

Особенности гормонального обеспечения аномальных маточных кровотечений в подростковом возрасте в современном социуме и негормональные методы их лечения

В.А. Дынник¹, Н.А. Щербина², А.А. Дынник²

¹ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН», г. Харьков

²Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

Дана сравнительная характеристика особенностей гормонального статуса девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями (АМК) за последние 10 лет. Показано, что у современных подростков маточные кровотечения (МК) достоверно чаще протекают на гиперэстрогенном фоне. В два раза увеличилось количество пациенток, у которых АМК сопровождаются гиперкортизолиемией. Значительно увеличился удельный вес больных с нормативными значениями ФСГ, но кровотечения в два раза чаще стали формироваться на фоне высокого уровня ЛГ. Выявлено, что у абсолютного большинства больных МК сопровождаются снижением уровня окситоцина. Обсуждаются вопросы негормонального лечения аномальных МК в подростковом возрасте. **Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения, подростковый возраст, гонадотропные и половые гормоны, лечение.

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков – один из самых перспективных вкладов в репродуктивный потенциал общества. От уровня здоровья в подростковом возрасте зависят жизненные планы, профессиональная подготовка, стремление к созданию семьи и рождению детей. В мировом сообществе девочки рассматриваются как действительный резерв воспроизводства, в связи с этим проблема сохранения их общего и репродуктивного здоровья в современных условиях приобретает первостепенную важность [1, 2].

Начиная с подросткового возраста, в жизнь каждой здоровой женщины приходят менструации, т. е. регулярные маточные кровотечения (МК), связанные с циклом созревания яйцеклетки (овуляции). Это совершенно нормальное явление в жизни девочки, если длительность менструального цикла составляет от 21 до 35 дней, длительность менструальных кровотечений 3–7 дней, а общая кровопотеря при менструации в среднем – 25–40 мл. Однако в качестве верхнего предела нормы принято 80 мл, так как именно такая кровопотеря уже приводит к снижению гемоглобина. Исходя из этого, диагноз дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) устанавливают при увеличении длительности кровянистых выделений более 7 дней, кровопотере более 40–80 мл и нарушении цикличности кровянистых выделений [3–5]. МК, которые возникают в подростковом возрасте, носят название «пубертатные маточные кровотечения», или «ювенильные» и связаны с нарушением гормонального гомеостаза и отсутствием органических нарушений половой системы (опухоли, аномалии развития, нарушения в свертывающей системе, тромбоцитопении и т. п.).

В 2011 году FIGO предложило отказаться от использования старой терминологии в отношении МК и предложило использовать новую классификацию, основанную на этиологии кровотечения (классификационная система FIGO

(PALM-COEN) причин аномальных МК у небеременных женщин репродуктивного возраста) [6, 7]. Был введен термин «аномальные маточные кровотечения» (АМК), подразумевающий любое МК, не соответствующее параметрам физиологической менструации женщины репродуктивного возраста. В подростковой гинекологии в последние годы все чаще и чаще стали употреблять также термин «АМК пубертатного периода». Это дает возможность корректной интерпретации данных научных разработок, облегчает взаимопонимание специалистов разных стран и решает проблему различной терминологии.

Среди всех гинекологических заболеваний в ювенильном возрасте МК являются одной из самых тяжелых патологий по своему течению. Потеря крови в возрасте, когда адаптационные механизмы еще до конца не сформированы, представляет реальную угрозу для жизни девочки и значительно быстрее, чем у взрослых, приводит к снижению артериального давления, уровня гемоглобина и как следствие к нарушению функционирования жизненно важных органов и систем [8, 9].

Цель исследования: выяснение особенностей гормонального обеспечения аномальных МК в пубертатном возрасте у современных подростков и определение эффективности негормональных методов их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена по результатам клинического и параклинического обследования 498 девушек-подростков 11?18 лет с АМК пубертатного периода, которые находились на лечении в отделении детской гинекологии ГУ «ИОЗДП НАМН» с 1999 по 2004 (324) и с 2009 по 2012 год (174). Алгоритм обследования включал определение в сыворотке крови содержания ЛГ, ФСГ методом иммуноферментного анализа на фотометре «Humagreader» (Германия) с использованием стандартных коммерческих наборов фирмы «Human» (Германия). Уровень стероидных гормонов: эстрадиола (Е₂), тестостерона (Т) и кортизола (К) определяли с использованием Immunotech A Beckman Coulter (Чехия) и «ХОПИБОХ» (Беларусь). Концентрацию окситоцина (От) определяли в плазме крови иммуноферментным методом с помощью стандартных коммерческих наборов «Peninsula Laboratories inc. US».

Негормональное лечение больных предусматривало назначение симптоматических средств (утеротоники, антифибринолитики, общестимулирующие препараты, влияющие на микроциркуляцию, лекарственные травы), физиотерапии, а также препаратов антисеротонинового действия (перитол) и нестероидных противовоспалительных препаратов (мефенаминовая кислота) по методике, разработанной в ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН»

[10,11]. Для статистического анализа использовали пакет прикладных программ «Statgraphics Plus for Windows 5.0» (Manugistic Inc., USA). Уровень достоверных различий принимали при $P < 0,05$.

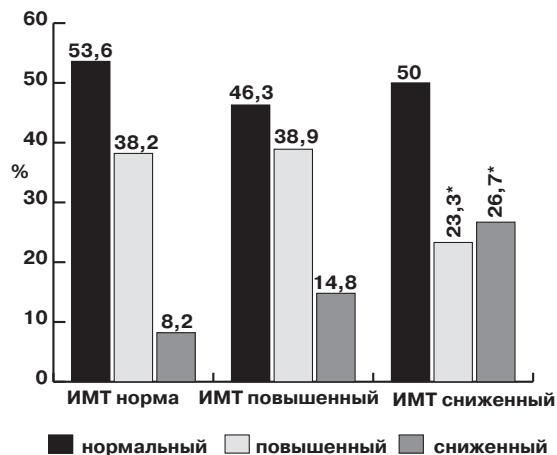
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общеизвестно, что одним из ведущих звеньев в формировании и развитии АМК пубертатного периода являются нарушения процессов эстрогенообразования. Данные относительно функционального состояния яичников разнятся. Чаще всего отмечают, что АМК протекают на фоне гипоэстрогении, но описываются и гипер-, и нормоэстрогенные формы МК в ювенильном возрасте. Определенную роль играют нарушения соотношений отдельных фракций эстрогенов [12, 13]. По данным наших исследований еще 7–10-летней давности у подавляющего большинства подростков (69,2–61,4%) АМК возникали на фоне гипоэстрогении, причем почти у 70% из них отмечалось резкое снижение E_2 (менее 0,1 нмоль/л) и только у 6–10% на фоне гиперэстрогении [14, 15]. Однако данные последних лет свидетельствуют о том, что у современных девочек только у 5–9% пациенток кровотечения носят гипоэстрогенный характер и более чем у трети они протекают на фоне гиперэстрогении [16]. На наш взгляд, это связано с тем, что сейчас в пубертатный возраст вступили девочки, рожденные в середине и конце 90-х годов XX ст. Это период больших социально-экономических потрясений, значительной распространенности употребления в пищу гамбургеров, хот-догов, кока-колы и прочих фаст-фудов, продуктов, богатых соей, которая является мощным фитоэстрогеном, полуфабрикатов, которые готовятся с использованием современных интенсивных технологий производства и применением химических, гормональных, анаболических препаратов, которые не нейтрализуются при термической обработке и, попадая в организм человека, вызывают нарушения функционирования различных органов и систем, в том числе эндокринной.

Мы не выявили существенных различий в содержании E_2 , от того впервые возникло кровотечение или носит рецидивирующий характер. Однако уровень E_2 зависел от индекса массы тела – ИМТ (рис. 1).

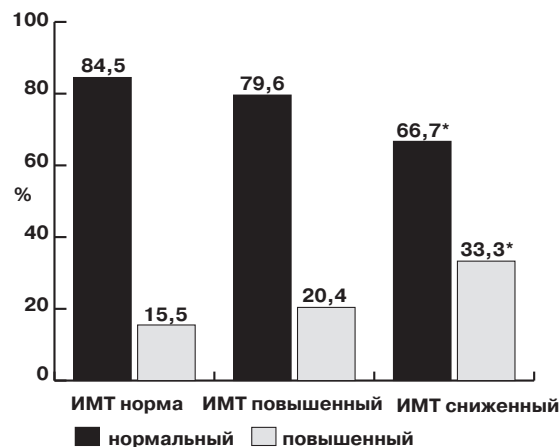
У девочек с дефицитом массы тела кровотечения все же чаще, чем при нормальной и избыточной массе тела, протекали на фоне гипоэстрогении, хотя это и в 2 раза реже, чем в предыдущие годы. Содержание Т не претерпело существенных изменений за последние 7–10 лет. Как и в прежние годы у абсолютного большинства больных кровотечения продолжают протекать на фоне нормальной продукции Т, не зависящей от того, впервые оно возникло или носит рецидивирующий характер. Однако следует отметить, что хотя средний уровень Т достоверно увеличился по сравнению с предыдущими годами (как при первом эпизоде кровотечения – $1,75 \pm 0,18$ против $2,89 \pm 0,11$ нмоль/мл; $p < 0,0001$, так и при рецидивах – $2,11 \pm 0,21$ против $3,21 \pm 0,23$ нмоль/мл; $p < 0,0001$), однако оставался в пределах физиологических значений. Так же как, и E_2 , уровень Т зависел от ИМТ (рис. 2).

При дефиците массы тела значительно снижался удельный вес подростков с нормальными значениями Т и увеличивался с повышенными его содержанием в сыворотке крови. Среди современных подростков с АМК значительно увеличился удельный вес пациенток с нормативным соотношением Т/ E_2 (66,2% против 31,1%; $p < 0,0001$). На наш взгляд, это связано с тем, что, с одной стороны, появилось больше гиперэстрогенных форм АМК (за счет этого снизилось количество повышенных значений коэффициента), а с другой – несколько повысились абсолютные значения Т (это обуславливает уменьшение количества сниженных соотношений).



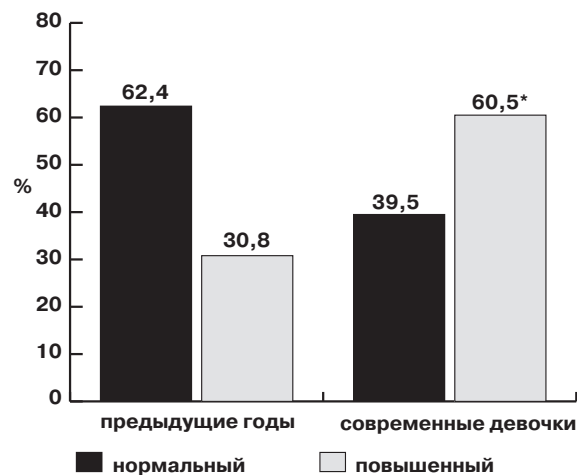
* $p < 0,01$ по отношению к аналогичным показателям при другом ИМТ

Рис. 1. Уровни E_2 у больных с АМК в период пубертата в зависимости от ИМТ



* $p < 0,01$ по отношению к аналогичным показателям при другом ИМТ

Рис. 2. Уровни Т у больных с АМК в период пубертата в зависимости от ИМТ



* $p < 0,001$ по отношению к аналогичному показателю в предыдущие годы

Рис. 3. Удельный вес больных с разным уровнем К в крови

Изменения коснулись и уровня К. 7–10 лет тому назад МК в большинстве случаев протекали на фоне нормальных значений К в сыворотке крови, только у трети регистрировались повышенные его уровни. У современных девочек до

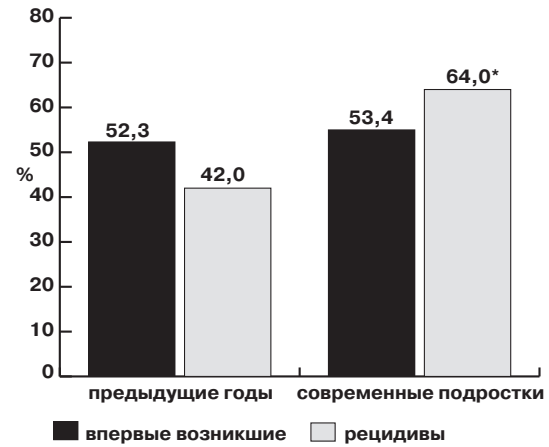
стоверно увеличился удельный вес больных с высокими цифрами К и снизился с нормальными (рис. 3). Это связано, скорее всего, с тем, что К относится к стрессобеспечивающим гормонам, а триггером МК зачастую выступает именно эмоциональный стресс. За последние годы значительно повысился уровень стрессогенных ситуаций среди подростков (конфликты с родственниками, учителями, сверстниками, переживания по поводу личных взаимоотношений). По данным наших исследований, большинство пациенток с АМК (66,7%) испытывали эмоциональный стресс как в школе, так и в семье, что достоверно чаще, чем у сверстников (48,1%; $p < 0,05$).

Характер изменений гонадотропной функции гипофиза также претерпел определенные изменения. Наши данные свидетельствуют о том, что, как и в предыдущие годы, только у трети пациенток кровотечения сопровождались нормогонадотропинемией. Более чем у половины пациенток отмечалась рассогласованность в деятельности гонадотропной системы (десинхронизация их продукции), причем у современных девочек при рецидивах кровотечений это стало происходить достоверно чаще (рис. 4). Значительно увеличился удельный вес больных с нормативными значениями ФСГ, практически в 2 раза (с 40,5% до 79,9%; $p < 0,01$), но кровотечения чаще (в 1,8 раза) стали формироваться на фоне высоких значений ЛГ (22,4% против 12,9%; $p < 0,05$), поэтому коэффициент ЛГ/ФСГ существенно не изменился. Следует отметить, что достоверных различий, от того кровотечения возникло впервые или носит рецидивирующий характер, выявлено не было. Изучение пролактинсинтезирующей функции существенных различий в уровнях пролактина (ПРЛ) в предыдущие годы, и у современных подростков не выявило. Как и в прежние годы у абсолютного большинства больных с АМК содержание ПРЛ колебалось в пределах физиологической нормы (от 70,4% до 73,2%).

Широко известны физиологические и фармакологические свойства нейрогипофизарного гормона От, его участие в регуляции менструального цикла. Он влияет не только на сократительную деятельность матки, но оказывает центральное действие: принимает участие в продукции тропных гормонов, особенно ПРЛ, способствует выработке простагландинов (ПГ), регулирует эстрогенообразование в яичниках, осуществляет контроль за лютеинизацией фолликула. Он является стресслимитирующим гормоном – увеличивает стрессоустойчивость [17]. В результате проведенных нами исследований выяснилось, что средние значения гормона От у больных с АМК были в 1,5–2,3 раза ниже, чем в контроле (при первом эпизоде кровотечения на 34,0%, при рецидивах на 49,0%). Только у трети пациенток он колебался в пределах физиологической нормы (31%). Следует отметить, что нормативные показатели От только в половине случаев совпадали с физиологическими значениями гонадотропинов, ПРЛ, Е₃. У большинства пациенток наблюдалось снижение уровня От (61,9%) [18].

В последнее время появляются сообщения о том, что использование утеротонических препаратов, а именно От при ДМК малоэффективно, так как повышение сократительной деятельности матки не является патогенетическим способом лечения этих состояний и не дает положительного результата в случае разросшейся слизистой оболочки. Однако убедительных, доказательных данных о нецелесообразности применения От мы не нашли. Вопрос этот остается дискуссионным, так как в приказе МЗ Украины [19] среди препаратов, которые используют при АМК в пубертатном возрасте, на первом месте стоит От.

Действие От реализуется через окситоциновые рецепторы (ОР). Система От–ОР, кроме репродукции, участвует в регуляции расслабления сердца и сосудов, поведенческих функций (поведение в обществе, формирование материнского чувства, памяти, прием жидкости и пищи, модуляция



* $p < 0,01$ по отношению к аналогичному показателю в предыдущие годы

Рис. 4. Десинхронизированный тип продукции гонадотропинов у больных с АМК в период пубертата

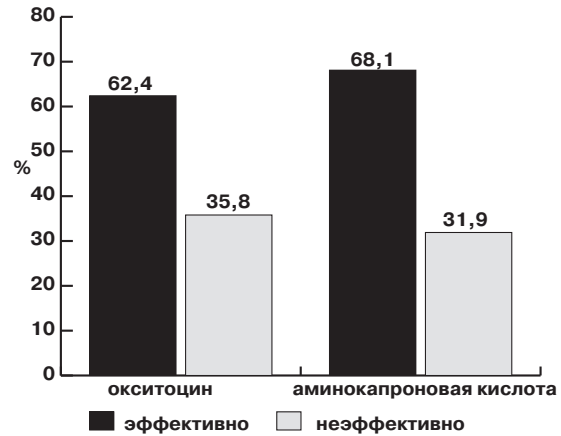
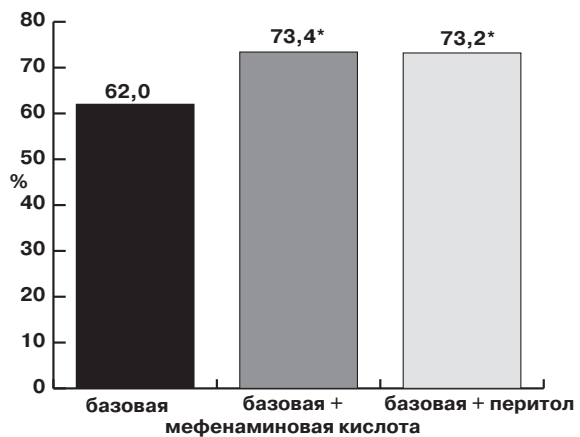


Рис. 5. Эффективность применения От и аминокапроновой кислоты у больных с АМК в период пубертата



* $p < 0,01$ по отношению к базовой терапии

Рис. 6. Эффективность симптоматической терапии у больных с АМК пубертатного периода

анорексии). Сравнительно недавно – в 2005 году была открыта психофизиологическая роль От-нейромодулятора, его участие в реализации эмоций. В ходе нескольких экспериментов выяснилось, что От увеличивает степень доверия

к конкретному человеку, оказывает мощное антистрессовое и даже релаксирующее действие. Совсем недавно появились публикации о попытках лечения аутизма препаратами От [20, 21].

Назначая От нашим пациенткам, мы рассчитывали не только на его периферическое действие, но и участие в регуляции центральных нарушений (рис. 5). Наиболее эффективным у больных с АМК оказалось введение От внутривенно капельно. Это связано прежде всего с тем, что период полураспада От составляет 3–5 мин, в связи с этим медленное капельное введение способствует большей эффективности за счет увеличения продолжительности действия. Эффективность резко снижается при гиперплазии эндометрия. Практически у 83–92% больных отрицательный эффект был при наличии внутриматочного М-эхо более 10 мм при УЗИ органов малого таза.

Углубление знаний о патогенезе заболеваний представляет несомненный интерес для клиницистов, дает возможность разрабатывать новые и усовершенствовать существующие методы лечения. Понимание развития патологических сдвигов – суть их предупреждения.

Харьковская школа детских гинекологов традиционно стоит на позициях разработки и совершенствования негормональных методов лечения. Помимо традиционной негормональной терапии, рекомендованной протоколами МЗ Украины, нами в последние годы успешно используются в лечении АМК такие препараты, как перитол, обладающий антисеротониновыми свойствами, и мефенаминовая кислота, участвующая в обмене ПГ. Нами получены патенты на применение этих препаратов в подростковом возрасте [10, 11].

Дополнительное назначение в комплексе лечебных препаратов мефенаминовой кислоты и перитола приводит к достоверному повышению эффективности негормональной терапии, и, что очень важно, сокращает на 2–3 дня время наступления гемостаза (рис. 6).

Учитывая клинический полиморфизм и патогенетическое многообразие АМК, для назначения адекватной терапии уже на ранних этапах лечения и исходя из принципов инди-

видуального комплексного подхода к его назначению важным, на наш взгляд, было создание прогноза эффективности негормональной терапии. При изучении прогностически значимых анамнестических, клинических и гормональных показателей было установлено, что наиболее важную роль при достижении гемостаза негормональными препаратами играют: отсутствие отягощенной наследственности, менструальный возраст до года, половое развитие, соответствующее паспортному, дебют заболевания с менархе или в первый год становления функции, продолжительность кровотечения до двух недель, отсутствие анемии, персистирующих фолликулов или кист в яичниках, увеличенного внутриматочного М-эхо при УЗИ органов малого таза, нормальные значения ФСГ, ЛГ, К, катехоламинов, нормальный или сниженный уровень ЛГ, От. Учитывая степень информативности перечисленных выше показателей, создана прогностическая таблица, включающая наиболее информативные признаки и позволяющая осуществлять прогнозирование эффективности терапии еще при ее назначении [22].

ВЫВОДЫ

Все изложенное выше свидетельствует о том, что при выборе метода лечения и разработке рациональных схем терапии следует учитывать как течение самого заболевания, так и его гормональное обеспечение. Достижение гемостаза – это лишь первый этап лечения больных с АМК. Для восстановления гормонального гомеостаза, профилактики рецидивирования кровотечения и восстановления нарушенной менструальной функции необходимо проведение повторных курсов терапии и достаточно продолжительных реабилитационных мероприятий.

Наш же клинический опыт убеждает в том, что использование рационально подобранных негормональных лечебных комплексов позволяет у большинства больных добиться не только гемостатического эффекта, но и положительного влияния на функционирование всего организма и восстановление репродуктивного потенциала.

Особливості гормонального забезпечення аномальних маткових кровотеч у підлітковому віці в сучасному соціумі і негормональні методи їх лікування В.О. Диннік, Н.А. Щербина, О.А. Диннік

Дана порівняльна характеристика особливостей гормонального статусу дівчат-підлітків з аномальними матковими кровоточами (АМК) за останні 10 років. Показано, що у сучасних підлітків маткові кровотечі (МК) достовірно частіше перебігають на гіперестрогеновому фоні. У два рази збільшилась кількість пацієнок, у яких АМК супроводжуються гіперкортизолемією. Значно збільшилась питома вага хворих з нормативними значеннями ФСГ, проте кровотечі у два рази частіше стали формуватися на тлі високого ЛГ. Виявлено, що в абсолютній більшості пацієнок МК супроводжуються зниженням рівня окситоцину. Обговорюються питання негормонального лікування АМК у підлітковому віці.

Ключові слова: аномальні маткові кровотечі, підлітковий вік, гонадотропні і статеві гормони, лікування.

Peculiarities in the hormonal support of the abnormal uterine bleeding at puberty in the present society and non-hormonal methods of its treatment V.A. Dynnnyk, N.A. Shcherbina, A.A. Dynnnyk

The article presents comparative characteristic features of the hormonal status of adolescent girls with abnormal uterine bleeding (AUB) for the last 10 years. It has been shown that in the adolescents of today UB occurs significantly more often against the background of hyperestrogeny. A twofold increase is observed in the number of patients with AUB, accompanied with hypercortisolemia. A significant increase has been registered in a share of patients with normative FSH values, but bleeding begins to form twice more often against the background of high LH levels. In the absolute majority of patients UB has been registered to be accompanied by a decrease in the oxytocin level.

The issues of AUB non-hormonal treatment at puberty are the subject being discussed.

Key words: abnormal uterine bleeding, puberty, gonadotropic and sex hormones, treatment.

Сведения об авторах

Динник Виктория Александровна – ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН», 61153, г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-а; тел.: (0572) 62-71-70

Щербина Николай Александрович – Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, 61032, г. Харьков, ул. Малиновского, 4; тел.: (057) 712-00-82

Динник Александра Алексеевна – Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, 61032, г. Харьков, ул. Малиновского, 4; тел.: (057) 712-00-82, (050) 593-85-42

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипкін Ю.Г. Наукові та практичні проблеми збереження здоров'я дітей України / Ю.Г. Антипкін // *Врачеб. практика.* – 2007. – № 1. – С. 7–11.
2. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дітей та підлітків в Україні / О.О. Дудіна [та ін.] // *Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2007. – № 4. – С. 32–38.
3. Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding / E. Farrell // Reprinted from *Australian Family Physician.* – 2004. – Vol. 33, N 11. – P. 906–908.
4. Menorrhagia II: is the 80-ml blood loss criterion useful in management of complaint of menorrhagia? / P.E. Warner [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2004. – Vol. 190. – P. 1224–1229.
5. Livingstone M. Mechanisms of abnormal uterine bleeding / M. Livingstone, I.S. Fraser // *Human reproduction update.* – 2002. – Vol. 8, N 1. – P. 60–67.
6. FIGO classification system (PALM-COEN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age / MG. Munro, HOD Critchley, MS. Broder, IS. Fraser // *Intern J Gynecol Obstet.* – 2011. – Vol. 113. – P. 3–13.
7. Татарчук Т.Ф. Современный менеджмент аномальных маточных кровотечений / Т.Ф. Татарчук, О.Е. Ефименко, Т.В. Шевчук // *Репродуктивная эндокринология.* – 2013. – № 4. – С. 18–27.
8. Маточные кровотечения пубертатного периода // *Акушерство и гинекология: клинические рек.* / Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2006. – С. 337–353.
9. Репродуктивное здоровье детей и подростков: проблемы и пути решения // *Основы репродуктивной медицины: практическое рук.* / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк, 2001. – С. 457–540.
10. Пат. 41814, UA, АБІК31/445. Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч перитолом / В.О. Диннік; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМНУ», заявл. 25.07.97, опубл. 17.09.99. Бюл. № 8.
11. Пат. 33917, UA, МКВ АБІК31/95. Спосіб лікування ювенільних маткових кровотеч мефенаміновою кислотою / В.О. Диннік; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМНУ». – № у 99042422; заявл. 28.04.99; опубл. 15.02.01. Бюл. № 1.
12. Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding / E. Farrell // Reprinted from *Australian Family Physician.* – 2004. – Vol. 33, N 11. – P. 906–908.
13. Чернуха Г.Е. Дисфункциональные маточные кровотечения / Г.Е. Чернуха // *Consilium medicum.* – 2002. – Т. 4, № 10. – С. 5–8.
14. Диннік В.О. Особливості гормонального забезпечення хворих з пубертатними матковими кровотечениями / В.О. Диннік // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2005. – № 2. – С. 105–107.
15. Диннік В.О. Характеристика гормонального статусу дівчат із вперше виниклими пубертатними матковими кровотечениями / В.О. Диннік // *Експериментальна і клінічна медицина.* – 2006. – № 1. – С. 154–157.
16. Диннік О.О. Особливості вмісту стероїдних гормонів у хворих на пубертатні маткові кровотечі в сучасних умовах / О.О. Диннік // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2012. – № 3. – С. 86–89.
17. Окситоцин: современные представления о механизме действия и клиническом использовании / А.П. Мельников, В.А. Петрухин, В.А. Колесникова, Б.А. Слободянюк // *Российский вестник акушера гинеколога.* – 2009. – № 4. – С. 19–26.
18. Диннік В.О. Роль окситоцину у формуванні пубертатних маткових кровотеч / В.О. Диннік // *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* – 2010. – № 4. – С. 39–43.
19. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: наказ № 582 від 15.12.2003 / МОЗ України. – К., 2003. – 10 с.
20. Oxytocin, sexually dimorphic features of the social brain and autism / H. Yamasue [et al.] // *Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2009. – Vol. 63. – P. 129–140.
21. Oxytocin and social perception: Oxytocin increases perceived facial trustworthiness and attractiveness / A. Theodoridou [et al.] // *Hormones and Behavior.* – 2009. – Vol. 56. – P. 128–132.
22. Пат. 37008, UA, МПК А 61 В 10/00. Спосіб лікування пубертатних маткових кровотеч з попереднім прогнозуванням його ефективності / В.О. Диннік; заявник і патентовласник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМНУ». – № у 200808183; заявл. 17.06.08; опубл. 10.11.08. Бюл. № 21.

Статья поступила в редакцию 29.05.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МЕДИКИ: АУТИЗМ У РЕБЕНКА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ЕЩЕ НА СТАДИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Педиатры уверены: аутизм можно диагностировать еще в утробе с помощью обычного УЗИ. У детей с расстройствами аутистического спектра аномально быстро растут мозг и тело в начале второго триместра (где-то на 20-й неделе беременности). И сканирование обязательно это выявит.

Данное открытие дает надежду на разработку диагностических тестов нового поколения и эффективной тера-

пии, передает Meddaily. Если диагноз поставят еще на стадии внутриутробного развития, то нет никакой необходимости ждать до 3-4 лет, когда обычно появляются симптомы. К этому моменту уже потеряны ценные годы, которые можно потратить на обучение.

Исследование проводилось на базе результатов сканирований. Они делались, начиная с декабря 2008 года. Специа-

листов особенно интересовали УЗИ 40 детей, у которых впоследствии выявили аутизм, и 140 здоровых детей. В расчет принимали также возраст матерей и прочие факторы.

Эксперты надеются добавить в составленную базу данных больше информации об УЗИ, чтобы получить более полную картину.

Источник:

<http://www.rosbalt.ru/>