

УДК 618.14-05.1:612.661:618.11-008.61+616.155.194(043.5)

ТУЧКИНА И.А., ГНАТЕНКО О.В., ТУЧКИНА М.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

*В статье представлены основные особенности клинико-диагностических и лечебных подходов к ведению больных с аномальными маточными кровотечениями (АМК) у подростков и молодых женщин с ретенционными кистами яичников (РКЯ) с учетом экстрагенитальной патологии (ЭП). **Материал и методы исследования.** Обследовано 125 больных с кистами яичников и нарушениями менструальной функции (НМФ): 62 женщины 18-35 лет, - 1 группа; 63 девочки-подростка 14-17 лет - 2 группа. Применялись общеклинические обследования, лабораторные, аппаратные методы, оценка соматического и нейро-вегетативного статуса. **Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что в подростковом и молодом репродуктивном возрасте РКЯ у 76,2% больных возникают при наличии ЭП и НМФ, в 43,2% - на фоне АМК (у подростков достоверно чаще, чем у взрослых). Факторами риска являются: неблагоприятный преморбидный фон, очаги хронической инфекции, острый и/или хронический стресс, гинекологическая и акушерская патология у матерей пациенток. Ультразвуковая (в том числе доплерометрическая) картина и исследование онкомаркеров подтверждали доброкачественный ретенционный характер опухолевидных образований яичников, наличие гиперплазии эндометрия. Клинические проявления АМК сопровождалась выраженными гормональными сдвигами, нарушениями свертывающей и противосвертывающей системы крови на фоне постгеморрагической анемии (в 64,8% случаев, чаще у подростков). Эффективность терапии зависела от скорости постановки правильного диагноза, адекватной оценки тяжести состояния больных для выбора метода гемостаза и лечения постгеморрагической анемии. Первая линия консервативной терапии включала применение транексамовой кислоты, гормональный гемостаз. **Выводы.** АМК является тяжелым нарушением менструальной функции, при котором в 43,2% случаев выявляются РКЯ. Достоверно чаще патология возникает у подростков. Течение заболевания характеризуется наличием выраженных гормональных, гемостазиологических нарушений, анемизацией пациенток. При консервативном лечении АМК в сочетании с РКЯ у подростков и молодых женщин в составе комплексной терапии высоко эффективным является применение циклокапрона (транексамовой кислоты) в таблетированной форме или инфузионно в зависимости от возраста и состояния больной.*

Ключевые слова: девочки-подростки, женщины молодого репродуктивного возраста, ретенционная киста яичника, аномальное маточное кровотечение, транексамовая кислота.

Демографическая ситуация цивилизованных стран в значительной степени зависит от состояния охраны здоровья женщин и детей, от реализации репродуктивного потенциала женского населения, который формируется в пубертате и реализуется чаще всего в молодом репродуктивном возрасте. Поэтому важно именно в эти возрастные периоды уделять серьезное внимание ранней диагностике и лечению гинекологической патологии. Именно состояние гинекологического здоровья подростков

и молодых женщин служит прогностическим показателем готовности организма к реализации репродуктивной функции в будущем [1, 2, 3]. К сожалению, в Украине в последние годы этот период жизни зачастую проходит в неблагоприятных материально-бытовых, экологических и социально-экономических условиях, что способствует возникновению и широкому распространению гинекологических заболеваний у девушек и молодых женщин [3, 4, 5]. Это касается, в первую очередь,

нарушений менструальной функции, самым тяжелым из которых и в ряде случаев, угрожающим жизни, является аномальное маточное кровотечение (АМК), в периоде полового созревания называющееся аномальным маточным кровотечением пубертатного периода (МКПП) [5]. В основе этого патологического состояния лежат серьезные изменения гормональных взаимоотношений при отсутствии первоначальных органических поражений половой системы, являющиеся следствием нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковом комплексе [1, 2, 4, 5].

К сожалению, причины гинекологических нарушений, особенно АМК зачастую мультифакториальны, их возникновение происходит под воздействием комплексного влияния неблагоприятных факторов: социально-экономических, техногенных, биогеохимических и других, обуславливая возникновение и развитие экстрагенитальной патологии (ЭП) [1, 2]. По данным ряда исследователей, важным фактором появления маточных кровотечений является стресс, состояние психо-эмоционального напряжения, физические нагрузки, соматическая патология, нарушение режима труда и отдыха [1, 2, 5]. Клиницисты, работающие в области гинекологической эндокринологии, в том числе, детской гинекологии, часто сталкиваются при обследовании больных АМК с наличием опухолевидных образований в яичниках у таких больных, что обусловлено патогенетически при нарушении гормонального гомеостаза. Известно, что в среднем 17% всех овариальных образований составляют кисты яичников, значительная часть которых представлена ретенционными (70%). Данная нозологическая форма в большинстве случаев встречается в возрасте от 14 до 35 лет [2, 6, 7, 8]. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений заболевания, диагностика ретенционных кист яичников (РКЯ) нередко затруднена, следствием чего являются запоздалая консервативная терапия и, зачастую, выполнение необоснованных хирургических вмешательств. В молодом возрасте особенностями клинического течения опухолевидных образований яичников являются отсутствие патогномичных признаков и нередко бессимптомность заболевания (относительно болевого синдрома, что часто встречается при выявлении РКЯ у больных с АМК, особенно при небольших размерах новообразований). В таких случаях необходима не только грамотная дифференциальная диагностика, но и соответствующее адекватное лечение, направленное на достижение гемостаза и редукцию РКЯ.

Последствием АМК часто бывают серьезные нарушения в свертывающей и противосвертывающей системе крови, постгеморрагическая железодефицитная анемия (ЖДА), которая проявляется нарушениями когнитивных и физиологических способностей. В молодом возрасте в связи с ростом и формированием скелета, увеличением объема циркулирующей крови и наступлением менархе возникает повышенная потребность в железе, резко возрастающая при рецидивах кровотечения. Именно поэтому больные с АМК и АМКПП являются одной из основных групп риска по развитию дефицита железа, особенно девочки-подростки в первые 2-3 года после менархе [4, 5, 9]. Клиническая картина, проявляющаяся обильным кровотечением, особенно при наличии ЖДА, в сочетании с РКЯ на фоне ЭП, нередко требует проведения таким пациентам неотложных и даже реанимационных мероприятий, что обуславливает разработку четкого алгоритма ранней диагностики для оказания срочной адекватной специализированной гинекологической помощи этому контингенту.

Таким образом, высокая частота выявления кист яичников в молодом возрасте, особенно в сочетании с АМК и АМКПП, обусловленные ими нарушения функции репродуктивной системы, возможность формирования осложненного и рецидивирующего клинического течения, обуславливают актуальность данного исследования. Дискуссионными являются вопросы о тактике консервативной (гормональной и симптоматической терапии) и необходимости хирургического вмешательства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Совершенствование диагностики и лечения больных с аномальными маточными кровотечениями и ретенционными кистами яичников с учетом экстрагенитальной патологии и возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета. Обследовано 125 пациенток с кистами яичников и нарушениями менструальной функции (НМФ). Больные составили две группы. В 1 группу были включены 62 женщины молодого репродуктивного возраста (18-35 лет); во 2 группу вошли 63 девочки 14-17 лет. Комплекс диагностики и ди-

ференциальной диагностики включал клинико-анамнестические, лабораторные, биохимические исследования, определение содержания гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа (СЖ), ферритина (Ф), показателей свертывающей и противосвертывающей системы крови. Использовались аппаратные методы: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с цветным доплеровским картированием (ЦДК), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МТР), - по показаниям. Изучался гинекологический статус, оценивались кольпоцитогаммы, проводилась вагино- и кольпоскопия в зависимости от возраста и половой жизни. Исследовались онкомаркеры (СА-125, РЭА) и гормональный профиль пациенток. Определялись уровни пролактина (ПРЛ), фоллитропина (ФСГ), лютропина (ЛГ), эстрадиола (Э2), прогестерона (ПРГ), тестостерона (Т), кортизола (К), лептина (Л), антимюллерова гормона (АМГ).

Больные были консультированы невропатологом, терапевтом, педиатром и другими смежными специалистами по показаниям. По результатам исследования неврологического статуса, характера вегетативных реакций организма с определением типа вегетативной дисфункции (ВД), подробно изучалось состояние центральной и вегетативной нервной системы (ЦНС и ВНС). Наличие ВД определялось при помощи «Скрининг-теста для выявления признаков вегетативных изменений» и схемы «Клинических симптомов вегетативных изменений», предложенных А.М. Вейном [10]. Полученные данные сравнивались по аналогичным показателям с 40 здоровыми сверстницами контрольной группы (20 женщин и 20 подростков). Результаты исследований статистически обрабатывались с помощью пакета компьютерных программ «STATGRAFICA», версия 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При верификации диагноза были исключены следующие патологические состояния: беременность, заболевания крови, травмы, воспалительные заболевания и пороки развития половых органов, онкологические процессы. Соблюдалась этапность оказания гинекологической помощи пациенткам, в соответствии с разработанным нами алгоритмом [3].

При проведении скрининг-диагностики в первую очередь выделялись больные, требующие неотложных мероприятий – это были пациент-

ки с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения с резко выраженными клиническими проявлениями АМК и вторичной постгеморрагической анемии, выявленными при оценке объективного гинекологического и соматического статуса. Эти больные были обследованы и пролечены в условиях стационара. Всем пациенткам после детального обследования проводилась комплексная терапия, разработанная с учетом характера опухолевидных образований яичников, ЭП, возраста, наличия ЖДА и рецидивирования процесса.

Установлено, что из 125 пациенток обеих групп с кистами яичников и НМФ у большинства обследованных НМФ проявлялись в виде олиго-опсоменореи, вторичной аменореи. У 54 (43,2%) обследованных НМФ клинически проявлялось в виде АМК (у 18 больных 1 группы и у 36 пациенток 2 группы, - $p < 0,05$). В ходе проведения дифференциальной диагностики установлено, что опухолевидные образования яичников у этих больных были ретенционными. Нередко эти больные поступали на лечение, в состоянии средней тяжести, с явлениями постгеморрагической анемии и требовали проведения urgentных мероприятий.

При УЗИ у этих пациенток отмечалось увеличение яичников с наличием РКЯ, размерами от 4,543,5 см до 6,344,4 см, чаще справа. ЦДК характеризовалось визуализацией кровотока по периферии, доплерометрически в этих сосудах выявлялось наличие невысокого диастолического компонента, низкая его скорость и высокие значения индекса резистентности, что по мнению большинства авторов, ассоциируется с доброкачественностью. Васкуляризация центральной части опухолевидного образования не выявлена ни в одном случае. У девочек-подростков с АМК и РКЯ размеры матки достоверно превышали таковые в контрольной группе сверстниц, а при рецидивирующем АМКПП практически не отличались от размеров матки у взрослых женщин 1 группы. Гиперплазия эндометрия (16 – 33 мм), визуализировалась у большинства обследованных, без достоверного различия между группами.

Основными жалобами у больных обеих групп с АМК и АМКПП при поступлении были кровянистые выделения из половых путей разной интенсивности и длительности, слабость, тошнота, головокружение, боли внизу живота. У большинства из них на момент госпитализации были умеренные кровянистые выделения из половых путей, обильные выделения чаще диагностиро-

ваны у больных 2 группы, большинство из них имели рецидивирующий характер АМКПП. Длительность кровотечения была от 10 до 68 дней.

У 80 (76,2%) пациенток обеих групп была выявлена ЭП, у подростков достоверно чаще (53 – 100%), чем у взрослых (27 – 51,9%) ($p < 0,05$). Наиболее часто диагностированы неврологическая патология, заболевания мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, органа зрения, гепато-биллиарной и костно-мышечной систем. У больных с АМК и РКЯ при неврологическом обследовании выявлена ВД, чаще в группе девочек-подростков. У этих больных синдром ВД проявлялся в виде перманентного и пароксизмального типов, вегетативно-сенсорных расстройств, вестибулярной дисфункции, цефалгического, астенического синдрома, синдрома общей дизадаптации в виде повышенной утомляемости, понижения физической активности, повышенной чувствительности к изменению метеоусловий, вялости, что приводило к значительному ухудшению их общего состояния.

В процессе клинико-anamnestического обследования установлено, что у матерей обследованных больных в 70% случаев (без достоверных различий между группами) во время беременности и в родах наблюдались акушерские осложнения: анемия, угроза прерывания беременности, ранний и поздний гестозы; в родах: острая и/или хроническая гипоксия плода (у каждой третьей), быстрые роды, крупный плод, внутриутробное инфицирование, малая масса тела при рождении. Гинекологическая патология в анамнезе у матерей обследованных пациенток отмечалась в 60%, у 25% из них - кисты яичников. Выявлено, что важными факторами риска возникновения как АМКПП, так и АМК у больных обеих групп являлись острые инфекционные (чаще респираторные) заболевания в нейтральном периоде и в препубертате, наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, пиелонефрит). У 26 пациенток (у 4 в 1 группе; у 22 во 2 группе) пусковым механизмом развития кровотечения был острый или хронический стресс.

У половины этих больных выявлены повышенные уровни ПРЛ, Т, К. В большинстве случаев отмечались гипо- и нормоэстрогения, гиперэстрогенная форма кровотечения чаще выявлялась у пациенток с более длительным менструальным возрастом и не зависела от паспортного возраста. У больных обеих групп в 70% случаев установлено нарушение гонадотропной функции гипофиза, чаще во 2 группе: изменение индекса

ЛГ/ФСГ за счет относительного или абсолютного превышения уровня ФСГ. У пациенток 1 группы установлено изменение индекса Э2/ПРГ, за счет снижения уровня ПРГ, снижение уровня АМГ (у 10 из 18 женщин). У больных 2 группы нарушение соотношения ЛГ/ФСГ на фоне повышения уровня К выявлено у 22 из 34 обследованных (что может подтверждать значительную роль стрессового фактора в возникновении АМКПП и РКЯ на его фоне), снижение уровня ПРГ (у всех подростков). В обеих группах у больных с превышением массы тела был повышен уровень Л. У этих пациенток, как правило, гемостаз наступал на фоне подключения гормонотерапии. Динамическое кольпоцитологическое обследование вместе с оценкой базальной температуры у большинства больных обеих групп подтвердило ановуляторный характер кровотечений.

У 35 (64,8%) пациенток обеих групп кровотечение сопровождалось развитием ЖДА, чаще у подростков 2 группы. В основном отмечалась ЖДА 1, реже 2 степени. ЖДА 3 степени выявлена лишь у 3 девушек 2 группы. При изучении показателей гемоглобина, СЖ и Ф установлено, что у половины больных 1 группы и у всех девочек-подростков с МКПП (2 группа), уровень Ф был снижен даже при показателях гемоглобина не ниже 115-120 г/л, а у больных с ЖДА его концентрация составила в среднем $18,4 \pm 2,3$ мкг/л. Уровни СЖ были резко снижены при анемии 2-3 степени. У большинства обследованных, особенно во 2 группе, выявлены гипокоагуляционные изменения при исследовании системы гемостаза.

Лечение больных с АМК и МКПП проводилось комплексно, с учетом тяжести их состояния, характера ЭП, возраста пациенток, в соответствии с Унифицированным клиническим протоколом лечения АМК, утвержденным Приказом МОЗ Украины от 13.04.2016 № 353. В первую очередь, неотложные мероприятия базировались на выборе консервативного или хирургического способа остановки кровотечения, включали терапию, направленную на скорейшее достижение гемостаза и борьбу с вторичной постгеморрагической анемией. При компенсированном состоянии и нерезко выраженной анемизации лечение начинали с применения консервативной симптоматической терапии: медикаментов, регулирующих состояние свертывающей и противосвертывающей системы крови, утеротонических средств, витаминов, препаратов железа, фитотерапии, применения преформированных физических факторов (энтеральная оксигенотерапия, гипербарическая

оксигенация). С учетом того, что транексамовая кислота ингибирует превращение плазминогена в плазмин и нейтрализует фибринолитическую активность в эндометрии, обладает гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза, а также противоаллергическим и противовоспалительным воздействием за счет подавления образования кининов и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях, первой линией консервативной терапии было применение транексамовой кислоты (Циклокапрон, «Здоровье», Харьков; одна таблетка циклокапрона содержит 500 мг транексамовой кислоты). Таблетированная форма препарата назначалась взрослым (1 группа) по 1-1,5 г в течение 3-5 дней (2-3 таблетки 2-3 раза в сутки). Девочкам-подросткам (2 группа) препарат как правило, назначался в дозе 500 мг-1 г в течение 3-5 дней (1-2 таблетки 2-3 раза в сутки). При неэффективности проводимого лечения, рецидивирующем характере кровотечения или изначально состоянии больной средней тяжести или тяжелом, - проводилась интенсивная терапия. Инфузионное введение циклокапрона – раствора для инъекций по 5 мл в ампуле (1 мл препарата содержит 100 мг транексамовой кислоты), проводилось внутривенно капельно, по 200-500 мг 2-3 раза в сутки. При необходимости терапия дополнялась введением раствора окситоцина, кровезаменителей, свежезамороженной плазмы, проводилось восполнение объема циркулирующей крови, баланса электролитов и т.д.). Гормональная терапия назначалась при тяжелом течении заболевания, в ряде случаев после хирургического кюретажа (3 больных 1 группы). Использовались монофазные эстроген-гестагенные препараты с содержанием эстрогенного компонента, не менее 30 мкг в таблетке – по схеме, с учетом массы тела, интенсивности и длительности кровотечения, сопровождалось внутривенным введением препаратов железа. Параллельно проводилась коррекция соматического статуса, нормализация режима труда и отдыха, при необходимости - социальная адаптация. Терапия дополнялась седативными средствами, препаратами, нормализующими функции ВНС, с учетом назначений невропатолога [11].

На фоне проводимой комплексной терапии с использованием циклокапрона у больных обеих групп, гемостаз достигался в течение 1-5 суток. У большинства подростков комплексная терапия с включением циклокапрона позволила достичь остановки кровотечения без гормонотерапии. Редукция РКЯ, как правило, наступала в течение

месяца от начала лечения. При использовании гормонотерапии, она была продолжена для профилактики рецидивирования заболевания и у подростков назначалась до 3-х месяцев, у взрослых – 3-6 месяцев.

ВЫВОДЫ

АМК и МКПП являются тяжелыми нарушениями менструальной функции, негативно отражающимися на качестве жизни пациенток в молодом репродуктивном и подростковом возрасте. Анализ проведенного исследования показал, что на фоне АМК в 43,2% случаев выявляются ретенционные кисты яичников. Предрасполагающими факторами являются: отягощенная наследственность по гинекологической и акушерской патологии, неблагоприятный преморбидный и экстрагенитальный фон, наличие очагов хронической инфекции, негативное влияние стресса. Достоверно чаще патология возникает у подростков. Течение заболевания характеризуется наличием выраженных гормональных, гемостазиологических нарушений, анемизацией пациенток. Ретенционный характер опухолевидных образований яичников при АМК и АМКПП подтверждается результатами УЗИ с ЦДК, показателями онкомаркеров.

Эффективность терапии в значительной степени зависит от скорости постановки правильного диагноза, адекватной оценки тяжести состояния больных для выбора метода гемостаза и лечения постгеморрагической анемии. При консервативном лечении АМК и АМКПП в сочетании с РКЯ у молодых женщин и подростков в составе комплексной терапии высоко эффективным является применение циклокапрона (транексамовой кислоты) в таблетированной форме или инфузионно в зависимости от возраста и состояния больной, гормонотерапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богданова Е.А. Практическая гинекология молодых / Е.А. Богданова - М.: «Медицинская книга», 2011. –238 с.
2. Вихляева Е.Н. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.Н. Вихляева - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 784 с.
3. Тучкіна І.О. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією [Текст] : Автореферат... д. мед. наук, спец.: 14.01.01 - акушерство та гінекологія / І.О.

- Тучкіна. — Х. : МОЗ Укр. Харківський нац. мед. ун-т, 2007. — 40 с.
4. Вовк І.Б. Своєчасна діагностика і терапія пубертатних маткових кровотеч у дівчаток – запорука репродуктивного здоров'я / І.Б. Вовк, В.Ф. Петербурзька // Нова медицина. - 2003. - №5 - С.46-50.
 5. Диннік, В. О. Пубертатні маткові кровотечі: клініка, патогенез, лікування, прогноз [Текст] : Автореферат... д. 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. Адамян Л.В. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы) / Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Е.А. Богданова, И.Е. Колтунов и др. // Проблемы репродукции. — 2016. — №2. — с.73-77.
 7. Тучкіна І.А. Гострий живіт у гінекологічній практиці / І.А. Тучкіна, Л.А. Выговская, Г.В. Мальцев, Е.В. Благовещенский // Методичні вказівки для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. — Х., Изд-во ХНМУ. - 2013. — 60 с..
 8. Emans S. J. H., Laufer M. R., Goldstein D. P. Pediatric and Adolescent Gynecology. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
 9. Deligeoroglou E, Menstrual disorders. / E. Deligeoroglou, G. Creatsas // Endocr Dev. 2012;22:160-70. doi: 10.1159/000331697. Epub 2012 Jul 25. Review.
 10. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика./ Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 752 с.
 11. Тучкіна М.Ю. Клинико-диагностическая характеристика и терапия неврологических нарушений у девочек-подростков в зависимости от характера патологии пубертата / М.Ю.Тучкіна // «Медицина», Респ. Казахстан, Алматы. - 2014. - №11/149. - С. 49-53.

РЕЗЮМЕ

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ПІДЛІТКІВ І МОЛОДИХ ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ І РЕТЕНЦІЙНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ НА ТЛІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

ТУЧКІНА І.О., ГНАТЕНКО О.В.,
ТУЧКІНА М.Ю.

У статті представлені основні особливості клініко-діагностичних та лікувальних підходів до ведення хворих з аномальними матковими

кровотечами (АМК) у підлітків і молодих жінок з ретенційними кістами яєчників (РКЯ) з урахуванням екстрагенітальної патології (ЕП).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 125 хворих з кістами яєчників і порушеннями менструальної функції (ПМФ): 62 жінки 18-35 років, - 1 група; 63 дівчинки-підлітка 14-17 років - 2 група. Застосовувалися загальноклінічне обстеження, лабораторні, апаратні методи, оцінка соматичного і нейро-вегетативного статусу.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що в підлітковому і молодому репродуктивному віці РКЯ у 76,2% хворих виникають при наявності ЕП і ПМФ, в 43,2% - на тлі АМК (у підлітків достовірно частіше, ніж у дорослих). Факторами ризику є: несприятливий преморбідний фон, вогнища хронічної інфекції, гострий і / або хронічний стрес, гінекологічна і акушерська патологія у матерів пацієток. Ультразвукова (в тому числі доплерометрична) картина і дослідження онкомаркерів підтверджували доброякісний ретенційний характер пухлиноподібних утворень яєчників, наявність гіперплазії ендометрія. Клінічні прояви АМК супроводжувалися вираженими гормональними зрушеннями, гемостазіологічними порушеннями на тлі постгеморагічної анемії (в 64,8% випадків, частіше у підлітків).

Ефективність терапії залежала від швидкості постановки правильного діагнозу, адекватної оцінки тяжкості стану хворих для вибору методу гемостазу і лікування постгеморагічної анемії. Перша лінія консервативної терапії включала застосування транексамової кислоти, гормональний гемостаз.

Висновки. АМК є важким порушенням менструальної функції, при якому в 43,2% випадків виявляються РКЯ. Достовірно частіше патологія виникає у підлітків. Перебіг захворювання характеризується наявністю виражених гормональних, гемостазіологічних порушень, анемізацією пацієток. При консервативному лікуванні АМК в поєднанні з РКЯ у підлітків і молодих жінок у складі комплексної терапії високо ефективним є застосування циклокапрона (транексамова кислота) в таблетованій формі або інфузійно в залежності від віку і стану хворої.

Ключові слова: дівчатка-підлітки, жінки молодого репродуктивного віку, ретенційна кіста яєчника, аномальна маткова кровотеча, транексамова кислота.

SUMMARY

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING AND OVARIAN RETENTION CYSTS ON THE BACKGROUND OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY

TUCHKINA I.A., GNATENKO O.V.,
TUCHKINA M.Yu.

The article presents the main features of clinical diagnostic and therapeutic approaches for the management of patients with abnormal uterine bleeding (AUB) in adolescents and young women with ovarian retention cysts (ORC) taking into account of extragenital pathology (EP).

Material and methods. 125 patients with ovarian cysts and menstrual disorders (MD) were examined: 62 women 18-35 years old, - 1 group; 63 teenage girls 14-17 years old - 2nd group. The general clinical examination, laboratory, hardware methods, estimation of somatic and neuro-vegetative status were used.

Results and their discussion. It has been established that in adolescent and in women of young reproductive age, ORC in 76.2% of patients occurs in the presence of EP and MD, 43.2% - on the background of AUB (in adolescents it is more common than in adults). Risk factors include: an unfavorable premorbid background, foci of chronic

infection, acute and/or chronic stress, gynecological and obstetric pathology of mothers of patients. An ultrasound (including dopplerography) picture and a study of oncomarkers confirmed the benign nature of ORC, the presence of hyperplasia of the endometrium. Clinical manifestations of AUB were accompanied by pronounced hormonal shifts, hemostatic disorders on the background of posthemorrhagic anemia (in 64.8% of cases, more often in adolescents).

The effectiveness of therapy depended on the speed of setting the correct diagnosis, an adequate assessment of the severity of the patient's condition for choosing the hemostasis method and the treatment of post-hemorrhagic anemia. The first line of conservative therapy included the use of tranexamic acid, hormonal hemostasis.

Conclusions. AUB is a severe violation of the menstrual function, at which in 43.2% of cases detected ORC. More often pathology occurs in adolescents. The course of the disease is characterized by the presence of severe hormonal, hemostatic disorders, anemization of patients. When conservative treatment of AUB in combination with ORC in adolescents and young women in the complex therapy are carried out, the using of tranexamic acid in tablet form or infusion, have high efficiency.

Key words: teenage girls, women of young reproductive age, retention cysts of the ovary, abnormal uterine bleeding, tranexamic acid.