

УДК 618.14-005-055.25:616-071

**В.А. Дынник**

## Характеристика клинического течения аномальных маточных кровотечений пубертатного периода в зависимости от дебюта заболевания

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

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.2(62):81-85;doi10.15574/PP.2015.62.81

**Цель** — выяснить особенности анамнеза, физического и полового развития, сопутствующей соматической патологии у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями в зависимости от дебюта заболевания.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 145 девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями в возрасте 11–18 лет. У всех обследуемых изучались акушерский анамнез, анамнез течения периода детства, перенесенные детские инфекции, сопутствующая соматическая патология, становления менструальной функции, физическое и половое развитие.

**Результаты.** Пациентки при дебюте нарушений менструальной функции с маточными кровотечениями чаще имели отягощенный перинатальный анамнез. Причем при манифестации кровотечения в первый год менструальной функции чаще регистрировались гестозы беременности и патологическое течение родов, а при формировании кровотечения на втором году менструальной функции и позже — угроза прерывания в разные сроки гестации и дистресс плода. У больных с дебютом кровотечения в первый год менструальной функции достоверно чаще отмечалось опережение полового развития, а на втором и позже годах — раннее менархе. У пациенток при формировании маточного кровотечения на втором году менструальной функции и позже, но манифестации нарушений с олигоменореей, значительно реже отмечались оптимальные параметры физического развития чаще, чем у других регистрировалась ретардация полового развития, различные кожные проявления гиперандрогении. Достоверно чаще они воспитывались в неполных или деструктивных семьях, имели три или более сопутствующих соматических заболевания.

**Выводы.** Установлено, что клиническое течение аномальных маточных кровотечений пубертатного периода имеет свою специфику, зависящую от сроков появления первого кровотечения и предшествующих нарушений менструальной функции.

**Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения, пубертатный период, клиническое течение, манифестация заболевания.

### Введение

Репродуктивная система женского организма реализует свой потенциал на протяжении фертильного возраста, однако ее становление в значительной мере зависит от течения наиболее критических периодов жизни женщины, в первую очередь это касается пубертата. Период полового созревания является очень важным в развитии женского организма. Формирование у девочки репродуктивного потенциала, а в будущем и репродуктивного здоровья зависит от того, как он протекает, насколько здоровой в него вступает девочка [2, 4, 11].

В последнее десятилетие на фоне увеличивающейся гинекологической патологии у девочек резко возросли нарушения менструальной функции [1, 8, 10]. Это является результатом неустойчивости системы регуляции менструальной функции у девочек и высокой ее чувствительности к влиянию неблагоприятных факторов окружающей среды, к заболеваниям, интоксикациям, а также учебным, эмоциональным и физическим перегрузкам [5].

Среди нарушений менструальной функции в периоде пубертата одними из наиболее тяжелых по своему течению являются аномальные маточные кровотечения. По данным Уваровой Е.В. и Веселовой Н.М. [9], женщины, перенесшие маточное кровотечение в пубертатном периоде, страдают первичным бесплодием (82%), невынашиванием беременности (8%) и лишь каждая десятая имеет ребенка. Большое количество аспектов этой проблемы в той или иной степени изучены, однако очень много вопросов требуют дальнейшего своего изучения и разрешения.

**Цель** работы — выяснить особенности анамнеза, физического и полового развития, сопутствующей соматической патологии у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями (АМК) в зависимости от дебюта заболевания.

### Материалы и методы исследования

Под наблюдением было 145 девочек-подростков с АМК в возрасте 11–18 лет, находившихся на лечении в отделении детской гинекологии ДУ «Институт охраны

здоровья детей и подростков НАМН». Они были разделены на следующие группы: I группу составили пациентки, у которых нарушение менструальной функции возникло в 1 год ее становления, причем дебютировало оно с АМК (с менархе или в первые 12 мес. — 75 подростков). Во II группу вошли девочки, у которых маточные кровотечения сформировались на второй год и позже от начала менструальной функции (50 человек). У 24 пациенток нарушения на втором году менструальной функции и позже манифестировали с АМК (II-а группа) и у 26 пациенток маточному кровотечению на втором году менструальной функции и позже предшествовали другие расстройства, в основном олигоменорея (II-б группа).

У всех обследуемых изучался акушерский анамнез, анамнез течения периода детства, перенесенные детские инфекции, сопутствующая соматическая патология, становления менструальной функции. Проводилось антропометрическое исследование, включавшее измерение роста, массы тела, окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ). Для оценки массы тела использовался индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый как отношение массы тела (в килограммах) к росту (в метрах), возведенному в квадрат, оценивалось половое развитие по степени выраженности вторичных половых признаков. При оценке степени полового созревания использовалась модифицированная методика Тумилович Л.Г. и соавт., в основу которой положена цифровая (балльная) оценка степени развития каждого полового признака и их биологической значимости [6].

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ «Statgraphics Plus for Windows 3.0» (Manugistic Inc., USA). Значимость различий между группами оценивалась с помощью критериев углового преобразования Фишера, Wilcoxon—Mann—Whitney,  $\chi^2$ . Разница в показателях считалась достоверной при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Изучение акушерского анамнеза матерей больных выявило, что патологическое течение беременности и

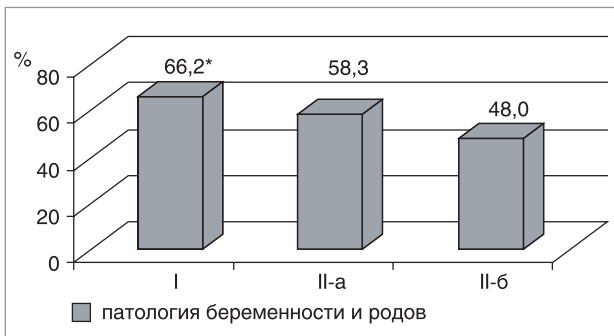


Рис. 1. Осложненное течение беременности и родов у матерей пациенток с аномальными маточными кровотечениями

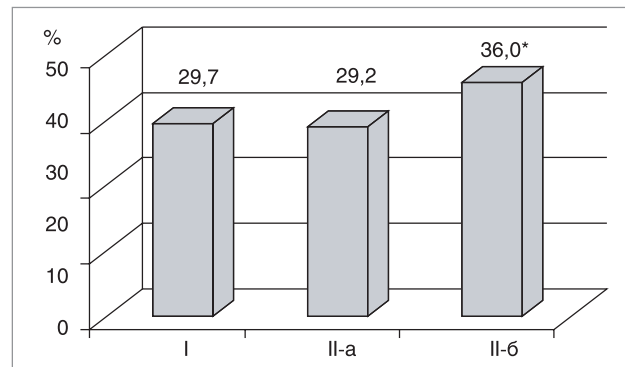


Рис. 3. Количество неполных и/или деструктивных семей

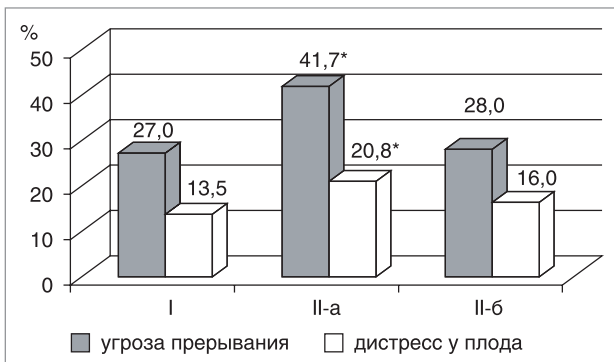


Рис. 2. Удельный вес матерей с патологией беременности и наличие дистресса у плода

родов отмечалось более чем у половины. Причем наиболее часто отклонения в течение беременности и родов имели место у матерей пациенток I группы — 66,2% ( $p_{1,2} < 0,0001$ ; рис. 1).

Следует отметить, что у матерей подростков II-a группы наиболее часто беременность осложнялась угрозой прерывания и дети рождались в состоянии дистресса (рис. 2).

Почти каждая третья девочка с АМК воспитывалась в неполной и/или деструктивной семье, чаще всего это отмечалось среди подростков II-b группы ( $p_{1,2} < 0,005$ ; рис. 3).

Возраст матерей и отцов на момент рождения наших пациенток у абсолютного большинства составлял 20–30 лет. Однако часть наших больных рожали матери, чей возраст на момент рождения был младше 19 лет и старше 30–35 лет (рис. 4).

Девочек из II-b группы реже рожали матери в оптимальном фертильном возрасте ( $p_1 < 0,001$ ;  $p_2 < 0,005$ ), 20–30% родителей детей этой группы на момент рождения ребенка имели возраст или менее 19 лет, или старше 30–35 лет. Подростков из II-a группы реже рожали юные матери ( $p_{1,2} < 0,001$ ), однако почти каждая третья-четвертая девочка рождалась в семье, где возраст родителей составлял старше 30 или 35 лет. Пациентки I группы достоверно реже рождались у родителей, чей возраст на момент родов превышал 30–35 лет ( $p_{1,2} < 0,001$ ).

Приведенные данные о высокой частоте патологии беременности и родов, рождения юными и родителями после 30–35 лет позволяют предположить, что уже в перинатальном периоде наши пациентки подверглись неблагоприятному влиянию, которое сыграло свою негативную роль и привело к возникновению нарушений менструальной функции в периоде пубертата.

Анализ возраста пациенток выявил, что средние его показатели были наименьшими в I группе ( $13,28 \pm 0,17$  года против  $14,88 \pm 0,28$  года во II-a группе и  $15,25 \pm 0,30$  года во II-b группе;  $p_{1,2} < 0,0001$ ). Достоверных различий

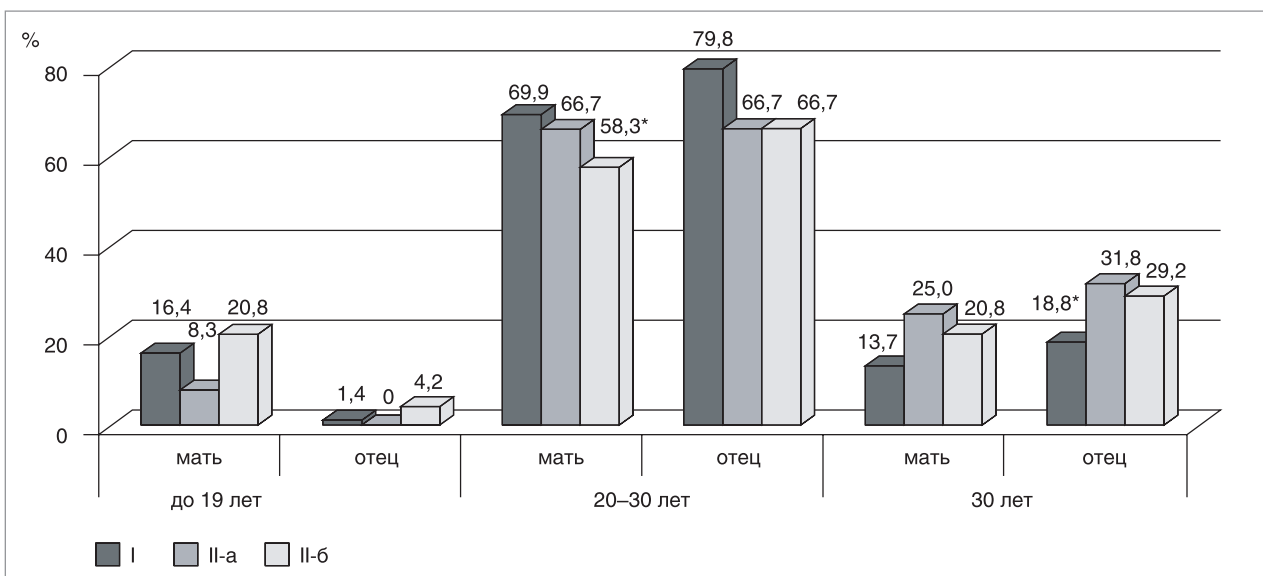


Рис. 4. Возраст родителей на момент рождения наших пациенток

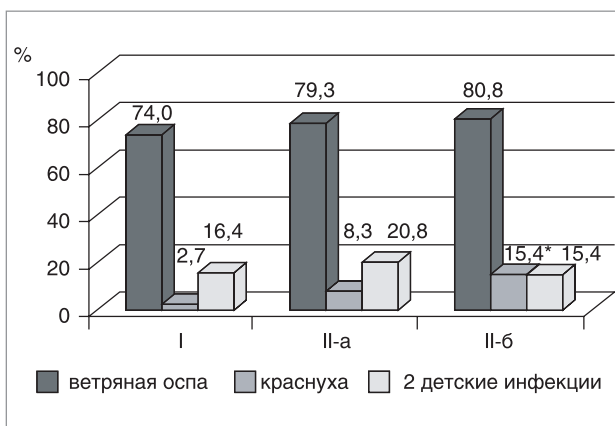


Рис. 5. Удельный вес больных, перенесших детские инфекции

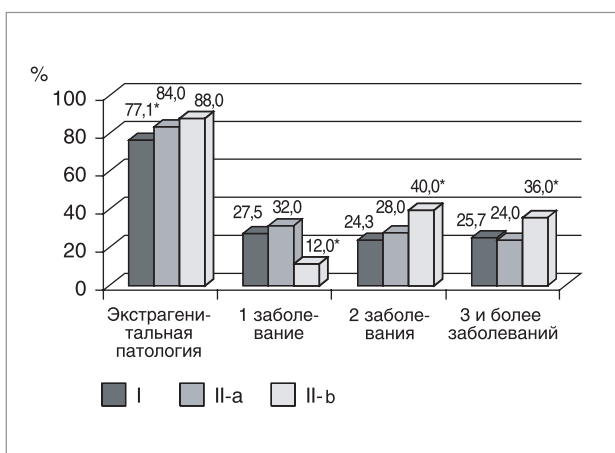


Рис. 6. Наличие сопутствующей соматической патологии

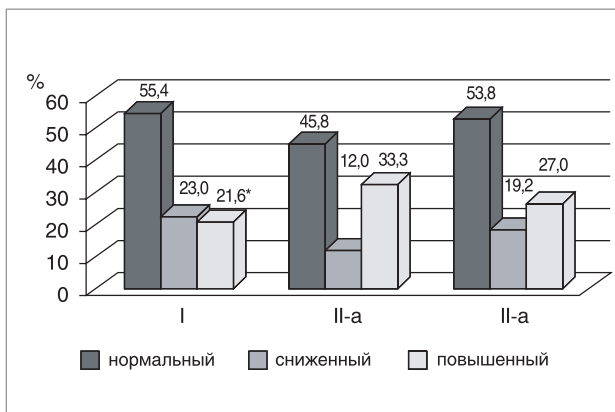


Рис. 7. Удельный вес пациенток с различным индексом массы тела

в возрастном диапазоне больных II-a и II-b групп не выявлено.

Важную роль в формировании АМК в период пубертата играют хронические и острые инфекционные заболевания. Их токсическое влияние может приводить к нарушениям гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений. Изучение анамнестических данных наших пациенток показало, что только небольшая часть подростков не перенесла детские инфекции, причем чаще это были девочки из I группы ( $p_1 < 0,001$ ;  $p_2 < 0,005$ ). Около 80% обследованных детей вне зависимости от группы переболели одной или более детскими инфекциями.

Самыми распространенными инфекциями были ветряная оспа и краснуха (рис. 5). Причем если ветряная оспа регистрировалась с одинаковой частотой, то краснухой переболели чаще всего подростки II-b группы ( $p_1 < 0,001$ ;  $p_2 < 0,01$ ). Инфекционный индекс был невысоким. Наличие трех детских инфекций в анамнезе регистрировалось в единичных случаях, а двух — у 15–20% больных.

Более чем у трети пациенток наблюдались очаги хронической инфекции и интоксикации различной локализации (хронический тонзиллит, фарингит, ринит, кариес и т.д.). Причем у подростков I группы они отмечались значительно реже, чем в других группах (27,1%;  $p_1 < 0,05$ ;  $p_2 < 0,01$ ). У девочек II-b группы очаги хронической инфекции регистрировались достоверно чаще — почти у каждой второй (48%;  $p_{1,2} < 0,0001$ ). Массивная вирусная интервенция еще в детстве может приводить к нарушениям как со стороны центральных регулирующих механизмов, так непосредственно влиять на гонады [3, 7].

Изучение экстрагенитальной патологии выявило, что у абсолютного большинства подростков соматический статус был осложнен сопутствующими заболеваниями (рис. 6). Однако, несмотря на значительную частоту сопутствующей соматической патологии, хронические заболевания не носили тяжелый характер. Реже всего они отмечались у больных I группы (77,1%;  $p_1 < 0,05$ ;  $p_2 < 0,01$ ). Следует отметить, что у пациенток II-b группы значительно чаще регистрировались три и более сопутствующих экстрагенитальных заболеваний (36% против 25,6% в I группе и 24% — во II-a группе;  $p_1 < 0,01$ ;  $p_2 < 0,001$ ) и реже — одно (12%;  $p_{1,2} < 0,0001$ ). В структуре соматической патологии ведущее место в I и II-a группах занимали нарушения эндокринной системы (48,6% и 52,0% соответственно). На втором месте были заболевания нервной системы (31,4% и 40,0% соответственно). У пациенток II-b группы, наоборот, первое место занимали заболевания нервной системы (68%), а второе — эндокринной (44%). Причем следует отметить, что среди эндокринной патологии 70–80% приходилось на ДНЗ I–II степени. В неврологическом статусе 35–60% приходилось на астенические, невротические реакции, церебростении, 25–40% — на ликворно-гипертензионный синдром, 20–30% — на вегетососудистую дистонию.

В рамках интегральной оценки состояния здоровья изучалось физическое развитие. Особенности физического развития выражались в том, что у подростков I группы высокорослость ( $> 2$  SDS) выявлялась чаще, чем в двух других группах ( $p_{1,2} < 0,05$ ). ИМТ в среднем не имел различий во всех трех группах. Однако проведение индивидуального анализа выявило, что только у половины больных ИМТ соответствовал нормативным показателям. Дефицит массы тела встречался с одинаковой частотой, избыточная масса тела и/или ожирение у подростков I группы регистрировалось значительно реже, чем в двух других группах (21,6% против 33,3% во II-a группе и 27,0% во II-b группе;  $p_{1,2} < 0,01$ ; рис. 7). В связи с чем средние параметры массы тела у этого контингента больных в среднем уступали пациенткам из двух других групп ( $p_1 < 0,004$ ;  $p_2 < 0,02$ ). Показатели ОТ, ОБ и их соотношения не имели существенных различий в обследуемых группах и в среднем составили: ОТ —  $69,68 \pm 0,93$  см; ОБ —  $91,65 \pm 1,0$  см; ОТ/ОБ —  $0,76 \pm 0,006$ .

Средний возраст менархе был наименьшим у пациенток II-a группы —  $11,91 \pm 0,24$  года (I группы —  $12,54 \pm 0,14$  года, II-b группы —  $12,50 \pm 0,25$  года;  $p_1 < 0,01$ ;  $p_2 < 0,04$ ). У них же значительно чаще регистрировалось раннее менархе (до 11 лет) 29,2% против 9,5% в I группе и 19,2% во II-b группе ( $p_{1,2} < 0,001$ ).

У младших девочек I группы (11–14 лет) достоверно чаще регистрировалось опережение полового развития (39,5% против 33,3% во II-а группе и 33,3% во II-б группе;  $p_{1,2} < 0,001$ ). Отставание полового созревания у старших подростков значительно чаще выявлялось у пациенток II-б группы (8,7% против 3,2% в I группе;  $p_1 < 0,001$ ). Среди больных II-а группы отставание полового развития не отмечалось.

Сопоставление характера маточного кровотечения по группам выявило, что формирование ремитирующего типа кровотечений наиболее характерно для подростков, у которых аномальное маточное кровотечение возникает с менархе или в первый год становления функции (I группы).

При дебюте маточного кровотечения на первом и последующих годах менструальной функции различные проявления андрогенной дерматопии (АДП) выявлялись с одинаковой частотой (18,9% — I группы, 20,8% — II-а группы). При возникновении маточного кровотечения на втором году формирования менструальной функции и позже, но при манифестации нарушений с олигоменореей АДП встречалось достоверно чаще (30,8%;  $p_{1,2} < 0,001$ ).

Подростки I и II-а группы чаще, чем пациентки II-б группы, обращались за медицинской помощью при длительности кровотечения до 2 недель (48,6% и 41,7% соответственно против 34,6%;  $p_{1,2} < 0,01$ ). То есть даже при наличии кровотечения — ярко выраженной патологии, больные не всегда спешат к врачу.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза только у трети пациенток всех трех групп выявлялись нормативные размеры матки (I группы — 26,7%; II-а группы — 37,5% и II-б группы — 30,8%). У большинства размеры матки превышали возрастную норму (I группы — 70,7%; II-а группы — 62,5%, II-б группы — 69,2%). Наличие внутриматочного М-эхо более 10 мм отмечалось у 66,7% девочек I группы, 62,5% пациенток II-а группы и значительно реже у 53,8% подростков II-б группы ( $p_{771,2} < 0,05$ ). Увеличенные фолликулы и/или кисты яичников также достоверно реже регистрировались у пациенток II-б группы (15,4% против 30,7% в I группе и 45,8% во II-а группе;  $p_{1,2} < 0,001$ ).

Таким образом, установлены особенности клинического течения, анамнестических данных у пациенток с АМК ПП, которые зависят от сроков появления первого кровотечения и манифестации любых нарушений менструальной функции.

## Выводы

1. При дебюте маточного кровотечения с менархе или в первый год становления менструальной функции для пациенток характерны более низкие параметры веса, значительно реже регистрируется избыточная масса тела и/или ожирение, достоверно чаще у больных 11–13 лет наблюдается опережение полового развития. Эти девочки значительно реже переносят различные детские инфекции, имели сопутствующую соматическую патологию и очаги хронической инфекции. Кровотечения у них чаще носят ремитирующий характер. У матерей этих пациенток достоверно чаще отмечаются патологические отклонения в течение беременности и родов.

2. У больных с дебютом маточного кровотечения на втором году менструальной функции и позже возраст менархе наименьший, у них достоверно чаще регистрируется ранее менархе. У матерей этой группы больных чаще, чем у других, беременность осложняется угрозой прерывания в разные сроки гестации, а дети рождаются с дистресс-синдромом.

3. У пациенток при дебюте маточного кровотечения на втором году менструальной функции и позже, но при манифестации нарушений с олигоменореей, значительно реже отмечаются оптимальные параметры физического развития, чаще, чем у других девочек, регистрируется ретардация полового развития, различные кожные проявления гиперандрогении. Достоверно чаще такие девочки воспитываются в неполных или деструктивных семьях, имеют три или более сопутствующих соматических заболевания, причем ведущей является патология со стороны нервных болезней, в отличие от двух других групп, где ведущей соматической является эндокринная патология. Значительно реже они рождены матерями в оптимальном фертильном возрасте. При УЗИ органов малого таза у этих пациенток достоверно реже выявляется гиперплазия эндометрия и кисты яичников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р.О. Моїсеєнко, Я.І. Соколовська, Т.К. Кульчицька, Т.М. Бухановська // Современная педиатрия. — 2010. — № 3 (31). — С. 13–17.
2. Быстрицкая Т.С. Прогнозирование плацентарной недостаточности у беременных с нарушениями становления менструальной функции в пубертатном периоде / Т.С. Быстрицкая, Н.Н. Штель, Д.С. Лысяк // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2011. — Вып. 42. — С. 55–59.
3. Гуркин Ю.А. Концепция «перинатального следа» в детской гинекологии / Ю.А. Гуркин // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии: сб. тр. IV Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии. — СПб., 2000. — С. 55.
4. Думанская Ю.А. Влияние нарушений менструальной функции в пубертатном периоде на состояние костной ткани: обзор литературы / Ю.А. Думанская, Э.А. Щербавская // Проблемы репродукции. — 2008. — № 2. — С. 17–21.
5. Калашникова И.В. Нарушения менструальной функции в популяции девушек-подростков белгородской области / И.В. Калашникова, В.С. Орлова, Г.М. Курганская // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2010. — Вып. 9, № 4 (75). — С. 18–26.
6. Левенец С.О. Клиніко-гормональна характеристика затримки розвитку жіночої статеві системи центрального генезу / С.О. Левенец, О.І. Плехова // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 7. — С. 50–53.
7. Мамчиц А.П. Особенности краснухи в современных условиях / А.П. Мамчиц // Актуальные проблемы современной медицины: матер. междунар. науч. конф. студентов и молодых ученых, посвященной 85-летию Белорусского гос. мед. ун-та. — Минск, 2006. — С. 302–303.
8. Митин В. Состояние здоровья девочек и девушек-подростков в современных условиях / В. Митин // Рос. вестник акушера-гинеколога. — 2005. — № 3. — С. 19–23.
9. Принципы междисциплинарного решения проблемы маточных кровотечений пубертатного периода / Е.В. Уварова, Н.М. Веселова, И.А. Сальникова, И.М. Лободина // Вопросы соврем. педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 1. — С. 76–79.
10. Султанаева З.М. Заболеваемость в детском и подростковом возрасте как фактор формирования репродуктивного здоровья / З.М. Султанаева, И.Х. Шарафутдинова // Здоровоохранение Рос. Федерации. — 2010. — № 2. — С. 22–25.
11. Хамошина М.Б. Ювенильная гинекология: проблемы и перспективы XXI века / М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, М.И. Вахабова // Вестник репродуктивного здоровья. — 2011. — Вып. 2. — С. 30–33.

**Характеристика клінічного перебігу аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду залежно від дебюту захворювання**

**В.О. Диннік**

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

**Мета** — з'ясувати особливості анамнезу, фізичного і статевого розвитку, супутньої соматичної патології в дівчат-підлітків з аномальними матковими кровотечами залежно від дебюту захворювання.

**Пацієнти та методи.** Під спостереженням знаходилося 145 дівчат з аномальними матковими кровотечами віком 11–18 років. В усіх обстежених вивчався перинатальний анамнез, період дитинства, перенесені дитячі інфекції, супутня соматична патологія, становлення менструальної функції, фізичний та статевий розвиток.

**Результати.** При дебюті захворювання з аномальних маткових кровотеч у пацієнток значно частіше відмічався обтяжений перинатальний анамнез. Причому при маніфестації маткової кровотечі в перший рік існування менструальної функції частіше реєструвалися гестози вагітних і патологічний перебіг пологів, а при формуванні кровотечі на другому році менструальної функції і пізніше — загроза переривання в різні строки гестації і дистрес плода. У хворих з дебютом маткової кровотечі у перший рік менструальної функції вірогідно частіше реєструвалося випередження статевого розвитку, а на другому році менструальної функції і пізніше — раннє менархе. У пацієнток при формуванні маткової кровотечі на другому році менструальної функції і пізніше, але маніфестації порушень з олігоменореї, значно зменшувався відсоток дівчат з оптимальними параметрами фізичного розвитку, частіше виявлялася ретардація статевого дозрівання, різні шкірні прояви гіперандрогенії. Достовірно частіше вони виховувалися в неповних і/або деструктивних сім'ях, мали три і більше супутніх соматичних захворювання.

**Висновки.** Установлено, що клінічний перебіг аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду має свою специфіку, яка залежить від строків появи першої маткової кровотечі й попередніх порушень менструальної функції.

**Ключові слова:** аномальні маткові кровотечі, пубертатний період, клінічний перебіг, маніфестація захворювання.

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.2(62):81-85;doi10.15574/PP.2015.62.81

**Characteristics of clinical flow of anomalous uterine bleeding pubertal period depending on the onset of the disease**

**V.A. Dynnik**

SI «Institute for Children and Adolescents Health Care of the NAMS of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

**Purpose** — to find out the peculiarity of history, physical, sexual development, concomitant somatic pathology in adolescents with abnormal uterine bleeding (BUN), depending on the onset of the disease.

**Patients and methods.** We observed 145 adolescent girls with AMC aged 11–18. All subjects were studied obstetrical history, current history of childhood endured childhood infections, concomitant somatic pathology, formation of menstrual function, physical, sexual development.

**Results.** Patients with onset of menstrual dysfunction with uterine bleeding more likely to have weighed perinatal history. And at the manifestation of bleeding in the first year of menstrual function often recorded gestosis pregnancy and pathological course of delivery, and the formation of bleeding in the second year of menstrual function, and later — the threat of interruption at different stages of gestation and fetal distress. Patients with bleeding debut in the first year of menstrual function significantly more often mentioned ahead of sexual development, and the second and later years — early menarche. Patients in the formation of uterine bleeding in the second year of menstrual function and later, but the manifestation of disorders with oligomenorhea significantly less likely to have the optimal parameters of physical development, are more likely than other registered retardation of sexual development, various skin manifestations of hyperandrogenism. Significantly more often they were brought up in single-parent families or destructive, had three or more comorbid medical illness.

**Conclusion.** It was found that the clinical course of abnormal uterine bleeding puberty has its own specifics, depending on the timing of appearance of the first bleeding and previous menstrual dysfunction.

**Key words:** abnormal uterine bleeding, puberty, clinical course, a manifestation of the disease.

**Сведения об авторе:**

**Диннік Вікторія Александровна** — д.мед.н., учений секретарь ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А; тел. (0572) 62-71-70; e-mail: viktorija-dynnik@yandex.ua.

Статья поступила в редакцию 30.04.2015 г.