

ДИСФУНКЦИОНАЛНИ МАТОЧНИ КРЪВОТЕЧЕНИЯ В ПУБЕРТЕТНО-ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ



ДИСФУНКЦИОНАЛНИТЕ МАТОЧНИ КРЪВОТЕЧЕНИЯ (ДМК)

са с висока честота при момичета в пубертетно-юношеска възраст и се свързват със значимо неблагоприятно въздействие върху качеството на живот. Основна причина е забавяне на процеса на узряване на хипоталамо-хипофизарно-овариалната ос, което се наблюдава често в първите 2 до 5 години от менархе (първата менструация в живота) и липсата на овулация. Диференциално-диагностично трябва да се изключат бременност, травма и сексуално-трансмисивни инфекции, независимо от анамнестичните данни. Не трябва да се забравя, че ДМК в тази възраст могат да бъдат първа изява на хематологично заболяване. Терапевтичният подход е винаги съобразен с подлежащата етиологична причина, продължителността и силата на кървенето, както и с общото състояние на момичето.



Въведение

д-р Диана
Христова, гм

СБАЛАГ „Майчин дом“ ЕАД, Клиника по патология на бременността

Ключови думи:

дисфункционални маточни кръвотечения (ДМК), пубертетно-юношеска възраст, орални контрацептиви

ДМК в пубертетно-юношеската възраст са едно от най-честите оплаквания, повод за гинекологична консултация. Дефиницията включва кръвотечение от матката, което е с необичайна продължителност, обем, честота и ритмичност. Основна причина е забавяне на процеса на узряване на хипоталамо-хипофизо-яйчниковата ос (ХХЯ-ос), което се наблюдава в първите 2 до 5 години от менархе и ано-

вулация^[1,2]. Не трябва да се забравя, че ДМК могат да бъдат първа изява на хематологични заболявания, както и резултат от нарушена функция на щитовидната жлеза в частност хипотиреоидизъм, хиперпролактинемия, синдром на поликистозните яйчници. Рязка промяна в теглото (неразумна диета, анорексия), някои хронични заболявания, както физически и психически стрес освен вторична аменорея, могат да имат като последица ановулаторни ДМК^[3].

Въпреки тенденцията за по-ранно отключване на пубертет в последните десетилетия, възрастта за първа менструация в живота (менархе) остава относително константна, а именно 12-14 години. За България средната възраст за менархе е 12.5 години. Понастоящем повече от 90% от момичетата имат менструация до 14-годишна възраст.

Менархето само по себе си се счита за ановулаторно кървене и обичайно отнема 6 месеца до 3 години

(в някои източници дори 5 години) докато ХХЯ-ос узрее и менструалните цикли станат овулаторни. Повечето пациентки с нередовни кръвотечения в първата и втората година след менархе не се нуждаят от лечение, освен в случай на обилни, продължителни или много често менструации, водещи до желязодефицитна анемия^[3,4].

Диагнозата ДМК е диагноза на изключването. Винаги първо трябва да се изключат заболявания, произхождащи от други органи и системи.

Класификация според тежестта на клиничната изява:

- *Лека форма на ДМК* – продължителност на менструалното кървене повече от нормалното (>7 дни) или скъсен интерменструален интервал (<21 дни) за ≥ 2 месеца, като кървенето може да бъде слабо или умерено повишено. Стойностите на хемоглобина са обичайно нормални (≥ 120 g/l).
- *Умерено тежка форма на ДМК* – продължителност на менструалното кървене повече от нормалното (>7 дни), с интерменструален интервал от една до три седмици и стойности на хемоглобин ≥ 100 g/l.
- *Тежка форма на ДМК* – нарушен менструален цикъл с обилно кървене, водещ до спадане стойности на хемоглобина под 100 g/l, което може да има за последица хемодинамични нарушения^[5].

Освен според тежестта на клиничната изява ДМК могат да бъдат разделени на остри и хронични. Острите са епизод на обилно и тежко кървотечение, изискващо незабавна терапевтична намеса, а хронични са тези нарушения на менструалния цикъл (засягащи ритмичност, интер-

менструален интервал, количество на менструално кървене), които продължават повече от 6 месеца^[6].

Диференциална диагноза

Погрешна и акуратно снета анамнеза по отношение на менархе, дължина на менструалните цикли, количество на менструалното кървене, предишни епизоди на аномалии, спомогат за поставяне на точна диагноза. Най-честа етиологична причина за ДМК е липсата на овулация, която в първите няколко години след менархе е почти винаги свързана с незрялостта на регулаторните механизми на ХХЯ-ос^[3].

Трябва да бъдат изключени хранителни разстройства, прекомерно физическо натоварване, както и физически и психически стрес, които водят отново да поява на ановулаторни цикли.

Синдром на поликистозни яйчници се подозира при всички погрешавщи с манифестни андрогенни симптоми – хирзутизъм, акне, затлъстяване, олигоменорея и ановулаторно кървене. Той е и една от най-честите причини, водещи до ановулация в тази възрастова група, като при тези пациентки много често се наблюдава и инсулинова резистентност с хиперинсулинемия^[3,7].

Тежки и обилни менструации, с начало по време или наскоро след менархе, биха могли да се дължат на нарушения в кръвосъсирването (в 3 до 19% от случаите). Болест на von Willebrand е едно от най-често срещаните сред тях. Клинично при тези пациентки освен менструалните нарушения се наблюдават още епи-

стаксис, кървене от венците и при обикновени наранявания. Левкемия, апластична анемия, тромбocyтopenия, нарушена тромбocyтна функция и дефицит на факторите на кръвосъсирването също могат да се манифестират с менометрорагия^[3,8].

Инфекция като причина за необичайно кървене в тази възраст е сравнително рядко срещано явление, като за подобен тип етиология се мисли при енократен остър епизод. Цервицит, трихомониаза, хламидиална инфекция могат да доведат до необичайно кървене. Нараняване или чуждо тяло също могат да се представят с кървене, като при чуждите тела обичайно има и злобно течение^[3].

Полов акт, сексуална злоупотреба с травма на химена и влагалището може да протече със сериозно генитално кървене.

Неоплазми на маточната шийка, влагалището и яйчните са изключителни редки причини за кървене при погрешавщите, но поради по-сериозния характер на протичане трябва да бъдат изключени.

Причина от страна на други жлези с вътрешна секреция – хипотиреоидизмът често се асоциира с хиперменорея, докато хипертиреоидизма с хипоменорея. При пациентки с врождана надбъбречна хиперплазия, андроген-секретиращи яйчникови тумори, както и при синдром на Cushing, може да се наблюдават ДМК.

Винаги трябва да се изключи бременност и усложнения на съществуваща такава – заплашващ или инкомплетен аборт, ектопична бременност^[3].

Диагноза

Обстойно снетата анамнеза е от изключителна важност. Менструалната анамнеза трябва да бъде разгледана в подробности. Пациентките винаги се разпитват и преглеждат в присъствието на родител. Оценката на пубертетното развитие е от особена важност. Отсъствието на развити вторични полови белези предполага причини за кръвенето несвързани с менструалния цикъл. Анамнезата трябва да включва и въпроси относно половия живот на пациентката, коагулационни нарушения при нея и при нейните родители, полово-предавани инфекции, начин на живот – хранителни разстройства, спорт, психическо натоварване^[9,10].

Физикален преглед – оценяват се вторичните полови белези, височина, телло, наличие на петехии и екхимози (насочващи към коагулопатии), белези на хиперандрогенемия, тумори на централна нервна система или друго хронично заболяване. С помощта на съобразен с възрастта и половия живот на пациентката гинекологичен преглед, трябва да се изключат инфекции, наличие на чужди тела, травма или тумор.

Ултразвуковият преглед има за цел да оцени големината на маточното тяло, състояние на ендометриалната лигавица, липса или наличие на патологични формации, изхождащи от двата яйчника. Извършва се при пълен пикочен мехур, с абдоминална сонда при пациентки, неводещи полов живот.

Първоначалната оценка на пациентки в пубертетно-юношеския период с ДМК трябва да включва – пълна кръвна картина (даваща информация за сериозността на кръвенето),

β-ЧХГ (при съмнение за бременност), Fe и ЖСК, щитовидни хормони и TSH. Тъй като при не малко момичета се установяват коагулационни нарушения, е уместно да бъде изследвано – тромбоцитен брой, протромбиново време, von Willebrand антиген и фактор VIII, фактори на кръвосъсирване и време на кръвене. Това е особено актуално при случаи с остри и повтарящи се кръвоизливи или когато хемоглобинът, при сравнително умерено кръвене, се установи по-нисък от 100 g/l. Тъй като екзогенният внос на естрогени повишава нивото на von Willebrand антиген, то изследването му трябва да бъде преди прилагане на хормонална терапия или поне седем дни след приключването ѝ^[3,11,12].

При пациентки с признаци на хиперандрогенемия влиза в съображение изследване на тестостерон, НОМА-index, DHAS, 17-OH-progesteron, както разбира се и LH, FSH, естрадиол, пролактин.

Лечение

Нередовни кръвотечения в първите две години след менархе, които не водят до промени в нивото на хемоглобина, обикновено не налагат лечение – остава се време регулаторните механизми на ХХЯ-ос да узреят (пациентки с лека форма на ДМК).

Когато кръвенето е с продължителност повече от 15 дни и е намаляващо до зацапващо, и хемоглобинът е над 100 g/l, може да се приложат гестагени за 10 дни – линестренол по 1 таблетка дневно или дидрогестерон 2 пъти по 1 таблетка. Кръвенето обикновено спира първите два дни от приема.

При обилно и продължително кръве-

не (умерена и тежка форма на ДМК), при което хемоглобинът е под 100 g/l, има белези на анемичен синдром, независимо в коя фаза на цикъла се намира пациентката, се прилага хормонална хемостаза. Хормоналната хемостаза включва нискодозирани орални контрацептиви два пъти дневно до спиране на кръвенето, след което се замества с гестаген отново два пъти дневно 5 до 10 дни в зависимост от стойностите на хемоглобина^[9].

При пациенти с тежка форма на ДМК, с доказателства за хиповолемиа, ортостатична хипотензия и хемоглобин под 80 g/l, се налага хоспитализация. Ако толерират перорална терапия, обикновено се назначава орален контрацептив на всеки 6 до 8 часа по 1 таблетка (30-50 mcg ethinyl estradiol) докато кръвенето намалее, след което по две таблетки докато спре напълно и терапевтичната схема завършва с една таблетка дневно до общо 21 дни. Ако се появи кръвене по време на терапевтичния курс, дозата на оралния контрацептив се повишава временно до възможно най-ниската, спираща кръвотечението^[3,13-15].

За тежки форми на ДМК може да бъде използвана Tranexamic acid (10 mg/kg три пъти дневно за 5 дни), като едновременната му употреба с орални контрацептиви е противопоказана, тъй като се повишава рискът от тромбози^[16].

С цел профилактиране на следващи епизоди на кръвене и стабилизиране на менструалния цикъл се предписват гестагени във втората половина на цикъла (от 16 до 25 ден) за поне три месеца. В по-тежки, неповлияващи се от гестаген случаи, може да се даде орален контрацептив за три месеца, след което отново да

се премине към гестаген^[3].

За коригиране на анемията обикновено се предписват железни препарати, като продължителността на прием зависи от серумните нива на Fe и ЖСК.

Заклучение

ДМК са често срещани състояния в първите години след менархе. Обширната диференциална диагноза налага обстойна и изчерпателна оценка. Повечето пациентки се повлияват бързо и положително от приетите терапевтични схеми, а при тези, при които не се постига успех, е наложителна консултация с хематолог. Прогнозата зависи от подлежащата патология, довела до изявата на ДМК. ■

книгопис:

1. Benjamins LJ. Practice guideline: evaluation and management of vaginal bleeding in adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2009;23:189–193.
2. Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in adolescents. *Pediatr Rev*. 2007;28:175–182.
3. Сираков М. По-често срещани състояния и заболявания в детско-юношеската гинекология. 2012;1: 55-61.
4. Jamieson MA. Disorders of menstruation in adolescent girls. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62:943–961.
5. Mitan LA, Slap GB. Adolescent menstrual disorders. Update. *Med Clin North Am*. 2000; 84:851.
6. No Authors List. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2013;121:891–896.
7. Masylyanskaya S, Talib HJ, Northridge JL, Jacobs AM, Coble C, Coupey SM. Polycystic Ovary Syndrome: An Under-recognized Cause of Abnormal Bleeding in adolescents admitted to children's hospital. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30:349–355.
8. Deligeoroglou E, Karountzos V. Abnormal Uterine Bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;48:51–61.
9. Hernandez A, Dietrich JE. Abnormal Uterine Bleeding in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2020; 135:615.
10. Martin KA, Anderson RR, Chang RJ, et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018; 103:1233.
11. Zia A, Rajpurkar M. Challenges of diagnosing and managing the adolescent with heavy menstrual bleeding. *Thromb Res*. 2016;143:91–100.
12. Beller FK, Ebert C. Effects of oral contraceptives on blood coagulation. A review. *Obstet Gynecol Surv*. 1985;40:425–436.
13. No authors listed. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol*. 2019;134:71–83.
14. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017; 30:335.
15. Rimsza ME. Dysfunctional uterine bleeding. *Pediatr Rev*. 2002; 23:227.
16. Lukes AS, Moore KA, Muse KN. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:924–929.