

# КРЪВОТЕЧЕНИЯ ОТ ГЕНИТАЛИИТЕ В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ – ПРЕПОРЪКИ И АЛГОРИТЪМ ЗА ПОВЕДЕНИЕ

**Н**астоящите препоръки са разработени в съответствие с терминологията и терапевтичния подход, използван от BRITSPAG, ACOG, FIGO, както и базирано на широка литературна справка и клиничен опит на експерти. Съобразени са със световните стандарти за диагностика и терапия, актуални към момента на публикуване. Целта на препоръките е да улесни и подпомогне клиничната практика, без да има задължаващ характер.

Поведението при кръвотечение от гениталиите при деца и подрастващи се различава до голяма степен в зависимост от конкретна възраст на пациента и предилекционната патология в отделните възрастови групи.

**1. ПЕРИОД НА НОВОРОДЕНОТО** – от раждането до 10-12 дни след него.

Обикновено е слабо, кръвенисто, зацапващо.

Не налага лечение. Спазва се обичайната хигиена. Кървенето обикновено отминава за няколко дена. Ако се задържи налага диагностично уточняване.

**2. ПОЛОВО-СПОКОЕН ПЕРИОД** – от края на периода на новороденото до началото на пубертета (прието за България като долна граница на отключване на пубертета – 8 годшна възраст).

Наличие на генитално кървене преди начало в развитието на вторичните полови белези, не би следвало да се интерпретира като менструално. Обикновено оплакването е от „кръв по бельото“

Необходимо е диагностично изясняване.

## 2.1. Диагностика

2.1.1. Анамнеза – акцент: количество на кървенето, връзка с микция/дефекация, цикличност, съпътстващи оплаквания

2.1.2. Гинекологичен преглед, с оглед на съседни структури като уретрален меатус и анус с цел прецизиране на източника на кървене

2.1.3. Пробовземане от влагалище – с интерпретация на вида на вагиналното съдържимо (следи от кървене) и последващ микробиологичен анализ на пробата. Уместна е употреба на стерилен уретрален тампон, предвид малък размер – съвместим с детски хименален отвор.

2.1.4. При необходимост - вагиноскопия

2.1.5. При изключен гинекологичен произход на кървенето – консултация с детски гастроентеролог, детски уролог или др.

2.2. Терапевтично поведение - съобразно находката

2.2.1. При доказан бактериален растеж – съот-

ветна антибиотична терапия.

2.2.2. При възникнало съмнение за наличие на чуждо тяло – вагиноскопия, екстракция, лаваж, при нужда последваща антибиотична терапия.

2.2.3. Кървене в следствие на травматично нараняване на вулвата или влагалището – вагиноскопия; по правилата на общата хирургия (лед, компрес, ревизия, превръзка, възстановяване на целостта на кожата/лигавицата)

2.2.4. Сексуална злоупотреба, изнасилване (травма) - оглед, вагиноскопия, влагалищен секрет за микробиологично изследване, запазване на доказателствен материал (кожна натривка, фото-документация, семенна течност, влагалищен секрет, генетичен материал), пълна кръвна картина.

**Лечение – съобразно находката (хирургично, медикаментозно).**

При съмнение или сигурни данни за насилие над дете, следва да се подаде сигнал и да се поиска подкрепа от компетентните органи и специалисти – МВР, Държавна агенция за закрила на детето или на тел. 112.

2.2.5. Тумори на шийката или влагалището (срещат се рядко, но винаги трябва да стоят в диференциално-диагностичен план Sarcoma botrioides, papiloma, Мюлеров папилом) – вагиноскопия, биопсия. Лечение – хирургично, в зависимост от находката

## 3. ПУБЕРТЕТНО-ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

### 3.1. Абнормно маточно кървене

Абнормното маточно кървене е най-често срещаният вид гинекологично оплакване сред девойките в пубертетна възраст. Основната му клинична проява е обилно менструално кървене, което засяга около 37% от девойките в тази възраст. Според дефиницията на FIGO и NICE с обилно менструално кървене се обозначават случаите, в които има ексцесивна кръвозагуба (>80ml за един цикъл и/или над 10 дни) при регулярни менструации (на всеки 24-35 дни), което рефлектира върху общото физическо, емоционално и социално състояние като нарушава качеството и на живот. Като цяло отклоненията, свързани с ексцесивно кървене при девойката може да са по отношение продължителността на менструалния цикъл, продължителността на кървенето, както и количеството отделена кръв.

Обичайно менархе се явява между 12 и 13г одишна възраст, като продължителността на менструалния цикъл е между 21 и 45 дни с менструално кървене между 2 и 7 дни. След третата година от менархе в около 60-80% от девойките менструалния цикъл се установява между 21 и 34 дни. Обичайната кръвозагуба при менстру-

ация е 30-40мл, което налага употребата на 3-6 дамски превръзки/ дамски тампони дневно или 10-15 напоени дамски превръзки/ дамски тампони за целият период на менструация. Случаите с хронична кръвозагуба > 80мл се асоциират с анемия.

В първите две години след менархе почти половината от менструалните цикли са ановулаторни, като след петата година вече около 75% стават овулаторни. Закъснението или липсата на овулации, независимо – физиологично или в рамките на СПКЯ, води до липса на прогестерон с ексцесивна естрогенна синтеза от овариалните фоликули с което се постига пролиферация на ендометриума и неговата склонност към непредвидимо кървене – непредвидимо като време, продължителност и обем. Именно поради това ановулаторните менструални цикли са основна причина за обилно менструално кървене в пубертетна възраст. Независимо от това, обилната менструация при менархе или в годините след това, може да е проява на подлежащо нарушение на кръвосъсирването. Този тип нарушения са описани с честота 1-2% в общата полпулация, но се срещат значително по-често сред девойките с обилна менструация. В около 20 % от случаите с обилна менструация в пубертета, се касае за подлежащо нарушение в кръвосъсирването, а честота достига 33% при случаите, които са довели до хоспитализация по повод ексцесивна кръвозагуба при менструация.

Настоящите препоръки акцентират върху диагностиката и терапевтичното поведение в случаите на обилно менструално кървене.

### 3.1.1. Клинично поведение:

- Анамнеза
- Гинекологичен преглед, разширен по отношение на общия статус – цвят на кожата, данни за акантоза, за хиперандрогенемия, палпация на корем
- Ултразвуков преглед на малък таз (само абдоминална ехография при полово неактивни девойки)
- Параклинични изследвания: ПКК, феритин, bHCG (при съмнение за бременност), хемостаза – фибриноген, протромбиново време (INR), активизирано парциално протромбиново време (aPTT)
- Допълнително при необходимост - хормонални изследвания (LH, FSH, Estradiol, Testosterone, Prolactine, TSH, Insuline, Glucose)
- Допълнително могат да влязат в съображение изследване на фактор на Von Willebrand, скрининг за инфекциозни заболявания (при полово активни девойки)
- Спиране на кървенето;
- Мерки за стабилизиране на цикъла за следващите три месеца.
- При нужда – консултация с други специалисти (напр: хематолог, ендокринолог)

**Забележка:** при сексуално активни момичета е важно да се уточни дали не става дума за нарушена бременност.

### 3.1.2. Лечение

Решението за терапевтично поведение е важно да се вземе съвместно между лекуващ лекар, пациентка и родител, като се има предвид комплаенс на пациентката.

#### **Немедикаментозно лечение**

Състои се в подкрепящо отношение и разяснения относно това на какво се дължи кървенето обичайно, както и това, че се случва често в тази възраст. Винаги е добре да се препоръчва активен двигателен режим с поддържане на нормален BMI (ИТМ – индекс на телесна маса). Здравословно и пълноценно хранене, с което ще се ограничи железният дефицит при анемия, както и ще се подобри общото качество на живот.

#### **Медикаментозно лечение:**

Употребата на всички лекарства е важно да се съобразят с индивидуалните особености на всеки казус, както и да се съблюдават контраиндикациите за приложението им.

#### **Поведение според интензивността на кървотечението**

**А.** В случаи с леко изразено абнормно кървене – продължително над 10 дни, леко увеличен интензитет, но нормални стойности на Hgb, може да се окаже достатъчно наблюдение и подкрепа. Дават се напътствия да се води менструален календар. Може да се добави желязосъдържащ препарат, за превенция на анемия. Може да се приложат НПВС (ибупрофен, напроксен), за които е известно, че намаляват кръвозагубата по време на менструация.

Ако кървенето е с продължителност повече от 20 дена, слабо, но не спиращо, при нормален хемоглобин, за хемостаза може да се използва предписването на орален гестаген напр. Линестренол 2 x 1 т. за пет дена или Диеногест 2x1таб за 10 дни. В тези случаи другите основни гестагени, използвани широко в акушерството и гинекологията (Дидрогестреон, Прогестерон), нямат същия ефект.

**Забележка:** силно кървене, кървене в първата половина на цикъла (менструално кървене, например) не може да бъде спряно само с гестаген. Ако кървенето не спре в рамките на три дена се преминава към хормонална хемостаза. (виж вариант Б.)

Ако спре от гестаген, при нормален хемоглобин гестагенът се спира след първоначалния период на изписване и до няколко дена след спирането му идва псевдомезес. (Ако такъв не се появи до 10 дена, се прави тест за бременност и/или нов преглед)

За последващо стабилизиране на цикъла се предписва отново същия гестаген, от 16-я ден (изчислява се спрямо 1-я ден на псевдомезеса), който се пие 10 дни по 1 т. (Линестренол 1таб/дн. за 10 дни; Диеногест може да се наложи 2x1таб за 10 дни) Това се повтаря в още два цикъла до общо три.

От там нататък пациента се оставя на спонтанни менструации.

Ако кървенето спре но хемоглобина е нисък – гестагенът се приема 2 x 1 т., докато той се

вдигне над 100 g/l. Успоредно с него се предписва железен препарат. Периодично (през 5 дни) се проверява нивото на хемоглобина.

**Б.** При умерено до силно кървене (над 3 – 5 превръзки на ден), по-продължително от 20 дни, хемоглобин под 100 g/l, или изобщо при необходимост от бързо спиране на кървенето се преминава към провеждане на хормонална хемостаза. Предписва се приемане на 2 x 1 т. нискодозиран (20 mcg EE) контрацептив, за три дена. При спиране на кървенето (дори ако това стане още първия ден от терапията) контрацептивът се спира и лечението продължава с 2 x 1 т. Линестренол за 5 дни (при хемоглобин над 100 g/l), или – колкото дни е необходимо за да се вдигне нивото му над 100 g/l. След спирането на Линестренол идва псевдомезес и от там натък се предписва схема за стабилизиране на цикъла, като при вариант А.

**В.** При много интензивно кървене хемоглобин под 90 g/l е възможно наличие на клиника на остра кръвозагуба. Необходимо е хоспитализация при хемоглобин под 70 g/l или при наличие на влошаване в общото състояние и хемоглобин под 100 g/l. Ако хемоглобинът е 80-100 g/l и може да се разчита на добра комуникация и съдействие от страна на родителите, е възможно лечение у дома с ежедневно мониториране до спиране на кървенето.

В тези случаи е важно да се стартира високо дозов режим на терапия, за да се постигне максимално бързо овладяване на кървенето. Основно водещо при избор на дозовия режим е количественото съдържание на етинилестрадиол (EE) в препарата, който се използва.

Може да се стартира с 1 таб (30 mcg EE) на всеки 4 часа до намаляване интензитета на кървенето. Обичайно 4-8 таб в първите 24 часа, след което дозата се понижават до 1 таб на 6 часа (4x1таб/дневно) за 24 часа, след което 3x1 таб/дневно за 48ч. и после 2x1 таб/дневно до завършване на 21 дневен цикъл. Този стъпковиден дозов режим понякога води до връщане на кървенето по-рано от желаното, поради което авторите препоръчват стартиране с 3x1(30 mcg EE) таб/дн., като в някои случаи, може да се започне с 4x1(30 mcg EE) таб/дн за 3-5 дни и след спиране на кървенето се продължава с 40mcg EE/дневно (2x1 таб 20mcg EE) или 30 mcg EE/дневно за 21 дни. Прави се 7 дневна пауза и на 8-ми ден се стартира нова опаковка вече в стандартен режим на прием 1 таб/дн (30 mcg EE) за поне 3 месеца. Възможно е първата 7 дневна пауза между опаковките да се скъси до 4-5 дни, при намек за обилно кървене в този период.

Възможен проблем е поява на гадене и повръщане при първоначалните високи дози ХОК. В тези случаи може да се използват антиеметици до постигане на желания ефект за овладяване на кървенето.

**Важно.** Във всички случаи е добре терапията да се съобрази до колкото е възможно със собствения менструален ритъм.

При стойности на хемоглобин под 80 g/l, възниква идеята за кръвопреливане.

Тук не може да се даде общовалидна препоръка. Във всички случаи е необходим ин-

дивидуален подход, предвид стойностите на хемоглобина, самочувствието и клиничното състояние на момичето, допълнителни оплаквания - гадене, повръщане, световъртеж, колапс.

Принципно е добре, доколкото клиничното състояние го позволява, кръвопреливането да се избегне.

Кюретажът, средство на първи избор в повечето случаи при обилни кръвотечения при жените над 40 годишна възраст, в тази възраст е силно нежелан и остава в съображение в най-краен случай, когато всички други методи са използвани и не са дали резултат или се търси максимално бързо спиране на кървенето поради застрашаващи живота на момичето стойности на хемоглобина. Макар и рядко, причина за оперативна намеса в тази възраст може да се окаже наличие на обем заемаш процес в кухината на матката – ендометриален, полип, субмукозен миом и др., съобразно PALM – COEIN класификацията на FIGO. В тези случаи е важно да се оформи документално, предварително разяснено информирано съгласие от родител/настойник на пациента.

Средства повлияващи хемостазата на практика се явяват неефективни – предвид механизма на възникване и на спиране на менструалното кървене. Независимо от това някои световни препоръки посочват полза от приложение на транексамова киселина.

### 3.2. Усложнение на бременност (спонтанен аборт)

**Находка:** Кървене от гениталиите, евентуално – анамнеза за закъснение на мензеса или за пократка или оскъдна последна менструация

**Изследвания:** бета ЧХГ, УЗИ, ПКК, хемостаза, кръвна група, Rh фактор.

**Лечение:** В зависимост от ситуацията – задържаща терапия, abrasio residuum, антибиотик, наблюдение.

### 3.3. Разкъсване на химена или влагалището при полов контакт или сексуална злоупотреба

**Находка:** Кървене от гениталите, травма.

**Изследвания:** Внимателен оглед на вулвата и влагалището (със спекулум/вагиноскоп), влагалищна проба за микробиологично изследване, ПКК. При съмнение или сигурни данни за престъпление – вземане на проби: кожна натривка, семенна течност, влагалищна проба, друг генетичен материал, фото-документация, след което следва да се подаде сигнал и да се поиска подкрепа от компетентните органи и специалисти – МВР, Държавна агенция за закрила на детето или на тел. 112.

**Лечение:** Съобразно находката - Хирургично възстановяване на разкъсванията, лечение в зависимост от микробиологичното изследване и кръвната картина. Уместна е посткоитална контрацепция, контрол на следващите менструации с оглед нежелана бременност (проследяване - тест за бременност, ехография).

### 3.4. Травматично нараняване на вулвата или влагалището

**Находка.** Кървене, травма, оток.

**Изследвания:** Внимателен оглед на вулвата

и влагалището (със спекулум/вагиноскоп), влагалищен секрет за микробиологично изследване, пълна кръвна картина.

**Лечение:** Съобразно находката - Хирургично възстановяване на разкъсванията, студен компрес, наблюдение, последваща физиотерапия, лечение в зависимост от микробиологичното изследване и кръвната картина.

3.5. Тумори на шийката или влагалището (рядко – Sarcoma botrioides, светлоклетъчен карцином на влагалището)

**Находка:** кръвенисто течение от влагалището, евентуално – пролабираща от влагалището полиповидна маса, неприятна гнилостна миризма

**Изследване:** оглед със спекулум, вагиноскопия, биопсия,

**Лечение:** в зависимост от находката - хирургично/друго

3.6. Причината за кървенето остава неизвестна. Среща се сравнително често в тази възрастова група, особено в първите две години след менархе.

**Находка:** Кървене от влагалището извън менструалния цикъл.

**Изследване:** ПКК, полови хормони, УЗИ. Внимателен оглед със спекулум/вагиноскопия.

Исключване на органична патология.

**Лечение:** Ако не се открият патологични промени в някоя система или органи, при нормален хемоглобин и не особено силни прокървявания момичето може да се остави без лечение.

Проследява се менструалния цикъл и общото състояние.

Ако кървенето е силно, се налага симптоматично лечение – хемостаза, хормонална хемостаза, мерки за регулиране на цикъла (гестаген за 10 дена, от 16-я ден), съвети за промяна в диетата или начина на живот (ако има нужда).

Кървотечението от гениталиите в детската или пубертетно-юношеската възраст е често срещано състояние, водещо до сериозно притеснение и нарушаване качеството на живот на родителите и на самите деца. При negliжирането му или при неправилно третиране може да се стигне до много сериозни здравословни проблеми, някои от които – с вредно отражение върху бъдещите репродуктивни функции. Своевременното и адекватно лечение, от своя страна, подпомага физиологичното развитие и осигурява доброто функциониране на репродуктивните функции на бъдещата жена.

*menorrhagia in an adolescent population. J Minim Invasive Gynecol. 2008 Dec;15(6):682–8.*

4. NICE (2018) Heavy menstrual bleeding: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

5. Whincup PH, Gilg JA, Odoki K, Taylor SJ, Cook DG. Age of menarche in contemporary British teenagers: survey of girls born between 1982 and 1986. *BMJ*. 2001 May 5;322(7294):1095–6.

6. World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. *J Adolesc Health Care Off Publ Soc Adolesc Med*. 1986 Jul;7(4):236–44.

7. Widholm O, Kantero RL. A statistical analysis of the menstrual patterns of 8,000 Finnish girls and their mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1971;14:Suppl 14:1-36.

8. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update*. 2003 Oct;9(5):493–504.

9. Bennett AR, Gray SH. What to do when she's bleeding through: the recognition, evaluation, and management of abnormal uterine bleeding in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2014 Aug;26(4):413–9.

10. ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstet Gynecol*. 2015 Dec;126(6):e143-146.

11. Cara E, Williams Sarah M. Creighton Menstrual Disorders in Adolescents: Review of Current Practice *Horm Res Paediatr* 2012;78:135–143

12. Adolescent gynaecology - Heavy menstrual bleeding *Clinical Practice guidelines of the Royal Children's Hospital Melbourne*

13. Fraser IS, Pearse C, Shearman RP, et al. Efficacy of mefenamic acid in patients with a complaint of menorrhagia. *Obstet Gynecol* 1981;58:543.

14. Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Critchley, Michael S. Broder, Ian S. Fraser, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders

15. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age, *Int. Journ. Gyn and Obstet*, Vol.113, Issue 1, April 2011, p 3-13

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сираков М. Избрани глави от гинекологичната практика; Някои аспекти на гинекологията на деца и подрастващи 162-196стр

2. HMB guideline, The British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology Published: April 2020 Review by: April 2023

3. Frishman GN. Evaluation and treatment of