

IMSP Institutul Mamei și Copilului

PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

HEMORAGIILE JUVENILE (HJ)

Chișinău, 2017

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABS	analiza biochimică de sânge
AGS	analiza generală de sânge
AINS	antiinflamatorii nesteroidiene
CM	ciclu menstrual
COC	Contracepție hormonală combinată
DHEA-S	Dihidroepiandrosteron-sulfat
E2	estradiol
FSH	hormon foliculostimulant
fT4	tiroxina liberă
HJ	hemoragii juvenile
LH	hormon luteinizant
RMN	rezonanță magnetică nucleară
P	progesteron
Prl	prolactina
TC	tomografie computerizată
RMN	rezonanță magnetică nucleară
T	testosteron
TSH	hormon de stimulare tiroidiană
TBC	tuberculoză
TGI	tract gastrointestinal

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostice clinice:

1. Hemoragie juvenilă

A.2. Codul bolii (CIM - 10):

N 92.2 Hemoragie juvenilă

A.3. Utilizatorii:

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Secția de internare

Secția ginecologie infantilă

Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic

Laboratorul microbiologic și imunologie clinică

Secția diagnostic funcțional

Secția de imagistică și diagnostic prenatal

Secția radioimagistică și radionuclizi

Farmacia spitalului.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Ameliorarea calității examinării pacientelor cu HJ
2. Ameliorarea calității tratamentului pacientelor cu HJ
3. Majorarea incidenței copiilor cu HJ pe parcursul ultimilor ani.
4. Posibilă influență a consecințelor HJ asupra funcției reproductive.

A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2017.

A.6. Data următoarei revizuirii: aprilie 2020.

Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului :

1. Iliadi-Tulbure Corina – dr.în med., asist.univ., catedra Obstetrica și Ginecologie FECFM USMF «N.Testimițanu».
2. Manole Rodica – IMSPIMȘIC , Sef sectie Ginecologie Infantilă
3. Ceahlău Ala – IMSPIMȘIC, Medic Ginecologie Infantilă.

A.7. Definițiile folosite în document

HJ constituie hemoragiile care se manifestă în perioada de dezvoltare sexuală, fiind condiționate de dereglările sintezei ritmice a hormonilor ovarieni, nefiind legate de schimbările organice ale sistemului reproductiv sau ale altui sistem. În unele patologii (infecții septice, gonoree, tuberculoză – TBC), care acționează nemijlocit asupra ovarelor și uterului, au loc modificări primare ale organelor genitale și HJ este privită ca o consecință a acestora.

B. PARTEA GENERALĂ

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pasi (modalități și condiții de realizare)
1	2	3
Spitalizarea		Obligatoriu: Spitalizare în secția ginecologie infantilă conform criteriilor de spitalizare
<p>2. Diagnosticul</p> <p>2.1. Confirmarea diagnosticului de HJaprecierea nivelului de control al maladiei, evaluarea severității acesteia Aprecierea formelor după clasificare HJ.</p> <p>2.2. Confirmarea HJ rezistente la tratament cu evidențierea cauzelor.</p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea HJ în caz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sîngerare menstruală abundentă, prelungită • Labilitate emoțională • Prezența și persistența factorului stresogen fizic, psihologic • Modificări endocrine • Patologia tractului gastrointestinal (TGI) și hepatobiliare • Coagulopatii. <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea HJ prin aprecierea criteriilor de diagnostic.</p>	<p>Investigații obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza ginecologică și somatică • Examen fizic • Monociclograma • Aprecierea gradului de dezvoltare a semnelor sexuale secundare • Aprecierea particularităților psihologice a pacientei • Examen paraclinic ✓ AGS ✓ ABS ✓ Hemostaziograma (timpul de tromboplastină parțial activat, indicele protrombinic) ✓ Vaginoscopia ✓ Tușeu recto-abdominal și /sau Tușeu vaginal ✓ Teste hormonale (FSH, LH, P, Prl, E2, T, DHEA-S, TSH, fT4, Cortizol) ✓ Ecografia organelor genitale ✓ Ecografia organelor interne • Diagnostic diferențial • Evaluarea severității patologiei și aprecierea nivelului de control. <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultul specialiștilor (endocrinolog, hematolog, oftalmolog, chirurg, pediatru, psihoterapeut) • AGU • Frotiu vaginal

		<ul style="list-style-type: none"> • Bacteriologia eliminărilor din vagin • Radiografia șei turcești • Radiografia labei mîinii (aprecierea vîrstei osoase) • Ecoencefalografia • Ecografia suprarenalelor • TC (suspectare tumorii hipofizare) • RMN • Laparoscopie • Histeroscopie • Aprecierea metabolismului lipidic • Investigații la recomandarea specialiștilor. <p>De atras atenția la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aderarea slabă la tratament • Eșec în modificarea stilului de viață • Diagnostic alternativ.
--	--	--

3. Tratamentul

- AINS
-

Ibuprofen 400 mg la fiecare 4-6 h (doza – 1200-2400 mg)

Diclofenac sau **Nimesulid** 150-200 mg /zi, ulterior 150 mg /zi

Uterotonice

Oxytocin 5 UI-1m: 1-2 ori pe zi

Sol. NaCl 500 ml + sol.Oxytocin 5 ml (Perfuzie i/v , 6 pic./min.)

Methylergometrinum 200 mcg/1 ml ,i/m

Antihemoragice

Ethamsylate 250 mg/2 ml(1-2 ml i/m ,1-2 ori /zi)

- **Preparate hormonale** – COC (**Levonorgestrel 0,15mg + Ethinylestradiol 0,03mg, Ethinylestradiol 0,03mg + Desogestrel 0,15mg, Ethinylestradiol 0,03mg + Gestodene 0,15mg**)

Cu scop hemostatic – prima zi- 4 pastile peste fiecare 2 ore, ulterior micșoram doza cu jumătate de pastilă, pîna la 1 pastilă 1 dată pe zi ,se continuă cu această doză pîna la 21 de zile a administrării preparatului

Cu scop de reglare a CM – cîte 1 tab /zi -21 de zile cu interval de 7 zile, timp de 3-6 CM.

- **Estradiol**

Cu scop hemostatic – cîte 2 mg la fiecare 4/6 h pînă la stoparea sîngerării, ulterior cu scăderea treptată a dozei pînă la 1 tab (2 mg) /zi

Cu scop de reglare a CM – cîte 1 tab /zi timp + Gestagene în faza a doua a CM din a 12-14 zi, în CM anovulatorii

- **Dydrogesterone + Estradiol 2/10** în regim continuu timp de 3 luni în HJ pe fondal de endometrită
- **Progesteron** cîte 100 mg /zi în hemoragie abundentă profuză sau
- **Dydrogesterone** cîte 10 mg la fiecare 2 h /zi sau de 3 ori /zi pînă la stoparea sîngerării sau

cîte 40 mg /zi în faza a doua a CM sau cîte 20 mg /zi din a 5-a pînă într-a 25/a zi a CM în menoragie

- **Medroxyprogesterone** cîte 5-20 mg /zi în faza a doua a CM în menoragie în caz de insuficiența fazei luteinice sau
- **Medroxyprogesterone** cîte 10 mg /zi din a 5-a pînă într-a 25-a zi, în caz de CM ovulator
- **Progesteron microdozat** cîte 200 mg /zi timp de 12 zile pe fondalul terapiei continuă cu estrogene

Cu scop de reglare a CM – **Progesteron microdozat** cîte 100 mg de 3 ori /zi sau

Dydrogesterone cîte 10 mg de 2 ori /zi în a doua fază a CM timp de 10-14 zile

- **Preparate de fer – (Ferrous sulfate + Ascorbic acid)** timp de 1-3 luni

- **Antibacteriene**

Macrolide Roxitromicină cîte 150 mg de 2 ori /zi timp de 7-10 zile

Fluorquinolone

Ofloxacină cîte 200 mg de 2 ori în zi timp de 7-10 zile

Cefalosporine

Cefazolin, Cefuroxim, Ceftriaxon cîte 1g de 2 ori /zi

timp de 7 zile

- **Antiprotozoice**

Metronidazol 0,5% 100 ml o dată /zi timp de 3 zile i.v.

- **Antifungice**

Fluconazol 150 mg N1

Ketoconazol cîte 200 mg /zi timp de 7 zile

- **Traumel** cîte 1 tab de 3 ori /zi timp de 3 luni

- **Vitaminoterapie**

Vit. E cîte 200-400 mg /zi

Acid folic cîte 1 mg de 3 ori /zi timp de 10-15 zile în faza a doua a CM

Acid ascorbic cîte 0,5 g de 3 ori /zi timp de 10-15 zile în faza a doua a

CM

Mg + Piridoxin cîte 1 tab de 2-3 ori /zi timp de 4 luni de 2 ori /an

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritm de diagnostic

- Anamnestic
- Examen clinic
- Examen paraclinic (de laborator și instrumental)
Obiectivele procedurilor de diagnostic
- Confirmarea semnelor clinice caracteristice pentru HJ

C. 1.2. Algoritm de tratament

Scopul tratamentului este diminuarea manifestărilor clinice ale maladiei, micșorarea frecvenței acutizărilor și prevenirea recidivelor.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea maladiei:

HJ poate fi clasificată în funcție de următoarele criterii: modificările funcționale și morfologice ovariene, particularitățile evoluției clinice, nivelul concentrației plasmatică de E2 și modificările de laborator.

Clasificarea HJ în funcție de modificările funcționale și morfologice ovariene:

- HJ ovulatorii
- HJ anovulatorii

Clasificarea HJ în funcție de particularitățile evoluției clinice:

- Menoragie
- Polimenoree
- Metroragie și menometroragie

Clasificarea HJ în funcție de concentrația plasmatică de E2:

- Hipoestrogene
- Normoestrogene
- Hiperestrogene

Clasificarea HJ în funcție de și modificările de laborator:

- Tipice
- Atipice

C.2.2. Factorii de risc

- Stresul emoțional, psihologic, fizic
- Supraoboseală, Extenuare
- Traumatism fizic
- Condiții nesatisfacatoare de trai
- Infecții acută și cronice
- Intoxicație
- Hipo- și avitaminoza
- Dereglarea regimului de alimentare, dietă
- Dereglarea regimului somn-veghe
- Lipsa aflării la aer curat
- Dereglări hormonale legate de particularitățile de dezvoltare
- Dereglarea sistemelor de coagulare și anticoagulare

C.2.3. Conduita pacientei cu HJ

C.2.3.1. Anamneza

Factori anamnestici:

- Sîngerare menstruală abundentă, prelungită
- Sindrom hemoragic (gingival, epistaxis, echimoze, diateza hemoragică)
- Stres, traumatism, intoxicație
- Dereglarea regimului de alimentare, dietă
- Infecții acută și cronice
- Hipo- și avitaminoza, dereglarea regimului alimentar
- Modificări endocrine (particularități de vîrstă, glanda tiroidă, hipofiză, hipotalamus, suprarenale)
- Coagulopatii (boala Wilebrandt, trombostenie, purpura trombocitopenică, hipofibrinogenemie, hipoproconvertinemie)
- Patologia TGI
- Tumori ovariene estrogendependente
- TBC ale organelor genitale interne
- Factor congenital
- Anamneza ginecologică și obstetricală complicată a mamei (avorturi spontane, evoluția complicată a sarcinii, hipertensiune indusă de sarcină, hemoragii disfuncționale, disfuncții ovariene etc.)

C.2.3.2. Examenul fizic

Criteriile de diagnostic:

- Durata sîngerărilor sub 2 zile (cm de 21-24 zile) sau peste 7 zile (CM peste 35 zile)
- Volumul pierderii sangvinolente peste 80 ml sau subiectiv într-o cantitate mai mare vs. de mensisul obișnuit
- Sîngerări intermenstruale sau postcoitale
- Lipsa patologiei structurale a endometriului
- Confirmarea CM anovulator pe perioada sîngerării (nivelul P 9,5 nmol/l în a 21-25-a zi de CM, temperatura bazală monofazică, lipsa foliculului preovulator la ecografie).

Examen fizic

- Necoresponderea dezvoltării după parametrii antropometrici (talie și masă corporală)
- Hirsutism, galactoree, creșterea dimensiunilor glandei tiroide
- Semne de anemie

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

- AGS
- ABS
- Teste hormonale (FSH, LH, P, Prl, E2, T, DHEA-S, TSH, fT4, Cortizol)
- Ecografia organelor genitale
- Ecografia organelor interne
- AGU
- Frotiu vaginal
- Bacteriologia eliminărilor din vagin
- Radiografia șei turcești
- Radiografia labei mîinii (aprecierea vîrstei osoase)
- Ecoencefalografia
- Ecografia suprarenalelor
- TC (suspectare tumorii hipofizare)
- RMN
- Laparoscopie
- Histeroscopie
- Aprecierea metabolismului lipidic

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial se efectuează cu următoarele nozologii:

- Iminența de întrerupere a sarcinii uterine
- Coagulopatii
- Polipi de col și/sau corp uterin
- Adenomioză
- Boala inflamatorie pelvină
- Trauma organelor genitale externe sau corp străin în vagin
- Sindromul ovarelor polichistice
- Tumori estrogendependente
- Patologia glandei tiroide
- Hiperprolactinemie

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

- Sîngerare abundentă, profuză, care nu se cupează prin tratament medicamentos
- Scăderea hemoglobinei sub 70-80 g/l, care pune în pericol viața pacientei
- Necesitatea efectuării tratamentului chirurgical și a hemotransfuziei.

C.2.3.6. Tratamentul

- **Inhibitorii de trecere a plasminogenului în plasmină:**

Acidul alfa-aminocaproic

- **AINS**

Ibuprofen 400 mg la fiecare 4-6 h (doza – 1200-2400 mg)

Diclofenac sau **Nimesulid** 150-200 mg /zi, ulterior 150 mg /zi

Nimesil, Nimulid

- **Preparate hormonale – COC** cu progestagene generația a III-a

- **Dezogestrel (Regulon, Marvelon)** 150 mcg sau

- **Gestoden (Lindinette-30, Femoden)** 75 mcg

Cu scop hemostatic – 1 tab de 4 ori/zi timp de 4 zile; ulterior 1 tab de 3 ori/zi timp de 3 zile; ulterior 1 tab de 2 ori/zi timp de 2 zile; ulterior câte 1 tab / zi pînă la finisarea celei de-a doua cutie.

Cu scop de reglarea CM – câte 1 tab /zi timp de 3-6 CM.

Regulon, Marvelon, Rigevidon câte 1/2 tab peste fiecare 4 h pînă la obținerea hemsotazei, cu scăderea dozei cu 1/2 ta /zi.

- **Estradiol (Proginova, Estrofen)**

Cu scop hemostatic – câte 2 mg la fiecare 4/6 h pînă la stoparea sîngerării, ulterior cu scăderea treptată a dozei pînă la 1 tab (2 mg) /zi

Cu scop de reglare a CM – câte 1 tab /zi timp + Gestagene în faza a doua a CM din a 12-14 zi, în CM anovulatorii

- **Femoston 2/10** în regim continuu timp de 3 luni în HJ pe fondal de endometrită

- **Progesteron** câte 100 mg /zi în hemoragie abundentă profuză sau

• **Duphaston** câte 10 mg la fiecare 2 h /zi sau de 3 ori /zi pînă la stoparea sîngerării sau câte 40 mg /zi în faza a doua a CM sau câte 20 mg /zi din a 5-a pînă într-a 25-a zi a CM în menoragie

- **Medroxiprogesteron** câte 5-20 mg /zi în faza a doua a CM în menoragie în caz de insuficiența fazei luteinice sau

- **Medroxiprogesteron** câte 10 mg /zi din a 5-a pînă într-a 25-a zi, în caz de CM ovulator

- **Progesteron microdozat (Utrogestan)** câte 200 mg /zi timp de 12 zile pe fondalul terapiei continuă cu estrogene

Cu scop de reglare a CM – Utrogestan câte 100 mg de 3 ori /zi sau

Duphaston câte 10 mg de 2 ori /zi în a doua fază a CM timp de 10-14 zile

- **Preparate de fer – Sorbifer** timp de 1-3 luni

- **Antibacteriene**

Macrolide

Roxitromicină câte 150 mg de 2 ori /zi timp de 7-10 zile

zile

Ofloxacină câte 200 mg de 2 ori în zi timp de 7-10 zile

Ftorchinolone

Lendacil câte 1 g de 2 ori /zi timp de 5 zile

Cefalosporine

Amoxiclav câte 625 mg de 3 ori /zi timp de 7 zile

- **Antiprotozoice**

Metronidazol (Metrogil) 0,5% 100 ml o dată /zi timp de 3 zile

i.v.

- **Antifungice**

Micosist 150 mg N1

Ketoconazol (Nizoral) câte 200 mg /zi timp de 7 zile

- **Traumel** câte 1 tab de 3 ori /zi timp de 3 luni

- **Vitaminoterapie** **Vit. E** câte 200-400 mg /zi

CM	<p>Acid folic câte 1 mg de 3 ori /zi timp de 10-15 zile în faza a doua a CM</p> <p>Acid ascorbic câte 0,5 g de 3 ori /zi timp de 10-15 zile în faza a doua a CM</p> <p>Magne B6 câte 1 tab de 2-3 ori /zi timp de 4 luni de 2 ori /an</p>
----	--

C.2.3.7. Evoluția

<p>HJ evoluează spre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evoluția bolii este benignă • Se supune tratamentului conform protocolului • Prognosticul reproductiv este pozitiv în caz de tratament adecvat.
--

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>IMSP IMșiC Secția Ginecologie Infantilă</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic ginecolog • Medic endocrinolog • Medic hematolog • Medic oftalmolog • Medic gastroenterolog • Medic ftziopulmonolog • Medici specialiști în diagnosticul funcțional • Medic de laborator • Asistente medicale • Acces la consultații calificate • Psihoterapeut. <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Set ginecologic pentru fete (valve ginecologice) • Ecograf • Laborator clinico-diagnostic pentru determinarea: AGS, ABS, AGU, coagulograma, FSH, LH, P, Prl, E2, T, DHEA-S, TSH, fT4, Cortizol) • Laborator microbiologic și imunologie clinică pentru determinarea: frotiului vaginal, bacteriologiei eliminărilor din vagin. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate hemostatice (Vicasol, Preparate de calciu) • Preparate ce cresc potențialul de coagulare a sîngelui (Dicinonă, Etamzilat) • Preparate hormonale (contraceptive orale monofazice) • Uterotonice (Oxitocina) • Preparate de fer • Vitamine
--	---

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

N	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacientelor cu HJ	Proporția pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examen clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie	Numărul pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examene clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie , pe parcursul ultimului an • 100	Numărul pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an
2	Sporirea calității tratamentului la pacientele cu HJ	Proporția pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie	Numărul pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie , pe parcursul ultimului an • 100	Numarul pacientelor cu diagnosticul HJ, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an

F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Responsabil de monitorizarea implementării protocolului șefa secției de Ginecologie Infantilă, Manole Rodica.

Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientei cu HJ

**Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern)
a pacientelor cu HJ conform indicațiilor**

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientei cu HJ	Secția reanimare și terapie intensivă pediatrică Secția de reanimare chirurgicală	Șef secție - Ana Oglindă Tel. 523-613, 3-38, 4-14 Șef secție-Tatiana Pasicovschii Tel.559-659
Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacientele cu HJ	Secția chirurgie urgentă Secția chirurgie septică Secția ginecologie chirurgicală Secția ginecologie	Șef secție – Mihai Seu Tel. 559-658, 5-63, 6-19 Șef secție – Ion Negru Tel. 523-782, 2-33, 5-48 Șef secție- Ana Mișina Tel.523-839 Șef secție- Veaceslav Rezneac Tel. 523-847
Anemie posthemoragică	Secția reanimare și terapie intensivă pediatrică Secția de reanimare chirurgicală	Șef secție - Ana Oglindă Tel. 523-613, 3-38, 4-14 Șef secție-Tatiana Pasicovschii Tel.559-659
Caz suspectat /confirmat de TBC la pacientele HJ	IMSP SCM Ftiziopulmonologie Str. Grenoble, 147	Secția internare Tel. 725-703
Caz suspectat /confirmat oncologic la pacientele cu HJ	IMSP Institutul Oncologic Str. N. Testemițanu, 30	Secția internare Tel. 725-588

Procedura generală de transfer a pacientei:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile /patologia concomitentă, /agravarea stării, parvenite la pacienta cu HJ.
2. Șeful secției consultă pacienta în comun cu medicul curant.
3. Pacienta este consultată, în mod obligatoriu, de șeful clinicii sau conferențiarilor catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează directorul departamentului respectiv despre cazul respectiv.
6. Directorul departamentului respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: directorul departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e pentru pacientă, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientei în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transport IMSP IMC.

Anexa: Ghidul informativ pentru părinți

HJ constituie hemoragiile care se manifestă în perioada de dezvoltare sexuală, fiind condiționate de dereglările sintezei ritmice a hormonilor ovarieni, nefiind legate de schimbările organice ale sistemului reproductiv sau ale altui sistem. În unele patologii (infecții septice, gonoree, TBC), care acționează nemijlocit asupra ovarelor și uterului, au loc modificări primare ale organelor genitale și HJ este privită ca o consecință a acestora.

HJ poate fi clasificată conform numeroaselor criterii. În funcție de modificările funcționale și morfologice ovariene, HJ pot fi ovulatorii și anovulatorii. În funcție de particularitățile evoluției clinice se pot atesta: menoragie, polimenoree sau metroragie și menometroragie. În funcție de concentrația plasmatică de E2, HJ sunt: hipo-, normo- și hiperestrogene, iar după modificările de laborator sunt tipice și atipice.

În scopul determinării diagnosticului, se efectuează următoarele examinări: examen fizic, monociclograma, aprecierea gradului de dezvoltare a semnelor sexuale secundare și a particularităților psihologice a pacientei. Examenul paraclinic constă în utilizarea de: AGS, ABS,

hemostaziograma, vaginoscopia, tușeu recto-abdominal și /sau Tușeu vaginal, teste hormonale, examenele ecografic, radiologic, RMN, TC, metodele endoscopice (laparoscopia, histeroscopia) și consultul specialiștilor (endocrinolog, hematolog, oftalmolog, ftiziopulmonolog, chirurg, pediatru, psihoterapeut).

Scopul tratamentului medicamentos constă în diminuarea manifestărilor clinice a maladiei, micșorarea frecvenței acutizărilor și prevenirea recidivelor. Acesta este orientat pentru stoparea sîngerării și tratamentul complicațiilor (anemie, edometrită, dereglări în sistemul de hemostază), precum și în tratamentul patologiei de bază, care a determinat sîngerarea, servind ca factor etiopatogenic. Se utilizează preparate: hemostatice, ce cresc potențialul de coagulare a sîngelui, hormonale, uterotonice, preparate de fer, vitamine. Se recurge pe larg la fizioproceduri. Indicații pentru tratamentul chirurgical (raclajul cavității uterin, histeroscopie, laparoscopie) este: lipsa efectului tratamentului medicamentos, dereglarea stării generale a pacientei, dezvoltarea anemiei acute posthemoragice ($Hb < 70$ g/L), suspecția polipului endometrial (ecografic M-eco peste 16-18 mm), sîngerări recidivante timp de 2 ani pe fondal de tratament conservativ. Fetitele sunt supravegheate de medicul ginecolog la fiecare 3-6 luni pînă la vîrsta de 18 ani. Prognosticul reproductiv este pozitiv în caz de efectuarea tratamentului complex adecvat.

BIBLIOGRAFIE

- Bonivento I. et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002), SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002, Lausanne. Raisons de santé, 95a2 2004
- Katz V. et al. eds. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier 2007
- Strickland J., Wall J. Abnormal uterine bleeding in adolescents. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 30(2):321-335, 2003
- Moșin V., *Ginecologia endocrinologică juvenilă*. Ed. ARC. Chisinau, 2003
- Гуркин Ю.А. *Детская и подростковая гинекология*. Москва 2009
- Уварова Е. *Детская и подростковая гинекология*. Москва 2009.

