

Е.В. Сибирская<sup>1, 2, 3, 4</sup>, И.В. Караченцова<sup>1, 2</sup>, А.Ю. Курмангалеева<sup>1, 3</sup>, А.С. Аннакулиева<sup>2</sup><sup>1</sup> РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация<sup>2</sup> РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация<sup>3</sup> Морозовская ДГКБ, Москва, Российская Федерация<sup>4</sup> Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

# Клинический случай аномальных маточных кровотечений и наружного генитального эндометриоза у пациентки 14 лет с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой

**Автор, ответственный за переписку:**

Курмангалеева Алия Юнусовна, врач акушер-гинеколог ГБУЗ Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы»

**Адрес:** 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9, **тел.:** +7 (985) 445-14-06, **e-mail:** askarova-aliya@yandex.ru

**Обоснование.** Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура является одним из наиболее распространенных приобретенных нарушений свертываемости крови у подростков. Данное заболевание характеризуется повышенным риском развития сопутствующих гинекологических патологий, таких как аномальные маточные кровотечения, опухоли и опухолевидные образования яичников, наружный генитальный эндометриоз, что требует тщательного медицинского наблюдения и при необходимости оперативного вмешательства. **Описание клинического случая.** Рассматривается клинический случай 14-летней пациентки с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, осложненной наружным генитальным эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в объеме «лапароскопическая оофорэктомия», что позволило предотвратить развитие тяжелых осложнений. **Заключение.** Данный случай подчеркивает важность комплексного и междисциплинарного подхода к лечению пациенток с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой и сопутствующими гинекологическими патологиями, что способствует минимизации риска развития жизнеугрожающих осложнений.

**Ключевые слова:** идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, аномальные маточные кровотечения, наружный генитальный эндометриоз, опухоли яичника, опухолевидные образования яичника, лапароскопическая оофорэктомия, клинический случай

**Для цитирования:** Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Курмангалеева А.Ю., Аннакулиева А.С. Клинический случай аномальных маточных кровотечений и наружного генитального эндометриоза у пациентки 14 лет с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой. *Педиатрическая фармакология.* 2025;22(1):42–48. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v22i1.2850>

## ОБОСНОВАНИЕ

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является наиболее распространенным приобретенным нарушением свертываемости крови у детей и подростков. Это заболевание характеризуется снижением количества тромбоцитов, что приводит к повышенной склонности к кровотечениям, проявляющимся в виде петехий, пурпуры, кровотечений слизистых оболочек и в редких случаях — внутричерепных или желудочно-кишечных кровоизлияний. Особую клиническую значимость ИТП приобретает у девочек-подростков в связи с развитием сопутствующей гинекологической патологии. Гинекологические осложнения при ИТП могут проявляться в виде аномальных маточных кровотечений, наружного генитального эндометриоза, опухолей и опухолевидных образований яичников и их возможных последствий, таких как перекрут или разрыв, что может спровоцировать внутрибрюшное кровотечение. Эти состояния требуют тщательного мониторинга и могут потребовать хирургического вмешательства. Тем не менее, несмотря на потенциальные риски, мето-

ды лечения данных осложнений продолжают оставаться предметом дискуссий. Своевременное и адекватное вмешательство имеет решающее значение, учитывая высокий риск развития жизнеугрожающих состояний при недостаточной коррекции тромбоцитопении.

В статье представлен клинический случай редкого сочетания ИТП, аномальных маточных кровотечений и наружного генитального эндометриоза, требующего хирургического вмешательства. Данный случай подчеркивает сложность диагностики и лечения сопутствующих гинекологических заболеваний у пациенток с ИТП, а также необходимость применения индивидуализированного подхода в ведении таких пациенток. Следует отметить, что своевременная диагностика и проведение оперативного вмешательства позволили избежать серьезных осложнений, таких как массивное кровотечение, и обеспечили благоприятный исход для пациентки, что говорит о важности комплексного подхода к ведению пациенток с ИТП и сопутствующими гинекологическими патологиями, особенно в подростковом возрасте, где особое внимание необходимо уде-

лять индивидуализации лечения для предотвращения осложнений и улучшения прогноза.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

### О пациенте

Пациентка Е., 14 лет, была госпитализирована в гинекологическое отделение РДКБ в плановом порядке с жалобами на нерегулярные и болезненные менструации, межменструальные кровяные выделения из половых путей, а также периодические боли в области живота.

Из анамнеза жизни известно, что пациентка состоит на учете у гематолога с диагнозом «идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура». Наследственный анамнез отягощен онкологическими заболеваниями по отцовской линии.

Менархе наступило в 11 лет. Первоначально менструации были регулярными, длились по 7 дней с интервалом в 21 день, но сопровождались обильными выделениями и выраженным болевым синдромом. В 2021 г. зарегистрированы два эпизода аномальных маточных кровотечений, что потребовало проведения гормонального гемостаза. С марта 2023 г. отмечается нарушение менструального цикла: задержки до 90 дней с наличием межменструальных кровотечений.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза, проведенном амбулаторно, в проекции правых придатков матки выявлено образование размером 84 × 53 × 65 мм, внутри которого визуализируется структура, предположительно, соответствующая правому яичнику (размеры 10 × 17 × 27 мм). Пациентка была госпитализирована для дальнейшего обследования, уточнения диагноза и определения тактики лечения.

### Данные физикального осмотра

Масса тела пациентки составляет 51 кг (перцентиль 50–75%), индекс массы тела — 18,96, рост — 164 см (перцентиль 50–75%), что соответствует нормальным показателям для данного возраста. Кожные покровы

чистые, на верхних и нижних конечностях выявлены небольшие гематомы, максимальные размеры которых составляют 5 × 2 см, находящиеся в стадии разрешения.

### Данные гинекологического осмотра

Половое развитие пациентки соответствует стадии Ах3 Ма3 Рb3 Ме11 по Таннеру, что указывает на нормальное половое созревание для ее возраста. Наружные половые органы сформированы правильно, клитор не увеличен. Гимен эстрогенизирован, без признаков гиперемии. Выделения из половых путей слизистые. При бимануальном исследовании матка расположена в срединном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с левой стороны не пальпируются, область безболезненна. Однако заслуживает внимания тугоэластичное образование в области правых придатков диаметром около 10 см, безболезненное при пальпации, что требует дальнейшего обследования и динамического наблюдения.

### Лабораторная и инструментальная диагностика

Клинический анализ крови выявил снижение уровня гемоглобина до 103 г/л (норма 120–155 г/л) и эритроцитов до  $3,49 \times 10^{12}/л$  (норма  $4,1\text{--}5,1 \times 10^{12}/л$ ), что указывает на анемию легкой степени тяжести. Лейкоциты находятся в пределах нормы —  $11,62 \times 10^9/л$  (норма  $4,5\text{--}11,5 \times 10^9/л$ ), однако отмечается относительная лимфопения (20,2%, норма 29–45%) на фоне повышения доли нейтрофилов до 73,3% (норма 43–65%), что может свидетельствовать о воспалительном процессе. Базофилы также несколько увеличены — 0,8% при норме до 0,5%.

Значительное снижение уровня тромбоцитов — до  $55 \times 10^9/л$  (норма  $150\text{--}440 \times 10^9/л$ ) заслуживает особого внимания, что подтверждается данными тромбоцитометрии по Фонио —  $55,77 \times 10^9/л$  (норма  $180\text{--}340 \times 10^9/л$ ). Уровень тромбокриты также снижен — 0,08% (норма 0,15–0,42%), в то время как средний объем тромбоцитов (14,7 фл, норма 9,4–12,4 фл) и ширина их

Elena V. Sibirskaya<sup>1, 2, 3, 4</sup>, Irina V. Karachentsova<sup>1, 2</sup>, Aliya Yu. Kurmangaleeva<sup>1, 3</sup>, Aina S. Annakulieva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Russian Children's Clinical Hospital of Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup> Morozov Children's City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> The Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

## Abnormal Uterine Bleeding and External Genital Endometriosis in a 14-Year-Old Patient with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Case Report

**Background.** Idiopathic Thrombocytopenic Purpura is one of the most common acquired blood-clotting disorders in adolescents. This disease is characterized by an increased risk of developing concomitant gynecological pathologies, such as abnormal uterine bleeding, ovarian tumors and tumor-like masses, external genital endometriosis, which requires careful medical supervision and, if necessary, surgical intervention. **Case report.** A clinical event of a 14-year-old patient with idiopathic thrombocytopenic purpura complicated by external genital endometriosis and abnormal uterine bleeding is being considered. The patient underwent surgery in the amount of laparoscopic oophorectomy, which prevented the development of severe complications. **Conclusion.** This case gives accent to the importance of a comprehensive and interdisciplinary approach to the treatment of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura and concomitant gynecological pathologies, which helps minimize the risk of life-threatening complications.

**Keywords:** idiopathic thrombocytopenic purpura, abnormal uterine bleeding, external genital endometriosis, ovarian tumors, ovarian tumor-like masses, laparoscopic oophorectomy, case report

**For citation:** Sibirskaya Elena V., Karachentsova Irina V., Kurmangaleeva Aliya Yu., Annakulieva Aina S. Abnormal Uterine Bleeding and External Genital Endometriosis in a 14-Year-Old Patient with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Case Report. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology.* 2025;22(1):42–48. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v22i1.2850>

распределения (23,3 фл, норма 10–20 фл) увеличены, что может свидетельствовать о нарушении тромбоцитарного звена гемостаза. Уровень крупных тромбоцитов значительно повышен — 60,9% (норма 13–43%).

В исследовании гемостаза активированное частичное тромбопластиновое время в норме — 34,8 с, однако отмечается небольшое повышение международного нормализованного отношения — до 1,2 при норме 0,86–1,16. Протромбиновое время по Квику несколько снижено — 79% (норма 82–135%), уровень фибриногена составляет 4,16 г/л (норма 2–4,3 г/л), что остается в пределах нормы. Гормональный профиль в пределах нормы, без выявленных отклонений.

УЗИ органов малого таза (рис. 1): исследование выполнено на 30-й день менструального цикла. Размеры тела матки составляют 52 × 37 × 44 мм, шейка — 32 × 24 мм. Угол между телом и шейкой выражен хорошо. Структура миометрия однородная. Цервикальный канал закрыт. Толщина эндометрия (М-эхо) составляет 8 мм, структура однородная. В проекции правого яичника визуализируется образование размерами 96 × 60 × 78 мм с гипозоногенным содержимым и мелкодисперсной взвесью. Толщина стенки образования составляет 3 мм, в стенке выявлены единичные локусы кровотока с индексом резистентности (ИР) 0,85. Внутри образования визуализируются перегородка толщиной 4 мм и участки разряжения эхо-сигнала. Возможно, что в данном конгломерате лоцируется яичник, размеры которого 23 × 17 × 27 мм. Левый яичник имеет размеры 32 × 24 × 29 мм, его структура фолликулярная. Свободная жидкость в малом тазу не обнаружена. Заключение: результаты УЗИ требуют дифференциальной диагностики между опухолью яичника, воспалительным конгломератом (тубоовариальное образование) и гематосальпингсом.

Консультация гематолога: на основании рекомендаций Международного консенсуса по ИТП (2019) противопоказаний для оперативного вмешательства при уровне тромбоцитов выше 50 тыс./мкл не выявлено.

### Предварительный диагноз

Доброкачественное новообразование правого яичника. Первичная дисменорея. Аномальные маточные кровотечения в анамнезе. ИТП.



**Рис. 1.** Ультразвуковое исследование органов малого таза: в проекции правого яичника образование размерами 96 × 60 × 78 мм

**Fig. 1.** Ultrasound of the pelvic organs: in the projection of the right ovary, a formation measuring 96 × 60 × 78 mm

### Динамика и исходы

Пациентке была проведена лапароскопия с правосторонней оофорэктомией и иссечением очагов инфильтративного эндометриоза в области крестцово-маточных связок. В ходе операции было обнаружено 100 мл свободной жидкости в полости малого таза.

Тело матки имело нормальные размеры, серозный покров розового цвета. Правая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный отдел свободен. Правый яичник был увеличен из-за наличия вытянутого образования размером 12 × 9 см, с выраженными сращениями между яичником, маткой и стенками малого таза. Левая маточная труба и яичник не изменены визуально; фимбриальный отдел свободен, а левый яичник имел дольчатую структуру размером 3 × 2,5 × 3 см без признаков патологии. На крестцово-маточных связках были выявлены эндометриоидные гетеротопии, которые были скоагулированы с использованием биполярной энергии.

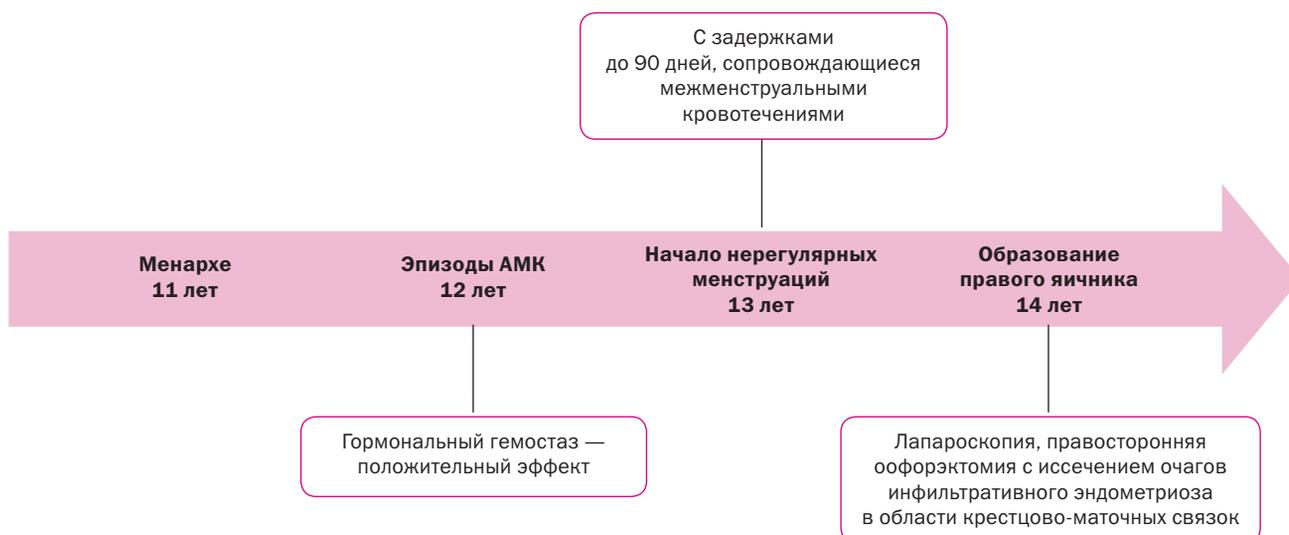
Произведена попытка вылушивания кистозного образования правого яичника в пределах здоровых тканей тупым и острым путем с использованием биполярной коагуляции. Однако отмечалась выраженная кровоточивость из здоровых тканей яичника. Гемостаз был выполнен с использованием биполярной коагуляции и гемостатического рассасывающегося материала (Сурджисел), тем не менее, достигнутый эффект оставался недостаточным.

Интраоперационно был выполнен общий анализ крови: уровень гемоглобина составил 121 г/л, количество тромбоцитов — 45 тыс./мкл. По рекомендации гематолога по телефону было введено 2 дозы свежезамороженной плазмы, увеличена инфузия транексамовой кислоты до 750 мг и введен дексаметазон 16 мг.

В связи с сопутствующим заболеванием пациентки, отсутствием адекватного эффекта от гемостаза и значительной кровопотерей (1200 мл) было принято решение провести правостороннюю оофорэктомию. С помощью биполярной коагуляции частично разделены спайки между яичником, маткой и брюшиной малого таза, пересечены собственная связка яичника, брыжейки правого яичника и правой маточной трубы. При осмотре области разделения спаек было выявлено диапедезное кровотечение. Учитывая объем кровопотери, сопутствующее заболевание пациентки, решено повторить проведение гемостаза с помощью гемостатического материала Сурджисел. Повторная ревизия показала отсутствие активного кровотечения. Макропрепарат был извлечен с помощью эндобага через пупочную контрапертуру; стенка кисты была гладкой, содержимое — геморрагическое. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование с последующим иммуногистохимическим анализом. Общая кровопотеря составила 1500 мл.

В послеоперационном периоде гематологом была назначена пульс-терапия дексаметазоном. Однократно введен ромиплостим в дозе 5 мкг/кг. В первый день после операции в общем анализе крови отмечена положительная динамика: уровень гемоглобина составил 107 г/л, количество тромбоцитов — 72 тыс./мкл.

Результат гистологического исследования: в исследованном материале участки стенки кистозного образования, выстилка представлена на небольшом протяжении столбчатым эпителием с овоидным базально расположенным ядром. В окружающей ткани яичника в большом количестве определяются фолликулы на разных стадиях созревания, желтое тело, участки кровоизлияний. Заключение: эндометриоидная цистаденома яичника.



**Рис. 2.** Хронология ключевых событий у пациентки Е. с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, осложненной аномальными маточными кровотечениями и наружным генитальным эндометриозом  
Примечание. АМК — аномальное маточное кровотечение.

**Fig. 2.** Chronology of key events in patient E. with idiopathic thrombocytopenic purpura, complicated by abnormal uterine bleeding and external genital endometriosis  
Note. AUB (AMK) — abnormal uterine bleeding.

При иммуногистохимическом исследовании отмечена экспрессия рецепторов эстрогена ER, СК7 (цитокератин 7), отсутствие экспрессии к СК20 (цитокератин 20) и рецепторам прогестерона PR.

### Прогноз

В целом прогноз для данной пациентки благоприятный. Успешное хирургическое вмешательство, включающее правостороннюю оофорэктомию и иссечение очагов эндометриоза, позволило избежать серьезных осложнений, таких как массивное кровотечение. В послеоперационном периоде наблюдается положительная динамика — уровень тромбоцитов начал стабилизироваться благодаря назначенной терапии, что минимизирует риск дальнейших геморрагических осложнений. Ожидается, что пациентка восстановится без существенных осложнений при соблюдении назначенного плана реабилитации и тщательного и регулярного мониторинга состояния.

### Временная шкала

Хронология ключевых событий представлена на рис. 2.

### ОБСУЖДЕНИЕ

ИТП является наиболее распространенным нарушением свертываемости крови у детей. Обычно пациенты с ИТП имеют незначительные кожные кровотечения, такие как петехии и пурпура, и реже — кровотечения слизистых оболочек. В редких случаях возникают серьезные осложнения, такие как внутричерепные или желудочно-кишечные кровоизлияния. Одним из потенциальных серьезных осложнений ИТП у девочек-подростков является кровоизлияние в желтое тело, которое может привести к внутрибрюшному кровотечению [1]. По данным различных источников, ИТП встречается с частотой от 5 до 20 случаев на 100 тыс. человек [2–4]. Заболевание проявляется как у детей, так и у взрослых, однако частота варьирует в зависимости от возраста. Наиболее подвержены заболеванию взрослые в возрасте от 20 до 40 лет, в то время как у детей и пожилых людей ИТП диагностируется реже. Женщины страдают ИТП в несколько

раз чаще, чем мужчины. У детей младшего возраста заболевание чаще протекает в острой форме, тогда как у подростков и взрослых чаще развивается хроническая форма.

Историческое развитие иммунной тромбоцитопении включает несколько ключевых этапов [5]. Впервые состояние, схожее с тромбоцитопенией, было описано Авиценной в его труде «Канон врачебной науки» в 1025 г. [6]. В 1735 г. Пауль Готлиб Верльгоф задокументировал случай 16-летней девушки с кожными и слизистыми кровотечениями после инфекции, назвав это состояние «болезнью Верльгофа».

Значительный вклад в изучение тромбоцитов внес Макс Шульце в 1865 г., когда он впервые описал их как «маленькие сферулы различного размера», указав, что они в 6–8 раз меньше эритроцитов. В начале XX в. тромбоцитопения была известна под названием «идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» [7]. Термин «идиопатическая» указывал на неизвестную причину заболевания, диагностируемого методом исключения других возможных факторов. «Тромбоцитопеническая» обозначала низкое количество тромбоцитов в крови, а «пурпура» характеризовала изменения цвета кожи у пациентов, вызванные кровоизлияниями.

В 1950 г. произошел значительный прорыв в понимании ИТП благодаря эксперименту Харрингтона и Холлингворта. Они предложили гипотезу о наличии в крови пациентов с ИТП фактора, разрушающего тромбоциты. Это было подтверждено путем введения крови пациента с ИТП здоровому человеку, что вызвало у него падение уровня тромбоцитов и судороги. Данный эксперимент показал, что тромбоцитопения обусловлена разрушением тромбоцитов, а не угнетением мегакариоцитов в костном мозге.

В 1977 г. Харрингтон выдвинул гипотезу, что терапия необходима только пациентам с уровнем тромбоцитов ниже 30 тыс. на кубический миллиметр, а уровень тромбоцитов в 50 тыс. на кубический миллиметр достаточен для обеспечения безопасности [8]. Первое руководство, одобренное Американским обществом гематологии

в 1996 г., также гласило, что бессимптомным пациентам с уровнем тромбоцитов выше 30 тыс. на кубический миллиметр терапия не требуется, если отсутствуют факторы риска кровотечения [9].

Во время пандемии COVID-19 и в постпандемический период наблюдались интересные изменения как в динамике ИТП у подростков, так и в частоте аномальных маточных кровотечений [10, 11]. В исследовании K. Sacamoto и соавт. [12] было отмечено снижение заболеваемости острой ИТП на 78,4% среди всех возрастных категорий и на 52,6% среди людей младше 20 лет в период пандемии по сравнению с допандемическими данными. Поскольку приблизительно две трети детей с ИТП имеют в анамнезе предшествующую лихорадку, можно предположить, что у большинства детей ИТП возникает в результате выработки противовирусных антител, которые перекрестно реагируют с тромбоцитарными антигенами.

Однако в отношении аномальных маточных кровотечений наблюдалась обратная тенденция. Е.В. Сибирская и соавт. отмечают, что в постпандемический период наблюдается увеличение частоты случаев аномальных маточных кровотечений, что значительно усложняет клиническое течение ИТП у подростков [13]. Данный рост на фоне ИТП существенно повышает риски для пациентов, поскольку ИТП характеризуется низким уровнем тромбоцитов и склонностью к кровотечениям [14]. В таких условиях развитие аномальных маточных кровотечений еще больше утяжеляет клиническую картину, требуя повышенного внимания и пересмотра терапевтических стратегий для предотвращения серьезных осложнений.

Значимость проблемы дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек возрастает на фоне увеличения числа случаев объемных образований в яичниках. Согласно различным исследованиям, опухолевидные образования яичников составляют от 1 до 4,6% от общей гинекологической заболеваемости среди детей и подростков [15]. Вопрос о клинических особенностях течения опухолей яичников у этой возрастной группы остается спорным, так как данная патология часто не сопровождается специфическими симптомами. Отсутствие выраженного абдоминального или интоксикационного синдромов существенно затрудняет своевременную диагностику и может привести к задержке в установлении диагноза. Стоит отметить, что опухоли и опухолевидные образования правого яичника встречаются чаще, чем левого, что может быть связано с его анатомическими и функциональными особенностями. Правый яичник обычно более активен в период овуляции и подвергается большим физиологическим нагрузкам, что повышает риск развития патологий.

Наружный генитальный эндометриоз у подростков представляет собой сложное и часто недооцениваемое заболевание, характеризующееся наличием эндометриодной ткани вне полости матки, чаще всего на яичниках, брюшине и других органах малого таза. У подростков эндометриоз может проявляться хроническим болевым синдромом и нарушениями менструального цикла, такими как обильные и болезненные менструации, что существенно снижает качество жизни пациенток. Диагностика эндометриоза в этом возрасте осложнена неспецифичностью симптомов, что часто приводит к прогрессированию патологии и развитию спаечного процесса.

В контексте клинического случая подростка с ИТП наружный генитальный эндометриоз приобретает особую клиническую значимость. Эндометриодные очаги

не только усугубляют болевой синдром и нарушают менструальную функцию, но и значительно повышают риск осложнений, связанных с кровоточивостью. На фоне выраженной тромбоцитопении наружный генитальный эндометриоз создает риск массивных кровотечений. Хирургическое вмешательство, необходимое для удаления эндометриодных образований и пораженного яичника, в таких случаях может быть осложнено значительной интраоперационной кровопотерей, что требует тщательной коррекции гемостаза и активного участия гематологов.

Представленный случай иллюстрирует важность комплексного и междисциплинарного подхода к лечению подростков с сочетанием тромбоцитопении и наружного генитального эндометриоза, подчеркивая необходимость учета рисков, связанных с тромбоцитопенией, и своевременной коррекции терапии для предотвращения жизнеугрожающих осложнений.

Риск серьезного кровотечения у детей с острой формой иммунной тромбоцитопении составляет около 3%, в то время как риск угрожающих жизни кровотечений — менее 1%. При возникновении кровотечения первоочередное лечение включает комбинированную медикаментозную терапию, в состав которой входят высокие дозы стероидов, внутривенный иммуноглобулин и переливание тромбоцитов.

В литературе описаны клинические случаи разрыва кисты яичника и перекрута яичника у пациенток с иммунной тромбоцитопенией [16–18].

T.B. Shaw и соавт. описали случай пациентки с острой иммунной тромбоцитопенией и перекрутом яичника, у которой, несмотря на интенсивное медикаментозное лечение, сохранялась необходимость в переливаниях крови [17]. Полное выздоровление было достигнуто только после овариэктомии.

В другом случае, представленном J. Kaplan и соавт., описывается клинический случай 18-летней пациентки с ИТП, ассоциированной с вирусом Эпштейна – Барр, у которой развилось тяжелое внутрибрюшное кровотечение в результате разрыва геморрагической кисты яичника [18]. Пациентка первоначально обратилась с симптомами анемии и тромбоцитопении. Несмотря на интенсивную медикаментозную терапию, включающую высокие дозы метилпреднизолона и внутривенный иммуноглобулин, ей потребовались повторные переливания крови. В конечном итоге стабилизация состояния и полное выздоровление были достигнуты только после хирургического вмешательства — овариэктомии.

В литературе также зафиксированы случаи значительных кровотечений, вызванных разрывом кист яичника у пациенток с различными коагулопатиями, такими как врожденная афибриногенемия, гемофилия А и болезнь фон Виллебранда типа 1 [19, 20]. Эти данные подчеркивают необходимость активного мониторинга и готовности к хирургическому вмешательству у пациенток с ИТП и сопутствующими гинекологическими осложнениями, чтобы предотвратить развитие жизнеугрожающих состояний и обеспечить полное выздоровление.

У пациенток с ИТП, особенно у подростков в период менструации, имеется высокий риск развития специфических геморрагических осложнений, таких как аномальные маточные кровотечения и геморрагические кисты яичников. В связи с этим оценка состояния данных пациенток должна включать детальный анализ менструального анамнеза с учетом продолжительности и объема

менструаций, наличия симптомов, свидетельствующих о наличии кист яичников, а также дня менструального цикла на момент диагностики. В свете текущих разногласий по поводу лечения ИТП решение о начале терапии должно приниматься индивидуально, с учетом вышеуказанных факторов. Пероральные контрацептивы продемонстрировали свою эффективность в уменьшении образования функциональных кист яичников и могут рассматриваться как вариант лечения для пациенток с соответствующим анамнезом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай пациентки с ИТП подчеркивает значимость индивидуализированного подхода к диагностике и лечению пациентов с ИТП, особенно в контексте сопутствующих гинекологических патологий. В условиях значительной тромбоцитопении и повышенного риска геморрагических осложнений проведение хирургического вмешательства требует особенно тщательной подготовки и междисциплинарного взаимодействия. Благодаря своевременной диагностике и индивидуализированному подходу к лечению, включая правостороннюю оофорэктомию и интраоперационную коррекцию гемостаза, удалось избежать жизнеугрожающих осложнений, предотвратить массивную кровопотерю и стабилизировать состояние пациентки.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От законного представителя пациента получено добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая (дата подписания: 26.07.2024).

## INFORMED CONSENT

A voluntary informed consent was obtained from the patient's legal representative to publish the description of the clinical case (date of signature: 07/26/2024).

## ВКЛАД АВТОРОВ

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Yelak A, From A, Gilad O, et al. Symptomatic corpus luteum hemorrhage in adolescent females with ITP. *Eur J Pediatr.* 2024;183(7):2893–2897. doi: <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05560-0>
2. Shaw J, Kilpatrick K, Eisen M, Tarantino M. The incidence and clinical burden of immune thrombocytopenia in pediatric patients in the United States. *Platelets.* 2020;31(3):307–314. doi: <https://doi.org/10.1080/09537104.2019.1635687>
3. Despotovic JM, Grimes AB. Pediatric ITP: is it different from adult ITP? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2018;2018(1):405–411. doi: <https://doi.org/10.1182/asheducation-2018.1.405>
4. Schifferli A, Holbro A, Chitlur M, et al. A comparative prospective observational study of children and adults with immune thrombocytopenia: 2-year follow-up. *Am J Hematol.* 2018;93(6):751–759. doi: <https://doi.org/10.1002/ajh.25086>
5. Tungjitviboonkun S, Bumrungratanayos N. Immune thrombocytopenia (ITP): historical perspectives, pathophysiology, and treatment advances. *Discov Med.* 2024;1(7). doi: <https://doi.org/10.1007/s44337-024-00008-8>
6. Bolton-Maggs PHB, George JN. Immune Thrombocytopenia Treatment. *N Engl J Med.* 2021;385(10):948–950. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2110953>
7. Elliott RH. Diagnostic and Therapeutic Considerations in the Management of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *Bull N Y Acad Med.* 1939;15(3):197–210.
8. Ahn YS, Harrington WJ. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Annu Rev Med.* 1977;28:299–309ENG. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.me.28.020177.001503>
9. George JN, Woolf SH, Raskob GE, et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by

Е.В. Сибирская — концепция исследования, редактирование, проверка и утверждение статьи.

И.В. Караченцова — концепция исследования, редактирование текста статьи.

А.Ю. Курмангалева — сбор и обработка данных, написание текста статьи.

А.С. Аннакулиева — сбор и обработка данных, написание текста статьи.

## AUTHORS' CONTRIBUTION

Elena V. Sibirskaia — research concept, editing, verification and approval of the article.

Irina V. Karachentsova — research concept, editing.

Aliya Yu. Kurmangaleeva — data collection and processing, writing.

Aina S. Annakulieva — data collection and processing, writing.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

## FINANCING SOURCE

Not specified.

## РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

## ORCID

Е.В. Сибирская

<https://orcid.org/0000-0002-4540-6341>

И.В. Караченцова

<https://orcid.org/0000-0002-0254-690X>

А.Ю. Курмангалева

<https://orcid.org/0000-0002-2348-1607>

А.С. Аннакулиева

<https://orcid.org/0009-0006-0400-0974>

explicit methods for the American Society of Hematology. *Blood.* 1996;88(1):3–40.

10. Harama D, Goi K, Saito K, et al. Decreased incidence of acute immune thrombocytopenia in children during the COVID-19 pandemic. *Int J Hematol.* 2023;117(2):307–308. doi: <https://doi.org/10.1007/s12185-022-03521-7>

11. Курмангалева А.Ю., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Осипова Г.Т. COVID-19 как предиктор развития аномальных маточных кровотечений // *Эффективная фармакотерапия.* — 2023. — Т. 19. — № 23. — С. 28–32. — doi: <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-23-28-32> [Kurmangaleeva AY, Sibirskaia EV, Korotkova SA, Osipova GT. COVID-19 kak prediktor razvitiya anomal'nykh matochnykh krvotecheniy. *Effektivnaya farmakoterapiya.* 2023;19(23):28–32. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2023-19-23-28-32>]

12. Sakamoto K, Ono R, Doi T, et al. Reduced incidence of hemophagocytic lymphohistiocytosis in Japan during the COVID-19 pandemic. *Int J Hematol.* 2022;115(4):446–448. doi: <https://doi.org/10.1007/s12185-022-03302-2>

13. Сибирская Е.В., Курмангалева А.Ю., Короткова С.А., Осипова Г.Т. Аномальные маточные кровотечения и COVID-19 (обзор литературы) // *Проблемы репродукции.* — 2023. — Т. 29. — № 3. — С. 74–80. — doi: <https://doi.org/10.17116/repro20232903174> [Sibirskaia EV, Kurmangaleeva AY, Korotkova SA, Osipova GT. Abnormal uterine bleeding and COVID-19 (literature review). *Russian Journal of Human Reproduction.* 2023;29(3):74–80. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.17116/repro20232903174>]

14. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунова И.Е. и др. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика и тактика лечения (обзор литературы) // *Проблемы репродук-*

ции. — 2016. — Т. 22. — № 6. — С. 89–97. — doi: <https://doi.org/10.17116/repro201622689-97> [Adamyan LV, Sibirskaya EV, Koltunova IE, et al. Anomalous uterine bleeding during puberty: diagnosis and treatment tactics (literature review). *Russian Journal of Human Reproduction*. 2016;22(6):89–97. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.17116/repro201622689-97>]

15. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В. и др. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек // *Детская хирургия*. — 2018. — Т. 22. — № 4. — С. 205–208. — doi: <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-4-205-208> [Adamyan LV, Koltunov IE, Sibirskaya EV, et al. Features of the differential diagnosis of ovarian tumors in girls (observation from the practice). *Detskaya Khirurgiya (Pediatric Surgery, Russian journal)*. 2018;22(4):205–208. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-4-205-208>]

16. Singh N, Tripathi R, Mala Y, et al. Massive Spontaneous Intraperitoneal Hemorrhage in a Young Female with Chronic Immune Thrombocytopenic Purpura Masquerading as Ruptured Ovarian Cyst: Successful Nonsurgical Management of This Rare Catastrophic

Event. *Pediatr Emerg Care*. 2015;31(3):284–285. doi: <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000402>

17. Shaw TB, Ma B, Barazza M, Sawaya D. Surgical Control of Bleeding From Ovarian Torsion in the Setting of Immune Thrombocytopenic Purpura Without Splenectomy. *Am Surg*. 2023;89(11):4884–4887. doi: <https://doi.org/10.1177/00031348211011128>

18. Kaplan J, Bannon CC, Hulse M, Freiberg A. Peritoneal hemorrhage due to a ruptured ovarian cyst in ITP. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2007;29(2):117–120. doi: <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3180314206>

19. Ramadan MK, Kharroubi M, Khaza'al J. Successful Conservative Treatment of Ovulation-Related Hemoperitoneum in a Patient With Congenital Hypofibrinogenemia: A Case Report and Review of Literature. *J Clin Gynecol Obstet*. 2020;9(4):112–118. doi: <https://doi.org/10.14740/jcgo628>

20. Radakovic B, Grgic O. Von Willebrand disease and recurrent hemoperitoneum due to the rupture of haemorrhagic ovarian cysts. *Haemophilia*. 2009;15(2):607–609. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2008.01930.x>

Статья поступила: 12.07.2024, принята к печати: 16.02.2025

The article was submitted 12.07.2024, accepted for publication 16.02.2025

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

**Курмангалеева Алия Юнусовна** [Aliya Yu. Kurmangaleeva, MD]; адрес: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9 [address: 1/9, 4th Dobryninsky pereulok, Moscow 119049, Russian Federation]; телефон: +7 (985) 445-14-06; e-mail: askarova-aliya@yandex.ru; eLibrary SPIN: 2739-8291

**Сибирская Елена Викторовна**, д.м.н., профессор [Elena V. Sibirskaya, MD, PhD, Professor]; e-mail: elsibirskaya@yandex.ru; eLibrary SPIN: 1356-9252

**Караченцова Ирина Васильевна**, к.м.н. [Irina V. Karachentsova, MD, PhD]; e-mail: 5053104@list.ru; eLibrary SPIN: 6520-9747

**Аннакулиева Айна Сердаровна** [Aina S. Annakulieva, MD]; e-mail: i-nuxa@mail.ru; eLibrary SPIN: 9044-1577