69,4% пациенток АМКПП возникают на фоне хронических ЭП.

У девочек с АМКПП достоверно чаще по сравнению со здоровыми менструирующими подростками отмечаются гиперпластические процессы эндометрия.

Учитывая негативное влияние АМКПП на репродуктивную систему женщины на протяжении всей ее жизни, актуальным является усовершен-

ствование клинико-диагностических мероприятий для эффективного лечения и профилактики рецидивов с учетом патогенетических механизмов.

Список литературы

1. Клинико-гормональная характеристика и терапия девушек с гиперплазией эндометрия на фоне анемии / И. А. Тучкина, Ж. О. Гиленко, Н. В. Калашник, Л. А. Выговская // Міжнар. мед. журн.— 2014.— Т. 20, № 3.— С. 87–91.
2. Диннік В. О. Катамнез хворих на пубертатні маткові кровотечі з урахуванням застосування негормональної і гормональної терапії / В. О. Диннік // Здоровье ребенка.— 2014.— № 2.— С. 31–34.
3. Диннік В. О. Клінічний перебіг пубертатних маткових кровотеч в залежності від характеру статевого дозрівання / В. О. Диннік // Вісн. наук. досліджень.— 2005.— № 2.— С. 129–131.
4. Маточное кровотечение пубертатного периода — особенности гормонального фона / Е. А. Богданова, Т. М. Глыбина, Е. В. Сибирская, А. Е. Сашкина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.— 2011.— Т. 10, № 2.— С. 435.
5. Патология пубертата и реализация репродуктивного потенциала женского организма: клинико-терапевтические параллели / И. А. Тучкина, И. Ю. Зобина, М. А. Лесовая, М. Ю. Тучкина // Здоровье женщины.— 2010.— № 3 (49).— С. 175–178.
6. Тучкина И. А. Некоторые патогенетические особенности течения пубертата у девочек-подростков с воспалением гениталий / И. А. Тучкина, Г. М. Тысячка // Научные ведомости Белгородского государственного университета.— 2014.— № 4 (175).— С. 79–82.
7. Dysfunctional uterine bleeding in adolescent girls and evaluation of their response to treatment / Н. Ö. Başaran, S. Akgül, N. Öksüz-Kanbur [et al.] // Turkish J. of Pediatrics.— 2013.— Vol. 55.— P. 186–189.
8. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома / Л. В. Адамян, Т. М. Глыбина, Е. А. Богданова, Е. В. Сибирская // Проблемы репродукции.— 2011.— № 1.— С. 28–35.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПУБЕРТАТІ

А. А. НОВІКОВА

Подано результати комплексного обстеження дівчат із аномальними матковими кровотечами пубертатного періоду, яке включало анамнез, клінічний перебіг захворювання, вивчення перебігу вагітності і пологів у матерів, ступінь фізичного і статевого розвитку, характер менструальної функції, гінекологічний статус, клінічні, бактеріологічні та гормональні обстеження, ехосонаграфію. Основними етіологічними чинниками захворювання найчастіше визначають несприятливий перинатальний період і преморбідний фон, екстрагенітальну патологію, стрес, а також спадкову схильність до порушень менструальної функції.

Ключові слова: аномальна маткова кровотеча пубертатного періоду, дівчата-підлітки, комплексне обстеження.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENCE

A. A. NOVIKOVA

The results of comprehensive examination of adolescent girls with abnormal uterine bleeding, which included anamnesis, clinical course of the disease, the study of the course of pregnancy and childbirth in their mothers, the rate of physical and sexual development, the menstrual function nature, gynaecological status, clinical, bacteriological and hormonal examination, echosonography have been presented. The adverse perinatal period and premorbid background, extragenital pathology, stress, as well as hereditary predisposition to the disordered menstrual function are the most often determined as the main etiological factors of the disease.

Key words: abnormal uterine bleeding in adolescence, adolescent girls, comprehensive examination.

Поступила 30.03.2019