

Персонализированный подход к диагностике и лечению нарушений менструального цикла у подростков



Бугрова Е.В., 2018 год

Что такое норма?

Понятие регулярного цикла у подростков

- С менархе до возраста 18 лет нормальным считается менструальный цикл, продолжительностью от 21 до 45 дней, длительностью менструального кровотечения от 4 до 8 дней и менструальная кровопотерей – от 5 до 80мл
- Многие подростки имеют нерегулярные менструации в течение 2-3 лет после менархе, что требует выявления причин нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений (А).

Классификации НМЦ (Олиго- и аменорея)

1. По этиологии

- Физиологическая
- Патологическая

2. По времени возникновения

- Первичная
- Вторичная

3. Патогенетическая

- Нормогонадотропная
- Гипергонадотропная (овариальные)
- Гипогонадотропная (центрального генеза)
- Гиперпролактинемические
- Дисфункциональные с клиникой гиперандрогении

- Последний этап созревания механизма регуляции менструальных циклов – это созревание гипоталамо-гипофизарного центра регуляции репродуктивной системы
- Именно это звено регуляции менструального цикла у девочек-подростков является незрелым длительный период времени
- Процесс формирования последнего этапа механизма регуляции менструального цикла завершается приблизительно в 19-20 лет.



*Практическая гинекология
Лихачев В.К. 2007 г*

Выделяют три группы стрессовых факторов, служащих причиной НМЦ

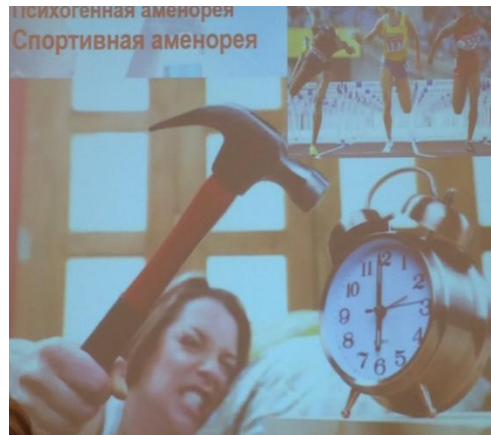
- Физические: занятия спортом, чрезмерные мышечные нагрузки, операции, травмы, смена часовых и климатических поясов и др.
- Метаболические: переедание и недоедание, несбалансированное питание, употребление алкоголя или наркотиков, применение некоторых лекарственных препаратов
- Психологические: эмоциональный стресс, чрезмерные умственные нагрузки, изменение семейного или социального статуса и другие психологически значимые события в жизни

НМЦ, Гипоменструальный синдром

Уровень поражения	Причины	Частота(%)
Гипоталамус	Аномальная масса тела	15
	Спорт	10
	Стресс	10
	Опухоли	<1
Гипофиз	Пролактинома	18
	«Пустое турецкое седло»	1
	Синдром Шихана	<1
	АКТГ-секретирующая аденома (Б-нь Кушинга)	<1
Яичники	СИЯ, аутоимунное поражение	10
	СПКЯ	30
	Опухоли	<1
Матка	С-м Ашермана	5
Надпочечники	ВДКН «Стертая» форма	<1
Щитовидная железа	Гипер- или гипотиреоз	<1

- **Аменорея на фоне анорексии – частота 15%**
- **Психогенная аменорея – частота 10%**
- **Спортивная аменорея – частота 10%**

Не корректируются гормонами (!), пока имеет место
этиологический фактор.



Диагностика НМЦ

- УЗИ (обязательно соотносить с днем цикла)
 - Размеры матки
 - Структура миометрия
 - Толщина и структура эндометрия
 - Размеры яичников
 - Диаметр и количество фолликулов
 - Структура яичников (кисты, желтое тело, эндометриоз)
 - Наличие объемных образований в малом тазу
- Гормональные исследования (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, ТЗ, Т4, АМГ, АТ к ТПО, Тсв, ТНТ, ДАЭС, 17-гидроксиПРГ, А4, Кортизол, ПРГ)
- Методы функциональной диагностики (чаще графики базальной температуры для определения длительности 2 фазы)

Рациональное назначение гормональной диагностики при различных формах НМЦ

- АМК – при отсутствии сопутствующих патологических симптомов не информативно
- Аменореи (I и II) – ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ
- НМЦ (олигоменорея) без клинических симптомов ГА – ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ, АТ к ТПО, ТЗ, Т₄св.
- НМЦ с клиническими симптомами ГА - ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АМГ, АТ к ТПО, Тсв, ДГЭС, 17-ОН-прогестерон, А4, кортизол

Лечение олиго- и аменореи центрального генеза необходимо начать с:

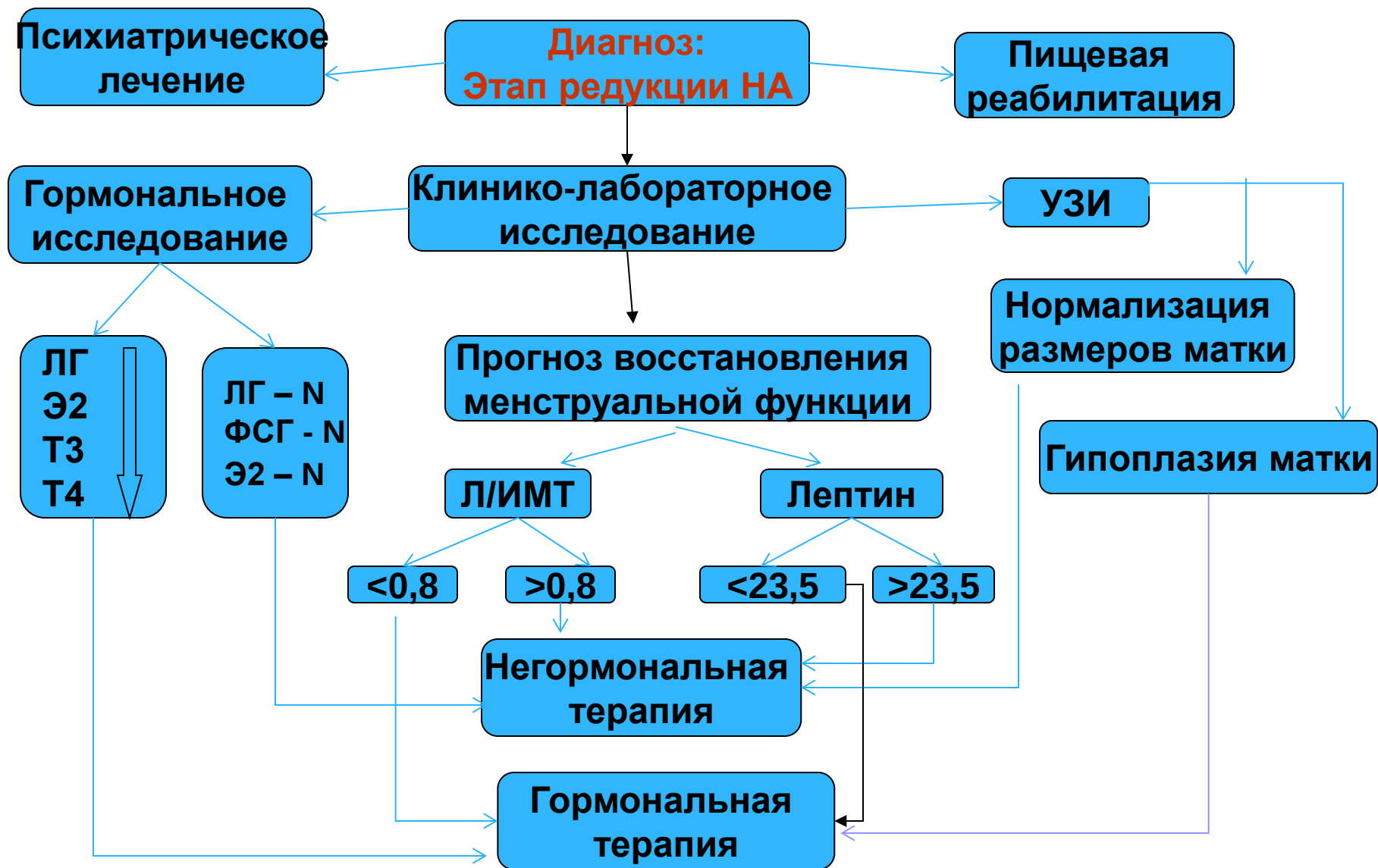
1 этап (3 месяца):

- Коррекции расстройств пищевого поведения и назначения психотропных средств (психиатр, диетолог)
- Коррекции физических нагрузок
- Изменение образа жизни, седативная терапия

2 этап (минимально 6 месяцев):

- Коррекция гипопластических изменений матки и яичников
- Восстановление менструальной функции

Алгоритм обследования и лечения пациенток на этапе редукции (3 месяца от начала лечения)



Негормональная терапия

- ЦВТ
- Фитоэстрогены
- Мастодинон
- Массаж трусиковой зоны, ШВЗ
- Физиолечение
- ИРТ
- Витамины группы А, Е
- Элькар
- Прочие

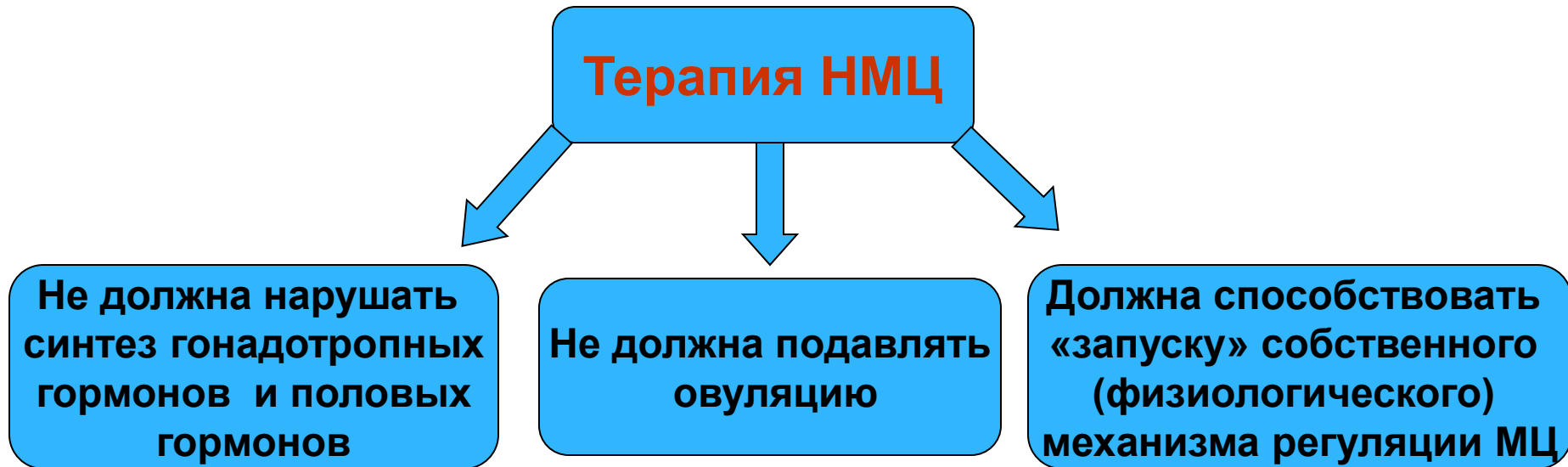
ISGE – international society of gynecological endocrinology

Anorexia nervosa – treatment (ISGE 2014):

Oral hormonal contraceptive therapy

NO

2 этап: Пациентки с НМЦ нуждаются в патогенетической обоснованной терапии



Чтобы добиться регулярного МЦ, важно не подавить выработку собственных гормонов и овуляцию

ЗГТ для подростков (эстрадиол – трансдермально («Эстрожель») + микрогенизированный прогестерон – per os)

Langrish et al, 2009

Э2 0,75мг
(1/2 дозы)
1 неделя

Э2 1,5 мг (1 доза)
2-я неделя

Э2 1,5мг (1 доза)
3-я неделя

Э2 1,5мг (1 доза)
4-я неделя

Утрожестан 100мг(200мг) x 2 раза
с 17 по 26-й день лечебного цикла

Panay et al, 2009

Э2 – 0,75мг
3 недели

Утрожестан 100мг x 2 раза в день
с 19 по 26-й день цикла

Gogotadthe I.N,
2017

Э2 – 0,75 – 1,5мг до
толщины М-эхо 8мм

Подключение **Утрожестана** по 100мг x 2 раза в день
на 10 дней

Эстрогель. Флакон с помпой-дозатором



Инновационная форма выпуска – флакон с помпой-дозатором – это удобство и точность дозирования

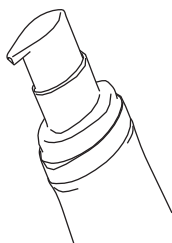
1 суточная доза (2,5 г геля):

2 нажатия на помпу-дозатор = 1,5 мг эстрадиола

или

0,5 суточной дозы (1,25 г геля):

1 нажатие на помпу-дозатор = 0,75 мг эстрадиола



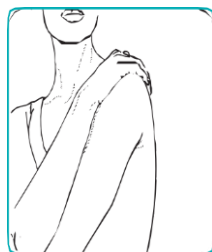
Гель наносят тонким слоем на кожу живота, поясничной области, плеч или предплечий 1 раз в день.

Площадь нанесения должна быть не менее площади 2 ладоней

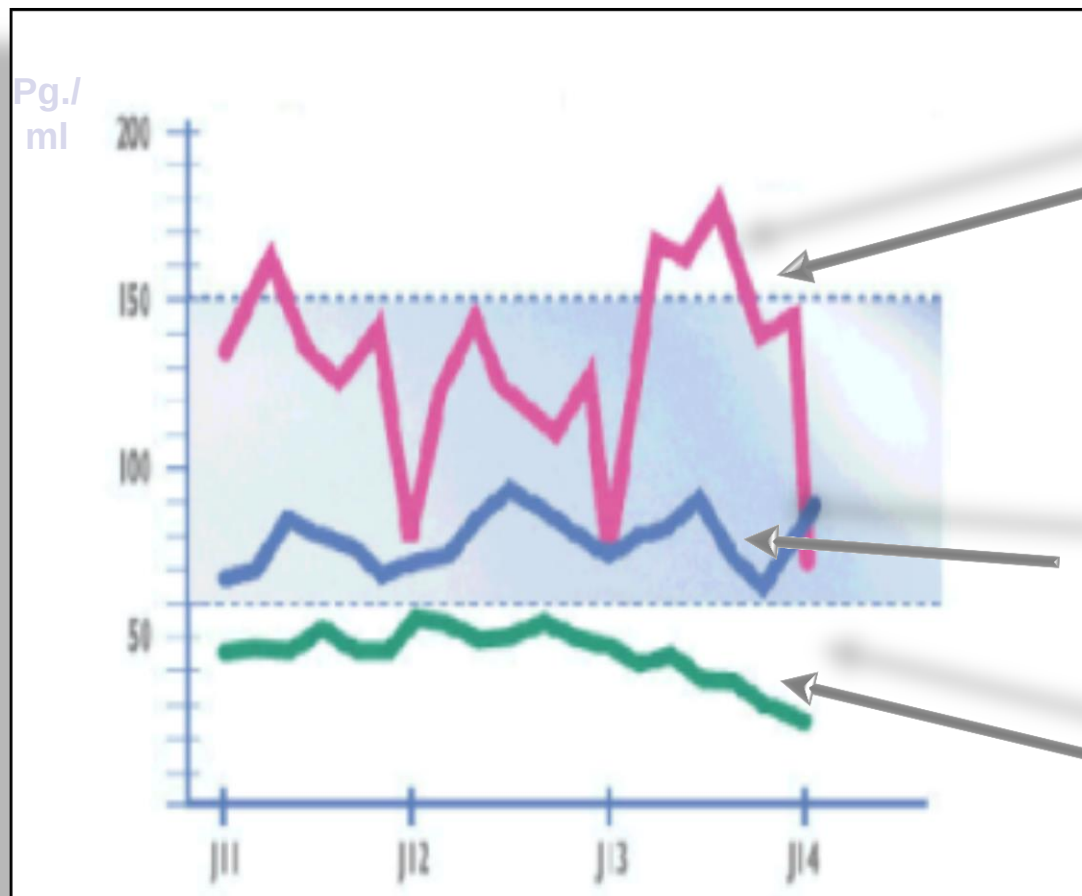
Гель полностью всасывается в течение 2–3 минут

Нет необходимости массировать или втирать Эстрогель®

Не наносить на область молочных желез



Трансдермальный путь введения эстрогенов обеспечивает стабильность концентрации – отсутствие эстрогенных пиков



2 мг пероральный прием эстрадиола

1,5 мг 17β -эстрадиол
трансдермально
Концентрация в плазме
крови 60 - 80 pg/ml

пластырь 50пг/сут

УТРОЖЕСТАН® – это прогестерон

- Естественный метаболит 5 α -прегнанолаон воздействует на ГАМК-структуры головного мозга¹
- Нейропротективное действие
- Анксиолитическое действие
- Седативное действие



- Профилактика задержки жидкости



200 мг утрожестана
=
25–50 мг спиронолактона

УТРОЖЕСТАН®

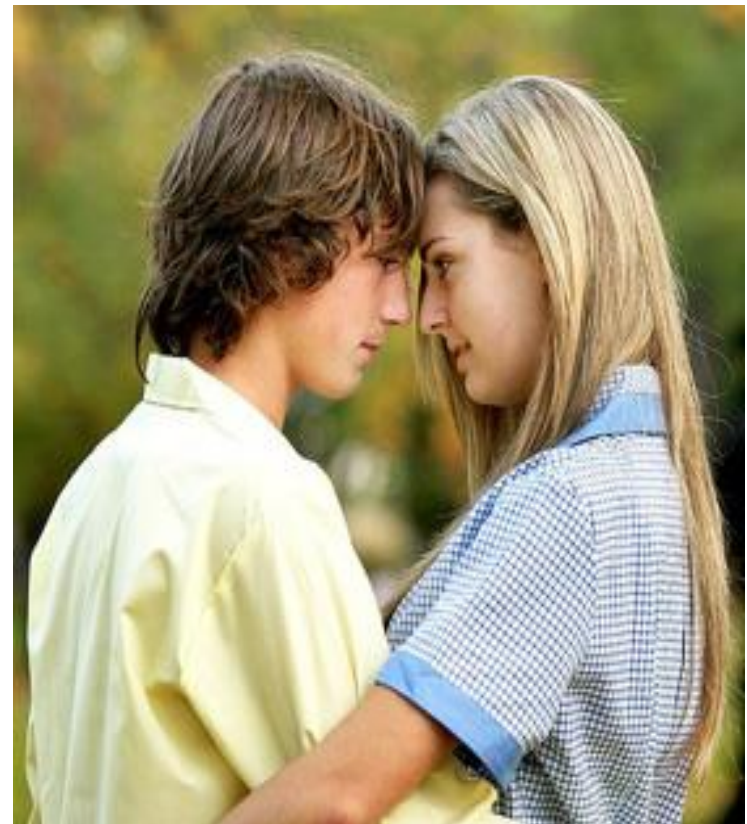
Дополнительные преимущества прогестерона,
биоидентичного эндогенному

Длительность терапии

- Нет достоверных данных о длительности проведения ЗГТ у подростков и молодых женщин.
- Терапия должна проводиться до достижения нормальных размеров матки для соответствующего возраста, под контролем УЗИ малого таза (1 раз в 6 месяцев), уровня эстрадиола, гонадотропинов, пролактина, ТТГ и тиреоидных гормонов

Гипофизарная аменорея и олигоменорея

- Гиперпролактинемия
- Пролактинома 18%
- Опухоли ЦНС <1%



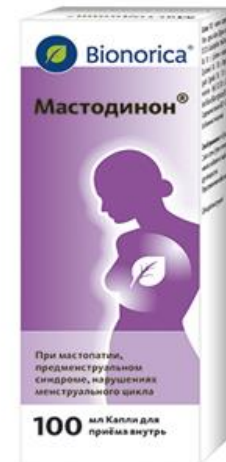
Причины гиперпролактинемии

- **Физиологические состояния** (физ.нагрузка, лактация, беременность, половой акт, сон, стресс)
- **Поражение гипоталамических структур** (инфильтративные процессы, облучение области гипоталамуса, травмы, хирургические вмешательства, опухоли)
- **Поражение гипофиза** (акромегалия, идиопатическая гиперпролактинемия, опухоли в области турецкого седла, аденомы, пролактиномы, хирургические вмешательства, облучение области гипофиза)
- **Функциональная гиперпролактинемия** (стрессы, умственные и физичнские перегрузки)
- **Применение фармакологических препаратов** (анестетики, мотилиум, антиконвульсанты, антидепрессанты, антигистаминные, наркотические средства, ингибиторы синтеза дофамина, эстрогены, нейролептики, опиаты, агонисты опиатных рецепторов)

Лечение гиперпролактинемии у подростков:

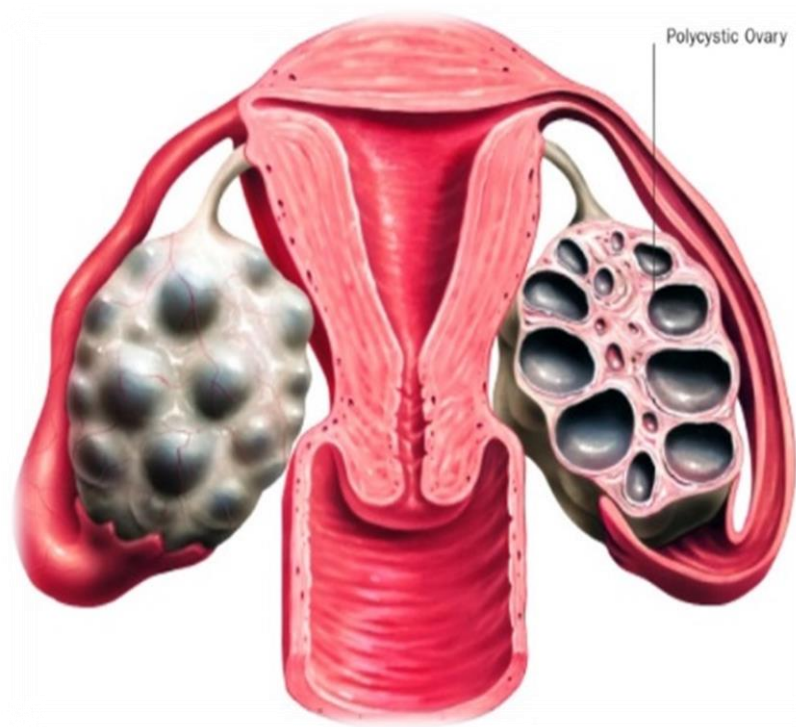
Мастодинон — комбинированный гомеопатический препарат, включающий в себя экстракт *Agnus castus*, который является эффективным для лечения нарушений менструального цикла, связанных с гиперпролактинемией и недостаточностью желтого тела (II фазы цикла).

Возможно назначение с **12 лет**



Особенности диагностики синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) в пубертате

E28 (МКБ-10)



СПКЯ – гиперпубертат?

Эндокринные и морфологические характеристики СПКЯ являются избыточной копией процессов, происходящих в периоде полового созревания у девочек

Диагностика СПКЯ

1. Клиническая картина
2. Гормональные исследования
3. Биохимические исследования
4. УЗИ- диагностика

Основные клинические проявления СПКЯ в пубертате

- Гиперандрогения
- Метаболический синдром
- Нарушение менструального цикла



Диагностика СПКЯ: особенности клиники СПКЯ у подростков

- Часто отсутствие ожирения
- Часто выраженные с-мы ГА
- Отсутствие возрастной инсулинорезистентности

(Богатырева Елена Магометовна, кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии, С-Пб, 2017г)

Диагностика СПКЯ: Биохимические маркеры СПКЯ у подростков

- Гиперинсулинемия (> 20 и диабетоидный тип ответа на гипергликемию)
- Дислипидемия (повышенный уровень триглицеридов и низкий уровень ХЛ-ЛПВП)

Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrom (PCOS) / B.C.Fauser, B.C.Tarlatris, R.W. Rebar // Fertil. Steril. – 2012, - Vol.97, №1: - P. 28-38

- Биохимические критерии диагностики СПЯ, которые используются у взрослых женщин, применительно к подростковому периоду приводят к гипердиагностике.

Проблемными вопросами остаются:

- Отсутствие конкретных диагностических критериев для идентификации СПЯ в начале подросткового периода
- Отсутствие нормативных значений для ряда биохимических маркеров для оценки степени тяжести метаболического синдрома и гиперандрогении в пубертате

Гиперандрогенизм в пубертатном возрасте у девочек.

(Богатырева Е.М. кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии, С-Пб, 2017г)

- Клинические симптомы ГА в подростковом периоде часто завуалированы характерной для этого возраста размытостью границ между нормой и патологией
- Цель исследования:
Установить особенности течения синдрома ГА у девочек-подростков для разработки рекомендаций по терапевтической тактике

Критерии метаболического синдрома и ГА у детей и подростков (ВОЗ 2007; Богатырева Е.М. кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии, С-Пб, 2017г)

Возрастная группа	Ожирение (ОГ)	Триглицериды	ХС ЛПВП	АД	Глюкоза
6-10 лет	≥90-го перцентиля	Диагноз МС в данной возрастной группе не устанавливается, но если помимо абдоминального ожирения имеется отягощенный анамнез по МС, СД2 или ССЗ, включая АД и/или ожирение, то необходимо исследовать и другие показатели			
10-16лет метаболический синдром	≥90-го перцентиля или критерии для взрослых	<u>>1,7ммоль/л</u> (>1,5мг/дл)	<1,03ммоль/л (<40мг/дл)	САД ≥130 и/или ДАД >85 мм. рт.ст	5,6ммоль/л(100мг/дл) Если > 5,6 ммоль/л провести ОГТ
16лет и старше метаболический синдром	Использовать существующие критерии для взрослых				

Критерии диагностики метаболического синдрома и ГА (липидный и углеводный обмен)

Показатель	Взрослые	Подростки
Объем талии	> 88	> 88
АД	140/80	130/85
Глюкоза крови	>5,6 ммоль/л	> 6,1ммоль/л
ХС ЛПНП	>3,5ммоль/л	>3,5ммоль/л
ХС ЛПВП	< 1,1ммоль/л	<1,03 ммоль/л
Триглицериды	>1,7 - 2,16ммоль/л (18-25л) - (25-45л)	>1,48 - 1,7 ммоль/л (13-15л) - (15-18л)

Диагностика СПКЯ: инсулинорезистентность у подростков:

- $\text{НОМА-IR} = \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} \times \text{инсулин натощак (мкЕд/мл)} / 22,5.$

Единицы измерения: условные единицы

Референтные значения НОМА-IR:

- $< 2,7$ для взрослых людей 20-60 лет
- $< 3,46$ – для подростков без диабета

Диагностика СПКЯ: гормональные исследования (исследование гормонов сыворотки на 3-5-й день цикла)

- Уровень ЛГ - более 10 МЕ/л
- Коэффициент отношения ЛГ и ФСГ - более 2,5 (достоверен при ИМТ от 18 до 30)
- Уровень ЛГ в 8-10 часов < ЛГ в 20-22 часа
- Снижение ПССГ
- Повышение тестостерона и эстрадиола, пролактина
- Повышение ДГЭА-С (надпочечниковые) и 17-ОН-прг (яичниковые)
- Повышение индекса свободного тестостерона (Тобщ./ТЭСГ,%) и АМГ

Диагностика СПКЯ: гормональные исследования

- Для диагностики ГА пубертатного периода рекомендуется определение **ИСТ (Индекс свободного тестостерона)** – универсального индикатора нарушений андрогенного статуса.
- ИСТ – это соотношение молярной концентрации общего тестостерона к молярной концентрации ГСПГ (глобулина, связывающего половые гормоны), выраженного в %.
- ИСТ является маркером андрогенного статуса
- Абсолютным диагностическим критерием при любом генезе заболевания является **уровень ИСТ ≥ 36**
- При уровне **ИСТ от 31 до 36** возможно развитие ГА легкой степени.

Ультразвуковая семиотика ПКЯ у подростков



- Эхографическими особенностями СПКЯ у подростков являются преимущественно диффузное (80%) расположение сгруппированных фолликулов без видимого лидера
- Диагноз СПКЯ не применим к пациенткам, принимающим КОК, т.к. даже при сохранении у них «поликистозного» вида яичников, размер яичников при этом уменьшается
- Пациентки, имеющие ПКЯ в отсутствии ановуляции и признаков гиперандрогении **не должны рассматриваться как имеющие СПКЯ** и требуют дальнейшего исследования

Лечение СПКЯ у подростков

- N массы тела (диета, упражнения, метформин на 6 мес)
- Лечение дерматопатии (ЦВТ с включением в схему лечения верошпирона 100-200мг с 16 по 25-й день цикла в течение 6-12 мес)
- Восстановление овуляторных циклов (ЦВТ, либо КОК с дроспиреноном – Ярина Плюс, Джес Плюс)

ДРСП: преимущества при СПКЯ у подростков

1. Прямой **антиандрогенный эффект**, блокада рецепторов в органах мишенях (уменьшение акне и гирсутизма)
2. **Антиминералокортикоидный эффект** (уменьшает задержку Na^+ и воды, улучшает переносимость ОК, снижает частоту прибавки веса, нагрубание молочных желез, отечность)
3. **Метаболическая нейтральность** (не нарушает обмен углеводов и липидов)

Метафоллин – активная форма фолатов, начинает работать сразу при поступлении в организм

1. Источник энергии, непосредственное влияние на митохондрии
2. Участвуют в синтезе нейромедиаторов, участвует в репликации ДНК, выработке серотонина, допаминов, что является важным для стабилизации психоэмоционального состояния подростков
3. Входят в состав α -кератина – основного белка ногтей, кожи и волос (здоровые кожа и волосы)



НМЦ по типу полименореи, маточные кровотечения в пубертатном периоде

О расстройстве менструальной функции по типу **полименореи** свидетельствует:

- ✓ Укорочение МЦ (**менее 21 дня**)
- ✓ Длительность менструального кровотечения **более 8 дней**
- ✓ Интенсивность кровотоделения **более 80мл**
- ✓ Нарушение общего самочувствия девочки



Значительная частота МКПП в период полового созревания обусловлена:

- Изменением уровней ФСГ и ЛГ у подростков (незрелость гипофиза)
- Неустойчивостью системы регуляции менструальной функции,
- Высокой чувствительностью рецепторного аппарата у подростков к воздействию различных патологических факторов

Большинство менструальных циклов у подростков являются **ановуляторными**

Частота развития ановуляции и недостаточности желтого тела яичника в подростковом возрасте

Возраст(годы)	12-14л	15-17л	18-20л
Ановуляция	60-80%	43-60%	12-27%
Недостаточность желтого тела яичника	30%	40%	37%

Терапия МКПП должна состоять из двух этапов:

1. Терапия в период кровотечения (остановка кровотечения, борьба с анемией)
2. Профилактика рецидивов кровотечений, и нормализация менструального цикла

1 этап: Остановка кровотечения

- Негормональный (симптоматический) гемостаз
- Гормональный гемостаз
- Хирургический гемостаз

Основные принципы терапии на 1 этапе

- Создание **лечебно-охранительного режима** обязательное условие успешного лечения (нормализация **режима сна** и бодрствования в условиях педиатрического стационара или домашний режим не менее 10 дней)
- Устранение железодефицитной анемии

! Если не устранить железодефицитную анемию, то кровотечение будет останавливаться намного дольше (Уварова Е.В., 2014г)

TOTEMA – ФОРМА ВЫПУСКА



с 3-х месяцев



РАСТВОР ДЛЯ ПРИЕМА
ВНУТРЬ

АМПУЛЫ ПО 10 мл

В УПАКОВКЕ 20 АМПУЛ

СОСТАВ:

ЖЕЛЕЗА (II) ГЛЮКОНАТ,

что соответствует элементарному железу (Fe^{2+})

1МЛ

1 АМПУЛА

5 мг

50 мг

МАРГАНЦА ГЛЮКОНАТ,

что соответствует элементарному марганцу

133мкг

1,33 мг

МЕДИ ГЛЮКОНАТ,

что соответствует элементарной меди

70 мкг

0,7 мг

ТОТЕМА – самый ЭФФЕКТИВНЫЙ среди БЕЗОПАСНЫХ и самый БЕЗОПАСНЫЙ среди ЭФФЕКТИВНЫХ препаратов для лечения ЖДА для ВСЕЙ СЕМЬИ.

Характеристика	Сульфат железа (II)	ТОТЕМА	Полимальтозн ый комплекс гидроксида железа (III)	Протеин сукцинилат железа (III)
Биодоступность ^{1, 2}	+++	+++	+	+
Хорошая переносимость ^{7, 8}	+	++	++	++
Антиоксидантное действие (Cu + Mn) ^{3, 4, 6}	-	+	-	-
Положительное влияние Cu и Mn на адсорбцию железа энтероцитами и утилизацию в тканях ^{4, 6}	-	+	-	-
Эффективность в отношении некоторых рефрактерных железодефицитных анемий (Cu + Mn) ^{4, 5}	-	+	-	-
Нормализация ГЕМОГЛОБИНА (в зависимости от тяжести анемии) ^{7, 8, 9}	2 недели - 2 месяца		2 - 4 месяца	
Нормализация ДЕПО ЖЕЛЕЗА (в зависимости от тяжести анемии) ^{7, 8, 9}	3- 4 месяца от начала лечения		5 - 7 месяцев от начала лечения	

ТРИ элемента железного здоровья



1 этап симптоматический (негормональный) гемостаз

- Проводится не более 5 дней
- При неосложненных формах МК
- Нв не менее 90г/л

Включает в себя:

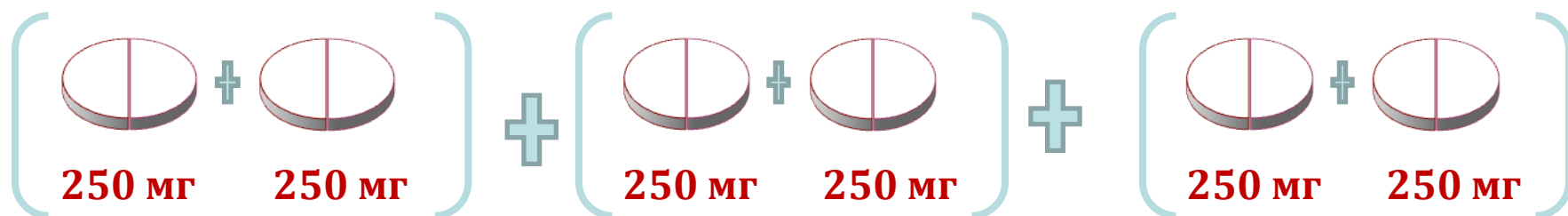
- **Транексам** в/в капельно или струйно до полной остановки кровотечения, затем per os
- Нестероидные противовоспалительные препараты **НПВП** (кетопрофен, «Оки» в свечах и порошках)
- **Утеровазотонические препараты** (окситацин 1,0 x 2-3 раза в сутки, реместип 400-800 x 2 раза в сутки)
- **Антианемические и гемостимулирующие препараты** (**Тотема**, феррум-лек, сорбифер-дурулес, мальтофер)
- Растворы в/в капельно (глюкоза, физраствор, солевые) - до 1л в сутки



Транексам - фибринолитик (формулярный препарат)

Схема применения:

- В/в струйно медленно или капельно 10мг/кг, по 500мг (250мг в 5 мл р-ра) x 3-4 раза в сутки до полной остановки кровотечения
- Затем per os – 1,5г в сутки (по 2таблетки 3-4 раза в день) в течение 3-5 дней



Дозирование препарата Транексам В России при АМК в пубертатном периоде



Рекомендации Елены Витальевны Уваровой
д. м. н., профессор, главный внештатный
специалист, гинеколог детского и юношеского
возраста МЗ РФ

Перорально в дозе 1–1,5 г в течение первого часа
терапии, затем по 0,5 г – 1,5 г 3–4 раза в сутки в
течение 3–5 дней

В РФ ТК входит в Стандарт
первичной медико-
санитарной и
специализированной
медицинской помощи
несовершеннолетним при
маточных кровотечениях
пубертатного периода
(приказ Минздрава РФ от
20.12.2012 № 1274н).



Дозировки Транексамовой кислоты при АМК в мире и РФ

	FDA 	ACOG 	Инструкция в упаковках, находящихся в продаже	Новая инструкция от февраля 2018 г.
Разовая доза	Не указана	1,3 г	1 - 1,5 г	1 г
Кратность приема	Не указана	3	3 - 4	3
Суточная доза	4 г	3,9 г	4 г	4 г
Курс, в днях	5 дней	5 дней	3 – 4 дня	До 4-х дней

Современная тенденция - 3 г ТК в сутки утверждена на уровне МЗ РФ

Соблюдение верной дозировки препарата Транексам
позволит купировать АМК в первый день



Транексам 1 г X 3 раза в день
сокращает курс лечения
в 2 раза!

С 4 дней → до 1-2 дней

1 этап: гормональный гемостаз

При **отсутствии эффекта** от негормонального гемостаза и **наличии осложнений** **МКПП** показано назначение **гормональных препаратов**



Показания для гормонального гемостаза

- Осложненная форма МК (Hb менее 90г/л, Ht 30-25%, наличие бактериального эндометрита)
- Отсутствие эффекта в течение 5 дней
- Сочетанная (смешанная) форма анемии (заболевания системы гемостаза)
- Рецидивирующие МК
- Выраженная гиперплазия эндометрия по УЗИ ОМТ (более 13мм)
- Гипоэстрогенный тип кровотечения

Гормональный гемостаз:

- Гестагены (назначаются редко, при выраженной гиперэстрогении и при противопоказаниях к назначению эстрогенов)
- **КОК** (наиболее распространены) – применяются низкодозированные оральные контрацептивы.

КОК:

Схема 1 (классическая)

«Ригевидон» («Регулон») 3 таб. в сутки – 3 дня (до полной остановки кровотечения), затем 2 таб. в сутки 2 дня, далее по 1 таб. в сутки до конца второй упаковки препарата

(Ригевидон – левоноргестрел, регулон – дезогестрел)

В настоящее время тенденция к поиску возможности снижения гемостатической дозы эстрогенов и титрованию дозы эстрогенов

Обоснование необходимости снижения и титрования гемостатической дозы эстрогенов:

1. Эстрогены обладают самой высокой гепатотоксичностью
2. Увеличение количества эстрогенов повышает уровень печеночного фермента Цитохром Р-450, принимающего участие в разрушении эстрогенов. Запускается «порочный» круг.
3. Снижается белковообразующая функция печени (во время кровотечения проанализировать и корректно проследить уровни фибриногена невозможно)
4. Снижается детоксикационная функция печени (легко контролируется выраженностью диспептических симптомов – тошнота, рвота, диспепсия).

Схема 2:

Титрование дозы эстрогенов.

Возможна только в условиях стационара!!

«Ригевидон» по 1 таблетке х 1-2 раза в день до остановки кровотечения в сочетании с «Транексамом» в/в или per os (под контролем уровня гемоглобина), а затем прием по 1 таблетке до 28-31 дня цикла

(Предложена кафедрой акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии, С-Пб. Готовятся к публикации методические рекомендации.)



Полный гемостатический эффект должен наступить в течение **24 часов!** При отсутствии такового – **коррекция** **схемы лечения**

Отмена препарата производится только при уровне **гемоглобина крови не ниже 110 г/л** , даже если гормонотерапия продолжается более 28 дней.



По достижении гемостаза пациенткам с **МКПП** необходимо проведение реабилитирующей терапии **(2 этап лечения)** направленной на нормализацию менструальной функции.

- После 7-дневного перерыва назначается следующий курс КОК
- Патогенетически обоснован перевод пациентки на препарат **«Клайра»**, содержащий метаболически более нейтральный гестаген Диеногест и обеспечивающий возможность длительного приема гормонального препарата с минимальными побочными эффектами.
- Клайра — **единственный** комбинированный эстроген-гестагенный препарат, имеющий официально **зарегистрированное** показание — **лечение МК**

- Возможен перевод пациентки на другие КОК, обладающие лечебными эффектами, необходимыми конкретной пациентке в конкретной ситуации.
- Длительность лечения 5-6 месяцев (но не менее 4 месяцев!)
- КОК на 1-2 месяца патогенетически не оправданы



Второй этап терапии М.К.П.П. (нормализация менструального цикла)

При **негормональном** гемостазе рекомендован перевод пациентки на:

- Растительные препараты (циклодинон, мастодион) или
- Циклическая витаминотерапия

Выводы:

Основные принципы терапии НМЦ у подростков.

- Гипергонадотропные – овариаальные – ЦГТ=ЗГТ
- Гипогонадотропные – центрального генеза – ЦГТ=ЗГТ
- Нормогонадотропные – гестагены, КОК
- Гиперпролактинемические – агонисты ДА, Мастодион
- Дисфункциональные с клиникой гиперандрогении – КОК с дроспиреноном или ХМА
- Маточные кровотечения – низкодозированные КОК («Регулон», «Ригевидон») на 1 этапе, «Клайра» на 2 этапе лечения



**Спасибо за
внимание!**

