

УДК 618.14-05.1:612.661:618.11-006.03+616.155.194(043.5)

Ж.О. Гиленко

Харьковский национальный медицинский университет

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Обследовано 128 пациенток 11–18 лет с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП). Проведенный комплекс включал клиническое, гинекологическое обследование, эхосонографию, анализ патоморфологической картины соскоба эндометрия, гормональное обследование. У 75 % девушек выявлена экстрагенитальная патология, у 76,5 % – вторичная постгеморрагическая анемия, у 79,7 % – гормональные нарушения. Гистологическое обследование полости матки показало наличие гиперплазии эндометрия у больных с тяжелой формой МКПП, которая характеризовалась определенной ультразвуковой картиной в процессе диагностики.

Ключевые слова: *девушки-подростки, маточные кровотечения пубертатного периода, патоморфологическое исследование эндометрия.*

Обеспечение сохранения здоровья детей и подростков – самый значимый и перспективный вклад в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества. Данная проблема важна для всех детей, но так как девочки рассматриваются мировым сообществом истинным резервом воспроизводства, то проблема сохранения их общего и репродуктивного здоровья имеет в современных условиях развития страны первостепенную важность [1, 2].

В последние годы отмечается тенденция к нарушениям темпов физического развития подростков, значительному увеличению доли экстрагенитальной патологии с хроническим рецидивирующим течением. У 50–75 % девочек-подростков отмечаются расстройства здоровья, способные отрицательно влиять на реализацию репродуктивного потенциала [3, 4].

В структуре заболеваний, наиболее часто встречающихся и тяжело протекающих в современной гинекологической практике детского и подросткового возраста, особое место занимают патологии гениталий, проявляющиеся геморрагическим синдромом, в первую очередь аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП). Маточные кровотечения у гинекологических больных пубертатного возраста часто приводят к

анемизации пациенток, что значительно снижает качество их жизни и требует своевременной адекватной терапии [2, 3, 5–8].

Частота МКПП в структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста колеблется от 2,5 до 38,2 % [1, 2, 4]. Обращаемость девочек-подростков с данной патологией к гинекологу достигает 25–30 % всех обращений. Наиболее часто маточные кровотечения возникают у девочек-подростков в течение первых трех лет после менархе [1, 3–5, 9, 10].

Некоторые авторы считают, что с помощью определенных диагностических признаков, выделенных в процессе дифференциальной диагностики, можно корректно определить тип МКПП более чем у половины подростков (гипо-, нормо- или гиперэстрогенный). При отсутствии корреляции между клиническими и параклиническими данными, свидетельствующими о нарушении функциональной связи эстрогенов с эффекторными органами, очевидно, можно говорить об атипичных формах МКПП [2, 4, 10]. В ряде случаев не учитываются степень анемизации пациенток и характер структурных изменений в яичниках, что может серьезно влиять на клиническое состояние больных и гормональный гомеостаз, определяющий гемостазиологические особенности организма в процессе пубертатогене-

© Ж.О. Гиленко, 2014

за, особенно на фоне рецидивирующего характера патологии.

Определенную клиническую картину дисфункциональных маточных кровотечений, к которым относятся МКПП, некоторые авторы описывают как характерную для атрезии и персистенции фолликулов. При персистенции фолликулов менструально-подобные или более обильные, чем менструации, кровянистые выделения возникают после задержки очередной менструации на 1–3 недели, а при атрезии фолликулов задержка составляет от 2 до 6 месяцев и проявляется скудными и продолжительными кровотечениями [5, 6, 10]. Большое значение для диагностики имеют ультразвуковые методы, а также гистологические исследования структуры эндометрия, которые не только позволяют исключить онкологический процесс, но и помогают выбрать рациональную тактику лечения [4, 5, 9, 11]. Однако у подростков с МКПП выскабливание полости матки чаще всего проводится по жизненным показаниям. Поэтому изучение особенностей клинического течения МКПП с учетом эхографических данных, визуально отражающих структурное состояние яичников на фоне ретенционных образований, и сонографическая и доплерометрическая оценка эндометрия с учетом степени анемизации пациенток при сопоставлении их с патоморфологическими данными важны для выбора и назначения адекватной терапии, этапности диспансерного наблюдения, проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Целью данного исследования было совершенствование диагностики МКПП на фоне анемии у девочек-подростков для дальнейшего выбора адекватных лечебно-профилактических мероприятий с учетом эхографических, патоморфологических данных и степени анемизации больных.

Материал и методы. Исследование выполнено на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета и на базе гинекологического отделения областного клинического перинатального центра г. Сумы, где выделены детские гинекологические койки. Под наблюдением находились 128 девочек-подростков 11–18 лет с МКПП. Комплексное обследование проведено с применением клиничко-лабораторных, биохимичес-

ких, гормональных методов. Проанализированы жалобы и клиническое течение болезни с учетом рецидивирования процесса, течения беременности и родов у матери. Оценивали степень физического и полового развития пациенток, характер менструальной функции, инфекционный индекс, гинекологический статус, функциональное состояние яичников. Проводили УЗИ малого таза, щитовидной и молочных желез, органов брюшной полости по общепринятым методикам. Изучали эхографическую картину эндометрия с применением цветного доплеровского картирования. Патоморфологическое исследование соскоба эндометрия проводили по стандартным методикам после получения результатов лечебно-диагностического выскабливания полости матки. При изучении гормонального профиля организма пациенток определяли уровни гонадотропных и стероидных гормонов. Изучали состояние белкового, липидного обмена, показатели гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа и ферритина. В динамике обследования и лечения больные консультировались смежными специалистами (педиатром, кардиологом, хирургом, нефрологом, эндокринологом). Во всех случаях были исключены беременность, травмы, пороки развития, заболевания кроветворной системы, онкологические процессы, воспаление гениталий как возможные причины кровотечений из половых путей.

Результаты и их обсуждение. Детальное изучение анамнеза показало, что у большинства обследованных (76,5 %) кровотечение возникло впервые, 23,5 % девушек-подростков поступили в гинекологическое отделение повторно. У 56 % пациенток длительность МКПП составила 20–30 дней, у 30 % – 10–12 дней, у 14 % – более 30 дней. Длительность кровотечения колебалась от 10 до 68 дней.

У 96 (75 %) обследованных с МКПП диагностирована экстрагенитальная патология, у 45 % из них – сочетание двух и более патологических состояний. МКПП приобретали хроническое течение и осложнялись наступлением рецидивов достоверно чаще у пациенток с экстрагенитальной патологией и часто болеющих острыми респираторными вирусными заболеваниями. Основной жалобой при поступлении в стационар было кровотечение из половых путей разной интенсивнос-

ти и длительности, отмечались общая слабость, головокружение, шум в ушах, нередко обморочное состояние, головная боль, повышенная раздражительность, боли внизу живота. У большинства обследованных (70,3 %) отмечены умеренные кровянистые выделения из половых путей, у 15,6 % – обильные и у 14,1 % – длительные мажущие выделения.

При объективном обследовании выявлены нарушения физического (43 % – дефицит и превышение массы тела) и полового (37,3 % – опережение темпов) развития.

Важными диагностическими маркерами при обследовании пациенток и выборе тактики терапии являются данные УЗИ [3, 5, 9, 11]. При динамическом эхографическом обследовании у 62,3 % пациенток с МКПП на фоне нарушений гормонального статуса (при гиперэстрогении) выявлялись патологические изменения в эндометрии – его гиперплазия. У таких больных размеры внутреннего маточного эха (М-эхо) находились в пределах 14–36 мм. Отмечались доплерографические изменения – нарушение скорости кровотока в маточных артериях, характеризующиеся снижением систолидиастолического соотношения, изменениями индекса резистентности и пульсационного индекса в сравнении с нормативными показателями. Нередко МКПП сопровождалось увеличением ячников с наличием в них ретенционных кист, подтвержденных эхосонографически (у 29,7 % девочек). У 47,7 % обследованных при УЗИ визуализировались множественные атретические фолликулы. Размеры кист находились в пределах 34–56 мм в диаметре, чаще визуализировались справа. У этих больных, как правило, выявлены высокие уровни пролактина, у половины из них – повышение уровня эстрадиола (Е2), у 25 % пациенток – уровня тестостерона (Т), индекса Е2/Т при снижении уровня прогестерона у подавляющего большинства пациенток.

Индивидуальный анализ гонадотропной функции гипофиза у больных с МКПП позволил установить ее выраженные изменения. Несмотря на то, что средние показатели не имели статистически значимых различий с контролем, угнетение гонадотропной функции в виде параллельного снижения уровней лютропина и фоллитропина определено у 29,7 % девочек (чаще младшей возрастной группы –

11–14 лет). Селективное снижение лютропина на фоне умеренного и повышенного уровня фоллитропина наблюдалось у 39,8 % подростков, повышенный уровень обоих гонадотропинов установлен у 10,2 % (13) пациенток. Таким образом, у 79,7 % пациенток с МКПП выявлены нарушения продукции гонадотропинов.

Динамическое кольпоцитологическое обследование вместе с оценкой базальной температуры у большинства девочек-подростков с МКПП подтвердило ановуляторный характер кровотечений. С учетом результатов клинического течения МКПП, данных кольпоцитологической картины, гормональной насыщенности организма больных выделены клинические формы заболевания: гипо-, нормо- и гиперэстрогенная.

У 98 (76,5 %) девочек-подростков МКПП сопровождалось развитием железодефицитной анемии. Уровень гемоглобина крови колебался от 56 до 110 г/л. У 53 (54,1 %) девочек-подростков отмечалась железодефицитная анемия I степени, у 27 (27,6 %) больных – II, у 18 (18,3 %) – III степени.

При изучении и сопоставлении показателей гемоглобина, сывороточного железа и ферритина установлено, что у всех девочек-подростков с МКПП уровень ферритина был снижен, даже при показателях гемоглобина в пределах нижней границы нормы, а у больных с железодефицитной анемией концентрация ферритина составила в среднем $(17,8 \pm 2,8)$ мкг/л. Показатели сывороточного железа при этом находились в пределах 8,4–13,1 мкмоль/л. Между показателями ферритина и сывороточного железа выявлена прямая положительная корреляционная зависимость ($r=0,56$; $p<0,05$).

В ходе исследования установлены клинико-параклинические параллели между характером клинической формы МКПП, степенью анемизации больной, ультразвуковыми и гистологическими характеристиками обследованных больных. Установлено, что наиболее тяжелые клинические случаи (12) характеризовались гиперэстрогенной формой кровотечения, анемией II–III степени. Этим больным по жизненным показаниям было произведено выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия. Установлено наличие умеренно выраженной картины гиперплазии эндометрия у 10 боль-

ных, у двух девочек выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. При сравнении результатов УЗИ с полученными морфологическими данными выявлено, что у больных с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия эхографическая картина характеризовалась наличием в полости матки множественных эхонегативных мелких включений, что подтверждает полученные ранее данные других исследователей о возможности использования эхографических характеристик в качестве маркеров изменений эндометрия при МКПП.

Выводы

Маточные кровотечения пубертатного возраста часто возникают у девочек-подростков с отягощенной наследственностью по патологии репродуктивной системы, на неблагоприятном преморбидном и психоэмоциональном фоне, при наличии экстрагенитальной патологии у 75 % больных. Они сопровождаются выраженным дисбалансом в гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношениях, отражающихся на структурных изменениях в матке и яичниках, что в значительной степени определяет клиническую картину заболевания.

Литература

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. – СПб.: Фолиант, 2000. – 574 с.
2. Кузнецова М.Н. Патология репродуктивной системы в период ее становления: Руководство по эндокринной гинекологии; под ред. Е.М. Вихляевой / М.Н. Кузнецова. – М., 2006. – С. 229–366.
3. Тучкіна І.О. Етапна реабілітація піддітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією : автореф. дис. ... докт. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / І.О. Тучкіна. – Харків: ХНМУ, 2007. – 39 с.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология / Е.В. Уварова. – М., 2009. – С. 5, 269–277.
5. Диннік В.О. Пубертатні маткові кровотечі: клініка, патогенез, лікування, прогноз : автореф. ... дис. докт. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / В.О. Диннік. – К.: Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, 2010. – 39 с.
6. Маточные кровотечения пубертатного периода / В.Ф. Коколина, Т.В. Казюкова, Т.Г. Дядик, Д.И. Нафталиева // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 5. – С. 116–123.
7. Причины и следствия маточных кровотечений у подростков / В.А. Товстановская, И.В. Гужевская, В.Н. Воробей-Виховская, А.В. Воробей // Здоровье женщины. – 2010. – № 2. – С. 179–183.
8. Оптимизация негормональной терапии в комплексном лечении метrorрагий у девочек-подростков / И.А. Тучкина, М.А. Лесовая, Л.Ю. Зобина, Г. М. Тысячка, Ж.О. Гиленко, Л.А. Добровольская // Тр. Крымск. гос. мед. ун-та им. С.И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». – Симферополь, 2009. – Т. 145, Ч. II. – С. 276–280.
9. Гаврилова І.В. Ультразвукові та гормональні критерії вибору лікування ювенільних маткових кровотеч : автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / І.В. Гаврилова. – К. : Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, 2000. – 20 с.

У девочек-подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода в 76,5 % случаев отмечаются осложнения – вторичная постгеморрагическая железодефицитная анемия, при этом происходят ранние латентные изменения в органах-депо железа, опережающие изменения уровня гемоглобина.

Установленные патоморфологические и клинико-эхографические параллели между характером клинической формы маточных кровотечений пубертатного периода, степенью анемии, ультразвуковыми и гистологическими характеристиками обследованных девушек-подростков способствуют ранней диагностике и адекватной оценке тяжести состояния больных, что обеспечивает правильную тактику лечения, особенно при urgentных ситуациях.

Доказано, что гинекологические нарушения в периоде полового созревания негативно влияют на репродуктивную систему на протяжении всей жизни женщины. Перспективной с этих позиций является дальнейшая разработка клинико-диагностических комплексов с использованием современных методов исследования для коррекции патологических состояний в подростковом возрасте.

10. Татарчук Т.Ф. Дисфункциональные маточные кровотечения: современные аспекты патогенеза, диагностики и терапии / Т.Ф. Татарчук, Т.В. Шевчук, Э.И. Ивасюк // Здоровье женщины. – 2009. – № 6. – С. 115–122.

11. Тучкина И.А. Современные подходы к диагностике гинекологической патологии детского и подросткового возраста / И.А. Тучкина // Медико-социальные проблемы семьи. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 109–114.

Ж.О. Гиленко

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-ЕХОГРАФІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ПЕРЕБІГУ ПУБЕРТАТНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ

Обстежено 128 дівчаток 11–18 років з матковими кровотечами пубертатного періоду (МКПП). Проведений комплекс включав клінічне, гінекологічне обстеження, ехосонографію, аналіз патоморфологічної картини зскрібків ендометрія, гормональні обстеження. У 75 % дівчат виявлена екстрагенітальна патологія, у 76,5 % – вторинна постгеморагічна анемія, у 79,7 % – гормональні порушення. Гістологічне обстеження порожнини матки показало наявність гіперплазії ендометрія у хворих із тяжкою формою МКПП, яка мала характерну ультразвукову картину в процесі діагностування.

Ключові слова: дівчата-підлітки, маткові кровотечі пубертатного періоду, патоморфологічне дослідження ендометрія.

Zh.O. Gilenko

PATHOMORPHOLOGICAL, CLINICAL AND SONOGRAPHICAL PARALLELS OF THE COURSE OF PUBERTAL UTERINE BLEEDING IN ADOLESCENTS WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

The study involved 128 girls age 11–18 years old with pubertal uterine bleeding (PUB). The complex investigation includes clinical, gynecological examination, ultrasound, analysis of pathomorphologic picture of endometrium, hormonal profile. The study was found, that 75% of girls have extragenital pathology, 76.5% of patients have-secondary iron deficiency anemia, 79.7% of adolescents have hormonal disorders. Pathomorphological examination of the endometrium has established the presence of endometrial hyperplasia in patients with severe form of the PUB, which was characterised of the specific ultrasonic picture.

Key words: adolescent girls, puberty uterine bleeding, pathomorphological examination of endometrium.

Поступила 09.04.14