

УДК 618.174

ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Фильгус Т.А., Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И.

*Тюменский государственный медицинский университет Министерства Здравоохранения
Российской Федерации, Тюмень, e-mail: alexrud@bk.ru*

Репродуктивное здоровье девочек наряду с медицинским аспектом приобрело большую социальную значимость в связи с проблемой количественного воспроизводства населения. Анализ материала данных профилактических осмотров и амбулаторного приема детей и подростков Тюменской области за 6 лет указывает на частоту ювенильных кровотечений (ЮК) от 15,2% до 32,6% в структуре нарушений менструальной функции. На амбулаторном приеме за 3 года частота ювенильных кровотечений в пределах 20% в год. До 67% девочек перед манифестацией кровотечения перенесли ОРВИ, остальные отметили избыточные нагрузки, стрессовые ситуации в школе или дома. Этап реабилитации и профилактики рецидивов требует совместного ведения девочек – подростков с детским невропатологом в 47%. Правильная оценка состояния репродуктивного здоровья девочек позволит не только организовать специализированную помощь на местах, провести профилактику рецидивов ЮК, репродуктивный потенциал прогнозировать его в детородном возрасте.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, ювенильные кровотечения, профилактика рецидивов

JUVENILE BLEEDING IN MODERN POPULATION CHILDREN AND TEENAGERS

Filgus T.A., Rudzevich A.Y., Kukarskaya I.I.

*Tyumen State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen,
e-mail: alexrud@bk.ru*

The problem of declining fertility, the reproductive health of girls has become a great social significance. Analysis for the 6 years of preventive examinations of material data and outpatient reception of the Tyumen Region of children and adolescents showed the frequency of juvenile bleeding from 15.2% to 32.6% in the structure of menstrual dysfunction. In outpatient for 3 years, the frequency of juvenile bleeding in the range of 20% per year. Up to 67% of the girls before the bleeding manifestation suffered SARS, others noted stressful situations at school or home. 47% of adolescents requires a joint management with the neurologist. Monitoring the reproductive health of adolescents allows you to organize, timely specialized assistance and carry out prevention of juvenile bleeding recurrence profilaktirovat diseases of reproductive age.

Keywords: reproductive health, juvenile bleeding, relapse prevention

Репродуктивное здоровье девочек наряду с медицинским аспектом приобрело большую социальную значимость в связи с проблемой количественного воспроизводства населения. Подростковый возраст чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека, недаром его считают критическим, трудным. Именно в этот период завершается формирование всех морфологических и функциональных структур организма; под влиянием половых гормонов происходит нейроэндокринная перестройка, заметно меняется тонус вегетативной нервной системы, регулирующей темпы роста и характер функционирования внутренних органов, интенсивно протекают процессы роста и развития, в результате чего окончательно реализуется индивидуальная генетически детерминированная программа развития организма. Основные показатели здоровья девочки – распространенность гинекологической патологии у подростков в популяции, что определяется при проведении профилактических ос-

мотров и оценке результатов амбулаторного приема. Девушки в подростковом возрасте характеризуются высокой эмоциональностью, резкими колебаниями настроения, недостаточным умением конструктивно развивать свои способности. Изучение влияния факторов наследственности и окружающей среды является важным моментом в определении рисков развития ювенильных кровотечений (ЮК).

На этапе рождения девочки учет факторов риска позволяет прогнозировать у нее возможность развития ЮК в пубертатном периоде развития (отягощенный антенатальный и перинатальный период, соматическая и эндокринная патология мамы). Исследования последних лет устанавливают значение простагландинов и окситоцина в патогенезе ЮК. Выявлены особенности взаимоотношений простагландинов и окситоцина с гонадотропными гормонами и пролактина (1). Результаты исследования свидетельствуют о значительной истощенности механизмов центральной регуляции при ювенильных кровотечени-

ях. Активно изучается направление роли тромбогенных факторов риска в возникновении ЮК и репродукции в целом у девушек с дисплазией соединительной ткани (4). Значительное влияние предрасположенности к тромботическим нарушениям в системе гемостаза у пациенток принадлежит исследованию генов с признаками мутаций или полиморфизмом, участвующих в свертывании крови.

Проведен анализ отчетного материала гинекологической помощи детям и подросткам за 6 лет по Тюменской области, включая город Тюмень и амбулаторных карт консультативного приема детей и подростков (10-17 лет) с нарушениями менструального цикла за три года (191 карта). С течением времени частота ювенильных кровотечений в структуре нарушений менструальной функции не уменьшается. В 2001-2005 году составляла 21 – 24% (г. Тюмень). Опыт работы с детьми и подростками (с 1994 года) позволяет отметить, что у современных девочек, девушек развитие кровотечений происходит чаще по типу атрезии фолликулов, реже наблюдается персистенция одного из фолликулов яичника. Время начала кровотечения по отношению к циклу позволяет косвенно судить о состоянии гормонального гомеостаза. Нередко клиническая картина проявляется длительными «кровомазаниями». Данное обстоятельство формирует клиническую картину нарушения менструального цикла и запоздалое обращение ребенка, подростка за помощью уже с признаками развития анемических состояний. По анализу фактического материала (карт амбулаторного ведения 2013 – 2015 год) до 67% девочек перед манифестацией кровотечения перенесли ОРВИ, остальные отметили избыточные нагрузки, стрессовые ситуации в школе или дома. Замедление роста очередного фолликула обусловлена интоксикацией при инфекционных заболеваниях, избытком пролактина, патологией тирео-

идной системы, стрессовыми ситуациями, перегрузками в школе и на дополнительных занятиях (89% по анализу амбулаторных карт), приводящими к угнетению гипоталамо-гипофизарного комплекса. Исчерпывание адаптационных возможностей центрального звена регуляции репродуктивной системы – основная причина манифестации кровотечений в ювенильном возрасте современной популяции девочек, девушек.

Диагностика ЮК основана на учете времени кровотечения по отношению к циклу, определении выраженности эндометрия, исключении органических заболеваний эндометрия и миометрия, оценки роста фолликула в динамике.

Клиническая картина нарушения менструального цикла при ЮК:

- Обильные ациклические кровотечения объемом общей кровопотери более 80 мл
- Длительные кровянистых выделения более 7 дней или менее, чем через 21 день
- Наиболее типично появление после задержки менструаций до 1,5 – 6 месяцев
- Промежуток между кровотечениями может быть 14 – 16 дней
- Анемизация.

Кроме анамнестических данных, клинической оценки, результатов объективного обследования применяются неинвазивные технологии (УЗС) оценки состояния репродуктивных органов, позволяющие определить тактику ведения конкретной пациентки.

Анализ материала данных профилактических осмотров и амбулаторного приема детей и подростков Тюменской области по годам наблюдения демонстрирует колебания показателя частоты ЮК в течение 5 лет от 15,2% в структуре нарушений менструальной функции до 32,6%. (рис. 1).

В группах детей и подростков соотношение ювенильных кровотечений колеблется в течение 5 лет от 1,0 (дети/подростки) в 2010 году до 1,5 (подростки/дети) в 2015 году (рис. 2).

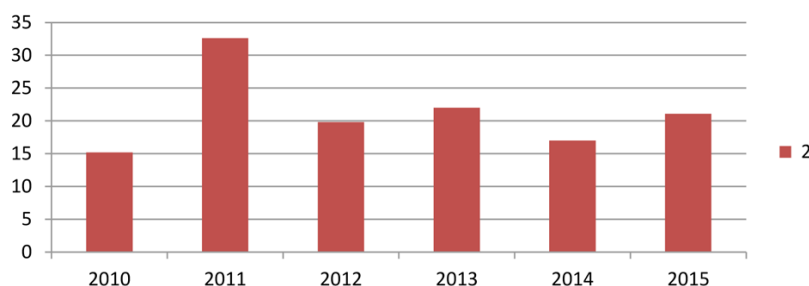


Рис. 1. Частота ювенильных кровотечений среди нарушений менструальной функции по амбулаторным приемам детских гинекологов. Тюменская область (%)

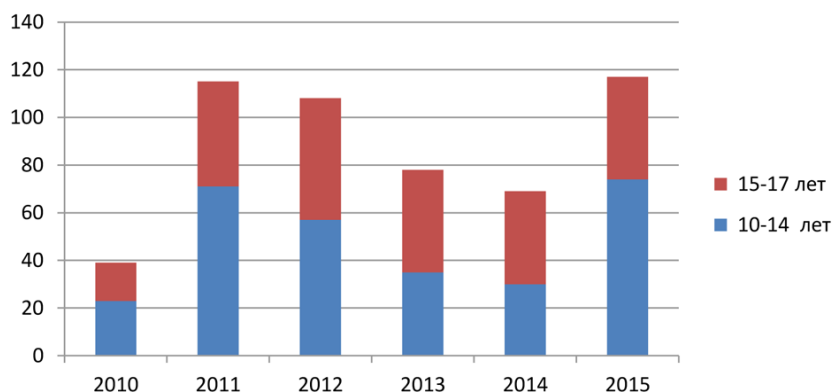


Рис. 2. Ювенильные кровотечения у детей и подростков (абсолютные цифры), Тюменская область

Структура нарушений менструальной функции амбулаторный прием г. Тюмень

Формы нарушений менструального цикла	2013 10-17 лет	2014 10-17 лет	2015 10-17 лет
Аменорея первичная	5 %	4 %	4 %
Аменорея вторичная	9 %	14 %	13 %
Олигоменорея	45 %	42 %	51 %
Дисменорея	23 %	20 %	14 %
Ювенильное кровотечение	18 %	20 %	18 %

В возрастном аспекте за последний (2015) год значительно выросла группа детей 10-14 лет с ювенильными кровотечениями. Общее число детей с диагнозом ЮК составляет 74, подростков 43 в 2015 году. В последние 3 года отчетливо формируется группа девочек с возрастом менархе 10 – 11 лет. Девочки отличаются значительной загруженностью, проходя обучение в общеобразовательной школе, лицее, обучаясь в музыкальной школе или художественной, параллельно посещая спортивные секции с разной нагрузкой в течение недели. Данная группа пополняет ряды пациенток с ювенильными кровотечениями, а затем, при истощении резервов системы регуляции менструального цикла, включается в группу пациенток с нарушением менструального цикла в форме олигоменореи.

По результатам амбулаторного приема в г. Тюмени в структуре нарушений менструальной функции за последние 3 года частота ювенильных кровотечений в пределах 20% в год (таблица).

Основная масса пациенток прошла через стационарный этап лечения (96%). Во всех случаях получали негормональную гемостатическую и антибактериальную терапию. Отмечено отсутствие эффективности в 30% среди госпитализированных. При выборе формы гормонального гемостаза

практические врачи используют накопленный опыт и имеющиеся протоколы ведения в детской гинекологии. Традиционно при гипоестрогенном типе маточного кровотечения (этот тип в современной популяции является доминирующим) для гемостаза используются комбинированные оральные контрацептивы (КОК). При выборе гормонального лечения в случае гиперэстрогенного варианта нарушения цикла в литературе и практике имеются разногласия, которые в последнее время перевешивает сторона выбора КОК, а не гестагенов. В условиях стационарного лечения г. Тюмени пациенткам с ЮК проводился гормональный гемостаз эстроген-гестагеновыми препаратами (этинилэстрадиол +дезогестрел).

Основная задача после выписки из стационара – выбор технологии завершающей терапию после отмены комбинированного контрацептива.

Для рационального ведения детей и подростков в области подготовлено 54 акушера-гинеколога, прошедших обучение на тематических циклах нашей кафедры. Варианты ведения пациенток с ювенильными кровотечениями после выписки из стационара: возможно продолжение приема КОК в течение 3-х циклов без семидневного перерыва с параллельным приемом железосодержащих препаратов при выраженной

анемии. Данная схема позволяет компенсировать анемическое состояние и с большей вероятностью избежать рецидива кровотечения. Возможно использование препарата, используемого для гормонального гемостаза в циклическом режиме, по крайней мере, в течение 3–х менструальных циклов. Возможен перевод на регуляцию менструального цикла гестагенами (поддержка 2-й фазы цикла) также не менее 3 менструальных циклов. Для решения данного направления используются прогестагены указанные в стандарте ведения (прогестерон микронизированный орально, дидрогестерон, прогестерон внутримышечного введения).

Дальнейшее ведение

- Постоянное динамическое наблюдение 1 раз в месяц до стабилизации менструального цикла

- В дальнейшем возможно ограничить наблюдение до 1 раза в 3–6 месяцев

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

- Обучение пациенток ведению менструального календаря

- Девочки и родители должны быть информированы о целесообразности коррекции и поддержания оптимальной массы тела (*как при дефиците, так и при избыточной массе тела*).

Физиологические особенности современной девочки подростка характеризуются выраженной нестабильностью эндокринной и вегетативной реакции всех соматических функций, а также настроения. Амбулаторный прием позволяет констатировать, что современных девочек-подростков отличают сниженная выносливость к физическим нагрузкам,

повышенная ранимость по отношению к психическим, физическим и экологически факторам. Данное обстоятельство не способствует снижению числа и частоты кровотечений в ювенильном возрасте. Этап реабилитации и профилактики рецидивов требует совместного ведения девочек – подростков с детским невропатологом в 47 % по данным амбулаторных карт. Это девочки с эмоциональной лабильностью, синдромом хронической усталости, головными болями напряжения.

Правильная оценка состояния репродуктивного здоровья девочек позволит не только организовать специализированную помощь на местах, но и прогнозировать его в детородном возрасте. Своевременное качественное лечение и профилактика рецидивов ювенильных кровотечений позволит девушке войти во взрослую жизнь с меньшими рисками нарушения репродуктивного потенциала.

Список литературы

1. Дынник А.А. «Характер взаимоотношений системы простагландинов, окситоцина и тропных гормонов при пубертатных маточных кровотечениях». Материалы конференции «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». – М. 2013. – С. 64–67.
2. Кудинова Е.Г., Момот А.П., Уварова Е.В. «Роль тромбогенных факторов риска в возникновении нарушений репродуктивной функции у девушек – подростков с дисплазией соединительной ткани». «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек». – М., 2013. – С. 89–90.
3. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии». – М., 2010.
4. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. «Гинекологическая эндокринология». – М., «МЕДпресс-информ», 2015. – С. 179–204.
5. Стандарты ведения в детской гинекологии (2014 год).