

Соматическое и репродуктивное здоровье девочек-подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода.

И.А. Гузей

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Резюме:

В статье представлены результаты проведенного анализа соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП). Выявлены наиболее частые возможные причины, влияющие на возникновение маточных кровотечений, отмечены особенности становления репродуктивной функции у подростков с маточными кровотечениями.

Ключевые слова: маточные кровотечения пубертатного периода, девочки – подростки,

The review:

The article presents the results of the analysis of somatic and reproductive health of adolescent girls with uterine bleeding in adolescents. The most frequent possible causes influencing the occurrence of uterine bleeding, the peculiarities of the development of the reproductive function in adolescents with uterine bleeding.

Keywords: uterine bleeding in adolescents, adolescent girls.

Материалы и методы исследования.

Проблема менструальных кровотечений пубертатного периода (МКПП) по-прежнему остается актуальной не только у акушеров–гинекологов, специализирующихся на оказании медицинской помощи девочкам, но и у врачей других специальностей. В первую очередь следует отметить огромное социально–экономическое значение данной проблемы. Согласно данным отечественной медицинской статистики, маточные кровотечения пубертатного периода составляют свыше 50% всех обращений девочек–подростков к гинекологу (Уварова Е.В. и соавт., 2014).

В течение первого года после менархе менструальный цикл часто бывает нерегулярным, высока частота ановуляторных циклов. Репродуктивная система находится под тщательным контролем гипоталамических центров. Нормальная регуляция может измениться в результате влияния соматической патологии, алиментарной недостаточности, негативных эмоций и психоэмоционального стресса, а также в результате влияния на гормональную функцию яичников инфекций, передаваемых половым путем.

В связи с этим нам представлялось важным изучить особенности соматического статуса, а также особенности становления менструальной функции у девочек-подростков с МКПП. Так как своевременная коррекция возникающих нарушений регуляции овариально-менструального цикла у подростков, а также укрепление соматического здоровья девочек позволяет предотвратить последующие проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем.

С 2010 по 2014 гг. нами обследована 161 пациентка детского и подросткового возраста, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении № 2 УЗ «1-ая ГКБ» г. Минска. Из них 134 девочки по поводу МКПП – составили основную группу, 27 здоровых пациенток – составили контрольную группу.

В ходе выполнения работы на каждую пациентку заполнялась индивидуальная карта, в которой отмечали паспортные данные, возраст, данные общего и гинекологического анамнезов, включающие сопутствующую гинекологическую и экстрагенитальную патологию, результаты антропометрических, клинико-лабораторных и специальных методов обследования.

Критерии включения в исследование: длительные (более 7 дней) и обильные (более 80 мл) месячные, рецидивирующие аномальные маточные кровотечения (АМК), отсутствие эффекта от проводимой симптоматической и гормональной терапии по устранению гиперполименореи. Наличие одного из перечисленных признаков, в течение 12 месяцев, определяло показания для включения в исследование, изучения коагуляционного статуса и гормонального фона на 3-5 и 19-21 дни менструального цикла.

Девочки основной группы были распределены на три подгруппы. В первую подгруппу вошла 91 девочка с АМК, которые возникли впервые. Вторую подгруппу составили 27 пациенток с АМК, которые сопровождалась рецидивами в течение года. В третью подгруппу вошли 16 девочек, у которых АМК были обусловлены патологией в системе гемостаза: легкая форма болезни Виллебранда 1 типа выявлена у 6, легкая форма болезни Виллебранда 2 типа – 5, приобретенный синдром Виллебранда – 2, тяжелый дефицит фактора VII с базовым уровнем 1,5% - 2, гипофибриногенемия с базовым уровнем фибриногена 0,3 г/л – 1 пациентка.

Кроме того, все обследованные пациентки в зависимости от возраста, распределены на 2 группы: с 11 до 14 лет и 15-18-ти летних.

Результаты исследования и их обсуждение.

Общеизвестно, что здоровье матери во многом определяет состояние здоровья ребенка (В.А. Гурьева, 1996). В связи с этим нам представлялось важным изучить репродуктивное здоровье матерей больных девочек. С этой целью был проведен анкетный опрос матерей.

При анализе анкет обнаружено, что 44% из них в анамнезе также страдали нарушениями менструальной функции, 6% лечились по поводу бесплодия. Различные гинекологические заболевания (воспалительные заболевания половых органов, поликистоз яичников, генитальный эндометриоз и др.) наблюдались у 37% женщин, 10% обследованных были подвергнуты оперативным вмешательствам на органах половой системы.

Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто встречалась патология пищеварительной, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. Вегетососудистые дистонии наблюдались у 53% матерей обследованных девочек.

Из акушерского анамнеза удалось выяснить, что 32% женщин рожали в возрасте старше 30 лет, 16% – были юными первородящими.

У большинства матерей беременность и роды протекали с осложнениями, сопровождающимися внутриутробной гипоксией плода (поздний гестоз, анемия, угроза невынашивания и др.).

Таблица 1. – Особенности течения беременности и родов у матерей обследованных подростков

Вид акушерской патологии	Основная группа (n=134)						Группа контроля (n=27)	
	I – ая подгруппа (n=91)		II – ая подгруппа (n=27)		III – ая подгруппа (n=16)			
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Угроза невынашива-	13	14	5	19	5	31	3	11

ния								
Поздний гестоз	51	56	11	41	7	44	4	15
Анемия во время беременности	18	20	7	26	5	31	3	11
Оперативное родоразрешение	10	11	2	7	2	13	1	4
Родовая травма	25	27	2	7	-	-	-	-

Из таблицы 1 следует, что у 56% матерей девочек 1-ой подгруппы беременность протекала на фоне позднего гестоза. Однако легкая и средняя степень тяжести в большинстве случаев определила низкую частоту оперативного родоразрешения в этой группе. У 12,5% женщин средний вес при рождении превышал 4000 г. Указания на перенесенную родовую травму отмечены у 27%, отмечено достаточно большое количество беременных с анемией (20%).

Среди пациенток 2-ой подгруппы также достаточно высок удельный вес женщин с наличием позднего гестоза (41%). Также обращает на себя внимание высокая частота анемий беременных (26%).

Отмечается также высокий удельный вес беременных с поздним гестозом (44%) и среди 3-ей подгруппы. Значительное количество женщин и наличием анемии (31%) и угрозой прерывания беременности (31%).

Среди здоровых пациенток оцениваемые осложнения беременности выявлены в гораздо меньшем проценте случаев.

Итак, основываясь на полученных данных, можно предполагать, что различные патологические отклонения во время беременности и при рождении девочек могут служить фоном для развития нарушений гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений, проявляющихся менструальной дисфункцией.

Менструальную функцию у обследованных пациенток оценивали по возрасту наступления менархе и характеру менструального цикла. Так, средний возраст менархе среди девочек-подростков с АМК в 1-ой подгруппе составлял $12,37 \pm 0,62$ лет, во 2-ой – $12,02 \pm 0,58$ лет, в 3-ей – $12,25 \pm 0,63$ лет. Причем у 69 % пациенток АМК возникло в течение первых 2-х лет после начала менструаций, у 29,4 % из них менархе сразу перешло в АМК. У подавляющего большинства обследованных девочек наблюдался ановуляторный характер менструальной функции. У девочек контрольной группы средний возраст наступления менархе составлял $13,03 \pm 0,39$ лет.

Данные о становлении и характере менструальной функции, представленные в таблице 2 свидетельствуют, что у девочек с АМК наблюдались расстройства ритма менструаций.

Так у $42,2 \pm 0,5\%$ пациенток с маточными кровотечениями без врожденной патологии системы гемостаза межменструальный интервал был менее $21 \pm 6,5$ дней, а менструации, как правило, были продолжительными и обильными. Аналогичная тенденция отмечена и у девочек с маточными кровотечениями на фоне патологии в системе гемостаза: межменструальный интервал у 33,3% пациенток – менее 21 дня, а менструации – продолжительные и обильные.

Таблица 2. – Становление и характер менструальной функции у девочек – подростков с АМК

Становление ритма менструаций	АМК (n=118) %	АМК на фоне патологии гемостаза (n=16) %	Здоровые (n=27) %
Длительность менструального цикла менее 21 дня	42,2±0,5*	33,3*	2,1±0,1
Длительность менструального цикла от 21 до 35 дней	33,5±0,2*	55,5*	97,2±0,1
Длительность менструального цикла более 35 дней	24,3±0,4*	-	0,7±0,1
Продолжительность менструаций более 7 дней	96±0,9*	88,9*	8±0,3
Менструации обильные	89±0,6*	89*	5±0,2

Примечание: *p< 0,05 – достоверность различий по сравнению со здоровыми.

Соматическое здоровье обследованных с АМК имело некоторые особенности. Наши исследования подтверждают данные об ухудшении здоровья современных школьниц. У девочек отмечались частые инфекционные заболевания в раннем и дошкольном детском возрасте, 102 (80%) обследованных перенесли в прошлом по 3-4 детские инфекции. Частые респираторные заболевания отмечались у 87 (68,5%) наблюдаемых пациенток.

Таблица 3. - Структура соматической заболеваемости у девочек с АМК

Вид патологии	I – ая подгруппа (n=91)		II – ая подгруппа (n=27)		III – ая подгруппа (n=16)		Группа контроля (n=27)	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	32	35	7	26	3	19	2	7
Хронический тонзиллит	23	25	10	37	3	19	2	7
Хронический гастрит	20	22	6	22	2	13	1	4
Дискинезия желчевыводящих путей	1	1	1	4	-	-	-	-
Хронический пиелонефрит	4	4	2	7	-	-	-	-
Постгеморрагическая анемия	37	41	15	55	7	44	-	-
ОРВИ	30	33	10	37	3	19	-	-

Как видно из таблицы 3, в структуре экстрагенитальной патологии девочек с АМК, наибольший удельный вес имели: хронический тонзиллит (25% в 1-й подгруппе, 37% во 2-й подгруппе, 19% в 3-й подгруппе); заболевания желудочно-кишечного тракта (23%, 26% и 13% соответственно), в их структуре преобладал хронический гастрит; заболевания сердечно-сосудистой системы (35% в 1-й подгруппе, 26% во 2-й подгруппе и 19% в 3-й подгруппе). В структуре заболеваний сердечно-сосудистой патологии наибольший удельный вес имела вегетососудистая дистония, чаще всего по гипотоническому и смешанному типу. Данный факт свидетельствует о высокой частоте вегетативных дисфункций в подростковом возрасте и их возможной роли в нарушениях менструального цикла.

Постгеморрагическая анемия выявлена у 37 девочек 1-ой подгруппы (41%), 15 (55%) – 2-ой подгруппы пациенток, 7 (44%) – 3-й подгруппы девочек.

Провоцирующим фактором развития АМК (33% в 1-й подгруппе и во 2-й подгруппе у 37% девочек) явилась ОРВИ, предшествующая кровотечению (таблица 3).

Не менее частой спутницей патологии менструального цикла являлась тонзиллогенная инфекция. Эти данные совпадают с результатами исследований, указывающих на важную роль тонзиллогенной инфекции в генезе различных нарушений менструального цикла. Вследствие влияния интоксикации на гипоталамическую область происходят нарушения ритма секреции гонадолиберина и синтеза ЛГ клетками гипофиза. Данные изменения ведут к нарушению процессов фолликулогенеза в яичниках (Н.В. Башмакова, 2004).

Кроме того, нам представилось важным изучить роль стресса в жизни девочек-подростков, учитывая тот факт, что при перестройке организма в подростковом возрасте девочки более подвержены разнообразным неблагоприятным влияниям социального, нравственного характера.

Установлено, что большинство девочек (90%) имели различные по выраженности и по продолжительности стрессовые ситуации, как в семье так и в школе (рис. 1). Стрессовыми ситуациями в семье являлись: конфликты с родителями, страх перед угрозой физического наказания; в школе – интенсивные умственные и физические перегрузки (занятия иностранными языками, музыкой, спортом), низкая успеваемость, конфликтные ситуации в школе со сверстниками. С возрастом (15 – 18 лет) количество стрессовых эпизодов, как правило, увеличивается.

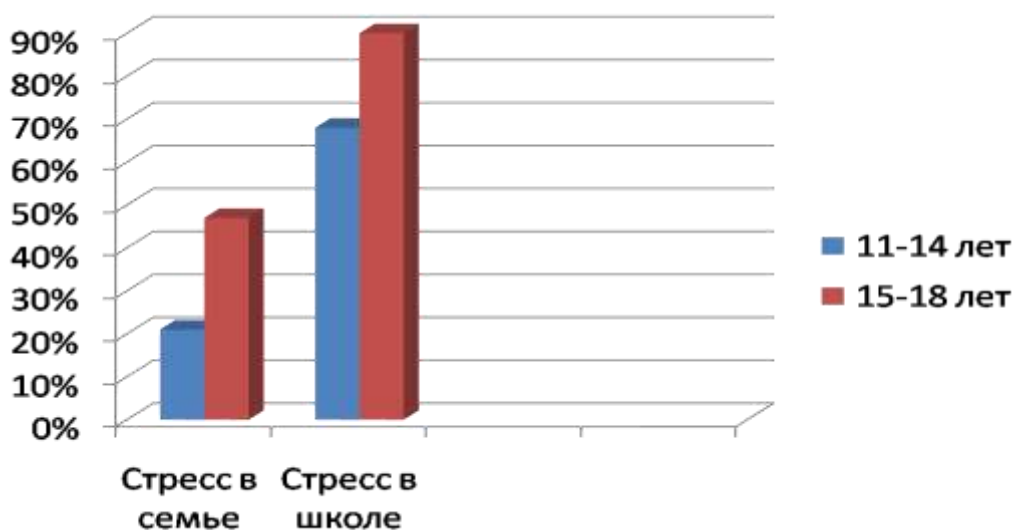


Рис. 1 Стрессовые факторы у девочек-подростков

Нами установлено, что 60% девочек с маточными кровотечениями обучались в специализированных школах, где учебные нагрузки значительно выше, чем в общеобразовательных школах, 54% подростков занимались спортивной гимнастикой и танцами. Таким образом, можно предположить, что умственные и физические перегрузки играют важную роль в провоцировании АМК.

Оценку физического развития девочек проводили по данным антропометрии с учетом возраста менархе.

Таблица 4.- Физическое развитие обследованных подростков

Показатели	I – ая подгруппа (n=91)		II – ая подгруппа (n=27)		III – ая подгруппа (n=16)	
	11-14 лет (n=39)	15-18 лет (n=52)	11-14 лет (n=13)	15-18 лет (n=14)	11-14 лет (n=9)	15-18 лет (n=7)
Рост, см.	154,53±4,5*	163,4±3,35*	152,8±3,32	167,9±2,25*	153,75±3,68	163,3±3,77
Вес, кг.	46,18±4,8	54,5±3,4	44,1±4,06	57,9±2,4*	44,95±5,46	53,5±3,08
Массо-ростовой коэффициент	0,30±0,02*	0,33±0,01*	0,29±0,02	0,34±0,01*	0,27±0,03	0,33±0,01

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверность различий по сравнению со здоровыми.

Данные таблицы 4 свидетельствуют о том, что 11-14 - летние девочки в первой подгруппе имели несколько более высокие показатели веса и роста, чем во 2-ой подгруппе того же возраста и группе здоровых детей. Во 2-ой группе 15-18 летних девочек показатели роста и веса несколько выше, чем в 1-й и группе здоровых девочек.

Среди 134 пациенток 0(I) группу крови имели 58, А(II) – 41, В(III) – 25, АВ(IV) – 10.

Выводы:

1. У большинства матерей девочек-подростков с МКПШ беременность и роды протекали с осложнениями, которые могут служить фоном для развития гипоталамо-гипофизарных нарушений в период становления репродуктивной системы, проявляющихся менструальной дисфункцией.
2. Средний возраст менархе среди девочек-подростков с АМК имеет тенденцию к более раннему началу менструаций по сравнению с контрольной группой.
3. Практически у половины пациенток с аномальными кровотечениями межменструальный интервал был менее 21 дня, а менструации, как правило, были продолжительными и обильными.
4. В большинстве случаев (69 %) АМК возникали в течение первых 2-х лет после начала менструаций, у 29,4 % из них менархе сразу перешло в АМК.
5. Соматическая патология, в том числе и инфекционного характера, у пациенток с АМК встречалась чаще, что, возможно, явилось одной из причин нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе. Наиболее часто отмечались: хронический тонзиллит (25% в 1-й подгруппе, 37% во 2-й подгруппе, 19% в 3-й подгруппе); заболевания желудочно-кишечного тракта (23%, 26% и 13% соответственно); заболевания сердечно-сосудистой системы (35% в 1-й подгруппе, 26% во 2-й подгруппе и 19% в 3-й подгруппе). Практически у каждой 2 девочки с АМК (41% в 1-ой подгруппе, 55% – во 2-ой и 44% – 3-й подгрупп) отмечалась вторичная постгеморрагическая анемия.
6. Среди пациенток с АМК наиболее часто встречалась 0(I) группа крови.

7. Большинство девочек (90%) имели различные по выраженности и по продолжительности стрессовые ситуации, как в семье, так и в школе, что, вероятно, следует расценивать как фактор, способствующий возникновению АМК.

Таким образом, своевременное выявление факторов риска маточных кровотечений, укрепление соматического здоровья девочек-подростков будет способствовать восстановлению менструальной функции и в целом сохранению их репродуктивного здоровья.

Литература

1. Болдырева Е.Н., Уварова Е.В. // Рус. мед. журнал. – 2007. – Т.7, № 4. – С.48—52.
2. Гуркин Ю.А. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – Т. 69, № 3. – С.55–58.
3. Коколина В.Ф. Гинекология детского и подросткового возраста. – Медпрактика, 2006г. – 368с.
4. Кудина О.Л. Современные методы коррекции нарушений менструального цикла у девочек - подростков. // Методическое пособие. – 2010г. – 27с.
5. Можейко Л.Ф., Гузей И.А. // журнал «Репродуктивное здоровье в Беларуси». – 2010. - №4. - «Современный взгляд на проблему ЮМК» (обзор литературы). – С.141-150.
6. Савельева И.С., Белохвостова Ю.Б. Информация о 7-м Европейском конгр. По детской и подростковой гинекологии // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997г. - №4. – с. 111-116.