

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:

ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Реферат на тему: «Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП)»

Выполнила: ординатор 2-го года обучения по
Специальности Акушерство и гинекология
Пиракова Ф.З.

Проверила:

ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Красноярск 2021г

Маточные кровотечения являются самой распространенной гинекологической патологией среди подростков в пубертатный период и составляют в этой возрастной группе 20–30 % среди всех гинекологических заболеваний, являясь основной причиной всех обращений девочек-подростков к гинекологу.

Маточные кровотечения пубертатного периода — полиэтиологичное заболевание, которое возникает вследствие влияния различных неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов как на центральные механизмы, которые регулируют функции репродуктивной системы, так и непосредственно на гонады. Истинными маточными кровотечениями являются дисфункциональные маточные кровотечения, возникающие в период становления менструальной функции при отсутствии анатомических изменений в половой системе, обусловленных наличием органических заболеваний или аномалий развития, а также системных заболеваний, в частности болезней крови.

Наиболее частой причиной МКПП является незрелость репродуктивной системы в сроки, близкие к менархе. Истинные маточные кровотечения в пубертате, основу патогенеза которых составляют функциональные нарушения гормонального гомеостаза, крайне редко возникают с менархе, обычно они проявляются через 6–18 месяцев после первой менструации.

Основой патогенеза МКПП в большинстве случаев является нарушение нейроэндокринной регуляции менструального цикла, отражающее физиологическую незрелость механизмов регуляции репродуктивной системы в период ее становления. В 95 % случаев маточные кровотечения являются функционального недоразвития гипоталамо-гипофизарно-яичниковых связей и нарушения регуляторных процессов в системе «гипоталамус — гипофиз», что приводит к нарушению фолликуло-и стероидогенеза в яичниках.

Большинство авторов считают, что в основе патогенеза маточных кровотечений у подростков лежит гормональный дисбаланс на фоне возрастной несостоятельности нервно-рецепторного аппарата

органов-мишеней. Декомпенсация гипоталамической функции проявляется в результате срыва адаптационных механизмов под воздействием неблагоприятных факторов эндогенного и экзогенного происхождения, а также ввиду гормональной перестройки в пубертатный период. Неблагоприятное течение антенатального периода может способствовать эндокринопатиям и развитию некоторых гинекологических заболеваний, в том числе и МКПП. Многие авторы отмечают значительную роль в генезе МКПП острых и хронических инфекционных заболеваний. Так, эпидемический паротит и краснуха способны вызвать повреждение фолликулярного аппарата яичников, а вирус гриппа и гемолитический стрептококк приводят к выраженным структурным изменениям не только яичников, но и эндометрия. Определенная роль в генезе маточных кровотечений отводится патологии щитовидной железы с повышенным содержанием тиреотропного гормона. Гипотиреоз — частая причина МКПП, избыток тироксина и трийодтиронина также может обусловить их появление.

Доказана роль психотравмирующих факторов в формировании МКПП. Многочисленные исследования указывают на повышение чувствительности функциональных систем к внешним воздействиям в период адаптации, которым является период полового созревания. Доказано, что состояние длительного эмоционального напряжения сопровождается повышением активности надпочечников, это может способствовать подавлению функций гипоталамических структур с изменением гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимодействий.

У девочек подросткового возраста на фоне маточных кровотечений увеличение уровня эстрогенов не приводит к снижению секреции гонадотропных гормонов (ФСГ и/или ЛГ), что способствует атрезии фолликулов.

Отсутствие овуляции и последующей выработки прогестерона желтым телом на фоне длительной монотонной продукции эстрогенов

способствует пролиферации клеток эндометрия. Ввиду дефицита прогестерона эндометрий не подвергается секреторной трансформации, а гиперплазируется и претерпевает железисто-кистозные изменения, что существенно повышает риск появления маточных кровотечений.

По мнению многих авторов, в возникновении кровотечений ведущая роль

принадлежит изменениям гормонального статуса, колебаниям сосудистого тонуса и нарушениям трофики базального слоя эндометрия.

Кроме изменений в сосудах (расширение капилляров, гипоксия, нарушение обменных процессов), возникновению кровотечения способствует повышение чувствительности эндометрия к эстрогенам при одновременном снижении сократительной способности матки, что особенно характерно для периода полового созревания. При МКПП наблюдается усиление кровотока в эндометрии, обусловленное увеличением числа эстрогенных рецепторов и повышенным содержанием эстрадиола в сосудистом русле, что приводит к расстройствам внутриматочного гемостаза на фоне продолжающегося кровотечения.

Многочисленные исследования последних лет убеждают, что МКПП могут быть проявлениями не только гинекологических заболеваний, но и соматической патологии. При возникновении маточного кровотечения в период полового созревания следует исключить:

- самопроизвольное прерывание беременности, особенно у сексуально активных подростков;
- патологию матки (миома, полипы эндометрия, эндометрит, эндометриоз, аденокарцинома);
- патологию влагалища и шейки матки (вульвовагинит, эрозия или полип шейки матки);
- патологию яичников (поликистозные яичники, опухоли и опухолевидные образования);
- эндокринную патологию (гипотиреоз, гипертиреоз, болезнь Аддисона или Кушинга, гиперпролактинемию, постпубертатную форму врожденной дисфункции коры надпочечников, опухоли надпочечников, синдром пустого турецкого седла, мозаичный вариант синдрома Тернера);
- заболевания печени и почек.

При рецидивирующих МКПП девочек необходимо обследовать на наличие заболеваний крови (болезнь Виллебранда и дефицит других плазменных факторов гемостаза, болезнь Верльгофа — идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромбастения Гланцмана, Бернара–Сулье, Гоше, лейкопения, апластическая анемия, железodefицитная анемия). Следует помнить, что маточные кровотечения возможны ввиду

приема оральных контрацептивов и глюкокортикостероидов, на фоне внутриматочной спирали, а также из-за длительного приема высоких доз нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), антиагрегантов, антикоагулянтов, психотропных средств, химиотерапии.

Исследованиями последних лет доказано, что функциональная активность тромбоцитов и уровень фактора Виллебранда в крови зависят от общего состояния организма, приема некоторых лекарственных препаратов, физической нагрузки, перенесенных соматических и инфекционных заболеваний, а также от группы крови и фазы менструального цикла. Поэтому однократного исследования состояния свертывающей системы крови недостаточно для проведения дифференциальной диагностики болезни Виллебранда с дисфункциональными маточными кровотечениями, обусловленными преимущественно нарушением гормонального фона и сократительной способности матки. Значит, исследование системы гемостаза параллельно с оценкой гормонального статуса у девочек-подростков в динамике менструального цикла позволит дифференцировать преходящие изменения гемостаза, свойственные соответствующей фазе менструального цикла, от дефицита фактора Виллебранда или его функциональных нарушений, характерных для различных типов болезни Виллебранда.

Категории аномальных менструальных кровотечений

Категория	Нормальное	Аномальное
Частота	Отсутствие менструаций или кровотечений = аменорея Частые (<24 дней) Нормальные (от 24 до 38 дней) Редкие (>38 дней)	
Длительность	Длительные (>8 дней) Нормальные (≤ 8 дней)	
Регулярность	Регулярное изменение (от самого короткого до самого длинного ≤ 9 дней) Нерегулярные (от самого короткого до самого длинного больше 10 дней)	
Объём выделений	Обильные Нормальные Скудные	
Межменструальное кровотечение (ММК)	Отсутствует Беспорядочное	
Кровотечение между регулярными менструациями	Циклическое (предсказуемое)	Начало цикла Середина цикла Конец цикла
Неплановое кровотечение во время гормональной терапии (например, оральные контрацептивы, контрацептивные кольцо или пластырь)	Не применимо (не применяет гормональную терапию) Отсутствует (применяет гормональную терапию) Наблюдается	

Симптомы маточных кровотечений пубертатного периода

Выделяют следующие критерии маточных кровотечений пубертатного периода.

Продолжительность кровяных выделений из влагалища менее 2 или более 7 сут на фоне укорочения (менее 21–24 сут) или удлинения (более 35 сут) менструального цикла.

Кровопотеря более 80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями.

Наличие межменструальных или посткоитальных кровяных выделений.

Отсутствие структурной патологии эндометрия.

Подтверждение ановуляторного менструального цикла в период возникновения маточного кровотечения (концентрация прогестерона в венозной крови на 21–25-й день менструального цикла составляет менее 9,5 нмоль/л, монофазная базальная температура, отсутствие преовуляторного фолликула по данным эхографии).

Формы

Официально принятой международной классификации маточных кровотечений пубертатного периода не разработано. При определении типа маточного кровотечения у девочек-подростков, так же как у женщин репродуктивного возраста, учитывают клинические особенности маточных кровотечений (полименорея, метроррагия и менометроррагия).

Меноррагией (гиперменореей) называют маточное кровотечение у больных с сохраненным ритмом менструаций, у которых продолжительность кровяных выделений превышает 7 сут, кровопотеря составляет более 80 мл и отмечают незначительное количество сгустков крови в обильных кровяных выделениях, появление гиповолемических расстройств в менструальные дни и наличие железодефицитной анемии средней и тяжелой степени.

Полименорея - маточные кровотечения, возникающие на фоне регулярного укороченного менструального цикла (менее 21 сут).

Метроррагия и менометроррагия - маточные кровотечения, не имеющие ритма, часто возникающие после промежутков олигоменореи и характеризующиеся периодическим усилением кровотечения на фоне скудных или умеренных кровяных выделений.

Диагностика маточных кровотечений пубертатного периода

Диагноз маточных кровотечений пубертатного периода ставят после исключения перечисленных ниже заболеваний.

- Самопроизвольное прерывание беременности (у сексуально активных девушек).
- Заболевания матки (миома, полипы эндометрия, эндометриты, артерио-венозные анастомозы, эндометриоз, наличие внутриматочного контрацептивного средства, крайне редко аденокарцинома и саркома матки).
- Патология влагалища и шейки матки (травма, инородное тело, неопластические процессы, экзофитные кондиломы, полипы, вагиниты).
- Болезни яичников (поликистозные яичники, преждевременное истощение, опухоли и опухолевидные образования).

- Заболевания крови [болезнь фон Виллебранда и дефицит других плазменных факторов гемостаза, болезнь Верльгофа (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура), тромбастения Глянцмана–Негели, Бернара–Сулье, Гоше, лейкопения, апластическая анемия, железодефицитная анемия].

- Эндокринные заболевания (гипотиреоз, гипертиреоз, болезнь Аддисона или Кушинга, гиперпролактинемия, постпубертатная форма врожденной гиперплазии коры надпочечников, опухоли надпочечников, синдром пустого турецкого седла, мозаичный вариант синдрома Тернера).

- Системные заболевания (болезни печени, хроническая почечная недостаточность, гиперспленизм).

Ятрогенные причины - ошибки применения: несоблюдение режима дозирования и приема, необоснованное назначение препаратов, содержащих женские половые стероиды, и длительное применение в высоких дозах нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), дезагрегантов и антикоагулянтов, психотропных препаратов, антиконвульсантов и варфарина, химиотерапия.

- Анамнез и физикальное обследование

Сопоставление степени физического развития и полового созревания по Таннеру с возрастными нормативами.

Вагиноскопия и данные осмотра позволяют исключить наличие инородного тела во влагалище, кондилом, красного плоского лишая, новообразования влагалища и шейки матки. Оценивают состояние слизистой оболочки влагалища, эстрогенную насыщенность.

Признаки гиперэстрогении: выраженная складчатость слизистой оболочки влагалища, сочная девственная плева, цилиндрическая форма шейки матки, положительный симптом «зрачка», обильные прожилки слизи в кровяных выделениях.

Для гипоэстрогении характерна бледно-розовая слизистая оболочка влагалища; ее складчатость слабо выражена, гимен тонкий, шейка матки субконической или конической формы, кровяные выделения без примеси слизи.

Оценка менструального календаря (меноциклограмма).

Уточнение психологических особенностей пациентки.

- Лабораторные исследования

Общий анализ крови с определением концентрации гемоглобина, количества тромбоцитов проводят всем больным с маточными кровотечениями пубертатного периода.

Биохимический анализ крови: исследование концентрации глюкозы, креатинина, билирубина, мочевины, сывороточного железа, транс-феррина в крови.

Гемостазиограмма (определение активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового индекса, активированного времени рекальцификации) и

оценка времени кровотечения позволяют исключить грубую патологию свертывающей системы крови.

Определение в крови β -субъединицы хорионического гонадотропина у сексуально активных девушек.

Исследование концентрации гормонов в крови: ТТГ и свободного Т для уточнения функции щитовидной железы; эстрадиола, тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, ЛГ, ФСГ, инсулина, С-пептида для исключения СПКЯ; 17-гидроксипрогестерона, тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, суточного ритма секреции кортизола для исключения врожденной гиперплазии коры надпочечников; пролактина (не менее 3 раз) для исключения гиперпролактинемии; прогестерона в сыворотке крови на 21-й день (при 28-дневном менструальном цикле) или на 25-й день (при 32-дневном менструальном цикле) для подтверждения ановуляторного характера маточного кровотечения.

Тест толерантности к углеводам при СПКЯ и избыточной массе тела (индекс массы тела равен 25 кг/м² и выше).

Инструментальные исследования

Микроскопию мазка из влагалища (окраска по Граму) и ПЦР материала, полученного при соскобе со стенок влагалища, проводят с целью диагностики хламидиоза, гонореи, микоплазмоза.

УЗИ органов малого таза позволяет уточнить размеры матки и состояние эндометрия для исключения беременности, порока матки (двурогая, седловидная матка), патологии тела матки и эндометрия (аденомиоз, миома матки, полипы или гиперплазия, аденоматоз и рак эндометрия, эндометрит, рецепторные дефекты эндометрия и внутриматочные синехии), оценить размеры, структуру и объем яичников, исключить функциональные кисты (фолликулярные, кисты желтого тела, провоцирующие нарушения менструального цикла по типу маточных кровотечений как на фоне укорочения длительности менструального цикла, так и на фоне предварительной задержки менструации до 2–4 нед при кистах желтого тела) и объемные образования в придатках матки.

Диагностическую гистероскопию и выскабливание полости матки у подростков применяют редко и используют для уточнения состояния эндометрия при обнаружении ультразвуковых признаков полипов эндометрия или канала шейки матки.

Показания к консультации других специалистов

Консультация эндокринолога показана при подозрении на патологию щитовидной железы (клинические симптомы гипотиреоза или гипертиреоза, диффузное увеличение или узловые образования щитовидной железы при пальпации).

Консультация гематолога необходима при дебюте маточных кровотечений пубертатного периода с менархе, указаниях на частые носовые кровотечения, возникновение петехий и гематом, повышенную кровоточивость при порезах, ранениях и оперативных манипуляциях, при выявлении удлинении времени кровотечения.

Консультация фтизиатра показана при маточных кровотечениях пубертатного периода на фоне длительного стойкого субфебрилитета, ациклическом характере кровотечений, нередко сопровождающихся болевым синдромом, при отсутствии патогенного инфекционного агента в отделяемом мочевого тракта, относительном или абсолютном лимфоцитозе в общем анализе крови, положительных туберкулиновых пробах.

Консультацию терапевта следует проводить при маточных кровотечениях пубертатного периода на фоне хронических системных заболеваний, в том числе заболеваний почек, печени, легких, сердечно-сосудистой системы и др.

- Дифференциальная диагностика

Основной целью дифференциальной диагностики маточных кровотечений пубертатного периода служит уточнение основных этиологических факторов, провоцирующих развитие заболевания.

Осложнения беременности у сексуально активных подростков. В первую очередь уточняют жалобы и данные анамнеза, позволяющие исключить прерывающуюся беременность или кровотечение после состоявшегося аборта, в том числе у девочек, отрицающих сексуальные контакты. Кровотечение возникает чаще после непродолжительной задержки менструации свыше 35 сут, реже при укорочении менструального цикла менее 21 сут 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, обычно обильные, со сгустками, с кусочками тканей, нередко болезненные. Тесты на беременность положительные (определение β -субъединицы хорионического гонадотропина в крови больной).

Дефекты свертывающей системы крови. Для исключения дефектов свертывающей системы крови выясняют данные семейного анамнеза (склонность к кровотечениям у родителей) и анамнеза жизни (носовые кровотечения, удлиненное время кровотечения при хирургических манипуляциях, частое и беспричинное возникновение петехий и гематом). Маточные кровотечения, как правило, имеют характер меноррагий, начиная с менархе. Данные осмотра (бледность кожных покровов, кровоподтеки, петехии, желтушная окраска ладоней и верхнего неба, гирсутизм, стрии, угри, витилиго, множественные родимые пятна и др.) и лабораторных методов исследования (коагулограмма, общий анализ крови, тромбоэластограмма, определение концентрации основных факторов свертывания крови) позволяют подтвердить патологию системы гемостаза.

Полипы шейки и тела матки. Маточные кровотечения, как правило, ациклические, с короткими, светлыми промежутками; выделения умеренные, нередко с тяжами слизи. При УЗИ нередко обнаруживают гиперплазию эндометрия (толщина эндометрия на фоне кровотечения 10–15 мм) с гиперэхогенными образованиями разного размера. Диагноз подтверждают данными гистероскопии и последующего гистологического исследования удаленного образования эндометрия.

Аденомиоз. Маточные кровотечения пубертатного периода на фоне аденомиоза характеризуются выраженной дисменореей, длительными мажущими кровяными выделениями с характерным коричневым оттенком до и после менструации. Диагноз подтверждают результатами УЗИ в 1-й и 2-й фазе менструального цикла и гистероскопии (у больных с выраженным болевым синдромом и при отсутствии эффекта лекарственной терапии).

Воспалительные заболевания органов малого таза. Как правило, маточное кровотечение имеет ациклический характер, возникает после переохлаждения, незащищенных, особенно случайных или неразборчивых (промискуитет) половых контактов у сексуально активных подростков, на фоне обострения хронических тазовых болей. Беспокоят боли внизу живота, дизурия, гипертермия, обильные патологические бели вне менструации, приобретающие резкий, неприятный запах на фоне кровотечения. При ректоабдоминальном исследовании обнаруживают увеличенную в размерах размягченную матку, пастозность тканей в области придатков матки; проводимое исследование, как правило, болезненное. Данные бактериологического исследования (микроскопия мазков с окраской по Граму, исследование отделяемого влагалища на наличие инфекции, передаваемой половым путем, с помощью ПЦР, бактериологическое исследование материала из заднего свода влагалища) способствуют уточнению диагноза.

Травма наружных половых органов или инородное тело во влагалище. Для диагностики необходимы данные анамнеза и результаты вульво-вагиноскопии.

Синдром поликистозных яичников. При маточных кровотечениях пубертатного периода у пациенток с формирующимся СПКЯ наряду с жалобами на задержки менструаций, избыточный рост волос, угри на лице, груди, плечах, спине, ягодицах и бедрах имеются указания на позднее менархе с прогрессирующими нарушениями менструального цикла по типу олигоменореи.

Гормонпродуцирующие образования яичников. Маточные кровотечения пубертатного периода могут быть первым симптомом эстроген-продуцирующих опухолей или опухолевидных образований яичников. Уточнение диагноза возможно после УЗИ половых органов с определением объема и структуры яичников и концентрации эстрогенов в венозной крови.

Нарушение функции щитовидной железы. Маточные кровотечения пубертатного периода возникают, как правило, у больных с субклиническим или клиническим гипотиреозом. Больные жалуются 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, увеличение языка, брадикардию, увеличение времени релаксации глубоких сухожильных рефлексов. Уточнить функциональное состояние щитовидной железы позволяет определение содержания ТТГ, свободного Т₄ в крови.

Гиперпролактинемия. Для исключения гиперпролактинемии как причины маточных кровотечений пубертатного периода показаны осмотр и пальпация молочных желез с уточнением характера отделяемого из сосков, определение содержания пролактина в крови, рентгенография костей черепа с прицельным изучением размеров и конфигурации

турецкого седла или МРТ головного мозга. Проведение пробного лечения допаминомиметическими лекарствами у больных с маточными кровотечениями пубертатного периода, возникшими вследствие гиперпролактинемии, способствует восстановлению ритма и характера менструаций в течение 4 мес.

Лечение маточных кровотечений пубертатного периода

- Показания к госпитализации:
 - Обильное (профузное) маточное кровотечение, не купирующееся при лекарственной терапии.
 - Угрожающее жизни снижение концентрации гемоглобина (ниже 70–80 г/л) и гематокрита (ниже 20%).
 - Необходимость хирургического лечения и гемотрансфузии.

Немедикаментозное лечение маточных кровотечений пубертатного периода

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

- Лекарственная терапия маточных кровотечений пубертатного периода

Общими целями лекарственного лечения маточных кровотечений пубертатного периода являются:

Остановка кровотечения во избежание острого геморрагического синдрома.

Стабилизация и коррекция менструального цикла и состояния эндометрия.

Антианемическая терапия.

Применяют следующие препараты:

На первом этапе лечения целесообразно использовать ингибиторы перехода плазминогена в плазмин (транексамовая и аминокапроновая кислоты). Интенсивность кровотечения снижается из-за уменьшения фибринолитической активности плазмы крови. Транексамовую кислоту назначают внутрь в дозе 5 г 3–4 раза в сутки при профузном кровотечении до полной остановки кровотечения. Возможно внутривенное введение 4–5 г препарата в течение первого часа, затем капельное введение лекарств в дозе 1 г/ч в течение 8 ч. Суммарная суточная доза не должна превышать 30 г. При больших дозах увеличивается опасность развития синдрома внутрисосудистого свертывания, а при одновременном применении эстрогенов высока вероятность тромбоэмболических осложнений. Возможно использование препарата в дозе 1 г 4 раза в сутки с 1-го по 4-й день менструации, что уменьшает объем кровопотери на 50%.

Существенное уменьшение кровопотери у больных с меноррагиями наблюдают при применении НПВС, монофазных КОК и даназола.

- Хирургическое лечение

Выскабливание тела и шейки матки (раздельное) обязательно под контролем гистероскопа у девочек производят очень редко.

Показаниями к хирургическому лечению служат:

- профузное маточное кровотечение, не останавливающееся на фоне лекарственной терапии;

наличие клинических и УЗИ-признаков полипов эндометрия и/или канала шейки матки.

При необходимости удаления кисты яичника (эндометриоидной, дермоидной фолликулярной или кисты желтого тела, персистирующей более 3 мес) или уточнения диагноза у больных с объемным образованием в области придатков матки показана лечебно-диагностическая лапароскопия.

Список литературы:

Диагностика и лечение маточных кровотечений пубертатного периода

клинические рекомендации Уварова Е.В., Андреева В.О., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Буралкина Н.А., Веселова Н.М., Виноградова М.А., Долгушина В.Ф.,

Статья «Маточные кровотечения пубертатного периода» Алексей Портнов 2018г.

Клинические протоколы МЗ РК – 2019- « Нарушения менструального цикла »