

© А. Б. Хурасева

ГБОУ ВПО Курский государственный
медицинский университет**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
ПРОФИЛАКТИКУ РЕЦИДИВОВ МАТОЧНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА**

Резюме. В данной статье представлены результаты анализа частоты маточных кровотечений пубертатного периода у девочек-подростков, родившихся с малой и большой массой тела, а также особенности соматического здоровья и гормонального профиля у них. Разработан дифференцированный алгоритм диагностики и лечения маточных кровотечений пубертатного периода у девочек в зависимости от веса при рождении и гормонального профиля. Проведены лечебно-профилактические мероприятия для предупреждения нарушений репродуктивного здоровья с учетом выявленных особенностей.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла; маточные кровотечения пубертатного периода; подростки; профилактика; гормональные контрацептивные средства.

Подростковый возраст считается критическим, поскольку в этот период завершается формирование всех морфологических и функциональных структур организма, в результате чего реализуется индивидуальная генетически детерминированная программа развития организма [17; 21].

Выявляется общая тенденция увеличения гинекологической заболеваемости у подростков, в структуре которой одно из ведущих мест занимают расстройства менструального цикла [31].

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) являются одной из наиболее частых форм нарушений менструальной функции. В структуре гинекологических заболеваний подростков частота МКПП колеблется от 10 до 38% [2; 9; 15; 31; 34]. МКПП составляют более 50% всех обращений девушек к гинекологу [30].

По мнению как отечественных, так и зарубежных исследователей, причиной МКПП является функциональная незрелость или генетически обусловленная недостаточность стероидогенеза в яичниках, а также несовершенство механизмов регуляции репродуктивной системы в период ее созревания [8; 11; 22; 26; 28; 27; 33; 37; 38].

В настоящее время МКПП характеризуются затяжным течением с частыми рецидивами и длительной утратой трудоспособности [4; 6]. По мнению Е. В. Уваровой (2004), «возможной причиной рецидивов является недоучет иницирующего и основного факторов патогенеза заболевания, так как нередко клиницисты при ведении девочек с маточными кровотечениями останавливаются на этапе достижения гемостаза, тем самым подменяют заболевание всей репродуктивной системы одним из симптомов — маточным кровотечением».

Данный подход объясняет необходимость оценки функционирования репродуктивной системы с учетом общего развития организма, которое определено наследственными и приобретенными факторами [1; 25; 34].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности клинического течения МКПП у девушек, родившихся с малой и большой массой тела, и усовершенствовать реабилитацию девочек-подростков с МКПП, используя дифференцированный подход к выбору лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представленные результаты основаны на данных, полученных при проведении ретроспективного и проспективного обследования 530 девочек-подростков в возрасте 13–18 лет. Все девочки родились в срок. Основным критерием отбора пациентов служила масса тела при рождении, причем ее крайние варианты. Основные группы составили 170 девочек, родившихся с малой массой тела (2000–2800 г) и 178 крупных при рождении девочек (4000–4800 г), в контрольную группу были включены 182 девочки, родившихся с массой тела 3200–3600 граммов. Пациентки обеих групп были подразде-

УДК: 618.174-053.7

лены на три возрастные подгруппы: 13–14 лет, 15–16 лет и 17–18 лет. Проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, гормональные и эхографические методы. Анализу подвергнуты данные анамнеза об особенностях соматической патологии, менструальной функции и о течении полового созревания. Эхографическое исследование проводилось на ультразвуковых аппаратах трансабдоминальным конвексным датчиком частотой 3,5 МГц (с предварительной подготовкой кишечника и при наполненном мочевом пузыре) и трансвагинальными датчиками частотой 7,5 МГц и 5 МГц (при наличии половой жизни в анамнезе). Сканирование осуществлялось в режиме реального времени на 5–7, 14–16 и 25–27 дни менструального цикла или на фоне аменореи. Функциональное состояние гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и яичников оценивали на 5–7 и 20–23 день менструального цикла независимо от наличия овуляции. С использованием оборудования и тест-систем ИФА «ДИАплюс» исследовали концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ), тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), трийодтироксина (Т4) в плазме крови. Уровень кортизола, эстрадиола, прогестерона, тестостерона исследовали с помощью оборудования и тест-системы ИФА фирмы «Amersham».

Статистический анализ результатов исследования проведен с помощью программы многомерного анализа «Статистика 6» с использованием методов вариационной статистики, критерия Фишера-Стьюдента (t); результаты представлены в виде $M \pm m$ (M — средняя величина параметра, а m — стандартная ошибка средней величины). За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возникновению МКПП в период физиологической неустойчивости функционирования репродуктивной системы могут способствовать любые неблагоприятные факторы, которые вызывают нарушение взаимодействия основных уровней регуляции [4; 11; 28; 33; 38].

Имеются отдельные сведения, указывающие на то, что неблагоприятное течение антенатального периода предрасполагает к развитию эндокринопатий в постнатальном периоде онтогенеза, в том числе и МКПП [7]. Это нашло подтверждение в нашей работе, поскольку у девушек, родившихся с большой массой тела, МКПП были в 5 раз чаще, чем у сверстниц, родившихся с нормальной

массой тела (39,3 % против 8,2%). У девушек, родившихся с малой массой тела, частота МКПП составляла 12,9%.

Важную роль в этиологии МКПП играют хронические и острые инфекционные заболевания. В период полового созревания инфекционно-токсическое влияние нарушает функцию гипоталамических структур, регулирующих становление менструальной функции, а такие заболевания, как краснуха и эпидемический паротит, способны вызвать повреждение фолликулярного аппарата [3; 9; 29].

Наше исследование показало, что по состоянию общесоматического здоровья только 10,0% девочек 1-й группы и 12,9% девочек 3-й группы были признаны условно здоровыми (табл. 1). Частота эпидемического паротита была наибольшей в 1-й группе ($20,0 \pm 3,1\%$), что было в 2,3 раза чаще, чем во 2-й группе ($8,8 \pm 2,1\%$, $p_{1-2} < 0,01$). В целом частота всех представленных по нозологическим формам инфекционно-воспалительных заболеваний оказалась в 1,4 раза выше у девочек, родившихся с большой массой тела, и в 1,1 раза выше у девочек, родившихся с малой массой тела, по сравнению со сверстницами, родившимися с нормальной массой тела.

Еще одной причиной МКПП является нарушение функции щитовидной железы [5; 10; 35]. Как свидетельствуют результаты нашего исследования, гипотиреоз был диагностирован в $8,4 \pm 2,1\%$ ($p_{1-3} < 0,001$ и $p_{2-3} < 0,001$) только у девочек, родившихся с большой массой тела. В группе девочек, имевших при рождении малую массу тела, нами не обнаружено достоверных различий концентраций ТТГ, Т3 и Т4, они колебались в пределах физиологических показателей, что свидетельствует о нормальной функции щитовидной железы. Тогда как в группе девочек, родившихся с большой массой тела, в системе гипофиз–щитовидная железа было выявлено увеличение тиреотропного гормона.

Не менее важным фактором в патогенезе МКПП является отклонение массы тела, как в сторону избытка, так и недостатка. При дефиците, и особенно при избыточной массе тела у подростков нарушение менструальной функции наблюдается в 2–4 раза чаще по сравнению с девушками с оптимальной массой тела [7; 13]. Как указывают данные литературы, у девочек-подростков с избыточной массой тела чаще отмечается нарушение ритма менструации по типу маточных кровотечений и олигоменореи [20].

Это согласуется с полученными нами данными о достоверно большей частоте МКПП (39,3%)

Таблица 1

Сравнительная характеристика структуры соматической заболеваемости

Перенесенные заболевания	1-я группа, n=170		2-я группа, n=182		3-я группа, n=178		P
	Абс.	M±m %	Абс.	M±m %	Абс.	M±m %	
Не болели	17	10,0±2,3	34	18,7±2,9	23	12,9±2,5	p ₁₋₂ <0,05
Экссудативный диатез	34	20,0±3,1	27	14,8±2,6	31	17,4±2,8	
Корь	28	16,5±2,8	16	8,8±2,1	31	17,4±2,8	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
Скарлатина	23	13,5±2,6	16	8,8±2,1	39	21,9±3,1	p ₂₋₃ <0,01
Ветряная оспа	10	5,9±1,8	-	-	39	21,9±3,1	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
Паротит эпидемический	34	20,0±3,1	16	8,8±2,1	23	12,9±2,5	p ₁₋₂ <0,01
Частые ОРВИ	96	56,5±3,8	81	44,5±3,7	124	69,7±3,5	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,001
Грипп	23	13,5±2,6	29	15,9±2,7	46	25,8±3,3	p ₁₋₃ <0,01 p ₂₋₃ <0,05
Ангина	28	16,5±2,8	34	18,7±2,9	54	30,3±3,5	p ₁₋₃ <0,01 p ₂₋₃ <0,05
Бронхит	28	16,5±2,8	18	9,9±2,2	31	17,4±2,8	p ₂₋₃ <0,05
Пневмония	23	13,5±2,6	34	18,7±2,9	46	25,8±3,3	p ₁₋₃ <0,01
Отит	40	23,5±3,3	22	12,1±2,4	46	25,8±3,3	p ₁₋₂ <0,01 p ₂₋₃ <0,01
Гайморит	4	2,4±1,2	9	4,9±1,6	8	4,5±1,6	
Бронхиальная астма	4	2,4±1,2	-	-	8	4,5±1,6	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
Аллергические заболевания	40	23,5±3,3	27	14,8±2,6	62	34,8±3,6	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,001 p ₁₋₃ <0,05

у девочек, родившихся с большой массой тела, у которых средняя масса тела в пубертатном периоде была на 4 кг больше, чем у сверстниц, родившихся с нормальной массой тела, и на 8 кг больше по сравнению с девушками, имевшими малую массу тела при рождении. Очевидно, что девушки, имевшие при рождении большую массу тела, предрасположены к ожирению в пубертатном периоде, а, как известно, в жировой ткани происходит конверсия андростендиона в эстрогены. В данном случае с увеличением массы тела повышается и внегонадный синтез эстрогенов, что также может быть причиной гипертрофии эндометрия у пациенток данной группы и, как следствие, МКПП.

Изучение характера и становления менструального цикла у обследованных пациенток показало, что становление менструальной функции у девушек, родившихся с полярными значениями массы тела, отличалось более поздним возрастом менархе и большей частотой нерегулярного менструального цикла (15,9% и 15,7%).

МКПП, как правило, возникают через 6–18 месяцев после менархе, как правило, на фоне задержки менструации [11; 18]. Одним из главных

отличий группы девушек, родившихся с большой массой тела, было то, что у большинства МКПП возникали после непродолжительного (до 7 месяцев) периода олигоменореи (74,3%), и только у 25,7% пациенток первая менструация осложнилась кровотечением. В то время как у абсолютно большинства девочек, родившихся с малой массой тела, нарушения появлялись после 2-летнего периода нормального цикла (86,4±7,3%) и только у 13,6±7,3% после предшествующего периода олигоменореи.

Для МКПП характерна ановуляция, при которой происходит атрезия фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости, или же персистенция зрелого фолликула. В соответствии с преобладанием влияния ФСГ или ЛГ в клинической картине МКПП преобладают проявления либо атрезии, либо персистенции фолликулов. По данным Е. В. Уваровой, Н. М. Веселовой (2005), у 57,7% девушек с МКПП имелись клинические проявления атрезии фолликулов, а у 42,3% — персистенции фолликула.

По данным В. Ф. Колиной (1995), средние значения ЛГ превышают возрастную норму у больных



Рис. 1. Алгоритм дифференцированного подхода к диагностике и лечению МКПП с учетом патогенеза у девочек, родившихся с полярными значениями массы тела

с МКПП в возрасте 12–13 лет, а уровень секреции ФСГ — в возрасте 13–16 лет. При этом нарушается баланс эстрогенов и прогестерона, и как следствие развивается абсолютная или относительная гиперэстрогения. В зависимости от уровня эстрогенов МКПП подразделяют на гипоэстрогенный и гиперэстрогенный тип кровотечения.

У девушек, родившихся с малой массой тела, концентрация эстрадиола во все возрастные периоды была меньше на 5–7 и 20–23 дни менструального цикла, по сравнению с другими исследуемыми группами. В группе девушек, родившихся с большой массой тела, на 20–23 день менструального цикла концентрация эстрадиола достоверно превышала показатель данного гормона в других сравниваемых группах, а к 17–18 годам достигала максимальных значений ($644,2 \pm 50,6$ нмоль/л).

Прогестерон образуется в незначительном количестве. В результате не происходит секреторной трансформации эндометрия, что препятствует его отторжению и обуславливает длительное кровотечение. Базальный уровень прогестерона у девочек, родившихся с малой и большой массой тела, на протяжении пубертатного периода был ниже возрастных норм. Так, в этих группах в возрасте 17–18 лет уровень прогестерона на 20–23 день менструального цикла был в 2–2,5 раза меньше,

чем у девочек, родившихся с нормальной массой тела ($5,6 \pm 1,7$ нмоль/л и $4,4 \pm 1,7$ нмоль/л против $10,8 \pm 1,4$ нмоль/л).

Отдельного обсуждения заслуживает еще один аспект рассматриваемой проблемы. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и разработке различных методов терапии МКПП, проблема эта остается актуальной. Лечение девушек с МКПП должно быть комплексным и патогенетически обоснованным. Как подтвердили данные нашего исследования, девочек, родившихся с полярными значениями массы тела, следует выделять в группу высокого риска по развитию МКПП. В этой связи необходимо диспансерное наблюдение этих девочек, а также совместное и согласованное консультирование и лечение педиатрами, неврологами, эндокринологами и гинекологами-ювенологами.

По результатам комплексного обследования девушек, родившихся с полярными значениями массы тела, нами предложен алгоритм дифференцированного подхода к диагностике и лечению МКПП с учетом индивидуальных особенностей и в зависимости от уровня эстрогенной насыщенности (рис. 1).

После остановки кровотечения следующим этапом лечения МКПП является период реабили-

Таблица 2

Гормональные показатели у девочек сравниваемых групп на 5–7-й день менструального цикла в возрасте 17–18 лет (M±m)

Параметры	Возраст 17–18 лет			p
	1-я группа, n=50	2-я группа, n=57	3-я группа, n=59	
ЛГ (МЕ/л)	4,3±0,5	5,7±0,4	6,9±0,5	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,001
ФСГ (МЕ/л)	6,3±0,5	2,7±0,5	3,9±0,3	p ₁₋₂ <0,001 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,05
ПРЛ (МЕ/л)	249,5±22,0	238,1±12,3	392,5±22,1	p ₁₋₂ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
ТТГ (мМЕ/л)	1,9±0,8	2,9±0,3	3,8±0,2	p ₁₋₃ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
Т3 (нг/м)	7,7±0,3	7,5±0,3	8,7±0,2	p ₁₋₃ <0,05 p ₂₋₃ <0,01
Т4 (нг/м)	20,0±3,9	19,4±0,4	20,4±0,4	
Кортизол (нмоль/л)	344,1±12,5	281,3±16,0	335,5±16,4	p ₁₋₂ <0,01 p ₂₋₃ <0,05
Эстрадиол (нмоль/л)	110,6±22,2	182,2±18,8	265,0±14,1	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,01 p ₂₋₃ <0,01
Прогестерон (нмоль/л)	0,9±0,1	1,9±0,3	0,6±0,2	p ₁₋₂ <0,01 p ₂₋₃ <0,001
Тестостерон (нмоль/л)	2,2±0,8	1,9±0,5	4,0±0,7	p ₂₋₃ <0,05

литации, который должен сопровождаться восстановлением ритма менструаций и появлением овуляции. В среднем его продолжительность составляет от 6 до 12 месяцев, в течение которых устраняются этиологические факторы МКПП, достигается нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

На первом этапе всем пациенткам с МКПП в анамнезе проводилось лечение соматической патологии, санация очагов хронической инфекции, нормализация тканевого обмена, повышение резистентности организма. При выявлении гормональных отклонений работы периферических эндокринных очагов (щитовидная железа, надпочечники) осуществлялась необходимая коррекция совместно с эндокринологом. Наряду с этим рекомендовали соблюдение режима дня, полноценное питание, нормализацию массы тела при отклонении от нормы с использованием сбалансированной смеси для питания «Берламин модуляр», коррекция психотравмирующей ситуации дома или в школе.

Как известно, одним из провоцирующих моментов возникновения МКПП в период физиологической нестабильности функционирования репродуктивной системы являются стрессы [23]. Учитывая данное обстоятельство, в комплексе лечебно-профилактических мероприятий мы использовали седативную терапию и циклическую витаминотерапию в течение трех менструальных циклов.

Альтернативными методами терапии МКПП являются применение гомеопатических средств и антигомотоксической терапии [16]. В группе девочек 13–14 лет использовали препараты с антигомотоксическим эффектом овариум-композитум 2,2 мл в/м 2 раза в неделю 20–30 инъекций и гинекохель по 10 капель 3 раза в день 3 месяца или гормель по 10 капель 3 раза в день 3 месяца.

Наиболее оптимальным способом коррекции менструального цикла и профилактики рецидивов кровотечений у девочек-подростков является гормональная терапия [19; 24; 30].

Поскольку известно, что гормональные контрацептивы обладают рядом положительных неконтрацептивных эффектов, девочкам 15–18 лет для регуляции ритма менструации использовали монофазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты, в состав которых входят прогестагены третьего поколения дезогестрел или гестоден [14; 36]. Выбор препарата проводился с учетом эстрогенной насыщенности. Так как у маловесных при рождении девочек имела место гипоэстрогения, коррекцию проводили низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами (КОК) («Регулон», «Линдинет-30»). У девочек, родившихся с большой массой тела, принимая во внимание гиперэстрогению и недостаточность лютеиновой фазы, использовали микродозированные КОК или гестагены во 2-ю фазу менструального цикла.

Таблица 3

Гормональные показатели у девочек сравниваемых групп на 20–23-й день менструального цикла в возрасте 17–18 лет (M±m)

Параметры	Возраст 17–18 лет			p
	1-я группа, n=50	2-я группа, n=57	3-я группа, n=59	
ЛГ (МЕ/л)	8,4±0,4	9,8±0,7	25,5±1,3	p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
ФСГ (МЕ/л)	8,2±1,4	4,6±0,5	7,7±0,9	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,01
ПРЛ (МЕ/л)	227,9±38,5	315,5±22,7	399,9±24,3	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,05
ТТГ (мМЕ/л)	2,6±0,7	2,7±0,6	5,3±0,9	p ₁₋₃ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
T3 (нг/м)	7,9±0,5	7,8±0,3	8,4±0,4	p>0,05
T4 (нг/м)	19,7±1,7	20,0±1,4	20,2±1,4	p>0,05
Кортизол (нмоль/л)	302,5±13,5	310,0±12,7	344,8±12,2	p ₁₋₃ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
Эстрадиол (нмоль/л)	315,5±27,5	435,1±28,2	644,2±50,6	p ₁₋₂ <0,01 p ₁₋₃ <0,01 p ₂₋₃ <0,001
Прогестерон (нмоль/л)	5,6±1,7	10,8±1,4	4,4±1,7	p ₁₋₂ <0,05 p ₂₋₃ <0,05
Тестостерон (нмоль/л)	2,5±0,7	1,7±0,5	4,2±0,9	p ₂₋₃ <0,05

Вместе с тем, КОК содержащие прогестагены третьего поколения позволяют не только осуществлять лечение дисфункциональных расстройств менструального цикла, но и оказываются эффективными в профилактике пролиферативных гормонозависимых заболеваний [32]. Руководствуясь полученными данными о том, что девушки, родившиеся с большой массой тела, относятся к группе риска по возникновению гиперпластических процессов эндометрия, особое значение имеет профилактика пролиферативных гормонозависимых заболеваний. Учитывая это, при назначении КОК целесообразно выбирать препараты с минимальным содержанием этинилэстрадиола, то есть микродозированные КОК, содержащие прогестин, обладающий сильной гестагенной активностью и оказывающий благоприятное влияние на эндометрий, то есть препаратами выбора в данной группе являются «Новинет» и «Линдинет-20».

Контроль эффективности проводимых комплексных лечебно-профилактических мероприятий осуществлялся при динамическом обследовании девушек через каждые 3 месяца.

У девочек 13 лет заметная стабилизация менструального цикла отмечена на третьем месяце проводимой терапии (в старших возрастных группах на 1,5–2 месяца позже), что характеризовалось снижением числа нерегулярных менструальных циклов в 2 раза одновременно с уменьшением явлений гипопили гиперменструального синдрома, появлением большего числа двухфазных менструальных циклов.

Проведенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий способствовал улучшению гормонального статуса. Положительная динамика проявилась нормализацией гонадотропных гормонов. Отмечено нарастание уровня прогестерона до 2,4±0,8 нмоль/л, что соответствовало нормативным значениям. В группе девочек, родившихся с малой массой тела, отмечено увеличение эстрадиола в 2 раза, в среднем он достигал на 5–7-й день менструального цикла 210,7±23,8 нмоль/л.

Таким образом, у девушек, родившихся с полярными значениями массы тела, имеет место как незрелость гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, так и несовершенство рецепторного аппарата яичников. У девушек, родившихся с малой массой тела, МКПП относятся к гипоэстрогенному типу, а у девушек, родившихся с большой массой тела, — к гиперэстрогенному типу. КОК являются одним из эффективных методов лечения МКПП, назначение которых следует проводить с учетом гормонального профиля. Целесообразно наблюдение и комплексное лечение пациенток с МКПП детским гинекологом совместно со смежными специалистами (педиатром, отоларингологом, аллергологом). Система медико-профилактических мероприятий с учетом выявленных особенностей МКПП позволяет обеспечить своевременную их коррекцию и способствует становлению нормальной циклической функции всех отделов репродуктивной системы у девушек, родившихся с полярными значениями массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабкова Г.М. Нарушение менструальной функции в пубертатном периоде // Здоровье Украины. – 2002. – № 1. – С. 9–14.
2. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до менопаузы. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 496 с.
3. Антипина Н.Н. Состояние репродуктивной системы у девочек и женщин с нарушением менструальной функции на фоне хронического тонзилита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 36 с.
4. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицина, 2000. – 360 с.
5. Богданова Е.А. Современные профилактические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии // Гинекология. – 2000. – № 1. – С. 5–7.
6. Веселова Н.М. Сравнительный анализ показателей психологического стресса при маточных кровотечениях и нормальном менструальном цикле // Журнал рос. общества акуш.-гин. – 2004. – № 2. – С. 41–45.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: МИА, 2002.
8. Гоготадзе И.Н. Ювенильные кровотечения: методическое пособие. – СПб., 2003. – 20 с.
9. Гуркин Ю.А. Концепция «перинатального следа» в детской гинекологии // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии: Сб. тр. IV Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии. – 2000. – С. 55.
10. Зудикова С.И. Клинические особенности рецидивирующих маточных кровотечений // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии: Сб. научн. тр. IV Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии. – М., 2000. – С. 59–60.
11. Кокolina В.Ф. Гинекология детского и подросткового возраста. – М.: Медпрактика, 2006. – 368 с.
12. Кокolina В.Ф. Ювенильные маточные кровотечения // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1995. – № 2. – С. 88–94.
13. Кузнецова И.В., Евстигнеева Е.Е. Распространенность избытка и дефицита массы тела и сопутствующих нарушений менструальной функции у девушек-подростков Москвы // Материалы VI Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 390.
14. Кузнецова И.В. Возрастные аспекты комбинированной оральной контрацепции // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 20–23.
15. Кузнецова М.Н. Ювенильные маточные кровотечения // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. – М.: Мед. информ. Агентство, 2006. – С. 274–292.
16. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития – М.: «Триада-Х», 2004. – 136 с.
17. Куликов А.М. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты: Учебное пособие / А.М. Куликов, П.Н. Кротин – СПб., 2001. – 57 с.
18. Кутушева В.Ф. Дисменорея у подростков // Журнал акушерства и детских болезней. – 2000. – Вып. 3. – С. 50–55.
19. Лукина Н.А., Родина Ю.С. Научное обоснование рационального выбора современных гормональных контрацептивных средств при фармакотерапии различных нарушений менструального цикла у подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 5. – С. 31–35.
20. Межлумян М.Р. Патогенетические звенья развития избыточной массы тела и ее воздействия на репродуктивную систему девочек-подростков (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 3. – С. 41–65.
21. Никитин Д.А., Сидоренко В.Н., Клепацкая Е.А. Современные представления о физиологии полового созревания и становления репродуктивной функции // Охрана репродуктивного здоровья подростков. – Минск, 2000. – С. 18–23.
22. Пасман Н.М., Снисаренко Е. А., Теплицкая А. Л. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 6. – С. 244–247.
23. Пиенникова М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2000. – № 3. – С. 20–26.
24. Радзинский В.Е. Контрацепция у подростков // Гинекология. – 2002. – Т. 4, № 6. – С. 255–261.
25. Раскуратов Ю.В., Калинина О.В. Становление менструальной функции у девочек-подростков как показатель состояния репродуктивной системы: пособие для врачей. – Тверь, 2000. – 104 с.
26. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: МИА, 2003. – 560 с.
27. Ткаченко Л.В. Трехэтапный метод лечения ювенильных маточных кровотечений // Науч.-информ. специализ. мед. журн. – 2001. – № 3. – С. 21–23.
28. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода // Рос. вестник перинат. и педиатрии. – 2004. – Т. 49, № 5. – С. 35–39.
29. Уварова Е.В., Веселова Н. М., Мешкова И. П. и др. К вопросу о стандартах диагностики и терапии при маточных кровотечениях пубертатного периода // РМЖ. – 2005. – Т. 13, № 1. – С. 48–51.

30. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода (междисциплинарное решение гинекологической проблемы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 3. – С. 30–37.
31. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 5. – С. 5–7.
32. Benagiano G., Primiero F.M., Farris M. Clinical profile of contraceptive progestins // Eur.J. Contracept. Reprod. Health Care. – 2004. – N 9. – P. 182–193.
33. Minjarez D.A., Bradshaw K.D. Abnormal uterine bleeding in adolescents // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2000. – Vol.27, N 1. – P. 63–78.
34. Mitan L.A., Slap G.B. Adolescent menstrual disorders. Update // Med. Clin. North. Am. – 2000. – Vol. 84, N 4. – P. 851–868.
35. Omar H. Management of menstrual problem in adolescents with special health care needs // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2003. –Vol. 16, N 1. – P. 51.
36. Schindler A.E., Campagnoli C., Druckmann R. Classification and pharmacology of progestins // Maturitas. – 2003. – Vol. 46 (S1). – P. 7–16.
37. Slap G.B. Menstrual disorders in adolescence // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2003. – Vol. 17, N 1. – P. 75–93.
38. Strickland J.L., Wall J.W. Abnormal uterine bleeding in adolescents // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 30, N 2. – P. 321–335.

SUPPORT OF MEDICAL AND PREVENTIVE ACTIVITIES AIMED AT PREVENTING THE RECURRENCE OF UTERINE BLEEDING IN PUBERTY

Khuraseva A. B.

◆ **Resume.** In given article results of the analysis of frequency of puberty period uterine bleeding at the girls-teenagers who were born with small and big weight of a body, and are presented feature of somatic health and a hormonal profile at them. The differentiated algorithm of diagnostics and treatment of puberty period uterine bleeding at girls depending on birth weight and a hormonal profile. Treatment-and-prophylactic actions for the prevention of infringements of reproductive health taking into account the revealed features are carried out.

◆ **Key words:** menstrual cycle disturbances; puberty period uterine bleeding; teenagers; prophylaxis; hormonal contraceptives.

◆ Информация об авторах

Хурасева Анна Борисовна – д. м. н., доцент. Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета. ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет. г. Курск, ул. К. Маркса 3. E-mail: anna_mail@bk.ru.

Khuraseva Anna Borisovna – The doctor of medical sciences, the senior lecturer of obstetrics and gynecology department of the medical faculty. State educational establishment of higher vocational training "The Kursk State Medical University" of the federal agency on health care and social department. Kursk, st. K.Marks 3. E-mail: anna_mail@bk.ru.