



УДК 618.14-005-053.6:616-08+577.17

ДИННИК В.О.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків

КАТАМНЕЗ ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ З УРАХУВАННЯМ ЗАСТОСУВАННЯ НЕГОРМОНАЛЬНОЇ І ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Резюме. Мета: з'ясування наслідків застосування гормональної і негормональної терапії у хворих на пубертатні маткові кровотечі.

Пацієнти та методи. У дослідженні взяли участь 196 дівчат-підлітків віком від 11 до 18 років, які знаходилися на лікуванні з приводу пубертатних маткових кровотеч у відділенні дитячої гінекології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Залежно від клінічного перебігу захворювання вони були розподілені на дві групи: I гр. — 131 дівчинка з епізодом маткової кровотечі, що виникла вперше, і II гр. — 65 дівчинок із рецидивуючим перебігом маткової кровотечі. У всіх хворих було досягнуто гемостаз: у 72 % — при застосуванні негормональних препаратів і у 28 % — після призначення гормонотерапії. Катамнестичне спостереження — від 6 місяців до 3–5 років.

Результати. У процесі динамічного спостереження (від 1 до 3–5 років) встановлено, що у пацієнток, у яких гемостаз було досягнуто за допомогою застосування розширеного арсеналу негормональних препаратів, відновлення ритмічності та тривалості менструального циклу відбувається вірогідно частіше, ніж при використанні гормонального гемостазу.

Висновки. Таким чином, наведені дані свідчать, що для дівчат-підлітків із пубертатними матковими кровотечами більш фізіологічним є призначення негормонального гемостазу.

Ключові слова: пубертатні маткові кровотечі, негормональне і гормональне лікування, катамнез.

Вступ

Збереження здоров'я жіночого населення починаючи з дитячого віку в сучасних умовах є однією з важливих державних задач. Це зумовлено негативними тенденціями у стані їх здоров'я та високим рівнем репродуктивних втрат у майбутньому [1, 2]. Дисфункціональні маткові кровотечі є доволі поширеною патологією, що не втрачає своєї актуальності. Проблема маткових кровотеч у періоді статевого дозрівання має доволі тривалу історію вивчення, проте і дотепер привертає пильну увагу дитячих гінекологів.

Це зумовлено перш за все тим, що сучасний період характеризується зростанням чисельності дівчат-підлітків із порушеннями менструальної функції (ПМФ) [3–5]. У структурі ПМФ серед госпіталізованих дівчат провідне місце займають пубертатні маткові кровотечі, за даними різних авторів вони становлять від 15 до 50 % [6–8].

Питання тактики лікування пацієнток із пубертатними матковими кровотечами (ПМК) залишаються в центрі уваги дослідників. Недостатня ефек-

тивність лікування порушень статевого дозрівання і менструальної функції в підлітковому віці, у тому числі і ПМК, може призвести до формування ендокринних порушень у подальшому і бути однією з причин зростання чисельності безплідних шлюбів [9–11]. Між тим забезпечення та збереження здоров'я дітей і підлітків — це найперспективніший внесок у репродуктивний потенціал суспільства.

Метою нашого дослідження було з'ясування наслідків застосування гормональної та негормональної терапії у хворих на пубертатні маткові кровотечі.

Матеріали та методи

У катамнезі від 6 міс. до 3–5 років спостерігалися 196 підлітків віком від 11 до 18 років, які знаходилися на лікуванні з приводу пубертатних маткових кровотеч у відділенні дитячої гінекології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН Укра-

© Динник В.О., 2014

© «Здоров'я дитини», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

їни». Залежно від клінічного перебігу захворювання вони були розподілені на дві групи: I гр. — 131 дівчинка з епізодом маткової кровотечі, що виникла вперше, і II гр. — 65 дівчинок із рецидивуючим перебігом маткової кровотечі. У всіх хворих було досягнуто гемостаз: у 72 % — при застосуванні негормональних препаратів і у 28 % — після призначення гормонотерапії.

При негормональному лікуванні хворих використовували кровозупинні (етамзилат натрію або дицинон, АКК, транексамова кислота), утеротонічні (окситоцин) препарати, що стимулюють метаболічні процеси (апілак, метіонін, калію оротат, рибоксин, актовегін, фібс, екстракт алое, плаценти), адаптогени (настоянка елеутерококу, женьшень, левзеї, лимоннику, заманіхи, екстракт родіоли, пантокрин), лікарські рослини (кропива, водяний перець, деревій, чистець губоцвітний, грицики — корінь або родовики лікарської трави, гірчак печечуйний, калина та інші), фізіолікування (кальцій-, бром-електрофорез (комір за Щербаком), сірчано-кислий магній-електрофорез на ділянки верхніх шийних симпатичних гангліїв, електросон), при необхідності — антианемічні препарати, вітаміни (відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»). До арсеналу загальнозвісних препаратів, що застосовуються для зупинки кровотечі, додавались препарати антисеротонінової дії (перитол) і нестероїдний протизапальний засіб (мефенамінова кислота) за методикою, розробленою в інституті [12, 13]. У 28 % хворих застосування негормональних методів лікування не призвело до бажаного ефекту (настання гемостазу), у зв'язку з чим перейшли на лікування монофазними гормональними препаратами (ригевідон, регулон). У разі виявлення гіперандрогенії перевага віддавалася гормональним препаратам, де прогестином є андрокур — антиандроген (діане-35). Лікування — за стандартними схемами.

Статистичний аналіз даних проводився за допомогою пакета прикладних програм Statgraphics Plus for Windows 3.0 (Manugistic Inc., USA), рівень вірогідності оцінювали за методами Стьюдента (P), ку-

тового перетворення Фішера (Pф), критерієм U Вілкоксона — Манна — Уїтні, χ^2 -критерієм Пірсона.

Результати та їх обговорення

Аналіз катамнестичних спостережень дозволив з'ясувати, що при досягненні гемостазу негормональними засобами питома вага підлітків із нормальним менструальним циклом вірогідно збільшувалася в динаміці спостереження при проведенні лікувально-профілактичних заходів. Слід зазначити, що це відбувалося як серед підлітків з першим епізодом кровотечі, так і при рецидивах захворювання.

Так, відсоток дівчат із ритмічним менструальним циклом вірогідно збільшувався при спостереженні від 6 місяців до 3 років в 1,2–1,3 раза і становив на третьому році спостереження близько 63,0–67,0 % залежно від клінічного перебігу (рис. 1).

Суттєво зменшувалася відсоток хворих із рецидивами кровотеч (рис. 2): у групі з першим епізодом маткової кровотечі — майже в 3 рази (11,1 проти 29,0 %, $p < 0,01$), при рецидивах — у 5 раз (5,3 проти 25,0 %, $p < 0,001$).

Олігоменорея після 6 місяців нагляду з однаковою частотою відмічалася в обох групах (10,1 і 10,7 %), потім вірогідно зростала на другому році (21,4 і 33,3 %; $p_{1,2} < 0,001$) і знов зменшувалася і реєструвалася на третьому році спостереження у 13,9 % пацієнтів із першим епізодом кровотечі й у 21,0 % — при рецидивуючому перебігу захворювання (рис. 3).

Лікування маткових кровотеч пубертатного періоду є доволі тяжкою задачею. Невід'ємна складова цієї терапії — використання сучасних гормональних препаратів. При використанні гормонального гемостазу ми очікували на відновлення менструальної функції в динаміці спостереження — так званий rebound effect на скасування гормональних препаратів. Однак ми цього не виявили. Навпаки, при подальшому спостереженні відсоток дівчат із нормальним менструальним циклом не збільшувалася, а зменшувалася (рис. 4). Причому це відбувалося незалежно від того, до якої групи належала дівчинка.

У підлітків із першим епізодом кровотечі відсоток дівчат із ритмічними менструаціями зменшу-

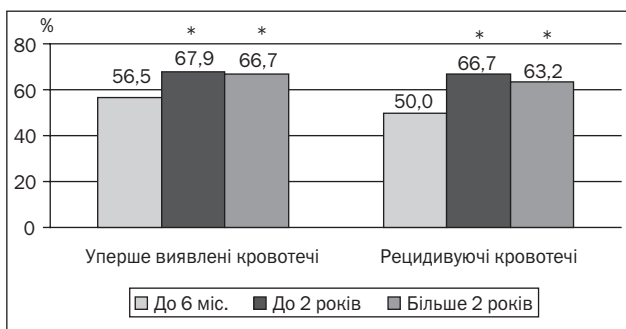


Рисунок 1. Питома вага нормального менструального циклу у дівчат-підлітків після застосування негормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

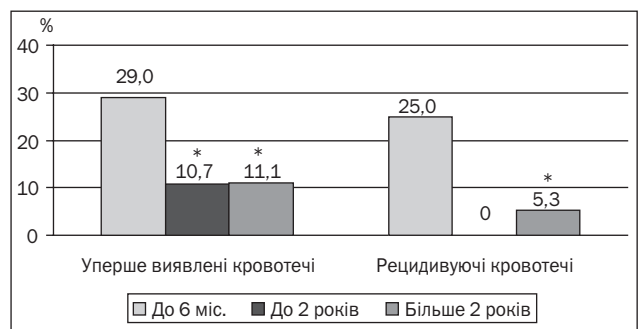


Рисунок 2. Питома вага рецидивів кровотеч у дівчат-підлітків після застосування негормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

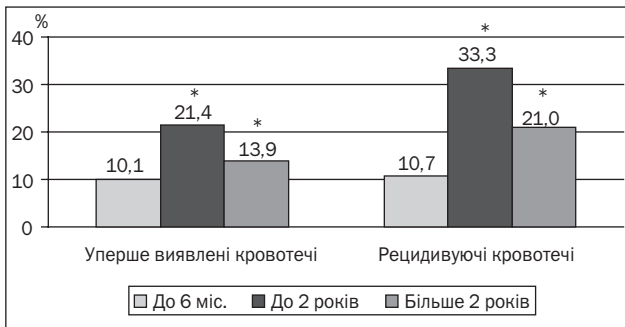


Рисунок 3. Питома вага олігоменореї у дівчат-підлітків після застосування негормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

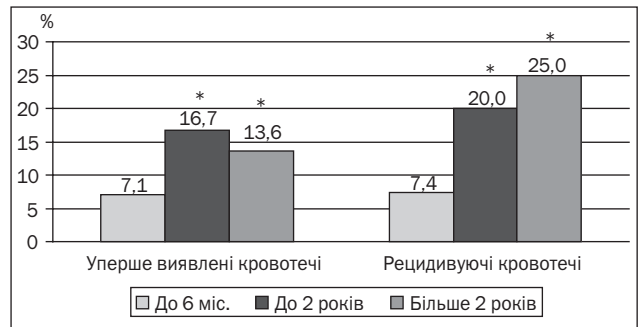


Рисунок 5. Питома вага рецидивів кровотеч у дівчат-підлітків після застосування гормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

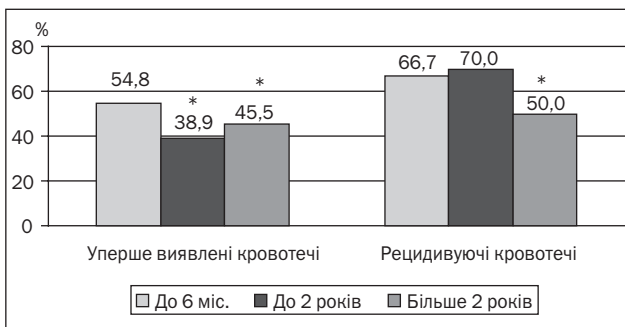


Рисунок 4. Питома вага нормального менструального циклу у дівчат-підлітків після застосування гормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

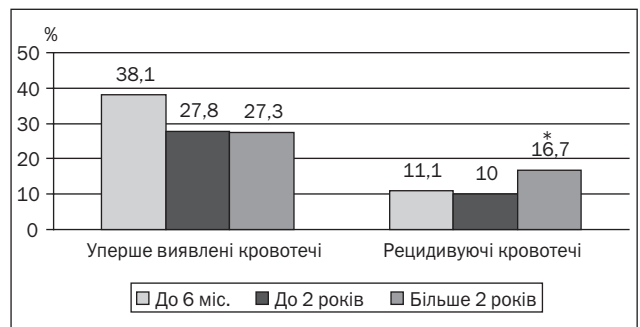


Рисунок 6. Питома вага олігоменореї у дівчат-підлітків після застосування гормональної терапії в динаміці спостереження: * — $p < 0,05$ по відношенню до аналогічних показників при інших строках спостереження

вався з 54,8 до 45,5 % ($p < 0,05$), а при рецидивах — з 66,7 до 50,0 % ($p < 0,001$).

Рецидиви кровотеч у перші місяці після гормонотерапії реєструвалися в 3,5–4 рази рідше, ніж при використанні негормональної терапії, проте в динаміці спостереження їх питома вага вірогідно зростала: в 2,4 раза — у групі підлітків із першим епізодом кровотечі і майже в 3 рази — серед підлітків, які вже лікувалися з приводу рецидивів маткових кровотеч (рис. 5).

Так, якщо після 6 місяців спостереження кількість таких підлітків становила 7,1 % при маткових кровотечах, що виникли вперше, і 7,4 % — при рецидивах, то на другому році і в подальшому вірогідно збільшувалася і досягала 13,6 і 25,0 % відповідно ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,001$).

Порушення за типом олігоменореї залишалися без змін і реєструвалися майже у третини (27,3 %) хворих із першим епізодом кровотечі та у 16,7 % — із рецидивуючим перебігом захворювання (рис. 6). Тобто ми не можемо сказати, що призначення КОК підвищує вірогідність появи синдрому гальмування гіпоталамо-гіпофізарно-гонадного комплексу, або так званої postpill аменореї у дівчат із ПМК.

Висновки

Таким чином, наведені дані свідчать, що для дівчат-підлітків більш фізіологічним є призначення

негормонального гемостазу. Так, при спостереженні питома вага дівчат із ритмічним менструальним циклом збільшувалася в 1,2–1,3 раза і становила на третьому році спостереження близько 63–67 % хворих залежно від клінічного перебігу. Суттєво зменшувався відсоток хворих із рецидивами кровотеч. При використанні гормонального гемостазу при подальшому спостереженні відсоток дівчат із нормальним менструальним циклом не збільшувався, а зменшувався. Причому це відбувалося незалежно від того, до якої групи належала дівчинка. Зростала питома вага дівчаток із повторними кровотечами. Порушення за типом олігоменореї залишалися без змін і реєструвалися майже у третини хворих із першим епізодом кровотечі і у 16,7 % — із рецидивуючим перебігом захворювання.

Список літератури

- Кушинский Н.Е., Стрижаков А.Н. Патогенетические факторы нарушений менструальной функции у женщин с патологическим течением пубертата // *Вопр. экспериментальной биологии и медицины.* — 1997. — Т. 123, № 4. — С. 449-451.
- Rezan A. Kadir, Andra H. James. Reproductive health in women with bleeding disorders // *Treatment hemophilia.* — 2009. — № 48. — P. 1-13.
- Ушакова Г.А., Елгина С.И., Назаренко М.Ю. Repродуктивное здоровье современной популяции девочек // *Акушерство и гинекология.* — 2006. — № 1. — С. 34-39.
- Андрієць О.А. Порушення менструальної функції серед дівчат Буковини // *Розлади менструальної функції й дівчат-*

підлітків та їх віддалені наслідки: тез. Всеукр. наук.-практ. конф. — X., 2008. — С. 9-11.

5. Palep-Singh M., Prentice A. *Epidemiology of abnormal uterine bleeding // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol.* — 2007. — Vol. 21(6). — P. 887-890.

6. Кабаченко О.В. *Особенности stanu репродуктивного здоров'я дівчаток і дівчат-підлітків в сучасних умовах // Розлади менструальної функції у дівчат-підлітків та їх віддалені наслідки: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф.* — X., 2008. — С. 37-39.

7. Уварова Е.В. *Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акушерство и гинекология.* — 2006. — С. 27-30.

8. Вовк І.Б., Петербурзька В.Ф. *Своєчасна діагностика і терапія пубертатних маткових кровотеч у дівчаток — запорука репродуктивного здоров'я // Нова медицина.* — 2003. — № 5. — С. 46-50.

9. Чайка В.К., Матыцина Л.А. *Гинекологическая эндокринология девочек и девушек: рук. для врачей.* — Донецк: Лебедь, 2004. — 268 с.

10. Даниленко О.Г. *Дисфункціональні маткові кровотечі, значення, проблеми: огляд // Репродуктивное здоровье женщины.* — 2007. — № 4(33). — С. 153-157.

11. Hickey M., Adam Balen. *Menstrual disorders in adolescence: investigation and management // Human reproduction update.* — 2003. — Vol. 9, № 5. — P. 493-504.

12. Пат. 41814, UA, АГІК 31/445. *Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч перитолом / В.О. Диннік [та ін.]; заявник і патентовласник ДУ «ІОЗДП АМНУ».* Заяв. 25.07.1997 р., Опубл. 17.09.1999 р., Бюл. № 8.

13. Пат. 33917, UA, МПК А 61 К 31/195. *Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч мефенаміновою кислотою / В.О. Диннік [та ін.]; заявник і патентовласник ДУ «ІОЗДП АМНУ».* — № 99042422; Заявл. 28.04.1999 р., Опубл. 15.02.2001 р., Бюл. № 1.

Отримано 25.11.13 ■

Дынник В.А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ С ПУБЕРТАТНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ С УЧЕТОМ ПРИМЕНЕНИЯ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ И ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме. Цель: выяснение последствий применения гормональной и негормональной терапии у больных с пубертатными маточными кровотечениями.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 196 девочек-подростков в возрасте от 11 до 18 лет, которые проходили лечение по поводу пубертатных маточных кровотечений в отделении детской гинекологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». В зависимости от клинического течения заболевания они были распределены на 2 группы: I гр. — 131 девочка с впервые возникшим эпизодом маточного кровотечения и II гр. — 65 девочек с рецидивирующим течением маточного кровотечения. У всех пациенток был достигнут гемостаз: у 72 % — при применении негормональных препаратов и у 28 % — после назначения гормонотерапии. Катамнестические наблюдения — от 6 месяцев до 3–5 лет.

Результаты. В процессе динамического наблюдения (от 1 до 3–5 лет) установлено, что у пациенток, у которых гемостаз был достигнут при применении расширенного арсенала негормональных препаратов, восстановление ритмичности и продолжительности менструального цикла происходит достоверно чаще, чем при использовании гормонотерапии.

Выводы. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что для девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями более физиологическим является назначение негормонального гемостаза.

Ключевые слова: пубертатные маточные кровотечения, негормональное и гормональное лечение, катамнез.

Dynnik V.O.

State Institution «Institute of Children and Adolescents Health Care of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

CATAMNESIS OF PATIENTS WITH PUBERTAL UTERINE BLEEDINGS IN TERMS OF USE OF NON-HORMONAL AND HORMONAL THERAPY

Summary. Objective: evaluation of hormonal and non-hormonal therapy effects in patients with pubertal uterine bleedings.

Patients and Methods. The study involved 196 adolescent girls, aged 11–18 years, treated for pubertal uterine bleedings in the in-patient department of pediatric gynecology, the State Institution «Institute of Children and Adolescents Health Care of National Academy of Medical Sciences of Ukraine». The patients were divided into 2 groups depending on the clinical course of the disease: I group — 131 girls with the first episode of uterine bleeding and II group — 65 girls with a recurrent course of the disease. Homeostasis was attained in all the patients: in 72 % — when using non-hormonal medicines, and in 28 % — after administration of hormonal drugs. Follow-up observations — from 6 months to 3–5 years.

Results. Dynamic observations (from 1 to 3–5 years) have established that in patients with hemostasis, attained by using a broad spectrum of non-hormonal remedies, restoration of the menstrual cycle rhythm and duration of menstrual cycle takes place more often than after a hormonally induced homeostasis.

Conclusions. Thus, the data obtained affirm that the choice of a non-hormonal homeostasis is more physiologic for adolescent girls with pubertal uterine bleeding.

Key words: pubertal uterine bleedings, non-hormonal and hormonal therapy, catamnesis.