**Содержание:**

1. **Введение**
2. **Этиология и патогенез**
3. **Клиническая картина**
4. **Классификация**
5. **Диагностика**
6. **Дифференциальный диагноз**
7. **Лечение**
8. **Список литературы**
9. **Введение**

***Ювенильные маточные кровотечения (ЮК)*** *-* дисфунк­циональные маточные кровотечения, связанные с нарушением гормонального гомеостаза в период становления менструаль­ной функции.

В структуре гинекологической заболеваемости девочек ювенильные кровотечения составляют от 2,5 до 38,2% (В.Ф. Коколина, 1997; Ю.А. Гуркин, 2000; И.Н. Гоготадзе, 2003; Ю.Ю. Чеботарева,

Т.А. Яценко, 2003).

Высокая частота дисфункциональных маточных кровотече­ний в период полового созревания связана с особой чувстви­тельностью всех звеньев регуляции функции репродуктивной системы (экстрагипоталамические церебральные структуры, гипоталамус, гипофиз, надпочечники, щитовидная железа, яичники) к различным неблагоприятным воздействиям вслед­ствие ее незрелости.

1. **Этиология и патогенез**

К развитию патологии приводят следующие факторы:

1. Неблагоприятное течение перинатального периода (гестоз, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипок­сия плода, угроза прерывания беременности эндокринного генеза, черепно-мозговая травма в родах и др.).

2. Наследственность со стороны матери (эндокринные, ги­некологические и соматические заболевания).

3. Хронические и острые инфекционные заболевания в дет­стве (инфекционный паротит, вирусный гепатит, менингит, острая и хроническая тонзиллогенная инфекция, острые и хронические гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов и т.д.).

4. Хронические соматические заболевания (хронические заболевания печени, желудка и кишечника, почек, системы крови, заболевания сердечно-сосудистой системы, вторичные иммунодефицита).

5. Нарушения функции эндокринных желез (сахарный диа­бет, гипер- и гипофункция щитовидной железы, нарушение питания, гиперпаратиреоз, гиперфункция коры надпочечников и др.), вторичное нарушение синтеза тропных гормонов.

6. Детские и актуальные психогении (неблагоприятный психологический климат в школе, плохая оценка, конфликт с близкими людьми, смерть родственника, переезд, физические и психогенные переутомления).

7. Алиментарные факторы (гиповитаминозы и дефицит ми­кроэлементов, нерациональное питание, глистные инвазии, дисбактериозы и др.).

8. Экологические факторы (техногенное воздействие, радиация).

9. Дисфункции иммунной системы, в том числе сопрово­ждающиеся развитием аутоиммунных заболеваний (полива­лентная аллергия, бронхиальная астма, псориаз и др.).

10. Врожденные соединительнотканные дисплазии (нефроптоз, пролапс митрального клапана, нарушение зрения, дискинезии желчевыводящих путей, ювенильный остеохон­дроз, гипермобильность суставов, повышенная растяжимость кожи, варикозное расширение вен, дополнительная хорда ле­вого желудочка и др.).

В основе патогенеза ювенильных кровотечений, как указы­вают Ю.А. Гуркин и И.Н. Гоготадзе (2003), лежат нарушения нормального ритма секреции гипоталамических, гипофизарных и яичниковых гормонов на фоне несостоятельности нервно-рецепторного аппарата различных звеньев репродуктивной си­стемы в период ее возрастной функциональной незрелости.

Патогенетически дисфункциональные маточные кровоте­чения, согласно классификации К.Н. Жмакина (1976), подраз­деляются следующим образом:

> Ановуляторные маточные кровотечения, обусловленные: 1) кратковременной персистенцией фолликула; 2) длительной персистенцией зрелого фолликула; 3) атрезией или персистен­цией незрелого фолликула.

> Овуляторные маточные кровотечения: 1) двухфазный уко­роченный цикл, 2) гиполютеинизм, 3) гиперлютеинизм.

Ювенильные кровотечения в большинстве случаев являют­ся следствием ановуляции и возникают чаще на фоне наруше­ния созревания и персистенции или атрезии незрелых фолли­кулов и реже - на фоне персистенции зрелых фолликулов.

При персистенции или атрезии незрелых фолликулов воз­никает относительная длительная монотонная секреция эстро­генов, которая вызывает неравномерную гиперплазию эндоме­трия на фоне очаговой гипоплазии.

При персистенции зрелых фолликулов развивается состоя­ние абсолютной гиперэстрогении, что способствует формиро­ванию выраженной гиперплазии эндометрия.

Кровотечение является следствием колебания уровня поло­вых гормонов, приводящим к нарушению кровоснабжения сли­зистой матки, появлению очагов застойного полнокровия, ише­мии, гипоксии, некроза и в результате - отторжению эндоме­трия (неравномерному). Эти явления усугубляются неадекват­ной реакцией нервно-рецепторного аппарата матки в силу его незрелости, низкой контрактильной активностью миометрия.

1. **Клиническая картина**

Ювенильными следует считать дисфункциональные маточные кровотечения, которые возни­кают у девушек:

• не старше 18 лет;

• с гинекологическим возрастом не более 3 лет;

• не страдающих специфическими гинекологическими вос­палительными заболеваниями (гонорея, туберкулез и др.);

• не имевших абортов или родов.

Истинные ЮК реже всего начинаются с первой менструации, чаще всего они проявляются через 6-18 месяцев после менархе.

Клиническая картина ЮК характеризуется длительными (бо­лее 7 дней), ациклическими (метроррагия) или циклическими (меноррагия) кровотечениями, которые могут быть обильными или скудными («кровомазание»), продолжительными кровотечениями с периодическими усилениями.

При циклических кровотечениях по типу меноррагии ювенильные кровотечения от нерегулярных менструаций отлича­ются хотя бы по одному из нижеперечисленных признаков:

• ЮК продолжаются более 7 дней;

• повторяются чаще, чем через 24 дня;

• сопровождаются кровопотерей, превышающей объем нормальной менструации (80-120 мл).

Ювенильные кровотечения, возникающие на фоне длитель­ной персистенции или атрезии незрелых фолликулов, появля­ются в основном после длительной (от 1,5 до 6 месяцев) за­держки менструаций, в виде умеренных (реже - обильных или скудных) кровянистых выделений из половых путей, которые периодически уменьшаются вплоть до кровомазания и вновь усиливаются.

Для кровотечения на фоне персистенции зрелого фолликула характерна незначительная (до 2-8 недель) задержка менструа­ций и обильное кровотечение, быстро приводящее к анемизации.

1. **Классификация**

Для клиницистов наиболее приемлема классификация ювенильных кровотечений, предложенная Ю.А. Гуркиным и И.Н. Гоготадзе (2000), которые выделяют следующие клинические формы ЮК.

> Неосложненная форма - кровотечение является основ­ным клиническим симптомом (обычно продолжительность менее 10 дней).

> Осложненная форма (продолжительность более 10 дней) сопровождается:

• развитием постгеморрагической анемии, гипоксемии;

• развитием вторичного бактериального воспалительно­го процесса в матке;

• появлением вторичных нарушений в системе гемостаза:

• тромбоцитопения потребления;

• изменение гемокоагуляции, фибринолиза, нарушение внутриматочного гемостаза;

• латентные и затяжные формы ДВС-синдрома.

> Сочетанная форма — дисфункциональные маточные кро­вотечения:

• при наличии исходных нарушений в системе гемостаза;

• при синдроме склерокистозных яичников;

• ятрогенный вариант ЮК как следствие неадекватной гормональной терапии.

При неосложненном течении кровотечения безболезненны, общее состояние удовлетворительное, показатели гемодина­мики (артериальное давление, пульс, цвет кожных покровов), а также общего, биохимических анализов крови и гемостазиограммы - в пределах нормы.

1. **Диагностика**

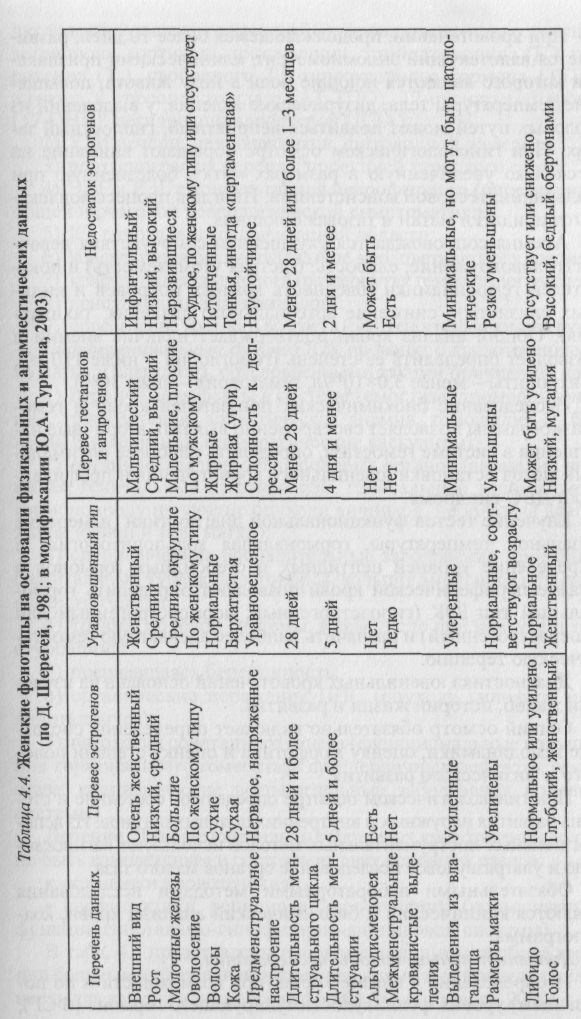
При осмотре необходимо обращать внимание на особенности морфотипа девочки (табл. 4.4), который у 83% больных отличается от нормативного стандарта (Ю.А. Гуркин, 2003; В.Ф. Коколина, 1997).

У девочек младшего возраста (1-я фаза пубертата), страда­ющих ЮК, чаще бывает гиперэстрогенный морфотип, у деву­шек старших возрастных групп - гипоэстрогенный морфотип.

Оценка степени выраженности вторичных половых при­знаков и подсчет суммарного «балла полового развития» по­зволяет определить соответствие полового развития девушки возрастному периоду.

При гинекологическом осмотре обращают внимание на развитие наружных и внутренних половых органов, которое в большинстве случаев совпадает с морфотипом. Так, при гиперэстрогенном морфотипе наружные и внутренние половые ор­ганы развиты хорошо, а иногда даже опережают возрастную норму. При инфантилизме (гипоэстрогенный морфотип) отме­чают наличие недоразвития больших и малых половых губ, гипоплазию матки.

На фоне обильного или длительного рецидивирующего кро­вотечения, как правило, развиваются осложнения, наиболее ча­стыми из которых являются эндомиометрит и постгеморраги­ческая анемия.



При кровотечении, продолжающемся более 10 дней, разви­вается вялотекущий эндомиометрит, клиническими признака­ми которого являются ноющие боли в низу живота, повыше­ние температуры тела, дизурические явления; у выделений из половых путей может появиться неприятный, гнилостный за­пах. При гинекологическом осмотре обращают внимание на несколько увеличенную в размерах матку, болезненную при пальпации, тестовой консистенции. Иногда в процесс вовлека­ются придатки матки и тазовая брюшина.

Анемия сопровождается ухудшением самочувствия девоч­ки (головокружение, слабость, быстрая утомляемость) и пока­зателей гемодинамики (бледность кожных покровов и види­мых слизистых, снижение артериального давления, тахикар­дия). Общий анализ крови подтверждает наличие анемии и позволяет определить ее степень (гемоглобин – ниже 110 г/л, эритроциты - менее 3,0\*1012/л, гематокрит - ниже 30%).

Исследование биохимических показателей крови и гемостазиограммы позволяет своевременно выявить вторичные на­рушения в системе гемостаза, определить наиболее оптималь­ный метод остановки ювенильного кровотечения и профилак­тики ДВС-синдрома.

Изучение тестов функциональной диагностики (измерение базальной температуры, гормональная кольпоцитология) и определение уровней пептидных и стероидных гормонов в плазме периферической крови позволяют определить гормо­нальный тип ЮК (гипоэстрогенный, нормоэстрогенный или гиперэстрогенный) и назначить наиболее адекватную гемостатическую терапию.

Диагностика ювенильных кровотечений основана на изуче­нии жалоб, истории жизни и развития.

Общий осмотр обязательно включает определение состоя­ние гемодинамики, оценку морфотипа и оценку степени поло­вого и физического развития.

При гинекологическом осмотре определяют состояние и сте­пень развития наружных и внутренних половых органов. Из вспо­могательных инструментальных методов используют вагиноскопию и ультразвуковое исследование органов малого таза.

Обязательными лабораторными методами исследования являются клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма.

*Дополнительные методы исследования:*

1) определение в плазме крови (при возможности и по по­казаниям) уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, прогестерона, эстрадиола, кортизола, тестостерона, трийодтиронина (Т3), ти­роксина (Т4), свободного Т4, тиреотропного гормона (ТТГ); антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), 17-оксипрогестерона (17-ОНП), дегидроэпиандростерон (ДЭА);

2) УЗИ печени, надпочечников, щитовидной железы;

3) рентгенография черепа с проекцией турецкого седла;

4) ЭЭГ и РЭГ с консультацией невропатолога (определение общей и очаговой неврологической симптоматики);

5) КТ гипоталамо-гипофизарной области;

6) консультация окулиста (глазное дно, цветные поля зрения);

7) консультация гематолога (развернутая гемостазиограмма);

8) консультация эндокринолога;

9) определение костного возраста (рентгенография кистей рук).

1. **Дифференциальный диагноз**

*Дифференциальный диагноз ЮК* проводят с кровотечениями из матки и влагалища, обусловленными такими причинами, как:

1) первичные дефекты в системе гемостаза (тромбоцитопения, тромбастения, апластическая анемия, гемофилия-С, бо­лезнь Виллебранда, геморрагические васкулиты);

2) органическая патология половых органов (аномалии раз­вития, генитальный инфантилизм, генитальный эндометриоз, гормонопродуцирующие опухоли яичников, неоплазмы влага­лища, шейки и тела матки);

3) специфические воспалительные заболевания гениталий (генитальный туберкулез, гонорея, кольпит вирусного или сме­шанного генеза);

4) травмы половой системы, в том числе при коитусе и ма­стурбации;

5) прервавшаяся беременность;

6) органические поражения ЦНС (опухоли гипофиза или гипоталамуса);

7) патология сочетанного генеза (функциональные наруше­ния гормонального гомеостаза при первичных дефектах гемо­стаза, специфические воспалительные заболевания половой системы).

1. **Лечение**

Лечение ювенильных маточных кровотечений долж­но быть комплексным и состоять из двух основных этапов:

• остановки кровотечения;

• профилактики рецидивов кровотечения (нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы).

В таблице представлены основные принципы подбора тера­пии больным ювенильными кровотечениями и ее последователь­ность для каждой клинической формы (Ю.А. Гуркин, 2000).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Течение ЮК | Первый этап | Второй этап |
| Неосложнен­ная форма | Негормональный гемостаз Профилактика постгеморрагиче­ских коагулопатий  При отсутствии эффекта Гормональный гемостаз Хирургический гемостаз | Негормональная корриги­рующая терапия Гормональная корригиру­ющая терапия |
| Осложненная форма:  постгеморрагическая анемия | Гормональный гемостаз Антианемическая терапия Профилактика постгеморрагиче­ских коагулопатий  При отсутствии эффекта Хирургический гемостаз | Гормональная корригиру­ющая терапия Антианемическая терапия |
| Эндометрит | Негормональный гемостаз Антибактериальная терапия, проти­вовоспалительная, дезинтоксикационная терапия  Профилактика вторичных при­обретенных коагулопатий Иммунокорригирующая терапия  При отсутствии эффекта Гормональный гемостаз Хирургический гемостаз (осто­рожно - под прикрытием антибактериальной терапии) | Негормональная корригирующая терапия Противовоспалительная терапия Иммуномодулирующая терапия  Гормональная корригиру­ющая терапия |
| ДВС-синдром | Негормональный гемостаз Лечение ДВС-синдрома  При отсутствии эффекта Гормональный гемостаз Хирургический гемостаз | Негормональная корригирующая терапия Антианемическая терапия Гормональная корригирующая терапия |
| Сочетанные формы | Гормональный гемостаз, лече­ние первичных нарушений в системе гемостаза  Антианемическая терапия  При отсутствии эффекта. Хи­рургический гемостаз | Гормональная корриги­рующая терапия  Лечение первичных за­болеваний крови  Антианемическая терапия |

Для повышения эффективности лечения кровотечений и профилактики их рецидивов необходимо учитывать следую­щие факторы:

• возраст менархе;

• возраст больной на момент кровотечения;

• данное кровотечение (менструация) первое или повтор­ное (какое по счету от менархе);

• характер нарушения менструальной функции (мено- или метроррагия);

• предполагаемая (или явная) причина расстройства;

• предполагаемый (или явный) патогенез кровотечения;

• при назначении терапии (особенно гормональной) обяза­тельно рассчитать предполагаемый день менструального цикла. Расчет предполагаемого дня менструального цикла проводится по формуле О.В. Осадчей и О.В. Лысенко (2003): 365 • n+П1+П2, где 365 - число дней в году; *п -* возраст больной (в годах); П1 -дополнительные дни, прожитые в високосные годы; П2 - коли­чество дней, прожитых после последнего дня рождения; С -продолжительность менструального цикла.

> I этап - стационарное лечение.

Лечение необходимо всегда начинать с создания лечебно-охранительного режима - устранение физических и психических нагрузок, полноценное, сбалансированное питание, 8—10-часовой сон. Психотерапия, назначение седативных препаратов *(настой­ка* или *настой корня валерианы, пустырника, пиона, препараты брома),* при выраженных психоэмоциональных нарушениях на­значают небольшие дозы транквилизаторов *(реланиум, тазепам* и другие препараты по 1 таблетке 1—2 раза в день).

*Негормональная гемостатическая терапия.* Негормональ­ный гемостаз как самостоятельная терапия показан больным с ЮК при длительности кровотечения не более 10 дней, отсут­ствии анемии, эхографической толщине эндометрия не более 8-10 мм, величине индекса ЛГ/ФСГ 0,6-1, концентрации пролактина не более 400 ммЕ/л.

При положительном эффекте проводится в течение 3—7 дней и включает:

• утеротонические препараты *(эрготал, эрготамин, эрго-метринамалеат, котарнина хлорид* по 1 таблетке 3 раза в сут­ки внутрь или *окситоцин, гифотоцин, питуитрин* по 0,5-1 мл 4 раза в сутки внутримышечно);

• препараты, повышающие контрактильную активность миометрия (10% раствор *кальция хлорида* по 10 мл внутривен­но медленно или по 1 столовой ложке 3 раза в сутки; *1% рас­твор АТФ* по 1 мл 1 раз в день внутримышечно; *кокарбоксилазу* по 50-100 мг 1 раз в день внутримышечно; *мексамин* - по 50 мг 3 раза в день внутрь);

• физиотерапевтическое лечение (электрофорез кальция эндоназальный или на воротниковую зону, электростимуляция шейки матки, электро-, вибромассаж сосков, диатермия сол­нечного сплетения);

• рефлексотерапия (электро-, лазеро-, магнитопунктура, иглотерапия);

• препараты, стимулирующие коагуляционный потенциал крови *(дицинон* или *натрия этамзилат* по 2,0 мл внутримы­шечно 1-2 раза в день или по 1-2 таблетке 2-3 раза в день внутрь; *0,025% раствор андроксона* по 1 мл внутримышечно или внутривенно 1-2 раза в сутки; *5% раствор аминокапроновой кислоты* по 20 мл внутрь 3-5-раз в сутки, *ПАМБА* по 1 таблетке 3 раза в сутки, *диклофенак* по 1 свече ректально 1-2 раза в сутки или по 50 мг 2-3 раза в сутки внутрь);

• витаминотерапия *(аскорбиновая кислота* по 0,1 г 3 раза в сутки внутрь или 5% раствор по 3-5 мл внутримышечно или внутривенно 1 раз в сутки; *рутин* либо *аскорутин* по 1 таблет­ке 3 раза в сутки, *витамин Е* по 100-200 мг/сут; *витамин В1* по 2—5 мг/сут, *витамин В6* по 2 мг/сут, *витамин Вп* по 100 мкг внутримышечно в сутки не более 5—7 дней, *витамин* К — *викасол* по 1,0 внутримышечно или по 1 таблетке 3 раза в сутки не более 3 дней);

• фитотерапия (лагохилус, крапива, арника горная, пасту­шья сумка, тысячелистник, кровохлебка, полевой хвощ, змеи­ный горец, земляника лесная, лапчатка прямостоячая, кора ка­лины, водяной перец, кошачьи лапки, кукурузные рыльца и др.). Существуют готовые кровоостанавливающие сборы.

Негормональная гемостатическая терапия проводится в те­чение 3-5 дней при наличии эффекта (уменьшение кровотече­ния) и продолжается до 7 дней при хорошем гемостатическом эффекте (остановка кровотечения). При отсутствии клиниче­ского эффекта в течение 3 дней или продолжающихся даже в виде кровомазания кровянистых выделениях в течение 7 дней показаны другие виды гемостаза.

*Гормональная гемостатическая терапия.* Показания для гормонального гемостаза:

• профузное кровотечение, угрожающее жизни и здоровью девочки;

• отсутствие клинического эффекта от симптоматической терапии: в течение 12ч при обильном кровотечении и наличии анемии (снижение гемоглобина до 100-90 г/л, гематокрита до 30-25%);

• в течение 2—3 дней умеренные и длительные кровотече­ния и наличие анемии (снижение гемоглобина до 100-90 г/л, гематокрита — до 30—25%);

• в течение 6-7 дней скудное кровотечение и наличие лег­кой анемии или даже ее отсутствие;

• наличие бактериального эндометрита;

• сочетанные формы ЮК (при заболеваниях системы ге­мостаза);

• подозрение на достаточно выраженную гиперплазию эн­дометрия (по данным УЗИ более 10 мм);

• наличие в яичниках жидкостных включений диаметром больше 15 мм (по данным УЗИ);

• наличие выраженных поликистозных изменений яичников;

• УЗИ (размеры яичников больше 35\*20 мм с множеством фолликулов диаметром 7-8 мм и больше);

• неблагоприятный прогностический индекс ЛГ/ФСГ (ме­нее 0,5 и более 1).

Препаратами выбора гормональной гемостатической тера­пии являются комбинированные эстроген-гестагенные моно­фазные низкодозированные контрацептивы.

> Гемостаз комбинированными эстроген-гестагенными препаратами:

• *ригевидон, регулон, марвелон, минизистон, микрогинон, нордетте* по 1 таблетке через 1-1,5-2-3 ч под язык до оста­новки кровотечения, но не более 6 таблеток назначаются де­вушкам всех фенотипов;

• при обильном кровотечении и нарастающей анемизации, особенно у девушек гипоэстрогенного фенотипа, могут быть использованы высокодозированные препараты - *овидон, овулен, линдинол* или *нон-овлон* по 1 таблетке через 1-1,5-2-3 ч под язык до остановки кровотечения, но не более 4 таблеток.

После достижения гемостаза доза всех гормональных препа­ратов снижается не более чем на 1/3 в сутки, т.е. в последующие дни дозу снижают на 1 таблетку ежедневно, доведя до 1 таблет­ки, сохраняя ее до окончания курса лечения. Общая продолжи­тельность терапии - 21 день (считать с 1-го дня гемостаза).

> Эстрогеный гемостаз может быть рекомендован только при выраженной гипоэстрогении и отсутствии гиперпластиче­ских изменений в эндометрии (по данным УЗИ эндометрий - не более 6 мм).

Наиболее распространенная схема эстрогенного гемостаза: *микрофоллин форте* по 1/2 таблетки (0,025 мг) через 1 ч до ге­мостаза, но не более 2 таблеток (суточная доза 0,1 мг), снижая дозу по 1/2 таблетки в день. Продолжительность приема *микрофоллина* по 1/2 таблетки (0,025 мг) в течение 10-15 дней, за 3 дня до отмены эстрогенов назначают дюфастон по 20 мг (2 таблетки) в сутки в течение 10 дней.

> Гестагенный гемостаз не рекомендуется для остановки ювенильных кровотечений. В редких случаях возможно его при­менение при выраженных гиперпластических процессах в эндо­метрии (по данным УЗИ эндометрий - более 10 мм) и скудных кровянистых выделениях. При обильных и даже умеренных кро­вотечениях гестагены противопоказаны. Назначают *дюфастон* по 10 мг/сут или *норколут* по 5—10 мг/сут. Продолжительность курса лечения - 6-10 дней. Курсовая доза - 50-100 мг.

Противопоказания для гормонального гемостаза:

• наличие гиперкоагуляции по данным коагулограммы;

• тяжелые заболевания печени - острый или хронический персистирующий гепатит или цирроз печени.

При болезни Жильбера, идиопатической гиперхолестеринемии, дискинезии желчевыводящих путей гормональный ге­мостаз назначается с осторожностью (следует еще раз проана­лизировать все показания и противопоказания для его назначе­ния) в сочетании с гепатопротекторами (эссенциале, гепатил), желчегонными средствами и препаратами, снижающими уро­вень холестерина *(липостабил, мевакор, лескол* и др.).

*Хирургический гемостаз.* Иногда при ювенильных кровоте­чениях приходится прибегать к хирургическому гемостазу - выскабливанию эндометрия. Решение о необходимости данно­го метода лечения принимает консилиум врачей с письменного согласия близких родственников девочки.

Показания к раздельному лечебно-диагностическому вы­скабливанию слизистой матки и цервикального канала:

• профузные ювенильные кровотечения, угрожающие жиз­ни и здоровью, с выраженной анемизацией (снижение гемогло­бина до 70 г/л, гематокрита до 25% и ниже);

• рецидивирующие кровотечения при отсутствии эффекта от симптоматической и гормональной терапии;

• подозрение на наличие органической патологии эндоме­трия или матки (эхографическая толщина эндометрия - более 16 мм, неоднородность структуры эндометрия - подозрение на полипы, аденоматоз эндометрия).

Лечебно-диагностическое выскабливание производят толь­ко в условиях стационара под внутривенным обезболиванием, в асептических условиях, маленькой кюреткой, под контролем (по возможности) гистероксопа. Во избежание дефлорации предварительно обкалывают девственную плеву *лидазой* и *но­вокаином* (64 ед. *лидазы* и 5 мл *0,25% раствора новокаина).* Производится раздельное бережное выскабливание слизистой матки и цервикального канала с последующим гистологиче­ским исследованием соскоба.

Вакуум-аспирацию не использовать!

Контрольное диагностическое выскабливание после корри­гирующей гормональной терапии в течение 3 курсов на 24— 26-й день цикла производится только при наличии аденоматоза, аденоматозных полипов или атипической гиперплазии.

*Лечение осложнений ювенильных кровотечении. Антианеми­ческая терапия* зависит от степени анемизации больных с ЮК.

При легкой анемии (гемоглобин не менее 100 г/л, количе­ство эритроцитов - не менее 3 млн): *тотема* по 1 ампуле 1-4 раза в день, *мальтофер* по 1 таблетке 1 раз в день, *сорбифер* по 1 таблетке 1 раз в день, *феррум-лек* по 1 таблетке 2-3 раза в день и др.), витаминотерапия.

При анемии средней степени тяжести (кровопотеря до 15%, гемоглобин — 90—70 г/л) гемотрансфузия не проводится, пере­ливается криоплазма в дозе 5 мл/кг массы тела в сутки, *5—20% растворы альбумина* в дозе 100—400 мл/сутки, для полного восстановления ОЦК переливают коллоидные и кристаллоидные растворы *(реополиглюкин, реоглюсоль, ронферрин, жела-тиноль, полиоксидин, мафусол, раствор Рингера - Локка, лак-тосол, 5% раствор глюкозы).*

При анемии тяжелой степени (кровопотеря 15% и более, ге­моглобин ниже 70 г/л, гематокрит менее 38%) производится ге­мотрансфузия *эритроцитарной массы, эритровзвеси* в сочета­нии с препаратами крови *(криоплазма, альбумин, протеин).*

*Противовоспалительная терапия* назначается при ослож­нении ювенильного кровотечения воспалительными измене­ниями в половой системе:

• антибактериальная *(метронидазол* по 0,25 г 3-4 раза в сут­ки в течение 7-10 дней или *метрогил* по 100 мл внутривенно 1-2 раза в сутки в течение 3-5 дней и *доксщиклин* по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 5—7 дней или *макролиды* внутримы­шечно или внутривенно в зависимости от состояния больной и степени распространенности воспалительного процесса);

• дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия *(30% раствор натрия тиосульфата* по 10 мл 1 раз в сутки внутривенно, *реополиглюкин* — по 200—400 мл внутривенно ка-пельно, *5—10% раствора глюкозы* по 200-400 мл внутривенно капельно с *инсулином* 1 ЕД на 5 г сухой глюкозы, *5-20% рас­творы альбумина* в дозе 100-400 мл/сут и др.).

*Профилактика вторичных (постгеморрагических) коагулопатий:* назначаются только при отсутствии кровотечения антиагреганты — *витамин Е* по 100 мг/сут, *ацетилсалициловая кислота* по 0,2-0,35 г/сут, *индометацин —* по 0,25 мг/сут и пре­параты, улучшающие микроциркуляцию, — *трентал* по 100 мг 1-2 раза в сутки.

При ЮК в сочетании с болезнью Виллебранда назнача­ют *антигемофилъную плазму* или *криопреципитат* в дозе 15 ЕД/ кг массы тела 1 раз в 1-2 дня, *аминокапроновую кислоту* в дозе 0,2 г/кг массы тела в сутки. Данные препараты не рекомендуется применять с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами.

При ЮК в сочетании с тромбастенией назначают *аминока­проновую кислоту* по 0,2 г/кг массы тела в сутки — до 6 приемов, *витамины С, А, Р* (противопоказан витамин Вб), фитотерапию, 1% раствор АТФ по 2,0 мл внутримышечно в сочетании с *маг­ния тиосульфатом* по 0,5 г 3 раза в день, *дицинон —* по 2,0 вну­тримышечно 1-2 раза в сутки или по 1-2 таблетке 2-3 раза в сутки. Гемотрансфузии и переливания плазмы неэффективны.

Факторы, обусловливающие развитие ДВС-синдрома у больных ЮК:

• обильное кровотечение и геморрагический шок;

• массивные гемотрансфузии;

• инфекционные воспалительные изменения в половых органах;

• иммунные нарушения;

• лечение препаратами, вызывающими агрегацию тромбо­цитов, повышающими свертываемость крови и снижающими ее противосвертывающий и фибринолитический потенциал, особенно при их комбинированном применении.

Крайне редко, когда все известные методы гемостаза ока­зываются безрезультатны, с целью сохранения жизни больной приходится прибегать к *гистерэктомии.* Абсолютные показа­ния к этому методу хирургического лечения определяют толь­ко на консилиуме высококвалифицированных специалистов.

> II этап - амбулаторное лечение. Нормализацию функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы проводят не­гормональными средствами:

• соблюдение режима труда и отдыха, ликвидация отрица­тельных эмоций, сбалансированное питание, создание физиче­ского и психического покоя;

• седативная терапия (настой или настойка корня валериа­ны, пиона, препараты брома), курс лечения 1-1,5 месяца;

• витаминотерапия в циклическом режиме:

• с 5-го по 14-й день цикла: *фолиевая кислота* по 0,001 г 3 раза в день, *глютаминовая кислота* по 0,25 г 3 раза в день, *5% раствор витамина* В6 1,0 мг внутрь натощак 1 раз в день;

• с 16-го по 25-й день цикла: *аскорбиновая кислота* по 0,5 г 3 раза в день, *витамин Е* по 0,1 г 1 раз в день *5% раствор ви­тамина* В, 1,0 мг внутрь 1 раз в день;

• ноотропные препараты принимают в течение 1,5-2 меся­цев *(ноотропил* по 0,2-0,4 г 2-3 раза в сутки, *пикамилон* по 0,02-0,05 г 3 раза в сутки, *пантогам* по 0,25-0,5 г 3 раза в сут­ки, *глицин* по 1 таблетке 2-3 раза в сутки);

• препараты, улучшающие микроциркуляцию, принимают в течение 1-1,5 месяца *(кавинтон* по 5 мг 3 раза в сутки, *стугерон* по 25 мг 2 раза);

• физиотерапия (электрофорез на область шейных симпа­тических ганглиев с бромом и новокаином № 10 или электро­форез интраназально с кальцием или витамином В[ № 10);

• рефлексотерапия 2-3 курса по 10 сеансов (игло-, лазеро-, магнито-, электротерапия на точки акупунктуры);

• дегидратационная терапия;

• иммуномодулирующая терапия;

• антианемическая терапия.

*Корригирующая гормональная терапия.* Препараты выбо­ра - комбинированные эстроген-гестагенные низкодозирован­ные монофазные или трехфазные оральные контрацептивы (ОК) или комбинированные эстроген-гестагенные препараты для заместительной гормональной терапии (ЗГТ):

• низкодозированные монофазные ОК: *ригевидон, регулон микрогинон, марвелон, минизистон, минулет, нордетте, фемоден, жанин;*

*•* трехфазные ОК: *три-регол, триквилар, тризистон, три-мерси;*

*•* комбинированные эстроген-гестагенные препараты: *фемостон, климонорм.*

Гормональные контрацептивы и препараты для ЗГТ назна­чаются на II этапе лечения ювенильных кровотечений по кон­трацептивной схеме. Проводится 2—4курса терапии. Только при аденоматозе, аденоматозных полипах назначаются 6 кур­сов корригирующей гормональной терапии.

Микродозированные монофазные ОК *(новинет, линдинет 20, логест* и др.) назначают редко, только девушкам, живущим половой жизнью, «гиперэстрогенного» фенотипа, с избыточным питанием, «менструальный» возраст которых не менее 2 лет.

При абсолютной гиперэстрогении (эхографическая толщи­на эндометрия после псевдоменструации более 10 мм) назна­чают только чистые гестагены во 2-ю фазу менструального цикла. Используют *норколут* по 1-2 таблетке (5-10 мг) или *дюфастон* (10 мг) 1 раз в день с 16-го по 25-й день от начала менструальноподобной реакции или *утрожестан* по 1 капсу­ле (100 мг) 2 раза в день. Проводится 2-3 курса терапии.

Больным с выраженной гипоэстрогенией, особенно при «менструальном» возрасте менее 2 лет, на фоне гипоэстрогенной атрезии на ранних стадиях созревания фолликулов назна­чают циклическую гормональную терапию, так как примене­ние у них 2-4 курсов гормональной коррекции комбинирован­ными эстроген-гестагенными препаратами может вызвать раз­витие синдрома гиперторможения.

Циклическая терапия начинается с чистых эстрогенов в 1-ю фазу создаваемого цикла. Назначают: *микрофоллин форте* по 1/2-1 таблетке (0,025-0,05 мг) в сутки внутрь или фоллику­лин по 5000-10 000 ЕД в сутки внутримышечно с 5 по 15-18-й день цикла.

Для создания 2-й фазы цикла назначают чистые гестагены: *дюфастон* по 1 таблетке (10 мг) 1 раз в сутки внутрь с 16-го по 25-й день цикла, норколут по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки внутрь с 16-го по 25-й день цикла, *1%раствор прогестерона* по 1 мл внутримышечно 1 раз в день с 18-го по 25-й день цикла.

По данным В.Ф. Коколиной (1997), ранняя и своевременная патогенетически обоснованная терапия ювенильных маточных кровотечений у девочек-подростков способствует сохранению репродуктивной функции в дальнейшем у 93% пациенток.

1. **Список литературы**

* Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. С-Пб.: 1998.
* Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. М.: 2001.
* Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. М.: 2003.
* Гинекология. Под ред. Занько С.Н. В.: 2008.