

ჯენარა ქრისტესაშვილი, მანანა გეგეჭკორი,  
მარიამ ჭიპაშვილი

პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან  
მოზარდებში

დამხმარე სახელმძღვანელო

თბილისი

2014

ISBN 978-9941-0-4314-7

## **ავტორთა ჯგუფი:**

**ჯენარა ქრისტესაშვილი** - პროფესორი, ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი “უნივერსი”.

**მანანა გეგეჭკორი** - მედიცინის დოქტორი, ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

**მარიამ ჭიპაშვილი** - მედიცინის დოქტორი, ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

## **მთავარი რედაქტორი:**

**ჯენარა ქრისტესაშვილი** - პროფესორი, ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი “უნივერსი”.

## **რედაქტორი:**

**ლევან კობლაძე** – მედიცინის დოქტორი, სახ. მართვის მაგისტრი, რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი “უნივერსი”.

## **რეცენზენტები:**

**თამარ კეზელი** - მედიცინის დოქტორი, ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტის სრული პროფესორი

**არსენ გვენეტაძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგია-რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი

სახელმძღვანელო განკუთვნილია მეან-გინეკოლოგებისათვის, ოჯახის ექიმებისათვის, რეპროდუქტოლოგებისათვის, ჰემატოლოგებისათვის, ენდოკრინოლოგებისათვის, ასევე სამედიცინო ფაკულტეტის სტუდენტებისა და რეზიდენტებისათვის.

სახელმძღვანელო რეკომენდებულია ი. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საბჭოს მიერ.

## წინასიტყვაობა

პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან მოზარდებში ხშირ და სიცოცხლისათვის მეტად საშიშ მდგომარეობას წარმოადგენს. საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მართვა ამ ასაკობრივ ჯგუფში გარკვეულ სპეციფიკას მოითხოვს. სამწუხაროდ, საქართველოში პრაქტიკოსი ექიმები ვერ ავლენენ აღნიშნული მძიმე პათოლოგიის ეფექტური მართვისათვის სათანადო ცოდნას და უნარებს. ვფიქრობთ, რომ ამ საკითხებში ცოდნის დეფიციტის შევსებაში მნიშვნელოვან როლს შეასრულებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მართვის პრინციპების გაცნობა. როგორც ლიტერატურის ანალიზმა აჩვენა, მოზარდობის პერიოდისათვის შესაბამისი რეკომენდაციები სრული მოცულობით მსოფლიოში არ არსებობს. სამუშაო ჯგუფის მიერ დასახული იყო ამოცანა - მოძიებული, შეფასებული და ადაპტირებული ყოფილიყო საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის შესახებ არსებული უცხოური პრაქტიკული რეკომენდაციები, რომლებიც შეესაბამებოდა თანამედროვე მოთხოვნებს და ამავდროულად, მისაღები იქნებოდა საქართველოს ჯანდაცვის პირობებში განსახორციელებლად, მოზარდობის პერიოდის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

წინამდებარე დამხმარე სახელმძღვანელოში თანამედროვე მონაცემებზე დაყრდნობით მოცემულია მოზარდებში საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის სახეების მექანიზმები, მართვის თავისებურებები. დამხმარე სახელმძღვანელოს მიზანს წარმოადგენს საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის დიაგნოსტიკის, მართვის და შემდგომი პროფილაქტიკის გაცნობა სამედიცინო პერსონალისათვის. აქვე ასევე განხილულია აღნიშნული პათოლოგიის მართვის ალგორითმები ეტიოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით, წარმოდგენილია სქემები სხვადასხვა კლინიკური სიტუაციების შემთხვევებში, როგორც ოჯახის ექიმებისათვის, ასევე მეან-გინეკოლოგებისა და რეპროდუქტოლოგებისათვის.

სახელმძღვანელო შესაძლებელია გამოყენებული იქნას როგორც დიპლომამდელი, ისე დიპლომის შემდგომი უწყვეტი სამედიცინო განათლების მიზნით.

## სარჩევი

გამოყენებული შემოკლებები .....	6
შესავალი .....	7
პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (პსს).....	9
დეფინიცია, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია .....	9
პსს კლასიფიკაცია ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით .....	10
პსს კლასიფიკაცია სისხლდენის სახეების მიხედვით.....	12
საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის შეფასებისას გამოყენებული ტერმინები.....	12
ეპიდემიოლოგია .....	14
ეტიოპათოგენეზი .....	14
საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებებით განპირობებული პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან.....	14
დისფუნქციური სისხლდენები საშვილოსნოდან (დსს) მოზარდებში .....	15
თანდაყოლილი კოაგულაციური დარღვევებით განპირობებული პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან.....	18
ჰორმონულ კონტრაცეპციასთან დაკავშირებული პათოლოგიური სისხლდენები საშვილოსნოდან.....	19
კლინიკური სიმპტომატიკა .....	20
დიაგნოსტიკა.....	21
გამოკვლევის სქემა.....	22
მკურნალობის პრინციპები.....	23
საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის მართვა .....	23
ქმედითი რეკომენდაციები ოჯახის ექიმებისათვის .....	26
საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მკურნალობა ანემიის ხარისხის გათვალისწინებით .....	33
საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების მართვა, გამოწვეული კოაგულაციური დარღვევებით.....	35
კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული სიტუაციების მართვა.....	37
რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა .....	42
დანართი.....	43
გამოყენებული ლიტერატურა.....	62

## გამოყენებული შემოკლებები

პსს -	პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან
დსს -	დისფუნქციური საშვილოსნოდან სისხლდენა
ტვუ -	ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფია
vWF -	ვილენბრანდის ფაქტორი
ფმჰ -	ფოლიკულმასტიმულირებელი ჰორმონი
მლჰ -	მალუთეინიზირებელი ჰორმონი
თმჰ -	თირეოიდმასტიმულირებელი ჰორმონი
კოკ -	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი
სპკ -	სუფთა პროგესტინული კონტრაცეპტივები
სშს -	საშვილოსნოსშიგა საშუალება
პა -	პროგესტინული აბები
ასას -	ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები
ვეზუ -	ვასკულარული ენდოთელური ზრდის ფაქტორი
გტრჰ -	გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონი
დმპა -	დეპომედროქსიპროგესტერონის აცეტატი, დეპო-პროვერა
აგს -	ადრენოგენიტალური სინდრომი
დეა-ს -	დეჰიდროეპიანდროსტერონის სულფატი

## შესავალი

პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (პსს) კომპლექსური პრობლემაა, რაც ართულებს მის მართვას და სრულყოფილი რეკომენდაციების შემუშავებას. საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მიზეზები შეიძლება მსგავსი იყოს მენარხედან მენოპაუზამდე, მაგრამ პსს-ს ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში მათი ხვედრითი წილი სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში განსხვავებულია. შემოთავაზებულ ნაშრომში განხილული იქნება პსს-ს მართვა მოზარდებში მენარხედან 20 წლის ასაკამდე. ამ ასაკობრივ ჯგუფში პსს გარკვეული სპეციფიკით ხასიათდება, ხშირად მეტად მძიმედ გამოვლინდება და სასწრაფო ჩარევას მოითხოვს. ექიმთან დროულ მიმართვას და ადეკვატური სამედიცინო დახმარების გაწევას ართულებს მთელი რიგი ფსიქოლოგიური, ეკონომიკური ბარიერები და არასაკმარისი ინფორმირებულობა.

პსს-ის მართვა მოიცავს როგორც დიაგნოსტიკურ, ისე სამკურნალო ინტერვენციებს, რომლებიც პრობლემის სირთულიდან და ურგენტულობიდან გამომდინარე, ხშირად ერთდროულად ხორციელდება როგორც მტკიცებულებებზე, ასევე ექსპერტ-გინეკოლოგების გამოცდილებაზე დამყარებული სტრატეგიის გამოყენებით.

ექიმებისათვის ანამნეზის ანალიზისა და ფიზიკალური გამოკვლევის საფუძველზე ხშირად შეუძლებელია პსს მიზეზების დადგენა. პსს მართვა კი შეიძლება მოიცავდეს არაერთ გადაწყვეტილებას, როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე მკურნალობის თვალსაზრისით, რომელიც ხშირად ერთდროულად არის განსახორციელებელი (1).

მიუხედავად იმისა, რომ ადვილად მოიძებნება პსს მიზეზთა გრძელი სია, ექიმებს სჭირდებათ ისეთი პრაქტიკული რჩევები, რომლებიც მათ დაეხმარებათ სწრაფად და ობიექტურად შეაფასონ პაციენტის მდგომარეობა და შეიმუშაონ ადეკვატური სამკურნალო ტაქტიკა.

ლიტერატურაში არსებობს მრავალი ნაშრომი, რომლებშიც განხილულია პსს მართვა და ხშირად მათში მართვის ალგორითმებიც არის წარმოდგენილი. ალგორითმთა უმრავლესობა მოიცავს ავტორთა შეხედულებას იმის შესახებ, თუ რა უნდა გაკეთდეს. Ely –ისა და თანაავტორების მიერ განხორციელებული ძიებით MEDLINE –ში (1985 წლიდან 2006 წლამდე) გამოვლენილი იყო 76 მიმოხილვითი სტატია, რომელიც ეხებოდა პსს-ს, მათგან 24 მოიცავდა შესაბამის ალგორითმს. 24 ალგორითმიდან 23 ემყარებოდა ავტორთა მოსაზრებებს და მხოლოდ ერთი – ჭეშმარიტ მტკიცებულებებს. ამასთან ეს უკანასკნელი ეხებოდა პსს-ის მხოლოდ ერთ ასპექტს – მენორაგიას. დიაგნოსტიკური რეკომენდაციები ეხებოდა მხოლოდ ცალკეული ექსპერტების ან ექსპერტთა ჯგუფის მოსაზრებებს. წარმოდგენილი 24 ალგორითმიდან არცერთი არ იყო სისტემატურად შედარებული ფაქტობრივ პრაქტიკასთან. არსებულ გაიდლაინთა შორის ერთ-ერთი სრულყოფილი, მტკიცებულებებზე დამყარებული გაიდლაინიც მხოლოდ მენორაგიას მოიცავს (2). ავტორები, რომლებიც კლინიკური კვლევების საფუძველზე გვთავაზობენ ალგორითმს, რეკომენდაციას იძლევიან, რომ ის გამოყენებული იქნას კლინიკური პრაქტიკის გათვალისწინებით. ამდენად, აქტუალურია არსებული ჩატარებული კვლევების, გაიდლაინების მიმოხილვის საფუძველზე არაორსულ მოზარდებში პსს მართვის სრულყოფილი ალგორითმის შექმნა, რომელიც შეიცავს მტკიცებულებებს

და შესაძლებელია განხორციელდეს პრაქტიკაში. პრემენარხეს პერიოდში სისხლდენები იშვიათია. მენარხემდე სისხლდენის ერთი ან რამოდენიმე ეპიზოდი შეიძლება აღინიშნებოდეს გოგონებში პუბერტატული ცვლილებების გარეშე, რაც ჩვეულებრივ იდიოპათიურია, მაგრამ შეიძლება უკავშირდებოდეს ჰიპოთირეოზს ან სხვა მიზეზებს (3,4).

მოზარდებში მოზრდილ ქალებთან შედარებით თანდაყოლილ კოაგულოპათიებთან დაკავშირებული პსს ძირითადად მძიმე მენორაგიებით გამოიხატება და ურგენტულ კომპლექსურ პრობლემას წარმოადგენს. მაშინ როდესაც მსოფლიოში აღნიშნულ პრობლემას ბოლო წლებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, ნაკლებად აქცენტირებულია ჩვენს ქვეყანაში. საჭიროდ მივიჩნიეთ შემოთავაზებულ სახელმძღვანელოში პსს აღნიშნული ფორმის უფრო ფართოდ წარმოდგენა. ვფიქრობთ, ასეთი მიდგომით შედგენილი ალგორითმები და რეკომენდაციები სასარგებლო იქნება ჰემატოლოგებისთვისაც, ვინაიდან თანდაყოლილი კოაგულოპათიების მქონე მოზარდი პაციენტების მართვა პსს-ით უნდა ხორციელდებოდეს კომპლექსურად ჰემატოლოგებისა და მეან-გინეკოლოგ-რეპროდუქტოლოგების მიერ.

ჩვენს ნაშრომში ალგორითმები ეფუძნება არსებულ მტკიცებულებებს, მაგრამ მოდიფიცირებულია პაციენტზე მზრუნველობის გათვალისწინებით.



# პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან (პსს)

## დეფინიცია, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

*პათოლოგიურად განიხილება არაორსულ პაციენტებში რეგულარული, ჭარბი, ძლიერი და/ან გახანგრძლივებული მენსტრუაციული სისხლდენა ან სხვადასხვა ინტენსივობის და ხანგრძლივობის არარეგულარული სისხლდენები საშვილოსნოდან.*

პსს მოიცავს, როგორც დისფუნქციური, ასევე სტრუქტურული მიზეზებით განპირობებულ სისხლდენებს. დისფუნქციური სისხლდენა შეიძლება იყოს ანოვულატორული, რომელიც ხასიათდება არარეგულარული არაპროგნოზირებადი სისხლდენით, ასევე ოვულატორული. ეს უკანასკნელი ხასიათდება ჭარბი, ძლიერი, მაგრამ რეგულარული მენსტრუაციებით (მენორაგია) (4). პსს სტრუქტურული მიზეზები მოიცავს ვიბროიდებს (საშვილოსნოს მიომა), ადენომიოზს, პოლიპებს, ენდომეტრიუმის კარცინომას და ორსულობის გართულებებს. პსს ასევე შეიძლება დაკავშირებული იყოს კონტრაცეპციის მეთოდების მოხმარებასთან. პსს ზემოთჩამოთვლილი სახეები გვხვდება მენარხედან მენოპაუზამდე, თუმცა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში, ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში მიზეზთა ხვედრითი წილი განსხვავებულია და სპეციფიკური.

მოზარდებში ძირითადად გვხვდება დისფუნქციური, მათ შორის კოაგულოპათიებთან დაკავშირებული სისხლდენები. თუმცა არ არის ასევე გამორიცხული პათოლოგიური სისხლდენის ზემოთ განხილული სხვა მიზეზების არსებობაც. ვინაიდან დისფუნქციური სისხლდენა გამორიცხვის დიაგნოზს წარმოადგენს, მიზანშეწონილია განხილული იყოს მიზეზები, რომელთა გამორიცხვის შემდგომ ისმება დისფუნქციური სისხლდენების დიაგნოზი.

მიუხედავად იმისა, რომ პსს-ს ცნობილი მიზეზებიდან ზოგიერთი მათგანი მოზარდებში იშვიათია (საშვილოსნოს კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეები, ადენომიოზი და სხვა), დისფუნქციური სისხლდენის დიაგნოზის დადგენამდე, რომელიც მოზარდებში პსს-ის უხშირესი ფორმაა, აუცილებელია ყველა სხვა მიზეზის გამორიცხვა. უხშირესად დისფუნქციური სისხლდენის დიაგნოზის დასმის და ჰორმონული მკურნალობის ფონზე სათანადო ეფექტის ვერ მიღწევა სწორედ პაციენტის არასრულფასოვანი შეფასების შედეგია და განმეორებითი შეფასებისას ვლინდება “გამოტოვებული” დიაგნოზი (საშვილოსნოს ანატომიური პათოლოგია, თანდაყოლილი კოაგულოპათიები ან სხვა), რომელიც შესაბამის მართვას მოითხოვს. სწორედ ამიტომ, წინამდებარე ნაშრომის ალგორითმებში გათვალისწინებულია პსს სხვადასხვა ფორმისას ყველა შესაძლო მიზეზი და მოზარდებში მათი მართვის ოპტიმალური მიდგომები.

## პსს კლასიფიკაცია ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით

### ➤ საშვილოსნოს ორგანული დაზიანებები

- ✓ საშვილოსნოს ტრავმული დაზიანება (ძალადობა, უცხო სხეული)
- ✓ ორსულობასთან დაკავშირებული (მოსალოდნელი, არასრული და ინდუცირებული აბორტები, საშვილოსნოსგარე ორსულობა, გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება)
- ✓ ინფექციურ პროცესებთან ასოცირებული
  - ენდომეტრიტი (ტუბერკულოზი და სხვა ინფექციებით გამოწვეული)
  - ცერვიციტი
  - მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები
  - საშვილოსნოს ყელის სქესობრივი გზით გადამდები კონდილომები (ადამიანის პაპილომავირუსი)
- ✓ ენდომეტრიოზი
  - ადენომიოზი
  - საშვილოსნოს ყელის ენდომეტრიოზი
- ✓ სიმსივნეები
  - ტროფობლასტური დაავადება (ქორიონეპითელიომა)
  - ენდომეტრიუმის პოლიპი
  - ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზია
  - ენდომეტრიუმის კიბო
  - საშვილოსნოს ყელის პოლიპი, საშვილოსნოს ყელის კიბო
- ✓ საშვილოსნოს ყელის ექტროპიონი

### ➤ დისფუნქციური სისხლდენები

- ანოვულაციური
- ✓ ქრონიკული ანოვულაცია
  - საკვერცხეების პოლიციტოზის სინდრომი
  - ჰიპერპოლაქტინემია
  - ჰიპოთალამური (ფიზიკური და ფსიქიკური სტრესი)
  - საკვერცხის რეტენციული ცისტები
  - საკვერცხის გრანულოზურუჯრედოვანი სიმსივნე
- ✓ თანმხლები ჰიპერანდროგენით გამოვლენილი
  - თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზია
  - საკვერცხის და თირკმელზედა ჯირკვლის ანდროგენმაპროდუცირებელი სიმსივნეები
- ოვულაციური
- ✓ მენსტრუაციული ციკლის ფოლიკულური ფაზის შემოკლება
- ✓ პერსისტირებული ყვითელი სხეულის ფონზე ლუთეინური ფაზის გახანგრძლივება
- ლუთეინური უკმარისობა
- სისტემური დაავადებების ფონზე განვითარებული
- ✓ თანდაყოლილი კოაგულოპათიები
  - გენერალიზებული
  - თრომბოციტოპენია (იდიოპათიური, თრომბოციტოპენიური პურპურა, ლეიკემია, ლიმფომა, აპლასტიური ანემია, ჰიპერსპლენიზმი)
  - თრომბოციტების დისფუნქცია (გლანცმანის დაავადება)

- შედეგების დარღვევები (ჰემოფილია, ფონ ვილენბრანდის დაავადება, სხვა კოაგულაციური ფაქტორების დეფიციტი)
- მენსტრუაციული ანტიკოაგულანტების პროდუქცია საშვილოსნოს მიერ
- ✓ **ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები**
  - ჰიპერთირეოზი
  - ჰიპოთირეოზი
- ✓ **ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები**
- ✓ **თირკმლის ქრონიკული დაავადებები**
- ✓ **კრონის დაავადება, წყლულოვანი კოლიტი**
- ✓ **შაქრიანი დიაბეტი**
- ✓ **თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა**
- ✓ **კუშინგის დაავადება**
- ✓ **სისტემური წითელი მგლურა**
  
- **იატროგენული მიზეზებით განპირობებული**
- ✓ **ორალური კონტრაცეპტივები**
- ✓ **პროგესტაგენები (ორალური, ნორპლანტი, დეპო-პროვერა)**
- ✓ **უწყვეტი ესტროგენები (ესტროგენებით მონოთერაპია)**
- ✓ **ანტიესტროგენები (ტამოქსიფენი), რომელიც იშვიათად გამოიყენება მოზარდებში**
- ✓ **გლუკოკორტიკოიდები**
- ✓ **სხვა მედიკამენტები**
  - დანაზოლი
  - სპირონოლაქტონი
  - სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორები
  - ანტიფსიქოზურები
  - ანტიკოაგულანტები
  - თრომბოციტების ინჰიბიტორები
  - ქიმიოთერაპიული საშუალებები
  - მცენარეული ექსტრაქტებიდან მიღებული ბუნებრივი ჰორმონები (DHEA, Dong Quai, Yam Extract)

## პსს კლასიფიკაცია სისხლდენის სახეების მიხედვით

### სისხლდენის სახეები

- ❖ **ნორმალური:** ნორმალური ინტერვალი 21-დან – 35 დღემდე. სისხლდენის ნორმალური ხანგრძლივობა 1-7 დღე. სისხლიანი გამონადენის რაოდენობა უნდა იყოს 1 რბილი საფენი ან ტამპონი 3 საათიან ინტერვალში;
- ❖ **მწვავე, ძლიერი სისხლდენა:** სისხლდენა, რომელიც მოითხოვს ერთზე მეტ საფენს/ტამპონს საათში, ან სასიცოცხლო ნიშნები მიუთითებს ჰიპოვოლემიაზე;
- ❖ **არარეგულარული სისხლდენა:** მოიცავს მეტრორაგიას, მენომეტრორაგიას, ოლიგომენორეას, გახანგრძლივებული სისხლდენის, მენსტრუაციათაშორისი სისხლდენის ან სხვა არარეგულარულ სახეებს;
- ❖ **მენორაგია:** მძიმე, მაგრამ რეგულარული ციკლური სისხლდენა, ასევე 7 დღეზე ხანგრძლივი მენსტრუაციული სისხლდენა, ან კოლტები, ან რკინადეფიციტური ანემია. 12 დღეზე მეტხანს გაგრძელებული/გახანგრძლივებული სისხლდენა მიუხედავად ციკლური ხასიათისა, უნდა ჩაითვალოს არარეგულარულად. ექიმებს ხშირად უჭირთ პროლონგირებული პერიოდის და არარეგულარული სისხლდენის დიფერენცირება. Ely და თანაავტორების მიერ მენორაგია ლიმიტირებულია 12 დღით, რომლის შემდგომ მენსტრუაციის გახანგრძლივება უნდა ჩაითვალოს არარეგულარულ სისხლდენად, ანუ მენომეტრორაგიად.

### საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის შეფასებისას გამოყენებული ტერმინები

#### ნორმალური მენსტრუაციული ციკლი

- ❑ მენსტრუაციათა შორის საშუალო ინტერვალი 28 დღე ( $\pm 7$  დღე)
- ❑ მენსტრუაციული სისხლდენის ხანგრძლივობა 4 დღე ( $\pm 2-3$  დღე)
- ❑ სისხლის საშუალო დანაკარგი ყოველ მენსტრუაციაზე 30-40 მლ (მაქსიმალური დანაკარგი ნორმაში არ უნდა აღემატებოდეს 80-100 მლ)

### პსს-ს დასახასიათებლად გამოიყენება შემდეგი ტერმინები:

- ❑ **მწვავე, მკვეთრი პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან** - სისხლდენა, რომელიც ხასითდება სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგით და ვლინდება ჰიპოვოლემიით (ჰიპოტენზია ან ტაქიკარდია) ან შოკით;
- ❑ **მენორაგია** - სისხლდენა აღინიშნება ნორმალურ ინტერვალში (21-35 დღე), მაგრამ ჭარბი (80 მლ-ზე მეტი) ან გახანგრძლივებული (7 დღეზე მეტი) გამონადენით;
- ❑ **ჰიპერმენორეა** - მენორაგიის სინონიმია;
- ❑ **მენომეტრორაგია** - გახანგრძლივებული, ჭარბი სისხლდენა საშვილოსნოდან არარეგულარული ინტერვალებით;

- ❑ **მეტრორავია** - სისხლდენა საშვილოსნოდან, არარეგულარული, ხშირი ინტერვალებით და სხვადასხვა რაოდენობის გამონადენით;
- ❑ **პოლიმენორეა** - საშვილოსნოდან რეგულარული სისხლდენა 21 დღეზე ნაკლები ინტერვალებით;
- ❑ **ოლიგომენორეა** - იშვიათი, არარეგულარული სისხლდენები საშვილოსნოდან 35 დღეზე ხანგრძლივი ინტერვალებით მოზრდილებში და 45 დღეზე მეტი ინტერვალებით მოზარდებში;
- ❑ **ამენორეა** - მენსტრუაციების არარსებობა პირველადი ან მეორადი (რეგულარული მენსტრუაციების შემდეგ 4 ან მეტი თვის მანძილზე არამენოპაუზალურ ქალებში);
- ❑ **მენსტრუაციათა შორის სისხლდენა** - არარეგულარული სისხლდენა, რომელიც ვითარდება ოვულატორული ციკლის ფონზე და მიზეზთა შორის მოიაზრება საშვილოსნოს ყელის დაავადებები, საშვილოსნოსშიგა საშუალებები, ენდომეტრიტი, პოლიპები, სუბმუკოზური მიომა, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და კიბო;
- ❑ **მენსტრუაციათა შორის ლაქოვანი გამონადენი** - სისხლიანი ლაქოვანი გამონადენი აღინიშნება უშუალოდ ოვულაციის წინ და განპირობებულია ესტროგენების დონის დაქვეითებით;
- ❑ **დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან** - ოვულატორული ან ანოვულატორული სისხლდენა, რომლის დიაგნოზიც დგინდება ორსულობის ან ორსულობასთან დაკავშირებული დაავადებების, იატროგენული მიზეზების, გენიტალური ტრაქტის სტრუქტურული ან ანატომიური პათოლოგიების და სისტემური მდგომარეობების გამორიცხვის შემდეგ.



## ეპიდემიოლოგია

პსს ეპიდემიოლოგიის დადგენა საკმაოდ რთულია, ცნობილია მხოლოდ საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების სიხშირე. მოზრდილი ქალების დაახლოებით 15%-ს აღენიშნება დსს. დსს-ს სიხშირე გაცილებით მაღალია მოზარდების პოპულაციაში. 1410 უფროსკლასელი გოგონას (საშუალო ასაკით- 16,7 წელი), გამოკითხვისას დადგინდა, რომ 37% ანამნეზში აღნიშნავდა მკვეთრად გამოსატულ, ჭარბ მენსტრუაციებს, 38%-ს ჭარბი მენსტრუაციები აღენიშნებოდა საოჯახო ანამნეზში, ხოლო 22% იტარებდა ჰორმონულ მკურნალობას მენსტრუაციული დარღვევების გამო (5).

### დსს პროგნოზი

მოზარდთა უმრავლესობაში მენარხედან 1-5 წლის განმავლობაში რეგულარული ოვულატორული ციკლი ყალიბდება (6, 7, 8, 9, 10, 11). ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ითვლება, რომ თუ მენარხედან 4 წლის განმავლობაში ნორმალური მენსტრუაციები არ აღინიშნება, რეგულარული მენსტრუალური ფუნქცია სავარაუდოდ მოზრდილობაშიც არ ჩამოყალიბდება (7). იმ შემთხვევაში, თუ გამომწვევი პათოლოგიური პროცესი სისხლდენის ქრონიკულ ხასიათს განაპირობებს, აღნიშნული ჯგუფის მოზრდილი ქალების უმრავლესობას შემდგომში უვლინდებათ დაქვეითებული რეპროდუქციული პოტენციალი და ენდომეტრიუმის კიბოს განვითარების მაღალი რისკი.

## ეტიოპათოგენეზი

### საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებებით განპირობებული პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან

#### გენიტალური ტრაქტის პათოლოგია

გენიტალური ტრაქტის ანატომიურ პათოლოგიებთან დაკავშირებული პსს შეიძლება გამოვლინდეს მენსტრუაციათაშორისი, პოსტკოიტალური და მიძიმე მენსტრუაციული სისხლდენით (მენორაგიით) (12). ანამნეზით აღინიშნება: PAP-ტესტში ცვლილებების არსებობა, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, გინეკოლოგიური ქირურგიული ჩარევა, ტრავმა ან სქესობრივი ძალადობა. უნდა გამოირიცხოს საშვილოსნოს ფიბროიდები, ენდომეტრიუმის პოლიპი, ადენომიოზი, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და ატიპია, ენდომეტრიუმის კიბო (13,14).

#### საშვილოსნოს ანატომიური პათოლოგიები

ენდომეტრიუმის ბიოფსიის მგრძნობელობა ენდომეტრიუმის ისეთი პათოლოგიების დასადგენად, როგორებიცაა პოლიპი, ფიბროიდები (ფოკალური დაზიანებები) არც ისე მაღალია. შემთხვევათა 18%-ში ეს დაზიანებები შეიძლება არ გამოვლინდეს (15), ვინაიდან ერთჯერადი გამოკვლევისას ბიოპტატში ხვდება ენდომეტრიუმის მხოლოდ მცირე ნაწილი. თუმცა ბიოფსიის მგრძნობელობა

მაღალია ენდომეტრიუმის კიბოს შემთხვევებში (16, 17). არც ისე მაღალია აღნიშნული მეთოდის მგრძობელობა ასევე ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზიის დასადგენად (81%-მდე) (17).

ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით (ტვუ) შესაძლებელია ლეიომიომის, ენდომეტრიუმის შესქელების ან ფოკალური წარმონაქმნის დადგენა. თუმცა ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე შეიძლება ვერ გამოვლინდეს ენდომეტრიუმის პოლიპი, სუბმუკოზური ფიბროიდები.

ღრუში არსებული დაზიანებების დიაგნოსტიკისათვის ფიზიოლოგიური ხსნარით ინფუზიით სონოჰისტეროგრაფია უფრო ზუსტია ტვუ-სთან შედარებით. ენდომეტრიუმის დამიზნებითი ბიოფსიის და ფიზიოლოგიური ხსნარით ინფუზიით სონოჰისტეროგრაფიის მგრძობელობა 95-97%-მდეა, ხოლო სპეციფიურობა ენდომეტრიუმის პათოლოგიების დადგენაში 70-98%-ს შეადგენს (18,19).

დილატაცია/კიურეტაჟი დღეს აღარ განიხილება საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენებისას სადიაგნოსტიკო მეთოდად (20,21). დილატაცია/კიურეტაჟთან შედარებით ჰისტეროსკოპია ბიოფსიით გაცილებით ინფორმატულია.

### **ენდომეტრიუმის კიბო**

საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის შეფასება ენდომეტრიუმის კიბოს გათვალისწინებით დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე და ენდომეტრიუმის კიბოს რისკ-ფაქტორების არსებობაზე (ანოვულატორული ციკლი, სიმსუქნე, არანამშობიარები ქალი, 35 წელზე მეტი ასაკი და ტამოქსიფენით მკურნალობა) (22,23).

მოზარდ პაციენტებში (15-18 წლის ქალებში) ენდომეტრიუმის კიბო იშვიათია. ენდომეტრიუმის კიბოს რისკი იზრდება ასაკთან ერთად (22). ამერიკის მეანობა-გინეკოლოგიის კოლეჯის რეკომენდაციების თანახმად, ენდომეტრიუმის კიბოს შეფასება საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენისას უნდა დაიწყოს ქალებში, რომელთა ასაკი 35 წელი და მეტია (24). მიუხედავად ამისა, მისი რისკი გასათვალისწინებელია იმ ახალგაზრდა პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ გაუწონასწორებელი ესტროგენისათვის დამახასიათებელი პათოლოგიები (უხშირესად პაციენტები საკვერცხეების პოლიციტოზის სინდრომით, რომელთაც 2 ან მეტი წლის განმავლობაში აღენიშნებათ იშვიათი მენსტრუაციები ან ამენორეა) (22). მაშინაც კი, როდესაც გინეკოლოგიური გამოკვლევით პათოლოგია არ ვლინდება, ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით ენდომეტრიუმის შეფასება შესაძლოა სასარგებლო იყოს უჩვეულო პათოლოგიების დასადგენად.

ენდომეტრიუმის კიბოს რისკის მქონე პაციენტებში ჰორმონული პრეპარატების დანიშვნამდე აუცილებლად მიიჩნევენ ენდომეტრიუმის ბიოფსიას. ავტორთა ნაწილი კვლევაზე დაყრდნობით თვლის, რომ თუ საწყისი ტვუ-ით ენდომეტრიუმი < 5მმ-ზე, მისი შემდგომი შეფასება საჭირო არ არის (25), პაციენტებში ენდომეტრიუმის კიბოს მომატებული რისკით სხვა ავტორები ენდომეტრიუმის ბიოფსიას საჭიროდ მიიჩნევენ.

### **დისფუნქციური სისხლდენები საშვილოსნოდან (დსს) მოზარდებში**

დსს წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე გადაუდებელ გინეკოლოგიურ მდგომარეობას მოზარდებში, რომელიც გამოვლინდება პროლონგირებული, ჭარბი, ტიპიური ენდომეტრიალური სისხლდენით, რომელიც არ არის გამოწვეული საშვილოსნოს ანატომიური პათოლოგიით.

დისფუნქციური სისხლდენები საშვილოსნოდან შესაძლოა იყოს ანოვულატორული, იშვიათად კი ოვულატორული ხასიათის. (ეს უკანასკნელი გვხვდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში). დსს არის გამორიცხვის დიაგნოზი,

იგი დგინდება მხოლოდ ორსულობის, იატროგენული მიზეზების, სისტემური პათოლოგიების (ფარისებრი ჯირკვლის, ღვიძლის, თირკმელზედა ჯირკვლის, ჰიპოფიზის და ჰიპოთალამუსის პათოლოგიები) (3) და გენიტალური ტრაქტის ხილული პათოლოგიების გამორიცხვის შემდგომ (3,24).

### **ანოვულატორული დისფუნქციური სისხლდენა საშვილოსნოდან**

ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ-საკვერცხის ღერძში დარღვევათა შედეგად შესაძლოა განვითარდეს არარეგულარული, პროლონგირებული და ზოგჯერ მკვეთრი ინტენსივობის მენსტრუაციული სისხლდენა. ის შეიძლება გამოვლინდეს მაშინვე, მენარხეს შემდგომ, ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ-საკვერცხის ღერძის მომწიფებამდე ან პერიმენოპაუზის პერიოდში, როდესაც ესტროგენის დაქვეითებული დონე ვერ ახდენს მლპ-ის პიკის რეგულარულ სტიმულაციას, რაც აუცილებელია ოვულაციის ინდუცირებისათვის.

გაუწონასწორებელი ესტროგენებით სტიმულაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ენდომეტრიუმის პროლიფერაცია და ჰიპერპლაზია საკმარისი პროგესტერონის გარეშე, რომელიც განაპირობებს ენდომეტრიუმის სტაბილიზაციას და დიფერენციაციას, ამის გამო ღორწოვანი გარსი ხდება მსხვრევადი და ჩამოიფცქნება არარეგულარულად. ესტროგენები ასევე მოქმედებს სისხლძარღვთა ტონუსზე, ანგიოგენეზზე, პროსტაგლანდინების ფორმირებასა და ენდომეტრიუმში აზოტის ოქსიდის (NO) პროდუქციაზე (24, 26).

### **ოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენები**

ოვულაციური დისფუნქციური სისხლდენები მოიცავს პოლიმენორეას, მენსტრუაციათა შორის ლაქოვან გამონადენს და მენორაგიას (4). პოლიმენორეა სავარაუდოდ ლუთეინური ფაზის დისფუნქციაა, რომელიც შედეგად იძლევა ციკლის შემოკლებას (21 დღეზე ნაკლები), მაშინ როდესაც ოლიგომენორეა პროლონგირებული ფოლიკულური ფაზის დისფუნქციას წარმოადგენს, რის შედეგად ციკლი გახანგრძლივებულია (35 დღეზე მეტი). მენსტრუაციათა შორისი (შუამენსტრუაციული) სისხლიანი ლაქოვანი გამონადენი ოვულაციის წინ ესტროგენების დონის დაქვეითების შედეგია (4). მენორაგია რეგულარულად ჭარბი მენსტრუაციული სისხლდენაა (80 მლ-ზე მეტი თოთოეული მენსტრუაციული ციკლის განმავლობაში) ლოკალური ენდომეტრიალური ჰემოსტაზის არარსებობის გამო.

### **ძლიერი, მწვავე სისხლდენა**

ძლიერი მწვავე სისხლდენა არაორსულ მოზარდ პაციენტებში ძირითადად უკავშირდება დისფუნქციური სისხლდენებს და კოაგულოპათიებს (უხშირესად ფონ ვილენბრანდის დაავადება) (20, 21). ძლიერი მწვავე სისხლდენის ისეთი სახეები, რომლებიც ასოცირდება სუბმუკოზურ მიომასთან და ანტიკოაგულანტების მიღებასთან, მოზარდებში იშვიათობას წარმოადგენს. საწყისი მენეჯმენტი ეფუძნება ჰემოდინამიკური სტაბილურობის მიღწევას.

კლინიკური სტაბილურობის მიღწევის შემდეგ ტარდება გამოკვლევები სისხლდენის მიზეზების დასადგენად, რომელიც გულისხმობს სკრინინგულ კოაგულაციურ გამოკვლევებს და საჭიროების შემთხვევაში ტრანსვაგინალურ გამოკვლევასაც, თუმცა მოზარდებში ფიზიოლოგიური ხსნარით სონოპისტეროგრაფია იშვიათად გამოიყენება (ენდომეტრიუმის პოლიპებზე და სუბმუკოზურ ფიბროიდებზე ეჭვის შემთხვევაში). მოზარდებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფონ ვილენბრანდის დაავადების გამოვლენა.



## საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების ეტიოლოგია

მოზარდებში საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების შემთხვევათა ძირითად მიზეზს ანოვულაციური არარეგულარული მენსტრუაციები წარმოადგენს, რაც ტიპურად ესტრადიოლის პოზიტიური უკუკავშირის ეფექტის ნაკლებობის და მენარხედან 1-5 წლის განმავლობაში ოვულაციის არარსებობას უკავშირდება და ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზარული სისტემის უმწიფრობით არის განპირობებული (27). კვლევით დადგინდა, რომ მოზარდ გოგონებში მენარხედან 2 წლის განმავლობაში მენსტრუაციული ციკლების 30-45%, ხოლო მენარხედან 4-5 წლის განმავლობაში – 20%-ია ანოვულაციური (28). მალუთეინიზირებელი (მლჰ) და ფოლიკულმასტიმულირებელი (ფმჰ) ჰორმონების, ისევე, როგორც ესტრადიოლის და პროგესტერონის სეკრეციის დონეები მენარხედან 1 წლის განმავლობაში უფრო დაბალია, ვიდრე მოზრდილ ქალებში. მაშინ, როდესაც ესტრადიოლის დონე პოსტმენარხეს მეორე წლისათვის აღწევს მოზრდილთათვის ნორმალურ დონეს, პროგესტერონის დონე დაქვეითებული რჩება მენარხედან 5 წლამდე პერიოდში; მლჰ/ფმჰ შეფარდება ასევე მენარხედან მხოლოდ მეხუთე წლისათვის აღწევს მოზრდილთა მაჩვენებელს. ესტროგენების ჭარბი გამოყოფა იწვევს გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის (გტრჰ) და შესაბამისად მლჰ და ფმჰ სეკრეციის დაქვეითებას, რის შედეგადაც იკლებს ესტროგენების სტიმულაცია, ვითარდება ვაზოკონსტრიქცია, გასქელებული ენდომეტრიუმის ატროფია და ძლიერი, პროლონგირებული მენსტრუაციული სისხლდენა. ოვულაციის არარსებობა და ესტროგენების გაუწონასწორებლობა პროგესტერონით იწვევს ენდომეტრიუმის სისხლდარღვთა ტონუსის დაქვეითებას ვაზოპრესინის გამოყოფის ინჰიბირებით, რის შედეგადაც ვითარდება ვაზოდილატაცია და ჭარბი მენსტრუაციული სისხლდენა. გაუწონასწორებელი ესტროგენები ახდენს ასევე ვასკულარული ენდოთელური ზრდის ფაქტორის (ვეზფ) პროდუქციის ინდუცირებას შემდგომი ანგიოგენეზის განვითარებით (29, 30). ენდომეტრიუმი პროგესტერონის ზემოქმედების გარეშე უფრო ნაკლებად გამოყოფს პროსტაგლანდინებს და იზრდება პროსტაგლანდინ  $E_2$  –ს და პროსტაგლანდინ  $F_{2\alpha}$  –ის შეფარდება. სისხლის მომატებული დანაკარგი შეიძლება ასევე განპირობებული იყოს ენდომეტრიუმში აზოტის ჟანგის გაძლიერებული პროდუქციით, რასაც ასტიმულირებს პროგესტერონით გაუწონასწორებული ესტროგენი (31).

მართალია, დსს-ის ძირითად გამომწვევეს ანოვულაცია წარმოადგენს, პსს-ს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ოვულაციის არსებობის პირობებშიც – ვითარდება ყვითელი სხეულის პერსისტენცია, შესაბამისად პროგესტერონის პროლონგირებული მოქმედება, ამენორეა 6-8 კვირის განმავლობაში, რასაც მოსდევს არარეგულარული მენსტრუაციები (26, 31).

საკვერცხეების პოლიცისტოზის სინდრომი არის სისხლდენის ხშირი მიზეზი, მისი დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა 3-დან მინიმუმ 2 დიაგნოსტიკური კრიტერიუმის არსებობა (6, 7, 32):

1. არარეგულარული მენსტრუაციები, როგორც ოლიგომენორეის ან ანოვულაციის შედეგი;
2. ანდროგენების სიჭარბის კლინიკური ნიშნები (ჰირსუტიზმი, აკნე) ან ლაბორატორიული კვლევის შედეგები (ტესტოსტერონის მომატებული დონე);
3. ულტრასონოგრაფიულად პოლიცისტოზური საკვერცხეების არსებობა.

პოლიცისტოზური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოზის დადგენამდე უნდა გამოირიცხოს ჰიპერანდროგენიზმის ან პათოლოგიური სისხლდენის სხვა მიზეზები:

- თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილ ჰიპერპლაზია(აგს), რომელიც დილის ანალიზში  $17\alpha$  ჰიდროქსიპროგესტერონის მატებით ხასიათდება;

- საკვერცხის ან თირკმელზედა ჯირკვლის ანდროგენმაპროდუცირებელი სიმსივნეები (სისხლის შრატში ტესტოსტერონი > 200 ნგ/დლ ან დეა-სულფატი > 800 მკგ/დლ);
- ჰიპეპროლაქტინემია;
- ჰიპოთალამუსის პირველადი ან მეორადი სუპრესია – კვებითი ქცევის დარღვევა, სტრესი.

გასათვალისწინებელია ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების ფონზე განვითარებული მენსტრუაციული დისფუნქცია: ჰიპოთირეოზის დროს შემთხვევათა 23.4% -ში, ჰიპერთირეოზის დროს – 21.5%-ში.

### **თანდაყოლილი კოაგულაციური დარღვევებით განპირობებული პათოლოგიური სისხლდენა საშვილოსნოდან**

თანდაყოლილი კოაგულოპათიების სიხშირე თეთრკანიან ქალებში 18 %, ხოლო შავკანიანებში – 7%-ს შეადგენს. კოაგულაციის თანდაყოლილი პათოლოგიებში მოიაზრება თრომბოციტოპენია, თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა, პათოლოგიური კოლაგენი (ელერს-დანლოსის სინდრომი), შედედების ფაქტორის დეფიციტი, რომელშიც შედის ფონ ვილენბრანდის ფაქტორის დეფიციტიც. მენორაგია აღენიშნება ფონ ვილენბრანდის დაავადებით ქალების 74-92%-ს (33), ბერნარდ-სოლიერის სინდრომის (თრომბოციტების დისფუნქცია) მქონე ქალების 51%-ს (34), გლანცმანის თრომბოციტოასთენიის მქონე ქალების 98%-ს (35), XI ფაქტორის დეფიციტის მქონე ქალების 59%-ს (36), ჰემოფილიის გენის მტარებელი ქალების 57%-ს (14).

ქალთა პოპულაციაში კოაგულოპათიებიდან ყველაზე ხშირად ვლინდება ფონ ვილენბრანდის დაავადება, რომელიც აუტოსომური ხასიათის არის. ქალებში ეს დაავადება ვლინდება უფრო გამოხატული სიმპტომატიკით, რაც უკავშირდება სისხლდენებს მენსტრუაციისა და მშობიარობის პერიოდში. ორი დიდი პროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემებით ფონ ვილენბრანდის დაავადების რბილი ფორმების სიხშირე საერთო პოპულაციაში 0.8-1.3%-ს შეადგენს (37,38).

ფონ ვილენბრანდის დაავადების მქონე მოზარდებში, მძიმე მენსტრუაციული სისხლდენა ხშირ ჩივილს წარმოადგენს (39). ეს შედეგად იძლევა ჰოსპიტალიზაციის, სისხლის პროდუქტების გამოყენების, სკოლის გაცდენების მაღალ სიხშირეს, რასაც ახლავს ცხოვრების ხარისხის გაუარესება.

მოზარდებში მენორაგიით კოაგულაციური დარღვევების სიხშირის და სამკურნალო სტრატეგიის შესახებ ლიტერატურული მონაცემები მეტად მწირია (40). ამასთან, თითოეულ შემთხვევაში აღნიშნული პათოლოგია მოითხოვს სპეციფიურ მკურნალობას.

კოაგულაციური დარღვევები შესაძლოა მეორადად იყოს განვითარებული ღვიძლის პათოლოგიების ფონზეც, რაზეც მიუთითებს სიყვითლე ან ჰეპატომეგალია. ამ შემთხვევაში საჭიროა ჩატარდეს ღვიძლის ფუნქციური და კოაგულაციური ტესტები.

## პორმონულ კონტრაცეპციასთან დაკავშირებული პათოლოგიური სისხლდენები საშვილოსნოდან

დაბალდოზიანი ორალური კონცენტრაცეპციული აბების მიღებისას შესაძლოა აღინიშნოს მენსტრუაციათაშორისი სისხლდენა. თუ პათოლოგიური სისხლდენა გრძელდება მათი გამოყენების პირველი სამი თვის შემდეგაც, უნდა დაინიშნოს ან უფრო მაღალდოზიანი აბები (თუ არის ხელმისაწვდომი) ან შეირჩეს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი. ორალური კონტრაცეპტივების მიღებისას თანმსვლები გონორეა და ქლამიდიოზი ხშირად იწვევს პათოლოგიურ სისხლდენას, ამდენად, მიზანშეწონილია ცერვიკალური კულტურების გამოკვლევა. იმის გათვალისწინებით, რომ მოზარდები ხშირად შეიძლება იყენებდნენ კოკ-ს არარეგულარულად (აბის/აბების გამოტოვება), რასაც ხშირად თან ახლავს უსისტემო სისხლიანი გამონადენი, ანამნეზის შეგროვებისას ყურადღება უნდა იყოს გამახვილებული ამ მომენტზე და შემდგომი ახსნა-განმარტებით მიღწეული იქნას აბების რეგულარული მიღება. თუ ეს ძნელად მიღწევადი პრობლემაა, საჭიროა შეირჩეს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი.

ჩვეულებრივ, მოზარდები კონტრაცეპციის იმ მეთოდებიდან, რომლებიც უკავშირდება პსს, უხშირესად იყენებენ კოკ-ს. თუმცა, რიგ შემთხვევებში ისინი შეიძლება იყენებდნენ სხვა მეთოდებსაც – განსაკუთრებით გულმავიწყი და არაკურატული მოზარდები, მოზარდები, რომელთაც აქვთ წინააღმდეგვებები კოკ-ის მიმართ, მეძუძური მოზარდები.

პაციენტებს სუფთა პროგესტინული კონტრაცეპტივების მოხმარებისას (დეპოპროვერა-დმპა, პროგესტინული აბები-პა, "მინი-პილი", კანქვეშა იმპლანტები) პერსისტირებული არარეგულარული სისხლდენებით შეიძლება დაენიშნოს 30 მკგ ეთინილესტრადიოლი, კოკ-ები ან ტრანსდერმალური ნატურალური ესტროგენები და/ან ასას კურსი. თუ პსს ეპიზოდი განმეორდა, ეს სქემა შეიძლება გამოყენებული იქნას განმეორებით.

პაციენტებში, რომლებიც იყენებენ სშს-ს, პსს შეიძლება იყოს ასოცირებული ენდომეტრიტთან. ცერვიქსიდან კულტურის აღების შემდგომ, პაციენტს საჭიროებისას შეიძლება დაენიშნოს სათანადო მკურნალობა პროცესის სიმძიმის მიხედვით. შესაძლოა განიხილოს სშს ამოღების მიზანშეწონილობაც. თუ ენდომეტრიტი არ დგინდება, პაციენტს სპილენძის შემცველი სშს-ით შეიძლება დაენიშნოს კოკ-ის ერთი ციკლი (თუ პაციენტი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს) ან 5 - 10მგ ნორეთისტერონი/ დღეში 7-10 დღის განმავლობაში ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების პარალელურ რეჟიმში. პროგესტინული სშს-ს შემთხვევაში (მირენა, პროგესტასერტი) ასევე ინიშნება 1 ციკლი 30 მკგ ეთინილესტრადიოლის შემცველი კოკ-ი. თუ პსს პერსისტირებს, საჭიროა სშს-ს ევაკუაცია და განიხილება კონტრაცეპციის ალტერნატიული მეთოდი.

## კლინიკური სიმპტომატიკა

### საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის სიმპტომები:

ჭარბი, ძლიერი ან საშუალო ინტენსივობის და/ან გახანგრძლივებული, ან ლაქოვანი, ან კონტაქტური სისხლდენა საშვილოსნოდან. თუ საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენისას განვითარდა ანემია აღინიშნება: ადვილად დაღლა, სისუსტე, სუნთქვის გაძნელება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, უძილობა, კონცენტრაციის დარღვევა, არითმია, ტინიტუსი (ხმაური ყურებში); მძიმე ანემიისას: ჰიპოვოლემია, შოკი.

დისფუნქციური სისხლდენები შესაძლოა იყოს ანოვულატორული, რომელიც ხასიათდება არარეგულარული არაპროგნოზირებადი სისხლდენებით, ასევე ოვულატორული. ეს უკანასკნელი ხასიათდება ჭარბი, ძლიერი, მაგრამ რეგულარული მენსტრუაციებით (მენორაგია). ანემიის განვითარების შემთხვევაში შესაძლოა აღინიშნოს თავბრუსხვევა, ზოგადი სისუსტე, ორთოსტატული ჰიპოტენზია.

### დაავადების ტიპები

პსს შესაძლოა გამოწვეული იყოს: საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებით; დისფუნქციური სისხლდენები, რომელიც ყველაზე ხშირია მოზარდებში და მისი დიაგნოზი დგინდება ყველა სხვა მიზეზის გამორიცხვის შემდგომ; კოაგულოპათიებით განპირობებული; იატროგენული.

### პსს გართულებები

ჰიპოვოლემია, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, სხვადასხვა სიმძიმის ანემია, შოკი და სიკვდილი.



# დიაგნოსტიკა

## დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ვინაიდან ნაშრომი ეხება პსს-ს არაორსულ მოზარდებში, დასაწყისშივე უნდა გამოირიცხოს სისხლდენის არასაშვილოსნოსმიერი მიზეზი (ურეთრალური, რექტალური, პერინეალური და ვაგინალური სისხლდენები) და ორსულობა (დანართი, სქემა №1). არასაშვილოსნოსმიერი სისხლდენისა და ორსულობის შემთხვევაში პაციენტი იგზავნება სპეციფიური მართვისათვის შესაბამის სპეციალისტთან. ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნას მოზარდობის ასაკობრივ-სომატური, ასევე ქვეყანაში არსებული კულტურულ-ტრადიციული თავისებურებები. ანამნეზის, გინეკოლოგიური გამოკვლევის (ბიმანუალური აბდომინო-ვაგინალური ან აბდომინო რექტალური – თუ პაციენტის საქალწულე აპკი მთელია) და ორსულობის ტესტის გამოყენებით უნდა გამოირიცხოს ორსულობა. ორსულობის ტესტი უნდა ჩატარდეს ყველა შემთხვევაში, ვინაიდან ორსულობისათვის დამახასიათებელი სუბიექტური ჩივილები ყოველთვის არ ვლინდება, ამასთან დაორსულება შეიძლება მოხდეს არარეგულარული მენსტრუაციების ფონზე, რომელიც მოზარდებში უფრო ხშირია. გინეკოლოგიური გამოკვლევა გესტაციის ადრეული ვადის ან შეწყვეტილი ორსულობის ფონზე შესაძლებელია იყოს არაინფორმაციული. ამ შემთხვევაში მნიშვნელობას იძენს ულტრაბგერითი კვლევა.

ანამნეზის შეკრებისას და გამოკვლევების ჩატარებისას (განსაკუთრებით მშობლების ან სხვა თანმხლები პირების თანდასწრებით), ამა თუ იმ სახის ჩივილის, სიმპტომის გამოვლინების ან ტესტის გამოყენებისას მიზანშეწონილია არ იყოს მითითებული, რომ ეს უკავშირდება ორსულობის დადგენას, იმის მიუხედავად არის თუ არა მოზარდი სქესობრივად აქტიური. ამით თავიდან იქნება აცილებული უხშირესად უსაფუძვლო ფსიქოლოგიური სტრესი. თუ ორსულობა დადასტურდა პაციენტთან კონფიდენციალურ გარემოში შეთანხმების შემდეგ, ოჯახური მდგომარეობის, ასაკის და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით განიხილება საკითხი პაციენტის მართვის შესახებ. (შესაძლოა თანმხლები პირის ჩარევით ან მის გარეშე).

**ფიზიკალური გამოკვლევით** დგინდება ძალადობის ნიშნები ან კოაგულოპათიებისათვის დამახასიათებელი სისხლჩაქცევები. ვინაიდან პსს შესაძლოა განვითარდეს ღვიძლის და თირკმლის დაავადებების გვიან სტადიებზე (სიყვითლე, თირკმლის უკმარისობის კლინიკური ნიშნები), როგორც მეორადად განვითარებული კოაგულოპათია, ეს ყოველთვის გათვალისწინებული უნდა იქნას და შეფასდეს სპეციალური ტესტებით.

**გინეკოლოგიური გამოკვლევით** საშვილოსნოს ტრავმის დადგენისას პაციენტი ასევე საჭიროებს მიმართვას სპეციალიზირებულ სტაციონარში.

მნიშვნელოვანია განისაზღვროს სისხლდენის ხასიათი: მწვავე, ძლიერი სისხლდენა, არარეგულარული სისხლდენა, მენორაგია (დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები სისხლდენის სახეების მიხედვით მოცემულია დანართში, სქემები: №2, 3, 6, 7, 8, 9, 10). პსს დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია ჩივილების, ანამნეზის და ობიექტური მონაცემების შეკრება და გაანალიზება.

აუცილებელია სისხლის სრული საერთო ანალიზის ჩატარება, თრომბოციტების რიცხვის განსაზღვრა, პირველი და საჭიროების შემთხვევაში მეორე ეტაპის კოაგულაციური ტესტების ჩატარება. მნიშვნელოვანია ანემიის ხარისხის გათვალისწინება; მცირე მენჯის ღრუს ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა; პოლიციტური საკვერცხეების სინდრომის შემთხვევაში ობიექტური დათვალიერებისას მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს ჰირსუტიზმის არსებობას

და მისი გამოხატვის ხარისხს; ჰორმონული გამოკვლევით საჭიროა განსაზღვროს, როგორც თორეოიდმასტიმულირებელი ჰორმონი, ასევე სხვა ჰორმონული სპექტრი.

**დიფერენციალური დიაგნოზი**

დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ტარდება პსს ტიპის დადგენის მიზნით. გამოსარიცხია: ორსულობა, სისხლდენის არასაშვილოსნოსმიერი მიზეზები (ურეთრიდან, საშოდან, შორისის მიდამოდან, სწორი ნაწლავიდან). შემდგომი დიფერენციალური დიაგნოსტიკა ემყარება პსს სხვა მიზეზების გამორიცხვას: საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებები, სისტემური დაავადებები, იატროგენული მიზეზები, დისფუნქციური სისხლდენები და ა.შ.

**სიმძიმის ხარისხი** – განისაზღვრება საფენის/ტამპონის მოხმარებით საათების მიხედვით, ასევე შემდეგი სიმპტომების არსებობით: ორთოსტატული ჰიპოტენზია და/ან პროფუზული აქტიური სისხლდენა და/ან ძლიერი სისხლდენა კოლტებით და ჰემოგლობინის მაჩვენებლის მიხედვით (მეტი ან ნაკლები 90 გ/ლ). (ცხრილი № 1, დანართი, ცხრილი № 5).

**ცხრილი №1 ანემიის სიმძიმის ხარისხი ჰემოგლობინის მაჩვენებლების მიხედვით 5 წ-ზე მეტი ასაკის ბავშვებისა და ქალებისთვის (WHO/UNICEF 1997წ)**

ანემიის სიმძიმის ხარისხი	ჰემოგლობინის დონე
მსუბუქი	90-120გ/ლ – 54 – 72 ერთ.
საშუალო	70-90 გ/ლ – 42 – 54 ერთ.
მძიმე	70 გ/ლ-ზე – < 42 ერთ.

**გამოკვლევის სქემა**

პსს შემთხვევაში გამოკვლევა იწყება სისხლდენის ხასიათის განსაზღვრისთანავე. დაწვრილებით იხილეთ დანართი, სქემები: № 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

## მკურნალობის პრინციპები

პსს-ით პაციენტის პირველადი შეფასება იწვება სისხლდენის ზოგადი ნიშნების შეფასებით. თუ სასიცოცხლო მაჩვენებლები მიაღწევენ ჰიპოვოლემიაზე ან აღინიშნება შოკი, მაშინვე უნდა იყოს მიღებული ზომები პაციენტის სტაბილიზაციისათვის (გადასვლა პირდაპირ მწვავე, ძლიერი სისხლდენის მართვაზე - დანართი, სქემა №2), თუ ასეთი არ აღინიშნება, ისაზღვრება პსს სახეები, სქემა №1-ის მიხედვით. ანამნეზის მიხედვით დასაწყისშივე ხდება პაციენტის კატეგორიზაცია სისხლდენის მახასიათებლების მიხედვით (ცხრილი № 5).

### საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის მართვა

(ექიმთა სპეციალობის და სამედიცინო დაწესებულების დონის მიხედვით)

#### პირველ 4 საათში

საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენისას პაციენტებში პირველ რიგში ფასდება სასიცოცხლო მაჩვენებლები (არტერიული წნევა, პულსი) და ჰემოგლობინი. ასევე მნიშვნელოვანია სისხლდენის ინტენსივობის შეფასება (საფენების/ტამპონების რაოდენობის მიხედვით). (დანართი, სქემა №1). თუ სახეზეა ჰიპოვოლემია და ძლიერი ინტენსიური სისხლდენა ჰემოგლობინის მაჩვენებლების მიხედვით მაშინვე წყდება საკითხი პაციენტის გადაყვანის შესახებ სტაციონარში ან ამბულატორიაში. აუცილებელია ორსულობის გამორიცხვა. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს სისხლდენის ხასიათი: მწვავე, ძლიერი სისხლდენა, არარეგულარული სისხლდენა, მენორაგია (დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები სისხლდენის სახეების მიხედვით დანართი, სქემები: №2,3,7,8,9,10). პსს დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია ჩივილების, ანამნეზური მონაცემების და ობიექტური მონაცემების შეკრება და გაანალიზება.

აუცილებელია სისხლის სრული საერთო ანალიზის ჩატარება, თრომბოციტების რიცხვის განსაზღვრა, პირველი ეტაპის კოაგულაციური ტესტების ჩატარება. კლინიკის შესაძლებლობიდან გამომდინარე თუ პირველი ეტაპის კოაგულაციური ტესტების შედეგები მიღებული იქნა პირველ 4 საათში და დადგენილი იქნა ცვლილებები, დაუყოვნებლივ უნდა ჩატარდეს მეორე ეტაპის კოაგულაციური ტესტები (ფონ ვილენბრანდის ფაქტორის ანტიგენის, VIII და XI ფაქტორების ანტიგენების, რისტოცეტინის C ფაქტორის და თრომბოციტების აგრეგაციის დადგენა) და ჰემატოლოგის კონსულტაცია. მნიშვნელოვანია ანემიის ხარისხის გათვალისწინება; მცირე მენჯის ღრუს ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა (არსებული სამსახურის შესაძლებლობისა და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით).

## ლაბორატორიული სკრინინგი მწვავე მენორაგიისას

### □ საწყისი/პირველადი სკრინინგი

- ✓ სისხლის საერთო ანალიზი; ტესტი ქორიოგონადოტროპულ ჰორმონზე
- ✓ თრომბოციტების ფუნქციური ანალიზი (თფა)
- ✓ ფიბრინოგენის კონცენტრაციის განსაზღვრა
- ✓ სისხლდენის მიზეზის დადგენა
  - პროთრომბინის დრო
  - აქტივირებული ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო

### □ მეორადი სკრინინგი\*

- ✓ ფონ ვილენბრანდის ფაქტორის ანტიგენი
- ✓ VIII ფაქტორის აქტივობა
- ✓ XI ფაქტორის ანტიგენი
- ✓ რისტოცეტინის C ფაქტორი
- ✓ თრომბოციტების აგრეგაციის გამოკვლევა

*\*ჩვენებები მეორადი სკრინინგისთვის: მწვავე ან პროლონგირებული სისხლდენა, მენორაგია მენარქესას, ცვლილებები პირველად ტესტში*

ანამნეზის შეკრებისას და გამოკვლევების ჩატარებისას (განსაკუთრებით მშობლების ან სხვა თანმხლები პირების თანდასწრებით), მიზანშეწონილია ამა თუ იმ სახის ჩივილის, სიმპტომის გამოვლინებისას ან ტესტის გამოყენებისას მიზანშეწონილია არ იყოს მითითებული, რომ ეს უკავშირდება ორსულობის დადგენას, იმის მიუხედავად არის თუ არა მოზარდი სქესობრივად აქტიური. ამით თავიდან იქნება აცილებული უხშირესად უსაფუძვლო ფსიქოლოგიური სტრესი. თუ ორსულობა დადასტურდა პაციენტთან კონფიდენციალურ გარემოში შეთანხმების შემდეგ, ოჯახური მდგომარეობის, ასაკის და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით განიხილება საკითხი პაციენტის მართვის შესახებ (შესაძლოა მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ჩარევით ან მის გარეშე).

**ფიზიკალური გამოკვლევით** დგინდება ძალადობის ნიშნები ან კოაგულოპათიებისათვის დამახასიათებელი სისხლჩაქცევები. ვინაიდან პსს შესაძლოა განვითარდეს ღვიძლის და თირკმლის დაავადებების გვიან სტადიებზე, როგორც მეორადად განვითარებული კოაგულოპათია, ეს ყოველთვის გათვალისწინებული უნდა იქნას და შეფასდეს სპეციალური ტესტებით. (სიყვითლე, თირკმლის უკმარისობის კლინიკური ნიშნები).

**გინეკოლოგიური გამოკვლევით** საშვილოსნოს ტრავმის დადგენისას პაციენტი ასევე საჭიროებს მიმართვას სპეციალიზირებულ სტაციონარში.

## მწვავე, ძლიერი სისხლდენა

მწვავე, ძლიერი სისხლდენა არაორსულ პაციენტებში ჩვეულებრივ ვითარდება ძირითადად სამი დიაგნოზის შემთხვევაში: მოზარდებში თანდაყოლილი კოაგულოპათიებით (უხშირესად ფონ ვილენბრანდის დაავადება), მოზარდობაში სუბმუკოზური მიომით ან ანტიკოაგულანტების მიღების ფონზე, თუმცა გამონაკლისის სახით ეს პათოლოგიები შეიძლება მოზარდებშიც შეგვხვდეს.

საწყისი მენეჯმენტი მწვავე სისხლდენებისას მიმართულია ჰემოდინამიკური სტაბილურობის მიღწევისკენ (დანართი, სქემა №2). ამიტომ პირველ რიგში ისაზღვრება შესაბამისი მაჩვენებლები – არტერიული წნევა, პულსის სიხშირე. ანამნეზის დეტალიზაციითა და საფენ/ტამპონის შემოწმებით ისაზღვრება სისხლდენის ინტენსივობა, კოლტების არსებობა. დგინდება ჰემოგლობინის



მაჩვენებელი და წყდება საკითხი იმის შესახებ, თუ სად უნდა ჩატარდეს პაციენტის შემდგომი მართვა სტაციონარში თუ ამბულატორიაში.

### **არარეგულარული სისხლდენები**

არარეგულარული სისხლდენები ჰეტეროგენური კატეგორიაა და მოიცავს მეტრორაგიას, მენომეტრორაგიას, ოლიგომენორეას, პროლონგირებულ სისხლდენას, რომელიც შეიძლება გრძელდებოდეს კვირეები და თვეები და სხვა არარეგულარულ სახეს. ამდენად, ანამნეზით პირველ რიგში დგინდება არარეგულარული სისხლდენის სახე (დანართი, სქემა №6) და შეფასების საფუძველზე ისაზღვრება ექიმის შემდგომი ტაქტიკა.

არარეგულარული სისხლდენის ისეთი სახეებისას, როგორცაა მეტრორაგია, მენომეტრორაგია და ოლიგომენორეა მართვის საწყისი ეტაპი გულისხმობს გულდასმით შეფასებას (დანართი, სქემა №8) და ძლიერი სისხლდენისას პირველ 4 საათში ტარდება სისხლის სრული საერთო ანალიზი, თრომბოციტების რიცხვის განსაზღვრა, პირველი ეტაპის კოაგულაციური ტესტები.

### **მენორაგია**

მენორაგია მოზარდებში ძირითადად განპირობებულია თანდაყოლილი კოაგულოპათიებით, უხშირესად ფონ-ვილფრანდის დაავადებით, მოზრდილ ქალებში კი უფრო ხშირია საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებებით (მიომა, პოლიპი, ადენომიოზი). ენდომეტრიუმის კიბოსთვის მენორაგია არ არის დამახასიათებელი.

თუ პაციენტს ვიზიტის მომენტში აღენიშნება მწვავე, ძლიერი სისხლდენა, მართვა ხდება სქემა №2 და №3-ის მიხედვით. პაციენტის ანამნეზში მნიშვნელოვანია ჰქონდა თუ არა მენარხე მენორაგიით და/ან გახანგრძლივებული, ძლიერი მენსტრუაციული სისხლდენები და/ან ძლიერი სისხლდენა კოლტებით და/ან სისხლჩაქცევები უმნიშვნელო ტრავმებისას და/ან ჭარბი მენსტრუაციების ფონზე განვითარებული ანემია. პაციენტს უტარდება სისხლის სრული საერთო ანალიზი და კოაგულაციური ტესტების პირველი ეტაპის გამოკვლევები. კოაგულაციური დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მართვაში ხდება ჰემატოლოგის ჩართვა (დანართი, სქემა №5).

### **საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის მართვა კოაგულაციის თანდაყოლილი დარღვევებისას**

- ფაქტორით ჩანაცვლებითი თერაპია
- ინტრანაზალურად დესმოპრესინის აცეტატის გამოყენება
- ანტიფიბრინოლიზური საშუალებები
- ორალური კონტრაცეპტივები
- ლევონორგესტრელის შემცველი სშს (მირენა)

## ქმედითი რეკომენდაციები ოჯახის ექიმებისათვის

საშვილოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენისას პაციენტებში პირველ რიგში ფასდება სასიცოცხლო მაჩვენებლები (არტერიული წნევა, პულსი) და ჰემოგლობინი. ასევე მნიშვნელოვანია სისხლდენის ინტენსივობის შეფასება (საფენების/ტამპონების რაოდენობის მიხედვით). შემდგომი შეფასება დანართი, სქემა №1-ის მიხედვით, თუ სახეზეა ჰიპოვოლემია და ძლიერი ინტენსიური სისხლდენა, ჰემოგლობინის მაჩვენებლების მიხედვით მაშინვე წყდება საკითხი პაციენტის გადაყვანის შესახებ სტაციონარში ან ამბულატორიაში.

ოჯახის ექიმს შეუძლია:

➤ ანამნეზით:

- ✓ დაადგინოს სისხლდენის ინტენსივობა (გამოყენებული საფენის/ტამპონის რაოდენობის მიხედვით, ასევე არის თუ არა სისხლდენა კოლტებით) (დანართი, ცხრილი № 5);
- ✓ დაადგინოს მენსტრუაციული ასაკი (რამდენი წელია გასული მენარხედან);
- ✓ შეაფასოს ორსულობის სუბიექტური ნიშნები;
- ✓ დაადგინოს ინფორმაცია მენსტრუაციული ფუნქციის შესახებ;
- ✓ დაადგინოს, დაიწყო თუ არა სისხლდენა რეგულარული მენსტრუაციების შემდეგ, ჰქონდა თუ არა მენარხე ძლიერი სისხლდენით, მენსტრუაციები ჭარბი ინტენსივობის გამონადენით;
- ✓ აღინიშნება თუ არა სისხლჩაქცევები მცირე ტრავმებისას;
- ✓ აქვს თუ არა დადგენილი რაიმე სისტემური დაავადება;
- ✓ ღებულობს თუ არა რაიმე მედიკამენტს, მათ შორის ანტიკოაგულანტებს, ორალურ კონტრაცეპტივებს;
- ✓ იყენებს თუ არა სხვა კონტრაცეპციულ საშუალებებს;
- ✓ ჰქონდა თუ არა ადგილი ძალადობას.

➤ ზოგადი ფიზიკალური გამოკვლევით დაადგინოს:

- ✓ არტერიული წნევა
- ✓ პულსი
- ✓ კოლტების არსებობა საფენზე
- ✓ სისხლჩაქცევები სხეულზე
- ✓ ძალადობის ნიშნები სხეულზე (სისხლჩაქცევები, ექსკორიაციები და სხვა)
- ✓ გამორიცხოს სისხლდენის არასაშვილოსნოსმიერი მიზეზები (რექტალური სისხლდენა, სისხლდენა ურეთრიდან და შორისიდან)

➤ ჩაატაროს ლაბორატორიული გამოკვლევა:

- ✓ ჰემოგლობინის მაჩვენებლის განსაზღვრა
- ✓ ორსულობის ტესტის ჩატარება

- მწვავე, ძლიერი სისხლდენისას სასიცოცხლო მაჩვენებლების (არტერიული წნევა, პულსი), სისხლდენის ინტენსივობის (გამოყენებული საფენ/ტამპონების რაოდენობა საათების მიხედვით, პროფუზული სისხლდენა კოლტებით ან მათ გარეშე), ჰემოგლობინის მაჩვენებლების (მეტი ან ნაკლები 90 გ/ლ-ზე) მიხედვით შეფასების შემდეგ (დანართი, სქემები №2,3) ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას, თუ

რომელ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში უნდა ჩატარდეს პაციენტის მართვა. ზემოაღნიშნულის საფუძველზე პაციენტი გადაყვანილი უნდა იქნეს სასწრაფოდ სპეციალიზირებულ ან მრავალპროფილურ სტაციონარში, ან გაგზავნილი იქნეს სამკურნალოდ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში ამბულატორიული მართვისათვის (შეფასება და მკურნალობა);

- მწვავე, ძლიერი სისხლდენის დიაგნოზის დადგენისთანავე დროის მოგების მიზნით სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში გადაყვანამდე მაშინვე მიეცეს 1 აბი კოკი (30 მკგ ევლნგ შემცველი პროგესტინი) (დანართი, ცხრილი № 10 და №11);
- არარეგულარული სისხლდენების და მენორაგიების შემთხვევებში პაციენტი იგზავნება ექიმ-სპეციალისტთან (რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი)
- კონტრაცეპციული საშუალებების გამოყენების ფონზე გამოვლენილი სისხლდენების (სისხლდენის ინტენსივობის გათვალისწინებით) შემთხვევაში ოჯახის ექიმს შეუძლია მისცეს შესაბამისი რეკომენდაციები ცხრილი №2, 3, 4 - ის მიხედვით.

## **პირველ 24 საათში**

ობიექტური დათვალიერებისას მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს ენდოკრინოპათიებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური მარკერების განსაზღვრას და მისი გამოხატვის ხარისხს (სმი, გაცხიმოვნების ხარისხი და ხასიათი, ჰირსუტიზმი, აკნე, გაცხიმოვნება და სხვა).

ჰორმონული ჰემოსტაზის პირველი ორი დღის არაეფექტურობის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ულტრასონოგრაფიული კვლევა და ანატომიური მიზეზების გამორიცხვა (კლინიკის კატეგორიიდან გამომდინარე უფრო მაღალი რანგის კვლევები და სამკურნალო ღონისძიებები: ტვუ და ჰისტეროსკოპია), ხოლო პირველი ეტაპის კოაგულაციური ტესტში დადგენილი ცვლილებებისას - მეორე ეტაპის კოაგულაციური ტესტები და ჰემატოლოგის კონსულტაცია.

### **არარეგულარული სისხლდენები**

ულტრასონოგრაფიით გამოირიცხება არარეგულარული სისხლდენის ანატომიური მიზეზები, რომლებიც მოხარდებში იშვიათია, მაგრამ შესაძლოა არსებობდეს. არარეგულარული სისხლდენა დამახასიათებელია ისეთი სტრუქტურული პათოლოგიებისათვის როგორცაა პოლიპი, საშვილოსნოს მიომა, ადენომიოზი, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და კიბო. თუმცა ენდომეტრიუმის კიბოს რისკი იზრდება ასაკთან ერთად, მაგრამ ითვლება, რომ მისი რისკი მომატებულია იმ ახალგაზრდა პაციენტებშიც, რომელთაც აღენიშნება ხანგრძლივი ოლიგომენორეა. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება გინეკოლოგიური გასინჯვით და ულტრასონოგრაფიით (დანართი, სქემა №4).

თუ ულტრასონოგრაფიით სისხლდენის ანატომიური მიზეზი გამოირიცხა, მაშინ არარეგულარული სისხლდენების შეფასება ხდება ანამნეზის და ფიზიკალური გამოკვლევის საფუძველზე. თუ გინეკოლოგიური გამოკვლევით

საშვილოსნო რბილია, ქრონიკული ენდომეტრიტის გამოკვლევის მიზნით საჭიროა ჩატარდეს გამოკვლევა გონორეასა და ქლამიდიოზზე, დადებითი პასუხის შემთხვევაში კი ჩატარდეს შესაბამისი მკურნალობა. თუ ანამნეზით დადგინდა, რომ პაციენტი ღებულობდა ანტიკოაგულანტებს ან სხვა პრეპარატებს, რომელთაც შეეძლოთ გამოეწვიათ სისხლდენა, ასევე ღვიძლის ან თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში, პაციენტებს უტარდებათ სპეციფიური მართვა.

თუ ულტრასონოგრაფიით ანატომიური მიზეზი არ დადგინდა, ყველა შემთხვევაში საჭიროა თირეომასტიმულირებელი ჰორმონის და პროლაქტინის გამოკვლევა და ანალიზის შედეგების ცვლილებების გათვალისწინებით რეფერალი ენდოკრინოლოგთან ან რეპროდუქტოლოგთან. ჰიპერანდროგენიის შემთხვევაში საჭიროა პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის და საკვერცხის და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის გამორიცხვა. პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში პაციენტი იგზავნება რეპროდუქტოლოგთან ან გინეკოლოგთან. ჰორმონმაპროდუცირებელი სიმსივნეების შემთხვევაში შემდგომი მართვისათვის პაციენტი იგზავნება ონკოლოგთან.

პაციენტების მართვა (დანართი, სქემები 6,7,8,9,10) დისფუნქციური სისხლდენებით ხორციელდება პირველ რიგში იმის გათვალისწინებით, აქვს თუ არა მოზარდს ვიზიტის მომენტში სისხლდენა. ყველა შემთხვევაში პარალელურად უნდა ჩატარდეს ძირითადი დაავადების ეტიოლოგიური მკურნალობა.

## მენორაგია

კოაგულაციური დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მართვაში ხდება ჰემატოლოგის ჩართვა.

### პირველ 3 დღეში

**ჰორმონული გამოკვლევა:** თირეომასტიმულირებელი ჰორმონის განსაზღვრა, ხოლო ჩვენების მიხედვით მენსტრუაციული ციკლის დღეების გათვალისწინებით სხვა ჰორმონული პარამეტრების დადგენა. რეფერალი ენდოკრინოლოგთან ან რეპროდუქტოლოგთან. ჰიპერანდროგენიის შემთხვევაში საჭიროა პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის და საკვერცხის და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის გამორიცხვა. პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში პაციენტი იგზავნება რეპროდუქტოლოგთან ან გინეკოლოგთან. ჰორმონმაპროდუცირებელი სიმსივნეების შემთხვევაში შემდგომი მართვისათვის პაციენტი იგზავნება ონკოლოგთან.

მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდებში საშვილოსნოს ანატომიური ცვლილებებით (სუბმუკოზური მიომა) განპირობებული მწვავე, ძლიერი სისხლდენა ჩვეულებრივ არ გვხვდება, კოაგულოპათიების გამორიცხვის შემდეგ, ულტრასონოგრაფიით საეჭვო მონაცემების მიღების ან ჰორმონალური ჰემოსტაზის არაეფექტურობის შემთხვევაში საჭიროა დიაგნოზის დაზუსტება ტვუ-ით და შესაძლებლობის შემთხვევაში ჰისტეროსკოპიის გამოყენებით.

კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური (PAP-ტესტი) გამოკვლევით ზუსტდება დიაგნოზი, ტარდება გამოკვლევები ინფექციებზე.



## სტაციონარული მართვა

თუ აღინიშნება ერთზე მეტი საფენის/ტამპონის მოხმარება 1 საათში და/ან, ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ნაკლებია 90 გ/ლ და/ან ორთოსტატული ჰიპოტონია და/ან პროფუზული აქტიური სისხლდენა და/ან ძლიერი სისხლდენა კოლტებით, პაციენტის შემდგომი მეტვალყურეობა ხორციელდება ჰოსპიტალის პირობებში. პაციენტს ეძლევა კოკ-ი, თუ  $Hb > 70$  გ/ლ, ასევე იწყება სისხლის კომპონენტების გადასხმა (ერთროციტარული მასა და ახლადგაყინული პლაზმა); ჰიპოვოლემიის შემთხვევაში საჭიროა სითხეების გადასხმა. სიტუაციის ურგენტულობის გათვალისწინებით ანამნეზის შეგროვება გრძელდება ინტენსიური ღონისძიებების განხორციელების პარალელურად, ამავე პერიოდში შეიძლება ფიზიკალური გამოკვლევის ჩატარებაც. იმის გათვალისწინებით, რომ მოზარდებში მწვავე, ძლიერი სისხლდენა (განსაკუთრებით მენარხეს დროს) უხშირესად ვითარდება თანდაყოლილი კოაგულოპათიების ფონზე, სისხლის სრული საერთო ანალიზისა და კოაგულაციური ტესტების ჩატარება უნდა მოხდეს ჰემოსტაზის დაწყებისთანავე, ვინაიდან კოაგულოპათიების შემთხვევაში უეფექტო მკურნალობის და დილატაცია/კიურეტაჟის თავიდან აცილება შესაძლებელი გახდება ჰემატოლოგიური მკურნალობის დროულად ჩართვის შემთხვევაში. დასაწყისში ხდება პირველი ეტაპის ტესტების ჩატარება: სისხლის საერთო ანალიზი, ტესტი ქორიოგონადოტროპულ ჰორმონზე, თრომბოციტების ფუნქციური ანალიზი, ფიბრინოგენის განსაზღვრა და სისხლდენის მიზეზების დადგენა პროთრომბინის და აქტივირებული ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დროის შეფასებით.

ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენეს კოკ-ის უმჯობესი ეფექტი მოზარდ პაციენტებში მძიმე პოსტჰემორაგიული ანემიით, ნატურალურ ინტრავენურ ესტროგენებთან შედარებით (პრემარინი), რომელიც გარდა იმისა, რომ არ არის რეგისტრირებული საქართველოში, ზრდის თრომბოემბოლიური გართულებების რისკს. ამდენად, კოკ-ით ჰემოსტაზის ჩატარება მოზარდებში ყველაზე მისაღები მეთოდია.

უნდა აღინიშნოს, რომ თუ კოკ-ის პირველ ორ დოზაზე სისხლდენის ინტენსივობა არ შემცირდა ან სისხლდენა გაძლიერდა, მიზეზების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს დილატაცია-კიურეტაჟის ჩატარების მიზანშეწონილობის განხილვა.

ვინაიდან, ზემოთმოყვანილი სქემის გამოყენებისას ხშირია დებინება, ამდენად პროფესორ ჯენარა ქრისტესაშვილის მიერ მოწოდებულია მცირედ განსხვავებული მართვის სქემა, რომლის გამოყენების დროსაც მიიღწევა მსგავსი კლინიკური ეფექტი, ნაკლებად გამოხატული გვერდითი ეფექტების ფონზე (დებინება).

თუ კოაგულაციური ტესტები ნორმაშია, მაშინ საფიქრებელია ანატომიური მიზეზების არსებობა და ამგვარი პაციენტების შემდგომი მართვა კონკრეტული მიზეზების მიხედვით ხდება (დანართი, სქემა №4, ცხრილი №6). კოაგულაციური ტესტების ცვლილებების შემთხვევაში, პაციენტის მართვაში ხდება ჰემატოლოგის ჩართვა. კოაგულაციური დარღვევების მიზეზების დაზუსტება კი ხდება სპეციალური, მეორე ეტაპის ტესტებით: ფონ ვილბერანდის ფაქტორის ანტიგენის, VIII და XI ფაქტორების ანტიგენების, რისტოცეტინის C ფაქტორის და თრომბოციტების აგრეგაციის დადგენა. პარალელურად მიმდინარეობს ჰემოსტაზის

გაგრძელება 30 მკგ ეთინილესტრადიოლის შემცველი კოკ-ით, შემდეგი სქემით: 1 აბი 4-ჯერ დღეში სისხლდენის სრულ შეწყვეტამდე, შემდეგ 1 აბი 3-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში, 1 აბი 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში, 1 აბი 1 –ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში (დანართი, ცხრილები № 10, 11, 12), ღებინების შემთხვევაში საჭირო ხდება ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებების მიღება. ჰემოგლობინის და რკინის მაჩვენებლების სრულ აღდგენამდე პერორალურად ინიშნება რკინის პრეპარატები. კოკ-ის წინააღმდეგჩვენებებს მოზარდებში წარმოადგენს:

- ანამნეზში თრომბოემბოლია ან ინსულტი (იშვიათია მოზარდებში);
- ესტროგენდამოკიდებული სიმსივნე (იშვიათია მოზარდებში);
- ღვიძლის აქტიური/მწვავე დაავადებები;
- ორსულობა;
- ჰიპერტრიგლიცერიდემია (იშვიათია მოზარდებში).

მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდებში საშვილოსნოს ანატომიური ცვლილებებით (სუბმუკოზური მიომა) განპირობებული მწვავე, ძლიერი სისხლდენა ჩვეულებრივ არ გვხვდება, კოაგულოპათიების გამორიცხვის შემდეგ, ულტრასონოგრაფიით საეჭვო მონაცემების მიღების ან ჰორმონალური ჰემოსტაზის არაეფექტურობის შემთხვევაში საჭიროა დიაგნოზის დაზუსტება ტვუ-ით და შესაძლებლობის შემთხვევაში ჰისტეროსკოპიის გამოყენებით. თუ დადასტურდა სუბმუკოზური მიომის არსებობა შესაძლებლობის ფარგლებში ტარდება რეპროდუქციული პოტენციალის შენარჩუნების მიზნით მაქსიმალურად დამზოგავი ჩარევა. ჰისტერექტომია მოზარდებში ასეთ შემთხვევებში მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენებით ხორციელდება.

### **არარეგულარული სისხლდენები**

არარეგულარული სისხლდენები ჰეტეროგენური კატეგორიაა და მოიცავს მეტრორაგიას, მენომეტრორაგიას, ოლიგომენორეას, პროლონგირებულ სისხლდენას, რომელიც შეიძლება გრძელდებოდეს კვირეები და თვეები და სხვა. ამდენად, ანამნეზით პირველ რიგში დგინდება არარეგულარული სისხლდენის სახე (დანართი, სქემა №6) და შეფასების საფუძველზე ისაზღვრება ექიმის შემდგომი ტაქტიკა.

### **არარეგულარული სისხლდენების მცირე ვარიაციების მართვა**

არარეგულარული მენსტრუაციები შენარჩუნდნენ 2 წლამდე პერიოდში, თუ მას თან არ ახლავს რაიმე მნიშვნელოვანი გადახრა (ჭარბი ან გახანგრძლივებული მენსტრუაციები გადაცდენის ფონზე ან ანდროგენიზაციის კლინიკური სიმპტომების ან ფერადი სტრუქტურის გაჩენა სხეულზე) არ მოითხოვს მკურნალობას, ვინაიდან ეს ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების ღერძის უმწიფრობის შედეგია. ასეთ შემთხვევებში პაციენტს ეძლევა რჩევა აწარმოოს მენსტრუაციული კალენდარი და მიიღოს მულტივიტამინები. თუმცა თუ ეს პაციენტს აწუხებს შეიძლება კოკ-ის ან პროგესტინის გამოყენება (დანართი, ცხრილები №10, 11, 12 ).

სისხლიანი, ლაქოვანი გამონადენი მენსტრუაციამდე არაუმეტეს 7 დღისა - არ მოითხოვს მკურნალობას.

სისხლიანი, ლაქოვანი გამონადენი მენსტრუაციის შემდეგ რამოდენიმე დღის განმავლობაში – განსაკუთრებით თუ მას ახლავს სასქესო ინფექციებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკა (ტკივილი მენჯის არეში, ჭარბი გამონადენი საშოდან და სხვა) საექვო ენდომეტრიტზე და საჭიროებს გამოკვლევას.

სისხლიანი ლაქოვანი გამონადენი მენსტრუაციული ციკლის შუა პერიოდში – ოვულაციის სავარაუდო დღეებში – არ მოითხოვს მკურნალობას, ვინაიდან ის ამ პერიოდში ესტროგენების დონის ფიზიოლოგიური დაქვეითების შედეგია (დანართი, სქემა №7).

არარეგულარი ციკლი სტრესის ფონზე მოითხოვს სპეციფიურ, სტრესთან ასოცირებულ მართვასა და მკურნალობას.

საშვილოსნოდან კონტაქტური, პოსტკოიტალური სისხლდენისას გინეკოლოგიური გამოკვლევით პირველადად დგინდება მიზეზი (საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, პოლიპი, კონდილომა, ეროზია, ენდოცერვიციტი). შემდეგ პაპ-ტესტის შესაძლებლობისას კოლპოსკოპიური და ციტოლოგიური გამოკვლევით ზუსტდება დიაგნოზი, ტარდება გამოკვლევები ინფექციებზე და ხორციელდება შესაბამისი მართვა. ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნას მოზარდ პაციენტებში დამზოგავი სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რომელიც არ გამოიწვევს საშვილოსნოს ყელის დეფორმაციას.

არარეგულარი სისხლდენის ისეთი სახეებისას, როგორცაა მეტრორაგია, მენომეტრორაგია და ოლიგომენორეა მართვის საწყისი ეტაპი გულისხმობს გულდასმით შეფასებას (დანართი, სქემა №8).

ულტრასონოგრაფიით გამოირიცხება არარეგულარი სისხლდენის ანატომიური მიზეზები, რომლებიც მოზარდებში იშვიათია, მაგრამ შესაძლოა არსებობდეს. არარეგულარი სისხლდენა დამახასიათებელია ისეთი სტრუქტურული პათოლოგიებისათვის როგორცაა პოლიპი, საშვილოსნოს მიომა, ადენომიოზი, ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია და კიბო. თუმცა ენდომეტრიუმის კიბოს რისკი იზრდება ასაკთან ერთად, მაგრამ ითვლება, რომ მისი რისკი მომატებულია იმ ახალგაზრდა პაციენტებშიც, რომელთაც აღენიშნება ხანგრძლივი ოლიგომენორეა. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება გინეკოლოგიური გასინჯვით და ულტრასონოგრაფიით (დანართი, სქემა №4).

თუ ულტრასონოგრაფიით სისხლდენის ანატომიური მიზეზი გამოირიცხა, მაშინ არარეგულარი სისხლდენების შეფასება ხდება ანამნეზის და ფიზიკალური გამოკვლევის საფუძველზე. თუ გინეკოლოგიური გამოკვლევით საშვილოსნო რბილია, ქრონიკული ენდომეტრიტის გამოკვლევის მიზნით საჭიროა ჩატარდეს გამოკვლევა გონორეასა და ქლამიდიოზზე, დადებითი პასუხის შემთხვევაში კი ჩატარდეს შესაბამისი მკურნალობა. თუ ანამნეზით დადგინდა, რომ პაციენტი ღებულობდა ანტიკოაგულანტებს ან სხვა პრეპარატებს, რომელთაც შეეძლოთ გამოეწვიათ სისხლდენა, ასევე ღვიძლის ან თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში, პაციენტებს უტარდებათ სპეციფიური მართვა.

თუ ულტრასონოგრაფიით ანატომიური მიზეზი არ დადგინდა, ყველა შემთხვევაში საჭიროა თირეომასტიმულირებელი ჰორმონის და საჭიროებისას სხვა ჰორმონული სპექტრის გამოკვლევა და ანალიზის შედეგების ცვლილებების გათვალისწინებით რეფერალი ენდოკრინოლოგთან ან რეპროდუქტოლოგთან. ჰიპერანდროგენიის შემთხვევაში საჭიროა პოლიცისტური საკვერცხეების სინდრომის და საკვერცხის და თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნის გამორიცხვა.

პოლიციისტური საკვერცხეების სინდრომის დიაგნოსტიკების შემთხვევაში პაციენტი იგზავნება რეპროდუქტოლოგთან ან გინეკოლოგთან. ჰორმონმაპროდუცირებელი სიმსივნეების შემთხვევაში შემდგომი მართვისათვის პაციენტი იგზავნება ონკოლოგთან.

იატროგენური და ინფექციური მიზეზების, არარეპროდუქციული სისტემური დაავადებების დადგენის შემთხვევაში სპეციფიკურ მიზნობრივ მართვასთან ერთად აღნიშნულ პაციენტებს საჭიროების მიხედვით უტარდებათ ჰორმონული მკურნალობა (ჰემოსტაზი ან პროფილაქტიკა) ძირითადი დაავადებიდან გამომდინარე ჰორმონული პრეპარატების რისკის და სარგებლის გათვალისწინებით.

**ზემოაღნიშნული მიზეზების გამორიცხვის შემდეგ ისმება დისფუნქციური სისხლდენების დიაგნოზი.**

პაციენტების მართვა (დანართი, სქემა №9) დისფუნქციური სისხლდენებით ხორციელდება პირველ რიგში იმის გათვალისწინებით, აქვს თუ არა მოზარდს ვიზიტის მომენტში სისხლდენა. ყველა შემთხვევაში პარალელურად უნდა ჩატარდეს ძირითადი დაავადების ეტიოლოგიური მკურნალობა.

თუ პაციენტს ვიზიტის მომენტში არ აღენიშნება სისხლდენა, მენსტრუაციების დარეგულირების და შემდგომში სისხლდენის პროფილაქტიკის მიზნით ენიშნება კოკ-ი ან პროგესტინები (ენდომეტრიუმის სისქის გათვალისწინებით) (დანართი, სქემა №9; დანართი, ცხრილები №10, 11, 12). აქვე განმეორებით გვინდა აღვნიშნოთ, რომ მოზარდებში კოკ-ის წინააღმდეგჩვენებები მინიმალურია.

თუ არარეგულარული დისფუნქციური სისხლდენებისას, პაციენტს ვიზიტის მომენტისთვის აღენიშნება სისხლდენა, ძირითადი მიზეზის მკურნალობასთან ერთად უტარდება ჰორმონული ჰემოსტაზი სისხლდენის ინტენსივობის და ანემიის ხარისხის გათვალისწინებით, შემდგომში სისხლდენის პროფილაქტიკით.

გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ თუ ჰემოსტაზის მისაღებად მიზანშეწონილია დაბალდოზიანი (30 მკგ ეთინილესტრადიოლი) და ლევონორგესტრელშემცველი კოკ-ის ან ნორეთისტერონის გამოყენება, ძლიერი პროგესტაგენური ეფექტის გათვალისწინებით, მოზარდებში სისხლდენის პროფილაქტიკის მიზნით უპირატესობა შეიძლება მიენიჭოს პროგესტერონის ნატურალურ ანალოგებს. პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებულ კოკ-შიც არ არის აუცილებელი ლევონორგესტრელის შემცველობა (დანართი, ცხრილი №7).

## **მენორაგია**

მენორაგია მოზარდებში ძირითადად განპირობებულია თანდაყოლილი კოაგულოპათიებით, უხშირესად ფონ-ვილერანდის დაავადებით, მოზარდულ ქალებში კი უფრო ხშირია საშვილოსნოს ანატომიური დაზიანებებით (მიომა, პოლიპი, ადენომიოზი). ენდომეტრიუმის კიბოსთვის მენორაგია არ არის დამახასიათებელი.

თუ პაციენტს ვიზიტის მომენტში აღენიშნება მწვავე, ძლიერი სისხლდენა, მართვა ხდება სქემა №2 და №3-ის მიხედვით. პაციენტის ანამნეზში მნიშვნელოვანია ჰქონდა თუ არა მენარხე მენორაგიით და/ან გახანგრძლივებული, ძლიერი მენსტრუაციული სისხლდენები და/ან ძლიერი სისხლდენა კოლტებით და/ან სისხლჩაქცევები უმნიშვნელო ტრავმებისას და/ან ჭარბი მენსტრუაციების ფონზე განვითარებული ანემია. პაციენტს უტარდება სისხლის სრული საერთო ანალიზი და კოაგულაციური ტესტების პირველი ეტაპის გამოკვლევები (დანართი, ცხრილი №5).



კოაგულაციური დარღვევების შემთხვევაში პაციენტის მართვაში ხდება ჰემატოლოგის ჩართვა. ნორმალური კოაგულაციური მაჩვენებლების ფონზე, კოკ-ის წინააღმდეგჩვენების შემთხვევაში მკურნალობა ხდება პროგესტინებით 14 დღის განმავლობაში, 14 დღე შესვენება და შემდეგ კვლავ 14 დღე პროგესტინები და/ან ლნგ შემცველი სსს და/ან ასას (მენსტრუაციის დღეებში). კოკ-ის მიმართ წინააღმდეგჩვენების არარსებობისას კოკ-ი მიიღება 1 აბი 1-ჯერ დღეში ციკლურად 3 თვის განმავლობაში და/ან ასას (მენსტრუაციის დღეებში). თანდაყოლილი კოაგულოპათიებისას ასას არ გამოიყენება (დანართი, სქემა №5, ცხრილები: №10, 11, 12).

იქიდან გამომდინარე, რომ პროგესტინები მენორაგიების შემთხვევებში ნაკლებ ეფექტურია (41) და მოზარდებში კოკ-ის გამოყენების წინააღმდეგჩვენებები მინიმალურია, მოზარდებში მენორაგიის მართვაში, განსაკუთრებით თანდაყოლილი კოაგულოპათიებისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს კოკ-ს (42). კოკ-ის ალტერნატივას მენორაგიებისას, წარმოადგენს ასას (არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები), რომლებიც შესაბამისი დოზით (პერორალურად ან რექტალურად) ეძლევათ 2-ჯერ დღეში. მენსტრუაციული ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში ან მენსტრუაციის მთელ პერიოდში (43,44). მენსტრუაციული სისხლის დანაკარგი მცირდება 20-50%-ით, ხოლო დისმენორეის გაუმჯობესება 70%-ს აღწევს.

ჰემატოლოგის ჩართვა პათოლოგიური სისხლდენის მართვაში არის ხარჯთეფექტური თუ სისხლის სრულ საერთო ანალიზში თრომბოციტების რაოდენობის ან ფუნქციის განსაზღვრით ეჭვია კოაგულოპათიაზე.

## **საშიფლოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მკურნალობა ანემიის ხარისხის გათვალისწინებით**

საშიფლოსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის მქონე პაციენტების მართვა დამოკიდებულია, როგორც სისხლდენის გამომწვევ მიზეზზე, ასევე ანემიის ხარისხზე.

**ანემიის გარეშე ან მსუბუქი ანემიით** – ასეთ შემთხვევებში გამართლებულია დაკვირვება მენსტრუაციული ციკლის თავისებურებების დადგენის მიზნით, მოზარდის მიერ მენსტრუაციული კალენდრის წარმოება. რკინის პრეპარატების დანიშვნა ხდება მსუბუქად გამოხატული ანემიის შემთხვევებში (რკინის სულფატი 300 მგ 3-ჯერ დღეში); თუ რკინის პრეპარატების მიღების ფონზე გამოვლინდა გვერდითი მოვლენები (შავი ფერის განავალი, შეკრულობა, დიარეა, გულისრევა და ღებინება, კოლიტის გამწვავება), პაციენტს დამატებით ენიშნება საჭიროების შემთხვევაში შეკრულობის საწინააღმდეგო საშუალებები.

სისხლდენის 30-50%-ით შემცირება შეიძლება აღინიშნოს მენსტრუაციისას ანთებისსაწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების (ასას) დანიშვნით, ვინაიდან ისინი პირდაპირ ეფექტს ავლენენ თრომბოქსან  $A_2$  (თრომბოციტებში გამომუშავებული პოტენციური ვაზოკონსტრიქტორი) და პროსტაგლანდინ  $E_2$  (ვაზოდილატატორი) ბალანსზე. დისფუნქციური სისხლდენების მკურნალობაში ერთ-ერთი საუკეთესო არჩევანი სქესობრივად აქტიური მოზარდებისათვის არის კოკ-ი,

რადგან ის იმავდროულად არასასურველი ორსულობისაგან თავდაცვის საშუალებას წარმოადგენს (7, 45). ზოგიერთი კლინიცისტი კოკ-ის მაგივრად ნიშნავს ნატურალურ ესტროგენებს (2,5 მგ 21-25 დღის განმავლობაში), რომელსაც ციკლის ბოლო 7 დღის განმავლობაში ემატება ყოველდღიურად 10 მგ მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი. ამ უკანასკნელის ალტერნატივას წარმოადგენს მენსტრუაციული ციკლის ბოლო 10 დღის განმავლობაში ორალური პროგესტერონის (დუფასტონის) გამოყენება, რითაც მიიღწევა გაუწონასწორებელი ესტროგენების ეფექტის თავიდან აცილება და ენდომეტრიუმის სტაბილიზაცია (45, 46). პროგესტერონის მიღების შეწყვეტას მოჰყვება ენდომეტრიუმის ჩამოფცქვნა.

კოკ მიღების არასასურველ ეფექტებს შესაძლოა წარმოადგენდეს შეშუპება, ჰიპერფაგია წონის მატებით, ზოგიერთი შემადგენლობის კოკ-ისთვის აკნეს მატება, გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად, ან მათი ინტენსივობის შესამცირებლად, ალტერნატიულად გამოიყენება პროგესტინული პრეპარატები, მათ შორის ნატურალური პროგესტერონი. თუმცა, სპეციალური კვლევები ამ მიმართულებით არ ჩატარებულა (8).

დეპო-მედროქსიპროგესტერონის აცეტატი (დმპა) არ არის რეკომენდებული მოზარდებისა და ახალგაზრდებისათვის დსს-ით, ვინაიდან პრეპარატის ამ ფორმას შეუძლია გამოიწვიოს არარეგულარული სისხლდენები, რომლებიც მოგვიანებით ამენორეაში შეიძლება გადავიდეს. ამასთან, მათი ინტრამუსკულარული ფორმების გამოყენება არ არის პირველი რიგის არჩევანი კოაგულაციური დარღვევის მქონე პაციენტებისათვის. დმპა შეიძლება გამოყენებული იქნას უნიკალურ სიტუაციაში, როდესაც სქესობრივად აქტიურ ახალგაზრდა ქალს დისფუნქციური სისხლდენით საშიფლოსნოდან სისტემური წითელი მგლურას გამო უტარდება მკურნალობა ვარფარინით (47,48).

დმპა-ის გვერდითი ეფექტებია: წონაში მატება, ძვლის მინერალური სიმკვრივის დაქვეითება, დეპრესიის გაძლიერება, საკვერცხეების გახანგრძლივებული სუპრესია და თმის ცვენა.

**საშუალო სიმძიმის ანემია** – დსს, რომელიც იწვევს საშუალო სიმძიმის ანემიას, შეიძლება კონტროლირებული იყოს დაბალდოზიანი კოკ-ით (30-35 მკგ ეთინილესტრადიოლი) (2,41,45,47,49). ესტროგენი აკონტროლებს ენდომეტრიუმის რეცეპტორების შებოჭვას, სპეციფიკური ზრდის ფაქტორების სტიმულაციას და ვასკულარიზაციის სტაბილურობას. კოკ-ის დოზა შეადგენს 2-4 აბს დღეში, სანამ სისხლდენა არ შეწყდება და მისი დოზები თანდათან მცირდება 2-3 კვირის განმავლობაში (დანართი, ცხრილები: №10, 11, 12). კოკ მიღებას წყვეტენ მოხსნის სისხლდენის გამოსაწვევად, რომლის შემდგომ იგი ინიშნება ციკლურად, 1 აბი 1 ჯერ დღეში 3-6 თვის განმავლობაში, რათა მიღწეული იქნას მენსტრუაციების რეგულირება და ანემიის გაუმჯობესება რკინის პრეპარატების დამატებით.

ესტროგენების მაღალმა დოზებმა შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა და პირღებინება, რაც მოითხოვს ანტიემეზური (ღებინების საწინააღმდეგო) პრეპარატების დამატებას.

ზოგიერთი კლინიცისტი ჰემოსტაზის მისაღებად არჩევს მხოლოდ პროგესტაგენური პრეპარატების გამოყენებას, განსაკუთრებით მაშინ, თუ არსებობს ესტროგენების მიღების უკუჩვენება. აღნიშნული პრეპარატების მაღალი დოზები საჭირო ხდება ენდომეტრიუმის ატროფიის გამოსაწვევად. რკინის პრეპარატების

დანიშნა (3-6 თვე) აუცილებელია ანემიის კორექციისათვის. აღნიშნული პრეპარატების მიღების ფონზე შეკრულობის პრევენციისათვის შესაბამისი პრეპარატების დამატებაა საჭირო.

**მიმე ანემია** – თუ საშილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის შედეგად ვითარდება მკვეთრი ანემია აუცილებელია დაუყოვნებელი მართვა, რომელიც მოიცავს ინტრავენურად სითხეების და სისხლის კომპონენტების (ერთროციტარული მასა და ახლადგაყინული პლაზმა) გადასხმას. ზოგიერთი კლინიკისტი ინტრავენურად იყენებს პრემარინს (კონიუგირებული ნატურალური ესტროგენი) ყოველ 4 სთ-ში 25 მგ-ის ოდენობით. თუმცა ამ შემთხვევაში, ესტროგენების მაღალი დოზის გამოყენებისას გასათვალისწინებელია თრომბოემბოლიის განვითარების მაღალ რისკი (8). ინტრავენური ესტროგენის სანაცვლოდ მრავალი კლინიკისტი იყენებს კოკ-ს, როგორც ეს არის მითითებული დანართში, ცხრილები 10, 11 და 12. დადებით ფაქტად უნდა განვიხილოთ ის, რომ დსს-ის კონტროლისათვის ასეთი ჰორმონული მენეჯმენტი ეფექტურია აღნიშნულ სიტუაციათა 90%-ზე მეტში. თუ ზემოაღწერილი ზომები არაეფექტურია, გასათვალისწინებელია სხვა მიზეზები, კერძოდ კოაგულოპათიები (8, 9).

### **საშილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების მართვა, გამოწვეული კოაგულაციური დარღვევებით**

სდს მენეჯმენტში კოაგულაციური დარღვევებისას გამოიყენება დანართის სქემა №5-ში მითითებული მეთოდები (1,5,14,41). მენსტრუაციული სისხლდენის კონტროლი ემყარება ბალანსს თრომბოზსა და სისხლდენას შორის. ვინაიდან კოაგულაციური დარღვევები კომპლექსური პრობლემაა, მოზარდებში კოაგულაციური დარღვევებით განპირობებული მენორაგიების მართვა უნდა განხორციელდეს ჰემატოლოგის აუცილებელი ჩართვით. ფონ ვილენბრანდის დაავადებისთვის სპეციფიური სამკურნალო საშუალებებია:

- არატრანსფუზიული (ინტრანაზალური) საშუალება **დესმოპრესინი** (დესმოპრესინის აცეტატი, 1 დეამინო-8-დ-არგინინ ვაზოპრესინი) არჩევის პრეპარატია კოაგულაციური დარღვევებისას (50,51,52) იგი პლაზმაში 2-6-ჯერ ზრდის VIII და vWF ფაქტორების კონცენტრაციას, ენდოგენურად მათი გამოთავისუფლების ხარჯზე. დესმოპრესინის ინტრანაზალური დოზა პაციენტებში მენორაგიით და კოაგულაციური დარღვევებით, რომელთა წონა 50 კგ-ს აღემატება, შეადგენს 300 მკგ-ს. პრეპარატის ეფექტი 60-90 წუთში ვლინდება. გვერდითი ეფექტია სითხის არამკვეთრი შეკავება, რაც მოითხოვს დიურეზის სადღეღამისო კონტროლს;
- ანტიფიბრინოლიზური თერაპია **ტრანექსამის მჟავით ან ექსილონ ამინოკაპრონის მჟავით**. ანტიფიბრინოლიზური საშუალებები აუმჯობესებს კოაგულაციას თრომბის დეგრადაციის, ფიბრინოლიზის ინჰიბირების და ფიბრინოგენის პლაზმინად გარდაქმნის პრევენციის გზით. ძირითადად გამოიყენება მენორაგიებისას ჰემოფილიის მქონე პაციენტებში. ანტიფიბრინოლიზური საშუალებების მიღება არ შეიძლება დაუყოვნებლივ პროთრომბინის კომპლექსის

კონცენტრანტების მიღების ფონზე, ვინაიდან ისინი ზრდიან თრომბის წარმოქმნის რისკს. მათი მიღება დაშვებულია პროთრომბინის კომპლექსური კონცენტრატების მიღების დასრულებიდან მხოლოდ 4-6 სთ-ის შემდეგ;

- პორმონული პრეპარატები - კოკ-ი ზრდის VIII ფაქტორის აქტივობას ჰემოფილიის გენის მტარებლებში და ასევე პაციენტებში ფონ ვილენბრანდის დაავადებით. კოკ ზრდის VIII/ vWF –რისტოცეტინ კოფაქტორის/C აქტივობას და აუმჯობესებს ჰემოსტაზურ დეფიციტს გახანგრძლივებული სისხლდენის დროს (45,53,54,55). ამასთან კოკ-ის დანიშვნისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ესტროგენების გამოყენებასთან დაკავშირებული რისკები და სარგებელი. ზოგიერთი კლინიცისტი უსაფრთხოდ გამოიყენებს კოკ-ს მოზარდებში, როგორც პრაქტიკულად მინიმალური რისკის მატარებელ პოპულაციაში (48, 56);
- **ლევონორგესტრელ-რილიზინგ სისტემა (სშს-ღნგ – მირენა)** გამოათავისუფლებს ლევონორგესტრელის მცირე დოზებს, რასაც მთელი რიგი სასარგებლო ეფექტები გააჩნია (დანართი, ცხრილი 9) (48, 52, 57, 58). მისი ერთ-ერთი დადებითი ეფექტია მდგომარეობის გაუმჯობესება კოაგულაციური დარღვევების მქონე ქალებში დსს-ით. სშს ინვაზიური გართულებისა და ლევონორგესტრელ-რილიზინგ სისტემის-სშს-თან ასოცირებულ ამენორეასთან და ენდომეტრიუმის შემდგომ მყარ ჰიპოპლაზიასთან დაკავშირებით მისი გამოყენება მოზარდ გოგონებში შეზღუდულია. (42,48,56);
- **სისხლის გაწმენდილი პროდუქტები**, რომლებიც შეიცავენ პლაზმის VIII, XI ფაქტორს და შესაბამის კონცენტრანტებს (41). მართვის საფუძველს წარმოადგენს ჩანაცვლებითი თერაპია, რომელიც გულისხმობს ერთ-ერთი ფაქტორის: VIII, IX ან ფონ ვილენბრანდის ფაქტორის შემცველი კონცენტრანტების გადასხმას (სქემა №5). წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიყენება პლაზმისაგან მიღებული კონცენტრანტები. ასას-ის გამოყენება სისხლის დანაკარგის შესამცირებლად არაეფექტურია პაციენტებში კოაგულაციის თანდაყოლილი დარღვევებით.

## კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული სიტუაციების მართვა

პაციენტებს სუფთა პროგესტინული კონტრაცეპტივების მოხმარებისას (დეპოპროვერა - დმპა, პროგესტინული აბები - პა, კანქვეშა იმპლანტები) პერსისტირებული არარეგულარული სისხლდენებით შეიძლება დაენიშნოს 30 მკგ ე.ე. შემცველი კოკ-ი ან ტრანსდერმალური ნატურალური ესტროგენები და/ან ასას კურსი. ეს სქემა შეიძლება განმეორდეს თუ პსს ეპიზოდი განმეორდა.

პაციენტებში, რომლებიც იყენებენ **სშს-ს**, პსს შეიძლება იყოს ასოცირებული ენდომეტრიტთან. ცერვიქსიდან კულტურის აღების შემდგომ, პაციენტს საჭიროებისას შეიძლება დაენიშნოს სათანადო მკურნალობა პროცესის სიმძიმის მიხედვით. შესაძლოა განიხილოს სშს ამოღების მიზანშეწონილობაც. თუ ენდომეტრიტი არ დგინდება, პაციენტს სპილენძის შემცველი სშს-ით შეიძლება დაენიშნოს კოკ-ის ერთი ციკლი (თუ პაციენტი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს) ან 5 - 10მგ ნორეთისტერონი დღეში 7-10 დღის განმავლობაში ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებასთან პარალელურ რეჟიმში. პროგესტინული სშს-ს შემთხვევაში (მირენა, პროგესტასერტი) ასევე ინიშნება 1 ციკლი 30 მკგ ეთინილესტრადიოლის შემცველი კოკ-ი. თუ პსს პერსისტირებს, სშს-ს იღებენ და განიხილავენ კონტრაცეპციის ალტერნატიული მეთოდის შერჩევას. (**ცხრილები № 2, 3, 4. დანართი, სქემები № 11, 12, 13**)



ცხრილი № 2. კოკ-ის მიღებასთან დაკავშირებული სიტუაციების მართვა

<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი</p>	<p>კოკ-ის მიღება ახალი დაწებულია</p>	<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი დამახასიათებელია კოკ-ის გამოყენების პირველი სამი თვის განმავლობაში და უპირაველეს შემთხვევაში მკვეთრად მცირდება გამოყენების მეოთხე თვიდან. თუ სისხლდენა/სისხლიანი გამონადენი არ გადის და შემაწუხებელია, უნდა შეიცვალოს მალაქლოზიანი კოკ-ით თუ ეს ხელმისაწვდომია. ზოგ შემთხვევაში დადებით ეფექტს იძლევა არასტერილი უფლი ანთებსაწინააღმდეგო პრეპარატების სანმოკლე მიღება. აღნიშნული ღონისძიებების უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა კონტრაცეფციის სხვა მეთოდის შერჩევა</p>
<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი</p>	<p>საჭიროა გინეკოლოგიური პრობლემების გამორიცხვა (მაგ. ორსულობა, ექტოპიური ორსულობა, არასრული აბორტი, მენჯის ანთებითი დაავადება)</p>	<p>თუ სახეზეა გინეკოლოგიური პრობლემები, საჭიროა სათანადო მართვა</p>
<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი</p>	<p>სხვა მედიკამენტის პარალელური მიღება (მაგ. რიფამპინი, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო)</p>	<p>საჭიროა უფრო მაღალდოზიანი კოკ (50 მკგ ვე) თუ ის ხელმისაწვდომია, ან კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევა</p>
<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი</p>	<p>არარეგულარული მიღება -გამორეგულირება ერთი ან მეტი აბის მიღება, აბების ყოველდღე სხვადასხვა დროს მიღება.</p>	<p>წამლის მიღების ინსტრუქციის დაზუსტება. თუ გულმაგიწობა კვლავ ძალაშია, ორსულობის რისკის მინიმუმამდე დასაყვანად შეიძლება საჭირო გახდეს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდზე გადასვლა.</p>
<p>სისხლდენა/ სისხლიანი გამონადენი</p>	<p>არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი კოკ-ის მოხმარების პირველ თვეებში</p>	<p>ეს არ არის ჯანმრთელობისთვის საშიში მოვლენა, დროთა განმავლობაში მენსტრუაცია ხდება უფრო ნაკლებინტენსიური და რეგულარული</p>

	<p>მხოლოდ ერთი აბის გამოტოვება</p>	<p>გამოტოვებული აბის მიღება გახსენებისთანავე, თუნდაც ეს ნიშნავდეს ორი აბის მიღებას ერთსა და იმავე დროს, არ არის საჭირო კონტრაცეპციის რაიმე სათანადო მეთოდი.</p>
<p><b>აქტიური აბის მიღების გამოტოვება</b></p>	<p>ზედიზედ ორი აბის გამოტოვება</p>	<p>ორ-ორი აბის მიღება დღეში აბების განრიგის დაწყებამდე.</p>
	<p>ზედიზედ სამი აბის გამოტოვება მიღების პირველ ან მეორე კვირას</p>	<p>აქტიური აბების სწრაფი მიღება, მომდევნო 7 დღის განმავლობაში სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში კონტრაცეპციის სათანადო მეთოდის გამოყენება. 5 დღით ადრე დაუცველი კონტაქტის შემთხვევაში – გადაუდებელი კონტრაცეპცია.</p>
<p><b>ძლიერი ღებინება ან დიარეა</b></p>	<p>ზედიზედ სამი აბის გამოტოვება მესამე კვირას</p>	<p>გამოტოვებული აბების სწრაფი მიღება, ახალი ფირფიტის მიღების დაწყება და მომდევნო 7 დღის განმავლობაში სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში კონტრაცეპციის სათანადო მეთოდის გამოყენება. 5 დღით ადრე დაუცველი კონტაქტის შემთხვევაში – გადაუდებელი კონტრაცეპცია.</p>
		<p>თუ მოულოდნელი განეთარდა ტაბლეტების მიღებიდან 2 სთ-ის განმავლობაში, საჭიროა ანტიემეზური საშუალებების მიღება, ტაბლეტის განმეორებით მიღება და გემიური მიღების გაგრძელება თუ ღებინება და დიარეა გრძელდება 2 და მეტ დღეს, საჭიროა გათვალისწინებულ იქნას რეკომენდაციები 1 ან 2 აქტიური აბის გამოტოვებასთან დაკავშირებით (იხ. ზემოთ)</p>

**ცხრილი № 3. პროექტინული კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებული სიტუაციების მართვა**

<p><b>არარეგულარული სისხლდენა</b> (გახანგრძლივებული მცირე რაოდენობით ან საშუალო სიძლიერის სისხლიანი გამონადენი &gt; 7 დღე) ნორმალური მენსტრუაცია= 30-80 მლ</p>	<p>მენჯის ღრუს ორგანოთა გამოკვლევა (სარკეებით და ბიძანუალურად), სისხლდენის სხვა მიზეზების გამოსარიცხად (მაგ. სეცი-ს შედგად განვითარებული მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადება, საშვილოსნოს ყელის პოლიპი ან საშვილოსნოს ფიბროიდები).</p>	<p>თუ დადგინდა გენიტალური ტრაქტის პათოლოგია – სათანადო მართვა, პროგნოსტული კონტრაცეპტივების გამოყენება არ წყდება. დამატებითი კონსულტირება პრობლემის მოგვარების შემდეგ.</p> <p>პროექტინული კონტრაცეპტივების გამოყენებისას ზოგიერთ შემთხვევაში არარეგულარული სისხლდენა აღინიშნება, რომელსაც ქალის ჯანმრთელობისათვის ზიანი არ მოაქვს. მცირე სისხლიანი გამონადენი პა-ს მომხმარებელ ბევრ ქალში აღინიშნება გამოყენების პირველი წლის განმავლობაში. იმპლანტაციების მომხმარებელში- პირველი წლის შემდეგ სისხლდენა ნაკლებად გამოხატულია. დამა-ს გამოყენებულ შემთხვევაში, ეს მოვლენა მცირდება პირველი ინექციის შემდეგ. იგი სერიოზულ პრობლემას არ წარმოადგენს და ჩვეულებისამებრ მკურნალობას არ საჭიროებს. ქალების უმრავლესობას ეს სახეშეცვლილი მენსტრუაცია შეიძლება დაურეგულირდეს რდან 12 თვის შემდეგ.</p> <p>თუ სიმპტომი მაინც შემაწუხებელია და პროგნოსტული კონტრაცეპციის გაგრძელებას სასურველი, რეკომენდირებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• იბუპროფენი (800 მგ-მდე 3 ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში) ან</li> <li>• კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების ციკლი 21 დღე (30- მკბ. ეე)</li> </ul>
<p><b>ჭარბი და გახანგრძლივებული სისხლდენა</b> (ნორმალურთან შედარებით ორჯერ უფრო ხანგრძლივი და ორჯერ უფრო მეტი რაოდენობით)</p>	<p>თუ ეჭვია ორსულობაზე (საშვილოსნოს ღრუს ან საშვილოსნოსგარე) ან თვითნებით აბორტზე მართვა ამ მიმართულებით</p>	<p>თუ, არარეგულარული სისხლდენა არ წყდება, ან ის წარმოიქმნება რეგულარული მენსტრუაციული ციკლის ან ამენორეის შემდეგ, განხილულ უნდა იყოს სისხლდენის წარმოქმნის სხვა მიზეზები.</p>



ცხრილი № 4. სშს-თან გამოყენებასთან დაკავშირებული სიტუაციების მართვა

<p><b>სისხლდენა</b> (გახანგრძლივებული ან ინტენსიური)</p> <p>გახანგრძლივებული სისხლდენა: (&gt;7 დღეზე)</p> <p>ინტენსიური სისხლდენა: (ნორმალურზე ორჯერ ხანგრძლივი ან ორჯერ მეტი რაოდენობით)</p>	<p>საშოსმსრივი გასინჯვა (სარკეებით და ბიძანუაღურად), რათა გამოირიცხოს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ საშვილოსნოს ღრუს ან საშვილოსნოსგარე ორსულობა</li> <li>○ არასრული აბორტი</li> <li>○ საშოს, ყელის ან მენჯის ღრუს ინფექცია</li> </ul>	<p><b>სამ თვეზე ნაკლებია, რაც ქალს სშს აქვს ჩადგმული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ გასინჯვა პათოლოგიას არ ავლენს, სიმპტომური მკურნალობა: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები მკბ. იბუპროფენი (800 მგ 3X დღეში 1 კვირის განმავლობაში) და ნორეთისტერონი (5-10მგ) 7-10 დღიანი რეჟიმი. (ან დამატებით 30 მგ მკბ კოკ 1 ციკლი)</li> <li>• თუ ბიძანუაღური გასინჯვით კლინდება გადიდებული ან უსწორმასწორო ფორმის საშვილოსნო ფიბროიდების გამო, განიხილება სშს ამოღების და სხვა მეთოდის შერჩევის საკითხი</li> </ul>
<p>ინტენსიური სისხლდენა: (ნორმალურზე ორჯერ ხანგრძლივი ან ორჯერ მეტი რაოდენობით)</p>	<p>ინტენსიური სისხლდენა: (ნორმალურზე ორჯერ ხანგრძლივი ან ორჯერ მეტი რაოდენობით)</p>	<p><b>სამ თვეზე მეტია, რაც ქალს სშს აქვს ჩადგმული:</b></p> <p>თუ გამოსატყლია მნიშვნელოვანი ანემია, განიხილება სშს ამოღება და სხვა მეთოდის შერჩევა. თუ სშს ინერტულია (ლიპესის მარეჟუი) და პაციენტს მაინც სშს ჩადგმა სურს, შეცვალეთ სილენიის ან პროგესტინის სშს-თი. სამი თვის განმავლობაში ანტიანემიური თერაპია და შემდგომი კვლევა. თუ სისხლიანი გამონადენი და ანემია კვლავ ძალაშია სილენიის შემცველი სშს ფონზე (პროგესტინის შემცველი სშს არ არის ხელმისაწვდომი), განიხილება სშს ამოღება და სხვა მეთოდის შერჩევა.</p>

## მართვის ალტერნატიული მიდგომები

მართვის ალტერნატიული მიდგომები გამოიყენება საშვილოსნოდან არარეგულარული სისხლდენის კონტროლის მიზნით და გულისხმობს დანაზოლის, გონადოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის აგონისტების (ბუსერელინი, ლეოპროლიდი, ნაფარელინი), საშვილოსნოს ყელის არხის დილატაციისა და ღრუს კიურეტაჟის, ჰისტერექტომიის გამოყენებას (5,52).

მოზარდებში მათი გამოყენების შესახებ კვლევის მონაცემები შეზღუდულია, რაც დაკავშირებულია როგორც მიმდინარე, ისე შორეული გვერდითი ეფექტების არსებობასთან და შემდგომში რეპროდუქციული პრობლემების განვითარების პრევენციასთან. აღნიშნული ალტერნატივები წარმატებით გამოიყენება მოზრდილ ქალებში კოკ-ის წინააღმდეგეზენებების გათვალისწინებით.

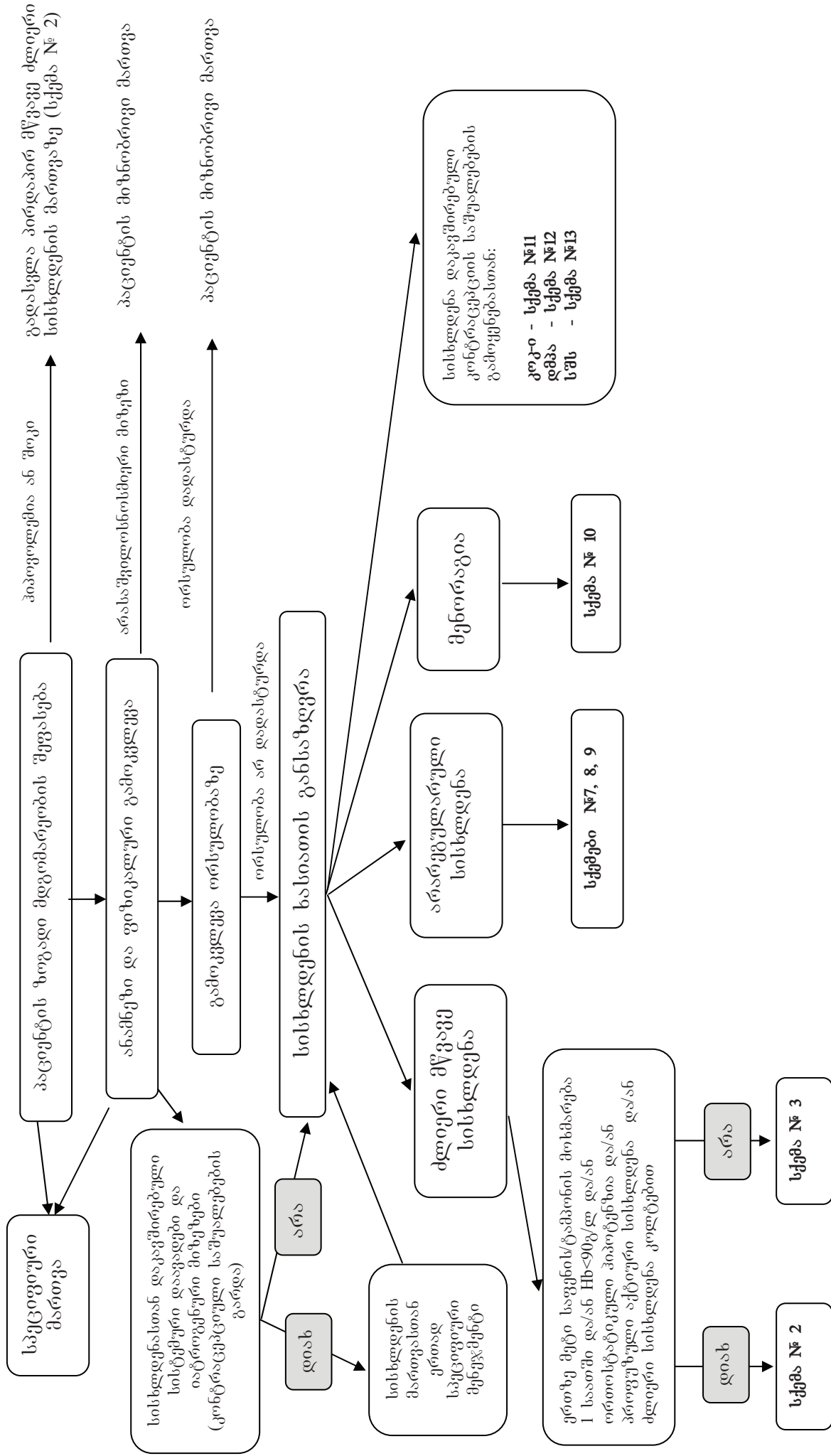
## რეაბილიტაცია/ მეთვალყურეობა

პსს-ს შემთხვევაში რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა შესაძლოა ხანგრძლივი პროცესი იყოს. ანატომიური მიზეზებით განპირობებული პსს-ს შემთხვევაში შემდგომი მეთვალყურეობა აღწერილია დანართში, სქემა №4. იატროგენული მიზეზებით გამოწვეული პსს შემთხვევაში აუცილებელია პრეპარატის მიღების შეწყვეტა. სხვადასხვა კონტრაცეპციული საშუალებებით გამოწვეული სისხლდენების შემთხვევაში მეთვალყურეობის პრინციპები გადმოცემულია დანართში, სქემები № 11, 12, 13. სისტემური დაავადებების შემთხვევაში საჭიროა ძირითადი დაავადების მკურნალობა, კოაგულოპათიებისას – ექიმ-ჰემატოლოგის დაკვირვება და მეთვალყურეობა.

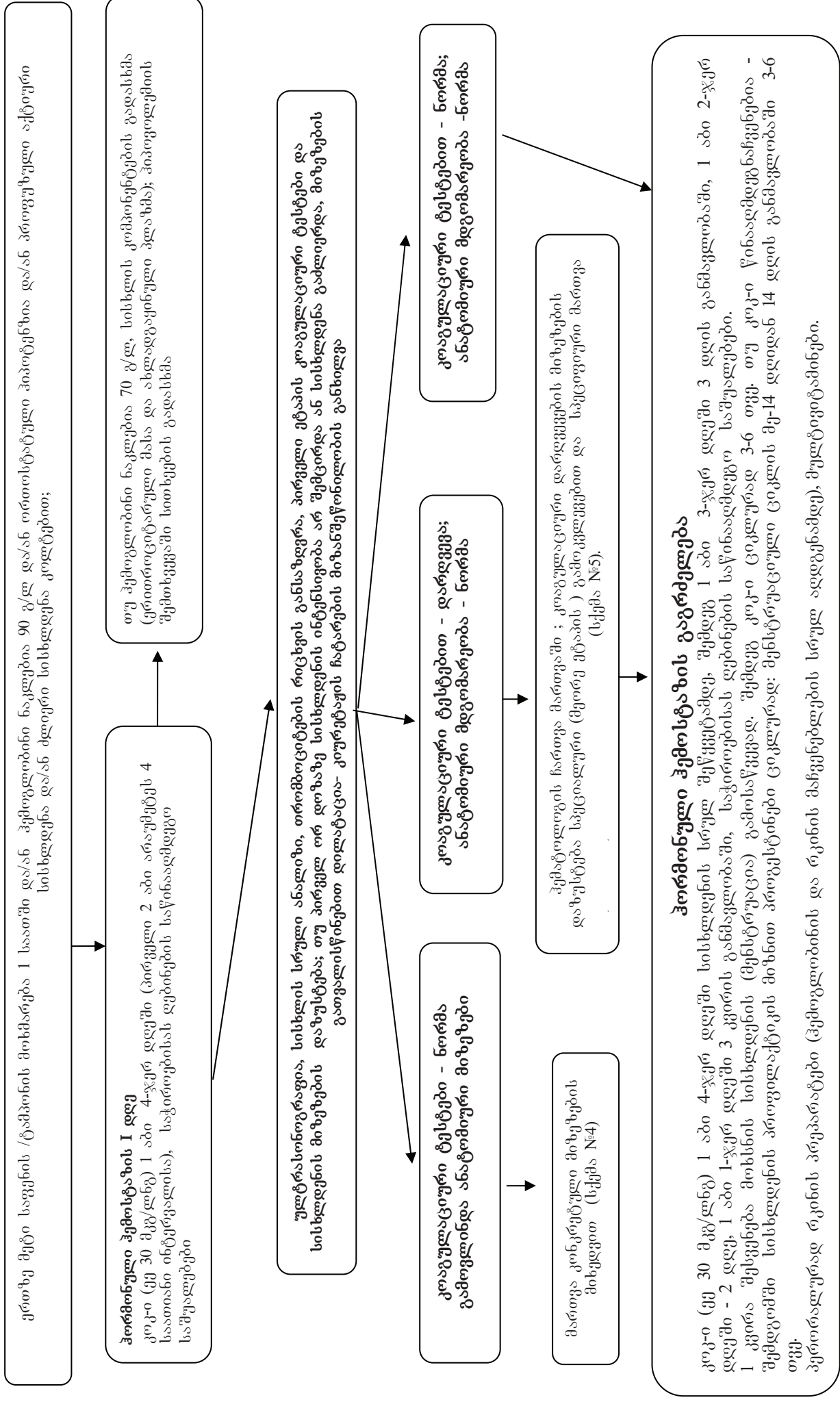
აუცილებელია მენსტრუაციული კალენდრის წარმოება, ციკლის რეგულირება და ჰორმონული მაჩვენებლების კონტროლი.

დანართი

სქემა № 1. საშვილსნოდან პათოლოგიური სისხლდენის ხასიათის განსაზღვრა მოზარდ პაციენტებში

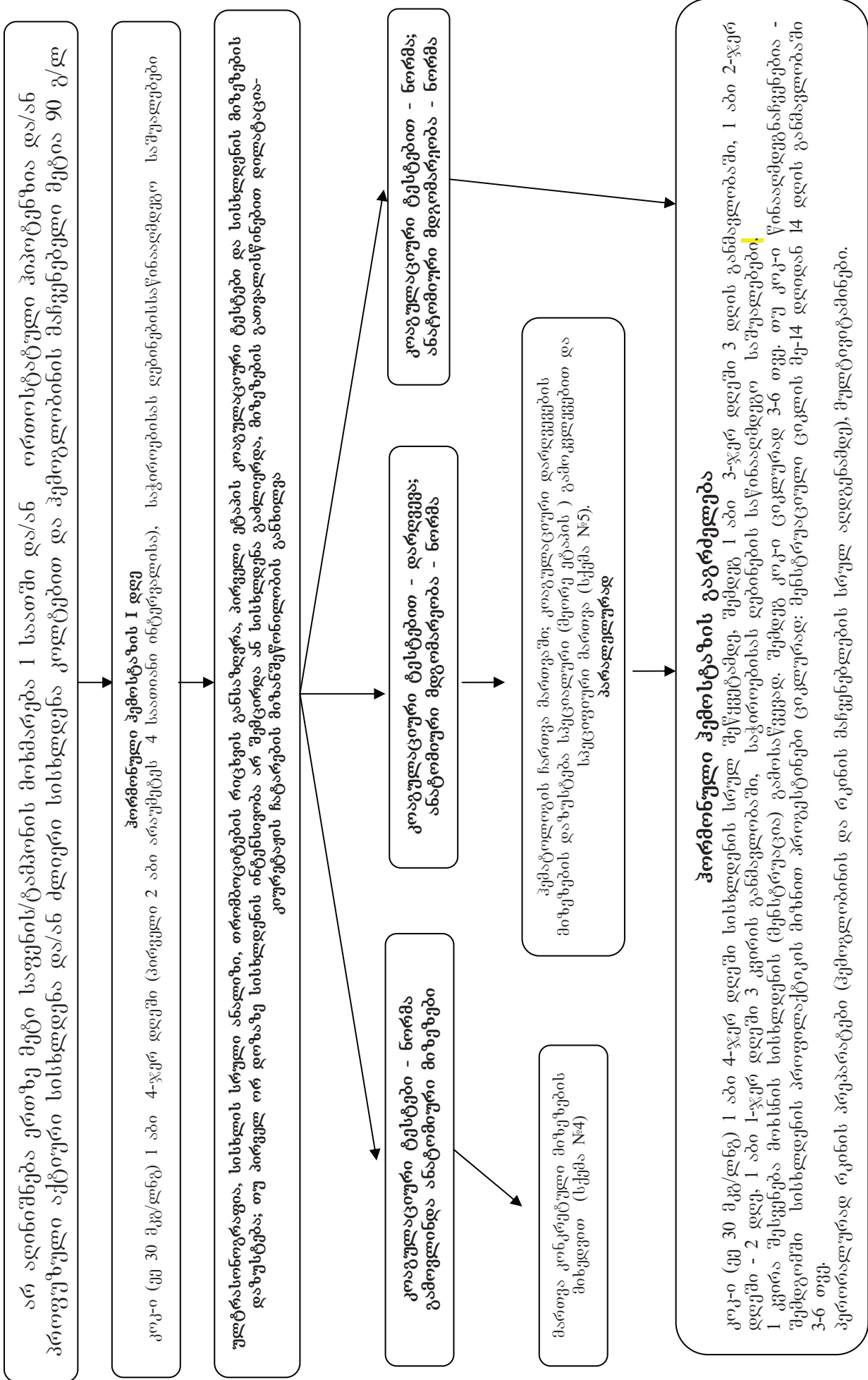


**სქემა № 2. მწვავე, ძლიერი სისხლდენის მართვა არალარსულ მობარდ პაციენტებში ჰოსპიტალის პირობებში**

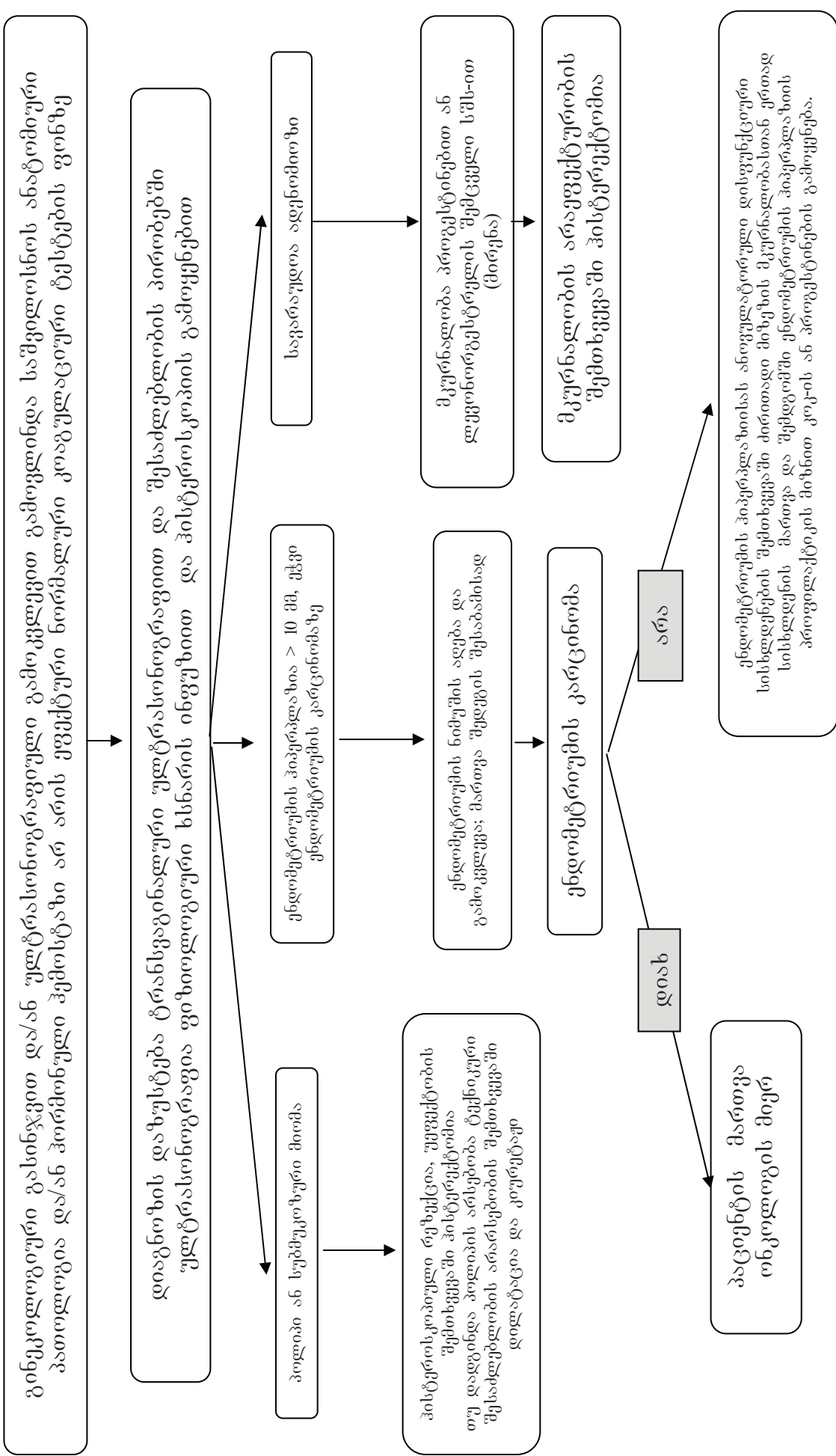




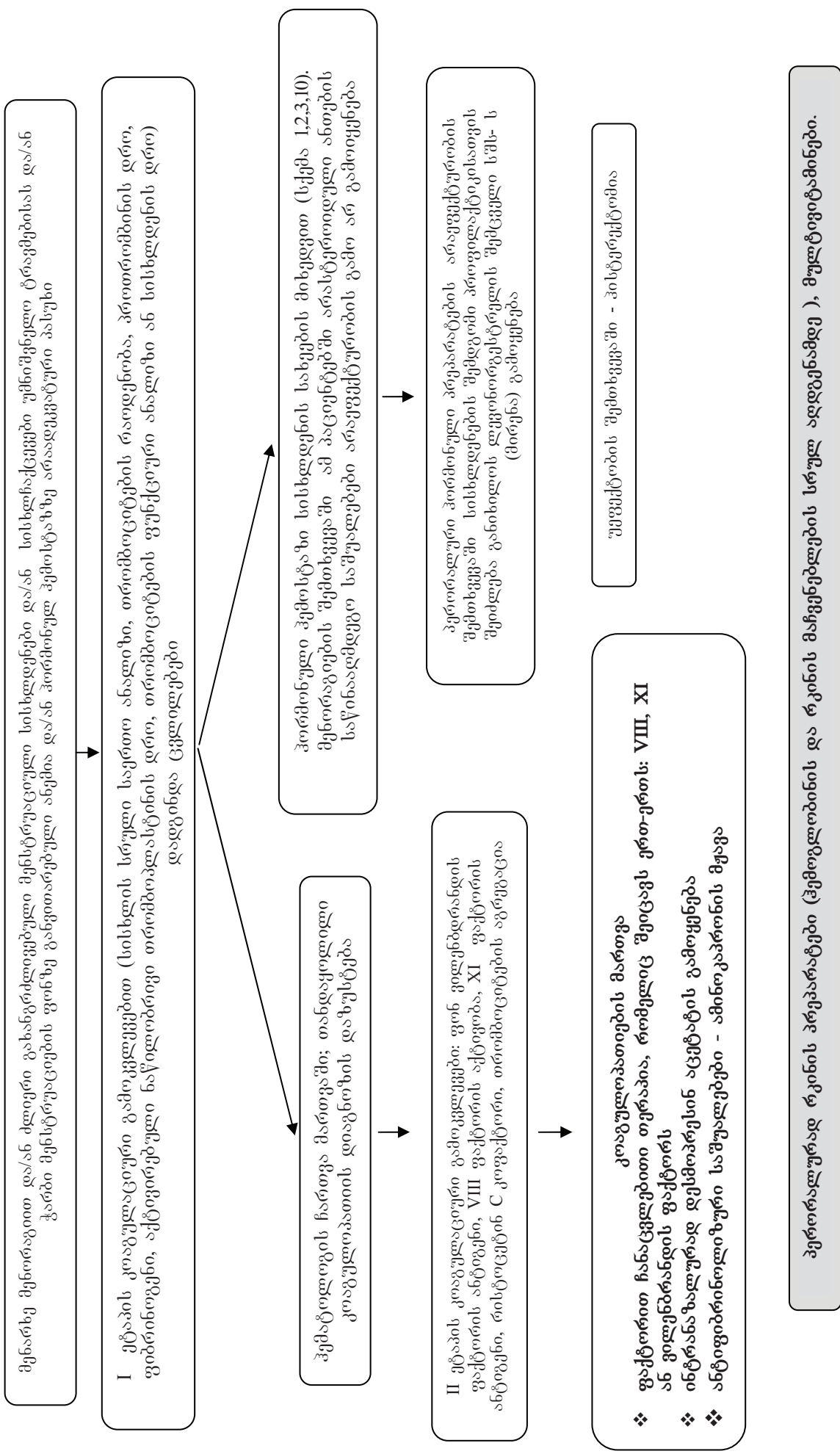
**სქემა № 3. მწვავე, ძლიერი სისხლდენის მართვა არაორსულ პაციენტებში ამბულატორიის პირობებში**



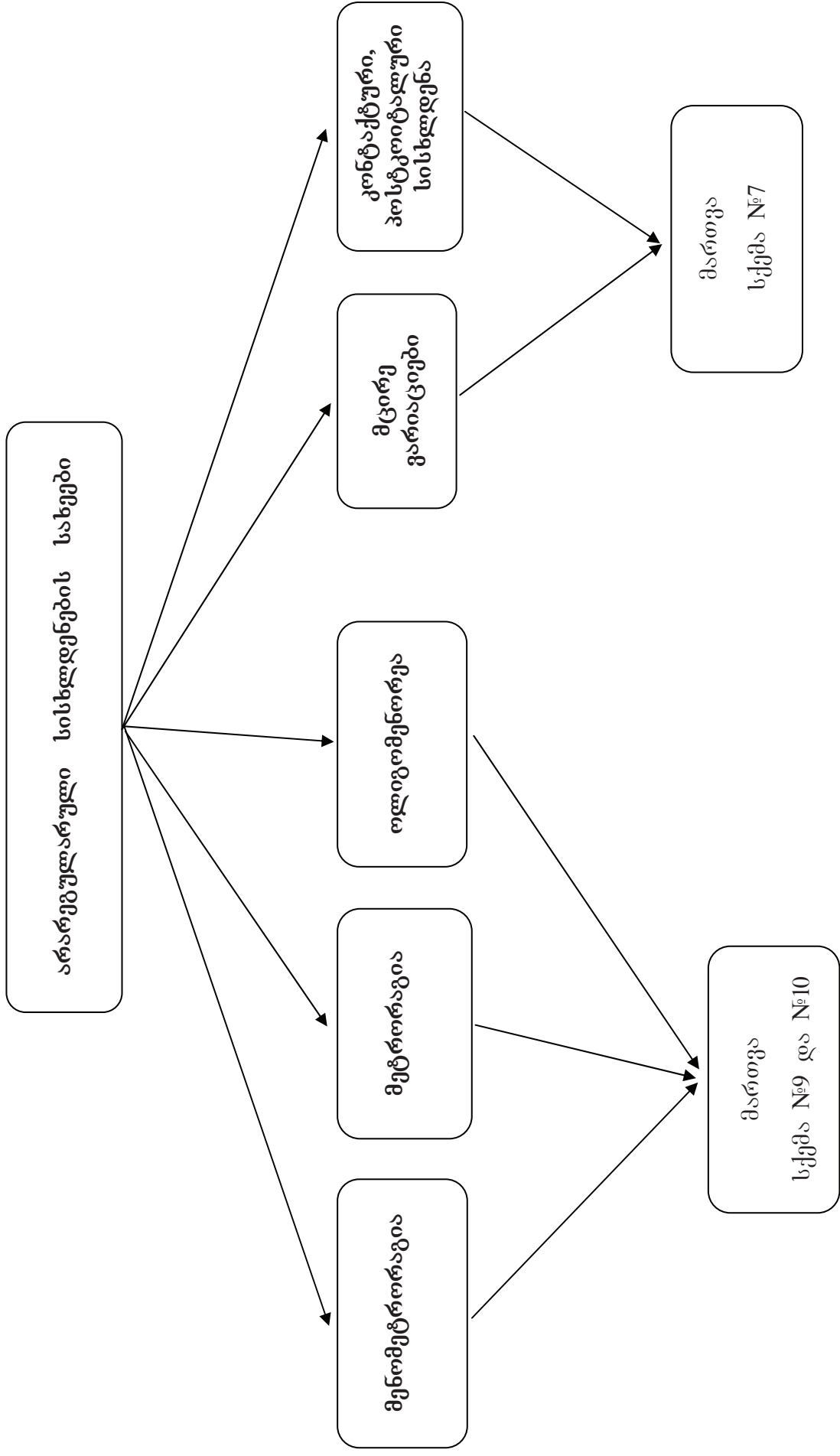
**სქემა № 4. ანატომიური მიზეზებით განპირობებული პათოლოგიური სისხლდენის მართვა არაორსულ მოზარდ პაციენტებში**



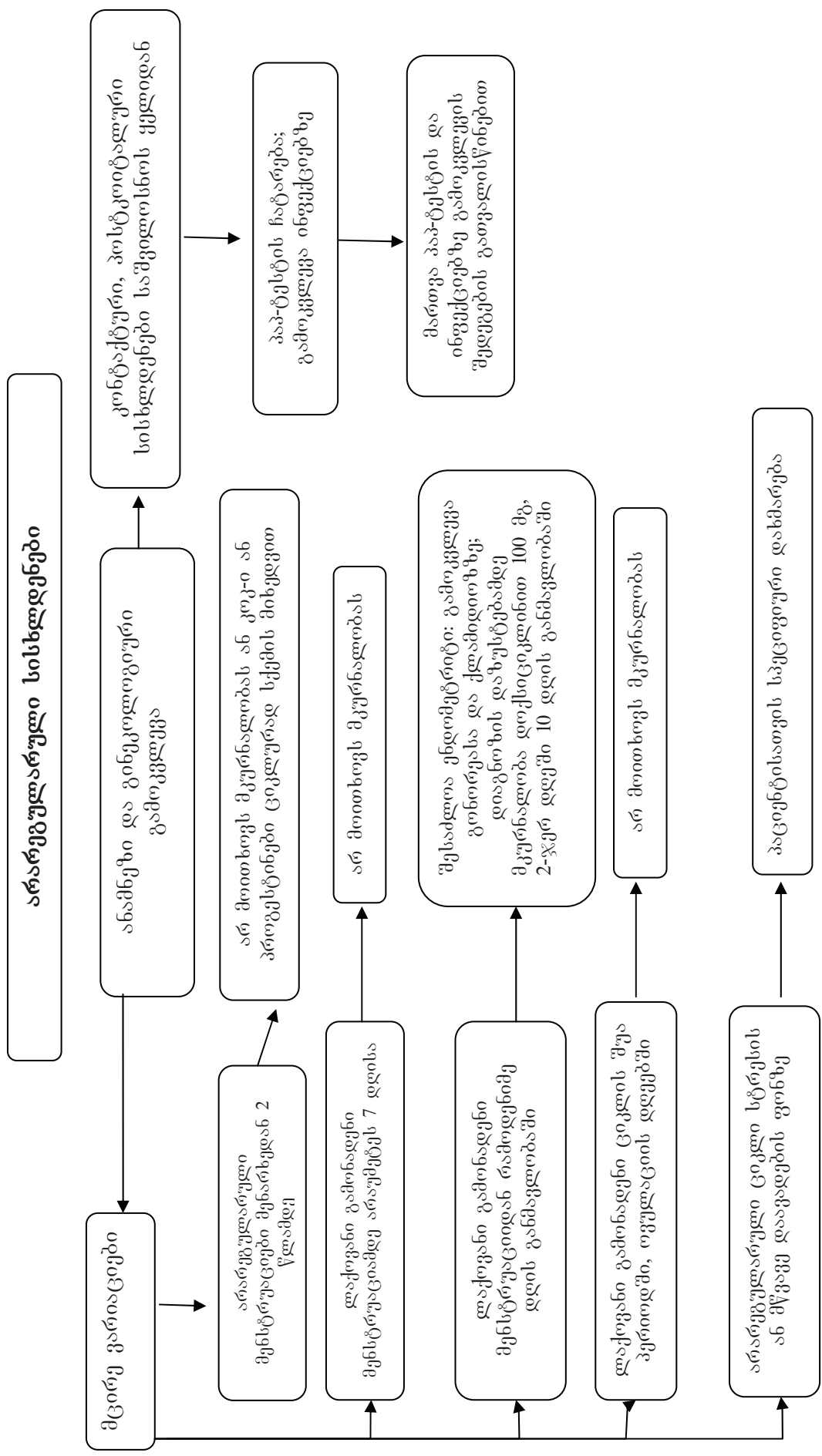
**სქემა № 5. პათოლოგიური სისხლდენის მართვა არასრულ მზარდ პაციენტებში თანდაყოლილი კოაგულულობათიებით**



სქემა № 6. საშეიღოსნოდან არარეგულარული სისხლდენის სახეები არაორსულ მოზარდ პაციენტებში

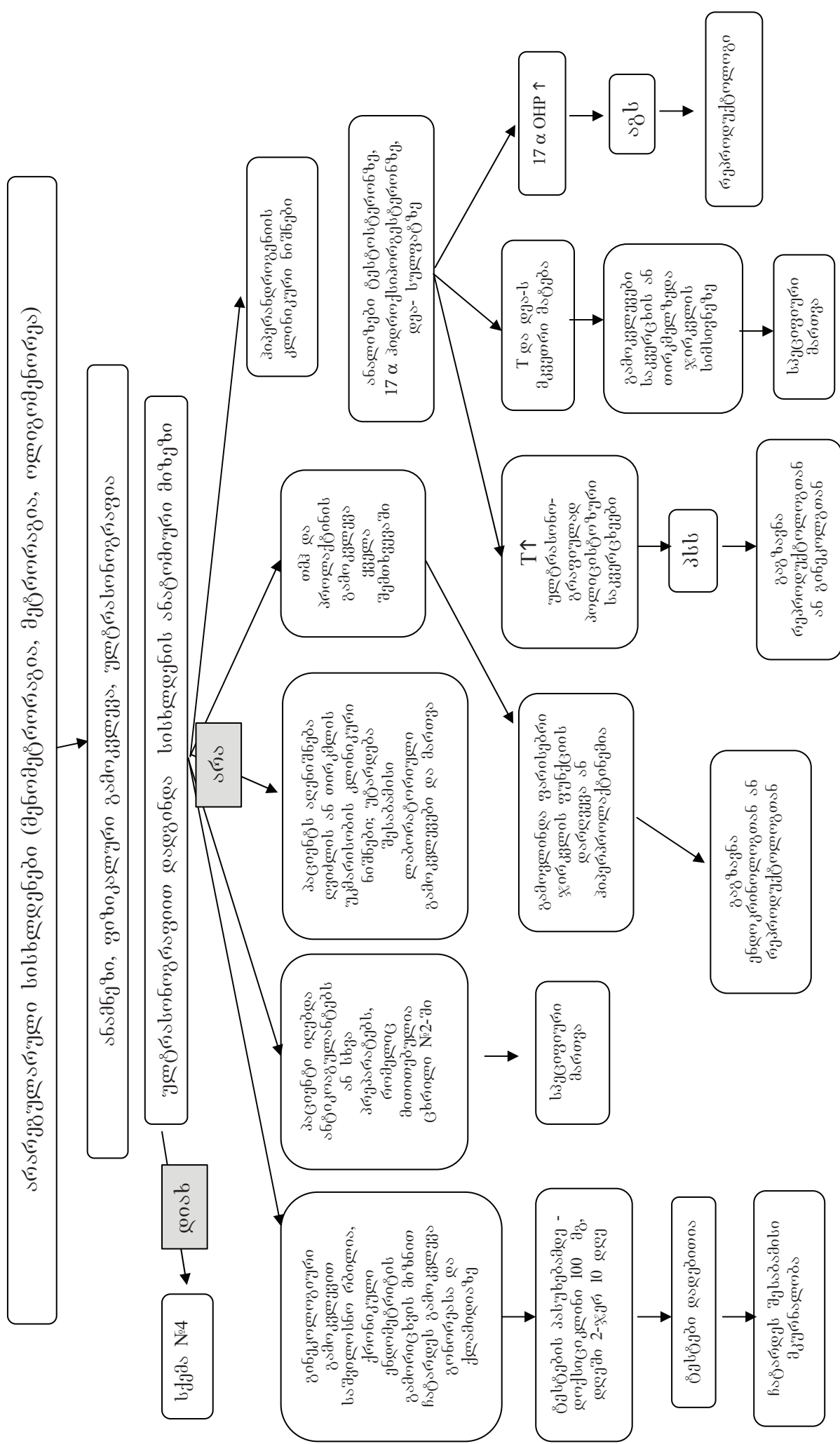


სქემა № 7. არარეგულარული სისხლდენის მართვა არალრსულ მოზარდ პაციენტებში (მცირე ვარიაციები და კონტაქტური, პოსტკოიტალური სისხლდენები საშვილოსნოს ყელიდან)



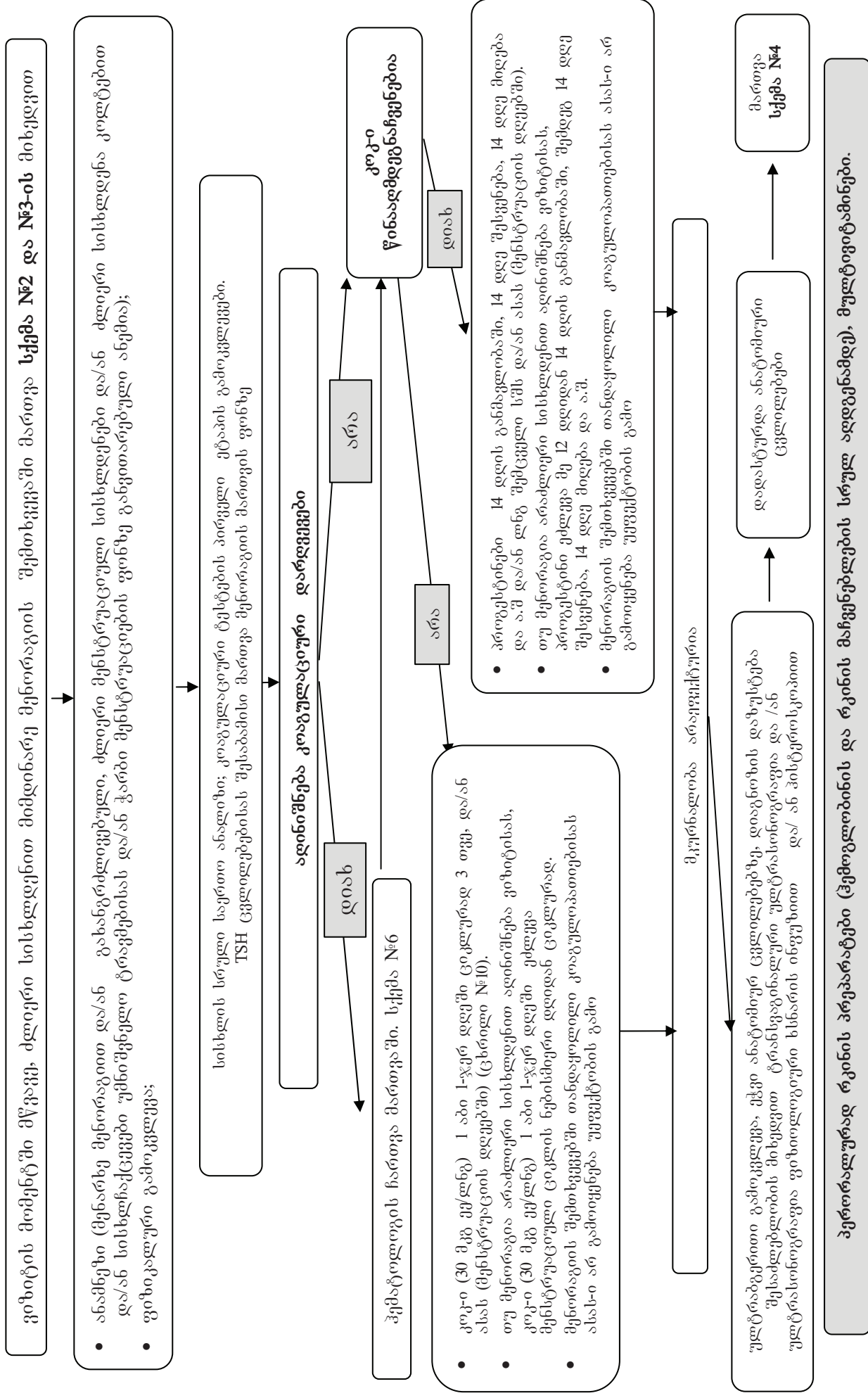


სქემა № 8. არარეგულარული სისხლდენების შეფასება არაორსულ მოზარდ პაციენტებში (მენომეტრორარგია, მეტრორარგია, მეტრორარგია, ოლიგომენორეა).

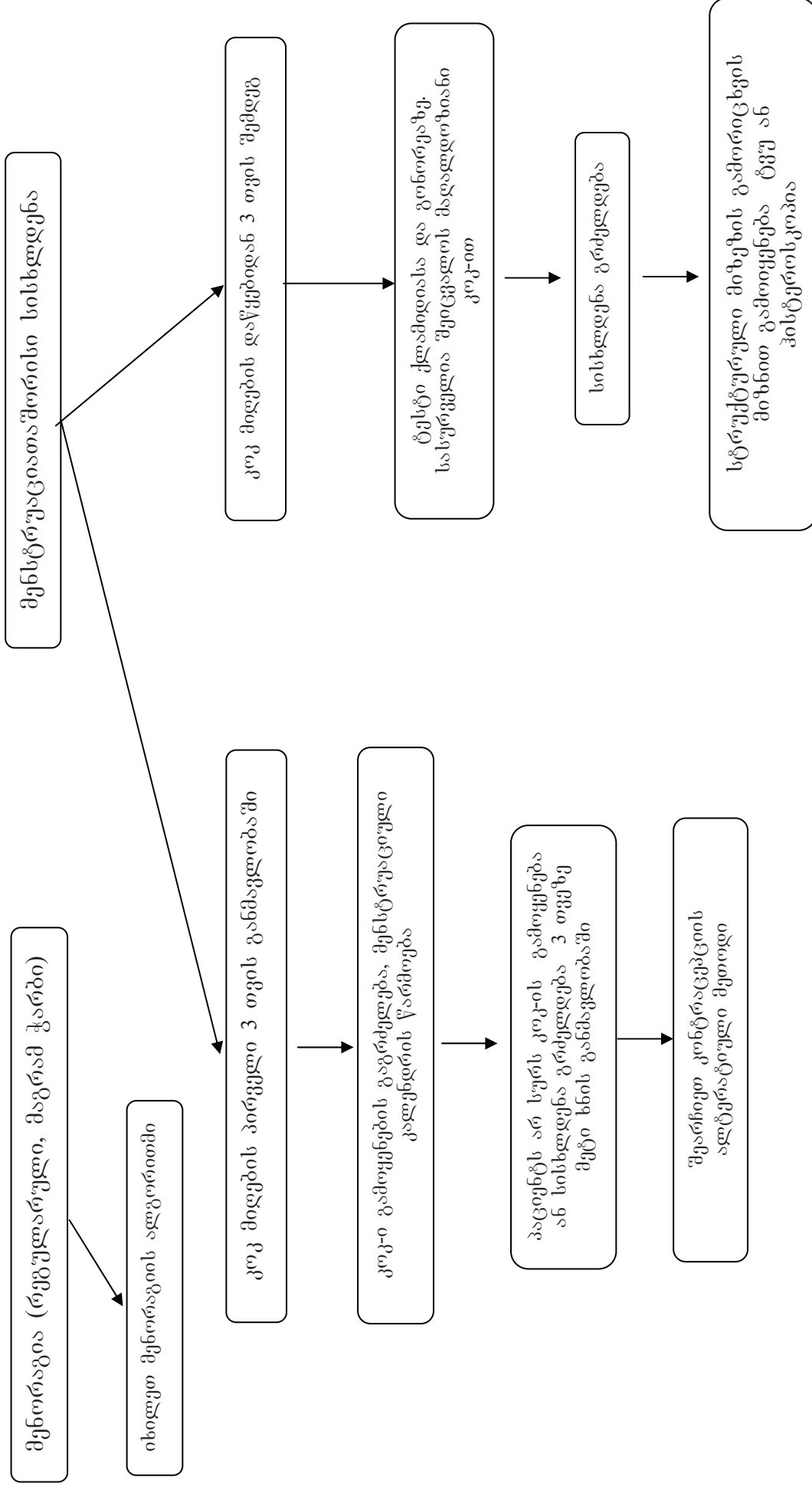




## სქემა № 10. მენორაგიების მართვა მოზარდ პაციენტებში



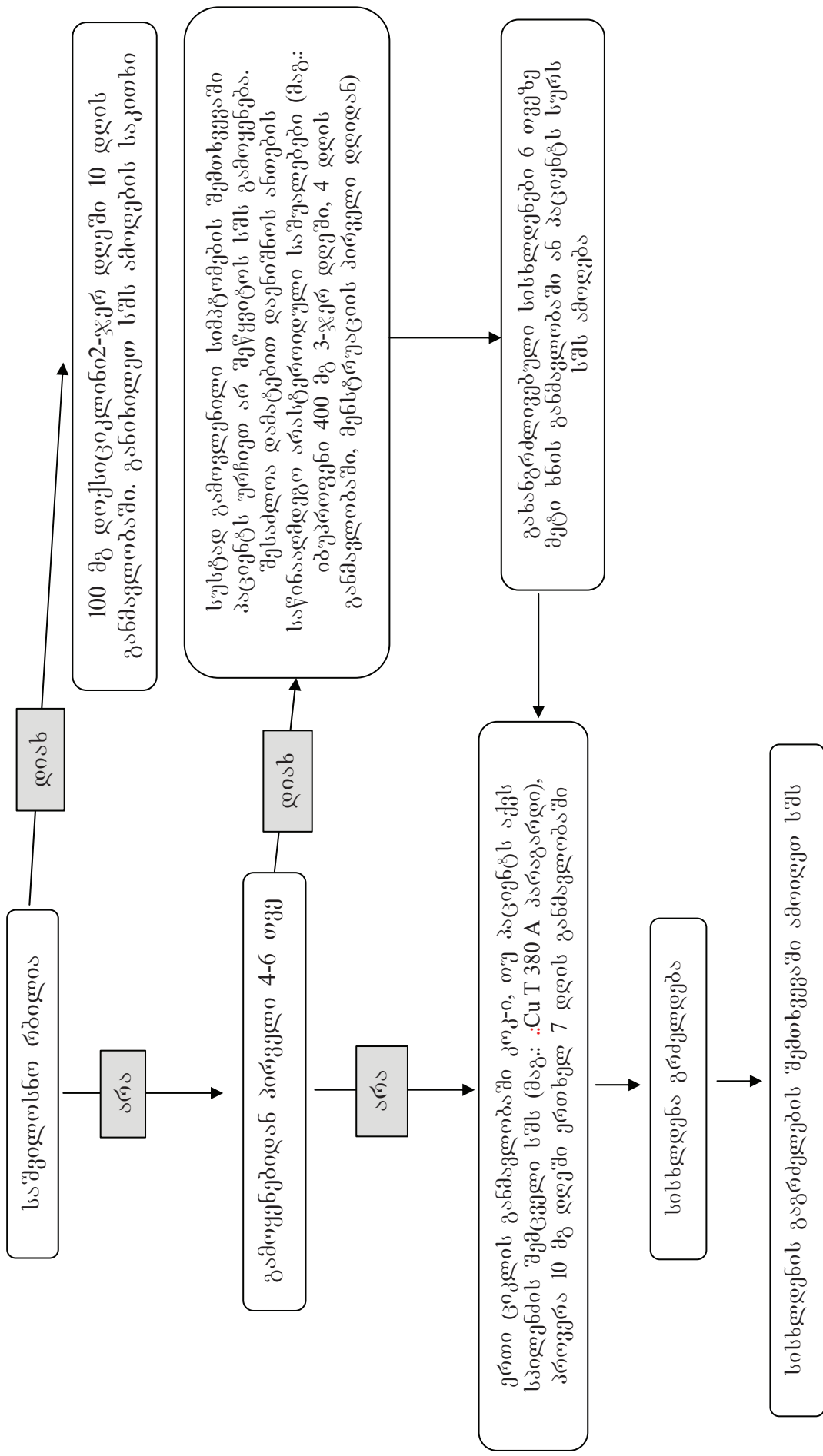
სქემა № 11. ორალურ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული სისხლდენა







სქემა № 13. საშვილსოს შოგა საშუალებების გამოყენებასთან დაკავშირებული სისხლდენები



**ცხრილი № 5. საშვილოსნოდან სისხლდენის ინტენსივობის შეფასება**

ინტენსივობა	შეფასება
ნორმალური ინტენსივობის მენსტრუაციული სისხლდენა	1 საფენი/ტამპონი 3 სთ-ზე მეტი დროის ინტერვალში
მცირე ინტენსივობის სისხლდენა	1 საფენი/ტამპონი 2-დან 3 სთ-მდე დროის ინტერვალში
ზომიერი ინტენსივობის სისხლდენა	1 საფენი/ტამპონი 1-დან 2 სთ-მდე დროის ინტერვალში
ძლიერი ინტენსივობის სისხლდენა	1 საფენი/ტამპონი 1 სთ-ზე ნაკლები დროის ინტერვალში

**ცხრილი № 6. საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენის მართვა კოაგულაციის თანდაყოლილი დარღვევებისას**

1	ფაქტორით ჩანაცვლებითი თერაპია
2	ინტრანაზალურად დესმოპრესინის აცეტატის გამოყენება
3	ანტიფიბრინოლიზური საშუალებები
4	ორალური კონტრაცეპტივები
5	ლევონორგესტრელშემცველი სჰს (მირენა)

**ცხრილი № 7. დსს და პსს დროს გამოყენებული სამკურნალო და სიმპტომური მედიკამენტები**

1	კოკ და პროგესტინები (იხილეთ ცხრილი №8 )
2	რკინის პრეპარატები (ფერუმლეკი)
3	ასას
4	ანტიემეზური

ცხრილი № 8. საქართველოში სამკურნალოდ და ჩასახვის საწინააღმდეგოდ რეგისტრირებული კოკ და პროგესტინები

დასახელება	ესტროგენი	დოზა (მგ)	პროგესტინი	დოზა (მგ)
ჟანინი	ე-ე	0.03.	დიენოგესტი	2
ფემოდენი	ე-ე	0.03	გესტოდენი	0.075
ლიანე-35	ე-ე	0.035	ციპროტერონაცეტატი	2
ლოგესტი, ლინდინეტი	ე-ე	0.02	გესტოდენი	0.075
მარველონი, რეგულონი	ე-ე	0.03	დეზოგესტრელი	0.15
მერსილონი, ნოვინეტი	ე-ე	0.02	დეზოგესტრელი	0.15
მიკროგინონი, რიგევიდონი	ე-ე.	0.03	ლევენორგესტრელი	0.15
იარინა, მიდიანა	ე-ე	0.03	დროსპირენონი	3
ჯესი, დიშია	ე-ე.	0.02	დროსპირენონი	3
ნორგეტისტერონი (ნორკოლუტი, პრიმოლუტ-ნორ)				5, 10
ნატურალური პროგესტერონის ანალოგი, დიდროგესტერონი (დუფასტონი)				10
მიკრონიზირებული პროგესტერონი (უტროჟესტანი, რელანტანი)				100, 200
საშვილოსნოსშიგა რილიზინგ-სისტემა – ლნგ-სშს (მირენა)				

**ცხრილი № 9. ლევონორგესტრელის შემცველი სშს-ს ეფექტები და უპირატესობები**

<b>კონტრაცეპციული ეფექტები</b>	
<input type="checkbox"/>	ხელს უშლის განაყოფიერებას
<input type="checkbox"/>	არ მოქმედებს კვერცხუჯრედის განვითარებაზე
<input type="checkbox"/>	მოქმედებს სპერმის მოძრაობაზე და კვერცხუჯრედში პენეტრაციაზე
<input type="checkbox"/>	აინჰიბირებს სპერმის სიცოცხლისუნარიანობას
<input type="checkbox"/>	ხელს არ უშლის კვერცხუჯრედის გამოთავისუფლებას
<input type="checkbox"/>	ასქელებს ცერვიკალურ ლორწოვანს
<b>უპირატესობები</b>	
<input type="checkbox"/>	ეფექტური კონტრაცეპცია 5 წლის განმავლობაში
<input type="checkbox"/>	მენსტრუაციული გამონადენის შემცირება
<input type="checkbox"/>	სასარგებლოა კოაგულაციური დარღვევებისას
<input type="checkbox"/>	აღინიშნება სისხლდენის შემცირება 90%-ზე მეტ შემთხვევაში (20-50%-ში ვისაც აღინიშნებოდა მენსტრუაციები 1 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში)
<input type="checkbox"/>	ხშირი ამენორეისას
<input type="checkbox"/>	დისმენორეის ინტენსივობის შემცირება
<input type="checkbox"/>	პრემენსტრუაციული სინდრომის შემსუბუქება
<input type="checkbox"/>	ინფექციური გართულებების დაბალი რისკი

**ცხრილი № 10. ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება საშუალო და მძიმედ გამოსატული დსს-ს დროს (Omar H, Greydanus DE, et al. 2010)**

<b>ჰორმონული ჰემოსტაზი</b>	
1	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 4-ჯერ დღეში მანამ, სანამ არ შეწყდება სისხლდენა. საჭიროებისას- დებინებისაწინააღმდეგო საშუალებებთან ერთად; პირველი ორი დოზა არანაკლებ 4 საათიანი ინტერვალისა.
2	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 3-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
3	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში
4	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 1 ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში
5	1 კვირა შესვენება მოხსნის სისხლდენის (ინდუცირებული მენსტრუაცია) გამოსაწვევად
6	ორალური კონტრაცეპტივების და რკინის პრეპარატების მიღება 1-ჯერ დღეში 3-6 თვის განმავლობაში
7	<i>ჰემოსტაზის პარალელურად პაციენტს ეძლევა რკინის პრეპარატები (ჰემოგლობინის და რკინის მაჩვენებლების სრულ აღდგენამდე), მულტივიტამინები</i>
<b>სისხლდენის პროფილაქტიკა კოკ-ით</b>	
კოკ-ი (30 მკგ ეე/ არ არის აუცილებელი ლნგ შემცველი ) 1 აბი 1-ჯერ დღეში ციკლურად (მენსტრუაციული ციკლის მე-5 დღიდან 21 დღის განმავლობაში) 3-6 ციკლის განმავლობაში	

ცხრილი № 11. ორალური კონტრაცეპტივების და პროგესტინების გამოყენება საშუალო და მძიმედ გამოსატული დისფუნქციური სისხლდენის დროს საშვილოსნოდან (პროფ. ჯ. ქრისტესაშვილი)

<b>ჰორმონული ჰემოსტაზი</b>	
1	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში, 1 აბი ნორეთისტერონი (5 მგ) 2-ჯერ დღეში მანამ სანამ არ შეწყდება სისხლდენა. საჭიროებისას-ღებინებისსაწინააღმდეგო საშუალებებთან ერთად; პირველი ორი დოზა არანაკლებ 4 საათიანი ინტერვალისა.
2	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში და 1 აბი ნორეთისტერონი (5 მგ) 1-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
3	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში
4	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 1 ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში
5	1 კვირა შესვენება მოხსნის სისხლდენის (ინდუცირებული მენსტრუაცია) გამოსაწვევად
6	ორალური კონტრაცეპტივების და რკინის პრეპარატების მიღება 1-ჯერ დღეში 3-6 თვის განმავლობაში
7	<i>ჰემოსტაზის პარალელურად პაციენტს ეძლევა რკინის პრეპარატები (ჰემოგლობინის და რკინის მაჩვენებლების სრულ აღდგენამდე), მულტივიტამინები</i>
<b>სისხლდენის პროფილაქტიკა კოკ-ით</b>	
კოკ-ი (30 მკგ ეე/ არ არის აუცილებელი ლნგ შემცველი ) 1 აბი 1-ჯერ დღეში ციკლურად (მენსტრუაციული ციკლის მე-5 დღიდან 21 დღის განმავლობაში) 3-6 ციკლის განმავლობაში	



<b>არარეგულარული ძლიერი სისხლდენის მართვა (ანემიის ყველა ფორმის დროს)</b>	
1	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 4-ჯერ დღეში სისხლდენის სრულ შეწყვეტამდე საჭიროებისას – დებინების საწინააღმდეგო საშუალებებთან ერთად; პირველი ორი დოზა არანაკლებ 4 საათიანი ინტერვალისა.
2	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 3-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
3	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში
4	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 1 ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში
5	1 კვირა შესვენება მოხსნის სისხლდენის (ინდუცირებული მენსტრუაცია) გამოსაწვევად
<b>არარეგულარული საშუალო ინტენსივობის სისხლდენის მართვა (ანემიის საშუალო და მსუბუქი ფორმების დროს)</b>	
1	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 3-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
2	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში
3	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 1 ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში
4	1 კვირა შესვენება მოხსნის სისხლდენის (ინდუცირებული მენსტრუაცია) გამოსაწვევად
<b>არარეგულარული მცირე ინტენსივობის სისხლდენის მართვა (ანემიის საშუალო და მსუბუქი ფორმების დროს)</b>	
1	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 2-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში
2	1 აბი კოკ (30 მკგ ეე/ლნგ შემცველი) 1 ჯერ დღეში 3 კვირის განმავლობაში
3	1 კვირა შესვენება მოხსნის სისხლდენის (ინდუცირებული მენსტრუაცია) გამოსაწვევად

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Ely, J.W., Kennedy C.M., Clark E.C., et al., Abnormal Uterine Bleeding: A Management Algorithm, JABFM, November-December 2006, vol.19, No.6, 590-602
2. Heavy Menstrual Bleeding, NICE clinical guideline, Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
3. Albers JR, Hull SK, Wesley RM, Abnormal uterine bleeding, Am Fam Physician 2004; 69: 1915-1926; 1931-1932
4. Speroff L., Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 6<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999:201-238, 499, 575-579
5. Frieberg B, Orno AK, Lindgren A, Ethagen S. Bleeding disorders among young women: a population-based prevalence study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(2): 200-206
6. Southam AL, Richart RM. The prognosis for adolescents with menstrual abnormalities. Am J Obstet Gynecol 1966; 94 (5): 637-645
7. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Pollard D, Lee CA. Assessment of menstrual blood loss and gynecological problems in patients with inherited bleeding disorders. Haemophilia 1999; 5 (1): 40-48
8. Omar H, Greydanus D, Tsitsika A, et al. Menstrual Disorders in adolescents. In: Omar H, Greydanus DE, Tsitsika A, editors. Pediatric and Adolescent Sexuality and Gynecology. Merrick, NY: Novi Science Publishers, Ch. 8. 2010. p. 175- 260
9. Quint EH, Smith YR. Abnormal uterine bleeding in adolescents. J Midwifery Womens Health 2003; 48 (3): 186-191
10. Collett TF. Irregular uterine bleeding in adolescents. J Pediatr Health Care 2002; 16 (6): 321-322
11. Greydanus DE, Rimza ME, Matysina L. Contraception for college students. pediatr Clin no Amer 2005; 52: 135-161
12. Goodman A. Abnormal genital tract bleeding. Clin Cornerstone 2000, 3: 25-35
13. Hill NC, Oppenheimer LW, Morton KE, The aetiology of vaginal bleeding in children. A 20-year review. Br J Obstet Gynecol 1989; 96:467-470
14. Lethaby A, Farquhar C, Sarkis A, Roberts H, Lepson R, Barlow D. Hormone replacement therapy in postmenopausal women: endometrial hyperplasia and irregular bleeding. Cochrane Database Syst. Rev. 2003; (4): CD000402
15. Goldstein SR, Zeltser I, Horan CK, Snyder JR, Schwartz LB. Ultrasonography-based triage for perimenopausal patients with abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 102-108
16. Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. BJOG 2002; 109: 313-321
17. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. Cancer 2000; 8: 1765-1772
18. O'Connell LP, Fries MH, Zeringues E, Brehm W. Triage of abnormal postmenopausal bleeding: a comparison of endometrial biopsy and transvaginal sonohysterography versus fractional curettage with hysteroscopy. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 956-961

19. Mihm LM, Quick VA, Brumfield JA, Connors AF Jr, Finnerty JJ. The accuracy of endometrial biopsy and saline sonohysterography in the determination of the cause of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 858-860
20. Ben-Yehuda OM, Kim YB, Leuchter RS. Does hysteroscopy improve upon the sensitivity of dilatation and curettage in the diagnosis of endometrial hyperplasia or carcinoma? *Gynecol Oncol* 1998; 68: 4-7
21. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Mareello F, Impedovo L, Selvaggi L. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril* 2001; 75: 803-805
22. Reis LA, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L et al., eds. SEER cancer statistics review, 1975-2000. Bethesda, Md.: National Cancer Institute, 2003. Accessed March 23, 2004, [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2000](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2000)
23. Brinton LA, Berman ML, Mortel R, Twiggs LB, Barrett RJ, Wilbanks GD, et al. Reproductive, menstrual, and medical risk factors for endometrial cancer: results from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:1317-1325
24. ACOG practice bulletin: management of anovulatory bleeding. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 72: 263-271
25. Goldstein SR, Zelster I, Horan CK, Snyder JR, Schwartz LB. Ultrasonography-based triage for perimenopausal patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 102-108
26. Livingstone M, Fraser IS, Mechanism of Abnormal Uterine Bleeding, *Human Reproduction Update*, 2002;8: 60-67
27. Hillard PJA. Menstruation on young girls: a clinical perspective. *Obstet gynecol* 2002; 99 (4):655-662
28. Fraser IS, Hickey M, Song JY. A comparison of mechanisms underlying disturbances of bleeding caused by spontaneous dysfunctional uterine bleeding or hormonal contraception. *Hum reprod* 1996; 11 (2): 165-178
29. Chwalisz k, Garfield RE. Role of nitric oxide in implantation and menstruation. *Hum Reprod* 2000; 15 (3):96-111
30. Bukulmez O. Luteal phase defect: myth or reality. *Obstet gynecol Clin North Am* 2004; 31: 727-744
31. Scheib SA, Batzer F. Luteal phase defect. In: Hillard PJA, editor. *The 5-minute Obstetrics and Gynecology Consult*. Philadelphia, PA: Wolters kluwer/Lippincott Williams& Wilkins, 2008. p. 124-125
32. Lavin C. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. *Curr Opin pediatr* 1996; 8 (4): 328-323
33. Lopez JA, Andrews RK, Fshar-Kharghan V, Berndt MC. Bernard-Soulier syndrome. *Blood* 1998; 91 (12): 4397-4418
34. George JN, Caen JP, Nurden AT, Glanzmann's thrombasthenia: the spectrum of clinical disease, *Blood* 1990; 75 (7): 1383-1395
35. Kadir RA, Economides DL, Lee CA. Factor XI deficiency in women. *American Journal of Hematology* 1999; 60 (1): 48-54
36. Rodeghiero F, Casraman G, Dini E. Epidemiological investigation of the prevalence of von Willebrand's disease. *Blood* 1987; 69 (2): 454-459
37. Werner EJ, Broxson EH, Tucker EL, Giroux DS, Shults J, Abshire TC. Prevalence of von Willebrand disease in children: a multi ethnic study. *J Pediatr* 1993; 123 (6): 893-898
38. Plug I, Mauser-bunschoten EP, Brocker-Vriends AH, van Amstel HK, van der Bom JG, van Diemen-Homan JE, et al. Bleeding in carriers of hemophilia. *Blood* 2006; 108 (1): 52-56
39. Pawar A, Krishnan R, Davis K, Bosma K, Kulkarni R. Perceptions about quality of life in a school-based population of adolescents with menorrhagia: implications for adolescents with bleeding disorders. *Haemophilia*. 2008;14(3):579-583.

40. Greydanus DE. Breast and gynecological disorders. In: Hoffman AD, Greydanus DE, editors. *Adolescent Medicine*, 3<sup>rd</sup> ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, Ch. 25, 1997.p. 520-565
41. Guideline for the management of abnormal Uterine Bleeding, SOGC Clinical Practice Guidelines, No 106, August 2001
42. Fraser IS, McCarron G. Randomized trial of 2 hormonal and 2 prostaglandin inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1991; 31: 66-70
43. National health Committee, New Zealand. *Guidelines for the Management of Heavy Menstrual Bleeding*. Chstchurch: 1998
44. Munro MG. Abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Part II: Medical management. *J Am Assoc Gynecol Laparoscop* 2000; 7: 17-35
45. Apgar BS, Kaufman D, Uche GN, et al. Treatment of menorrhagia. *Am Fam Phys* 2007; 75: 1813-1819
46. Kouides PA, Conrad J, Peyvandi F, Lukas A, Kadir R. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis on women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005; 84: 1345-1351
47. Greydanus DE. Contraception in chronically ill adolescents. *Internation j Disabil hum Develop* 2009; 2007: 1
48. Best KA, Kaunitz AM. Bleeding, abnormal uterine: with hormonal therapy or contraception. In: Hillard PJA, editor. *the 5- Minute Obstetrics and Gynecology Consult*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 8-9
49. Greydanus DE, Tsitsika A, Gains M. The gynecology system and the adolescent. In: Greydanus DE, Feinberg AN, Patel DR, et al, editors. *The Pediatric Diagnostic Examination*. New York, NY: McGraw-Hill medical Publishers, Ch.22. 2007. p. 701-749
50. Bennett K, Daley ML, Pike C. Factor V deficiency and menstruation: a gynecologic challenge. *Obstet Gynecol* 1997; 89 ( 5 Pt. 2):839-840
51. Munro MG, Cunningham ES. Bleeding, abnormal uterine: heavy menstrual bleeding. In: Hillard PJA, editor. *The 5-Minute Obstetrics and Gynecology Consult*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Wiliams & Wilkins, 2008. p . 6-7
52. Falcone T, Desjardins C, Bourque J, et al. Dysfuntional uterine bleeding n the adolescent. *Reprod Med* 1994; 39: 761-764
53. Rizk DE, Kumar Rm. Congenital afibrinogenemia: treatment of excessive menstrual bleeding with continuous oral contraceptive. *Am J Hematol* 1996; 52 (3): 237-238
54. Koude PA, Phatak PD, Burkart P, et al. Gynecological and obstetrical morbidity in women with type I von Willebrand disease: results of a patient survey. *Heamophilia* 2000; 6 (2): 54-60
55. Greydanus DE, Tsitsika A, Matytsina I. Contraception. In: Omar H, Greydanus DE, Tsitsika A, editors. *Pediatric and Adolescent Sexuality and Gynecology*. Merrick, NY: Novi Science Publishers, Ch. 9. 2009. p . 300-350
56. A progestin-releasing IUD for long-term contraception. *Med Lett* 2001; 67: 7-8
57. Philipps V, Graham CT, Manek S, et al. The effects of levonorgestrel intrauterine system (Mirena coil) on endometrial morphology. *J Clin Pathol* 2003; 56: 305-307
58. Majorbanks J. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Sys Rev* 2006; 2 (CD005326)