

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду

Т.В. Герасимова

Національна медична академія імені П.Л. Шупика, м. Київ

Медичні аспекти здоров'я жінки № 6 (111) 2017

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду є проявом відхилення становлення репродуктивної функції, які зумовлені, з одного боку, незрілістю її регуляції, з іншого – патологічними ендоекологічними факторами. У статті представлено сучасний погляд на етіологію, патогенез, клінічний перебіг розладів менструальної функції у найбільш уразливої категорії жіночого населення – дівчаток-підлітків. Основна увага приділена питанням діагностики та лікування даної патології. В арсеналах лікарів-дитячих гінекологів збільшується кількість лікувальних засобів, особливо фіто- та гомеопатичних препаратів, які покращують ефективність лікування, адже гормональну корекцію порушень репродуктивної системи в підлітковому віці слід проводити з особливою обережністю. Своєчасна діагностика аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду та вибір раціональної тактики є запорукою ефективного лікування та попередження порушень репродуктивної функції.

Ключові слова: аномальні маткові кровотечі, анемія, патологічне менархе, ендометрій, фітотерапія, комбіновані оральні контрацептиви, гестагени.

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК ПП) – це кровотечі в період статевого дозрівання, зумовлені порушенням відторгнення ендометрія.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. на розлади менструального циклу (МЦ) вперше захворіло 17 833 дівчат підліткового віку (15–17 років), або 29,11 на 1000 дівчат-підлітків. Частота АМК ПП серед гінекологічних захворювань цієї вікової групи коливається від 20 до 37% і становить понад 50% серед усіх звернень до дитячого гінеколога.

Етіологія АМК ПП пов'язана з віковою нестійкістю регуляторних механізмів ендокринної системи та її високою чутливістю до несприятливих впливів у період статевого дозрівання. Фактори, які можуть спричинити АМК ПП: генітальні та екстрагенітальні захворювання матері, патологічний перебіг антенатального періоду, інфекційні та хронічні соматичні захворювання дівчинки, стрес, ендокринопатії.

Порушення здоров'я матері супроводжується напруженням адаптаційних механізмів, що впливає на процеси стероїдогенезу, стабільність рівня гормонів і, як наслідок, на внутрішньоутробне формування статевої системи дівчинки.

Тому передумовами виникнення АМК ПП можуть бути:

- порушення репродуктивної функції матері (розлади МЦ, безпліддя, звичне невиношування, патологічні пологи);
- стан здоров'я жінки у прегравідарний період, а саме: соматичні (особливо ендокринопатії – патологія щитоподібної залози і цукровий діабет) та можливі гінекологічні захворювання;
- ускладнення при виношуванні вагітності: загроза переривання та передчасних пологів, гестози, передчасні пологи, а також захворювання під час вагітності (ГРЗ, ГРВІ та/або загострення соматичних захворювань);
- соціально-побутові умови сім'ї, виробничі та екологічні шкідливі чинники, що мали вплив на вагітну.

Порушення в антенатальний період. Патологічні впливи в антенатальний період, такі, як реалізація вірусної і хламідійної інфекції, використання лікарських засобів із тератогенним ефектом під час вагітності, можуть призвести до порушення

формування статевої системи і спричинити надалі АМК у пубертатний період.

Негативні впливи в період новонародженості. Септичні захворювання, вірусні інфекції, використання високих доз антибактеріальних та/або гормональних препаратів у цей період є факторами, які впливають на розвиток статевих органів у цілому і зокрема на формування фолікулярного апарату яєчників (уповільнення або прискорення розвитку чутливості рецепторів як у фолікулах, так і в ендометрії). Несприятливим для розвитку статевої системи є народження дитини з малою вагою – <2,5 кг (при передчасних пологах, особливо після застосування допоміжних репродуктивних технологій). Неналежні соціально-побутові умови та недостатній санітарно-гігієнічний догляд за новонародженою порушують як загальний, так і статевий розвиток дівчинки.

Дитячий («нейтральний») період. У середині «нейтрального» періоду активуються ланцюги репродуктивної системи. Наростання м'язової маси дівчинки цього віку стимулює підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), що сприяє утворенню у гранульозних клітинах фолікулів рецепторів до нього. Досягнення критичної м'язової маси та відповідно зростання рівня ФСГ призводять до початку секреції лютеїнізуючого гормону (ЛГ). Саме підвищення секреції ЛГ активує чутливість рецепторів гранульозних клітин фолікулів до ФСГ, що є пусковим моментом активного стероїдогенезу в яєчниках.

У дитячий («нейтральний») період несприятливі впливи можуть уповільнити або прискорити процеси розвитку чутливості яєчників до гонадотропінів. При несвоєчасній та надмірній активації фолікулів відбувається одночасне зростання декількох астральних фолікулів, можлива їх персистенція або навіть утворення фолікулярних кіст, що призводить до передчасних маткових кровотеч.

Несприятливий вплив на формування статевої системи в дитячий період мають дитячі інфекції, спричинені вірусами, дифтерійною паличкою, дифтероїдами, стрептококами (особливо в тяжкій формі), які можуть призвести до ураження рецепторів яєчників.

Незбалансоване харчування, використання продуктів із підвищеним вмістом гормонів, антибіотиків, барвників тощо (насамперед в цей віковий період дитини) зумовлюють порушення статевого розвитку у зв'язку з високою чутливістю гіпоталамуса і гіпофіза до гормонів у дівчат (у 10 разів вищою, ніж у жінок).

Препубертатний період. Процеси, розпочаті в «нейтральний» період, активуються, приєднується підвищення глюкокортикоїдної активності наднирників, що створює сприятливі умови для періоду адренархе, який передує пубертатному періоду. Підвищення синтезу андрогенів і глюкокортикоїдів дещо уповільнює розвиток фолікулів в яєчниках. Зростання дівчинки, її м'язової маси активує секрецію ФСГ, внаслідок чого збільшується кількість антральних фолікулів, прискорюється їхнє зростання, підвищується рівень естрогенів, зменшується вплив андрогенів, завершується період адренархе.

Пусковим у формуванні менструальної функції є встановлення пульсуючого ритму секреції гонадотропін-релізинг-гормону (гонадотропін-релізинг-гормону) та підвищення частоти імпульсів секреції ЛГ, яким завершується період адренархе. Статеве дозрівання – це процес становлення цирхоральної секреції гонадотропін-

рилізінг-гормону, яка зумовлює пульсуючу секрецію ЛГ і ФСГ, що приводить до активації розвитку фолікулів, встановлення в них циклічних змін та появи першої менструальної кровотечі – менархе. Поступово зрівноважуються амплітуди нічних та денних імпульсів гонадотропінів, встановлюється регулярний МЦ. При дефекті пульсуючої секреції гонадолиберину або гонадотропінів порушується МЦ: з уповільненням виникає аменорея; із прискоренням – АМК ПП.

Порушення гормонального балансу під впливом несприятливих факторів (хвороби, незбалансоване харчування, неналежні соціально-побутові умови, формування шкідливих звичок, таких, як тютюнопаління, зловживання алкоголем, токсикоманія) можуть призвести до уповільнення або прискорення статевого розвитку. У разі прискорення спостерігаються передчасні телархе та менархе, також можуть виникати кровотечі в цей період.

Причини порушень статевого розвитку в пубертатний період. На гормональну регуляцію менструальної функції значний вплив мають психологічні, соціальні та соматичні особливості цієї вікової групи. Виснаження організму дитини внаслідок психічних або фізичних навантажень, порушення режиму активності та відпочинку, шкідливі звички тощо призводять до продовження хаотичних коливань гормонів, дисгормонозу і можуть бути причиною АМК ПП.

Менархе виникає при досягненні «критичної» маси тіла дівчини 45–47 кг, вік його появи коливається в межах 11–14 років (середній вік настання менархе 13 років), фізіологічні варіації можливі у вікових межах від 10 до 15 років. Від телархе до менархе минає в середньому 2–3 роки. Поняття «гінекологічний вік» – роки, які минули після появи менархе.

Гормональний фон менархе. Під впливом підвищеної секреції гонадотропінів відбувається дозрівання фолікулів у яєчниках до стадії великих і преовуляторних. Ці фолікули продукують значно більше естрадіолу, ніж малі фолікули. Збільшення утворення ЛГ активує чутливість рецепторів ендометрія до естрогенів, які стимулюють його ріст і розвиток.

При достатньому розвитку ендометрія, зазвичай після другого піку ЛГ, з'являється перша менструація – менархе, і дівчинка вступає у II фазу статевого дозрівання. Менархе спостерігається при кістковому (біологічному) віці $12,5 \pm 2$ роки, масі тіла 47 ± 5 кг і рівні екскреції естрогенів 10 мг/добу. У II фазу дозрівання відбувається становлення менструальної функції, закріплення взаємодії між ланками нервової та ендокринної систем, які беруть участь у регуляції овуляції.

Патологічний перебіг менархе:

- раніше ніж 11,5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15–16 років – запізніле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12–16 днів або тривалі затримки до 45–60 днів і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

Патогенез АМК ПП може відбуватися за двома варіантами.

I варіант. При становленні менструальної функції секреція гонадотропінів спочатку проходить хаотично, нерівномірно за часом та кількістю, поступово цей процес стає циклічним. Несприятливі впливи призводять до порушення встановлення циклічного фізіологічного процесу: зберігається нестабільність секреції гонадотропінів, порушується фолікулогенез і, як наслідок, стероїдогенез, що стає причиною патологічного розвитку ендометрія та відсутності його трансформації в секреторну стадію й унеможливує процес його фізіологічного відторгнення. Це стає пусковим моментом АМК ПП. У пубертатний період організм дівчинки надзвичайно вразливий до негативних впливів.

II варіант. Інфекційні (насамперед вірусні), соматичні та генітальні захворювання можуть призвести до порушення чутливості ендометрія до ефектів гормонів. Запальні процеси

супроводжуються порушенням мікроциркуляції, що впливає на рецептивність ендометрія. Саме патологічний стан слизової оболонки матки може стати причиною АМК ПП.

Порушення гормонального гомеостазу при АМК ПП пов'язані з дискоординацією функції яєчників та гіпоталамо-гіпофізарного комплексу, недостатністю стероїдогенезу в яєчниках (функціональна незрілість гранульозних клітин та/або недостатня рецептивність [чутливість] яєчників до гонадотропінів), порушенням рецепторного апарату ендометрія.

Стан яєчників при АМК ПП характеризується персистенцією фолікула або фолікулів; атрезією фолікулів; недостатністю лютеїнової фази.

Тривала висока секреція ФСГ при різноамплітудній секреції ЛГ гальмує вибір і розвиток домінуючого фолікула, призводить до постійного функціонування декількох фолікулів. Формуються мультифолікулярні або полікістозні яєчники (центральний генез). При підвищенні концентрації естрогенів не відбувається зниження секреції ФСГ. Це стимулює зростання та розвиток декількох фолікулів, або персистенцію фолікула, або утворення функціональної кісти (периферичний генез).

Відсутність овуляції, недостатність гестагенів негативно впливають на розвиток і процеси відшарування функціонального шару ендометрія: регенерація та проліферація уповільнені або прискорені, трансформація відсутня або недостатня. Це призводить до порушення відторгнення функціонального шару: воно відбувається несвоєчасно, неповно, довготривало. Пласти відшарованого ендометрія не поділяються на фрагменти, затримуються в порожнині матки, що активує внутрішньоматковий фібриноліз, уповільнює тромбоутворення в маткових судинах. Крім того, недостатність скоротливої властивості міометрія поглиблює ці відхилення, спричиняє патологічні кровотечі.

Ановуляція або недостатність лютеїнової фази призводять до тривалого впливу естрогенів на ендометрій; при відсутності прогестерону або при його недостатності немає умов для повноцінного відшарування функціонального шару. Ендометрій постійно зростає, на окремих ділянках виникає порушення трофіки з наступним локальним його відторгненням та кровотечею. Гіпоплазія матки та незрілість її скоротливої функції сприяють тривалій кровотечі.

Гомеостаз в ендометрії – це складний збалансований процес між агрегацією тромбоцитів, утворенням фібрину, вазоконстрикцією, регенерацією тканин, з одного боку, що сприяє зупинці кровотечі, і пригніченням тромбоцитів простагландінами, вазодилатацією та фібринолізом – з іншого, що зумовлює продовження геморагії. Кровотеча зупиняється у разі переваги першого процесу над другим.

Діагностика. Алгоритм проведення діагностичних заходів при АМК ПП








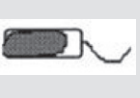




Фізикальне обстеження проводиться з метою співставлення ступеня фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахуванням психологічних особливостей.

Розрізняють декілька типів *психологічних особливостей* пацієнток з АМК ПП:

- гіпоестрогенний – тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та бажання перевершувати оточуючих у всьому (перфекціонізм);
- нормоестрогенний – гармонійний фізичний та статевий розвиток, схильність до тривожно-депресивних психічних розладів;
- гіперестрогенний – дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку.

Самооцінка обсягу крововтрати (пиктограма) – це візуально-аналоговий метод оцінки обсягу менструальної крововтрати за об'ємом крові на гігієнічній прокладці (денний та нічний), тампони й за виділеннями в туалеті (метод суб'єктивний). Ступені крововтрати представлені в пиктограмі (уніфікований клініч-

Піктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

Гігієнічна прокладка	Тип	Обсяг, мл	Тампон	Тип	Обсяг, мл	Виділення в туалеті	Тип	Обсяг, мл
	Денна	1		Легкий	0,25		Незначні	1
				Середній	0,5			
	Нічна	1		Тяжкий	1,0			
				Надважкий	1,0			
	Денна	2		Легкий	0,5		Помірні	3
				Середній	1,0			
	Нічна	3		Тяжкий	1,5			
				Надважкий	2,0			
	Денна	3		Легкий	1,0		Виражені	5
				Середній	1,5			
	Нічна	6		Тяжкий	3			
				Надважкий	4			
	Денна	4		Легкий	3,0		Виражені	5
				Середній	4,0			
	Нічна	10		Тяжкий	8,0			
				Надважкий	12,0			

ний протокол медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений Наказом МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353) (табл. 1).

У пубертатному віці нормальні параметри МЦ становлять: інтервал – 22–38 днів, тривалість кровотечі – 6±2 доби. У 80% дівчат-підлітків менструації одразу стають регулярними, переважна кількість МЦ ановуляторні. У третини дівчат у перші 3–5 років після менархе МЦ характеризується недостатньою жовтого тіла. Перша овуляція є кульмінаційним періодом пубертатогенезу, але не означає статевої зрілості.

Лабораторна діагностика АМК ПП включає загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити), гемостазіограму (активованій частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегацію тромбоцитів, розчинні фібринолітичні комплекси, активований час рекальцифікації), біохімічний аналіз крові, визначення в сироватці крові β-хоріонічного гонадотропіну людини у сексуально активних підлітків, бактеріоскопічне дослідження, полімеразну ланцюгову реакцію, діагностику інфекційних захворювань статевих шляхів, обстеження на гельмінтоз.

При АМК ПП слід проводити УЗД органів малого таза (ОМТ), щитоподібної залози, додатково – молочних залоз і органів черевної порожнини.

Методом ехографії ОМТ визначають форму, розміри і структуру матки, товщину d), рівномірність та ехогенність ендометрія, структуру, розміри, об'єм і товщину капсули яєчників (табл. 2). Обов'язково слід виключити наявність вагітності.

У підлітковому віці при АМК ПП ультразвукова картина ОМТ характеризується такими ознаками:

- **матка** – розміри в більшості випадків відповідають віковій нормі, можуть бути трохи збільшені, структура міометрія в основному однорідна, інколи дещо зменшеної ехогенності;

- **ендометрій** – товщина збільшена, його розмір не співпадає з добою МЦ: на 8–10-ту добу – становить 8–9 мм, на 16–18-ту – > 12 мм; d = 6–7 мм при продовженні кровотечі свідчить про неповноцінність рецепторного апарату, незрілість регуляторних механізмів менструальної функції;

- **яєчники** – їхні розміри бувають нормальними або збільшеними; структура може включати фолікулярну кісту (ехонегативне рівномірне включення діаметром > 25–30 мм); мати персистуючий фолікул (фолікул діаметром >18–20 мм присутній під час кровотечі або напередодні, також можуть існувати декілька фолікулів меншого діаметра); бути полікістозною (декілька фолікулів діаметром >8 мм) або мультифолікулярною (фолікули діаметром від 3–5 до 7–8 мм).

Оцінювати результати УЗД ОМТ слід у поєднанні з клінічною картою АМК ПП, при цьому особливу увагу потрібно приділити відповідності структури ендометрія та міометрія, стану яєчників (у нашій практиці мав місце випадок АМК ПП у дівчинки 11 років, у якої товщина ендометрія дорівнювала 27 мм).

Диференціальна діагностика АМК ПП. До встановлення остаточного діагнозу АМК слід виключити травматичне ушкодження статевих органів і чужорідне тіло в піхві; артеріовенозну мальформацію матки; дефекти згортаючої системи крові (48% тяжких кровотеч при менархе пов'язані з гематологічними розладами); поліпи сечівника; кровотечі з прямої кишки; стани, пов'язані з вагітністю; пухлини стінок піхви та шийки матки.

Додаткові методи дослідження для диференціальної діагностики: вагіноскопія, діагностична гістероскопія і вишкрібання порожнини матки (у підлітків використовується зрідка, в основному при виявленні ехографічних ознак поліпів ендометрія). При тяжких кровотечах, особливо при їх повторенні, для повноцінного обстеження слід залучити лікарів-гематологів з метою виключення хвороби фон Віллебранда, дефіциту факто-

УЗД ОМТ у дитячому та підлітковому віці (фізіологічні норми)

Параметри	Вік			
	До 6 років	6–10 років	11–14 років	Старший за 14 років
Матка, довжина	3,5 см тіло/шийка 1:1,5	4,5 см тіло/шийка 2/3:1/3	5,1 см тіло/шийка 1/2:1/3	6,5 см тіло/шийка 1/2:1/3
Яєчники, розташування	У черевній порожнині	Поступово опускаються в малий таз	Наближаються до стінки малого таза	Набувають еліпсоподібної форми
Об'єм яєчників	< 1 см ³	1,2–2,3 см ³	2–4 см ³	6,46 см ³

рів згортання крові VII, XI або XIII, носійства гена гемофілії А або В. При вагінальній кровотечі у дівчат віком до 9 років необхідно виключити структурну патологію статевих органів, у подальшому обстеження проводити для діагностики передчасного статевого розвитку; лікування призначається згідно з відповідним протоколом.

Лікування АМК ПП

Лікувальні заходи проводяться у декілька етапів: на 1-му – зупинка кровотечі, антианемічна терапія, корекція психічного статусу; на 2-му – протирецидивна терапія (корекція МЦ і стану ендометрія).

Терапією першого вибору є інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

- транексамова кислота: внутрішньовенно 15 мг/кг упродовж першої години терапії, потім крапельне введення 1 г/год протягом 8 год; сумарна доза не повинна перевищувати 6 г. Можливе профілактичне використання *per os* 1 г 4 рази на добу з 1-го до 4-го дня менструальної кровотечі (Всесвітня федерація гемофілії рекомендує призначення Транексаму за 1–2 дні до початку менструації всім дівчатам із гемофілічними розладами);

- амінометилбензойна кислота;
- амінокапронова кислота.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) за рахунок пригнічення активності циклооксигенази регулюють метаболізм арахідонової кислоти, знижують продукцію простагландинів і тромбоксанів. Зазвичай застосовують диклофенак 50 мг 1–2 рази на добу або мефенамінову кислоту 200 мг 4 рази на добу. НПЗП слід призначати не раніше 4–5-ї доби від початку гемостатичної терапії з використанням Транексаму.

Якщо кровотеча триває понад 10 діб або при виникненні АМК на фоні респіраторних чи соматичних запальних захворювань, призначення антибактеріальних засобів є терапією першого ряду. Вона проводиться антибіотиками широкого спектра дії парентеральним шляхом.

Симптоматичне лікування при АМК ПП включає седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапію, гепатопротектори, фіто- та геомеопатичну терапію.

Клінічною особливістю підліткового віку може бути формування у пацієнток граничних станів між нормою та патологією. Частіше мають місце функціональні розлади травного тракту, що супроводжуються порушенням всмоктування необхідних мікроелементів, вітамінів і поживних речовин. Одним із таких порушень є хлороз – прихований дефіцит заліза, що передуює залізодефіцитній анемії (ЗДА). Тому дівчата підліткового віку особливо вразливі до надмірних крововтрат під час менструацій.

При АМК ПП дуже швидко формується ЗДА. Крім того, тяжкість загального стану дитини також зумовлює постгеморагічна анемія. Норма гемоглобіну (Hb) у підлітків – 130 г/л. Ступені анемії: легкий – рівень Hb 110–119 г/л, середній – рівень Hb 80–109 г/л, тяжкий – рівень Hb <80 г/л. Рецидиви кровотечі призводять до ЗДА, що значно впливає на становлення функції репродуктивної системи. Гемічна гіпоксія, яка має місце при цьому захворюванні, є однією з причин хаотичної пульсації гонадотропін-рилізинг-гормону і, як наслідок, нестабільної

секреції гонадотропінів, що унеможлиблює встановлення двофазного МЦ.

При ЗДА на фоні АМК ПП першочерговим завданням є зупинка кровотечі. Пероральні препарати двовалентного заліза призначаються протягом 3 міс під контролем загального аналізу крові через 21 день після початку лікування, надалі – щомісяця. При менструальних кровотечах або поліменореї, значних втратах заліза (зниження рівня Hb і феритину) препарати двовалентного заліза також призначаються на 3 міс. Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія» (Наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709), дієтичні добавки, комплекси полівітамінів та мінералів для лікування ЗДА не застосовуються.

При порушеннях МЦ, особливо АМК, для коригування гормонального балансу та проведення симптоматичної гемостатичної терапії в пубертатному віці слід надати перевагу *фітотерапевтичним засобам* (Мастодинон®). Фітотерапія може бути як достатнім самостійним лікувальним засобом, так і поєднуватись із симптоматичним та гормональним лікуванням.

Ефективним засобом для лікування порушень МЦ є Мастодинон®. Використання препарату дозволяє відновити гомеостаз статевих гормонів: пролактину, естрогенів і прогестерону, рівня гонадотропінів; нормалізувати психоемоційний стан; зменшити прояви запалення статевих органів; пригнітити гіперпроліферативні процеси.

При зростанні молочних залоз на фоні порушення гормонального балансу дівчата страждають на мастодінію та масталгію, що часто спостерігається при АМК ПП. Зменшити та усунути ці патологічні прояви допомагає Мастодинон®. Ефективність цього засобу при розладах пов'язаних з гіперпролактинемією було доведено у ході рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень.

Критерії призначення гормональної терапії при АМК ПП:

- відсутність ефекту від симптоматичного лікування;
- тривалість та інтенсивність кровотечі (з розвитком вторинної анемії);
- товщина ендометрія (за даними УЗД): тенденція до гіперплазії (d >10–12 мм) або гіпоплазії ендометрія (d <7 мм).

Для гормонального гемостазу застосовують тільки монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) або гестагенні препарати.

Серед монофазних КОК, які доцільно застосовувати при товщині ендометрія < 8 мм, ефективними є ті, що містять етинілестрадіол (гемостатичний ефект) і прогестаген (стабілізація стромы і базального шару ендометрія). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 1 табл. 4 рази на добу, 2–4-та – 1 табл. 3 рази на добу, 5–6-та – 1 табл. 2 рази на добу, надалі – 1 табл. 1 раз на добу. Тривалість лікування від першого прийому КОК – 21 доба.

При кровотечах на фоні гіперплазованого ендометрія доцільне використання пероральних прогестинів (норетистерону). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 5 мг 4 рази на добу, 2–4-та – 5 мг 3 рази на добу, 5–20-та – 5 мг 2 рази на добу. При нормальній товщині ендометрія (9–12 мм) можливе засто-

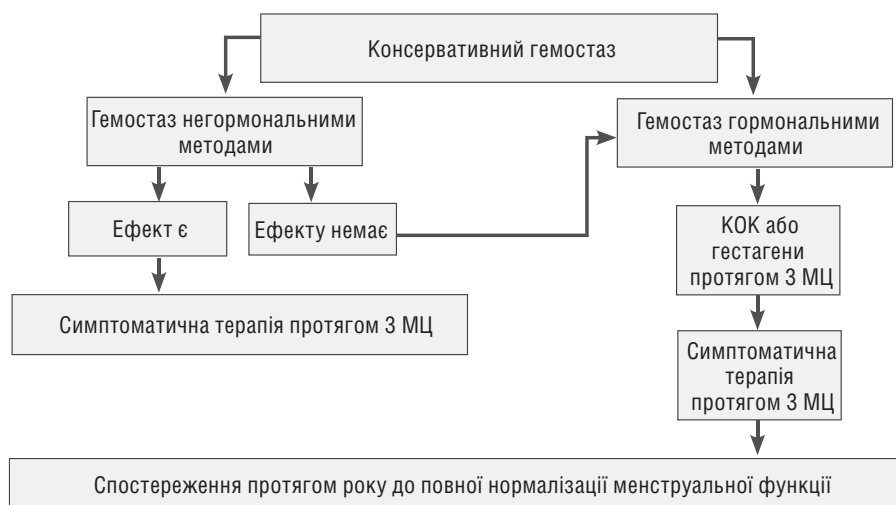


Схема. Алгоритм протирецидивної терапії АМК ІІІ

сування гестагенів з метою трансформації слизової оболонки матки та її відшарування. Призначають дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний протягом 10–14 діб.

Хірургічне лікування показане при профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю, вираженій вторинній анемії тяжкого ступеня (Hb \leq 70 г/л, гематокрит до 20%), при підозрі на наявність патологічних змін структури ендометрія (поліп). Метод дилатації і кюретажу (лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки) виконують за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або ex consilium.

Препаратами першої лінії при лікуванні АМК ІІІ є поєднання антифібринолітиків і фітотерапевтичних засобів широкого спектра дії. На фоні використання фітотерапії обсяг і тривалість гормонотерапії при АМК ІІІ значно зменшуються (схема).

Критерії вибору протирецидивної фітотерапії при АМК ІІІ:

- гінекологічний вік менше 1 року;
- хронічна АМК ІІІ;
- достатній ефект при зупинці кровотечі симптоматичними засобами;
- категорична відмова використовувати гормональні препарати.

Показання до застосування протирецидивної фітотерапії при АМК ІІІ: персистенція фолікула, фолікулярні кісти яєчників, гіперплазія ендометрія, прискорене телархе, гіперпролактинемія, передменструальний синдром, мастодинія – призначають Мастодинон® протягом 2–3 МЦ. Після чого для встановлення ритму секреції гормонів, який характерний для двофазного МЦ, – протягом 2–3 циклів застосовують Циклодинон®.

Циклодинон® – монокомпонентний рослинний засіб із сухого екстракту плодів прутняка звичайного (вітекса священного), який містить активну субстанцію ВНО 1095, позбавлену небажаних ефектів. Властивість Циклодинону відновлювати і підтримувати лютеїнову фазу МЦ дозволяє використовувати його у протирецидивній терапії АМК ІІІ та порушеннях менструальної функції у період статевого дозрівання при функціональній гіперпролактинемії.

При гіпоплазії ендометрія, гіпоестрогенних станах, що супроводжуються кровотечею, доцільне застосування мулімену, при гіпоплазії ендометрія на фоні запального процесу (хронічного ендометриту) – гінекохель.

Для профілактики тяжкої менструальної кровотечі та з метою формування двофазного МЦ слід надати перевагу фітотерапії, санації вогнищ інфекції, лікуванню анемії, а також загальнооздоровчим заходам.

Підліткам, у яких менструальна функція існує менше 1 року, гормонотерапія проводиться тільки за життєвими показаннями в разі неефективності фіто- та симптоматичної терапії.

Критерії вибору протирецидивної гормонотерапії при АМК ІІІ: недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії, рецидиви кровотеч, ЗДА, гінекологічний вік більше 1 року.

Протирецидивна терапія АМК ІІІ за допомогою КОК. Після зупинки АМК за допомогою монофазних КОК потрібно продовжити призначення цих препаратів протягом трьох МЦ. У першому циклі відміни КОК застосовують фітотерапевтичний засіб (з 1-ї доби МЦ протягом двох МЦ) і гестагени (з 14-ї доби МЦ впродовж 10 діб). Критерієм призначення даних препаратів є товщина ендометрія.

Застереження при застосуванні КОК. Рішення щодо призначення КОК як з метою гемостазу, так і профілактики рецидивів кровотечі повинно бути ретельно зваженим. Слід враховувати всі протипоказання до застосування цих препаратів, чітко роз'яснити правила їх прийому, підкреслити значення самоконтролю під час прийому КОК, пояснити мету призначення гормональних засобів. Необхідно обов'язково поінформувати пацієнтку (батьків, опікуна) про тривалість лікування, яку слід обмежити трьома курсами з обов'язковим контролем УЗД ОМТ та з'ясуванням ефективності лікування.

Використання КОК у підлітковому віці без попереднього визначення рівня гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) загрожує розвитком довготривалого синдрому гіпергальмування гіпоталамо-гіпофізарного ланцюга, навіть із неможливістю надалі створити двофазний МЦ.

З метою профілактики АМК ІІІ прогестагени і гестагени у підлітковому віці рекомендовано призначати при ендометрії d > 8 мм; при тенденції до гіперплазії ендометрія d > 12 мм) більш доцільне застосування прогестагенів (норетистерону, лінестренолу).

Протирецидивну терапію АМК ІІІ проводять прогестагенами (наприклад, норетистероном 5 мг 2 рази на добу з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж трьох МЦ) та гестагенами (дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний мінімальною терапевтичною дозою з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3–6 МЦ).

Застереження при використанні прогестагенів і гестагенів: необхідний контроль товщини ендометрія (за допомогою УЗД), зміни перебігу МЦ та тривалості менструальної кровотечі. Після припинення гормонотерапії більш надійним у профілактиці рецидивів порушень МЦ є призначення фітотерапевтичних засобів протягом двох циклів. Лікуванню гестагенами припиняють поступово: спочатку зменшують тривалість із 10 до 5 діб,

надалі знижують дозу препарату до мінімальної терапевтичної. В останньому МЦ, в якому призначаються гестагени, гормонотерапію слід поєднати з одним із фітотерапевтичних засобів (Мастодинон®, Циклодинон®).

У разі неефективності проведеного лікування, тобто рецидиву кровотечі, слід провести додаткове клінічне обстеження та відновити надання допомоги з урахуванням отриманих результатів. З великою обережністю потрібно підходити до призначення гормональних препаратів у пубертатний період при нестійкості регуляторних механізмів. Неправильний вибір цих лікарських засобів може спричинити глибокі негативні зміни обміну речовин та призвести до розвитку метаболічних порушень, вегетосудинної дисфункції, захворювань молочних залоз (фіброзно-кістозна хвороба), гірсутності, вірилізації, порушень функції шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи, розладів згортаючої системи крові, загострень екстрагені-

тальних захворювань. Інколи при використанні гормонів формується залежність функції клітин від їх прийому, яка подібна до наркотичної. При відсутності ліків клітини не функціонують, що призводить до синдрому гіпергальмування, вторинної аменореї, зупинки розвитку статевої системи.

Критерії ефективності лікування АМК ІІІ: встановлення регулярного двофазного МЦ, тривалість якого відповідає нормі; відсутність анемії, а також рецидиву кровотеч протягом року.

Встановлення правильної тактики ведення пацієнток з АМК ІІІ залежить від правильної діагностики причин кровотечі, вибору напрямку лікування з урахуванням усіх можливих негативних впливів. Головною помилкою у веденні таких пацієнток є призначення лікувальних заходів без попереднього обстеження, а надалі – відсутність контролю за результатами його застосування та ефективності. Особливо це стосується гормональних препаратів.

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода Т.В. Герасимова

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода – проявление отклонений становления репродуктивной функции в пубертатном возрасте, которые обусловлены, с одной стороны, незрелостью ее регуляции, с другой – патологическими эндоэкологическими факторами. В статье представлен современный взгляд на этиологию, патогенез, клиническую картину расстройств менструальной функции у наиболее уязвимой категории женского населения – девочек-подростков. Основное внимание уделяется вопросам диагностики и лечения данной патологии. В арсенале врачей – детских гинекологов увеличивается количество лечебных средств, особенно фито- и гомеопатических препаратов, которые улучшают эффективность лечения, так как гормональную коррекцию нарушений репродуктивной системы в подростковом возрасте следует проводить с особой осторожностью. Своевременная диагностика аномальных маточных кровотечений пубертатного периода и выбор рациональной тактики являются залогом эффективного лечения и предупреждения нарушений репродуктивной функции.

Ключевые слова: аномальные маточные кровотечения, анемия, патологическое менархе, эндометрий, фитотерапия, комбинированные оральные контрацептивы, гестагены.

Abnormal uterine bleeding of puberty T.V. Gerasimova

Abnormal uterine bleeding in the puberty period is a manifestation of deviations in the development of reproductive function at puberty age, which are due, on the one hand, to the immaturity of regulation of reproductive function, and, on the other, to pathological endoecological factors. The article presents a modern view on etiology, pathogenesis, clinics of menstrual function disorders in the most vulnerable category of female population – teenage girls. The main attention is paid to the diagnosis and treatment of this pathology. In the arsenal of pediatric gynecologists, the number of therapeutic agents, especially phyto- and homeopathic remedies, which improve the effectiveness of treatment, increases as hormonal correction of reproductive system disorders in adolescence should be carried out with extreme caution. Timely diagnosis of abnormal uterine bleeding of puberty period and the choice of rational tactics is the key to effective treatment and prevention of reproductive disorders.

Key words: abnormal uterine bleeding, anemia, pathological menarche, endometrium, phytotherapy, combined oral contraceptives, progestogens.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Альманах репродуктивного здоров'я. 2015: [зб. рек. ж-лу «Репродуктивна ендокринологія»] / ред. В.Н. Запорожан, Т.Ф. Татарчук. Київ: Трилист, 2015. 200 с.
2. Вольф А.С., Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии: Пер. с нем. / Под ред. В.И. Кулакова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с: ил.
3. Гінекологія дитячого і підліткового віку / підручник за редакцією проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. Київ: ВСВ Медицина, 2011. 424 с.
4. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога / за редакцією проф. О.В. Голяновського. Київ. 2013.
5. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія»).
6. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеці-
7. Алізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі»).
7. Наказ МОЗ України від 30.03.2015 р. № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
8. Національний консенсус щодо ведення пацієнток з аномальними матковими кровотечами Асоціації гінекологів-ендокринологів України. Репродуктивна ендокринологія. 2015. 1(21): 8–12.
9. Руководство по гинекологии детей и подростков. Под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. – М.: Триада-Х, 2005. – 336 с.
10. Татарчук Т.Ф. Аномальні маткові кровотечі. 2011.
11. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Тутченко Т.Н. Современная диагностика и лечение аномальных маточных кровотечений. Репродуктивна ендокринологія. 2012. № 1. С. 74–78.
12. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013. № 3. С. 73–87.
13. Hill N.C.W., Oppenheimer L.W., Morton K.E. The aetiology of vaginal bleeding in children: A 20-year review. Br.J. Obstet. Gynaecol. – 1989. – Vol. 96. – P. 467–470.