



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде

Код МКБ-10: **N92.2, N93**

ID: KP258

URL:

Возрастная группа: **дети**

Год утверждения: **2021**

Профессиональные ассоциации:

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

Утверждены

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
__ _____ 202_ г.

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10):	7
1.3 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	10
2.2 Физикальное обследование	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования	14
2.4 Инструментальная диагностика	16
2.5 Иные диагностические исследования	17
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	18
3.1 Консервативное лечение	18
3.2 Хирургическое лечение	23
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к	

<i>применению методов реабилитации</i>	23
<i>5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики</i>	24
<i>6. Организация оказания медицинской помощи</i>	25
<i>Критерии оценки качества медицинской помощи</i>	25
<i>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций</i>	30
<i>Приложение Б. Алгоритмы действий врача</i>	37
<i>Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях</i>	40
<i>Приложение Г1.</i>	40

Список сокращений

- 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 преимущественно половым путем.
- КОК – комбинированные оральные контрацептивы;
- МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра;
- ММК – межменструальное маточное кровотечение;
- МРТ – магнитно-резонансная томография;
- НПВС – нестероидные противовоспалительные препараты;
- ОМК – обильное менструальное кровотечение;
- СПКЯ – синдром поликистозных яичников;
- ТМК – тяжелое маточное кровотечение;
- УЗИ – ультразвуковое исследование;
- ХГЧ – хорионический гонадотропин человека;

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 (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. Термины заменяют 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 менорррагия» [2].

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

Тяжёлое 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 месяцев [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].

Тяжёлое 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 месяцев [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 FIGO в 2018 г., представлены в приложении Г (таблица 1) [4]

1.2 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 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 вагинальное 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-L);
- 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-N) [4].

Терминология и характеристики АМК в соответствии с их причинами (пересмотр FIGO 2018 г.) представлены в таблице 2 Приложение Г1.

1.4 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота АМК составляет 25-30% от 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,] [9], [10], [17]. [9].

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-L/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-Суллье, 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-1 [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 («истмоцеле») 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, утвержденными 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, и 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 месяцев [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 часа 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 часа, сопровождается симптомами анемии и/или приводит к снижению качества жизни [11].*

- **Рекомендуется** получить информацию о наличии семейных и личных факторов риска нарушений свертываемости крови, о репродуктивном анамнезе (при наличии сексуальной активности), о перенесенных и сопутствующих гинекологических и соматических заболеваниях, об изменении пищевого поведения (диета с косметической целью, быстрая прибавка веса), приеме токсических 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], [12], [13], [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 т.ч. лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;
- модуляторы эстрогеновых (тамоксифен) и прогестероновых (мифепристон) рецепторов;
- нестероидные противовоспалительные препараты (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 таблице 3 Приложения Г1.

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 важны: 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 неба) или повышенной кровоточивости (петехии, экхимозы, пурпура, гематомы),*
- *гиперандрогенной дерматии 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 (таблица 5 Приложения Г1). Наличие кровяных выделений из влагалища у пациентки с уровнем полового развития 1-2 стадии по Таннеру требует уточнения источника кровотечения.

Абдоминальная пальпация позволяет выявить вздутие, гепатоспленомегалию, увеличенную при беременности матку или объемное образование органов брюшной полости или 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], [7], [8], [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) исключает травму и структурные изменения вульвы и влагалища как причину кровотечения [15]. Ректо-абдоминальное исследование обычно не требуется, их 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 (бета-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 (бета-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: у девочек-у девочек-подростков 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], [7], [8], [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 цитологического исследования 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 врачом-гематологом 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 два и более раз 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 трансабдоминальным/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: *MPT 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(ы), очаговая гиперплазия или злокачественное поражение эндометрия, субмукозная лейомиома матки, аденомиоз, хронический эндометрит и др.) по данным УЗИ или МРТ [17], [18], [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 использованием 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 психиатр 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 терапии, 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], [21], [22], [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], [28], [29], [30], [31].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: показано применение транексамовой кислоты** в разовой дозе 10-25 мг/кг каждые 8 часов (не более 3 г в сутки) в течение 5 дней у девочек-подростков с АМК в возрасте от менархе до 17 лет включительно. При тяжёлом АМК предпочтительно внутривенное введение раствора транексамовой кислоты** в дозе не более 4 г/сутки [8], [24], [25], [26], [28], [29]. Для лечения хронического ОМК прием транексамовой кислоты** в дозе 15мг/кг 3 раза в сутки (не более 3г/сутки) 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) в возрасте 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 нестероидных противовоспалительных препаратов 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 простаглицлина 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], [47], [48]. Препараты (#напроксен** 250 мг или #ибупрофен** 600 мг или #нимесулид** 100 мг максимально 2 раза в сутки) применяют за 1 день до начала или в 1 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], [47], 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 #комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – по анатомо-терапевтической-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 часов (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 сутки применения) возможно при использовании разовой дозы 15 мкг ЭЭ каждые 6 часов (60 мкг ЭЭ в сутки) [36]. После остановки кровотечения (как правило в течение 24-48 часов) 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] [40], [41], [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 часов 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/сутки назначают с 16 по 25 день менструального цикла или #дидрогестерон** 20 мг/сутки с 11 по 25 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 по 25 день менструального цикла [56], #дидрогестерон** в дозе 20 мг в сутки - с 11 по 25 дни менструального цикла [57] в течение 6 месяцев, что позволяет в 2 раза снизить объем менструальной кровопотери [39], [40] и достигнуть регулирующего эффекта у 76-93% девочек-подростков [40], [41], [42], [52]. Однако, согласно современным инструкциям, применение прогестагенов у девочек-подростков в

возрасте младше 18 лет не показано в связи с отсутствием клинических исследований. Потому 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].

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 месяца применения ВМС-ЛНГ менструальная кровопотеря снижается на 62–94%, спустя 6 месяцев - на 71–95% [51].

- **При наличии** анемии или латентного дефицита железа при АМК у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно показана терапия препаратами железа и оптимизация питания, согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению железододефицитной 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, врачом-детским эндокринологом, врачом-детским онкологом-гематологом, врачом-детским онкологом, медицинским психологом, врачом-психиатром подростковым (по показаниям) врачом по гигиене питания, врачом физической и реабилитационной

медицины для определения программы персонафицированной 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 выделение 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;*
- *воспалительные заболевания влагалища и органов малого таза;*
- *заболевания крови;*
- *синдром поликистозных яичников;*
- *гипоталамическая дисфункция;*
- *синдром Тернера (мозаичный вариант) со спонтанным пубертатом;*
- *психоэмоциональные нарушения и острые стрессовые реакции;*
- *применение лекарственных препаратов (несоблюдение схемы использования или возникновение побочных реакций);*
- *острые токсические реакции и гипертермия;*
- *острые вирусные инфекции;*
- *системные хронические экстрагенитальные заболевания в стадии субкомпенсации и декомпенсации (сахарный диабет, врожденная дисфункция коры надпочечников, гипотиреоз, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, заболевания печени и почек, легочный туберкулез)*
- *ожирение или дефицит массы тела;*
- *физическое и умственное переутомление.*

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 (Таблица 2).

Таблица 2. Критерии оценки качества стационарной медицинской помощи при АМК у девочек-у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

№	Критерии качества	Да/Нет
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.	Выполнение физикального обследования	Да/Нет
5.	Выполнение гинекологического исследования	Да/Нет
6.	Выполнение исследования пристеночных мазков(соскобов) из половых путей на микроскопию	Да/Нет
7.	Выполнение 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.	Выполнение общеклинического анализа крови	Да/Нет
9.	Выполнено определение группы крови и Rh-фактора, уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови, коагулограммы, исследование уровня железа, ферритина, С-реактивного белка при наличии показаний	Да/Нет
10.	Выполнено УЗИ органов малого таза	Да/Нет
11.	Выполнена консультация смежных специалистов при сопутствующих заболеваниях	Да/Нет
12.	Выполнено МРТ органов малого таза при наличии показаний	Да/Нет
13.	Выполнение бесконтактной гистероскопии, биопсии эндометрия, патолог-анатомического 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

Список литературы

1. Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017 Apr;40:3-22.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>. Accessed 25 Feb 2020.
3. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, 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.
4. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS., 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 GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003 Feb. 17 (1):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 Jul. 122 (1):176-85.
7. Haamid F , Sass AE , Dietrich JE . Heavy menstrual bleeding in adolescents . *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017 ; 30 : 335 – 40 .
8. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):e71-e83. Available from: <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. Elmaoğulları, S. Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents / S.Elmaoğulları, Z. Aycan // *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* – 2018. – vol.10. – N 3. – P. 191-197.
10. Incidence and treatment of heavy menstrual bleeding in general practice / Marian J van der Brink [et al.] // *Family Practice.* – 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 [Internet, last updated August 2020], Available from: 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 Feb 6;12(Suppl 1):1-6. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0200. PMID: 32041387; PMCID: PMC7053441.
13. Adapted from Philipp CS, Faiz A, Dowling NF, 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;198:163.e1–8;
14. Philipp CS, Faiz A, Heit JA, Kouides PA, Lukes A, Stein SF, et al. Evaluation of a screening tool for bleeding disorders in a US multisite cohort of women with menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:209.e1–7.
15. Susan Hayden Gray. Menstrual Disorders Pediatrics in Review 2013;34;6 Available from: <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/34/1/6.full.pdf>
16. Bazot M, Darai E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. *Fertil Steril* 2018;109:389-97.
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: 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 Sep;15(3):403-415. doi: 10.5114/wiitm.2020.93791. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32904526; PMCID: PMC7457193.
19. Narice BF, Delaney B, Dickson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* 2018 30;19:135.
20. Adams Hillard, P. J. Menstruation in Adolescents / P.J. Adams Hillard // *Annals of the New York Academy of Sciences.* – 2008. – 1135. – P. 29-35.
21. Deligeoroglou, E. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology / E. Deligeoroglou, V. Karountzos, G. Creatsas // *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. Primary care management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al.] // *Comparative effectiveness review No.96. AHRQ. Agency for healthcare research and quality.* – 2013. – 528 c.
24. Lukes, A.S. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial / A.S. Lukes [et al.] // *Obstet Gynecol.* – 2010. – vol. 116 (4). – P. 865-875
25. Thorne, J.G. Heavy menstrual bleeding: is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception [commentary]? / J.G. Thorne, P.D. James, R.L. Reid // *Contraception.* – 2018. – vol.98. – P. 1–3.
26. Lumsden, M.A. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding / M.A. Lumsden, L. Wedisinghe // *Expert Opin Pharmacother.* – 2011. – vol.12. – N 13. – P. 2089-2095.
27. An Open-Label, Single-Arm, Efficacy Study of Tranexamic Acid in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding / S.H. O'Brien [et al.] // *J Pediatr Adolesc Gynecol.* – 2019. – vol.32. – N 3. – P. 305-311.
28. Bryant-Smith, A.C. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding / A.C. Bryant-Smith, A. Lethaby, C. Farquhar, M. Hickey // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2018. – Issue 4.
29. Naoulou, B. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review // B. Naoulou, M.C. Tsai // *Acta Obstet Gynecol Scand.* – 2012. – vol.91. – N 5. – P. 529-537.
30. Mullins, T.L. Evaluation and management of adolescents with abnormal uterine bleeding / T.L. Mullins, R.J. Miller, E.S. Mullins // *Pediatr Ann.* – 2015. – vol.44. – N 9. – P. 218-222.
31. Leminen, H. Tranexamic acid for the treatment of heavy menstrual bleeding: efficacy and safety / H. Leminen, R. Hurskainen // *Int J Womens Health.* – 2012. – vol. 4. – P. 413-421.
32. DeSilva N.K. Abnormal uterine bleeding in the adolescent patient / N.K. DeSilva // *The Female Patient.* – 2010. – vol. 35. – P. 25-28.
33. Lethaby A, Wise MR, Weterings MAJ, Bofill Rodriguez M, Brown J. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 2. Art. No.: CD000154
34. Holland-Hall, C. Heavy menstrual bleeding in adolescents: Normal variant or a bleeding disorder? / C. Holland-Hall // *Contemporary Pediatrics.* - 2012. - vol.29. – N 11. – P. 24-40.
35. Non-surgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review / K.A. Matteson [et al.] // *Ostet Gynecol.* 2013. – vol.121. – N 3. – P. 632-643.
36. Веселова, Н.М. Патент на изобретение RU 2327462 С1 «Способ лечения маточных

- кровотечений пубертатного периода» / Н.М. Веселова, Е.В. Уварова // 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. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // Cochrane Database Sys Rev. – 2019. – Issue 2.
38. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study / L.V. Srivaths [et al.] // J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2015. – vol.28. – N 4. – P. 254-257.
39. Hickey, M. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation / M. Hickey, J.M. Higham, I. Fraser // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – Issue 9.
40. Karakus, S. Efficacy of micronised vaginal progesterone versus oral dydrogestrone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomised controlled trial / S. Karakus, G. Kiran, H. Ciralik // Aust N Z J Obstet Gynaecol. – 2009. – vol.49. – N 6. – P. 685-688.
41. Kakarla, N. The use of micronized progesterone for dysfunctional uterine bleeding in adolescent females / N. Kakarla, H.B. Boswell, R.K. Zurawin // Journal of pediatric & adolescent gynecology. – 2006. – vol.19. – N 2. – P. 151-152.
42. Подзолкова, Н.М. Нормализация менструального цикла дидрогестероном / Н.М. Подзолкова, Т.Ф. Татарчук, А.М. Доцанова, Г.З. Ешимбетова, Л.В. Сумятина // Акушерство и гинекология. – 2018. - №6. – С. 70-76.
43. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 мая 2019 г. N 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 N 54887
44. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Транексамовая кислота». Согласовано Минздрав России ЛП-006272, 2020, доступно по ссылке: 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, доступно по ссылке: 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, доступно по ссылке: 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, доступно по ссылке: 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, доступно по ссылке: 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 //The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2020. – С. 1-8.
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; 83; 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;174(9):391–398
53. Wanderley MD, Álvares MM, Vogt MF, Sazaki LM. Accuracy of Transvaginal Ultrasonography, Hysteroscopy and Uterine Curettage in Evaluating Endometrial Pathologies. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016 Oct;38(10):506-511. doi: 10.1055/s-0036-1593774 Epub 2016
54. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive aged women. Practice Bulletin No. 128. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 120:197–206.
55. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Клайра» ЛРС- 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 Доступно по ссылке: 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. Доступно по ссылке: 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- 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 России, заведующая 2 гинекологическим отделением (детского и юношеского возраста) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, главный специалист Минздрав России по гинекологии детского и юношеского возраста, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАУ ВО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства

здравоохранения России является Президентом ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва).

Сальникова Ирина Александровна – научный сотрудник 2 гинекологического отделения (детского и юношеского возраста) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов

Андреева Вера Олеговна - главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста МЗ РФ по Южному, Северо-Кавказскому федеральному округу РФ и Ростовской области, главный научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела НИИАП, главный научный сотрудник, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБУ «Ростовский Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Сибирская Елена Викторовна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по МО, руководитель "Центра охраны репродуктивного здоровья у подростков МО", заведующая отделением, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Караченцова Ирина Васильевна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по г. Москве, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, к.м.н., является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Долгушина Валентина Федоровна - главный внештатный специалист по гинекологии детского и юношеского возраста МЗ РФ по Уральскому Федеральному

округу РФ и Челябинской области, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, д.м.н., профессор, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Ипполитова Марина Федоровна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по СЗФО РФ и г. Санкт-Петербургу, к.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей «Ювента», является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Кохреидзе Надежда Анатольевна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по Ленинградской области, д.м.н., доцент кафедры детской и подростковой гинекологии ФГБОУ ВО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета МЗ РФ, заведующая отделением подростковой гинекологии детского лечебно-реабилитационного комплекса ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» МЗ РФ, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Муслимова Софья Юрьевна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по Республике Башкортостан, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Тулنديнова Анжела Ивановна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ по Краснодарскому краю, врач-акушер-гинеколог отделения гинекологии детского и подросткового возраста Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов

Халимова Дилара Равиловна - главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста МЗ РФ Удмуртской Республики, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ РФ, является членом Ассоциации детских и подростковых гинекологов, членом Российского общества акушеров-

ГИНЕКОЛОГОВ

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи гинекологи для несовершеннолетних, врачи акушеры-гинекологи, врачипедиатры, 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 (Таблица 3, Таблица 4, Таблица 5).

Таблица 3. 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 мета-анализа
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 мета-анализа
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 4. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Таблица 5. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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 предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три 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 утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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 учётом следующих нормативно-правовых документов и справочных материалов:

1) Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2) Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).

3) 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., переработанное и дополненное – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1056 с. – DOI: 10.33029/9704-5739-9-GIN2020-1-056.

4) National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>. Accessed 25 Feb 2020

5) Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. Obstet Gynecol. 2019 Sep;134(3):e71-e83. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/09/screening-and-management-of-bleeding-disorders-in-adolescents-with-heavy-menstrual-bleeding>

6) The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Clinical Practice Guideline on Adolescent gynaecology - Heavy menstrual bleeding [Internet, last updated August 2020], Available from:

https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Adolescent_Gynaecology_Menorrhagia/

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм ведения пациенток с АМК в возрасте до 17 лет включительно



Приложение В. Информация для пациента

Маточное кровотечение — это выделение крови из матки, которое может быть, 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 часа, то 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 потери веса, тяжёлых 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 объёмом, регулярностью и/или продолжительностью и присутствует в течение последних 6 месяцев. 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 для 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 позволит продолжить наблюдение амбулаторно, то 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 или 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%).

В остальных случаях лечение АМК производят 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 месяцев после остановки АМК Вам нужно находиться под наблюдением врача гинеколога для несовершеннолетних для предотвращения повторения маточного кровотечения.

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1.

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
Объём (обильность)*	Обильные Нормальные Скудные
Межменструальное кровотечение	Беспорядочные Циклические (предсказуемые) в начале, середине или конце цикла

* - Согласно рекомендации NICE, ОМК - объём 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 F2-альфа, I2, E2, эндотелина-1, плазминогенов PAI и tPA, TNF-альфа и металлопротеиназ. Исключен эндометрит, как локальная причина
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогией, в том числе с использованием антикоагулянтных препаратов, влияющих на овуляцию
АМК-N	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий». Включен эндометрит, локальная или диффузная гипертрофия миометрия, артериовенозные мальформации и так называемая «ниша» или истмоцеле 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 Ваша 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 часа 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 выявляли кровотечение?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет • Да • Не знаю
6. Вам когда-нибудь удаляли зуб или делали стоматологическую операцию?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет (если нет, перейдите к вопросу 7) • Да • Не знаю
6а. Были ли у Вас проблемы с кровотечением после удаления зуба ли стоматологической операции?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет • Да • Не знаю
7. Вам когда-нибудь делали операцию, кроме стоматологической?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет (если нет, перейдите к вопросу 8) • Да • Не знаю
7а. Были ли у Вас проблемы с кровотечением после операции?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет • Да • Не знаю
8. Вы когда-нибудь были беременны?	<ul style="list-style-type: none"> • Нет • Да • Не знаю
8а. Были ли у Вас когда-нибудь проблемы с кровотечением после родов или выкидыша?	<ul style="list-style-type: none"> • 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 часа или менее при большинстве менструаций • Лечение анемии в анамнезе • Семейный анамнез диагностированного нарушения свертывания крови • Чрезмерное кровотечение в анамнезе при удалении зуба, при 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 (B)	Лобковое оволосение (P)	Менструации (Me)
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 20-60%
V	14,2 (12-17,5)	B5	P4-5	регулярные (Me3), овуляция 80%