

УДК 618.14-005-053.6:616.155.194

І.О. Тучкіна, Ж.О. Гиленко

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПУБЕРТАТНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПІДЛІТКІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХАРАКТЕРУ ПОСТГЕМОРАГІЧНОЇ АНЕМІЇ

Обстежено 128 дівчат-підлітків із пубертатними матковими кровотечами. Комплексне обстеження включало клінічне та гінекологічне обстеження, ехосонографію, бактеріологічне, серологічне та гормональне обстеження. Встановлено, що вперше пубертатна маткова кровотеча виникла у 48 (37,5 %) обстежених, кровотеча, що рецидивує, — у 28 (21,8 %). У 15–18-річних пацієнток рецидиви пубертатної маткової кровотечі виявляли частіше, ніж у дівчат 10–14 років (22,3 проти 12,7 % відповідно). При вивченні ПМК за наявності екстрагенітальної патології встановлено, що у 89 % дівчат-підлітків кровотеча виникає на тлі обтяженої спадковості і при несприятливому преморбідному фоні, у 82 % хворих — на тлі залізодефіцитної анемії і порушень у системах згортання і протизгортання крові.

Ключові слова: *дівчата-підлітки, пубертатна маткова кровотеча, анемія.*

Репродуктивне здоров'я жінки — необхідна умова розвитку сучасного суспільства, збереження його соціально-економічного та репродуктивного потенціалу. Пубертатні маткові кровотечі (ПМК) — одне з тяжких розладів менструальної функції в період її становлення [1].

ПМК складають до 10–12 % усіх гінекологічних захворювань, що спостерігаються у віці 12–18 років. У патогенезі ПМК провідна роль належить багатокомпонентному впливу на гіпоталамічні структури, що регулюють функцію яєчників, які не досягли функціональної зрілості (інфекційно-токсичні, стресові та інші фактори). Особливо негативний вплив має тонзилігенна інфекція, психогенні травми, фізичні перевантаження, неправильне харчування (гіповітаміноз). В якості факторів підвищеного ризику розвитку ПМК можна розглядати хронічні захворювання та відносно старший вік батьків, порушення режиму дня і харчування дівчат [2].

Для ПМК характерний особливий тип ановуляції, при якому відбувається атрезія фолікулів, що не досягли овуляторної стадії зрілості. При цьому порушується стероїдогенез в яєчниках; продукція естрогенів стає відносно низькою і монотонною, прогестерон утворюється в незначній кількості. В ре-

зультаті ендометрій секреторно не трансформується, що перешкоджає його відторгненню і зумовлює тривалу кровотечу (хоча виражених гіперпластичних змін в ендометрії немає). Тривалу кровотечу спричинює також недостатня скоротлива активність матки, яка не досягла свого повного розвитку. Відмічаються зміни реологічних та коагуляційних властивостей крові. При легкому і середньому ступенях анемії підвищується агрегаційна здатність еритроцитів і щільність еритроцитарних агрегатів, погіршується рухливість крові. При анемії III ступеня зменшується кількість тромбоцитів і їхня агрегаційна активність, знижується концентрація фібриногену, подовжується час згортання крові [3].

Затяжний рецидивуючий характер перебігу цього захворювання призводить до порушення стану здоров'я дівчат-підлітків, зниження працездатності та погіршення якості життя. Крім цього серйозною проблемою є те, що в разі подальшого порушення менструальної функції в майбутньому у цих жінок високий ризик виникнення певних гінекологічних захворювань, безплідності та ускладнень під час вагітності та пологів [4]. Так, за даними [5], 82 % пацієнток із ПМК в анамнезі страждають на первинну неплідність, 8 % — на невиношування ва-

гітності і лише кожна десята жінка має дитину. Клінічна картина при ПМК достатньо різноманітна і на першому етапі залежить від патогенетичних особливостей їх появи в кожному конкретному випадку [6].

У зв'язку з цим вивчення особливостей клінічного перебігу ПМК з урахуванням стану, пов'язаного з постгеморагічною анемією, що ускладнює їх перебіг, є важливою для призначення адекватної терапії, розробки етапності диспансерного нагляду, проведення лікувально-профілактичних заходів. Це і обумовлює актуальність даного дослідження.

Матеріал і методи. Дослідження проводилось на базі гінекологічного відділення обласного перинатального центру, де виділені дитячі гінекологічні ліжка, Центру планування сім'ї м. Суми та на кафедрі акушерства і гінекології № 2 ХНМУ. Під спостереженням протягом 2 років знаходилося 128 дівчат з ПМК віком від 11 до 18 років. Комплексне обстеження включало загальноклінічне та гінекологічне обстеження, бактеріологічне, серологічне, гормональне і ультразвукове (УЗД) дослідження. Комплексне клініко-діагностичне обстеження включало аналіз скарг і клінічних проявів захворювання, наявності рецидивів, враховували інфекційний індекс, перебіг вагітності і пологів у матері, ступінь фізичного і статевого дозрівання, характер менструальної функції, гінекологічний статус, функціональний стан яєчників, УЗД органів малого таза за загальноприйнятими методиками. Визначали гормональний профіль (рівень лютеїнізуючого і фолікулоstimулюючого гормонів, пролактину, естрадіолу, тестостерону). Досліджували деякі показники білкового обміну, рівень гемоглобіну, еритроцитів, сироваткового заліза і феритину. Крім того, проводили мікробіологічне, серологічне, цитологічне обстеження піхви, уретри, шийки матки (у дівчат, що ведуть статеве життя). Визначали стан соматичного здоров'я хворих, вони проконсультовані педіатром, кардіологом, нефрологом, ендокринологом. У всіх випадках була виключена вагітність, травми, вади розвитку, захворювання кровотворної системи, онкологічні процеси як можливі причини кровотеч зі статевих шляхів.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що ПМК у дівчат доволі часто набувають хронічного перебігу та рецидивують. Основною скаргою при госпіталізації в стаціонар була кровотеча зі статевих шляхів різної інтенсивності і тривалості, загальна

слабкість, нездужання, шум у вухах, запаморочення, головний біль, підвищена дратівливість. Для більшості обстежених (70,3 %) були характерні помірні кров'янисті виділення з піхви, тривалі мажучі виділення спостерігались у 14,1 % пацієток і рясні виділення — у 15,6 % хворих.

Помірні кров'янисті виділення, як правило, не супроводжувались змінами загального стану, бо організм компенсаторно справлявся з незначною крововтратою, в той час як при рясних виділеннях часто спостерігались ознаки постгеморагічної анемії: запаморочення голови, загальна слабкість, короточасні втрати свідомості у вигляді запаморочення. Інколи відмічався біль у нижніх відділах живота (у 9,6 % обстежених).

Аналіз становлення менструальної функції показав, що у 38 (29,7 %) дівчат-підлітків із ПМК тривалість менструального віку склала від 3 до 12 місяців. У 16 пацієток (12,5 %) ПМК виникла з менархе, у 8 дівчат (6,25 %) після менархе пройшло від 1 до 3 років, у 21 (16,4 %) хворої менструальний вік складав більше 3 років. При детальному вивченні анамнезу ми встановили, що більшість (76,5 %) обстежених дівчат поступили до гінекологічного відділення вперше і лише 23,5 % — повторно. У 56 % пацієток кровотеча тривала 20–30 днів, у 30 % — у межах 10–12 днів, у 14 % — більше 30 днів. Коливання тривалості кровотечі складали від 10 до 68 днів.

При оцінці клінічного перебігу ПМК з'ясовувались імовірні причини кровотечі. При цьому 12 % хворих визначили фізичне перевантаження, 32 % — психоемоційне перенапруження, 14 % — гостре респіраторне вірусне захворювання або ангіну, що супроводжувались підвищенням температури тіла, 3 % — соціально-побутові умови життя, у інших пацієток причину, що спровокувала кровотечу, встановити не вдалося.

Вперше ПМК виникла у 48 (37,5 %) обстежених, кровотеча, що рецидивує, — у 28 (21,8 %) пацієток. У 15–18-річних пацієток рецидиви ПМК виявляли частіше, ніж у 10–14-річних (22,3 проти 12,7 % відповідно).

Більшість обстежених (70,2 %) раніше не лікувались з приводу ПМК. У 25,6 % дівчат до госпіталізації в стаціонар проводилось лікування (у 85 % з них — амбулаторно, у 15 % — у стаціонарі). Симптоматичну терапію використовували у 82,5 % випадків, гормональну — у 17,5 %.

Нерідко ПМК супроводжувались збільшенням яєчників і наявністю ретенційних кіст яєчників. Серед них переважали фолікулярні кісти — у 88,2 % дівчат. Кісти жовтого тіла зустрічались у 11,8 % дівчат.

Результати вивчення функціонального стану яєчників за тестами ексфоліативної діагностики показали, що у всіх дівчат із ПМК відмічалась монофазність базальної температури. При вивченні кольпоцитогам встановлено, що у пацієнок із гіпоестрогенією виявлені клітини всіх прошарків піхвового епітелію, каріопікнотичний індекс коливався у межах від 0 до 20 %. У дівчат із гіперестрогенією в основному спостерігалась висока проліферація клітин, поверхневі клітини склали 70–90 %, каріопікнотичний індекс був 50 % і вище. Таким чином, результати дослідження тестів ексфоліативної діагностики свідчать про те, що кольпоцитологічне обстеження у динаміці у співставленні з оцінкою базальної температури у переважній більшості дівчат-підлітків із ПМК підтверджує ановуляторний характер кровотеч.

З урахуванням результатів клінічного перебігу ПМК, даних кольпоцитологічної картини, гормональної насиченості організму хворих виділено три клінічні форми захворювання: гіпоестрогенну, нормоестрогенну і гіперестрогенну.

Проведено аналіз співставлення характеру екстрагенітальної патології зі ступенем статевого розвитку і клінічною формою ПМК. Встановлено, що у дівчат-підлітків з випередженням статевого розвитку при наявності ендокринних захворювань (ожиріння, гіперфункція щитовидної залози) частіше зустрічалась гіперестрогенія. У хворих із патологією серцево-судинної системи (вегетосудинна дистонія, кардіопатія) в більшості випадків кровотеча характеризувалась гіпо- або нормоестрогенією.

У 49 (38,3 %) дівчат-підлітків ПМК супроводжувались розвитком залізодефіцитної анемії. У більш молодих пацієнок (11–14 років) анемізація виникала швидко і досягала середнього ступеня частіше, ніж у старших пацієнок. Рівень гемоглобіну крові коливався від 65 до 110 г/л. Анемія залишалась при цьому нормохромною (кольоровий показник знаходився в межах нормальних величин). У 38 (29,7 %) дівчат-підлітків відмічена залізодефіцитна анемія I ступеня, у 22 (17,2 %) хворих — II ступеня, у 12 (9,4 %) пацієнок — III ступеня.

При вивченні та співставленні показників гемоглобіну, сироваткового заліза та фе-

ритину встановлено, що у всіх дівчат-підлітків із ПМК рівень феритину виявився зниженим, навіть при показниках гемоглобіну не нижче 120 г/л, а у хворих із залізодефіцитною анемією концентрація феритину склала $(17,8 \pm 2,8)$ мкг/л.

Таким чином, при наявності кровотечі в організмі підлітка навіть при нормальних цифрах гемоглобіну та еритроцитів вже існують ранні латентні зміни в органах-депо заліза, що випереджають порушення в картині червоної крові. Темпи розвитку анемії залежать від повноцінності депо.

Аналіз даних, які відображають функціональний стан систем згортання і протизгортання крові, виявив зміни показників коагулограми у 38 (29,7 %) дівчат-підлітків. У 18 (14 %) з них спостерігалась схильність до гіпокоагуляційних зрушень у системі гемостазу. Час згортання крові було подовжено зі збільшенням рефракції кров'яного згустка, визначалось зниження щільності кров'яного згустка з одночасним збільшенням його об'єму, що вказує на уповільнення гемокоагуляції. У 21 (16,4 %) хворій встановлені зміни в рівновазі систем згортання та протизгортання крові.

У дівчат-підлітків із ПМК спостерігаються зміни рівноваги між системами згортання і протизгортання крові, що виражається в розбалансуванні взаємозв'язків між вмістом фібриногену та характером фібринолітичної активності крові (зустрічались гіперфібриногенемія на тлі нормальних рівнів інших показників, зниження вмісту фібриногену на тлі підвищеного фібринолізу, підвищення фібринолітичної активності крові при нормальному вмісті фібриногену, зниження концентрації фібриногену при нормальних показниках фібринолітичної активності крові).

Висновки

При вивченні пубертатної маткової кровотечі за наявності екстрагенітальної патології встановлено, що у 89 % дівчат-підлітків кровотеча виникає на тлі обтяженої спадковості і при несприятливому преморбідному фоні, у 82 % — на тлі залізодефіцитної анемії і порушень у системах згортання і протизгортання крові.

Перспективи подальших досліджень. Доказано, що гінекологічні порушення в підлітковому віці мають негативний вплив на репродуктивну систему протягом всього життя жінки. Перспективним з цих позицій є подальше вдосконалення клініко-діа-

гностичних комплексів з використанням сучасних методів дослідження для корекції патологічних станів жіночої статеві системи в підлітковому віці.

Список літератури

1. Репродуктивне здоров'я в Україні очима фахівців // Нова медицина. — 2003. — № 5. — С. 71.
2. Маточные кровотечения пубертатного периода / В. Ф. Коколина, Т. В. Казюкова, Т. Г. Дядик, Д. И. Нафталиева // Педиатрия. — 2008. — Т. 87, № 5. — С. 116–123.
3. Маркин Л. Б. Справочник детской гинекологии / Л. Б. Маркин, О. Б. Яковлева. — М., 2007. — С. 173, 174.
4. Патология пубертата и реализация репродуктивного потенциала женского организма: клинико-терапевтические параллели / И. А. Тучкина, Л. Ю. Зобина, М. А. Лесовая, М. Ю. Тучкина // Здоровье женщины. — 2010. — № 3 (49). — С. 175–178.
5. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста / В. Ф. Коколина. — М.: Медпрактика, 2005. — С. 157–159.
6. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков / Ю. А. Гуркин. — СПб., 1998. — 202 с.
7. Тучкина И. А. Оптимизация клинического подхода к дифференцированной терапии гинекологических нарушений у подростков / И. А. Тучкина // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — № 3 (15). — С. 93–96.
8. Тучкина И. А. Современные подходы к диагностике гинекологической патологии детского и подросткового возраста / И. А. Тучкина // Медико-социальные проблемы семьи. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 109–114.
9. Livingstone M. Mechanism of abnormal uterine bleeding / M. Livingstone, J. S. Fraser // Num. Reproduc. Update. — 2002. — V. 8, № 1. — P. 60–67.
10. Ушакова Г. А. Репродуктивное здоровье современной популяции девочек / Г. А. Ушакова, С. Н. Елгина, М. Ю. Назаренко // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 1. — С. 34–39.
11. Вовк І. Б. Своєчасна діагностика і терапія пубертатних маткових кровотеч у дівчаток — запорука репродуктивного здоров'я / І. Б. Вовк, В. Ф. Петербурзька // Нова медицина. — 2003. — № 5. — С. 46–50.

И.А. Тучкина, Ж.О. Гиленко

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Обследовано 128 девушек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями. Комплексное обследование включало клиническое и гинекологическое обследования, эхонографию, бактериологическое, серологическое и гормональное обследования. Установлено, что впервые пубертатное маточное кровотечение возникло у 48 (37,5 %) обследованных, рецидивирующее — у 28 (21,8 %). У 15–18-летних пациенток рецидивы пубертатных маточных кровотечений выявляли чаще, чем у девушек 10–14 лет (22,3 против 12,7 % соответственно). При изучении пубертатных маточных кровотечений на фоне экстрагенитальной патологии установлено, что у 89 % девушек-подростков кровотечение возникает на фоне отягощенной наследственности и при неблагоприятном преморбидном фоне, у 82 % больных — на фоне железодефицитной анемии и нарушений в свертывающей и противосвертывающей системах.

Ключевые слова: девушки-подростки, пубертатное маточное кровотечение, анемия.

I.A. Tuchkina, Z.O. Gilenko

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT OF JUVENAL UTERINE BLEEDING IN FEMALE ADOLESCENTS, DEPENDING ON CHARACTER OF ANEMIA

128 girls-teenagers with juvenal uterine bleeding are surveyed. Complex investigation included clinical and gynecologic inspections, bacteriological, serologic and hormonal inspections. It is established, that for the first time has arisen at 48 (37,5 %) the surveyed a bleeding at 28 (21,8 %) patients. At 15–18 years patients relapses are revealed more often, than at girls of 10–14 years (22,3 against 12,7 % accordingly). It is established, that at 89 % girls-teenagers the bleeding arises against the burdened heredity and adverse a background, at presence anemia at 82 % of patients and infringements in curtailing systems.

Key words: girls-teenagers, juvenal uterine bleeding, anemia.

Поступила 17.03.11