

С.А. Левенец, д.м.н., профессор, ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України», г. Харків

Реміттуючі пубертатні маточні кровотечення

Менструальна функція – одна з важливих функцій жіночого організму. Расстройства этой функции у подростков нередко являются фактором высокого риска нарушений репродуктивного здоровья женщин оптимального фертильного возраста. Наиболее распространенным вариантом менструальной дисфункции у девочек-подростков является олигоменорея (ОМ), но за медицинской помощью чаще обращаются девочки с обильными и/или длительными кровянистыми выделениями из половых путей, которые могут возникать во время очередной менструации, после ее задержки или ранее ожидаемой менструации [10]. Такие состояния называются пубертатные маточные кровотечения (ПМК). Диагноз ПМК устанавливается у девочек-подростков при наличии обильных кровянистых выделений из половых путей с момента появления и при наличии умеренных или скудных кровотечениях, сохраняющихся более 10 дней. Проблемам этой патологии, угрожающей в ряде случаев жизни пациентки, и ее отдаленным последствиям в мировой практике уделяется достаточно внимания, однако эти вопросы детской и подростковой гинекологии, как и многие другие, все еще далеки от разрешения [12]. В частности, не существует четких предельных относительно сроков начала и продолжительности назначения гормональных препаратов с целью гемостаза и профилактики рецидивирования ПМК, эффективности наиболее предпочтительного в подростковом возрасте негормонального лечения при любых нарушениях менструальной функции (НМФ), за исключением случаев показаний для гормонального гемостаза при ПМК или как заместительной терапии при первичной недостаточности яичников.

До настоящего времени не существует общепринятой классификации ПМК. В большинстве случаев различают ПМК, возникающие на разном гормональном фоне, – гипострогенные, гиперэстрогенные, нормострогенные. В ряде работ, в зависимости от клинических особенностей, выделяют рецидивирующие кровотечения у подростков как отдельную форму патологии. В то же время в практике каждого врача, наблюдающего девочек-подростков, встречаются случаи, когда у пациенток необильные или даже очень скудные кровянистые выделения из половых путей повторяются через короткие промежутки времени (через 3-10 дней). Проводя наблюдение на протяжении многих лет, нами было отмечено, что в последние годы у девочек с ПМК участились случаи прерывистых кровянистых выделений из половых путей продолжительностью до 1 мес и более. Такое состояние мы обозначили как ремиттующие ПМК (ремПМК). За последние 5 лет среди 670 пациенток, находившихся в нашей клинике по поводу маточных кровотечений, ремПМК диагностированы в 22,7% случаев. Впервые упоминание о ремПМК приведено в работах доктора медицинских наук В.А. Дыбника (ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України», г. Харків; 2005; 2009). Описанный тип НМФ в 2 раза чаще наблюдается у больных, у которых ПМК возникло на первом году после появления первой менструации (менархе; I группа), чем в более отдаленном периоде (II группа; рис. 1). Для оценки достоверности различий в сравниваемых группах всех анализированных в настоящем исследовании показателей использовали t-критерий Стьюдента, Вилкоксона-Манна-Уитни (φ) и χ^2 .

У 35,5% девочек I группы ПМК возникло с появлением менархе, у 6,5% ему предшествовал регулярный цикл в течение 7-10 мес менструальный цикл, у 30% – ОМ и у 12,9% – гиперменструальный синдром (гиперполименорея, пройоменорея). В II группе до появления ремПМК у 30% подростков в течение 1-3 лет сохранялся регулярный менструальный цикл, у остальных НМФ наблюдались с первого года становления менструальной функции в 50,0% случаев по типу ОМ и в 20% случаев – гиперменструальный синдром. То есть, возникновение ОМ с первого года после менархе является прогностически неблагоприятным фактором относительно развития в дальнейшем ремПМК. Девочки с ПМК на первом году после появления менархе обращаются за медицинской помощью чаще, чем их ровесницы с ОМ или вторичной аменореей. Однако у 15% больных прерывистые кровянистые выделения из половых путей до обращения к врачу сохранялись в течение 4-6 мес, а еще у 4% даже в течение 3 лет!

У обратившихся пациенток в первый год после менархе продолжительность кровотечения (исключая 15% девочек с большой продолжительностью ПМК) составила $21,0 \pm 1,8$ дня, при появлении ремПМК через год после менархе и позже – почти на 10 дней больше ($30,1 \pm 2,0$ дня; $p < 0,02$). Такие различия в длительности кровотечения объясняются тем, что средний возраст девочек I группы составил 13 лет 7 мес и за

характером менструальной функции у них следили матери. Во II группе девочки были на 2 года старше (15,5 года) и в большинстве случаев уже предоставлены сами себе.

Понятно, что для профилактики любых НМФ, как и другой патологии, необходимо знать о факторах риска. В литературе прошлых лет и современных публикациях существует большое количество работ, в которых определялись предикторы возникновения ПМК. Показано, что к ним относятся осложненное течение перинатального периода; отягощенная наследственность по расстройствам функции репродуктивной системы; раннее (до 11 лет) или позднее (после 14,5 года) появление первой менструации; наличие выраженного дефицита или избыточной массы тела; хроническая экстрагенитальная патология; подверженность острому или хроническому психоэмоциональному стрессу; наличие больших физических нагрузок накануне или в первый год после появления менархе [7-9, 16, 18, 20].

В работах, посвященных проблемам социальной педиатрии, давно отмечено, что состояние здоровья ребенка в значительной степени связано с условиями его воспитания [1]. Изучение микросоциального окружения девочек с ремПМК позволило установить наличие не учитывавшегося ранее социального фактора риска ПМК (воспитание в неполных или деструктивных по отношению к ребенку семьях, без участия родителей и др.), что наши пациентки в 3 раза чаще, чем их ровесницы с регулярным менструальным циклом (контрольная группа), воспитывались в неудовлетворительных микросоциальных условиях (наиболее часто в неполных семьях) (рис. 2).

Установлено наличие другого социального фактора риска появления НМФ у девочек: матери которых родили первого ребенка в раннем репродуктивном возрасте (по классификации Всемирной организации здравоохранения – до 20 лет). Независимо от времени появления ремПМК, такие девочки были рождены юными матерями в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе (рис. 3).

Важно подчеркнуть, что более половины девочек, рожденных матерями в раннем репродуктивном возрасте, воспитывались в неполных семьях.

Пациентки с описываемым вариантом ПМК чаще, чем в контрольной группе имели отягощенный перинатальный анамнез. Наиболее часто (38,7% случаев) регистрировалась угроза прерывания беременности у матери. Причем это отмечалось в 2,5 раза чаще в I группе, чем во II группе и контроле ($p < 0,03$).

В обеих группах с одинаковой частотой, превышающей контрольные данные в 3,5 раза, девочки имели отягощенную наследственность по нарушениям функции репродуктивной системы у матери (рис. 4).

Нами установлено, что у всех пациенток с ПМК наблюдается раннее менархе (до 11 лет) в 2,5 раза чаще, чем в популяции. При анализе данных нами было выяснено, что частота этого фактора риска у наших больных во II группе превышает таковой в популяции в 5 раз (соответственно, 15,8 против 3%; $p < 0,01$). Полученные результаты согласуются с установленным нами ранее фактом отсроченного появления НМФ при ранней менархе [10].

Впервые возникшие ПМК у трети подростков в дальнейшем рецидивируют [3], но при ремПМК рецидивирование кровотечения наблюдается в 2 раза реже.

Факторами риска рецидивирования ремПМК являются наличие у пациентки избыточной массы тела или ожирения, которые не характерны для ПМК; а также осложненное течение перинатального периода, наблюдаемое в 2 раза чаще, чем при типичной форме кровотечения (соответственно, 71,2 и 35,2%; $p < 0,001$).

Абсолютное большинство больных были осмотрены педиатром, эндокринологом, невропатологом, ЛОР-врачом и, при необходимости, другими специалистами. По назначению специалистов для верификации сопутствующей патологии проводились необходимые дополнительные исследования, в том числе аппаратные.



С.А. Левенец

Не выявлено сопутствующей экстрагенитальной патологии только у 10% обследованных пациенток. Изучение частоты и характера сопутствующих заболеваний показало, что при наличии ремПМК у более половины девочек (в 65,9% случаев) обеих групп имели место заболевания пищеварительной системы, главным образом, дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому или гипертоническому типу, почти у 40% обследованных выявлены фенотипические и висцеральные признаки системной дисплазии соединительной ткани (СДСТ; различные сочетания пролапса митрального клапана, аберрантных хорд, сколиоза, плоскостопия, гипермобильности суставов, ветвистого строения и расширения чашечно-лоханочного комплекса почек и др.). Наиболее часто (в 75% случаев) диагностировалась вегетативно-висцеральная дисфункция, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу с церебральной ангиодистонией, компенсированная ликворная гипертензия и другие нарушения функции ЦНС. Кроме того, при ремПМК нередко выявлялась патология щитовидной железы (зоб II-III степени с дистиреозом или аутоиммунный тиреоидит). В большинстве случаев у больных диагностировали 2-3 сопутствующих заболевания. Однако следует подчеркнуть, что большинство указанных состояний преимущественно присуще больным II группы (рис. 5).

Вероятно, с течением времени у подростков накапливается экстрагенитальная патология, являющаяся неблагоприятным фоном, на котором чаще возникают любые НМФ. В то же время признаки СДСТ в два раза чаще отмечаются у девочек с ремПМК, развившимся в течение первого года после появления менархе (I группа), чем во II группе подростков (52,2 и 24,9% соответственно; $p < 0,03$). Нельзя исключить, что указанная патология может быть непосредственной причиной возникновения такого типа ПМК в связи со снижением сократительной способности матки и гормонаобразующей активности яичников.

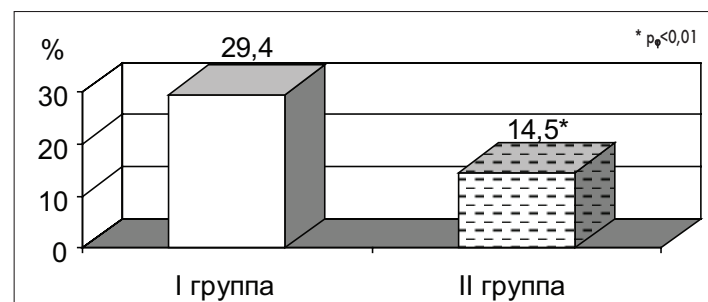


Рис. 1. Частота реміттуючих ПМК, возникших на первом году после появления менархе (I группа) и в более отдаленном периоде (II группа)

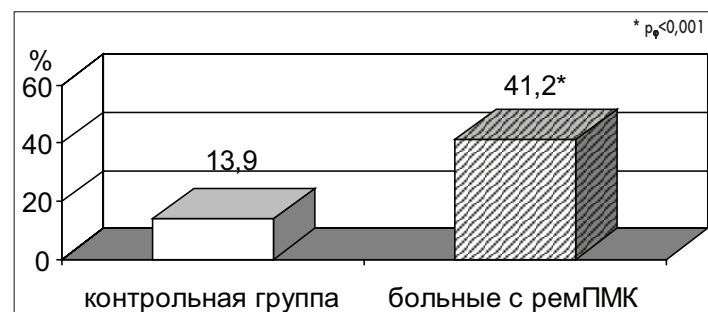


Рис. 2. Частота больных с ремПМК среди семей с социальным фактором риска

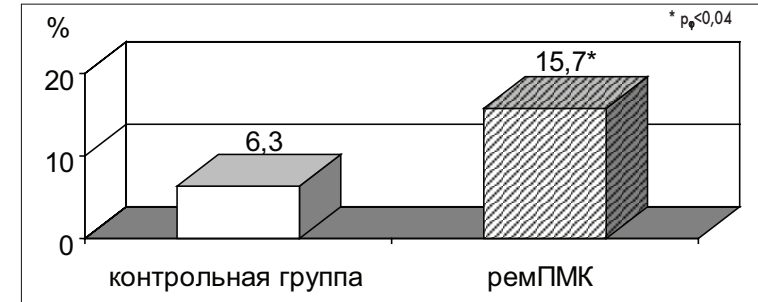


Рис. 3. Частота риска появления ремПМК у девочек, матери которых родили первого ребенка в раннем репродуктивном возрасте

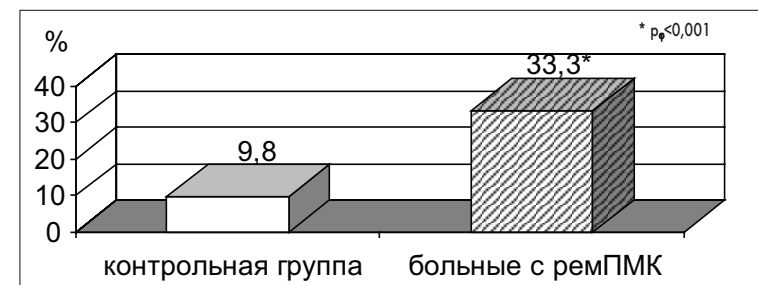


Рис. 4. Сравнение частоты ремПМК у девочек, имеющих отягощенную наследственность по нарушениям функции репродуктивной системы у матери, и в контрольной группе

У 23,1% подростков из обеих групп диагностирована железодефицитная постгеморрагическая анемия I степени, т.е. каждая 4-5-я девочка с ремПМК нуждается в проведении антианемической терапии.

Следует отметить, что наличие у девочек с ремПМК таких факторов риска, как дистресс-синдром новорожденной, дефицит массы тела и ожирение, хронический тонзиллит, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, отмечались с такой же частотой, как и у их сверстниц с регулярным менструальным циклом (за исключением наличия избыточной массы тела у пациенток с рецидивами ПМК).

У большинства больных проведено исследование гонадотропных, половых гормонов и пролактина иммуноферментным методом.

Установлено, что у 52,6% подростков с ремПМК имеет место дисгонадотропинемия (дисГТ; разнонаправленные изменения уровней лютеинизирующего гормона – ЛГ и фолликулостимулирующего гормона – ФСГ). Однако характер дисГТ в I и II группах диаметрально противоположный: для больных ремПМК с первого года после менархе характерно снижение уровня ЛГ, в то время как при появлении ремПМК в более отдаленные сроки – повышение при нормальных показателях ФСГ.

У половины подростков обеих групп (48,8%) описываемый тип ПМК возникает на фоне нормоэстрогенемии, но у больных I группы в 2 раза чаще, чем во II группе выявляется гипоэстрогенемия ($p < 0,03$), а во II группе – гиперэстрогенемия.

В предыдущих наших исследованиях было показано, что у девочек с ПМК даже при нормальной массе тела и ее дефиците нередко выявляется инсулинорезистентность (ИР), которая характерна для лиц с избыточной массой тела [10]. Это послужило поводом исследования уровня глюкозы и инсулина в венозной крови с расчетом индекса НОМА как показателя наличия или отсутствия ИР. Последняя обнаружена у половины больных I группы с нормальной массой тела и ее дефицитом, в то время как во II группе ИР имеет место только у каждой пятой из обследованных ($p < 0,5$). Одной из причин повышения частоты ИР у пациенток I группы может быть сохраняющаяся физиологическая ИР, поскольку их возраст по сравнению с таковым больных II группы меньше в среднем на 2 года.

Существует обширная литература по вопросу лечения девочек с ПМК и профилактики их рецидивов. В большинстве сообщений обсуждаются вопросы использования гормональных препаратов для достижения гемостаза и профилактики кровотечений [2, 11, 15, 19, 21, 23, 24]. Альтернативой гормонотерапии для достижения гемостаза при ПМК является комплексная негормональная терапия, включающая утеротонические, антифибринолитические фитопрепараты, витаминотерапию, лекарственные средства, улучшающие микроциркуляцию в органах малого таза, физиотерапевтические процедуры [5, 10, 17, 22].

Лечение всех находящихся в отделении больных начинали с использования негормональных комплексов (девочки с ремПМК не нуждались в экстренном гемостазе). Одновременно проводилась терапия сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Оценка эффективности такого лечения показала, что у больных I группы гемостаз был более эффективен (рис. 6).

Более того, эффективность негормональной терапии у пациенток из семей социального риска оказалась в 1,5 раза ниже, чем у их сверстниц из полных благополучных семей (рис. 7).

Аналогичные результаты обнаружены при учете другого фактора риска – осложненного и неосложненного перинатального анамнеза. В I группе положительные результаты негормонального лечения при неосложненном перинатальном анамнезе отмечены у абсолютного большинства девочек, в II группе – лишь у половины больных (рис. 8).

Нельзя исключить, что значительное снижение эффективности негормонального лечения в II группе обусловлено накоплением с возрастом сопутствующей экстрагенитальной патологии, наличие которой отрицательно сказывается на функции как центральных, так и периферических звеньев регуляции функции половой системы. Причиной неудовлетворительных результатов негормонального лечения могут быть также отдаленные проявления повреждающего воздействия осложнений течения беременности и родов у матери (эффект гормезиса), а у девочек из семей социального риска – хронический психоэмоциональный стресс.

При отсутствии положительных результатов негормонального лечения в течение 10 дней назначались гормональные препараты (однофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) или дидрогестерон). Полный гемостаз наступал через 2-5 суток от начала их использования (в среднем через $2,7 \pm 0,3$ дня).

Продолжительность кровотечения до начала негормонального лечения с его положительным эффектом составила $31,1 \pm 2,8$ дня, при необходимости применения гормональных препаратов на 2 нед больше – $46,5 \pm 3,7$ дня; ($p < 0,01$, без учета пациенток с длительностью ремПМК, превышающей 3 мес). У всех таких девочек гемостаз достигался только при использовании однофазных КОК. Анализ полученных результатов позволяет заключить, что у девочек с ремПМК, продолжающимся до начала лечения в течение 34 дней и более, лечение следует начинать сразу с применением гормональных препаратов, преимущественно КОК. У таких больных использование дидрогестерона не дало ответа.

При оценке эффективности негормонального лечения с учетом гормонально-метаболических показателей установлено, что при нормо- и гиперэстрогенных типах этого варианта ПМК в большинстве случаев (83,3%) гемостаз достигался только при

использовании гормональных препаратов. При гипоэстрогенной достаточно эффективной была негормональная терапия. При наличии ИР частота необходимости гормональной терапии составила 35,4%, но результаты обследования через 6 мес и более показали, что у половины больных регулярный менструальный цикл не восстановился, у них возникали рецидивы ПМК или ОМ.

Регулярный менструальный цикл с умеренной кровопотерей через 1 год после окончания лечения перенесенного ремПМК установился только у трети девочек, еще у 16,7% пациенток менструации стали регулярными, но очень обильными и длительными (гиперменорея) или с укороченным циклом (20-22 дня). У 20,8% после ремПМК возникла ОМ и у 25% через 1-2 года кровотечение рецидивировало.

В заключение необходимо подчеркнуть, что ремПМК – достаточно редкая форма патологии. Ее клиническими особенностями являются более частый дебют заболевания в первый год после менархе; общая продолжительность кровотечения до обращения к врачу составляет от 14 дней до 3-4 мес и более; у каждой 4-5-й девочки выявляется железодефицитная постгеморрагическая анемия; рецидивирование ремПМК на начальных этапах заболевания наблюдается в 2 раза реже, чем при типичных ПМК, но у 25% через 1-2 года после окончания лечения эти кровотечения рецидивируют; у каждой 5-й больной возникает ОМ, у остальных устанавливаются регулярный менструальный цикл с умеренной кровопотерей, гиперменорея или укороченные циклы (антепонирующий менструальный цикл). Рецидивы при ремПМК часто возникают на фоне избыточной массы тела и ожирения, что вообще не характерно для ПМК.

Факторами риска ремПМК являются воспитание девочки в семье социального риска или без участия родителей; ранний репродуктивный возраст матери на момент рождения девочки, особенно в сочетании с предыдущим фактором; отягощенная наследственность по нарушениям функции репродуктивной системы у матери; угроза прерывания беременности для появления ремПМК с первого года становления менструальной функции; раннее менархе при возникновении ПМК через год и позже после появления менструаций; хронические экстрагенитальные заболевания (особенно СДСТ в I группе и нарушения функции щитовидной железы во II группе).

РемПМК с первого года становления менструальной функции чаще возникают при снижении содержания в крови ЛГ и эстрадиола. Для пациенток с ремПМК, появившимися в более отдаленные сроки, характерны повышенное содержание в крови ЛГ и наличие гиперэстрогенемии.

Негормональные методы лечения наиболее эффективны при появлении ремПМК в первый год после менархе, воспитывающихся в оптимальных социальных условиях и при неосложненном перинатальном

анамнезе, при гипоэстрогенной форме ПМК. Наличие инсулинорезистентности у девочек с нормальной массой тела и ее дефицитом значительно ухудшает результаты негормонального лечения, такие подростки нуждаются в коррекции выявляемых отклонений в метаболическом статусе.

Использование гормональных средств (преимущественно КОК) для достижения гемостаза следует начинать с первого обращения подростка за медицинской помощью при гиперэстрогенном типе кровотечения, а также при общей продолжительности скудных кровянистых выделений из половых путей в течение 1,5 мес.

В отдаленном анамнезе у каждой 4-й девочки возникают рецидивы кровотечения, у каждой 5-й – ОМ. Регулярный 26-32-дневный менструальный цикл с умеренной кровопотерей устанавливается только у трети девушек, у 20% наблюдается гиперменорея или антепонирующий менструальный цикл.

Литература

1. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия / Н.Г. Веселов. – СПб., 1996. – 395 с.
2. Дебольская А.И. Оптимизация алгоритма ведения девочек-подростков с рецидивирующими маточными кровотечениями: автореф. дис. канд. мед. наук. 14.00.01 / А.И. Дебольская. – М., 2009. – 23 с.
3. Динник В.А. Особенности клинических проявлений пубертатных маточных кровотечений (ПМК) в современных условиях и методы их негормонального лечения / В.А. Динник // Буковинский мед. вестн. – 2000. – № 2-3. – С. 56-59.
4. Динник В.О. Характеристика клинического течения впервой виниклих пубертатних маткових кровотеч / В.О. Динник // Медицина сьогодні і завтра. – 2005. – № 3. – С. 125-128.
5. Динник В.О. Гормональний статус хворих на пубертатні маткові кровотечі при різних клінічних варіантах перебігу / В.О. Динник // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 1. – С. 81-83.
6. Динник В.О. Застосування негормональних методів лікування ПМК, їх ефективність та вдосконалення / В.О. Динник, О.Ю. Шелудько, Д.А. Кашкалда // Здоров'я жінчини: Всеукраїнський науково-практичний журнал. – 2009. – № 8. – С. 191-193.
7. Зернюк А.Д. Анализ нарушений менструальной функции у девочек, страдающих декомпенсированной хронической экстрагенитальной патологией / А.Д. Зернюк, Г.Ф. Кутушева, Ю.А. Гуркин // Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек: материалы I науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2013. – С. 66-67.
8. Зырянова Е.А. Влияние интенсивных физических нагрузок на функцию репродуктивной системы у спортсменок / Е.А. Зырянова, Е.И. Марова, А.В. Смоленский // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 6-9.
9. Левенец С.А. Влияние повышенных физических нагрузок на становление функции половой системы девочек-спортсменок / С.А. Левенец // Патология полового развития девочек и девушек / под ред. А.И. Корниловой. – М., 1999. – С. 124-130.
10. Левенец С.А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков / С.А. Левенец, В.А. Динник, Т.А. Начетова. – Х.: Точка, 2012. – 196 с.
11. Машталова А.А. Оптимизация тактики ведения девочек-подростков с рецидивами маточных кровотечений пубертатного периода / А.А. Машталова, В.О. Андреева // Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек: материалы I науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2013. – С. 102-103.
12. Миронова В.А. Особенности репродуктивной системы женщин детородного возраста с ювенильными маточными кровотечениями в анамнезе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.01 / В.А. Миронова; Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова. – Москва, 1996. – 29 с.
13. Показатели углеводного и липидного обменов у девочек с нарушениями менструальной функции в зависимости от массы тела / С.А. Левенец, Т.А. Начетова, В.В. Первозицков [и др.] // European journal of natural history. – 2008. – N 2. – P. 68-69.
14. Ранне менархе – фактор ризику розладів менструальної функції у дівчат-підлітків / С.О. Левенець, В.О. Динник, Л.Ф. Кулікова, О.Г. Верхошанова // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 97-99.
15. Сальникова И.А. Особенности применения дидрогестерона с целью регуляции менструального цикла после остановки маточного кровотечения в пубертатном периоде / И.А. Сальникова, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2012. – № 2. – С. 42-51.
16. Ткаченко Л.В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья девочек / Л.В. Ткаченко, И.А. Грищенко, Н.Д. Углова // Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья девочек: материалы I науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2013. – С. 150-152.
17. Товстановская В.А. Эффективность препарата Ив Кер при дисфункциональных маточных кровотечениях у девочек-подростков / В.А. Товстановская, И.А. Сахарова // Здоровье женщины. – 2010. – № 2. – С. 184-187.
18. Уварова Е.В. Объективность и адекватность гормонального лечения девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода / Е.В. Уварова, Н.М. Веселова, И.П. Белокоп, И.А. Сальникова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 5. – С. 53-65.
19. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода / Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. – № 3. – С. 73-87.
20. Ходжиева А.С. Факторы риска развития репродуктивных нарушений в популяции современных девочек-подростков Узбекистана / А.С. Ходжиева, Д. Джураева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 4. – С. 46-61.
21. Хурасева А.Б. Дифференцированный подход к профилактике рецидивов маточных кровотечений пубертатного периода / А.Б. Хурасева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 2. – С. 46-54.
22. Яковлева Э.Б. Пубертатные маточные кровотечения: основные принципы ведения и профилактики рецидивов / Э.Б. Яковлева, М.Ю. Сергиенко, Л.В. Желтоноженко // Здоровье женщины. – К.: Эксперт ЛТД, 2010. – № 10. – С. 105-108.
23. Bayer S.R. Clinical manifestations and treatment of dysfunctional uterine bleeding / S.R. Bayer, A.H. DeCherney // JAMA. – 1993. – Vol. 269. – P. 1823-1828.
24. Quint E.H. The conservative management of abnormal bleeding in teenagers with developmental disabilities / Quint E.H. // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2003. – Vol. 16, N 1. – P. 54-56.

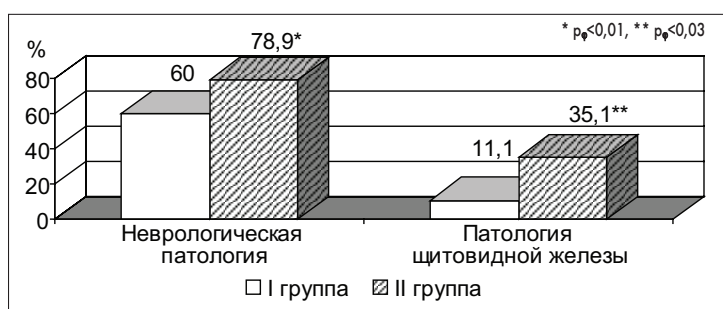


Рис. 5. Частота патологии ЦНС и щитовидной железы в I и II группах пациенток с ПМК

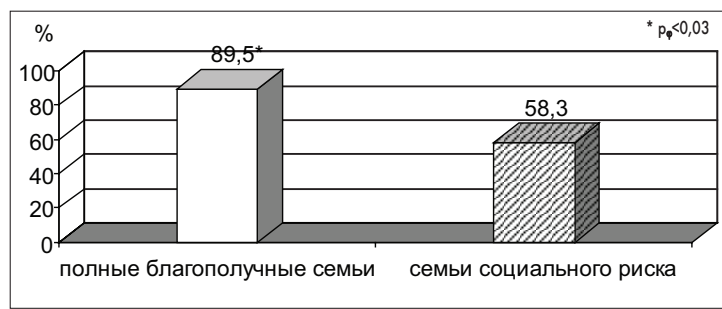


Рис. 7. Сравнение эффективности негормонального гемостаза у девочек с ремПМК I группы из полных благополучных семей и семей социального риска

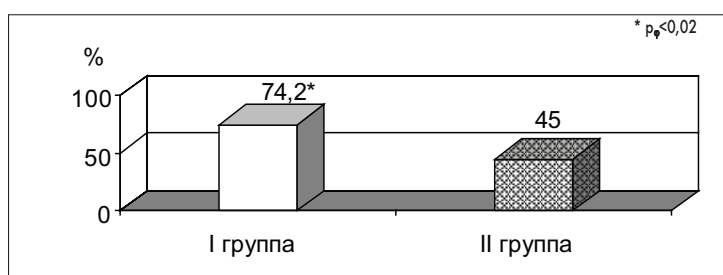


Рис. 6. Эффективность негормонального гемостаза у девочек с ремПМК, возникшими в разные сроки после менархе

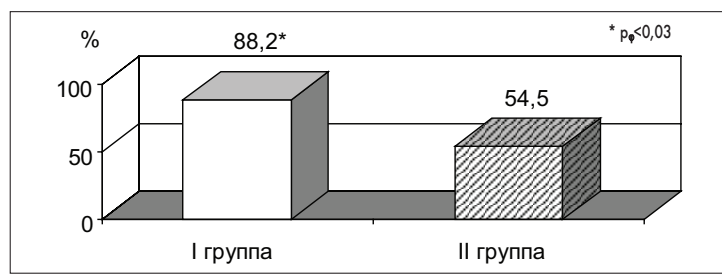


Рис. 8. Сравнение эффективности негормонального гемостаза у девочек с ремПМК при неосложненном перинатальном анамнезе