

# **Аномальні маткові кровотечі ювенільного віку (огляд літератури)**

**Курочка Валентина Валеріївна**

канд.мед.наук, асистент кафедри акушерства і гінекології №3,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Морквич Анжеліка Русланівна**

студентка 5 курсу медичного факультету №2

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Резюме.** Аномальна маткова кровотеча (АМК) є частою причиною звернень до лікаря в підлітковому віці і характеризується нерегулярними, надмірно рясними, тривалими та/або частими кровотечами маткового походження. Хоча багато етіологічних чинників викликають АМК, найбільш імовірною причиною серед підлітків є дисфункціональна маткова кровотеча (ДМК). Ановуляція внаслідок незрілості в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі (ГГЯ) є основною причиною в перші 2-3 роки після менструації. Важливою метою лікування є попередження нестабільності гемодинаміки. Тому необхідно вчасно оцінити тяжкість і причину кровотечі.

**Resume.** Abnormal uterine bleeding (AUB) is a frequent reason for consulting a doctor in adolescence and is characterized by irregular, excessive, prolonged and/or frequent bleeding of uterine origin. Although there are many etiologies for AUB, the most likely cause among adolescents is dysfunctional uterine bleeding (DUB). Anovulation due to the immaturity of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis (HPO) is the main cause in the first 2-3 years after menstruation. The main goal of treatment is prevention of hemodynamic instability. Therefore, it is important to assess the severity and cause of bleeding.

**Актуальність.** Менархе, яке є основною віхою жіночого статевого дозрівання, зазвичай відбувається протягом 2-3 років після першої появи лобкового волосся [10]. Однак цей період може мати індивідуальні та расові відмінності, пов'язані з генетичними та соціально-економічними факторами.

Багато підлітків мають нерегулярні цикли протягом перших 2-3 років після менархе через незрілість в ГГЯ системі [9]. Значна кількість менструальних циклів у цьому віковому періоді є ановуляторними або мають послаблену овуляцію, що призводить до лютеїнової недостатності [5]. Ановуляторні цикли можуть бути причиною АМК або аменореї. Цей процес пов'язаний з встановленням регулярного менструального циклу протягом перших 3 років від початку менархе. Згідно з даними світової літератури, частота АМК у підлітків складає від 2,5% до 30%. В офіційній статистиці МОЗ України обліковуються дані про порушення менструального циклу, що відображає проблеми АМК: у 2013 році розлади менструального циклу (МЦ) були зафіксовані у 17 833 дівчат підліткового віку, що складає 29,1 випадок на 1000 дівчат-підлітків [1].

**Мета роботи:** за результатами аналізу літературних джерел оцінити частоту та причини аномальних маткових кровотеч ювенільного віку

**Результати огляду літератури.** Аномальну кровотечу можна ідентифікувати наступним чином [4]: менорагія - кровотеча з регулярними інтервалами, що триває більше 7 днів, або об'єм крововтрати більше 80 мл; метрорагія - кровотеча через нерегулярні проміжки часу; менометрорагія: надмірна кровотеча (>80 мл) із частими інтервалами; олігоменорея: кровотеча з інтервалами менструального циклу понад 40 днів.

За результатами дослідження у Швеції, було проведено опитування понад 1000 студенток щодо менструації: 37% мали АМК [7]. АМК має багато різних етіологій, проте його основну патологію виявляють менш ніж у 10% випадків. Найбільш вірогідною причиною АМК у підлітків є незрілість в ГГЯ системі [4]. АМК є діагнозом виключення, який не можна віднести до будь-якого основного структурного чи системного захворювання. Як правило, це вважається ановуляторним типом АМК. Запальні захворювання органів малого таза, спричинені *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* або ендометрит, часто призводять до метрорагії/менорагії та відображають частоту менше 10% усіх АМК [4].

З метою діагностики АМК потрібно проводити загальний аналіз крові, особливої уваги потребує рівень гемоглобіну та гематокриту; тест на вагітність; ультразвукове дослідження органів малого тазу: структура порожнини матки, яєчників і товщини ендометрія [11]. Надмірна менструальна кровотеча може спричинити порушення згортання крові, тому обов'язковим є дослідження коагулограми крові перед початком лікування [2]. Медикаментозне лікування АМК класифікується на гормональне та/або негормональне. У невідкладному лікуванні пацієнтів, які звертаються з ДМК, першочерговою метою є забезпечення гемодинамічної стабільності та зупинка кровотечі. Чотири основні категорії лікування призначаються на основі тяжкості кровотечі, гемодинамічного статусу та рівня гемоглобіну пацієнта [6]. Більше 90% надмірних ювенільних кровотеч корегуються за допомогою медикаментозного лікування [3]. Проте хірургічне втручання необхідне у випадку кровотечі, яка загрожує життю, коли медичне лікування неефективне та в ситуаціях, коли необхідна гістопатологічна оцінка. Дилатація та кюретаж, емболізація маткової артерії, абляція ендометрію та гістеректомія є варіантами хірургічного лікування [8].

**Висновки.** Таким чином, за результатами літературних джерел, з'ясували, що найчастішою причиною АМК ювенільного віку є порушення в ГГЯ системі. Серед клінічних проявів поширеною скаргою є збільшена кількість кров'янистих виділень та зростання тривалості менструації у підлітків, порушення їх якості життя, залізодефіцитна анемія. Обов'язковим критерієм у наданні медичної допомоги є своєчасне звернення до медичного закладу та своєчасна корекція менструального циклу. З метою попередження даної проблеми, дитячим та підлітковим гінекологам варто надавати інформацію дівчатам перед і після менархе та їхнім родинам про проблеми, пов'язані з менструацією, щоб розпізнати аномальну картину раніше та запобігти розвитку ускладнень.

## Список використаної літератури

1. Козловський І.В. Аномальні маткові кровотечі у підлітків: особливості лікування. Репродуктивна ендокринологія. №3(29). 2016. С.19-23
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant reproductiveaged women. Obstet Gynecol. 2013. 121(4). P.891-896. doi:10.1097/01.AOG.0000428646.67925.9a
3. Dawson R. The role of the General Practitioner in evaluation and treatment of girls with menstrual-related complaints. Pediatr Ann. 2019. 48. P.187-189.
4. Deligeoroglou E., Karountzos V., Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. Gynecol Endocrinol. 2013. 29(1). P.74-78. doi:10.3109/09513590.2012.705384
5. Graham R.A., Davis J.A., Corrales-Medina F.F. The adolescent with menorrhagia: diagnostic approach to a suspected bleeding disorder. Pediatr Rev. 2018. 39. P.588-600
6. Moon L.M., Perez-Milicua G., Dietrich J.E. Evaluation and management of heavy menstrual bleeding in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017. 29. P.328-336
7. Munro M.G., Critchley H.O., Fraser I.S., Committee F.M. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018. 143. P.393-408
8. Polis R.L., Hertweck S.P. Treatment options for the adolescent patient experiencing abnormal uterine bleeding. Current treatment options in pediatrics. 2016. 2. P.184-195
9. Rosenfield R.L., Cooke D.W., Radovick S. Puberty and its disorders in the female. In: Sperling MA, ed. Pediatric Endocrinology. USA: Elsevier Health Sciences; 2014. P.569-663

10. Workowski K.A., Bolan G.A. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015. 64. P.1-137.

11. Zia A., Rajpurkar M. Challenges of diagnosing and managing the adolescent with heavy menstrual bleeding. Thromb Res. 2016. 143. P.91- 100.