

# АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ (тези лекції)

Т.В. Герасимова

Кафедра акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

## Резюме

У лекції представлені матеріали останніх досліджень і клінічних спостережень з аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду (АМК ПП), надані рекомендації щодо діагностики і лікування цих порушень в адаптації до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016, пропонуються для обговорення деякі з питань стосовно як методів діагностики, так і терапії I та II ряду при АМК ПП.

## Ключові слова

Аномальні маткові кровотечі, пубертатний період, діагностика, терапія, Уніфікований клінічний протокол.

## Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду\*

**Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК ПП)** — це кровотечі у період статевого дозрівання, обумовлені порушенням відторгнення ендометрія.

### Симптоми АМК ПП

- тривалі кров'яністі виділення понад 7-8 днів
- крововтрата більше ніж 100-120 мл на добу
- різний інтервал між кровотечами

\* Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.

## Епідеміологія

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. на розлади менструального циклу (МЦ) вперше захворіло 17833 дівчат підліткового віку (15-17 років) або 29,11 на 1000 дівчат-підлітків.

**Частота АМК ПП** серед гінекологічних захворювань дитячого та підліткового віку коливається від **20** до **37%** і складає понад **50%** серед усіх звернень до дитячого гінеколога.

## Класифікація АМК згідно з клінічним протоколом\*

**Хронічна АМК** — аномальна за об'ємом, регулярністю та частотою маткова кровотеча, яка спостерігається протягом останніх 6 місяців поспіль.

Як правило, не потребує негайного лікарського втручання.

**Гостра АМК** — це епізод настільки масивної кровотечі, що дає лікарю достатні підстави для термінового втручання з метою попередження подальшої крововтрати.

Може виникнути гостро вперше або на тлі давно існуючої хронічної АМК.

**Тяжка менструальна кровотеча (ТМК)** — це менструальна крововтрата, об'єм якої перевищує 80 мл протягом одного МЦ, впливає на фізичний та емоційний стан жінки, а також соціальні та матеріальні аспекти життя. ТМК може бути самостійною або поєднуватись з іншими симптомами.

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.

**Категорії АМК ПП (FIGO, 2009 р.)\***

- Обумовлені патологією матки
- Не пов'язані з патологією матки
- Ановуляторні кровотечі
- Пов'язані з ятрогенними чинниками
- Нез'ясовної етіології

\* XIX Всесвітній конгрес акушерства та гінекології Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (FIGO), Кейптаун, 2009.

Затвердженою МОЗ України класифікацією порушень менструальної функції є **Міжнародна класифікація хвороб-10 (МКХ-10)**.

Відповідають поняттю АМК стани, передбачені пунктами МКХ-10\*

- N92 (92.0-92.6, 92.8)
- N93 (93.0, 93.8, 93.9)
- N95.0

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.

У зв'язку з необґрунтованістю і суперечливістю багатьох причин АМК, поєднанням декількох причин у однієї й тієї ж пацієнтки, FIGO прийняла нову систему класифікації PALM/COEIN для визначення причин АМК, не пов'язаних із вагітністю, та для створення робочого діагнозу.

**Класифікація АМК PALM/COEIN\***

Структурні	Неструктурні
<b>P</b> — поліпи	<b>C</b> — коагулопатія
<b>A</b> — аденоміоз	<b>O</b> — порушення овуляції
<b>L</b> — лейоміома	<b>E</b> — патологія ендометрія
<b>M</b> — злоякісні пухлини, гіперплазія	<b>I</b> — ятрогенні
	<b>N</b> — некласифіковані

Наявність конкретної причини — 1,  
відсутність конкретної причини — 0

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.

**Абревіатури АМК ПП для робочого діагнозу**

Причини АМК ПП — переважно розлади овуляції, обумовлені незрілістю регуляторних процесів	АМК ПП P0 A0 L0 M0 / C0 O1 E0 I0 N0
Кровотечі з менархе в 70% пов'язані з коагулопатичними розладами	АМК ПП P0 A0 L0 M0 / C1 O0 E0 I0 N0
Деякі МК можуть бути пов'язані з використанням лікарських засобів	АМК ПП P0 A0 L0 M0 / C0 O0 E0 I1 N0

**АМК. Код за МКХ-10\***

<b>N 92.</b>	Надмірна, часта та нерегулярна менструація
<b>N 92.0</b>	Надмірна і часта менструація з регулярним циклом
<b>N 92.1</b>	Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом
<b>N 92.2</b>	Надмірна менструація в період статевого дозрівання
<b>N 92.3</b>	Овуляторна кровотеча
<b>N 92.4</b>	Надмірна кровотеча в пременопаузальний період
<b>N 92.5</b>	Інша уточнена нерегулярна менструація
<b>N 92.6</b>	Нерегулярна менструація, неуточнена
<b>N 92.8</b>	Дисфункціональна маткова кровотеча
<b>N 93.</b>	Інші патологічні кровотечі з матки та вагіни
<b>N 93.0</b>	Кровотеча після і під час статевого контакту
<b>N 93.8</b>	Інша уточнена аномальна маткова і вагінальна кровотеча
<b>N 93.9</b>	Аномальна маткова та вагінальна кровотеча, неуточнена
<b>N 95.0</b>	Кровотеча в постменопаузі

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.

**Клінічні варіанти АМК ПП\***

- Менорагія (поліменорея)
- Метрорагія
- Менометрорагія
- Надмірна маткова кровотеча (МК) з менархе

\* Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.

**Етіологія**

Етіологія АМК ПП пов'язана з віковою нестійкістю регуляторних механізмів ендокринної системи та високою чутливістю її до різних несприятливих впливів у період статевого дозрівання.

**Чинники, які сприяють виникненню АМК ПП:**

- патологічний антенатальний період
- інфекційні захворювання
- хронічні соматичні захворювання
- стрес
- патологія ендокринних залоз

**Параметри менархе\***

- Менархе виникає при досягненні «критичної» маси тіла — 45-47 кг
- Вік менархе коливається в межах 11-14 років
- Середній вік настання менархе — 13 років; фізіологічні варіації у вікових межах від 10 до 15 років
- Від телархе до менархе минає в середньому 2-3 роки
- Поняття «гінекологічний вік» — роки, які минули після появи менархе

\* Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.

**Діагностика**

Анамнез

Клініко-лабораторне обстеження

УЗД

**Параметри МЦ у пубертатному віці\***

Параметри	Кількісні характеристики
Інтервал	28-30 днів
Тривалість кровотечі	3-5 (max 7) днів

- У 80% дівчат-підлітків менструації одразу стають регулярними, переважна кількість МЦ — ановуляторні
- У третини дівчат у перші 3-5 років після менархе МЦ характеризується недостатністю жовтого тіла (НЛФ)
- Перша овуляція є кульмінаційним періодом пубертатогенезу, але не означає статевої зрілості

\* Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.

**Анамнез**

Історія захворювання

Дані про антенатальний, дитячий, препубертатний періоди

Соматичні захворювання

Менархе та можливі відхилення

Запальні захворювання органів малого таза (ОМТ)

Прояви хвороби, які вказують на системні причини кровотечі

Психічний стрес, психоемоційне перенапруження

Професійні зайняття спортом

Незбалансоване харчування

Сімейний анамнез і наявність спадкових захворювань

**Стандартизований підхід до опитування пацієнтки\***

- Чи впливає менструація на вашу щоденну активність?
- Чи доводиться вам міняти засоби гігієни вночі?
- Чи знаходяться у виділеннях великі згустки крові (>1 см)?
- Чи відчуваєте ви слабкість, задишку, підвищену втомлюваність?
- Чи ставили коли-небудь діагноз анемії?

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.



### Самооцінка обсягу крововтрати (пиктограма\*)

- Візуально-аналоговий метод оцінки обсягу менструальної крововтрати за об'ємом крові на гігієнічній прокладці — денний та нічний, тампони та за виділеннями в туалеті — метод суб'єктивний



- Ступені обсягу крововтрати представлені в пиктограмі протоколу АМК

\* Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Аномальні маткові кровотечі, № 353 від 13.04.2016.

### УЗД при АМК ПП

УЗД ОМТ

УЗД ШЗ

Додатково: УЗД МЗ, УЗД ОЧП

#### Ехографія ОМТ:

Матка	форма, розміри, структура
Ендоетрій	d, рівномірність, ехогенність
Яєчники	структура, розміри, об'єм, d капсули

Виключення вагітності

**Фізикальне обстеження** проводиться з метою співставлення ступеня фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахуванням психологічних особливостей.

### Психологічні особливості пацієнтки з АМК ПП\*

- Гіпоестрогенний тип — тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та бажання перевершувати оточуючих у всьому (перфекціонізм)
- Нормоестрогенний тип — гармонічний фізичний та статевий розвиток, схильність до тривожно-депресивних психічних розладів
- Гіперестрогенний тип — дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку

\* Уварова Е.Н. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репрод. здоровье детей и подростков / Под ред. проф. Е.Н. Уваровой. — 2013. — № 13.

### При диференційній діагностиці АМК ПП слід виключити

Травматичне ушкодження статевих органів та чужорідне тіло в піхві

Артеріовенозну мальформацію матки

Дефекти згортаючої системи крові (тяжкі кровотечі при менархе у 48% пов'язані з гематологічними розладами)

Поліпи сечівника, кровотечі з прямої кишки

Стани, пов'язані з вагітністю

Пухлини стінок піхви та шийки матки

### Лабораторна діагностика

Загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити)

Гемостазіограма (АЧТЧ, ПІ, фібриноген, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегація тромбоцитів, РФМК, АЧР)

Біохімічний аналіз крові

Визначення в сироватці крові β-ХГЛ у сексуально активних підлітків

Бактеріоскопічне дослідження, ПЛР-діагностика інфекційних захворювань статевих шляхів

Обстеження на гельмінтоз

### Додаткові методи дослідження для диференційної діагностики

Вагіноскопія

Діагностична гістероскопія і вишкрібання порожнини матки: у підлітків використовується зрідка, в основному при виявленні ехографічних ознак поліпів ендометрія

При тяжких кровотечах, особливо при їхньому повторенні, залучити для повноцінного обстеження лікарів-гематологів з метою виключення хвороби фон Віллебранда, дефіциту чинників згортання крові VII, XI або XIII, носійства гена гемофілії А або В

\* Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.

При вагінальній кровотечі у дівчат віком до 9 років виключити структурну патологію статевих органів, у подальшому обстеження проводити для діагностики передчасного статевого розвитку, лікування згідно з відповідним протоколом

### Порушення гормонального гомеостазу при АМК ПП

Дискоординація функції яєчників та гіпоталамо-гіпофізарного комплексу

Порушення рецепторного апарату ендометрія

Недостатність стероїдогенезу в яєчниках:

функціональна незрілість гранульозних клітин

недостатня рецептивність (чутливість) яєчників до гонадотропінів

### Дискоординація регуляції МЦ

Центральний генез	Тривала висока секреція ФСГ при різноамплітудній секреції ЛГ гальмує вибір і розвиток домінантного фолікула, призводить до постійного функціонування декількох фолікулів. Формуються мультифолікулярні або полікістозні яєчники
Периферичний генез	При збільшенні естрогенів немає зменшення секреції ФСГ, це стимулює зростання та розвиток декількох фолікулів або персистенцію фолікула, або утворення функціональної кісти

### Порушення відшарування ендометрія

Ановуляція або НЛФ призводять до тривалого впливу естрогенів на ендометрій; за відсутності прогестерону або при його недостатності немає умов для повноцінного відшарування функціонального шару

Ендометрій постійно зростає, на окремих ділянках виникає порушення трофіки з наступним локальним його відторгненням та кровотечею

Гіпоплазія матки та незрілість її скоротливої функції сприяє тривалій кровотечі

### Стан яєчників при АМК ПП



Персистенція фолікула або фолікулів

Атрезія фолікулів

Недостатність лютеїнової фази (НЛФ)

### Гомеостаз в ендометрії –

складний збалансований процес між

З одного боку	<ul style="list-style-type: none"> <li>• агрегацією тромбоцитів</li> <li>• утворенням фібрину</li> <li>• вазоконстрикцією</li> <li>• регенерацією тканин</li> </ul>	Сприяє зупинці кровотечі
З іншого боку	<ul style="list-style-type: none"> <li>• пригніченням тромбоцитів простагландінами</li> <li>• вазодилатацією</li> <li>• фібринолізом</li> </ul>	Обумовлює продовження кровотечі

Кровотеча зупиняється при перевазі першого процесу над другим



### Напрямки лікування

Зупинка кровотечі

Антианемічна терапія

Корекція психічного статусу

Корекція МЦ і стану ендометрія

### Показання до госпіталізації

- Профузна маткова кровотеча
- Загрозливе зниження гемоглобіну (<70-80 г/л) і гематокриту (<20)
- Необхідність хірургічного лікування та гемотрансфузії
- АМК на тлі ендометриту
- МК при порушенні коагуляційних властивостей крові

### Терапія I вибору

Інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

Транексанова кислота	в/в 15 мг на 1 кг маси тіла впродовж першої години терапії, потім крапельне введення 1 г/год протягом 8 годин, сумарна доза не повинна перевищувати 6 г; можливе профілактичне використання <i>per os</i> 1 г × 4 р./добу з 1-ї по 4-у добу МК.
----------------------	---

Всесвітня Федерація Гемофілії рекомендує призначення транексаму за 1-2 дні до початку МК усім дівчатам із гемофілічними розладами

Амінометилбензойна к-та

Амінокапронова к-та

### Транексам для профілактики та лікування кровотечі без ризику тромбозів

- Транексам є ефективним як у лікуванні, так і в профілактиці АМК на тлі недостатності лютеїнової фази МЦ при синдромі непереносимості гестагенів у пацієнок репродуктивного віку.
- Профілактичне застосування Транексаму з першого дня менструального циклу в жінок з АМК забезпечує не тільки зменшення крововтрати й стабілізацію менструальної функції, але й значно покращує психоемоційний стан.

### Нестероїдна протизапальна терапія

НПЗ*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ібупрофен 400 мг × 3 р./добу</li> <li>• мефенамінова к-та 200 мг × 4 р./добу</li> <li>• німесулід 50 мг × 4 р./добу</li> </ul>
------	---

За рахунок пригнічення активності циклооксигенази НПЗ-терапія регулює метаболізм арахідонової к-ти, знижує продукцію простагландинів і тромбоксанів, призначається на 4-5-у добу гемостатичної терапії з використанням транексаму

\* використовують один із препаратів, який підбирають індивідуально

### Антибактеріальна терапія

При продовженні кровотечі понад 10 днів або при виникненні АМК на тлі респіраторних або інших соматичних запальних захворювань необхідна антибактеріальна терапія як терапія I ряду. Проводиться антибіотиками широкого спектра дії парентеральним шляхом

#### Симптоматична терапія

- Седативна терапія
- Препарати кальцію
- Вітамінотерапія
- Гепатопротектори
- Фіто- та гомеопатична терапія



## Фітотерапія

При АМК під час проведення обстеження та симптоматичної гемостатичної терапії доцільно підключити фітотерапевтичні засоби, прийняті в доказовій медицині, які не мають серйозних побічних ефектів, притаманних синтетичним лікарським засобам, дозволяють зменшити «хімічне» навантаження на організм, коригувати гормональний баланс. У пубертатний період слід надати перевагу використанню таких препаратів

**З метою гемостазу можливе застосування:**

↓ ↓ ↓ ↓  
Мастодинон Мулімен Гінекохель Ременс

## Гормональний гемостаз

Критерії призначення	Тяжкість кровотечі
	«Гінекологічний» вік
	Тривалість та інтенсивність кровотечі (з вторинною анемією)
	Відсутність ефекту від симптоматичної терапії
ВИБІР гормонального гемостазу	d ендометрія: при УЗ-ознаках гіперплазії ендометрія ( $d \geq 10$ мм) або гіпоплазії ендометрія ( $d < 7$ мм)
	Монофазні КОК Гестагенні препарати

Для встановлення балансу статевих гормонів при гіперестрогенних АМК ПП, гіперплазії ендометрія, мастодинії/масталгії пубертатного періоду доцільне застосування Мастодинону.

**Широкий спектр дії препарату обумовлений його складом:**

- *Лілея тигрова* — при болісних менструаціях, підвищеному нервово-психічному збудженні
- *Фіалка альпійська (цикламен)* — при головному болю, лабільності нервової системи
- *Ірис сибірський* — для лікування мігрені
- *Прутьяк звичайний* — при болю в МЗ, кровотечах
- *Грудошник гіркий* — при вегето-судинній дисфункції
- *Стеблolist василістникоподібний* — при менструальних розладах, кровотечах

## Монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК)\*

КОК	етинілестрадіол — гемостатичний ефект	
	прогестагени — стабілізація строми і базального шару ендометрія	
Використовують тільки монофазні КОК!!!		
Найбільш типова СХЕМА:	1-й день	1 т. × 4 р./добу
	2-4-й день	1 т. × 3 р./добу
	5-6-й день	1 т. × 2 р./добу
	у подальшому	1 т. × 1 р./добу
Тривалість лікування від 1-го прийому КОК — 21 доба		

\* доцільно при d ендометрія < 8 мм

Використання Мастодинону дозволяє збалансувати статеві гормони, пригнітити гіперпроліферативні процеси, зменшити прояви ендометриу, нормалізувати психоемоційний стан, усунути прояви мастодинії/масталгії.

**Режим застосування:**

по 30 крап. (1 т.) × 2 р./добу, 2-3 міс. безперервно, у подальшому з 16-ї по 28-у добу МЦ по 30 крап. (1 т.) × 1 р./добу × 3-6 міс.

**НЕБАЖАНО ЗАСТОСОВУВАТИ:**

- при гіпоплазії ендометрія ( $d < 7$  мм)
- при гіпоестрогеніях та низьких рівнях пролактину
- при олігоменореї

## Гестагенні препарати

**При кровотечах на тлі гіперплазованого ендометрія доцільне використання пероральних прогестинів (норетистерон)**

Найбільш типова СХЕМА:

1-й день	5 мг × 4 р./добу
2-4-й день	5 мг × 3 р./добу
5-20-й день	5 мг × 2 р./добу
При нормальному d ендометрія (9-12 мм) можливе застосування гестагенів із метою трансформації ендометрія та його відшарування: дідрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний протягом 10-14 днів	

### Профілактика та лікування залізодефіцитної анемії

Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія», наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709

#### 4.9. Лікування

Лікування проводиться, як правило, за допомогою препаратів заліза для перорального застосування (перевага надається препаратам двовалентного заліза).

Дієтичні добавки, комплекси полівітамінів та мінералів не застосовуються для лікування залізодефіцитної анемії

[http://www.dec.gov.ua/mtd/\\_zda.html](http://www.dec.gov.ua/mtd/_zda.html)

### Хірургічне лікування –

лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки\*

#### ПОКАЗАННЯ

- Профузна маткова кровотеча, яка загрожує життю
- Виражена вторинна анемія тяжкого ступеня (гемоглобін 70г/л та нижче, гематокрит до 20%)
- Підозра на наявність патологічних змін структури ендометрія (поліп ендометрія)

\* за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або ex consilium

### Профілактика та лікування залізодефіцитної анемії



#### Гіно-тардиферон

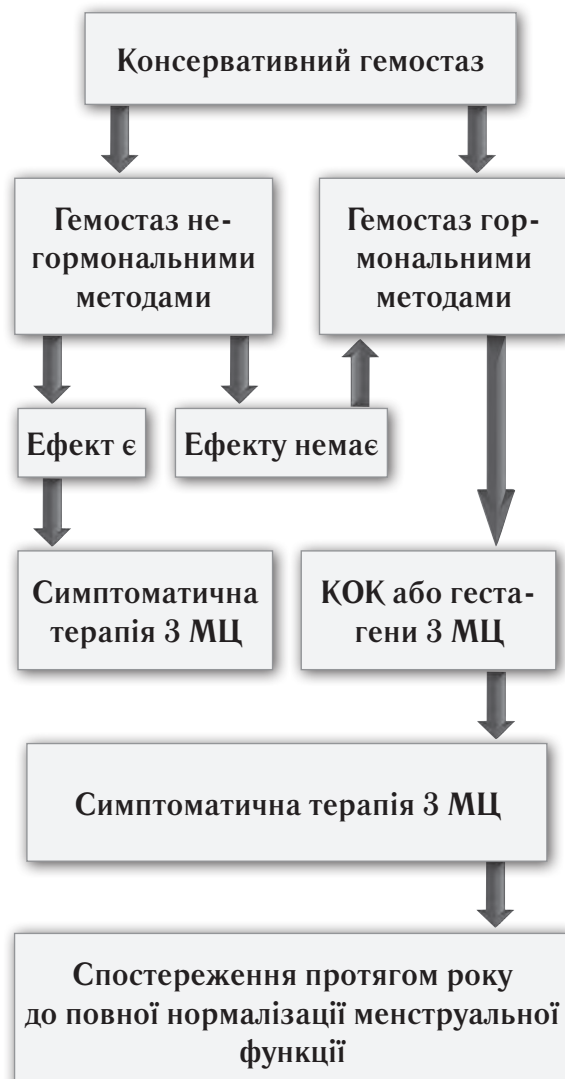
- Сульфат заліза (II) 80 мг
  - Фолієва кислота
  - Мукопротеоза + еудрагіт
  - Вітамін С
- 1 таблетка на добу\*

\* 2 таблетки при тяжкій анемії

- Гіно-тардиферон має пролонговане вивільнення заліза, це сприяє стабілізації рівня заліза протягом доби
- При гіперполіменореї для профілактики анемії рекомендується по 1 т. × 1 р./добу з 1-го дня МЦ × 15-20 діб
- При АМК з анемізацією по 1 т. × 1 р./добу × 3 міс.

Критерієм правильного вибору ferrі-терапії є ретикулоцитарний криз, тобто трикратне підвищення кількості ретикулоцитів на 7-10-й день лікування. Тривалість терапії – від 1 до 3 місяців

### Алгоритм протирецидивної терапії АМК ПП





### Критерії вибору протирецидивної фітотерапії

КРИТЕРІЇ	«Гінекологічний» вік менше ніж 1 рік	
	Хронічна АМК	
ПОКАЗАННЯ	Достатня ефективність зупинки кровотечі симптоматичними засобами	
	Прискорене телархе, гіперпролактинемія, мастодинія, гіперплазія ендометрія	Мастодинон
	Гіпоестрогенні стани	Мулімен Ременс
	Для створення двофазного циклу або підтримки ЛФ	Циклодинон

Препаратами першої лінії при лікуванні АМК ПП є поєднання антифібринолітиків і фітотерапевтичних засобів широкого спектра дії

На тлі використання фітотерапії обсяг і тривалість гормонотерапії при АМК ПП значно зменшуються

### Критерії вибору протирецидивної гормонотерапії

КРИТЕРІЇ	Недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії
	Рецидиви кровотеч
	Залізодефіцитна анемія
	«Гінекологічний» вік більше ніж 1 рік

### ЦИКЛОДИНОН

Монокомпонентний рослинний засіб із сухого екстракту плодів Прутняка звичайного (Вітекса священного), який містить активну субстанцію ВНО 1095, позбавлену небажаних ефектів

- Сприяє ритмічній продукції та нормалізації співвідношення гонадотропних гормонів
- Ці процеси сприяють відновленню лютеїнової фази МЦ
- Впливає на рівень Прл, що сприяє регресу гіперпластичних сполучно-тканинних утворень у МЗ, міометрії

Властивість Циклодинону відновлювати та підтримувати лютеїнову фазу МЦ дозволяє використовувати цей препарат у протирецидивній терапії АМК ПП та порушеннях менструальної функції в період статевого дозрівання при функціональній гіперпролактинемії

Доцільно призначати Циклодинон на другому етапі лікування АМК ПП, тобто для формування двофазного циклу. Враховуючи сезонність порушень МЦ, із профілактичною метою Циклодинон слід застосовувати в осінньо-весняний період: жовтень—листопад, березень—квітень при тенденції до ГПРЛ (Прл  $\geq$  16 нг/мл)

**Режим застосування:** по 40 крап. (1 т.)  $\times$  1 р./добу  $\times$  3 міс. безперервно, у деяких випадках продовжити приймання до 4 міс.

### Протирецидивна терапія АМК ПП за допомогою КОК

ПОКАЗАННЯ	ДОЗУВАННЯ
Після зупинки АМК за допомогою монофазних КОК — продовжити призначення цих препаратів	протягом 3 МЦ
У першому циклі відміни КОК — фітотерапевтичний засіб і гестагени (критерій призначення — d ендометрія)	з 14-ї доби МЦ $\times$ 10 діб

### Критерії ефективності лікування АМК ПП

- Нормалізація менструальної функції протягом року
- Відсутність рясних і тривалих кровотеч під час менструації
- Відсутність больового синдрому під час менструації
- Відсутність патологічних змін при УЗД ОМТ



### Перелік скорочень термінів

АМК — аномальні маткові кровотечі  
 АМК ПП — аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду  
 АЧР — активований час рекальцифікації  
 АЧТЧ — активований частковий тромбопластиновий час  
 ГПРЛ — гіперпролактинемія  
 КОК — комбіновані оральні контрацептиви  
 ЛГ — лютеїнізуючий гормон  
 ЛФ — лютеїнова фаза  
 МЗ — молочні залози  
 МК — маткова кровотеча  
 МОЗ — Міністерство охорони здоров'я  
 МЦ — менструальний цикл  
 МКХ — Міжнародна класифікація хвороб  
 НЛФ — недостатність лютеїнової фази  
 НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби  
 ОМТ — органи малого таза  
 ОЧП — органи черевної порожнини  
 ПІ — протромбіновий індекс  
 Прл — пролактин  
 ПРЛ — полімеразна ланцюгова реакція  
 РФМК — розчинні фібриномономерні комплекси  
 ТМК — тяжка менструальна кровотеча  
 УЗД — ультразвукове дослідження  
 ФСГ — фолікулоstimулюючий гормон  
 ЩЗ — щитоподібна залоза  
 β-ХГЛ — β-хоріонічний гонадотропін людини

*Надійшла до редакції 12.05.2016 р.*

### Список використаної літератури

1. Альманах репродуктивного здоров'я. Репродуктивна ендокринологія / За ред. В.М. Запорожана, Т.Ф. Татарчук. — К., — 2015.
2. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до менопаузы. — М.: МЕДпресс-информ, 2007 — 512 с.
3. Кроненберг Генри М., Мелмед Шломо, Полонский Кеннет С., Ларсен Рид П. Эндокринология по Вильямсу. — М.: РидЭЛСИВЕР, 2011. — 416 с.
4. Гінекологія дитячого і підліткового віку / Підручник за ред. проф. І.Б. Вовк, проф. О.М. Юзька, проф. В.П. Вдовиченка. — К.: ВСВ Медицина, 2011. — 424 с.
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. — СПб.: Фолиант, 2000. — 573 с.
6. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога / За ред. проф. О.В. Голяновського. — К., 2013.
7. Материалы ВОЗ: ежегодный «Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2015 году».
8. Матеріали ХІХ Всесвітнього конгресу акушерства та гінекології Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (FIGO), Кейптаун, 2009.
9. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія».
10. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі».
11. Національний конценсунс щодо ведення пацієнтів із аномальними матковими кровотечами Асоціації Гінекологів-ендокринологів України. Репродуктивна ендокринологія. 2015. — 1 (21). — С.8-12.
12. Уварова Е.Н. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода // Репрод. здоровье детей и подростков / Под ред. проф. Е.Н. Уваровой. — 2013. — № 13.

## Abnormal uterine bleeding in puberty (lecture theses)

**T.V. Herasymova**

### Summary

The lecture presents the recent studies and clinical observations of the abnormal uterine bleeding in puberty (AUBP). The recommendations on the diagnosis and treatment of these disorders under the Unified Clinical Protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care: Abnormal Uterine bleeding, # 353, 13/04/2016 are made. Some of the issues concerning both the methods of diagnosis and the first and the second line therapy of AUBP are offered to discuss.

**Keywords:** abnormal uterine bleeding, puberty, diagnosis, therapy, unified clinical protocols.