

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЕМ ОВУЛЯЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

В.В. Чернышов, канд. мед. наук, **А.Е. Сидоров**, канд. мед. наук, **Ф.В. Орлов**, канд. мед. наук
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;
Российская Федерация, 428015, Чебоксары, Московский просп., д. 15
E-mail: chernyshovvit@mail.ru

Представлены сведения об аномальных маточных кровотечениях пубертатного периода. Освещены их этиопатогенез, клиника, принципы диагностики и современные методы терапии.

Ключевые слова: аномальное маточное кровотечение, пубертатный период.

Для цитирования: Чернышов В.В., Сидоров А.Е., Орлов Ф.В. Аномальные маточные кровотечения, обусловленные нарушением овуляции в пубертатном периоде. Медицинская сестра. 2019; 21 (1): 10–12. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-03>

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПБ) могут быть обусловлены неустойчивостью функционального состояния высшей нервной деятельности, управляющей механизмами регуляции репродуктивной системы в период полового созревания, несовершенством рецепторного аппарата матки и яичников [1, 3], нарушением ритмической продукции гипоталамических, гипофизарных, яичниковых и других гормонов.

Аномальным считается маточное кровотечение у девочек-подростков, не отвечающее возрастным параметрам нормальной менструации, с кровопотерей 5–80 мл, продолжительностью 4–8 сут через каждые 21–45 дней, вызывающее физический и психический дискомфорт. АМКПП является одним из наиболее частых видов патологии девочек-подростков (от 10–12 до 25–37% всех гинекологических заболеваний), особенно в первые 2–3 года после менархе при неустойчивом еще цикле функционирования яичников. Характерно позднее обращение родителей или самой девочки к специалистам, а также недооценка данной проблемы участковыми врачами детских поликлиник и женских консультаций. В репродуктивном возрасте (18–45 лет) эта патология в 30% случаев приводит к длительному нарушению менструальной функции, гормонально обусловленным заболеваниям, бесплодию, онкологической патологии.

Для выполнения функции деторождения необходима стройная и действенная регуляция процессов зачатия, беременности, родов, лактации. Звеньями функциональной системы являются кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – яичники – половые органы, связанные между собой тесными прямыми и обратными связями. Яичники вырабатывают половые гормоны, которые имеют рецепторы ко всем системам, органам, тканям, всем клеткам женского организма, управляют всеми протекающими в организме процессами. Яичники женщины, по меткому определению ученых, – «атомные, биологические часы, запущенные природой через генетические механизмы». Вне беременности женский организм должен четко функционировать в ритме работы яичников – менструальном (овариальном) цикле. Это необходимо, чтобы беременность возникла без проблем, а затем без проблем протекали следующие за ней физиологические процессы.

Периоду месячного менструального цикла свойственны очень сложные процессы адаптации женщины к возможной беременности, чему способствуют гормоны яичников. Необходимое условие появления зрелой яйцеклетки, поддержания и смены гормонов яичников – овуляция. Механизмы овуляции очень тонкие, и легко нарушаются даже банальной инфекцией и связаны с действием протеолитических ферментов, гормонов, с участием простагландинов, иммунными реакциями, нервно-мышечным механизмом с контракцией гладких миоцитов, содержащихся в капсуле зрелого фолликула.

Комплекс гормональных нарушений, связанных с дисфункцией яичников, представляет собой овуляторную дисфункцию. Нарушения исходят из гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и других желез внутренней секреции. Овуляторная дисфункция может быть обусловлена переживаниями, психоэмоциональными и стрессовыми факторами.

Профессиональные вредности у матери, инфекции, нефропатия, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия и асфиксия нарушают формирование центральных механизмов репродуктивной

системы и полноценных яичников. Инфекции детского возраста, острые и хронические инфекционные заболевания; тонзиллогенная инфекция (частые ангины, грипп, тонзиллиты, острые респираторные заболевания, пневмония, ревматизм и др.) оказывают инфекционно-токсическое влияние на состояние функционально еще незрелых гипоталамуса, гипофиза, яичников. Для таких больных характерно позднее менархе – в возрасте >15 лет.

Кровотечения чаще наблюдаются весной и в начале лета, что связано с переутомлением во время учебы, эмоциональными и физическими перегрузками в школе в течение учебного года и гиповитаминозом. В частности, дефицит витамина Е угнетает активизацию свертывающей системы крови, процессы агрегации тромбоцитов. Недостаток витаминов А, В6, С и особенно фолиевой кислоты приводит к нарушению синтеза половых гормонов.

Для подросткового возраста характерен особый тип ановуляции – атрезия незрелых фолликулов, что сопровождается волнообразной секрецией эстрогенов на невысоком уровне – так называемая относительная гиперэстрогения при прогестерон-дефицитном состоянии, что приводит к длительному эстрогенному воздействию с последующей гиперплазией эндометрия. Прогестерон практически не синтезируется вследствие отсутствия желтого тела (нет овуляции – нет желтого тела). Эстрогены являются в женском организме истинными анаболиками. Их влияние на слизистую оболочку матки вызывает рост пласта эпителия, переполнение им полости матки и появление в нем очагов некроза из-за того, что кровеносные сосуды уже не способны питать толстый слой клеток. Кроме того, эндометрий секреторно не трансформируется, отторгается по частям, что обуславливает длительное беспорядочное кровотечение из-за недостаточной сократительной активности незрелой матки (при ее инфантилизме).

Маточным кровотечениям способствуют застойные явления в малом тазу при запорах, воспалительных процессах половых органов, экстрагенитальные очаги инфекции и дисциркуляторные расстройства на почве заболеваний внутренних органов (сердца, почек, легких и др.), а также сидячий образ жизни.

Ановуляторное кровотечение характеризуется задержкой менструации на срок от 2–5 нед до 5–6 мес с последующим длительным, беспорядочным кровотечением малой интенсивности, продолжающимся обычно >10 дней. АМКПП наблюдаются чаще в первые 2–3 года после менархе. Состояние больной зависит от степени кровопотери и тяжести анемии. Характерны бледность кожи и слизистых оболочек, тахикардия, слабость, отсутствие аппетита, утомляемость, головная боль.

Для диагностики АМКПП имеют значение наличие патологии антенатального периода, перене-

сенные заболевания, акушерская и соматическая патология матери в период гестации, патология в родах (родовая травма, хирургические методы родоразрешения), в анамнезе у родственниц I–II степени родства – патология системы гемостаза, аутоиммунные, эндокринные и злокачественные заболевания. Уточняется возраст возникновения менархе, характер первых менструальных циклов. Выясняется, не было ли перед кровотечением значительной физической перегрузки, умственного переутомления, психической травмы, хронической инфекции и др.

Необходимо объективно оценить соматическое развитие, определить морфотип пациентки (он напрямую зависит от баланса гормонов), индекс массы тела, соотношение окружность талии – окружность бедер, определить состояние кожи и видимых слизистых, степень оволосения, состояние молочных желез. У 85% таких пациенток выявляются различные отклонения от нормы в общем статусе: вирусное или инфантильное телосложение. Для больных характерны ожирение с метаболическими нарушениями и стрии растяжения при патологии диэнцефальной области.

При объективном гинекологическом осмотре часто обнаруживают, что наружные половые органы и матка гипопластичны. Гистологически в эндометрии могут быть гиперплазии (нередко – атипичские), аденоматозные полипы, особенно при длительных, рецидивирующих скудных кровотечениях.

Проводятся общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов, гематокрита, гемостазиография, УЗИ матки и придатков, магнитно-резонансная томография, вагиноскопия, в случае выскабливания матки – гистероскопия для исключения полипов, миом и эндометриоза, при необходимости – лапароскопия, рентгенография грудной клетки, черепа, ЭКГ, электроэнцефалография, исследование функционального состояния печени, почек, системы гемостаза, яичников, гипоталамуса, гипофиза, щитовидной железы и надпочечников. Для выяснения состояния яичников предпринимается цитологическое исследование мазков, гистологическое исследование тканей шейки и полости матки, определяют уровни эстрогенов, прогестерона, гормонов гипофиза и других гормонов, измеряют базальную температуру.

Определяют уровень С-реактивного белка, проводят полимеразную цепную реакцию в реальном времени с целью диагностики микробиоценоза у всех больных с аномальным маточным кровотечением для выявления неспецифического воспаления и инфекций, передающихся половым путем, поскольку лечение таких больных при наличии инфекционно-воспалительных процессов бесперспективно в связи с частым рецидивированием кровотечений.

Девочка должна быть осмотрена педиатром, гематологом, эндокринологом, невропатологом, оториноларингологом, психологом, психотерапевтом и при необходимости – другими специалистами.

В круг дифференциальной диагностики входят в первую очередь заболевания крови, сопровождающиеся дефектами гемостаза; при этом полностью обследуют свертывающую систему крови. Исключают заболевания крови: врожденный дефект гемостаза; геморрагический диатез; болезнь Верельгофа (тромбоцитопеническая пурпура); болезнь Виллебранда–Юргенса (наследственное заболевание с уменьшением или отсутствием VIII фактора свертывания); поражение сосудистых стенок при токсико-аллергических процессах; наследственную псевдогемофилию и врожденную патологию стенок сосудов и др., а также органические заболевания половых органов (полип эндометрия, миома матки, эндометриоз половых органов, опухоль влагалища, инородное тело во влагалище), которые также могут явиться источниками кровотечения. Кроме того, исключают туберкулез гениталий, синдром поликистозных яичников, гормонально-активные опухоли яичников (гранулезоклеточная опухоль), рак тела и шейки матки, пороки развития гениталий (затрудненный отток менструальной крови), прерывание беременности после 14–15 лет.

При оказании помощи подросткам с маточным кровотечением необходимы деликатный психологический подход, создание доброжелательной обстановки, лечебно-охранительный режим (здесь значительная роль отводится медсестре). Очень важно умение понять состояние подростка, выстроить доверительные отношения с ним с учетом личностных особенностей, стыдливости [2].

Лечение проводится в стационаре в соответствии с алгоритмом действий медицинского персонала при любом кровотечении:

- остановка кровотечения (гемостаз);
- устранение нарушений гемодинамики и анемии;
- профилактика рецидива кровотечения – восстановление нормального цикла.

При тяжелом состоянии пациентки, выраженной анемии и гиповолемии (гемоглобин <70–80 г/л, гематокрит <20–25%) и продолжающемся кровотечении показан хирургический гемостаз (выскабливание слизистой оболочки матки с введением утеротоников – окситоцин, эргометрин, затем – экстракт водяного перца, отвар крапивы, пастушьей сумки). Проводится инфузионно-трансфузионная терапия, назначают железосодержащие препараты. Показаны обильное питье, высококалорийное питание, седативная терапия, фитотерапия, акупунктура.

При состоянии средней тяжести или удовлетворительном и отсутствии органической патологии

возможен консервативный гемостаз гормональными препаратами – эстроген-гестагенными типа однофазных оральных контрацептивов или чистыми эстрогенами с последующим приемом гестагенов. Осуществляют антианемическую терапию.

Поскольку аменорея тесно связана с психогенными, часто возникает в связи с психоэмоциональным напряжением, показаны психотерапия, психофармакотерапия.

Профилактика рецидива состоит в санации очагов инфекции (кариес зубов, тонзиллит и др.), закаливании и занятиях физической культурой (подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание), предусматривает полноценное питание с ограничением жирной и сладкой пищи, поливитаминотерапию в весенне-зимний период.

Профилактика АМКПП: закаливание с раннего возраста; занятия физической культурой; полноценное питание; разумное чередование труда и отдыха; предупреждение инфекционных болезней (особенно ангины); своевременная санация очагов инфекции.

Больные с ювенильными кровотечениями находятся под диспансерным наблюдением гинеколога.

Прогноз при соответствующей терапии благоприятный. Отрицательное влияние на развитие организма к периоду полового созревания может оказать анемия. При отсутствии адекватного лечения нарушение функции яичников может явиться причиной эндокринного бесплодия, повышается риск развития аденокарциномы матки и опухолей яичников [1].

Литература

1. Андреева В.О., Машталова А.А. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: прогноз рецидивов и выбор лечебной тактики. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 5: 23–30.
2. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л. Медико-психологическая помощь медсестры больным с пограничными психическими расстройствами. Медицинская сестра. 2007; 1: 11–2.
3. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 3: 73–88.

ABNORMAL UTERINE BLEEDING CAUSED BY IMPAIRED OVULATION DURING PUBERTY

V.V. Chernyshov, Cand. Med. Sci.; A.E. Sidorov, Cand. Med. Sci.; F.V. Orlov, Cand. Med. Sci.
I.N. Ulyanov Chuvash State University,
15, Moskovsky Prosp., Cheboksary 428015, Russia

The paper outlines the current concepts of abnormal uterine bleeding during puberty. It covers its etiopathogenesis, clinical presentations, principles of diagnosis, and current therapy options.

Key words: abnormal uterine bleeding, puberty.

For reference: Chernyshov V.V., Sidorov A.E., Orlov F.V. Abnormal uterine bleeding caused by impaired ovulation during puberty. *Meditsinskaya Sestra*. 2019; 21 (1): 10–12.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-03>