



АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ У ПІДЛІТКІВ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

ВСТУП

Аномальна маткова кровотеча (АМК) – узагальнююче поняття для будь-якого порушення менструального циклу (МЦ), що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається [1, 2].

До АМК у підлітковому періоді (маткові кровотечі пубертатного періоду, ювенільні маткові кровотечі, пубертатні маткові кровотечі) відносять патологічні кровотечі у віці від менархе до 18 років, які зумовлені порушенням циклічності продукції статевих стероїдних гормонів, що в свою чергу призводить до відхилення в нормальному розвитку ендометрія.

Згідно з даними світової літератури, частота АМК у підлітків складає від 2,5% до 38%. В офіційній статистиці в Україні обліковуються дані про порушення МЦ, що певною мірою відображає проблеми АМК. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 році розлади МЦ були зафіксовані у 17 833 дівчат підліткового віку, що складає 29,1 випадків на 1000 дівчат-підлітків [2].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ І ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Етіологія

За відсутності органічних порушень статеві сфери (пухлини, аномалії розвитку статевих органів, порушення згортання крові, тромбоцитопенія тощо) першопричиною виникнення маткових кровотеч у підлітків є зміни гормонального гомеостазу. Незрілість гіпоталамо-гіпофізарних структур призводить до порушення фолікулогенезу в яєчниках (атрезія або персистенція фолікулів). Внаслідок ановуляторних циклів виникає недостатність лютеїнової фази, що клінічно маніфестується порушеннями МЦ, і, власне, АМК [3].

Без встановлення істинної причини патології відсутня можливість етіопатогенетичного лікування, попередження рецидивів та порушень функції репродуктивної системи в майбутньому [1, 2].

Діагностика

Збір анамнезу допомагає визначити причину АМК, обрати алгоритм обстеження та тактику подальшого лікування. До фізикальних методів дослідження відносять загальну оцінку (визначення індексу маси тіла, оцінка розвитку дівчинки за Танером, огляд шкіри та щитоподібної залози), гінекологічний огляд (огляд вульви, піхви, шийки матки, ануса та уретри; у дівчаток, які живуть статевим життям – бімануальне обстеження, у решти – ректальне дослідження за необхідності).

Лабораторні методи діагностики:

- клінічний аналіз крові (скринінг анемії);
- дослідження системи гемостазу (коагулограма);
- бактеріологічне дослідження.

Щодо дослідження гормонального балансу, то немає переконливих доказів на користь того, що вимірювання рівнів сироваткових гонадотропінів (фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів), естрадіолу, прогестерону може допомогти у виборі тактики ведення пацієнтки з АМК, тому рутинне застосування даних методів не рекомендовано [2].

Інструментальні методи дослідження: трансагінальне УЗД є стандартом діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні аномалії матки та ендометрія, виявити структурну патологію шийки матки, міометрія, маткових труб і яєчників. Дівчаткам, які не живуть статевим життям, проводять трансабдомінальну сонографію [4].

І.В. КОЗЛОВСЬКИЙ

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Контакти:

Ігор Валерійович Козловський
ФПДО Львівського НМУ ім. Данила Галицького, кафедра акушерства, гінекології та перинатології
79032, Львів, Дж. Вашингтона, 6
тел.: +38 (0322) 70 17 44
e-mail: akushfpdo@meduniv.lviv.ua

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2016.29.19-23>

Диференційна діагностика

Диференційна діагностика базується на виключенні наступних екстрагенітальних та інших гінекологічних захворювань.

❖ **Порушення системи крові:** тромбоцитопенія (хвороба Верльгофа, спадкові порушення коагуляційного гемостазу (хвороба Віллебранда, гемофілія С), геморагічні васкуліти, апластична анемія. Кровотеча, що виникає разом із менархе – перший симптом дефекту системи гемостазу. Про порушення системи гемостазу свідчить наявність наступних ознак: підшкірні петехіальні крововиливи (синці) внаслідок незначних травматичних ушкоджень, часті носові кровотечі, кровоточивість ясен. Таким пацієнткам показана консультація лікаря-гематолога.

❖ **Порушення функції щитоподібної залози.** АМК виникають частіше у дівчаток із субклінічним або клінічним гіпотиреозом. Пальпація та УЗД дозволяють виявити збільшення щитоподібної залози, уточнити її функціональний стан – визначення рівня тиреотропного гормону та вільного тироксину в крові. Основні скарги при гіпотиреозі: мерзлякуватість, зниження пам'яті, сонливість, депресія, збільшення маси тіла. Відзначається сухість шкіри, пастозність тканин, брадикардія. Таких пацієнток необхідно консультувати у лікаря-ендокринолога.

❖ **Органічна патологія статевих органів:** аномалії розвитку статевих органів, гормонопродукуючі пухлини яєчників, рідше непластичні процеси вульви, піхви, шийки матки та самої матки. Діагноз дозволяє встановити ретельне сонографічне дослідження, за необхідності – комп'ютерна томографія та гістероскопія.

❖ **Запальні захворювання статевих органів.** Кров'янисті виділення незначні, переважно виникають ациклічно. Пацієнток турбують біль унизу живота, посилені патологічні виділення з піхви між менструаціями.

❖ **Гіперпролактинемія.** Для виключення даної патології необхідно визначити рівень пролактину в крові, провести МРТ головного мозку та проконсультувати пацієнтку в окуліста.

❖ **Синдром полікістозних яєчників.** Основні скарги на кровотечі, що виникають після затримки менструацій, пізні менархе з прогресуванням порушення МЦ за типом олігоменореї.

❖ У пацієнток, які живуть статевим життям, необхідно виключити наявність порушеної маткової або позаматкової вагітності. Кровотечі переважно виникають після затримки менструації. Встановити факт вагітності дозволяє проведення відповідного тесту та визначення рівня хоріонічного гонадотропіну в крові, уточнити діагноз – УЗД.

❖ Травми зовнішніх статевих органів та піхви.

Лікування

Якщо дозволяють клінічні обставини, терапією вибору є медикаментозне лікування. Згідно з даними вітчизняної та зарубіжної літератури, в більшості країн світу застосовується двоетапне лікування АМК:

❖ **I етап** – лікування в період кровотечі (гемостаз);

❖ **II етап** – формування правильного МЦ, профілактика рецидивів кровотеч, нормалізація функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

Вибір лікувальної тактики АМК у підлітків залежить від ступеня важкості захворювання, який визначається:

- ❖ характером крововтрати (інтенсивність, тривалість);
- ❖ ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легка, середня, тяжка).

Відповідно до рекомендацій від 2014 р. щодо лікування АМК у підлітків [7], при легкій кровотечі пацієнтку можна спостерігати упродовж кількох МЦ, застосовуючи симптоматичну терапію (гемостатичні препарати, препарати заліза, нестероїдні протизапальні засоби).

Лікування АМК у підлітків при помірній кровотечі (кровотеча більше 7 днів або МЦ тривалістю менше 3 тижнів, гемоглобін 100–110 г/л) також здійснюється диференційовано, залежно від її інтенсивності.

Рекомендовано лікування в стаціонарі при рівні гемоглобіну менше 100 г/л і масивній кровотечі, при концентрації гемоглобіну менше за 70 г/л стаціонарне лікування є обов'язковим.

Принципи гормонотерапії у дівчат-підлітків були озвучені у 2000 р. на VII Всесвітньому конгресі гінекологів-ендокринологів у Флоренції (Італія):

- ❖ цілеспрямований вплив на оптимізацію процесу статевого дозрівання;
- ❖ відсутність патологічного впливу на фолікулогенез;
- ❖ сприяння нормалізації стероїдогенезу;
- ❖ забезпечення секреторної трансформації ендометрія і його правильного відторгнення;
- ❖ відсутність прямої або потенційної онкогенної дії на органи-мішені;
- ❖ нормалізуючий вплив на вегетативну і вищу нервову діяльність;
- ❖ «нейтральність» щодо хронічних соматичних захворювань.

Препаратами вибору для гормонального гемостазу залишаються комбіновані оральні контрацептиви (КОК), які містять 30–50 мкг етинілестрадіолу.

Основні схеми лікування за допомогою КОК:

I варіант (рекомендований для дівчат-підлітків із ускладненою і поєднаними формами АМК):

- ❖ естрадіолу валерат по 2 мг кожні 4–5 годин протягом доби (до зупинки кровотечі);
- ❖ 2-й день – прийом естрадіолу валерату в дозі, яка викликає гемостаз;
- ❖ 3–14-й дні – поступове зниження дози естрадіолу валерату до 2 мг на добу;
- ❖ 14–21-й дні – естрадіолу валерат 2 мг/доба + гестагени або тільки гестагени.

II варіант – комбіновані монофазні низькодозовані естроген-гестагенні препарати:

- ❖ 1-й день: по 1 таблетці кожні 2–3 години до зупинки кровотечі (3–4 таблетки);
- ❖ наступні дні – зменшення дозування по одній таблетці до підтримуючої дози (1 таблетка на добу);
- ❖ тривалість першого курсу терапії – 21 день, тривалість лікування – 3–6 місяців.

Протирецидивна терапія гормональними препаратами призначається протягом 2–3 МЦ. Кількість циклів гормональної терапії залежить від загального стану дівчини, а також стану яєчників і ендометрія (за даними УЗД).

Показання до оперативного втручання:

- масивна кровотеча з вираженою анемією, що загрожує життю (рівень гемоглобіну менше за 70 г/л, гематокрит менше за 20%);
- неефективність гормонального гемостазу.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування сублінгвальної форми препарату мікронізованого прогестерону лютеїна в комплексному лікуванні та профілактиці АМК у дівчат-підлітків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 36 пацієнток віком від 14 до 18 років з клінічним діагнозом «аномальні маткові кровотечі». Середній вік підлітків становив $15,4 \pm 2,2$ років.

В залежності від проведеного лікування пацієнтки були розділені на 3 групи. Першу (I) групу склали 12 пацієнток, яким з метою гемостазу призначали протягом місяця КОК із наступним пролонгованим прийомом (від 5-го до 25-го дня МЦ) препарату лютеїна. Другу (II) групу склали 12 пацієнток, яким призначали протягом місяця КОК із наступним застосуванням лютеїни від 16-го до 25-го дня МЦ. До третьої (III) групи (порівняння) увійшли 12 хворих, які отримували КОК протягом 3 місяців.

Ефективність лікування оцінювали за клініко-лабораторним перебігом захворювання на основі зміни динаміки інтенсивності кровотечі, нормалізації МЦ, ультразвукового моніторингу внутрішніх статевих органів на 2, 4 та 6 місяцях спостереження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Здійснено проспективний аналіз результатів обстеження та лікування 36 дівчат-підлітків.

Усі пацієнтки вперше звернулись до лікаря-гінеколога з приводу маткової кровотечі, 9 із них були скеровані лікарями інших спеціальностей (переважно сімейним лікарем). Під час ретельного збору анамнезу хвороби нами встановлено, що у 8 (22,2%) дівчаток порушення МЦ мало місце упродовж 3–7 місяців до моменту звернення, при цьому до лікарів пацієнтки не звертались.

Основна скарга при зверненні – кровотечі зі статевих шляхів різної інтенсивності та тривалості. У більшості дівчаток (61,1%) були помірні кров'яністі виділення, у 27,8% – масивні, 11,1% пацієнток скаржились на тривалі кров'яністі виділення з піхви, що мажуться.

При масивних кровотечах спостерігались ознаки вторинної постгеморагічної анемії: запаморочення, загальна слабкість.

Біль унизу живота відзначали 27,8% дівчаток.

Під час збору анамнезу, який проводився в присутності матерів, було встановлено наступне: ускладнений перебіг вагітності та пологів у матері виявлено у 25% випадків; індекс інфекційної захворюваності в дитинстві становив 1,9; виникнення кровотеч пов'язували зі стресом 25% пацієнток.

Екстрагенітальна патологія: пієлонефрит в анамнезі відзначено у 13,9%, ревматизм – у 5,6%.

Вік менархе в середньому становив $12,3 \pm 1,2$ років, статевий розвиток за Танером у 15 (41,7%) пацієнток – II ступеня, у 21 (58,3%) – III ступеня.

Перший епізод АМК у 13 (36,1%) дівчаток виник протягом 6–12 місяців від початку менструацій, у 23 (63,9%) пацієнток

кровотечі з'явилися через 12–21 місяців після менархе, 5 (13,9%) пацієнток відзначали нерегулярність МЦ від менархе до маткової кровотечі.

Оскільки сонографічне дослідження є важливим та інформативним методом при оцінці стану внутрішніх статевих органів у дівчаток із АМК, всім пацієнткам у день звернення було проведено трансабдомінальне УЗД матки та яєчників. Оцінювали розміри матки, товщину ендометрія (передньо-задній розмір М-ехо), розміри та структуру яєчників.

Ехографічні розміри матки у більшості пацієнток були в межах норми. У 3 (8,3%) дівчаток розміри матки були більшими за вікову норму, у 5 (13,9%) спостерігалася гіпоплазія матки I ступеня.

При УЗД товщини ендометрія виявлено: М-ехо у 33,3% пацієнток в межах $15,8 \pm 2,2$ мм, у решти (66,7%) товщина ендометрія становила $8,3 \pm 1,5$ мм.

При огляді яєчників їхні розміри не перевищували вікову норму у більшості (72,2%) дівчаток. На ехограмах у 16,7% пацієнток в обох яєчниках спостерігались від 2 до 5 кістозних включень діаметром від 1 до 3 см. У 4 (11,1%) дівчаток із АМК в одному з яєчників були виявлені ехонегативні утворення з чіткими контурами діаметром від 3 до 7 см (фолікулярні кісти). Ці пацієнтки були з різних груп (по одній у I та II, дві – в III групі порівняння).

З метою гемостазу всім пацієнткам призначено комбінований монофазний низькодозований естроген-гестагенний препарат регулон (30 мкг етинілестрадіола + 150 мкг дезогестрела). В перший день призначали по 1 таблетці через 2–3 год до зупинки або значного зменшення кровотечі (4–6 таблеток). В подальшому зменшували дозування по одній таблетці до підтримуючої дози – 1 таблетка на добу до 21-го дня від початку лікування. Повного гемостазу упродовж доби лікування було досягнуто у 28 (77,8%) дівчаток, у решти 8 (22,2%) – протягом 48 годин від початку терапії. Під час динамічного спостереження періодичні кров'яністі виділення, що мажуться, впродовж першого місяця лікування відзначали 5 (13,9%) пацієнток. У зв'язку з побічними явищами (нудота, виражений головний біль) в однієї пацієнтки регулон було замінено на фемоден (30 мкг етинілестрадіола + 75 мкг гестодена).

Пацієнтки групи порівняння отримували протягом 2 наступних місяців КОК в циклічному режимі.

Слід зазначити, що порушення МЦ при АМК у підлітків відбувається з двох причин: персистенції фолікула або його атрезії. При персистенції один або декілька фолікулів досягають певної стадії зрілості, однак овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, прогестерон не синтезується. Фолікул існує від кількох днів до кількох місяців, продукується значна кількість естрогенів. Спостерігається високий рівень естрогенів та недостатність прогестерону. При атрезії фолікула естрогени синтезуються в порівняно невеликій кількості, але протягом тривалого часу. Відповідно відзначається невисокий постійний рівень естрогенів при недостатньому рівні прогестерону [3].

Отже, для нормалізації МЦ та профілактики рецидиву АМК у підлітків етіопатогенетично обґрунтованим є застосування прогестерону, який сприяє утворенню нормального ендометрія, переходу слизової оболонки матки

з проліферативної фази в секреторну. Окрім впливу на репродуктивну систему жінки, прогестерону притаманне створення системних ефектів: регуляція глюкози в плазмі крові, підвищення температури тіла, стимуляція дихальної активності та підвищення рівня амінокислот в плазмі крові.

Лютеїна – гормональний препарат, що містить екзогенний аналог гормону жовтого тіла – прогестерон, фармакокінетика і фармакодинаміка якого залежать від способу введення препарату. При внутрішньом'язовому шляху введення спостерігаються надфізіологічні плазмові концентрації прогестерону. При вагінальному введенні досягається стабільна концентрація в плазмі крові та тканинах – так званий ефект першого проходження через матку, ризик розвитку системних ефектів при такому способі введення є мінімальним. Сублінгвальний (букальний) спосіб введення дає можливість досягти найшвидшого ефекту: в цьому випадку не відбувається первинного метаболізму гормону в печінці, а отже, не втрачається його концентрація, досягається найменш тривалий період напіввиведення. Пік концентрації препарату в плазмі крові при вагінальному застосуванні досягається протягом 6–7 годин, при сублінгвальному застосуванні – упродовж 30 хвилин [5, 6].

Для дівчаток, які не жили статевим життям, оптимальним є сублінгвальний шлях застосування лютеїни.

Пацієнтки I групи отримували лютеїну сублінгвально в дозі 50 мг тричі на день у пролонгованій схемі, пацієнтки II групи отримували аналогічну терапію від 16-го до 25-го дня МЦ.

Для динамічної оцінки характеру менструацій ми використовували опитувальник, запропонований працівниками відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», який був створений на базі рекомендацій Європейської асоціації гінекологів та акушерів (European Association of Gynaecologists and Obstetricians) і включав 4 найважливіших запитання:

1. Чи впливають місячні на щоденне життя та активність?
2. Чи доводиться змінювати гігієнічні засоби вночі?
3. Чи бувають згустки крові під час місячних?
4. Чи є відчуття слабкості, втомлюваності або задишки?

На другому місяці спостереження позитивні відповіді на 1–2 питання даного опитувальника дали 2 (16,7%) дівчинки з I групи, 3 (25%) із II групи та 2 (16,7%) пацієнтки з групи порівняння.

На четвертому місяці спостереження згустки крові під час місячних відзначала 1 (8,3%) пацієнтка I групи та 2 (16,7%) дівчинки з II групи. Всі пацієнтки з групи порівняння дали негативні відповіді.

На шостому місяці спостереження (3 місяці без застосування препаратів) згустки під час місячних відзначала 1 (8,3%) дівчинка з II групи.

Клінічно нормалізацію МЦ відзначено в усіх пацієнток протягом 6 місяців спостереження. У дівчаток I групи регулярний МЦ на другому місяці спостереження встановився у 83,3%, на четвертому – в усіх пацієнток; у дівчат II групи на другому місяці – у 75%, на четвертому – у 91,7%; у пацієнток III групи (порівняння) на другому місяці – у 83,3%, на четвертому – в усіх.

Динамічне ультразвукове спостереження не виявило суттєвих змін величини матки в пацієнток.

Ультразвуковий моніторинг ендометрія показав наступне: нормальна ехографічна картина ендометрія на другому місяці спостерігалась у 83,3% дівчаток I і III груп та у 75% пацієнток II групи. На четвертому місяці нормальний ендометрій візуалізувався у 91,7% пацієнток I і III групи та в 83,3% дівчаток II групи. По завершенні дослідження патологічних змін ендометрія не зафіксовано в жодній з пацієнток.

При динамічному сонографічному огляді яєчників в пацієнток усіх груп відзначена нормальна величина та структура придатків, починаючи з четвертого місяця дослідження, за винятком однієї дівчинки з групи порівняння, в якій візуалізувалася фолікулярна кіста діаметром 3,5 см.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження показали, що застосування КОК в лікуванні АМК у дівчат-підлітків є ефективним методом. Гормонального гомеостазу протягом 48 годин було досягнуто в усіх пацієнток. З метою профілактики АМК та регулювання МЦ терапію слід продовжувати щонайменше на 2–3 місяці. Ефективність лікування пацієнток I групи та групи порівняння суттєво не відрізнялась. Враховуючи потенційно більшу наявність можливих побічних ефектів та ускладнень при застосуванні КОК (зокрема, зменшення рівня концентрації в організмі вітаміну В₆ та магнію, що є особливо несприятливим для підлітків), альтернативною схемою після гомеостазу може бути застосування препарату мікронізованого прогестерону – лютеїни. Для підлітків найзручнішим (комплаєнтним) є сублінгвальний шлях введення мікронізованого прогестерону. Пролонгована схема застосування лютеїни дає кращі результати у порівнянні з класичною схемою (від 16-го до 25-го дня МЦ).

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Національний консенсус щодо ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами Асоціації гінекологів-ендокринологів України / Репродуктивна ендокринологія. – 2015. – № 1 (21). – С. 8–12.
"Association of Gynecologists-Endocrinologists of Ukraine National consensus on the management of patients with abnormal uterine bleeding."
Reproductive Endocrinology 1.21 (2015): 8–12.

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі» (2015). Unified clinical protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care "Abnormal uterine bleedings" (2015).

3. Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста. – М.: Медпрактика. – 2005. – 340 с.
Kokolina, V.F. Gynecologic endocrinology of childhood and adolescence. Moscow. Medpractice (2005): 340 p.
4. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в трех томах. – Т. 3. – М.: Видар-М. – 2010. – 296 с.
Bulanov, M.N. Gynecology ultrasound: a course of lectures in three volumes. Vol. 3. Moscow. Vidar-M (2010): 296 p.
5. Майоров, М.В. Гестагены в акушерско-гинекологической практике / М.В. Майоров // Провизор. – 2004. – № 7. – С. 26–30.

- Maierov, M.V. "Gestagens in obstetric-gynecologist practice." Pharmacist 7 (2004): 26–30.
6. Хомяк, Н.В. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности / Н.В. Хомяк, В.И. Мамчур // Здоровье женщины. – 2014. – № 4 (90).
Khomiak, N.V., Mamchur, V.I. "Clinico-pharmacological characteristics of modern formulations of micronized progesterone used during pregnancy." Women's Health 4.90 (2014).
7. Bart C.J.M. Fauser, Andrea R. Genazzani. Frontiers in Gynecological Endocrinology: Volume 2: From Basic Science to Clinical Application. Springer (2015): 206 p. □

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ У ПІДЛІТКІВ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

І.В. Козловський, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

До аномальних маткових кровотеч у підлітковому періоді відносять патологічні кровотечі у віці від менархе до 18 років, які зумовлені порушенням циклічності продукції статевих стероїдних гормонів, що в свою чергу призводить до відхилення в нормальному розвитку ендометрія. Частота аномальних маткових кровотеч у підлітків складає до 38%.

Виконано дослідження з метою вивчення ефективності застосування сублінгвальної форми препарату мікронізованого прогестерону лутеїна в комплексному лікуванні та профілактиці аномальних маткових кровотеч у дівчат-підлітків.

Під спостереженням перебували 36 пацієнток віком від 14 до 18 років з клінічним діагнозом «аномальні маткові кровотечі». Пацієнтки були розділені на 3 групи. Першу групу склали 12 пацієнток, яким з метою гемостазу призначали протягом місяця комбіновані оральні контрацептиви з наступним пролонгованим прийомом (від 5-го до 25-го дня менструального циклу) препарату лутеїна. Другу групу склали 12 пацієнток, яким призначали протягом місяця комбіновані оральні контрацептиви з наступним застосуванням лутеїни від 16-го до 25-го дня менструального циклу. До третьої групи (група порівняння) увійшли 12 хворих, які отримували комбіновані оральні контрацептиви протягом 3 місяців.

Ефективність лікування оцінювали за клініко-лабораторним перебігом захворювання на основі зміни динаміки інтенсивності кровотечі, нормалізації менструального циклу, ультразвукового моніторингу внутрішніх статевих органів на 2, 4 та 6 місяців спостереження.

Результати дослідження показали, що застосування комбінованих оральних контрацептивів у лікуванні аномальних маткових кровотеч у дівчат-підлітків є ефективним методом. Гормонального гемостазу протягом 48 годин було досягнуто у всіх пацієнток. Встановлено, що сублінгвальний шлях введення препарату лутеїна сприяє лікуванню, нормалізації менструального циклу та профілактиці рецидивів при аномальних маткових кровотечах у дівчат-підлітків. Тривалість застосування лутеїни має становити не менше 2 місяців після досягнення гормонального гемостазу. Оптимальною є пролонгована схема застосування мікронізованого прогестерону (прийом протягом 20 днів в менструальному циклі).

Ключові слова: аномальні маткові кровотечі, дівчата-підлітки, сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону, лутеїна.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

И.В. Козловский, к. мед. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого

К аномальным маточным кровотечениям в подростковом периоде относят патологические кровотечения в возрасте от менархе до 18 лет, обусловленные нарушением цикличности продукции половых стероидных гормонов, что в свою очередь приводит к отклонению в нормальном развитии эндометрия. Частота аномальных маточных кровотечений у подростков составляет до 38%.

Выполнено исследование с целью изучения эффективности применения сублингвальной формы препарата микронизированного прогестерона лутеина в комплексном лечении и профилактике аномальных маточных кровотечений у девушек-подростков.

Под наблюдением находились 36 пациенток в возрасте от 14 до 18 лет с клиническим диагнозом «аномальные маточные кровотечения». Пациентки были разделены на 3 группы. Первую группу составили 12 пациенток, которым с целью гемостаза назначали в течение месяца комбинированные оральные контрацептивы с последующим пролонгированным приемом (с 5-го до 25-го дня менструального цикла) препарата лутеина. Вторую группу составили 12 пациенток, которым назначали в течение месяца комбинированные оральные контрацептивы с последующим применением лутеина с 16-го по 25-й дни менструального цикла. В третью группу (группа сравнения) вошли 12 больных, получавших комбинированные оральные контрацептивы в течение 3 месяцев.

Эффективность лечения оценивали по клинико-лабораторному течению заболевания на основе изменения динамики интенсивности кровотечения, нормализации менструального цикла, ультразвукового мониторинга внутренних половых органов на 2, 4 и 6 месяцах наблюдения.

Результаты исследования показали, что применение комбинированных оральных контрацептивов в лечении аномальных маточных кровотечений у девушек-подростков является эффективным методом. Гормональный гемостаз в течение 48 часов был достигнут у всех пациенток. Установлено, что сублингвальный прием препарата лутеина способствует лечению, нормализации менструального цикла и профилактике рецидивов при аномальных маточных кровотечениях у девочек-подростков. Продолжительность применения лутеина должна составлять не меньше 2 месяцев после достижения гормонального гемостаза. Пролонгированная схема применения микронизированного прогестерона является наиболее оптимальной (прием в течение 20 дней в менструальном цикле).

Ключевые слова: аномальные маточные кровотечения, девочки-подростки, сублингвальная форма микронизированного прогестерона, лутеина.

ABNORMAL UTERINE BLEEDINGS IN ADOLESCENTS: TREATMENT FEATURES

I.V. Kozlovskyi, PhD, assistant professor of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of the Postgraduate Education, Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi

Abnormal uterine bleedings in adolescence include abnormal bleeding at the age of menarche to 18 years, due to disorders of the cyclic production of sex steroid hormones, which leads to a deviation in the normal endometrial development. The frequency of abnormal uterine bleeding in adolescents is up to 38%.

The study to examine the efficacy of sublingual form of micronized progesterone (luteina) in the complex treatment and prevention of abnormal uterine bleeding in adolescent girls was performed.

The study included 36 patients aged 14 to 18 years with a clinical diagnosis "abnormal uterine bleeding". Patients were divided into 3 groups. The first group consisted of 12 patients, which was administered for hemostasis combined oral contraceptives during the month followed by luteina intake (from the 5th to the 25th day of the menstrual cycle). The second group included 12 patients who were prescribed combined oral contraceptives during the month followed by luteina from the 16th to 25th days of the menstrual cycle. The third control group included 12 patients treated with combined oral contraceptives for 3 months.

Treatment efficacy was assessed by clinical and laboratory disease course on the basis of bleeding changes, normalization of the menstrual cycle, ultrasonic monitoring at 2, 4 and 6 months of follow-up.

The study showed that the use of combined oral contraceptives in the treatment of abnormal uterine bleeding in adolescent girls is an effective method. Hormonal hemostasis within 48 hours was achieved in all patients. It was found that the sublingual drug luteina promotes treatment, lead to menstrual cycle normalization and prevent abnormal uterine bleeding recurrence in adolescent girls. Duration of luteina use should be not less than 2 months after hormonal hemostasis. Prolonged scheme of the micronized progesterone use is most optimal (intake for 20 days in the menstrual cycle).

Keywords: abnormal uterine bleedings, adolescent girls, sublingual form of micronized progesterone, luteina.