Клинические рекомендации (проект). Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде

Мы представляем нашим читателям проект клинических рекомендации, которые направили на утверждение в Минздрав России. Клинические рекомендации содержат современную информацию о диагностике и лечении пациенток с менархе до 17 лет включительно с аномальными маточными кровотечениями, основанную на опыте Российского и Международного общества акушеров-гинекологов и отобранную с учетом достоверного уровня доказательности применяемых методов и препаратов. Просим ознакомиться и при наличии дополнений или замечаний написать главному редактору журнала «Репродуктивное здоровье детей и подростков» Е.В. Уваровой (elena-uvarova@yandex.ru).

Ключевые слова: клинические рекомендации, аномальные маточные кровотечения, пубертатный период, подростки

Для корреспонденции

Уварова Елена Витальевна – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий 2-м гинекологическим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, президент Межрегиональной общественной организации «Объединение детских и подростковых гинекологов», профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Адрес: 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4

Телефон: (495) 438-85-42

E-mail: elena-uvarova@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-3105-5640>

Конфликт интересов. Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Клинические рекомендации (проект). Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. Т. 17, № 3. С. 5–30. DOI: <https://www.doi.org/10.33029/1816-2134-2021-17-3-5-30>

Clinical guidelines (project). Abnormal uterine bleeding during puberty

We provide our readers with draft of clinical guidelines, which were sent for approval to the Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines contain up-to-date information on diagnosis and treatment of patients up to 18 years old with menarche and abnormal uterine bleeding. These recommendations are based on the experience of Russian and International Society of Obstetricians and Gynecologists and were selected taking into account reliable level of evidence of methods and drugs that were used. We ask you to familiarize yourself and, if there are any additions or comments, write to the editor-in-chief of the journal "Reproductive health of children and adolescents" E.V. Uvarova (elena-uvarova@yandex.ru).

Keywords: clinical recommendations, abnormal uterine bleeding, puberty, adolescents

Conflict of interest. All the members of the working group declare no conflict of interest.

For citation: Clinical guidelines (project). Abnormal uterine bleeding during puberty. Reproductive health of children and adolescents [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]. 2021; 17 (3): 5–30. DOI: <https://www.doi.org/10.33029/1816-2134-2021-17-3-5-30> (in Russian)

Код МКБ-10: N92.2, N93

ID: KP

Возрастная группа: дети

Год утверждения: 2021

Профессиональные ассоциации:

1. Ассоциация детских и подростковых гинекологов
2. Российское общество акушеров-гинекологов

Список сокращений и условных обозначений

АМК – аномальное маточное кровотечение

АТХ – анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных средств

ВДКН – врожденная дисфункция коры надпочечников

ВМС-ЛНГ – внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ММК – межменструальное маточное кровотечение

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

ОМК – обильное менструальное кровотечение

СПКЯ – синдром поликистозных яичников

ТМК – тяжелое маточное кровотечение

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХГЧ – хорионический гонадотропин человека

* – препарат входит в перечень жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов

– препарат, предлагаемый к применению вне рекомендаций инструкции к применению

Термины и определения

Аномальное маточное кровотечение (АМК) в пубертатном периоде – кровотечение из матки, чрезмерное по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (<24 дней), которое оказывает неблагоприятное влияние на физическое, социальное и эмоциональное благополучие, способность к вербальному обучению и память у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно. Термин заменяет устаревшие понятия «ювенильное маточное кровотечение» и «дисфункциональное маточное кровотечение» [1].

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) в пубертатном периоде – чрезмерная по объему регулярная менструальная кровопотеря продолжительностью более 8 дней, которая снижает качество жизни и когнитивные способности у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно независимо от общего количества менструальной потери. Термин заменяет устаревшее понятие «пубертатная меноррагия» [2].

Межменструальное маточное кровотечение (ММК) в пубертатном периоде – беспорядочное или циклически предсказуемое кровотечение из матки между регулярными менструациями либо обильными менструальными кровотечениями у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно. Термин заменяет устаревшее понятие «пубертатная менометроррагия» [2].

Тяжелое маточное кровотечение (ТМК) – эпизод избыточного кровотечения из матки, возникший внезапно или на фоне хронического маточного кровотечения, приводящий к выраженному физическому и эмоциональному дискомфорту и требующий немедленного вмешательства для предотвращения гиповолемии или гиповолемического шока у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [1, 2].

Острое АМК – эпизод возникшего внезапно избыточного кровотечения из матки, проявления которого соответствуют **тяжелому маточному кровотечению (ТМК)** [1].

Хроническое АМК – кровотечение из матки, чрезмерное по продолжительности, объему кровопотери, частоте и/или регулярности у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, повторяющееся на протяжении большинства дней за последние 6 мес [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Аномальное маточное кровотечение (АМК) в пубертатном периоде – кровотечение из матки, чрезмерное по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (менее 24 дней), которое оказывает неблагоприятное влияние на физическое, социальное и эмоциональное благополучие, способность к вербальному обучению и память у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [1].

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) в пубертатном периоде – чрезмерная регулярная менструальная кровопотеря продолжительностью более 8 дней, которая снижает качество жизни и когнитивные способности у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно независимо от общего количества менструальной потери [2].

Межменструальное маточное кровотечение (ММК) – беспорядочное или циклическое кровотечение из матки между регулярными менструациями или обильными менструальными кровотечениями у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [2, 3].

Тяжелое маточное кровотечение (ТМК) – эпизод избыточного кровотечения из матки, возникший внезапно или на фоне хронического маточного кровотечения, приводящий к выраженному физическому и эмоциональному дискомфорту и требующий немедленного вмешательства для предотвращения гиповолемии либо гиповолемического шока у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [1, 2].

Острое АМК – эпизод возникшего внезапно избыточного кровотечения из матки, проявления которого соответствуют ТМК [1].

Хроническое АМК – кровотечение из матки, чрезмерное по продолжительности, объему кровопотери, частоте и/или регулярности у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, повторяющееся на протяжении большинства дней за последние 6 мес [3, 4].

ОМК и ММК являются наиболее частым проявлением АМК в этой возрастной группе [1, 2].

Параметры нормального менструального цикла и аномального маточного кровотечения, установленные комитетом Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) в 2018 г., представлены в приложении Г (табл. 1) [4].

**1.2. Особенности кодирования заболевания или состояния
(группы заболеваний или состояний) по Международной
статистической классификации болезней и проблем, связанных
со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10):**

- **N92.2** Избыточные менструации в пубертатном периоде (excessive menstruation at puberty), в том числе чрезмерное кровотечение, ассоциированное с установлением менструаций (excessive bleeding associated with onset of menstrual periods); пубертатная меноррагия (pubertal menorrhagia); пубертатные кровотечения (puberty bleeding).
- **N93.8** Другие уточненные аномальные маточные и вагинальные кровотечения (Other specified abnormal uterine and vaginal bleeding).
- **N93.9** Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное (Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified).

**1.3. Классификация заболевания или состояния
(группы заболеваний или состояний)**

АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, так же как и у небеременных женщин репродуктивного возраста, по рекомендации FIGO (2011 г. с дополнениями в 2018 г.), классифицируются в соответствии с основными вызвавшими их причинами как органические и неорганические [3, 4].

АМК вследствие органических причин (структурной патологии) (PALM):

- polyp (полип) (АМК-Р);
- adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);
- leiomyoma (лейомиома) (АМК-Л);
- malignancy (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasia (гиперплазия).

АМК вследствие неорганических причин (COEIN):

- coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);
- ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О);
- endometrial (эндометриальные) (АМК-Е);
- iatrogenic (ятрогенные) (АМК-И);
- not yet classified (не относящиеся ни к какой из категорий или еще не классифицированные) (АМК-Н) [4].

Терминология и характеристики АМК в соответствии с их причинами (пересмотр FIGO 2018 г.) представлены в табл. 2 приложения Г.

**1.4. Эпидемиология заболевания или состояния
(группы заболеваний или состояний)**

Частота АМК составляет 25–30% всех обратившихся за медицинской помощью девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно. У 33–69% заболевание имеет склонность к хроническому течению и рецидивам [2, 8–10, 17].

Овуляторная дисфункция («О») является наиболее частой причиной АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

Коагулопатии («С») определяют у 20% девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с ОМК [7]. Болезнь Виллебранда обнаруживается у 36% девочек-подростков с регулярными ТМК с менархе [8].

Органическую патологию (полип-Р/аденомиоз-А/лейомиома-Л/малигнизация и атипичная гиперплазия-М) суммарно выявляют с частотой до 10% в структуре причин АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [5].

Нарушения функции эндометрия («Е») и, тем более, состояния, не относящиеся ни к одной из категорий АМК или еще не классифицированные («N»), являются наиболее редким диагнозом у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет, так как для их обнаружения требуются специальные методы лабораторного или инструментального обследования.

1.5. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Регулярные обильные менструальные кровотечения (ОМК) у девочек-подростков с менархе могут быть одним из симптомов врожденной или приобретенной коагулопатии:

1) врожденные коагулопатии:

- ассоциированные с болезнью Виллебранда (vWD);
- ассоциированные с гемофилиями А (VIII фактор)/В (IX фактор)/С (XI фактор);
- ассоциированные с дисфункцией тромбоцитов (синдромы Вискотта—Олдрича или Бернара—Сулье, тромбастения Гланцмана, тромбоцитопения);
- ассоциированные с лизосомными болезнями накопления (болезнь Гоше);

2) приобретенные коагулопатии:

- идиопатическая тромбоцитопения (болезнь Верльгофа);
- тромбоцитарная тромбоцитопения, гемолитико-уремический синдром или уремия;
- диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром);
- острая лейкемия.

Среди системных заболеваний, ассоциированных с АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, выделяют декомпенсированные заболевания печени и почек.

Отсутствие регулярной овуляции вследствие незрелости репродуктивной системы в сроки, близкие от менархе (≈ 3 года), эндокринная патология (синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников, дисфункция гипоталамуса и щитовидной железы, андроген-продуцирующие опухоли, гиперпролактинемия, преждевременная недостаточность яичников), психическое напряжение, нарушение пищевого поведения (ожирение, анорексия), экстремальные спортивные тренировки могут привести к некоординированной пролиферации и несбалансированному отторжению эндометрия в условиях дефицита прогестерона и, как следствие, к длительному и/или обильному маточному кровотечению [6].

Нарушения функции эндометрия («Е») могут возникать вследствие активации ангиогенеза, повышения продукции провоспалительных цитокинов, увеличения локального фибринолиза, дисбаланса простагландинов и эндотелина-I [8, 11].

Ятрогенные причины АМК («I») включают использование лекарственных средств и иных методов лечебного воздействия, прямо или косвенно влияющих на процессы овуляции и свертывания крови.

Причинами, которые не относятся ни к одной из категорий АМК или еще не классифицированы («N»), определены артериовенозные мальформации, локальная или диффузная гипертрофия миометрия, эндометрит, ниша («истмощеле») нижнего сегмента матки после кесарева сечения [4].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

См. раздел «Жалобы и анамнез».

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования.

Комментарии: *рекомендуется до начала обследования получить информированное добровольное согласие в порядке и по форме, утвержденным приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»:*

- родителя или иного законного представителя несовершеннолетней девочки в возрасте до 15 лет (больной наркоманией – в возрасте 16 лет) или девочки в возрасте от менархе до 17 лет включительно, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если такая девочка по своему состоянию не способна дать согласие на медицинское вмешательство;
- самой несовершеннолетней девочки в возрасте 15–17 лет включительно.

Рекомендуется получить информацию о жалобах, объеме и продолжительности менструальной кровопотери, анамнезе девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

Жалобы:

- на обильные и/или частые (с промежутком менее 24 дней) менструальные кровотечения;
- межменструальные кровотечения;
- длительные и/или обильные кровяные выделения со сгустками из половых путей;
- боль внизу живота;
- слабость, недомогание, утомляемость;
- подавленное настроение и тревога;
- тошнота в утренние часы и другие ранние симптомы беременности;
- снижение физической активности и качества жизни в целом.

Анамнез:

- возраст менархе;
- характер менструальных кровотечений за последние 12 мес [2, 8, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: оценку объема менструальной кровопотери можно производить на основании количества использованных за единицу времени средств гигиены. При нормальной менструальной кровопотере средство гигиены меняется с интервалом 3 ч и более, за одну менструацию используется не более 21 гигиенической прокладки или тампона, смена средства гигиены в ночное время требуется редко. Чрезмерная менструальная кровопотеря имеет продолжительность более 8 дней или более 80 мл, требует замены средства гигиены впитывающей способности «супер» чаще чем через каждые 2 ч, сопровождается симптомами анемии и/или приводит к снижению качества жизни [11].

Рекомендуется получить информацию о наличии семейных и личных факторов риска нарушений свертываемости крови, репродуктивном анамнезе (при наличии сексуальной активности), перенесенных и сопутствующих гинекологических и соматических заболеваниях, изменении пищевого поведения (диета с косметической целью, быстрая прибавка массы тела), приеме токсичных веществ и лекарственных препаратов, об эмоциональных или физических перегрузках и/или нарушениях биоритмов в этот период жизни девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [2, 8, 11–14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: АМК у сексуально активных девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно может быть ассоциировано с начавшимся выкидышем, с внематочной беременностью, осложнением хирургических внутриматочных вмешательств, в том числе медицинского аборта. Использование специального скринингового тестирования позволяет выделить пациенток, требующих углубленного гематологического обследования [13, 14]. Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:

- препараты половых гормонов: эстрогены, прогестины, в том числе лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;
- модуляторы эстрогеновых (тамоксифен) и прогестероновых (мифепристон) рецепторов;
- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) могут вызывать овуляторные расстройства;
- препараты, влияющие на метаболизм дофамина, включая фенотиазины и трициклические антидепрессанты;
- прямые оральные антикоагулянты (такие как апиксабан) и низкомолекулярные гепарины больше влияют на объем менструального кровотечения;
- антикоагулянт непрямого действия (варфарин) и др.;
- антибиотики рифампицин и гризеофульвин.

Скрининговый инструмент для выявления пациенток с нарушениями свертываемости крови представлен в табл. 3 приложения Г.

2.2. Физикальное обследование

- **Рекомендуется** проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, определение уровня физического развития и степени полового созревания, параметров гемодинамической стабильности у девочки-подростка с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно [2, 6, 7].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: при проведении физикального обследования девочки-подростка с АМК важна оценка антропометрических показателей (роста, массы тела и ИМТ) в сопоставлении с параметрами центильных таблиц возрастных нормативов, а также описание дерматологических признаков различных заболеваний и состояний:

- анемии (сухость, бледность, желтизна ладоней, склер и верхнего нёба) или повышенной кровоточивости (петехии, экхимозы, пурпура, гематомы);
- гиперандрогенной дерматопии при СПКЯ и ВДКН (наличие акне, себореи, гирсутизма);
- багровых или розовых стрий и акантоза при дисфункции гипоталамуса;
- множественных родимых пятен или витилиго при спонтанном пубертате у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с дисгенезией гонад;
- множественных рубцов от порезов или очагов самоповреждений при патомимии.

Определение стадии полового созревания проводится с указанием балльной оценки состояния молочных желез (В1–5) и лобкового оволосения (Р1–5) по шкале Таннера (табл. 4 приложения Г). Наличие кровяных выделений из влагалища у пациентки с уровнем полового развития I–II стадии по Таннеру требует уточнения источника кровотечения.

Абдоминальная пальпация позволяет выявить вздутие, гепатоспленомегалию, увеличенную при беременности матку или объемное образование органов брюшной полости либо малого таза.

Предъявляемые девочками-подростками с АМК жалобы могут не соответствовать клиническому состоянию, поэтому необходимо определять гемодинамическую стабильность при ортостатическом измерении артериального давления и частоты пульса.

- **Рекомендуется** у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно визуальная и мануальная оценка строения и состояния наружных половых органов, при наличии условий – вагиноскопия и бимануальное пальпаторное исследование органов малого таза [2, 6–9, 11, 12, 15].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: наружный осмотр и вагиноскопия (предпочтительно жидкостная эндоскопия с использованием гистероскопа или цистоскопа) исключают травму и структурные изменения вульвы и влагалища как причину кровотечения [15]. Ректоабдоминальное исследование обычно не требуется, его заменяет УЗИ органов малого таза [8, 11]. У сексуально активных девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно допускается осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах, а также бимануальное абдоминально-влагалищное исследование [12, 15].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** у девочки-подростка с АМК исследование общеклинического анализа крови, коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня хорионического гонадотропина (β -ХГЧ), ферритина и С-реактивного белка в крови [2, 8, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: при АМК у девочек-подростков в возрасте до 17 лет включительно по уровню хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) необходимо исключить наличие беременности, даже при отрицании половых контактов. В клиническом анализе крови

акцент при АМК следует делать на показатели гемоглобина, количество и форму эритроцитов и цветового показателя, лейкоцитарную формулу (сдвиг в сторону нейтрофилов или лимфоцитов), количество и характеристику активности тромбоцитов (PLT, MPW, PDV, PCT), ретикулоцитов. Оценка уровня гемоглобина позволит выявить анемию как следствие кровопотери, низкое содержание ферритина – подтвердить железодефицитное состояние, а ретикулоцитов – выявить отсутствие связи анемии с дефицитом железа, в том числе на фоне применения железосодержащих препаратов. Значения ферритина не меняются в случае приема препарата железа накануне исследования (в отличие от железа сыворотки), поэтому именно ферритин является основным тестом для выявления дефицита железа. Повышенные уровни ферритина и С-реактивного белка являются признаком системного воспалительного ответа. Комплексная оценка основных параметров коагулограммы позволит выявить изменение функции свертывающей системы крови как причины АМК. При подозрении на эндокринную патологию у девочки-подростка с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно обследование проводится в соответствии с клиническими рекомендациями для каждой нозологии.

- **Рекомендуется** определение группы крови и Rh-фактора у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с АМК в стационарных условиях [2, 8, 11].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: девочкам-подросткам в возрасте от менархе до 17 лет включительно с АМК при развитии выраженных гемодинамических нарушений может потребоваться лечение компонентами крови.

- **Рекомендуется** проводить микроскопическое исследование пристеночных влагалищных мазков у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно для идентификации воспалительных заболеваний влагалища и матки (при наличии условий) [2, 6–9, 11, 12, 15].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: при интенсивных кровяных выделениях у девочки-подростка пристеночный мазок (соскоб) для микроскопического исследования берется после очищения боковой стенки влагалища от сгустков крови стерильным ватным тампоном. При АМК у сексуально активных девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, кроме микроскопического исследования влагалищных пристеночных мазков, рекомендован скрининг на инфекции *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis* с помощью тестов на амплификацию нуклеиновых кислот в мазках (соскобах) со стенок влагалища, уретры и цервикального канала (при наличии условий) [8, 15]. При подозрении на патологию шейки матки у всех девочек-подростков и в целях профилактического скрининга у сексуально активных девочек-подростков в возрасте 17 лет рекомендуется цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки в целях раннего выявления предраковых и раковых поражений шейки матки как причины АМК [43].

- **Рекомендуется** при подозрении на врожденные нарушения системы гемостаза у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно консультация врача-гематолога и тестирование на наличие наследственных коагулопатий [2, 8, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: скрининг для выявления нарушений гемостаза у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с ОМК должен проводиться на основании наличия одного или нескольких следующих признаков:

- 1) регулярные обильные менструальные кровотечения с менархе;
- 2) кровотечение во время любых хирургических, в том числе стоматологических, вмешательств, кровотечение в родах и в послеродовом периоде (одна из указанных причин);
- 3) возникновение 2 раза и более в месяц экхимозов (кровоподтеков) или подкожных гематом, носового кровотечения, кровоточивости (кровотечения) из десен;
- 4) любые тяжелые кровотечения в семейном анамнезе [8].

2.4. Инструментальная диагностика

- **Рекомендуется** выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза для выявления причины неэффективности проводимого лечения АМК транс-абдоминальным/трансректальным доступом у девственниц и трансвагинальным доступом у имевших половые контакты девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно [8, 11].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: УЗИ органов малого таза у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно проводят для оценки состояния эндометрия, миометрия, шейки матки, маточных труб, яичников. УЗИ позволяет диагностировать полип(-ы) эндометрия, аденомиоз, лейомиому матки, аномалии развития матки, утолщение эндометрия, связанное с гиперплазией и злокачественными новообразованиями, опухоли и опухолеподобные образования яичников. УЗИ играет важную роль для выявления причины неэффективности проводимого лечения [8].

- **Допустимо** у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно проведение МРТ органов малого таза в качестве дополнительного метода для уточняющей диагностики органической патологии матки как причины маточного кровотечения (лейомиомы, аденомиоза, злокачественной опухоли матки, аномалии развития матки и др.) [2, 16].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: МРТ малого таза не является информативным методом диагностики патологии эндометрия у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

- **При наличии условий показано** проведение гистероскопии в стационарных условиях у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно при указании на внутриматочную патологию (полип/полипы, очаговая гиперплазия или злокачественное поражение эндометрия, субмукозная лейомиома матки, аденомиоз, хронический эндометрит и др.) по данным УЗИ или МРТ [17–19].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: при подозрении на внутриматочную патологию по данным УЗИ органов малого таза или при неэффективности медикаментозной терапии у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно предпочтительна диагностическая жидкостная бесконтактная гистероскопия (без влагалищных зеркал, без захвата шейки матки пулевыми щипцами и без расширения цервикального канала) с использо-

ванием геля с лидокаином для локальной анестезии области заднего свода влагалища и истмического отдела матки (при наличии условий) [17, 53]. Обнаружение по данным гистероскопии гиперплазии эндометрия (диффузной, очаговой, аденоматозной), рака эндометрия или хронического эндометрита является показанием к биопсии эндометрия с патологоанатомическим и иммуногистохимическим исследованием биоптата для выбора лечебной тактики [18, 19].

2.5. Иные диагностические исследования

- **Консультация** смежных специалистов (врач функциональной диагностики, врач – детский эндокринолог, врач – терапевт подростковый, врач-детский онколог-гематолог, врач – детский онколог, медицинский психолог, врач – детский подростковый, врач-невролог, врач по гигиене питания, врач физической и реабилитационной медицины, врач-фтизиатр и др.) у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно проводится при наличии сопутствующих заболеваний эндокринных органов (гипо- или гипертиреоз, нарушенная толерантность к углеводам и чрезмерная инсулинемия/инсулинорезистентность, СПКЯ, ВДКН), расстройстве вегетативной нервной деятельности, патологии системы гемостаза, нарушении пищевого поведения, патомимии, подозрении на генитальный туберкулез и др. [2, 8, 11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

Медикаментозная терапия является первой линией выбора у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно при отсутствии органической патологии органов малого таза [2, 8, 20–23].

- **Рекомендуется** у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно использовать в качестве первой линии медикаментозной терапии транексамовую кислоту* перорально или внутривенно для снижения объема кровопотери [11, 24, 27–31].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: показано применение транексамовой кислоты* в разовой дозе 10–25 мг/кг каждые 8 ч (не более 3 г в сутки) в течение 5 дней у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно. При тяжелом АМК предпочтительно внутривенное введение раствора транексамовой кислоты* в дозе не более 4 г/сут [8, 24–26, 28, 29]. Для лечения хронического ОМК прием транексамовой кислоты* в дозе 15 мг/кг 3 раза в сутки (не более 3 г/сут) в первые 4 дня менструации уменьшает объем кровопотери на 25–50% [22, 24, 28, 30, 31]. Необходимо получение информированного добровольного согласия на использование транексамовой кислоты* у законных представителей девочек-подростков с меноррагией (ОМК) младше 16 лет, так как в официальной инструкции к лекарственному средству обозначено, что опыт применения в этой возрастной группе отсутствует [29, 44, 45].

- Допустимо использование НПВС у девочек-подростков с ОМК при дисменорее в возрасте от менархе до 17 лет включительно для купирования менструальной боли и опосредованного снижения объема кровопотери [2, 8, 32, 33].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: НПВС за счет подавления активности циклооксигеназы и изменения соотношения простагличина и тромбосана снижают кровопотерю на 20–60% и могут использоваться у девочек-подростков с дисменореей без патологии эндометрия или системы гемостаза [21, 23, 30, 46–48]. Препараты (напроксен*# 250 мг, или ибупрофен*# 200 мг, или нимесулид*# 100 мг максимально 2 раза в сутки) применяют за 1 день до начала или в 1-й день обильной и болезненной менструации в течение 3–5 дней при отсутствии противопоказаний [11, 46, 47]. Следует избегать применения НПВС у девочек-подростков с АМК-С (коагулопатия) в возрасте от менархе до 17 лет включительно без согласования с врачом – детским онкологом-гематологом [8]. Необходимо получение информированного добровольного согласия на лечение при наличии возраста, ограничивающего применение НПВС в соответствии с официальной инструкцией к лекарственному препарату [46–48].

Рекомендуется использовать у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с ТМК или ОМК без органической патологии и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов комбинированных оральных контрацептивов# (КОК) – по анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания) [2, 8, 20, 22, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 49].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: согласно международным клиническим рекомендациям [8, 11, 22, 37] и отечественному национальному руководству [17] по лечению АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, в целях остановки ТМК или ОМК препаратами первой или второй линии гемостатической терапии являются монофазные КОК с 30 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) в составе таблетки каждые 6–8 ч (90–120 мкг ЭЭ в сутки). Для уменьшения количества нежелательных побочных реакций на фоне применения высокой суточной дозы КОК (тошноты и рвоты) у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно возможно применение противорвотных препаратов. Исключение побочных реакций при сохранении высокой эффективности (у 90% остановка АМК происходит на 1–2-е сутки применения) возможно при использовании разовой дозы 15 мкг ЭЭ каждые 6 ч (60 мкг ЭЭ в сутки) [36]. После остановки кровотечения (как правило, в течение 24–48 ч) следует ежедневно уменьшать суточную дозу до 1 таблетки (30 мкг ЭЭ). Необходимо продолжить применение КОК до тех пор, пока гемоглобин не повысится до уровня, достаточного для того, чтобы девочка-подросток перенесла потенциально тяжелое кровотечение отмены [8]. У девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с сопутствующими нарушениями свертываемости крови оптимально непрерывное применение КОК [8, 11, 33, 49, 56]. Учитывая отсутствие показаний к применению современных КОК для остановки АМК в официальных инструкциях, требуется информированное добровольное согласие девочки-подростка или ее законного представителя на использование указанной схемы гемостатической гормональной терапии. Применение КОК у нуждающихся в контрацепции сексуально активных девочек-подростков с хроническим ОМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно позволяет снизить объем менструальной кровопотери: монофазные КОК, содержащие этинилэстрадиол

и левоноргестрел в каждой таблетке, – на 43–69% и КОК, имеющие в составе эстрадиола валерат и диеногест в динамическом режиме, – на 88% [35, 37, 38, 49, 50, 55].

Альтернативой применения КОК (по АТХ – прогестагены и эстрогены, фиксированные сочетания) у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с ановуляторными АМК или при наличии противопоказаний к применению эстрогенов являются препараты с прогестагеном (по АТХ – прогестагены), обеспечивающие эффективную секреторную трансформацию и последующее полноценное отторжение эндометрия [2, 8, 21, 30, 39–42].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: согласно международным клиническим рекомендациям для остановки АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно, особенно при уровне гемоглобина менее 100 мг/л или при гемостатической нестабильности, рекомендован пероральный прием высоких доз прогестагенов: медроксипрогестерона ацетат*# в разовой дозе 10–20 мг или норэтистерона ацетат (норэтиндрон)*# в разовой дозе 5–10 мг каждые 6 ч в течение 7–10 дней до остановки кровотечения с последующим медленным (по 5 мг в неделю) снижением суточной дозы [8, 11]. Медроксипрогестерона ацетат для перорального применения с разовой дозой 5, 10 или 20 мг в реестре зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов не значится. Показание для остановки АМК (дисфункционального маточного кровотечения) имеется в официальной инструкции к использованию норэтистерона*# (5–10 мг в сутки в течение 6–12 дней) [56] и дидрогестерона*# (по 10 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней) [57], но только применение прогестагенов у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно по 3 раза в сутки по эффективности сопоставимо с гормональным гемостазом КОК [8]. Менструальная реакция после отмены прогестагенов сопровождается полноценным отторжением секреторно-трансформированного эндометрия, что позволяет оценить полость матки для исключения/подтверждения органической патологии. Для лечения хронического ОМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно норэтистерон*# 5–10 мг/сут назначают с 16-го по 25-й день менструального цикла или дидрогестерон*# 20 мг/сут с 11-го по 25-й день менструального цикла с сопоставимой с КОК эффективностью. Для предотвращения рецидива ановуляторного АМК норэтистерона ацетат*# в дозе 5–10 мг в сутки применяется с 16-го по 25-й день менструального цикла [56], дидрогестерон*# в дозе 20 мг в сутки – с 11-го по 25-й день менструального цикла [57] в течение 6 мес, что позволяет в 2 раза снизить объем менструальной кровопотери [39, 40] и достичь регулирующего эффекта у 76–93% девочек-подростков [40–42, 52]. Однако, согласно современным инструкциям, применение прогестагенов у девочек-подростков в возрасте младше 18 лет не показано в связи с отсутствием клинических исследований. Поэтому использование прогестагенов для остановки ТМК и регуляции менструального цикла требует обязательного оформления информированного добровольного согласия девочки-подростка или ее законного представителя.

Допустимо использование внутриматочной терапевтической системы, высвобождающей микронизированный левоноргестрел (ВМС-ЛНГ, по АТХ – пластиковые спирали с гестагенами), для снижения величины менструальной кровопотери у не заинтересованных в беременности сексуально активных девочек-подростков с ОМК и низким риском ИППП в возрасте от менархе до 17 лет включительно (при желании пациентки и наличии условий) [8, 11, 51, 58].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: ВМС, высвобождающая левоноргестрел, оказывает главным образом местное гестагенное действие (концентрация левоноргестрела в эндометрии превышает его концентрацию в плазме крови более чем в 1000 раз), снижая пролиферативную активность эндометрия и объем кровопотери. Спустя 3 мес применения ВМС-ЛНГ менструальная кровопотеря снижается на 62–94%, через 6 мес – на 71–95% [51, 58].

- При **наличии** анемии или латентного дефицита железа при АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно показаны терапия препаратами железа и оптимизация питания, согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению железодефицитной анемии у детей [8].
- При **наличии** АМК как проявления воспалительной болезни матки у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно показано лечение в соответствии с клиническими рекомендациями «Воспалительные заболевания женских тазовых органов в пубертатном периоде».
- При **наличии** АМК и органической патологии (лейомиома матки, аденомиоз, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия и др.) см. соответствующие клинические рекомендации для женщин репродуктивного возраста.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

3.2. Хирургическое лечение

Рекомендуется проведение хирургического лечения у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно при наличии органической патологии матки [2, 8, 23, 30].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с АМК выскабливание полости матки с патологоанатомическим и иммуногистохимическим исследованием соскоба проводится только при отсутствии эффекта от негормональной и гормональной гемостатической терапии и/или по жизненным показаниям (при наличии условий). Считается, что удаление фрагментарно отторгающегося и кровоточащего функционального слоя эндометрия может облегчить восстановление нормальной пролиферации путем улучшения локальных факторов свертывания крови и регенеративной способности базального слоя эндометрия [8, 23, 30]. Выявление по данным УЗИ и бесконтактной гистероскопии полипа(-ов) эндометрия является показанием к полипэктомии под гистероскопическим контролем с последующим патологоанатомическим и иммуногистохимическим исследованием удаленного материала [17, 54]. Хирургическое лечение девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с АМК при субмукозном узле лейомиомы проводится согласно клиническим рекомендациям по лейомиоме матки у женщин репродуктивного возраста.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Специфической реабилитации девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно нет.

Рекомендована консультация врачом-физиотерапевтом, врачом-педиатром, чом – детским эндокринологом, врачом – детским онкологом-гематологом, врачом – детским онкологом, медицинским психологом, врачом – психиатром подростков (по показаниям), врачом по гигиене питания, врачом физической и реабилитационной медицины для определения программы персонифицированной реабилитации.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

В целях предупреждения АМК целесообразно выделить группы риска девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно по заболеванию.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: в группу риска возникновения АМК в пубертатном периоде могут быть отнесены девочки-подростки со следующими заболеваниями (состояниями):

- АМК в анамнезе;
- ОМК с менархе;
- воспалительными заболеваниями влагалища и органов малого таза;
- заболеваниями крови;
- синдромом поликистозных яичников;
- гипоталамической дисфункцией;
- синдромом Тернера (мозаичный вариант) со спонтанным пубертатом;
- психозомоциональными нарушениями и острыми стрессовыми реакциями;
- применением лекарственных препаратов (несоблюдение схемы использования или возникновение побочных реакций);
- острыми токсическими реакциями и гипертермией;
- острыми вирусными инфекциями;
- системными хроническими экстрагенитальными заболеваниями в стадии субкомпенсации и декомпенсации (сахарный диабет, врожденная дисфункция коры надпочечников, гипотиреоз, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, заболевания печени и почек, легочный туберкулез);
- ожирением или дефицитом массы тела;
- физическим и умственным переутомлением.

Профилактика АМК заключается:

- в проведении профилактического осмотра девочек-подростков, которым исполнилось 13, 15, 16 и 17 лет, врачом – акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по гинекологии детей и подростков, для своевременного обнаружения органической патологии (лейомиома матки, аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия), заболеваний крови или заболеваний, влияющих на процесс овуляции;
- в ежегодном диспансерном наблюдении девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно с АМК после проведенного лечения (III группа диспансерного наблюдения) [43].

6. Организация оказания медицинской помощи

- Показанием для экстренной госпитализации в гинекологический стационар является наличие ТМК, требующего оказания срочной медицинской помощи.
- Показанием для реанимационных мероприятий в палате интенсивной терапии является ТМК с гиповолемией или гиповолемическим шоком.
- Показанием для плановой госпитализации является наличие органической патологии, вызывающей хронические АМК и требующей хирургического лечения; отсутствие эффекта от проводимого в амбулаторных условиях лечения.
- Условия к выписке пациентки из гинекологического стационара: остановка АМК, нормализация общего состояния, восстановление уровня гемоглобина, отсутствие воспалительных изменений в крови.

Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе размещены рекомендуемые Рабочей группой критерии оценки качества медицинской помощи при АМК с указанием уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций (см. таблицу).

Критерии оценки качества стационарной медицинской помощи при аномальных маточных кровотечениях у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно

№	Критерии качества	Оценка проведения
1	Соблюдены показания для экстренной госпитализации	Да/нет
2	Соблюдены показания для плановой госпитализации	Да/нет
3	Выполнение сбора жалоб и анамнеза	Да/нет
4	Проведение физикального обследования	Да/нет
5	Проведение гинекологического исследования	Да/нет
6	Проведение исследования пристеночных мазков (соскобов) из половых путей на микроскопию	Да/нет
7	Проведение цитологического исследования мазков (соскобов) с шейки матки у сексуально активных девочек-подростков с АМК в возрасте 17 лет в целях раннего выявления предраковых и раковых поражений шейки матки как причины АМК	Да/нет
8	Проведение общеклинического анализа крови	Да/нет
9	Выполнено определение группы крови и Rh-фактора, уровня хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) в крови, коагулограммы, исследование уровня железа, ферритина, С-реактивного белка при наличии показаний	Да/нет
10	Проведено УЗИ органов малого таза	Да/нет
11	Проведена консультация смежных специалистов при сопутствующих заболеваниях	Да/нет
12	Проведено МРТ органов малого таза при наличии показаний	Да/нет
13	Проведение бесконтактной гистероскопии, биопсии эндометрия, патологоанатомического и иммуногистохимического исследования при наличии условий и показаний	Да/нет
14	Проведение медикаментозной гемостатической терапии (негормональной, гормональной)	Да/нет
15	Проведение противовоспалительной терапии при наличии показаний	Да/нет
16	Проведение противоанемической терапии при наличии показаний	Да/нет
17	Проведение хирургического лечения при наличии показаний	Да/нет
18	Соблюдены условия к выписке из стационара	Да/нет
19	Полнота рекомендации по реабилитации при выписке	Да/нет

Литература

1. Munro M.G. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 40. P. 3–22.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88> (date of access February 25, 2020)
3. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S. et al. The FIGO classification system («PALM-COEIN») for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2011. Vol. 113, N 1. P. 3–13.
4. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S.; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.
5. Slap G.B. Menstrual disorders in adolescence // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2003. Vol. 17, N 1. P. 75–92.
6. Guideline. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Practice Bulletin No. 136: management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction // *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 122, N 1. P. 176–185.
7. Haamid F., Sass A.E., Dietrich J.E. Heavy menstrual bleeding in adolescents // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2017. Vol. 30. P. 335–340.
8. Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding: ACOG Committee Opinion No. 785 // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 134, N 3. P. e71–e83. URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/09/screening-and-management-of-bleeding-disorders-in-adolescents-with-heavy-menstrual-bleeding>
9. Elmaogullari S., Aycan Z. Abnormal uterine bleeding In adolescents // *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2018. Vol. 10, N 3. P. 191–197.
10. van der Brink M.J. et al. Incidence and treatment of heavy menstrual bleeding in general practice // *Fam. Pract.* 2017. Vol. 34, N 6. P. 673–678.
11. The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia. Clinical Practice Guideline on Adolescent Gynaecology – Heavy Menstrual Bleeding. URL: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Adolescent_Gynaecology_Menorrhagia/
12. Yaşa C., Güngör Uğurlucan F. Approach to abnormal uterine bleeding in adolescents // *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2020. Vol. 12, suppl. 1. P. 1–6. DOI: <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0200> PMID: 32041387; PMCID: PMC7053441.
13. Philipp C.S., Faiz A., Dowling N.F., Beckman M., Owens S., Ayers C. et al. Development of a screening tool for identifying women with menorrhagia for hemostatic evaluation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 198. P. 163.e1–e8.
14. Philipp C.S., Faiz A., Heit J.A., Kouides P.A., Lukes A., Stein S.F. et al. Evaluation of a screening tool for bleeding disorders in a US multisite cohort of women with menorrhagia // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 204. P. 209.e1–e7.
15. Gray S.H. Menstrual disorders // *Pediatr. Rev.* 2013. Vol. 34. P. 6–17. URL: <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/34/1/6.full.pdf>
16. Bazot M., Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis // *Fertil. Steril.* 2018. Vol. 109. P. 389–397.
17. Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Г.М. Савельева, Т.Г. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 1056 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-5739-9-GIN2020-1-056>
18. Kaveh M., Sadegi K., Salarzaei M., Parooei F. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis // *Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne.* 2020. Vol. 15, N 3. P. 403–415. DOI: <https://doi.org/10.5114/wiitm.2020.93791> Epub 2020 Mar 19. PMID: 32904526; PMCID: PMC7457193.
19. Narice B.F., Delaney B., Dickson J.M. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis // *BMC Fam. Pract.* 2018. Vol. 19. P. 135.

20. Adams Hillard P.J. Menstruation in adolescents // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008. Vol. 1135. P. 29–35.
21. Deligeorgiou E., Karountzos V., Creatas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology // *Gynecol. Endocrinol.* 2013. Vol. 29, N 1. P. 74–78.
22. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. ACOG Committee Opinion No. 651. American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 126. P. 143–146.
23. Hartmann K.E. et al. Primary care management of abnormal uterine bleeding // *Comparative Effectiveness Review No. 96. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality*, 2013. 528 p.
24. Lukes A.S. et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 116, N 4. P. 865–875.
25. Thorne J.G., James P.D., Reid R.L. Heavy menstrual bleeding: is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception [commentary]? // *Contraception.* 2018. Vol. 98. P. 1–3.
26. Lumsden M.A., Wedisinghe L. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding // *Expert Opin. Pharmacother.* 2011. Vol. 12, N 13. P. 2089–2095.
27. O'Brien S.H. et al. An open-label, single-arm, efficacy study of tranexamic acid in adolescents with heavy menstrual bleeding // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2019. Vol. 32, N 3. P. 305–311.
28. Bryant-Smith A.C., Lethaby A., Farquhar C., Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 4. CD000249.
29. Naoulou B., Tsai M.C. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2012. Vol. 91, N 5. P. 529–537.
30. Mullins T.L., Miller R.J., Mullins E.S. Evaluation and management of adolescents with abnormal uterine bleeding // *Pediatr. Ann.* 2015. Vol. 44, N 9. P. 218–222.
31. Leminen H., Hurskainen R. Tranexamic acid for the treatment of heavy menstrual bleeding: efficacy and safety // *Int. J. Womens Health.* 2012. Vol. 4. P. 413–421.
32. DeSilva N.K. Abnormal uterine bleeding in the adolescent patient // *Female Patient.* 2010. Vol. 35. P. 25–28.
33. Lethaby A., Wise M.R., Weterings M.A.J., Bofill Rodriguez M., Brown J. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2. CD000154.
34. Holland-Hall C. Heavy menstrual bleeding in adolescents: normal variant or a bleeding disorder? // *Contemp. Pediatr.* 2012. Vol. 29, N 11. P. 24–40.
35. Matteson K.A. et al. Non-surgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review // *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 121, N 3. P. 632–643.
36. Веселова Н.М., Уварова Е.В. Патент на изобретение RU 2327462 C1 «Способ лечения маточных кровотечений пубертатного периода» / Патентообладатель(и): Государственное учреждение Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук (RU). Дата начала отсчета срока действия патента: 01.12.2006 г.
37. Lethaby A. et al. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2. CD000154.
38. Srivaths L.V. et al. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2015. Vol. 28, N 4. P. 254–257.
39. Hickey M., Higham J.M., Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Vol. 9. CD001895.
40. Karakus S., Kiran G., Ciralik H. Efficacy of micronised vaginal progesterone versus oral dydrogesterone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomised controlled trial // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2009. Vol. 49, N 6. P. 685–688.
41. Kakarla N., Boswell H.B., Zurawin R.K. The use of micronized progesterone for dysfunctional uterine bleeding in adolescent females // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2006. Vol. 19, N 2. P. 151–152.
42. Подзолкова Н.М., Татарчук Т.Ф., Дошанова А.М., Ешимбетова Г.З., Сумятина Л.В. Нормализация менструального цикла дидрогестероном // *Акушерство и гинекология.* 2018. № 6. С. 70–76.

43. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Зарегистрировано в Минюсте РФ 7 июня 2019 г. Регистрационный № 54887.
44. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Транексамовая кислота». Согласовано Минздрав России ЛП-006272, 2020. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=754995b7d-dfe2-4a0d-8eda-b4feb658d81a7&t=
45. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Транексамовая кислота». Согласовано Минздрав России ЛП-006449, 2020. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=a8af8f14-de53-42d6-8b1e-dfb02ad5097e&t=
46. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Найз». Согласовано Минздрав России ЛП-003413, 2019. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=946020f5-ea33-4064-be38-8a10e5dd91a1&t=
47. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Напроксен» Р № 002874/01, 2010.
48. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Ибупрофен». ЛП-005534, 2019. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=cc741019-bd3c-4b3c-9ddf-cae8948580c4&t=
49. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Оралкон». ЛСР-003705/10, 2010. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=31ddb7ae-a071-4be6-bfdc-0b50fd26fe18&t=
50. Jensen J.T. et al. Pooled analysis of bleeding profile, efficacy and safety of oral oestradiolvalerate/dienogest in women aged 25 and under // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2020. Vol. 25, N 2. P. 98–105.
51. Shabaan M.M., Zakherah M.S. et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to low dose combined oral contraceptive pill for idiopathic menorrhagia: a randomized clinical trial // Contraception. 2011. Vol. 83, N 1. P. 48–54.
52. Tajjamal A., Zaman F. Severity of bleeding is a predictor of quality of life in women with heavy menstrual bleeding under dydrogesterone treatment in a prospective, multicentre, observational study // Gazz. Med. Ital. 2015. Vol. 174, N 9. P. 391–398.
53. Wanderley M.D., Álvares M.M., Vogt M.F., Sazaki L.M. Accuracy of transvaginal ultrasonography, hysteroscopy and uterine curettage in evaluating endometrial pathologies // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2016. Vol. 38, N 10. P. 506–511. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593774>
54. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Practice Bulletin No. 128. American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. 2012. Vol. 120. P. 197–206.
55. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Клайра» ЛРС. URL https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=5083c89a-6f9e-4926-b8f5-005bcf3cdc39&t=
56. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Норколут». ЛРС-14881/01-300819, 2020 URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=f80e2f10-db5e-4a3c-8383-f03ed0e45be9&t=
57. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Дюфастон». ЛРС-011987/01-260717, 2019. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8ca3e2d5-76e8-454a-bfd8-206584aa7d50&t=
58. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата внутриматочной терапевтической системы, высвобождающей микронизированный левоноргестрел (ВМС-ЛНГ). ЛРС П N014834/01. URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=6692b35c-d4b8-43a1-a343-613db295205f&t=

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Уварова Елена Витальевна – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий 2-м гинекологическим отделением (детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный специалист Минздрава России по гинекологии детского и юношеского возраста, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов, член Российского общества акушеров-гинекологов (Москва, Российская Федерация)

Филиппов Олег Семенович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (Москва, Российская Федерация)

Сальникова Ирина Александровна – научный сотрудник 2-го гинекологического отделения (детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов (Москва, Российская Федерация)

Андреева Вера Олеговна – доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста Минздрава России по Южному и Северо-Кавказскому федеральным округам РФ и Ростовской области, главный научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела НИИАП, главный научный сотрудник, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Ростов-на-Дону, Российская Федерация)

Сибирская Елена Викторовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России по Московской области, руководитель Центра охраны репродуктивного здоровья у подростков Московской области, заведующий отделением, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Москва, Российская Федерация)

Караченцова Ирина Васильевна – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России по г. Москве, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Москва, Российская Федерация)

Долгушина Валентина Федоровна – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста Минздрава России по Уральскому федеральному округу и Челябинской области, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Челябинск, Российская Федерация)

Ипполитова Марина Федоровна – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России по Северо-Западному федеральному округу и г. Санкт-Петербургу, главный врач СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента», член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Кохреидзе Надежда Анатольевна – доктор медицинских наук, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России по Ленинградской области, доцент кафедры детской и подростковой гинекологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующий отделением подростковой гинекологии детского лечебно-реабилитационного комплекса ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Санкт-Петербург, Российская Федерация)

Муслимова Софья Юрьевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста Минздрава России в Республике Башкортостан, главный специалист-гинеколог детей и подростков Минздрава Республики Башкортостан, член проблемной комиссии БГМУ «Научные основы охраны здоровья женщины, матери, плода и новорожденного», член РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов Республики Башкортостан», член Ассоциации детских и подростковых гинекологов и Российского общества акушеров-гинекологов (Уфа, Российская Федерация)

Туленинова Анжела Ивановна – главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Минздрава России по Краснодарскому краю, врач – акушер-гинеколог отделения гинекологии детского и подросткового возраста Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Краснодар, Российская Федерация)

Халимова Дилара Равиловна – доктор медицинских наук, главный внештатный специалист-гинеколог детского и юношеского возраста Удмуртской Республики, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «ИГМА» Минздрава России, член Ассоциации детских и подростковых гинекологов, Российского общества акушеров-гинекологов (Ижевск, Российская Федерация)

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций

1. Врачи-гинекологи для несовершеннолетних, врачи – акушеры-гинекологи, врачи-педиатры, врачи общей практики, фельдшеры – при отсутствии врача – акушера-гинеколога.
2. Студенты, ординаторы, аспиранты.
3. Преподаватели, научные сотрудники.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций и достоверности доказательств в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (табл. 1–3).

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования типа «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными]
B	Условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными]
C	Слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности/исходы являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)]

Рекомендуемая доброкачественная практика (Good Practice Points – GPPs) базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций (КР) предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем 1 раз в 3 года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 мес.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов и справочных материалов:

- Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»» (зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 № 60869).
- Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Г.М. Савельева, Т.Г. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 1056 с. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-5739-9-GIN2020-1-056>

- National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88> (date of access February 25, 2020).
- Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding: ACOG Committee Opinion No. 785 // Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 134, N 3. e71-e83. URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/09/screening-and-management-of-bleeding-disorders-in-adolescents-with-heavy-menstrual-bleeding>
- The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia. Clinical Practice Guideline on Adolescent Gynaecology – Heavy Menstrual Bleeding [Electronic resource]. URL: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Adolescent_Gynaecology_Menorrhagia/ [date of access August, 2020].

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм ведения пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК) в возрасте до 17 лет включительно

Приложение В. Информация для пациента

Маточное кровотечение – это выделение крови из матки, которое бывает как физиологическим (обычная менструация), так и аномальным.

В норме длительность менструального цикла составляет 24–38 дней, кровопотеря за один менструальный цикл – от 5 до 80 мл, количество менструальных дней – от 4 до 8.

Если кровяные выделения из половых путей появляются чаще чем через каждые 24 дня, длятся дольше 8 дней или требуют смены средства гигиены чаще чем каждые 1–2 ч, необходимо обращение к врачу-гинекологу для несовершеннолетних в целях уточнения причины маточного кровотечения и проведения лечения.

Причины аномальных маточных кровотечений разнообразны. Чаще всего причиной кровотечения у девочек-подростков в возрасте от первой менструации до 17 лет включительно является нарушение процесса созревания фолликулов и овуляции при синдроме поликистозных яичников, ожирении, стрессовых реакциях, резкой потере массы тела, тяжелых физических нагрузках, заболеваниях щитовидной железы, увеличении уровня

пролактина. При всех указанных заболеваниях и состояниях недостаточное количество гормона прогестерона не позволяет вовремя подготовить внутренний слой матки к его отторжению и началу менструации. Иногда к кровотечению могут приводить воспалительные процессы в органах малого таза, прием лекарств, заболевания свертывающей системы крови или наличие структурной патологии матки (к примеру, полипа).

Тяжелое маточное кровотечение – интенсивное истечение крови из матки, требующее срочного медицинского вмешательства и госпитализации в стационар для предотвращения дальнейшей обильной кровопотери. Может возникать на фоне хронического маточного кровотечения.

Хроническое маточное кровотечение отличается от нормальной менструации объемом, регулярностью и/или продолжительностью и присутствует в течение последних 6 мес. Не требует немедленного медицинского вмешательства, но может перейти в тяжелое кровотечение.

Диагностика маточного кровотечения

При маточном кровотечении следует в первую очередь обратиться к врачу-гинекологу для несовершеннолетних, при его отсутствии к врачу – акушеру-гинекологу для взрослых женщин в целях проведения осмотра. При осмотре врач во время беседы собирает данные о состоянии вашего здоровья, измеряет артериальное давление и частоту пульса, рост и массу тела, осматривает кожные покровы и наружные половые органы. Для углубленного обследования врач может направить вас на УЗИ органов малого таза; на анализы крови (общий анализ крови; анализ на уровень ферритина; коагулограмма; определение уровня ХГЧ, С-реактивного белка). Если ваше общее состояние позволяет продолжить наблюдение амбулаторно, врач назначит медикаментозное лечение в целях остановки кровотечения и в последующем для регуляции менструального цикла. Если вы ощущаете головокружение, слабость, обморочное состояние и данные анализов указывают на анемию средней или тяжелой степени либо нестабильные показатели гемодинамики (пульс, артериальное давление), если кровотечение не останавливается на фоне проводимого лечения, врач обнаружил признаки полипа стенки матки или других нарушений структуры матки, вам будет предложена госпитализация в стационар для проведения углубленного обследования (по показаниям – гистероскопия с биопсией эндометрия). Иногда для уточнения состояния матки бывает необходимо провести МРТ органов малого таза или сдать анализ крови на гормоны (при плановом обследовании после остановки кровотечения).

Лечение маточного кровотечения

Лечение маточного кровотечения делят на хирургическое и медикаментозное. В возрасте до 17 лет включительно хирургическое лечение проводят только при выявлении органической (структурной) патологии, когда необходимо провести удаление полипа эндометрия или показана операция для лечения миомы матки. Такая ситуация случается крайне редко (до 10% случаев).

В остальных случаях лечение АМК проводят медикаментозно. С учетом данных обследования врач-гинеколог для несовершеннолетних предложит вам негормональные (транексамовая кислота, нестероидные противовоспалительные средства) или гормональные (комбинированные эстроген-гестагенные средства, прогестагены) лекарственные средства для остановки кровотечения и дальнейшей регуляции ритма менструаций.

В первые 6 мес после остановки АМК вам нужно находиться под наблюдением врача-гинеколога для несовершеннолетних для предотвращения повтора маточного кровотечения.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Таблица 1. Нормальное и аномальное кровотечение: пересмотр FIGO 2018 г. [4]

Категория	Характеристика
Частота	Отсутствие менструации или кровотечений – аменорея. Частые (<24 дней). Нормальные (от 24 до 38 дней). Редкие (>38 дней)
Регулярность	Регулярные (вариабельность цикла ≤9 дней). Нерегулярные (вариабельность цикла >9 дней)
Длительность	Нормальная: ≤8 дней. Длительная: >8 дней
Объем (обильность)*	Обильные. Нормальные. Скудные
Межменструальные кровотечения	Беспорядочные. Циклические (предсказуемые) в начале, середине или конце цикла

Примечание. * – согласно рекомендации NICE; ОМК – объем кровотечений, которое оказывает негативное влияние на качество жизни женщины.

Таблица 2. Классификация FIGO (PALM-COEIN), модификация 2018 г. [4]

Категория	Изменение
АМК-Р	Уточнение количества, расположения и морфологии
АМК-А	Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза
АМК-L	Определение 3-го типа узла как субмукозная миома матки. Введены определение и отличия между узлами: • типа 0 и 1; 6 и 7; • типа 2 и 3; 4 и 5
АМК-С	Исключены АМК, связанные с приемом антикоагулянтов
АМК-О	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза
АМК-Е	Локальные нарушения синтеза простагландинов F ₂ -α, I ₂ , E ₂ , эндотелина-1, плазминогенов PAI и tPA, TNF-α и металлопротеиназ. Исключен эндометрит как локальная причина
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогией, в том числе с использованием антикоагулянтов и препаратов, влияющих на овуляцию
АМК-N	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий». Включены эндометрит, локальная или диффузная гипертрофия миометрия, артериовенозные мальформации и так называемая ниша либо истмочеце нижнего сегмента матки после кесарева сечения как потенциально новая причина АМК

Таблица 3. Скрининговый опрос для выявления пациенток с нарушениями свертываемости крови

1. Сколько дней обычно длится менструация от момента начала кровотечения до полного его прекращения?	<ul style="list-style-type: none"> • Менее 7 дней • Более или равно 7 дням • Не знаю
2. Как часто Вы испытывали ощущение «потопа» или «сильного потока» в дни менструации?	<ul style="list-style-type: none"> • Никогда, редко или несколько менструаций • Каждую или большинство менструаций • Не знаю
3. Во время менструации у Вас когда-нибудь было кровотечение, когда кровь протекала через тампон или прокладку за 2 ч или меньше?	<ul style="list-style-type: none"> • Никогда, редко или несколько менструаций • Каждую или большинство менструаций • Не знаю
4. Вы когда-нибудь лечились от анемии?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет • Да • Не знаю

5. У кого-нибудь в Вашей семье когда-нибудь выявлялся кровотечение?	· Нет · Да · Не знаю
6. Вам когда-нибудь удаляли зуб или делали стоматологическую операцию?	· Нет (если нет, перейдите к вопросу 7) · Да · Не знаю
6а. Были ли у Вас проблемы с кровотечением после удаления зуба ли стоматологической операции?	· Нет · Да · Не знаю
7. Вам когда-нибудь делали операцию, кроме стоматологической?	· Нет (если нет, перейдите к вопросу 8) · Да · Не знаю
7а. Были ли у Вас проблемы с кровотечением после операции?	· Нет · Да · Не знаю
8. Вы когда-нибудь были беременны?	· Нет · Да · Не знаю
8а. Были ли у Вас когда-нибудь проблемы с кровотечением после родов или выкидыша?	· Нет · Да · Не знаю
<p>Скрининг считается положительным, если был удовлетворен 1 из 4 следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Продолжительность менструации более или равна 7 дням, и пациентка сообщала либо об ощущении «потопа», либо о пропитывании тампона или прокладки за 2 ч либо менее при большинстве менструаций. · Лечение анемии в анамнезе. · Семейный анамнез диагностированного нарушения свертывания крови. · Чрезмерное кровотечение в анамнезе при удалении зуба, родах, выкидыше или хирургическом вмешательстве. 	

Таблица 4. Возрастная характеристика стадий полового созревания девочек (по Tanner J.M., Marshal W.A., 1969)

Стадия	Возраст, годы	Молочные железы (В)	Лобковое оволосение (Р)	Менструации (Ме)
Ia	До 9 лет	B1	P1	Нет (Me0)
Iб	10,6 (8–13)	B2	P1	Нет (Me0)
II	11,0 (8–13)	B2	P2	Нет (Me0)
III	12,9 (10–14,5)	B3	P2–3	Менархе (Me1), овуляция 20%
IV	13,8 (11–15,5)	B4	P3–4	Регулярные (Me3), овуляция 20–0%
V	14,2 (12–17,5)	B5	P4–5	Регулярные (Me3), овуляция 80%