

Ювенильные маточные кровотечения

Конспект врача

Среди нарушений функций репродуктивной системы в период полового созревания одной из наиболее частых форм являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), приводящие нередко в последующем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям. Ювенильные маточные кровотечения встречаются в 20-30 % среди всех гинекологических заболеваний у детей.

ЮМК могут сопровождаться вторичной постгеморрагической анемией, нарушениями свертывающей и антисвертывающей системы крови, и поэтому важными в практическом отношении являются выявление причин маточного кровотечения и предупреждение его рецидива в последующем.

Этиология

1. Гормональные нарушения - дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).
2. Нарушения свертывающей и антисвертывающей системы крови (болезнь Виллебранда, тромбастения, тромбоцитопеническая пурпура, гипофибриногенемия, гипопроконвертинемия)
3. Гормонопродуцирующие опухоли яичников (опухоли стромы полового тяжа).
4. Туберкулезное поражение внутренних половых органов.
5. Рак тела и шейки матки.

Предрасполагающими причинами ДМК могут быть стрессы, физические травмы, переутомление, неблагоприятные бытовые условия, острые и хронические инфекции, интоксикации, гипо- и авитаминозы, нарушения функции щитовидной железы и коры надпочечников.

Дисфункциональные маточные кровотечения в период полового созревания представляют собой, как правило, ациклические кровотечения чаще - по типу атрезии фолликулов, реже - по типу персистенции фолликулов. В обоих случаях имеет место гиперэстрогения (в первом - относительная, во втором - абсолютная), которая приводит к гиперплазии эндометрия с последующим кровотечением. Гиперпластические процессы эндометрия при этом могут выражаться в железисто-кистозной гиперплазии, полипе эндометрия, аденомиозе.

Значительный удельный вес среди больных ЮМК составили девочки в возрасте 12-14 лет. Меньшее количество пациенток наблюдалось среди 10- (2,1%) и 17-летних (1,2%) и единичные наблюдения представлены 9-летним возрастом (0,05%). Подавляющее большинство (99,8%) - это учащиеся школ и средних учебных заведений. У 12 % пациенток ЮМК возникло на фоне стрессовых состояний: ссоры с родителями, в школе, уход отца из семьи, алкоголизм в семье.

При анализе перенесенных заболеваний у девушек с ЮМК ведущее место занимают инфекционные заболевания: корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, хронический тонзиллит, ангины, ОРВИ.

Анализ перенесенных острых и хронических заболеваний у девочек с ЮМК показал, что среди заболеваний большой удельный вес принадлежит простудным заболеваниям, в том числе у большинства детей и чаще в пубертатном возрасте отмечаются тонзиллиты (42%) и острые респираторные заболевания (61,3%). Большой процент составили также ангины (19,3%). Интересно отметить, что 8 % пациенток,

поступивших в стационар по поводу ЮМК, накануне переболели ангиной или ОРВИ с высокой температурой.

Приведенные данные обследования девочек с ЮМК, так же как и многочисленные данные из литературы, подтверждают, что при становлении репродуктивной системы ее функция еще не является прочной, постоянной, и поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов, а особенно инфекционных и хронических заболеваний может приводить к срывам в формировании функции репродуктивной системы, прежде всего менструальной функции.

Аллергическими заболеваниями (экссудативный диатез, нейродермит, экзема) страдали 21,8 % девочек с ЮМК. Пищевая аллергия наблюдалась у 4 %; медикаментозная - у 1,3 %

При паротите и краснухе происходит поражение фолликулярного аппарата яичников. Показано, что длительное влияние инфекции приводит к истощению резервных возможностей и угнетению функции яичников.

Нередко ЮМК сопровождаются кистозным увеличением и кистами яичников. Из них преобладающее большинство составляют фолликулярные кисты у 82,6 %, кисты желтого тела - у 17,4 %

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Основной жалобой при поступлении в стационар являлось кровотечение из половых путей различной интенсивности и длительности. Для большинства обследуемых (60,3 %) было характерно наличие умеренных кровяных выделений, реже наблюдались обильные (18,7 %) и длительные, мажущие (21%).

Умеренные кровяные выделения, как правило, не сопровождалось изменением общего состояния, в то время как при обильных кровяных выделениях часто наблюдали головокружения; общая слабость, кратковременная потеря сознания в виде обморочного состояния. На боли внизу живота жаловались 13,4% обследуемых, без сопутствующих жалоб поступило 38,7 % пациенток.

Более детальное изучение характера кровотечения позволило выявить, что большинство обследуемых (71,5 %) поступило впервые и лишь 28,5 % - повторно. У 1/3 пациенток кровотечение продолжалось 20-30 дней. У 1/7 продолжительность кровотечения была в пределах 10 дней. 20 % составили девочки с кровотечением более 30 дней. Колебания продолжительности кровотечения - от 10 до 91 дня.

По результатам гинекологического обследования выявлено, что 69,6 % обследуемых ранее не лечились; 30,4 - лечились до поступления в стационар, из них амбулаторно - 20,7, в стационаре - 9,8; негормональными препаратами - 19,1; гормональными -11,3 %

К факторам высокого риска ЮМК можно отнести осложненный акушерско-гинекологический анамнез, патологию беременности, патологию родов, перенесенные ребенком инфекционные заболевания: корь, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, ОРВИ, тонзиллиты. В качестве факторов повышенного риска можно рассматривать хронические заболевания родителей, относительно большой возраст родителей, нарушение режима дня и питания у девочек.

ДИАГНОСТИКА

1. Оценка степени развития вторичных половых признаков
2. Оценка степени физического развития.
3. Инструментальные методы исследования:
 - рентгенография черепа с проекцией турецкого седла;

- эхоэнцефалография;
 - компьютерная томография при подозрении на опухоль гипофиза;
 - рентгенография кистей рук (определение костного возраста),
 - эхография надпочечников.
4. Гинекологическое обследование:
- ректально-абдоминальное обследование;
 - вагиноскопия;
5. УЗИ органов малого таза (позволяет определить размер матки, объем яичников, оценить их структуру).
6. Лабораторные исследования:
- клинический анализ крови с гемосиндромом;
 - биохимический анализ крови, коагулограмма;
 - определение в крови и моче уровня гормонов ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, кортизола, 17-КС в суточной моче
7. Консультация специалистов (невропатолог, эндокринолог, окулист - глазное дно, цветные поля зрения).

ВТОРИЧНЫЕ ПОЛОВЫЕ ПРИЗНАКИ

Для развития вторичных половых признаков характерна строгая последовательность их появления, что служит одним из критериев правильности течения периода полового созревания. Первый визуально обнаруживаемый признак полового созревания - увеличение молочных желез, затем появление оволосения на лобке, потом в подмышечных впадинах. На этом фоне наступает менархе.

В группе пациенток с ЮМК первая менструация среди обследованных отмечена в 9-летнем возрасте, а средний возраст менархе как в группе здоровых, так и у пациенток с ЮМК сместился в сторону более раннего менархе $11,8 \pm 0,2$ в сравнении с данными 10-20-летней давности. Раннее менархе (9-12 лет) наблюдается у 66,4%, позднее - (15-16 лет) - у 1,8 %; в пределах возрастной нормы (13-14) - у 31,8 %

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ДАННЫЕ ГИСТЕРОСКОПИИ

Эхографическое исследование является ценным методом в оценке внутренних половых органов у девочек, страдающих ЮМК. При УЗИ влагалище и матка у них по форме и эхоструктуре, а также расположение в полости малого таза были такими же, как и у здоровых. Эхографические размеры матки при динамическом наблюдении существенных изменений не претерпевали. Отмечается достаточная зрелость матки во всех возрастных группах как у здоровых, так и у пациенток с ЮМК.

Определенный интерес представляет эхографическое исследование динамики развития яичников и фолликулов в них у пациенток с ЮМК.

Результаты исследования свидетельствуют об изменениях среднего объема яичников в течение заболевания. Отмечается незначительная тенденция к увеличению объема яичников в период между кровотечением и первой после гемостаза менструацией во всех возрастных группах.

На эхограмме у 13,5 % пациенток с ЮМК визуализировалось одно-два кистозных образования округлой формы, хорошо проводящие звук, с четкими контурами, располагающихся в одном или сразу в обоих яичниках, различного диаметра. Яичник был увеличен в объеме по отношению к здоровой группе девочек

того же возраста. У 15,3 % пациенток с ЮМК при УЗИ определялось эхонегативное образование в одном из яичников диаметром от 3 до 6 см, с четкими контурами, высоким уровнем звукопроводимости. Объем выявленных образований составил от 5,82 см³ (объем нормальных яичников - до 39,2 см³). Данные образования были расценены как фолликулярные кисты.

Клинико-эхографическими признаками персистирующих фолликулов у пациенток с ЮМК являются:

- выраженная эстрогенизация.
- незначительное увеличение яичников;
- эхонегативное округлой формы образование от 1,5 до 2,5 см в диаметре, с четкими контурами в одном или обоих яичниках.

Наличие фолликулярных кист у обследуемых с ЮМК характеризуется:

- невыраженной эстрогенизацией;
- увеличением яичника;
- на УЗИ - эхонегативным образованием округлой формы, с четкими контурами в одном из яичников, диаметром от 3 до 6 см.

Кроме того, фолликулярные кисты яичников могут выявляться при динамическом наблюдении в течение 6-16 недель. Персистирующие фолликулы сохраняются до 4-6 недель. Под влиянием гормональной терапии персистирующие фолликулы и фолликулярные кисты подвергаются обратному развитию, что может быть использовано как диагностический признак.

Данные УЗИ были подтверждены гистероскопией: у пациенток с ЮМК выявили различные гиперпластические процессы эндометрия, которые были удалены при отдельном диагностическом выскабливании (РДВ) под контролем гистероскопа.

У 42,4 % пациенток с ЮМК при ультразвуковом сканировании определялись полиповидные разрастания эндометрия: различной формы образования, четко отграниченные от стенок полости матки. Иногда кажется, что полипы обведены тонкой линией; типичным является и появление вокруг образований эхонегативного ободка. У больных с полиповидной формой гиперплазии эндометрия при гистероскопии полость матки на всем протяжении была выполнена разрастаниями эндометрия бледно-розового цвета, более интенсивными в дне матки. У 15,2 % других пациенток при гистероскопии выявлены бахромчатые участки эндометрия бледно-розового цвета, располагающиеся в дне матки, ближе к устьям маточных труб, а на остальном протяжении эндометрия был тонким, бледным, что свидетельствовало об очаговой гиперплазии эндометрия. У 6 % больных были обнаружены бахромчатые разрастания эндометрия, располагающиеся на всем протяжении, что было расценено как диффузная гиперплазия эндометрия.

У 30,3 % пациенток с ЮМК при гистероскопии выявили внутренний эндометриоз матки - аденомиоз. У этих больных эндометрий был тонким, рельеф стенок матки - неровным, в виде "хребтов" или выбуханий без четких контуров. При первичном визуальном осмотре у 15,2 % пациенток просматривались эндометриоидные ходы в виде "глазков", а у остальных больных "глазки" были обнаружены при контрольной гистероскопии. Обращает на себя внимание, что при гистероскопии у этих пациенток стенки матки были ригидными, плохо растяжимыми при введении жидкости. При РДВ стенки матки были повышенной плотности, шероховаты.

Результаты наших исследований показали, что среди рецидивирующих ювенильных маточных кровотечений у трети пациенток был диагностирован внутренний эндометриоз, который чаще встречался у больных в первый гинекологический год (10-14 лет).

Сопоставление результатов эхографии и гистероскопии свидетельствует об информативности данных методов в диагностике внутриматочной патологии, особенно сочетанном их применении.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Физиологическое состояние в пубертатный период существенно меняется год от года, поэтому представляет интерес анализ гормонального статуса девочек с ЮМК в зависимости от возраста. Эти исследования будут способствовать совершенствованию патогенетически обоснованной терапии.

Попытка выяснения причин возникновения ЮМК требовала оценки функциональной активности гипофиза, яичников и надпочечников.

Концентрация прогестерона у пациенток с ЮМК в препубертатном и пубертатном возрасте (10-13 лет) не отличается от таковой у здоровых девочек соответствующего возраста во II фазе ановуляторного цикла. Иная картина наблюдается у девушек. Здесь продукция прогестерона снижена, в 14-16 лет отмечено существенное снижение его уровня по сравнению со здоровыми девушками того же возраста, что может быть свидетельством снижения функциональной активности яичников.

Все пациентки в зависимости от уровня коэффициента ФСГ/ЛГ были разделены на 3 группы - с высоким, низким и нормальным ФСГ/ЛГ.

1-я группа - страдающие ЮМК пациентки с высоким коэффициентом соотношения ФСГ/ЛГ. Для этой группы характерным является то, что гипофиз вырабатывает больше ФСГ, чем ЛГ. Даже если абсолютный уровень гормонов у таких девочек выше, чем у здоровых сверстниц, соотношение в сторону преобладания продукции ФСГ говорит о том, что ЛГ недостаточно для того, чтобы произошла овуляция. Фолликулы яичника начинают персистировать, вырабатывая большее количество эстрогенов. Соотношение эстрадиол/прогестерон повышается. Высокий коэффициент соотношения эстрадиол/прогестерон является не только результатом повышения уровня эстрогенов в крови, но и следствием недостаточной функции желтого тела, выражающейся в низком содержании прогестерона в крови.

Пациентки 2-й группы были с пониженным по сравнению со здоровыми сверстницами коэффициентом ФСГ/ЛГ. Анализ данных гормонального профиля девочек этой группы позволяет нам заключить, что на начальных этапах становления менструальной функции имеет место незрелость центральных регулирующих механизмов, а именно: гипофиз выделяет больше ЛГ, чем ФСГ. В яичниках, под влиянием такой гиперактивности гипофиза усиливается выработка эстрогенов, что приводит к состоянию гиперэстрогении при недостаточной выработке прогестерона (недостаточность функции желтого тела), а при повышенной выработке прогестерона к состоянию с пониженным соотношением эстрадиол/прогестерон - гипозэстрогении. При этом ювенильные маточные кровотечения протекают по типу атрезии фолликула и неполноценности желтого тела.

Данные, представленные нами по относительному уровню гормонов показали, что при нормальной функции гипофиза (по соотношению ФСГ/ЛГ) наблюдается одинаково часто как гипо-, так и гиперэстрогении.

ЛЕЧЕНИЕ

При выборе метода терапии учитываются интенсивность кровотечения, степень анемии, особенности физического и полового развития, гормональный фон, коагулологическое состояние крови, наследственность, предполагаемая причина кровотечения.

Прежде всего следует останавливать кровотечение. В последующем необходимо проводить лечение, направленное на регуляцию менструального цикла.

С целью остановки кровотечения в первые дни пребывания в стационаре кем больным назначается симптоматическая терапия, включающая одно из средств, сокращающих матку, эрготал по 0,001 г 3 раза в день внутрь; прегнантол по 0,02 г 3 раза в день внутрь; маммофизин по 0,6 мл 2 раза в день внутримышечно; питуитрин по 0,5 мл 2 раза в день внутримышечно; экстракт водяного перца по 20 капель 3 раза в день внутрь; котарнина хлорид по 0,05 г 3 раза в день внутрь. Кровоостанавливающие средства: викасол 1,0 мл внутримышечно или викасол по 0,15 г 3 раза в день внутрь; глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день внутрь; 5-% раствор эписилон-аминокапроновой кислоты 100 мл внутривенно капельно.

Средства, укрепляющие сосудистую стенку: аскорбиновая кислота по 0,1 г 3 раза в день внутрь или 5-% раствор аскорбиновой кислоты - 1,0 мл внутримышечно. Рутин по 0,02 г 3 раза в день внутрь. Антианемическая, гемостимулирующая терапия, гемоэтимулин по 0,5 г 3 раза в день внутрь: феррокаль по 50 мг 3 раза в день внутрь; ферроплекс по 2 драже 3 раза в день внутрь. Общеукрепляющая и витаминотерапия. 40-% раствор глюкозы - 20,0 мл, кокарбоксилаза по 50-400 мг внутривенно одномоментно 1 раз в день до № 10; витамин В1 по 1,0 мл, витамин В6 по 1,0 мл внутримышечно до N 20; лечебный общий и точечный массаж.

Седативная терапия: препараты брома или валерианы, настойка пустырника по 20 капель 3 раза в день внутрь; триоксазин по 0,15 г 2 раза в день внутрь, седуксен в возрастной дозировке по 1/2-1 таблетке в день внутрь или тазепам по 1/2-1 таблетке в день, внутрь.

Физиотерапия: электростимуляция шейки матки № 5, электрофорез шейных симпатических узлов с новокаином № 10; эндоназальный электрофорез с витамином В1 № 10. Иглорефлексотерапия: воздействие иглоукалывания как на сегментарные, так и на отдаленные биологически активные точки верхних, нижних конечностей и головы. Сочетание точек и способ воздействия подбираются индивидуально под контролем тестов функциональной диагностики и определения гонадотропных и половых гормонов в плазме крови. Клинический эффект от иглорефлексотерапии не получен у больных, в анамнезе которых отмечены частые рецидивы заболевания, наследственные ЮМК у родителей, и в последующем у этих пациенток был диагностирован геморрагический диатез.

Показаниями к иглорефлексотерапии являются ЮМК без анемии и с легкой степенью анемии в 10-13 лет, без выраженных нарушений гормонального статуса в 14-17 лет. Повторные, рецидивирующие ювенильные кровотечения с тяжелой и средней степенью анемии, с отягощенной наследственностью по коагулопатии (частые носовые кровотечения, кровотечения из десен, наличие экхимозов, ДМК у матерей, девочек) и наличие коагулопатии у обследуемых являются противопоказаниями к применению иглорефлексотерапии

Всем пациенткам, поступившим с маточным кровотечением, выявленными нарушениями свертывающей и антисвертывающей системы крови, проводится специфическое лечение.

При болезни Виллебранда с гемостатической целью наряду с симптоматической и гормональной терапией проводятся трансфузионная терапия: антигемофильная плазма из расчета 10 мл(ЕД)/кг; криопреципитат в дозе около 15 мл(ЕД)/кг, 1 раз в сутки 2-3 дня, до полной остановки маточного кровотечения. Одновременно этим больным для улучшения функции тромбоцитов необходимо вводить жженую магнезию 3,0-4,0 мл в сутки, АТФ -1,0 мл внутримышечно до 10 дней.

При тромбастениях: жженая магнезия 3,0-4,0 мл в сутки; дицинон 1,0 внутримышечно до 10 инъекций; 5-% раствор эписилон-аминокапроновой кислоты внутривенно капельно 200,0 мл 1 раз в сутки 3-4 дня подряд; больным с тромбоцитопенической пурпурой с целью гемостаза назначается преднизолон из расчета 2-8 мг/кг в сутки коротким курсом до полной остановки кровотечения.

При более редких формах геморрагических диатезов (гипо-фибриногенемия, гипопроконвертинемия) наряду с гормонотерапией назначается внутривенно струйно кровь 10 мл/кг 1 раз в сутки в течение 1-2 дней, до полной остановки маточного кровотечения.

Применение симптоматической терапии не оказывает существенного действия на эндокринный статус девочек с ювенильными маточными кровотечениями. В то же время через 3 месяца после лечения при применении симптоматической терапии у девочек всех возрастных групп происходит повышение уровня эстрадиола до 340 (259-468) пмоль/л и прогестерона до 4,1 нмоль/л, что свидетельствует об активации гонадальной функции. Повышение уровня ФСГ до 4,9 (0,7-36) МЕ/л и ЛГ до 9,9 (1,6-58,1) МЕ/л отмечено только в группе девочек старшего возраста. Концентрация кортизола не выходит за пределы нормы во всех возрастных группах.

При применении иглорефлексотерапии у 61,7 % обследуемых с ювенильными маточными кровотечениями через 3 месяца после лечения повышается функция яичников и цикл становится овуляторным (концентрация прогестерона в крови повышалась до 14,9-19,9 нмоль/л).

По данным УЗИ, при гемостазе симптоматическими средствами отмечается прогрессивное увеличение яичников к 21-23- му дню менструального цикла у всех больных в 1,5 раза, по сравнению с таковыми во время кровотечения. Толщина эндометрия при этом виде гемостаза к 21-23-му дню цикла увеличивается в 1,7 раза.

При неэффективности симптоматической и иглорефлексотерапии в течение 4-6 дней у пациенток с легкой степенью анемии, 2-3 дней - у девочек с анемией средней степени тяжести и 6-12 часов - у больных с тяжелой анемией показан гормональный гемостаз синтетическими прогестинами на фоне продолжающегося введения симптоматических препаратов. Используются две схемы введения синтетических прогестинов: по 2-3 таблетки в день до достижения гемостаза с последующим снижением дозы до 1 таблетки, продолжительность курса лечения 21 день, и по 2 таблетки в день в течение 10 дней. Последняя схема лечения синтетическими прогестинами чаще применяется у девочек с анемией средней степени тяжести, тогда как длинная схема - в основном у пациенток с тяжелой анемией из-за отсутствия компенсации кровопотери за столь короткий промежуток времени.

При гормонотерапии выявляются значительные морфологические изменения в яичниках и эндометрии. По данным УЗИ, гормональное лечение приводит к уменьшению объема яичников в 1,2 раза по сравнению с таковым во время кровотечения, к утолщению эндометрия в 3,2 раза по сравнению с таковым во время кровотечения и в 9,7 раза по сравнению со здоровыми девочками во время менструации. Результаты исследований агрегационной активности эритроцитов свидетельствуют, что если у девочек с легкой и средней степенью анемии после гормональной и симптоматической терапии интенсивность агрегации эритроцитов повышается только на 3 %, то у больных с тяжелой степенью анемии она возрастает в 1,2 раза по сравнению с показателем до лечения и в 1,6 раза по сравнению с таковым у здоровых. При этом величина показателя составляет $48,4 \pm 0,6$ % оптической плотности, достигая у больных с наиболее обильным длительным кровотечением и трехкратным переливанием крови 60-65 % оптической плотности. Включение реополиглобулина, АТФ, свежезамороженной плазмы в комплекс лечебных мероприятий при ЮМК является патогенетически обоснованным, так как оказывает благоприятное влияние как на реологические и коагуляционные свойства крови больных, так и на адаптационные возможности их организма.

Если на фоне маточного кровотечения развивается ДВС-синдром, необходимо вводить гепарин из расчета 100 ЕД/кг в сутки и внутривенно свежезамороженную плазму до 1 л в сутки (в 2-3 приема).

У больных в рецидивирующими маточными кровотечениями при отсутствии эффекта от гормональной терапии показаны гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки.

ПРОФИЛАКТИКА РЕДИЦИВОВ

После остановки кровотечения для регуляции менструальной функции девушкам, страдающим ЮЖ, рекомендуется:

1. Соблюдение режима дня, питания, общеоздоровительные мероприятия.
2. Девочкам 10-13 лет - циклическая витаминотерапия в течение трех менструальных циклов: фолиевая кислота по 1 таблетке в день с 5-го дня цикла в течение 10 дней; аскорбиновая кислота по 0,5 в сутки 3-4 раза в день в течение 10 дней начиная с 16-го дня цикла; витамин Е по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней начиная с 16-го дня цикла.
3. Девочкам 14-17 лет - циклическая гормонотерапия в течение трех менструальных циклов: микрофоллин по 10 000 ЕД назначают в первую фазу цикла. На 14-, 16-, 18-й дни цикла - микрофоллин 10 000 ЕД вместе с прогестероном; прогестерон по 1,0 мл в течение 6 дней до ожидаемой менструации.
4. Девочкам 14-17 лет - синтетические прогестины (бисекурин. нон-овлон) не более трех менструальных циклов: короткая схема - по 2 таблетки 10 дней начиная с 16-го дня цикла, длинная схема - по 1 таблетке в день в течение 21 дня.
5. Иглорефлексотерапия: 2-3 курса по 10 сеансов у девочек 10-13 лет.
6. Физиотерапия: электростимуляция шейки матки № 10, электрофорез шейных симпатических узлов с новокаином № 10, эндоназальный электрофорез с витамином В1 № 10.

После выписки из стационара пациентки находятся на диспансерном наблюдении у детского гинеколога. Менструальный цикл устанавливается сразу после симптоматического лечения в стационаре у 69,9 % пациенток, у 3 % - после повторного симптоматического лечения, у 27 % менструальный цикл не установился к моменту вступления в брак (это в основном девушки с рецидивирующими кровотечениями и получавшие в качестве гормональной терапии синтетические прогестины).

Из женщин, вышедших замуж, - 93,7 % имели беременности, 6,25 % - первичное бесплодие. Своевременными родами окончилось 64 % беременностей, прерыванием беременности на ранних сроках (до 6 недель) - 12 %, мертворождением - 4 %, медицинскими абортами по собственному желанию - 20 %. У 12 % обследуемых во 2-й половине беременности наблюдалась угроза прерывания, у 36 % - токсикозы 1-й и 2-й половины беременности.

Профессор Валентина КОКОЛИНА.
Кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета РГМУ.