

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»
Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика и тактика лечения

Директор НИИ РЗДПМ, доц. каф. акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, д.мед.н.

Золото Елена Викторовна

Герой труда ДНР, чл.-корр. НАМНУ, ЗДНТУ, доктор медицинских наук, профессор, генеральный директор ДРЦОМД, зав. кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО **Чайка**

Владимир Кириллович

Зам. генерального директора по лечебной работе ДРЦОМД, проф. каф. акушерства, гинекологии, перинатологии детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, д.м.н., профессор **Железная Анна Александровна**

Проф. каф. акушерства, гинекологии, перинатологии детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, д.м.н., профессор **Яковлева Эльвира Борисовна**

Главный врач НИИ РЗДПМ, к.м.н. **Айкашев С.А.**

Пубертатные маточные кровотечения (ПМК)

Определение:

ПМК – кровотечения, возникшие в пубертатном периоде жизни женщины, т.е. с момента первой менструации до 18 лет.

Частота ПМК в структуре гинекологических заболеваний колеблется от 10 до 37,3 %. Прослеживается тенденция к затяжному течению данной патологии с частыми рецидивами. Проблема имеет социальное значение, поскольку ПМК являются причиной временной или стойкой утраты трудоспособности и, несомненно, сказывается на будущей репродуктивной способности пациенток.

Классификация ПМК

В зависимости от функциональных и морфологических изменений в яичниках ПМК разделяют на овуляторные и ановуляторные. **В период полового созревания в основном встречаются ановуляторные ациклические кровотечения, возникшие в большинстве случаев за счет атрезии фолликулов.**

По МКБ X (№92.2) обильные менструации в пубертатном периоде подразделяют на:

- **Обильные кровотечения в начале менструального периода;**
- **Пубертатная меноррагия;**
- **Пубертатные кровотечения.**

В зависимости от уровня эстрогенов ПМК делятся на:

- **Гипоэстрогенный тип кровотечения;**
- **Гиперэстрогенный тип кровотечения.**

Этиология и патогенез

Основой патогенеза ПМК чаще всего является нарушение нейроэндокринной регуляции менструального цикла вследствие неполноценности координирующего воздействия гипоталамо-гипофизарной системы или незрелость нервно-рецепторного аппарата яичников и матки.

Провоцирующими моментами возникновения ПМК в период физиологической «неустойчивости» функционирования репродуктивной системы могут оказаться любые неблагоприятные факторы, которые вызывают нарушение взаимодействия основных уровней регуляции.

Чаще всего ПМК возникают после задержки менструации.

Диагностика и рекомендуемое клиническое обследование

Диагностика ПМК не представляет сложностей. Диагноз может быть установлен исключительно на основании характерной клинической картины заболевания.

Для исключения заболеваний крови, а также для подбора адекватной комплексной терапии, показано проведение следующих исследований:

1. Амбулаторно:
 - Клинический анализ крови с определением времени кровотечения, числа тромбоцитов;
 - УЗИ органов малого таза;
 - Гормональное исследование (гонадотропины, эстрадиол, прогестерон, пролактин, тестостерон, кортизол, тиреоидные гормоны);
 - Микробиологическое исследование и ПЦР-диагностика содержимого влагалища и шейки матки.
2. В условиях стационара:
 - Исследование крови
 - Тромбоэластограммы;
 - Коагулограммы;
 - Факторы свертывания крови.

Диагностика и рекомендуемое клиническое обследование

Для уточнения диагноза используют:

- эхографию органов малого таза;
- Вагиноскопию;
- Кольпоскопию;
- гормональное, биохимическое, иммунологическое, микробиологическое исследование;
- ПЦР-диагностику содержимого влагалища и шейки матки;
- электроэнцефалограмму.

По показаниям:

- Диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела и шейки матки под контролем гистероскопа;
- Лапароскопию.

Общие принципы терапии

Лечение больных с ПМК должно быть направлено на обеспечение гемостаза и регуляцию менструального цикла, а также коррекцию физического и психического статуса и профилактику рецидивов ПМК.

Симптоматическое лечение производится препаратами, ускоряющими тромбообразование, также используются физиотерапевтические методики (гальванизация синокаротидной зоны, вибрационный массаж паравертебральных зон, эндоназальная гальванизация, эндоназальный электрофорез ионов кальция).

При отсутствии эффекта от симптоматической терапии решается вопрос о проведении гормонального лечения.

Симптоматическая терапия (в течение 3-4 суток)

- Хлористый кальций 10%-10,0 по 1-2 раза в сутки или дицинон по 1,5 г в сутки 3-4 дня;
 - Викасол по 0,06г. В сутки или контрикал (разовые дозы 10000-20000ЕД. При острых состояниях в первые дни 40000-80000ЕД). По мере улучшения состояния дозу постепенно уменьшают до 50000-30000 ЕД в сутки или транексам (транексамовая кислота) по 250 мг каждые 3 часа, перед сном 500 мг или 500 мг 2-4 раза в сутки или Е-аминокапроновая кислота 1-1,5 ч.л. в сутки 6-8 дней.
- +
- Окситоцин 5ЕД 2 раза в день

Гормональная терапия

Показаниями к гормональной терапии являются:

- Отсутствие эффекта от симптоматического лечения;
- Тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения;
- Рецидивирующее течение заболевания

Выбор метода терапии определяется общим состоянием пациентки и степенью кровопотери, эстрогенной насыщенности организма (при нормальной и повышенной секреции эстрадиола препаратами выбора являются гестагены или КОК).

Возможно использование эстрогенов в виде моновоздействия и в составе комбинированных оральных контрацептивов.

Гормональный гемостаз

- Ригевидон по 1 таб. каждые 4-6 часов до полного гемостаза. В последующие дни суточную дозу следует уменьшить по 1 таб., доведя ее до 1 таб. в сутки (продолжительность приема 21 день).

+

- Сорбифер-дурулес 1 капс. 2 раза в день или Тардиферон по 1 таб. 1-2 раза в сутки или Ферроплекс по 1 др. 1-2 раза в сутки.

+

- Антибиотикотерапия при рецидивах или длительных (более 2-х месяцев) анамизирующих кровотечениях, выявлении патогенной микрофлоры.

– Рулид 150 мг 2р/с 7-10 дней / вильпрафен 150 мг 2р/с 7-10 дней / офлоксацин 200 мг 2р/с 7-10 дней / лендацин 1 г 2р/с 5 дней / амоксиклав по 625 мг 3 р/с 7 дней

+

– Метрогил 0,5%-100 мл в/в 1 р/с 3 дня;

– Дифлюкан или микосист или микофлюкен 150 мг однократно / нистатин 500000ЕД 4 р/д 7-14 дней / низорал 0,5 мг /сутки 7-14 дней.

Регуляция ритма менструаций и профилактика кровотечения

1. Циклическая витаминотерапия (по 3 месяца 2-3 раза в год):

- Глютаминовая кислота 0,5 г 2 р/сутки ежедневно;
- Витамин Е по 200-400 мг / сутки ежедневно;
- Фолиевая кислота 0,001 3 р/сутки 10-15 дней в предполагаемую 2-ю фазу цикла;
- Аскорбиновая кислота 0,5 2 р/сутки 10-15 дней в предполагаемую 2 фазу цикла.

2. Магне-В6 1 таб. 2 р/д по 3 месяца 2-3 раза в год

3. Гормонотерапия 1 таб. 1 р/сутки 21 день с 1-5 дня цикла :

- регулон / ригевидон

Через 3 цикла приема низкодозных КОК возможно назначение микродозных КОК 1 таб. 1 р/сутки 21 день с 1-5 дня цикла :

- Лендинет / новинет / логест (6-12 циклов)

Регуляция ритма менструаций и профилактика кровотечения

4. Терапия, направленная на улучшение состояния ЦНС:

- Винпоцетин (кавинтон) 1-2 мг/кг в сутки / циннаризин 8-12,5 мг 1-2 р/сутки / трентал (пентоксифиллин) по 10 мг/кг в сутки / глицин по 50-100 мг 2-3 р/сутки 1-2 месяца / ноотропил (пирацетам) 50-100 мг 1-2 р/сутки от 2-3 недель до 2 месяцев / когитум по 10 мл в сутки / лимонтар по 1 таб. 2 р/д 1 мес. 2-3 раза в год
- +
- Дифенин (фенитоин) 1-2 таб. /сутки 3-6 мес. Или финлепсин (карбамазепин) ½ таб. 2 р. в сутки 2-4 недели
- +
- Валерианахель 10 кап. 3 р/сутки 3 месяца или неврохель 1 таб. 3 раза в сутки 3 месяца.

Регуляция ритма менструаций и профилактика кровотечения

5. Питание должно быть калорийным и разнообразным с достаточным количеством животного белка. Также необходимо соблюдение режима труда и отдыха, закаливание.
6. Немедикаментозная противорецидивная терапия (ИРТ, магнитотерапия, электропунктура)
7. Восстановление осанки, санация очагов инфекции. Так при выявлении воспалительных процессов в матке, придатках или во влагалище рекомендуется проведение соответствующей санации с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.
8. Альтернативные методы лечения и профилактики (гомеопатические средства, антигомтоксическая терапия, милайф, методы гравитационной хирургии крови-плазмафереза в период реконвалесценции или ремиссии).

За время работы над диссертацией нами была разработана схема лечения нарушений менструального цикла, в том числе при ПМК с учетом возраста пациенток. Данная схема представлена на след. слайде.

Девочки-подростки с признаками НДСТ

11-13 лет

- Mg B6 – 2 таб. 2 р/сутки
- Ca D3-никомед – 1 таб. 2 р/сутки

1-11 день:

- фолиевая кислота – 50 мкг 3 р/сутки
- глутаминовая кислота – 0,1 г 3 р/сутки
- витамин E – 50 мг 1 р/сутки после еды

с 5 дня:

- ременс – 10 капель 3 р/сутки за 30 мин. до еды

12-18 день:

- фолиевая кислота – 50 мкг 2 р/сутки
- глутаминовая кислота – 0,1 г 2 р/сутки
- витамин E – 100 мг 1 р/сутки после еды

19-23 день:

- фолиевая кислота – 50 мкг 1 р/сутки
- глутаминовая кислота – 0,1 г 1 р/сутки
- витамин E – 150 мг 1 р/сутки после еды

24-28 день – перерыв

14-16 лет

1-14 день:

- фолиевая кислота – 50 мкг 3 р/сутки

с 5 дня:

- витакан – 30 капель 3 р/сутки за 30 мин. до еды

15-28 день:

- аевит – 1 таб. 2 р/сутки
- глутаминовая кислота – 0,1 г 3 р/сутки

16-25 день:

- дюфастон – 1 таб. 1 р/сутки

При ПМК:

- сбор кровеостанавливающих трав – 1/3 стак. 3 р/сутки за 30 мин. до еды
- аскорбиновая к-та – 500 мг 3 р/сутки, 7 дней

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

***Золото Елена Викторовна
тел. +38 (071)137 30 07;
+38 (050) 137-30-07 (Viber, WhatsApp, Telegram)***