



ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"



Терапевтические преимущества отделения детской и подростковой гинекологии в условиях Центра охраны материнства и детства

III Республиканская научно-
практическая конференция
«Республиканский и
международный опыт охраны
репродуктивного здоровья
детей, подростков и
молодежи», приуроченная к
Международному дню защиты
детей 01.06.2022г.

Чайка В. К. профессор, д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Бабенко-Сорокопуд И. В. к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Желтоноженко Л. В. к.м.н., зав. отд «Детская и подростковая гинекология» ДРЦОМД МЗ ДНР

Яковлева Э. Б. профессор, д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Демшиева С. Г., к.м.н., врач кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

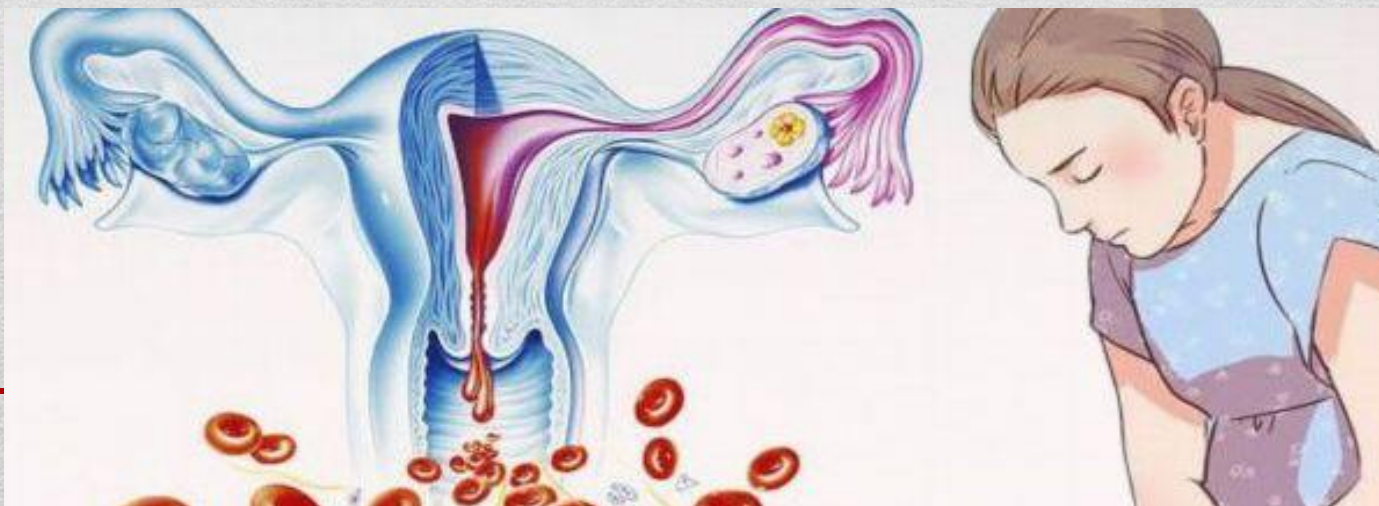
Савченко А. А. акушер гинеколог отд «Детская и подростковая гинекология» ДРЦОМД МЗ ДНР

Цель исследования:

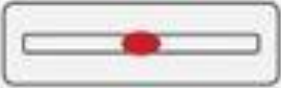



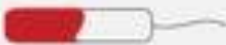






- представить опыт организации профильного стационара для детей и подростков на базе республиканского центра охраны материнства и детства и обосновать возможности оказания медицинской помощи в объеме отдельно взятой нозологической формы - аномальное маточное кровотечение пубертатного периода.
-

- В 1992 г. на базе Донецкого Республиканского Центра охраны материнства и детства (Центр) по инициативе его генерального директора, чл.-корр. НАМНУ В. К. Чайки с целью предоставления детскому населению качественной медицинской помощи профессионально подготовленным персоналом по профилю «акушерство и гинекология» был организован круглосуточный стационар детской и подростковой гинекологии (ОДПГ) на 50 коек.
 - В настоящее время стационар активно функционирует и принимает девочек от 0 до 18 лет с гинекологическими заболеваниями, которые нуждаются в проведении инвазивных манипуляций, обследовании, лечении с выполнением медицинских процедур.
-

- Каждая третья юная пациентка имеет нарушение менструального цикла, в том числе и такое грозное, как аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (АМКПП), проблема которого актуальна во всем мире. Частота АМКПП варьирует от 2,5 до 48,1 %, а в России составляет около 50,0 % среди причин всех обращений к гинекологу для несовершеннолетних, из них до 70,0 % на фоне анемизации в первые три года после менархе.
- В 10,0 % случаях последствия АМКПП могут стать причиной преждевременной недостаточности яичников, либо выступить в роли первых клинических проявлений формирования гиперплазии эндометрия, синдрома поликистозных яичников, т.е. заболеваний, существенно влияющих на репродуктивную функцию женщины.



- С клинической точки зрения, АМКПП следует называть чрезмерные по длительности, объему кровопотери и частоте кровотечения, возникающие у девушек-подростков не старше 18 лет, гинекологический возраст которых не превышает 3 лет, не имеющих в анамнезе родов, аборт, специфических гинекологических воспалительных заболеваний.
- В соответствии с современными рекомендациями диагноз АМКПП может быть выставлен на основании следующих критериев: продолжительность кровянистых выделений более 7 дней, кровопотеря более 80 мл или более выраженная по сравнению с обычными менструациями.

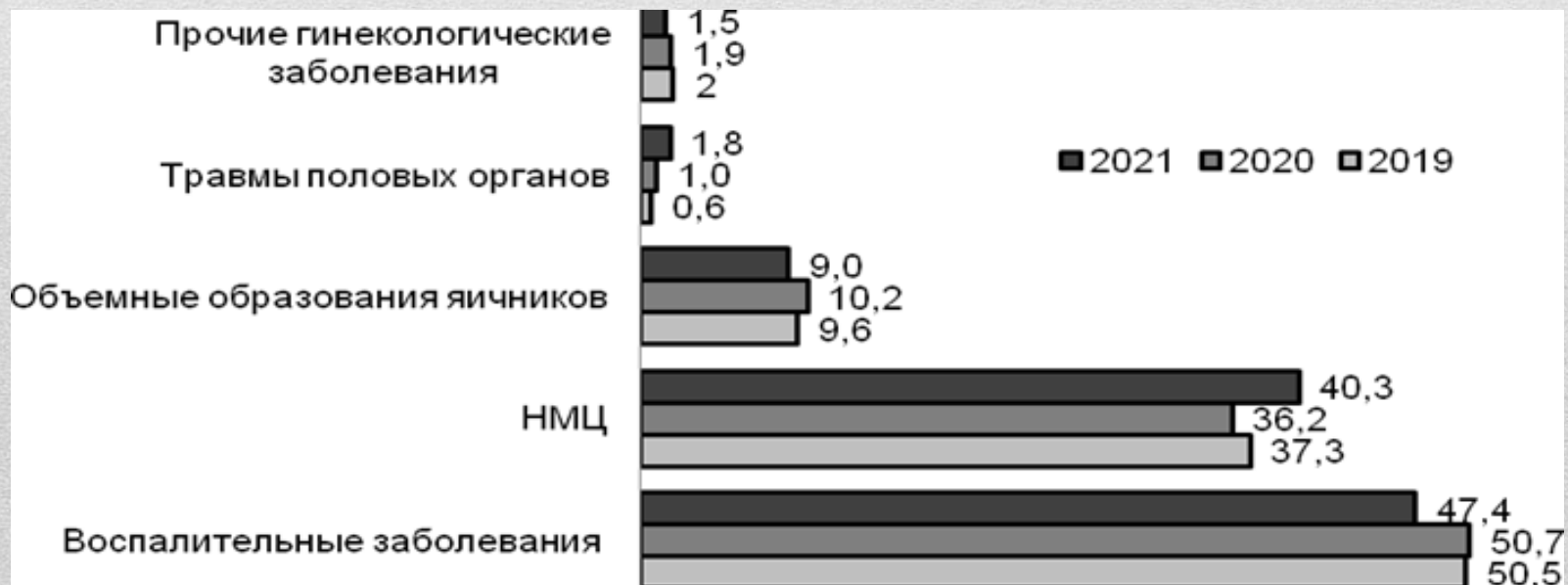
Гигиеническая прокладка	Тип	Объем, мл	Тампон	Тип	Объем, мл	Выделения в туалете	Тип	Объем			
	Дневная	1		Light	0,25		Незначительные	1 мл			
	Ночная	1		Medium	0,5						
	Дневная	2		Heavy	1,0					Умеренные	3 мл
	Ночная	3		Super	1,0						
		Дневная		3		Light	0,5				
Ночная		6	Medium	1,0							
	Дневная	4		Heavy	1,5		Выраженные	5 мл			
				Ночная	10						
	Дневная	4		Light	3,0						
				Medium	4,0						
Ночная	10	Heavy	8,0								
		Super	12,0								

Материал и методы:

- Был проведен ретроспективный анализ данных 150 историй болезни девочек-подростков в возрасте $16,0 \pm 0,7$ лет, находившихся на стационарном лечении в отделении детской и подростковой гинекологии Донецкого Республиканского Центра охраны материнства и детства с 2019 по 2021 гг. включительно.
 - При поступлении оценивали тяжесть состояния больной и необходимость проведения urgentных мероприятий (объем и характер инфузионной терапии, гемостатическая терапия, проведение гормонального гемостаза и т.д.), что документально подтверждено объемом исследования.
-

Результаты и обсуждение

- По данным первичной медицинской документации ОДПГ за 2019-2021 гг., в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков в среднем в 38,0 % случаев регистрировались нарушения менструального цикла (НМЦ), в том числе - аномальные маточные кровотечения пубертатного периода в 10,2, 10,7 и 10,9 % (2019-2020-2021 гг. соответственно).



- Пациентки при поступлении предъявляли **жалобы** на кровянистые выделения из половых путей, в подавляющем большинстве (88,7 %) случаев - по типу менометроррагий и в каждом десятом случае (11,3 %) - жалобы на длительные и обильные менструации.
 - **Обследование** начиналось со сбора анамнеза, клинического и гинекологического исследований. Уточняли характер менструального цикла, его становление, наличие гинекологических заболеваний, факторов риска гипотиреоза, нарушений свертывающей системы крови, собирали сведения о приеме лекарственных препаратов (КОК, прогестагенов, НПВС, антикоагулянтов и др.) и возможном использовании внутриматочных контрацептивов.
 - **Диагноз АМКПП дифференцировали** со следующей патологией: заболевания крови, полип / эрозия шейки матки, заболевания печени, воспалительные заболевания, генитальный эндометриоз, опухоли яичников, рак матки, прервавшаяся беременность.
-

Лабораторная диагностика



- у сексуально активных девушек-подростков - **определение уровня β -ХГЧ в сыворотке крови** с целью исключения возможной беременности
 - **исследование на хламидийную инфекцию** (при высоком инфекционном риске), а также **исключение патологии шейки матки** (ПАП-тест с 17 лет после гемостаза)
 - всех пациенток обследовали на **наличие анемии** (клинический анализ крови, включая тромбоциты)
 - **исключение нарушений свертывающей системы крови:** при положительных результатах скрининга - коагулограмма; при подозрении на патологию гемостаза - консультация гематолога и специальное обследование (при болезни Виллебранда - определение фактора VIII, ко- фактора ристоцетина, антигена фактора Виллебранда)
 - **гормональное обследование** проводили при нерегулярном ритме менструаций и риске гипотиреоза (определение уровня ТТГ, прогестерона)
-

Терапия



- Лечение пациенток с АМКПП проводили в стационаре совместно с психотерапевтом и психологом. У девочек с впервые возникшим АМКПП, не приводящем к анемии, предпочтение отдавали симптоматическому гемостазу.
 - В качестве утеротоника использовался **окситоцин**. Учитывая быструю инактивацию и кратковременность действия, он назначался внутривенно капельно в 5,0 %-м растворе глюкозы (возможно внутримышечно по 0,5–1 мл 3–4 раза в день). С этой же целью назначали **метилэргометрил** 0,02 % 0,5 мл 2–3 раза в сутки подкожно, внутримышечно или внутривенно в 20 мл 40 %-го раствора глюкозы.
 - Контрактильную активность миометрия повышали **препаратами кальция, АТФ, кокарбоксилазы**, назначали **мексамин**.
 - Для достижения негормонального гемостаза у девочек с АМКПП назначали **транексамовую кислоту**, механизм действия которой связан с ингибированием активации плазминогена, а в высоких дозах – и плазмина.
-

Объем антианемической терапии зависит от оценки степени анемизации пациентки.

- ❖ При анемии легкой степени ($Hb > 90$ г/л) инфузионную терапию не проводили, назначали препараты железа (сорбифер, тардиферон) по одной таблетке в день в течение месяца, витаминотерапию.
 - ❖ При анемии средней степени тяжести ($Hb 70-90$ г/л) гемотрансфузию не проводили, переливали препараты крови (свежезамороженная плазма), коллоидные и кристаллоидные растворы, назначали препараты железа два раза в день.
 - ❖ При анемии тяжелой степени ($Hb < 70$ г/л) проводили гемотрансфузию эритроцитарной массы, препаратов крови, коллоидных и кристаллоидных растворов.
 - Особое внимание уделялось **фитотерапии** (препараты крапивы, тысячелистника, пастушьей сумки, кровохлебки, полевого хвоща, коры калины, водяного перца и др.)
 - **Витаминотерапия** включала назначение аскорбиновой кислоты, рутина, витаминов группы В (B_6, B_9, B_{12}), витамины Е, К.
 - Пациенткам рекомендовали продукты с высоким содержанием железа в сочетании с аскорбиновой кислотой (яблоки, абрикосы, свекла, гранат, земляника), что резко повышает эффективность антианемической терапии.
-

- **Длительность негормональной терапии** составляла 3–7 дней, в зависимости от эффективности. При отсутствии клинического эффекта и продолжающихся кровянистых выделениях больной назначали **гормональную гемостатическую терапию.**

Показаниями для проведения гормонального гемостаза являлось:

- ❖ отсутствие эффекта от симптоматической терапии,
- ❖ тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения,
- ❖ рецидивирующее течение заболевания,
- ❖ отсутствие органической патологии эндометрия.

С этой целью использовали комбинированные монофазные **низкодозированные оральные контрацептивы (КОК)**, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола в каждой таблетке и **гестагены.**

- **Продолжительность приема КОК** – от 15 до 21 дня в зависимости от степени анемии, наличия гиперплазии эндометрия, гемостатического эффекта, переносимости терапии.
- В последующем **для регуляции менструального цикла, профилактики рецидива кровотечения** назначали КОК после 7-дневного перерыва по традиционной схеме. Продолжительность профилактического лечения – 3–6 месяцев.
- **Гестагены при АМКПП** рекомендовали при недостаточной эффективности симптоматической терапии, наличии умеренных или скудных кровянистых выделений, отсутствии анемии средней и тяжелой степени.

Профилактическое назначение гестагенов (дидрогестерон) рекомендовали с 16-го по 25-й день менструального цикла в случаях:

- ❖ при достижении гемостаза негормональными методами и гиперплазии эндометрия;
 - ❖ при проведении гормонального гемостаза КОК при отсутствии анемии средней и тяжелой степени, если дальнейший прием КОК нежелателен;
 - ❖ при гормональном гемостазе гестагенами в последующих (минимум, двух) менструальных циклах.
 - При неэффективности гормональной терапии, рецидивах АМКПП, данных в пользу органических поражений эндометрия (неоднородность структуры при УЗИ, подозрение на полипы) показано **диагностическое выскабливание полости матки**, которое производили только в условиях операционной под общей анестезией.
-

- На фоне проводимой консервативной симптоматической гемостатической терапии и / или гормонального гемостаза лечебный эффект достигался, практически, у всех пациенток (148 (98,7 %)), а хирургический гемостаз был проведен в двух случаях (1,3 %). По окончании профилактических курсов гормональной терапии назначали циклическую витаминотерапию, фитотерапию, физиотерапию.
 - Юным пациенткам с АМКПП в анамнезе рекомендовали динамическое наблюдение у гинеколога для несовершеннолетних амбулаторного звена 1 раз в месяц до стабилизации ритма менструаций, с последующей частотой контрольного обследования до 1 раза в 3–6 месяцев с проведением УЗИ органов малого таза.
-

Дифференцированный поэтапный подход к лечению аномальных маточных кровотечений пубертатного периода в условиях профильного стационара Центра включал следующие мероприятия:

- Создание лечебно-охранительного режима.
 - Консультация пациентки с АМКПП сотрудниками кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.
 - По показаниям гемостазиокоррекция – восстановление объема ОЦК, трансфузия свежезамороженной плазмы или эритроцитарной массы.
 - Гемостатическая терапия:
 - негормональная (симптоматическая) - утеротонические препараты, средства, повышающие контрактильную активность миометрия, препараты, стимулирующие коагуляционный потенциал крови, витаминно-, фито-, физиотерапия;
 - гормональная - комбинированные оральные контрацептивы, гестагены;
 - хирургическое лечение - диагно-стическое выскабливание полости матки.
 - По показаниям – противовоспалительная терапия, антианемическая терапия, профилактика вторичных коагулопатий, профилактика и лечение ДВС- синдрома, коррекция первичных геморрагических нарушений.
 - Консультация пациенток смежными специалистами.
 - Обучение пациенток правилам ведения менструального календаря и оценке интенсивности кровотечения.
 - Подготовка выписного эпикриза с рекомендациями.
-

Выводы



На примере отдельно взятой нозологической формы – аномальное маточное кровотечение пубертатного периода - обоснована целесообразность и эффективность методологического терапевтического подхода в профильном стационаре для несовершеннолетних (отделение детской и подростковой гинекологии) в условиях Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР

Мультидисциплинарный подход под патронатом сотрудников кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО позволяет расширить возможности ведения юных пациенток гинекологического профиля

*Спасибо за
внимание!*

