

УДК 618.1:616.071

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА РАЗВИТИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ¹

© 2006 Т.А. Сивохина², Н.В. Спиридонова, А.А. Лашкина³, Р.Б. Балтер, Т.П. Паренко, Н.В. Чертыковцева⁴

Проведена оценка соматического здоровья 198 девочек, страдающих ювенильными маточными кровотечениями и 92 девочек с нормальной менструальной функцией. Проведенный клинико-статистический анализ показателей соматического здоровья подростков показал, что, несмотря на достаточно однородную выборку, девочек основной группы отличает достоверно более низкий индекс здоровья. Отсутствие патологии при рождении определяется только у каждой третьей девочки, остальные дети имеют ту или иную форму нарушения здоровья. Высок процент девочек с низкой массой тела при рождении, новорожденных с хронической внутриутробной гипоксией, задержкой внутриутробного развития.

Полученные результаты дают основание предполагать, что перечисленные нарушения могут служить фоном для развития нарушений гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений, проявляющихся менструальной дисфункцией.

Введение

В современном обществе улучшение репродуктивного здоровья женщин является первостепенно важной задачей для формирования будущих поколений здоровых, способных к полноценному социальному функционированию и творческому самовыражению людей [7, 13, 16]. На репродуктивное здоровье женщин оказывает заметное влияние соматическая и гинекологическая патология пубертатного периода [2, 11, 15]. Гинекологическая патология пубертатного периода, в частности ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), оказывает значительное влияние на состояние репродуктивного здоровья женщин в последующем [1, 5, 6, 9, 10, 14]. Вместе с тем, сложившаяся в настоящее время демографическая ситуация требует особого внимания к проблемам здоровья женщин и детей, особенно в плане прогноза генеративной функции, поскольку ее реализация имеет важное социальное и экономическое значение для сохранения нации [3, 4, 8].

Данное исследование посвящено изучению влияния соматического здоровья девочек-подростков на возникновение ювенильных маточных кровотечений.

¹Представлена доктором медицинских наук, профессором Л.С. Целкович.

²Сивохина Татьяна Александровна (sivohina@mail.ru), кафедра госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета. 443079, Россия, г. Самара, ул. Карла Маркса, 165 А.

³Спиридонова Наталья Владимировна, Лашкина Анна Александровна, кафедра акушерства и гинекологии ИПО Самарского государственного медицинского университета, 443099, Россия, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.

⁴Балтер Регина Борисовна, Паренко Татьяна Петровна, Чертыковцева Наталья Владимировна, кафедра акушерства и гинекологии №2 Самарского государственного медицинского университета. 443010, Россия, г. Самара, ул. Галактионовская, 21.

1. Материалы и методы

Для определения возможного влияния медико-социальных факторов на развитие нарушений менструальной функции, нами был проведен проспективный анализ данных 198 девушек с ЮМК (основная группа) в сопоставлении 92 практически здоровыми девочками (контрольная группа).

Методика клинического обследования девочек с ЮМК состояла из сбора анамнеза и объективного обследования с помощью дополнительных методов [12]. Нами была разработана специальная анкета, куда производилась выкопировка анамнестических данных из формы истории болезни. Последние, уточнялись и дополнялись при личных собеседованиях с обследованными.

Обследование девочек производилось по определенной схеме:

- 1) Фамилия, имя, отчество. Возраст. Жилищные и бытовые условия.
- 2) Наличие (какие) или отсутствие жалоб.
- 3) Перенесенные и сопутствующие соматические заболевания и наследственность, болезни родителей и ближайших родственников. Гинекологические заболевания и операции. Возраст и последовательность этапов полового созревания (последовательность оволосения, развитие молочных желез, менархе). Особенности менструальной функции. Секреторная функция. Возраст начала и характер половой жизни.
- 4) Производился общий осмотр девочек, определялся рост, вес, конституциональные особенности, оценивалась окраска кожных покровов, температура тела, артериальное давление, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, органов брюшной полости. Проводилось пальпаторное исследование щитовидной и молочных желез, перкуссия и аускультация органов грудной полости, пальпация органов брюшной полости. При наличии анамнестических указаний на патологию внутренних органов и обнаружении симптомов нарушения их функции, больные обследовались специалистами соответствующего профиля: хирургом, кардиологом, окулистом, урологом, эндокринологом, онкологом, невропатологом, психиатром.

После проведенного общего объективного обследования девочкам выносились заключение об общем состоянии ее здоровья.

2. Результаты и их обсуждение

Возраст обследуемых девушек колебался от 11 до 17 лет включительно, при среднем показателе в основной группе — $14,2 \pm 0,2$ года, в контрольной группе — $14,1 \pm 0,2$ года ($p > 0,05$). Сравнительный анализ возрастных параметров девочек представлен в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, распределение девушек по возрастным группам было сопоставимым ($p > 0,05$).

Для выяснения анамнестических показателей соматического здоровья девочек с ЮМК в сопоставлении с данными девочек с нормальной менструальной функцией аналогичных возрастных групп, был проведен ретроспективный анализ перенесенной патологии. Полученные данные представлены в табл. 2.

Анализ показал, что на первом месте по выявляемости были детские инфекционные заболевания, такие как скарлатина, паротит, грипп, корь и др. 145

Таблица 1

**Распределение девочек с ЮМК по возрасту
(% к общему числу обследованных)**

Группы девочек	Число обследованных, %			
	До 13 лет	От 13 до 14 лет	От 14 до 15 лет	От 15 до 17 лет
Основная группа ($n = 198$)	33 $16,6 \pm 2,6$	53 $26,7 \pm 3,1$	66 $33,3 \pm 3,3$	46 $23,2 \pm 3,0$
Контрольная группа ($n = 92$)	15 $16,3 \pm 3,8$	26 $28,2 \pm 4,7$	32 $34,7 \pm 4,9$	19 $20,6 \pm 4,2$
p_{1-2}	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$

Примечание: p — показатель достоверности различия у девочек с ЮМК и практически здоровыми девушками-подростками

Таблица 2

Наличие соматической патологии в анамнезе у обследуемых девочек в основной и контрольной группе

Форма заболевания	МКБ	Число девочек в обследуемых группах (абс., %)	
		Основная группа ($n = 198$)	Контрольная группа ($n = 92$)
Детские инфекции	A 38	145 $73,2 \pm 3,1$	19 $19,5 \pm 4,1^{**}$
Хронические болезни миндалин	J 35	57 $28,7 \pm 3,2$	5 $5,4 \pm 2,3^{**}$
Заболевания дыхательной системы	J 15	34 $17,2 \pm 2,6$	7 $7,6 \pm 2,7^*$
Заболевания системы пищеварения	K 29.4	32 $16,1 \pm 2,6$	9 $9,7 \pm 3,1$
Заболевания сердечно-сосудистой системы	I 10	19 $9,5 \pm 2,1$	8 $8,6 \pm 2,9$
Заболевания нервной системы	N 94	14 $7,1 \pm 1,8$	2 $2,1 \pm 1,5^*$
Заболевания почек и мочевыделительной системы	N 11.1	29 $14,6 \pm 2,5$	3 $3,2 \pm 1,8^{**}$
Ожирение I–IV степени	E 02	16 $8,1 \pm 1,9$	2 $2,1 \pm 1,5^*$
Дефицит массы тела	E 01	36 $18,1 \pm 2,7$	4 $4,3 \pm 2,1^{**}$
Всего $M \pm m$		382 $1,9 \pm 0,2$	59 $0,6 \pm 0,1^*$

Примечание: * — показатель достоверности различия с контролем ($p < 0,05$);

** — показатель достоверности различия с контролем ($p < 0,001$)

($73,2 \pm 3,1\%$) в основной и только у 19 ($19,5 \pm 4,1\%$) обследованных в контрольной группе ($p < 0,001$). На втором месте хронический тонзиллит — 57 ($28,7 \pm 3,2\%$) в основной и высоко достоверно реже у 5 ($5,4 \pm 2,3\%$) девушек в контрольной

группе ($p < 0,001$). Достаточно часто у девушек с ЮМК в анамнезе встречались заболевания дыхательной системы 34 ($17,2 \pm 2,6\%$) против 7 ($7,6 \pm 2,7\%$) в контроле ($p < 0,05$). Заболевания почек и мочевыделительной системы 29 ($14,6 \pm 2,5\%$) против 3 ($3,2 \pm 1,8\%$) в контроле ($p < 0,001$).

Особенное внимание хочется уделить обменным нарушениям, так ожирение различной степени выраженности имели 16 ($8,1 \pm 1,9\%$) девушек в основной и достоверно меньше 2 ($2,1 \pm 1,5\%$) в контрольной группе ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание дефицит массы тела (снижение росто-веса индекса) у 36 ($18,1 \pm 2,7\%$) девушек с ЮМК и у 4 ($4,3 \pm 2,1\%$) девушек в контрольной группе ($p < 0,001$).

Таким образом, в среднем на каждую пациентку основной группы до наступления изучаемой патологии приходилось по $1,9 \pm 0,2$ перенесенных соматических заболевания, на обследованную контрольной группы только $0,6 \pm 0,1$ заболевания ($p < 0,001$).

Преимущественное число девушек по социальному положению были учащими — $85,8\%$ (249 чел.), из них: 170 ($85,8 \pm 2,4\%$) в основной и 79 ($85,8 \pm 3,6\%$) в контрольной группе, значительно меньше было $4,4\%$ (13 чел.) служащими, из них 9 ($4,5 \pm 1,4\%$) в основной и 4 ($4,3 \pm 2,1\%$) в контрольной группе; примерно по столько обследованных $5,8\%$ (17 чел.) и $4,1\%$ (12 чел.) были рабочими промышленных предприятий и домашними хозяйками, из них 11 ($5,5 \pm 1,6\%$) и 8 ($4,0 \pm 1,4\%$) в основной и 6 ($6,5 \pm 2,5\%$) и 3 ($3,3 \pm 1,8\%$) в контрольной группе соответственно ($p < 0,05$). Следовательно существенных различий по социальному положению у девушек основной и контрольной группы выявлено не было ($p > 0,05$).

Дальнейший анализ анамнестических данных показал, что матери, вынашивающие девочек основной группы, имели различные осложнения беременности. Антенатальный период девочек обследуемых групп протекал на фоне множественных гестационных осложнений. В среднем на каждую беременную маму девочки из основной группы приходилось по $3,1 \pm 0,2$ осложнения гестационного периода, в контрольной группе этот показатель был высоко достоверно ниже и составил $0,8 \pm 0,1$ ($p < 0,001$).

Изучая характер осложнений внутри групп, следует отметить, что у матерей девочек основной группы достоверно чаще регистрировались такие осложнения, как поздние гестозы беременности 126 ($63,3 \pm 3,2\%$), в контрольной группе гестозов было почти в 4 раза меньше 14 ($15,2 \pm 2,3\%$) ($p < 0,001$). Следует отметить, что $31,3\%$ всех поздних токсикозов в основной группе составляли нефропатии разной степени выраженности. В контрольной группе преобладала водянка беременных ($11,9 \pm 3,4\%$).

Следующим по частоте осложнением являлась анемия беременных. В основной группе ее выявили у 94 ($47,4 \pm 4,5\%$), в контрольной — 16 ($17,3 \pm 3,9\%$) ($p < 0,001$). Хроническая фетоплацентарная недостаточность была диагностирована у 131 ($33,1 \pm 3,3\%$) матерей девочек основной и только у 9 ($9,7 \pm 3,1\%$) контрольной группы ($p < 0,001$). У 112 ($56,5 \pm 3,5\%$) матерей пациенток основной группы беременность осложнилась угрозой прерывания, преимущественно в ранние сроки 78 ($39,3 \pm 3,4\%$). В контрольной группе угроза выкидыша была отмечена только у 11 ($11,9 \pm 3,4\%$) женщин, из них в ранние сроки у 7 ($7,6 \pm 2,7\%$) ($p < 0,001$). Обращает на себя внимание достаточно большое число кольпитов 44 ($22,2 \pm 2,9\%$) и 6 ($6,5 \pm 2,5\%$) соответственно ($p < 0,001$).

У большинства матерей девочек в обеих группах регистрировались естественные роды 122 ($61,6 \pm 3,4\%$) в основной и высоко достоверно чаще 85 ($92,3 \pm 2,7\%$) в

контрольной группе ($p < 0,001$). Следует указать, что почти треть 59 ($29,7 \pm 3,2\%$) мам девочек с ЮМК были родоразрешены в сроке от 28–37 недель, в контрольной группе только 6 ($6,5 \pm 2,5\%$) ($p < 0,001$).

При этом 41 ($20,7 \pm 3,2\%$) девочка в основной группе была извлечена путем операции Кесарево сечение, в контрольной группе таких девочек было только 7 ($7,6 \pm 2,7\%$) ($p < 0,001$). Две девочки основной группы ($1,0 \pm 0,7\%$) были извлечены путем наложения акушерских щипцов.

Средние значения роста-весовых показателей у новорожденных девочек также имели достоверно значимые различия, так в основной группе средняя масса новорожденных составила $2477,9 \pm 59,8$ г, в контрольной — $3380,4 \pm 88,6$ г. ($p < 0,001$).

При этом в долевого соотношении число маловесных девочек при рождении в основной группе составило 71 ($35,8 \pm 3,4\%$), в контрольной — 10 ($10,8 \pm 3,2\%$) соответственно ($p < 0,001$). Полученные данные представлены в табл. 3.

Таблица 3

Распределение новорожденных девочек в зависимости от массы тела в основной и контрольной группе (% от общего числа новорожденных в группе)

Масса тела новорожденных (в граммах)	Число доношенных новорожденных, %		<i>p</i>
	Основная группа (<i>n</i> = 198)	Контрольная группа (<i>n</i> = 92)	
2001–2500	14 ($7,1 \pm 1,8$)	1 ($1,0 \pm 1,0$)	$< 0,01$
2501–2999	57 ($28,7 \pm 3,2$)	9 ($9,7 \pm 3,1$)	$< 0,001$
3000–3500	93 ($46,9 \pm 3,5$)	49 ($53,2 \pm 5,2$)	$> 0,05$
3501–4000	31 ($15,6 \pm 2,5$)	25 ($27,1 \pm 4,6$)	$< 0,05$
4000 и более	3 ($1,5 \pm 0,8$)	8 ($8,6 \pm 2,9$)	$< 0,05$

Примечание: *p* — показатель достоверности различия у девочек с ювенильными маточными кровотечениями и практически здоровыми девушками-подростками

Оценивая состояние новорожденных, следует отметить высокий удельный вес патологии у детей в основной группе по сравнению с практически здоровыми новорожденными девочками. Наиболее часто встречаемой патологией у новорожденных основной группы была гипоксия различной формы и степени тяжести 48 ($24,2 \pm 3,1\%$) в основной, против 6 ($6,5 \pm 2,5\%$) в контрольной группе ($p < 0,001$). Задержка физического развития, которая нашла свое отражение в формировании гипотрофии новорожденных девочек, также достоверно чаще определялась в основной группе 29 ($14,6 \pm 2,5\%$) и 4 ($4,3 \pm 2,1\%$) соответственно ($p < 0,001$). Показатели внутриутробного инфицирования, нарушения мозгового кровообращения и родовой травмы 10 ($5,1 \pm 1,5\%$) были значительно выше аналогичных в контрольной группе 1 ($1,0 \pm 1,0\%$) ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенный клинико-статистический анализ показателей соматического здоровья подростков с ЮМК в сопоставлении с данными девочек с нормальной менструальной функцией аналогичных возрастных групп показал, что, несмотря на достаточно однородную выборку, девочек основной группы отличает достоверно более низкий индекс здоровья. Отсутствие патологии при рождении определяется только у каждой третьей девочки, остальные дети имеют ту или иную форму нарушения здоровья. Высок процент девочек с низкой массой

тела при рождении, новорожденных с хронической внутриутробной гипоксией, в антенатальном периоде часто регистрируется внутриутробная задержка развития.

Полученные результаты дают основание предполагать, что перечисленные нарушения могут служить фоном для развития нарушений гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений проявляющихся менструальной дисфункцией.

Заключение

Таким образом, проблема ювенильных маточных кровотечений в подростковом возрасте является полиэтиологичной. Поливалентность факторов, способствующих развитию этой патологии не позволяет достаточно четко сформулировать прогноз рецидива кровотечения и вызывает определенные трудности в выборе терапевтических средств для лечения.

В тоже время, изучение взаимосвязей иммунной и гемостатической систем позволит дополнить представления о характере регуляции менструальной функции у девочек в период ее становления, обосновать терапевтические подходы в каждой конкретной клинической ситуации и адекватно осуществить профилактику рецидива кровотечения.

Литература

- [1] Аскерова, М.Г. Ювенильные кровотечения / М.Г. Аскерова // *Здравоохранение Урала*. – 2003. – №5. – С. 43–45.
- [2] Баранов, А.Н. Медико-экологические аспекты физического и полового развития девочек и девушек / А.Н. Баранов, Т.Б. Лебедева // *Журн. акушерства и жен. болезней*. – 2005. – №1. – С. 52–56.
- [3] Баласаян, В.Г. Медико-социальные и этические проблемы лечебно-профилактической помощи девочкам с патологией репродуктивной системы: дисс. ... докт. мед. наук / В.Г. Баласаян. – СПб. – 1998. – 264 с.
- [4] Башкирова, Д.Ш. Экономическая эффективность медико-социальной профилактики заболеваний репродуктивной системы девочек-подростков в условиях крупного промышленного города / Д.Ш. Башкирова // *Экономика здравоохранения*. – 2003. – №2. – С. 16–19.
- [5] Ventura, S.J. Infant Health consequence of childbearing by teenagers and older mothers / S.J. Ventura, G.E. Hendershot // *Publ. Healhe Rep*. – 1984. – V. 99. – №2. – P. 138–146.
- [6] Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. – СПб: Фолиант, 2000. – 574 с.
- [7] Гуркин, Ю.А. Значение антенатальной патологии для возникновения нарушений половой системы у девочек и девушек / Ю.А. Гуркин, П.Н. Кротин, Н.Ю. Соломкина // *Состояние репродуктивной функции женщин в различные возрастные периоды*. Сб. науч. тр. Ред. В.К. Ярославский. – СПб., 1992. – С. 7–11.
- [8] *Здоровье детей России (состояние и проблемы)* / Под ред. А.А. Баранова. – М., 1999. – 274 с.
- [9] Коколина, В.Ф. Репродуктивная система у девочек в норме и при ювенильных маточных кровотечениях: автореф. дис. ... докт.мед. наук / В.Ф. Коколина. – М., 1989. – 47 с.

- [10] Коколина, В.Ф. Физическое и половое развитие здоровых девочек в процессе созревания репродуктивной системы / В.Ф. Коколина // Акуш. и гинек. – 1991. – №1. – С. 34–37.
- [11] Актуальные проблемы подростковой медицины / С.В. Мальцев [и др.] // Казан. мед. журн. – 2005. – №2. – С. 154–156.
- [12] Методика оценки и стандарты физического развития детей г. Самары и Самарской области / Под ред. Р.А. Галкина: Информационно-методические материалы для врачей и студентов медицинских ВУЗов. – Самара, 1998. – 104 с.
- [13] Репродуктивные проблемы девушек-подростков г. Уфы / А.Р. Муслимова [и др.] / Здравоохранение Башкортостана. – 1999. – №3. – С. 153–154.
- [14] Уварова, Е.В. Маточные кровотечения пубертатного периода / Е.В. Уварова, Н.М. Веселова // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2004. – №5. – С. 35–39.
- [15] Хузиханов, Ф.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек 12–16 лет / Ф.В. Хузиханов, Р.С. Ахмадиева, Д.Ш. Башкирова // Казан. мед. журн. – 2003. – №2. – С. 148–149.
- [16] Шарапова, О.В. Совершенствование охраны здоровья детей подросткового возраста / О.В. Шарапова // Вестн. СПб гос. мед. академии. – 2002. – №4. – С. 39–42.

Поступила в редакцию 31/VIII/2006;
в окончательном варианте — 31/VIII/2006.

THE EFFECT OF SOMATIC PATHOLOGY ON THE JUVENILE UTERINE BLEEDING DEVELOPMENT OF YOUNG GIRLS⁵

© 2006 Т.А. Sivokhina,⁶ N.V. Spiridonova, A.A. Lashkina,⁷ R.B. Balter,
T.P. Parenko, N.V. Chertuikovzeva⁸

The somatic health of 198 young girls with juvenile uterine bleeding and 92 young girls with normal menstruations is examined. The clinicostatistic analysis of young girls' somatic health indices shows more poor health index of the girls representing the first group. Only one third of these girls were born without any pathology, many of them have different health problems. A lot of girls were born with low body mass, suffered from chronic intrauterine hypoxia, arrest of intrauterine development. The obtained results give us the reason to propose that the mentioned above health problems can be a background for the development of hypothala-hypophysial interrelation, revealing itself through menstrual disfunctions.

Paper received 31/VIII/2006.

Paper accepted 31/VIII/2006.

⁵ Communicated by Dr. Sci. (Med.) Prof. L.S. Tselkovich.

⁶ Sivokhina Tatiana Alexandrovna, Dept. of Pediatrics, Samara State Medical University, Samara, 443079, Russia.

⁷ Spiridonova Natalia Vladimirovna, Lashkina Anna Alexandrovna, Dept. of Obstetrics and Gynaecology, Samara State Medical University, Samara, 443099, Russia

⁸ Balter Regina Borisovna, Parenko Tatiana Petrovna, Chertuikovzeva Natalia Vladimirovna, Dept. of Obstetrics and Gynaecology, Samara State Medical University, Samara, 443010, Russia.