

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Работу выполнила:

Студентка лечебного ф-та, 518
группы

Пегушина Наталия Станиславовна

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

АМК пубертатного периода — кровотечение из полости матки, не соответствующее параметрам нормальной регулярной менструации (5–80 мл/4–8 сут/каждые 21–45 дней), вызывающее физический и психический дискомфорт у девочек- подростков с возраста менархе до 17 лет включительно.

КОД ПО МКБ-10

N92.2 Избыточные менструации в пубертатном периоде, в том числе чрезмерное кровотечение, ассоциированное с установлением менструаций, пубертатная меноррагия, пубертатные кровотечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота АМК в структуре гинекологических заболеваний подростков колеблется от 10 до 37,3%. Наиболее часто АМК возникает у девочек-подростков в течение первых трех лет после менархе. АМК рассматривается одним из главных заболеваний, требующих оказания скорой помощи и госпитализации девочки-подростка.

КЛАССИФИКАЦИЯ

До 2009 года

- **Меноррагия (гиперменорея)** — маточное кровотечение у больных с сохраненным ритмом менструаций, у которых продолжительность кровяных выделений превысила >7 дней и кровопотеря — >80 мл, имелись гиповолемические расстройства в менструальные дни и железодефицитная анемия средней и тяжелой степени выраженности.
- **Полименорея** — маточное кровотечение, возникающее с периодичностью менее 21 дня.
- **Метроррагия и менометроррагия** — маточное кровотечение, не имеющее ритма, часто возникающее после периодов олигоменореи и характеризующееся периодическим усилением кровотечения на фоне скудных или умеренных кровяных выделений.

В 2009 г. члены FIGO утвердили термин «аномальное маточное кровотечение»

ЭТИОЛОГИЯ

С учетом основной причины АМК пубертатного периода могут быть распределены по следующим категориям:

Обусловленное болезнями матки:

- ассоциированное с беременностью;
- заболевания шейки матки;
- заболевания тела матки;
- дисфункция эндометрия, в том числе на фоне ХЭ.

Не связанные с болезнями матки:

- заболевания придатков матки;
- на фоне гемофилических заболеваний и нарушений системы гемостаза.

Ановуляторные кровотечения:

- нарушение формирования отрицательной обратной связи яичников и гипоталамо-гипофизарной области ЦНС в первые 3 года с менархе. Отсутствие овуляции и последующей выработки прогестерона желтым телом создает состояние хронического влияния эстрогенов на органы мишени, в том числе на эндометрий.

ЭТИОЛОГИЯ

Кровотечения, обусловленные ятрогенными факторами:

- на фоне применения препаратов, содержащих эстрогены и прогестины, в том числе в составе КОК и ЗГТ, тестостерона, модуляторов эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, глюкокортикоидов, НПВС, антикоагулянтов и антиагрегантов, антипсихотиков и других системных или локальных агентов;
- в результате аборта или других хирургических внутриматочных вмешательств.

Неклассифицированные кровотечения:

- вследствие артериовенозных мальформаций;
- на фоне гипертрофии миометрия;
- ассоциированные с определенными системными и хромосомными заболеваниями;
- прочие.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- **Острое АМК** — эпизод обильного (интенсивного) кровотечения, требующего срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери, физического и эмоционального дискомфорта пациентки. Острое АМК может появиться на фоне давно существующего хронического маточного кровотечения или возникнуть остро и никогда не встречаться раньше.
- **К хроническому маточному кровотечению** относят аномальное по объему, регулярности и/или частоте, продолжающееся в течение большинства дней последних 6 мес. В эту категорию АМК причисляют нерегулярные и длительные менструальные кровотечения.
- **Межменструальное маточное кровотечение** возникает между четко предсказуемыми сроками циклического менструального кровотечения. По мнению международных экспертов FIGO, это определение должно заменить ранее употреблявшийся термин «метроррагия».

ДИАГНОСТИКА

Критериями маточного кровотечения являются:

- продолжительность постоянных кровяных выделений из влагалища больше 7 дней, а также кратковременные (меньше 2 дней) повторяющиеся кровяные выделения на фоне укорочения (менее 21 дня) или удлинения (более 45 дней) менструального цикла;
- кровопотеря более 80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями;
- наличие межменструальных или посткоитальных (у сексуально активных подростков) кровяных выделений.

ДИАГНОСТИКА

Анамнестическое исследование

Уточнение указаний у ближайших родственников на патологии системы гемостаза, аутоиммунные, эндокринные и злокачественные заболевания, выяснение перенесенных и сопутствующих системных и эндокринных заболеваний, репродуктивного анамнеза у сексуально активных подростков, вида и продолжительности медикаментозного и немедикаментозного лечения, пищевых приверженностей, вида увлечений и профессиональных занятий.

Уточнение наличия боли внизу живота, в том числе в дни кровотечения, ранних симптомов беременности, сопутствующих проявлений анемии и других жалоб.

ДИАГНОСТИКА

Выраженность кровотечения условно можно определить по количеству использованных за сутки средств гигиены по шкале Мэнсфилда–Водэ–Йоргенсена:

- скудное — одна или две капли или мазок крови на прокладке или верхушке тампона;
- очень легкое — слабое пропитывание гигиенического средства с впитываемостью «light»/«normal», смена которого через положенные по аннотации гигиенического средства каждые 6 ч гарантирует от протекания;
- легкое кровотечение — неполное пропитывание гигиенического средства со впитываемостью «light»/«normal», смена которого через положенные по аннотации гигиенического средства каждые 6 ч также гарантирует от протекания, при том, что можно менять его по желанию и чаще;
- умеренное — требуется обязательная смена полностью пропитанного гигиенического средства «normal» (3 капли) каждые 3–4 ч;
- обильное — необходима смена полностью пропитанного гигиенического средства высокой впитывающей способности (4–5 капель) каждые 3–4 ч;
- интенсивное — вынужденная смена гигиенического супервпитывающего средства (6 капель) каждые 2 и менее часа.

ДИАГНОСТИКА

Физикальное обследование

- Сопоставление степени физического и полового созревания с возрастными нормативами, осмотр кожных покровов (петехии, экхимозы, полосы растяжения, угревые высыпания, гирсутизм), измерение ИМТ.
- Уточнение возраста менархе, так как АМК пубертатного периода, обусловленные дефектами системы гемостаза, чаще всего имеют девочки с ранним (до 10 лет) менархе, тогда как ановуляторные АМК пубертатного периода чаще возникают у девочек и с поздним (15 лет и позже) менархе.
- Уточнение психологических особенностей пациентки.

ДИАГНОСТИКА

- Особенностью клинико-психологического портрета девочек с АМК, возникшим на **гипоэстрогенном фоне**, является хрупкое телосложение, значительное отставание уровня полового развития от сверстниц при высокой готовности к стрессовым реакциям на фоне стремления превосходить окружающих во всем (перфекционизм).
- При АМК у девочек с **нормальным эстрогенным фоном** имеется гармоничное физическое и половое развитие при выраженной склонности к тревожно-депрессивным психическим расстройствам.
- При АМК, которое развилось на **гиперэстрогенном фоне**, выявляется дисгармоничное ускорение развития молочных желез и внутренних половых органов в сочетании с физической акселерацией при замедленном психосоматическом развитии.

ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика и дополнительные методы обследования

Определение в сыворотке крови больной с АМК

- β -субъединицы ХГЧ, особенно при подозрении на изнасилование
- **Общий анализ крови** с определением уровня гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов.

*По данным гемограммы:

- ✓слабым следует считать маточное кровотечение при гемоглобине >120 г/л;
- ✓умеренным — при гемоглобине, равном 100–120 г/л, и при стабильных показателях гемодинамики,
- ✓среднеобильным — при гемоглобине, равном 80–100 г/л, и при стабильных показателях гемодинамики;
- ✓обильным — при гемоглобине <70 г/л или нестабильных показателях гемодинамики.

ДИАГНОСТИКА

- Высокую вероятность нарушенной функции тромбоцитов можно определить по формуле

$$R = \text{MPV} \times \text{PDW} / \text{PLT} \times \sqrt{1 - \text{PCT}},$$

- при $R \geq 0,2$ высок риск гемофилического кровотечения и требуется углубленное исследование системы гемостаза.
- Гемостазиограмма и оценка времени кровотечения.

ДИАГНОСТИКА

- Микроскопия мазка (окраска по Граму) и ПЦР-диагностика в реальном времени пристеночного микробиоценоза у всех больных с АМК, а хламидийной инфекции, гонореи, ВПГ, ВПУ, ЦМВ, микоуреаплазменной инфекции в соскобе из цервикального канала — у сексуально активных девочек-подростков.
- Оценка уровня гормонов крови имеет практическое значение при обследовании девочек-подростков после остановки кровотечения по показаниям: ТТГ, свободного Т4 и антител к тиреопероксидазе (при симптомах дисфункции щитовидной железы), ЛГ, ФСГ, эстрадиола, свободного тестостерона, андростендиона, АМГ (при подозрении на СПКЯ), 17-гидроксипрогестерона и кортизола (для исключения неклассической врожденной дисфункции коры надпочечников), пролактина (у девочек с предшествующей олигоаменореей и стрессом).

ДИАГНОСТИКА

- Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, общий и прямой билирубин, мочеви́на, С-реактивный белок).
- Глюкозотолерантный тест с параллельным определением уровня иммуноре- активного инсулина у подростков с избыточной массой тела или ожирением.
- Определение содержания в сыворотке крови ферритина и трансферрина. Снижение ферритина менее 15 мг/дл подтверждает дефицит железа. Ложнонормальные (либо повышенные) значения ферритина могут регистри- роваться при наличии воспалительного процесса. Железо и общая железос- вязывающая способность сыворотки являются ненадежными индикаторами обеспечения организма железом в связи с влиянием употребления железа, суточными колебаниями значений.

ДИАГНОСТИКА

Инструментальные методы исследования

- Вагиноскопия. Оценивают состояние слизистой влагалища и эстрогенную насыщенность вульвы, стенок влагалища и шейки матки.
- Эхография органов малого таза с уточнением состояния эндометрия.
- МРТ органов малого таза (по показаниям) для уточнения вида органических изменений матки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Осложнения беременности у сексуально активных подростков

Жалобы и данные анамнеза, позволяющие исключить прерывающуюся беременность или кровотечение после состоявшегося аборта, в том числе у девочек-подростков, отрицающих сексуальные контакты, уточняются в первую очередь.

Кровотечение возникает чаще после непродолжительной задержки свыше 42 дней, реже при укорочении менструального цикла менее 21 дня или в сроки, близкие к ожидаемой менструации.

В анамнезе, как правило, имеются указания на половые контакты в предыдущем менструальном цикле.

Больные отмечают жалобы на нагрубание молочных желез, тошноту. Кровяные выделения, как правило, обильные со сгустками, с кусочками тканей, нередко болезненные. Имеются положительные тесты на беременность (определение β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови больной).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дефекты свертывающей системы крови

Косвенными признаками гипокоагуляционного маточного кровотечения являются склонность к кровотечениям у родителей, носовые кровотечения, удлиненное время кровотечения при хирургических манипуляциях, частое и беспричинное возникновение петехий и гематом, применение антикоагулянтов.

Чрезмерно обильные менструации.

Поиск патологии системы гемостаза должен проводиться и у больных, имеющих два и более из следующих симптомов: появление синяков от ушибов 1–2 раза в месяц, носовое кровотечение 1–2 раза в месяц, частая кровоточивость десен, неблагоприятный семейный анамнез по нарушению гемостаза. При положительном результате начального скрининга необходимо дальнейшее тестирование и консультация у гематолога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Полипы шейки и тела матки

Маточные кровотечения, как правило, ациклические с короткими светлыми промежутками, выделения умеренные, нередко с тяжами слизи. При эхографическом исследовании полип эндометрия на 4–6-й день менструального цикла имеет четкие контуры, овоидную форму, в его ножке возможна визуализация сосуда. Диагноз подтверждается данными гистероскопии и последующего гистологического исследования удаленного образования эндометрия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Узловая, очаговая, диффузная форма эндометриоза матки

Характерна выраженная дисменорея, как правило, с менархе, до и после менструации имеются длительные мажущие кровяные выделения с характерным коричневым оттенком. Диагноз подтверждается данными эхографии в 1-ю и 2-ю фазы менструального цикла и гистероскопии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Гормонпродуцирующие опухоли яичников

АМК пубертатного периода может явиться первым симптомом эстрогенпродуцирующих опухолей или опухолевидных образований яичников. Уточнение диагноза возможно после УЗИ и магнитно-резонансного исследования половых органов с определением объема и структуры яичников, определения уровня эстрогенов в венозной крови и онкомаркеров (СА-125, HE4).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Нарушение функции щитовидной железы

АМК пубертатного периода возникают, как правило, у больных с субклиническим или клиническим гипотиреозом. Больные с АМК пубертатного периода на фоне гипотиреоза имеют жалобы на зябкость, отечность, увеличение массы тела, снижение памяти, сонливость, депрессию.

При гипотиреозе пальпация и УЗИ с определением объема и структурных особенностей щитовидной железы позволяют выявить ее увеличение, а осмотр больных — наличие сухой субиктеричной кожи, пастозности тканей, одутловатости лица, глоссомегалию, брадикардию, увеличение времени релаксации глубоких сухожильных рефлексов. Уточнить функциональное состояние щитовидной железы позволяет определение содержания ТТГ, свободного Т₄ и, по показаниям, антител к тиреопероксидазе в венозной крови.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение

Отсутствуют доказательные данные, подтверждающие целесообразность немедикаментозной терапии больных с АМК пубертатного периода, кроме ситуаций, требующих хирургического вмешательства.

Хирургическое лечение

Выскабливание матки у подростков применяется редко.

Показаниями к хирургическому лечению являются:

- острое (интенсивное, тяжелое) маточное кровотечение, не останавливающееся на фоне медикаментозной терапии;
- наличие клинических и УЗ-признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор в пользу хирургического лечения должен основываться на следующих факторах:

- стабильность клинического состояния;
- тяжесть кровотечения;
- наличие противопоказаний для медикаментозного лечения или отсутствие «ответа» на нее.

Противопоказания включают существенные структурные нарушения в полости матки.

Хирургическое вмешательство требует обязательного гистероскопического контроля, поэтому должно осуществляться в стационаре, в котором работают специалисты и имеются соответствующая медицинская аппаратура и возможности оказания интенсивной и реанимационной помощи.

Выявление при обследовании девочек-подростков с АМК объемного образования в области придатков матки (эндометриоидной, дермоидной, фолликулярной кисты или кисты желтого тела яичника, персистирующей более 3 мес) является показанием для хирургического лечения предпочтительно лапароскопическим доступом после остановки кровотечения.

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение

Общими целями медикаментозного лечения АМК пубертатного периода являются:

- остановка кровотечения во избежание острого геморрагического синдрома;
- антианемическая терапия;
- коррекция психического статуса;
- стабилизация и коррекция менструального цикла и состояния эндометрия.

В целях остановки АМК пубертатного периода препаратами первого выбора являются ингибиторы перехода плазминогена в плазмин (препараты транексамовой кислоты, аминотетилбензойной и аминокaproновой кислоты).

ЛЕЧЕНИЕ

Интенсивность кровотечения снижается за счет уменьшения фибринолитической активности плазмы крови.

Транексамовая кислота назначается перорально в дозе 1 г в течение первого часа терапии, затем по 500 мг — 1,5 г 3 раза в сутки до полной остановки кровотечения. Возможно внутривенное введение по 10 мг/кг (не более 600 мг) препарата в течение 1-го часа, затем капельное введение по 500 мг каждые 6–8 ч.

Суммарная суточная доза не должна превышать 6 г.

При больших дозах увеличивается опасность развития синдрома внутрисосудистого свертывания, а при одновременном применении эстрогенов возникает высокая вероятность тромбоэмболических осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ

У подростков в возрасте до 18 лет низкодозированные КОК являются главным методом лечения.

Пероральные низкодозированные контрацептивы с прогестагенами (ЛНГ 150 мкг, дезогестрел 150 мкг, гестоден 75 мкг, хлормадион 3000 мкг, ципротерона ацетат 2000 мкг, диеногест 200 мкг) являются наиболее часто используемыми препаратами у больных с острыми и хроническими ановуляторными маточными кровотечениями. ЭЭ в составе КОК обеспечивает гемостатический эффект, а про-гестагены — стабилизацию стромы и базального слоя эндометрия. Для остановки кровотечения используются только монофазные КОК.

ЛЕЧЕНИЕ

Доказана высокая эффективность применения низкодозированных монофазных КОК по 1/2 таблетки через каждые 4 ч до наступления полного гемостаза.

В последующие дни проводится снижение суточной дозы КОК по 1/2 таблетки в день (патент РФ № 2327462 от 27.06.2008).

При уменьшении суточной дозы до 1 таблетки целесообразно продолжить прием препарата с учетом уровня гемоглобина не менее чем на 21-й день, считая с первого дня от начала гормонального гемостаза.

У подростков с АМК и «тонким» эндометрием до 4 мм возможно использование таблетированной формы эстрадиола (17-бета-эстрадиол, эстрадиола валерат) по 2 мг 3 раза в сутки. После остановки кровотечения доза эстрадиола постепенно уменьшается до 2 мг/сут и параллельно назначаются прогестагены.

ЛЕЧЕНИЕ

Присоединившийся эндометрит может быть причиной неэффективности консервативной терапии АМК пубертатного периода.

Выбор антибактериальной терапии носит эмпирический характер с учетом полимикробного характера воспаления и участия в нем анаэробной микрофлоры и не требует микробиологического исследования.

Рекомендовано назначать антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины 3-го поколения в сочетании с метронидазолом, или терапию бета-лактамами антибиотиками в течение 10–14 дней.

Рутинная первичная противогрибковая профилактика не рекомендуется, за исключением пациентов со специфическими факторами риска.

ЛЕЧЕНИЕ

Всем больным с АМК пубертатного периода показано назначение препаратов железа для предотвращения и профилактики развития железодефицитной анемии.

Критерием правильного подбора и адекватности ферритерапии при железо- дефицитных анемиях является наличие ретикулоцитарного криза, т.е. 3- и более кратное повышение количества ретикулоцитов на 7–10-й день приема железосодержащего препарата.

Антианемическая терапия назначается на период не менее 1–3 мес. С осторожностью следует применять соли железа у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к госпитализации:

- острое (интенсивное, тяжелое) АМК, не уменьшающееся по объему на фоне симптоматической или гормональной медикаментозной терапии;
- угрожаемое жизни снижение гемоглобина (ниже 70–80 г/л) и гематокрита (ниже 20%), нестабильная гемодинамика;
- необходимость хирургического лечения и гемотрансфузии.

Показания к проведению реанимационных мероприятий в палате интенсивной терапии:

- геморрагический шок;
- АМК на фоне гемофилического заболевания или нарушения.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Консультация эндокринолога при подозрении на болезни щитовидной железы (клинические симптомы гипо- или гипертиреоза, диффузное увеличение или узловые образования щитовидной железы при пальпации).
- Консультация гематолога при дебюте АМК пубертатного периода с менархе, указаниях на частые носовые кровотечения, возникновение петехий и гематом, повышенную кровоточивость при порезах, ранениях и оперативных манипуляциях, выявлении удлинения времени кровотечения.
- Консультация фтизиатра при АМК пубертатного периода на фоне длительного стойкого субфебрилитета, ациклическом характере кровотечений, нередко сопровождающихся болевым синдромом, отсутствии патогенного инфекционного агента в отделяемом урогенитального тракта, относительном или абсолютном лимфоцитозе в общем анализе крови, положительных результатах туберкулиновой пробы.
- Консультация терапевта при АМК пубертатного периода на фоне хронических системных заболеваний, в том числе заболеваний почек, печени, легких, сердечно-сосудистой системы и пр.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Отсутствуют доказательные данные о профилактике АМК пубертатного периода. В целях предупреждения развития АМК пубертатного периода целесообразно выделение групп девочек-подростков, имеющих признаки гемофилических нарушений, риск развития и прогрессирования генитального эндометриоза, а также длительного сохранения ановуляторных менструальных циклов.

В числе последних девочки, менструации у которых появились в возрасте после 13 лет, подростки, имеющие воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения питания (нервная или психогенная анорексия и булимия, резкое снижение массы тела), находящиеся либо пережившие сильный психический стресс, профессионально занимающиеся спортом в течение первых лет с менархе.

Девочки, сохраняющие избыточную массу тела и имеющие рецидивы АМК пубертатного периода в возрасте 15–17 лет включительно, должны быть включены в группу риска по развитию РЭ.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентки с АМК пубертатного периода нуждаются в постоянном динамическом наблюдении 1 раз в месяц до стабилизации менструального цикла, затем возможно ограничить частоту контрольного обследования до 1 раза в 3–6 мес.

Проведение эхографии органов малого таза должно осуществляться не реже 1 раза в 6–12 мес.

Все больные должны быть обучены правилам ведения менструального календаря и оценке интенсивности кровотечения, что позволит оценить эффективность проводимой терапии.

Больные должны быть информированы о целесообразности коррекции и поддержания оптимальной массы тела (как при дефиците, так и при избыточной массе тела), нормализации режима труда и отдыха.

ПРОГНОЗ

Большинство девочек-подростков благоприятно реагируют на медикаментозное лечение, и в течение первого года у них устанавливаются регулярные умеренные менструации.

Девочки с АМК пубертатного периода на фоне терапии, направленной на устранение воспалительных процессов, торможение формирования СПЯ или прогрессирование эндометриоза в течение первых 3–5 лет после менархе, крайне редко имеют рецидивы маточных кровотечений.

Прогноз при АМК пубертатного периода, связанных с патологией системы гемостаза или при системных хронических заболеваниях, зависит от степени компенсации имеющихся нарушений.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!