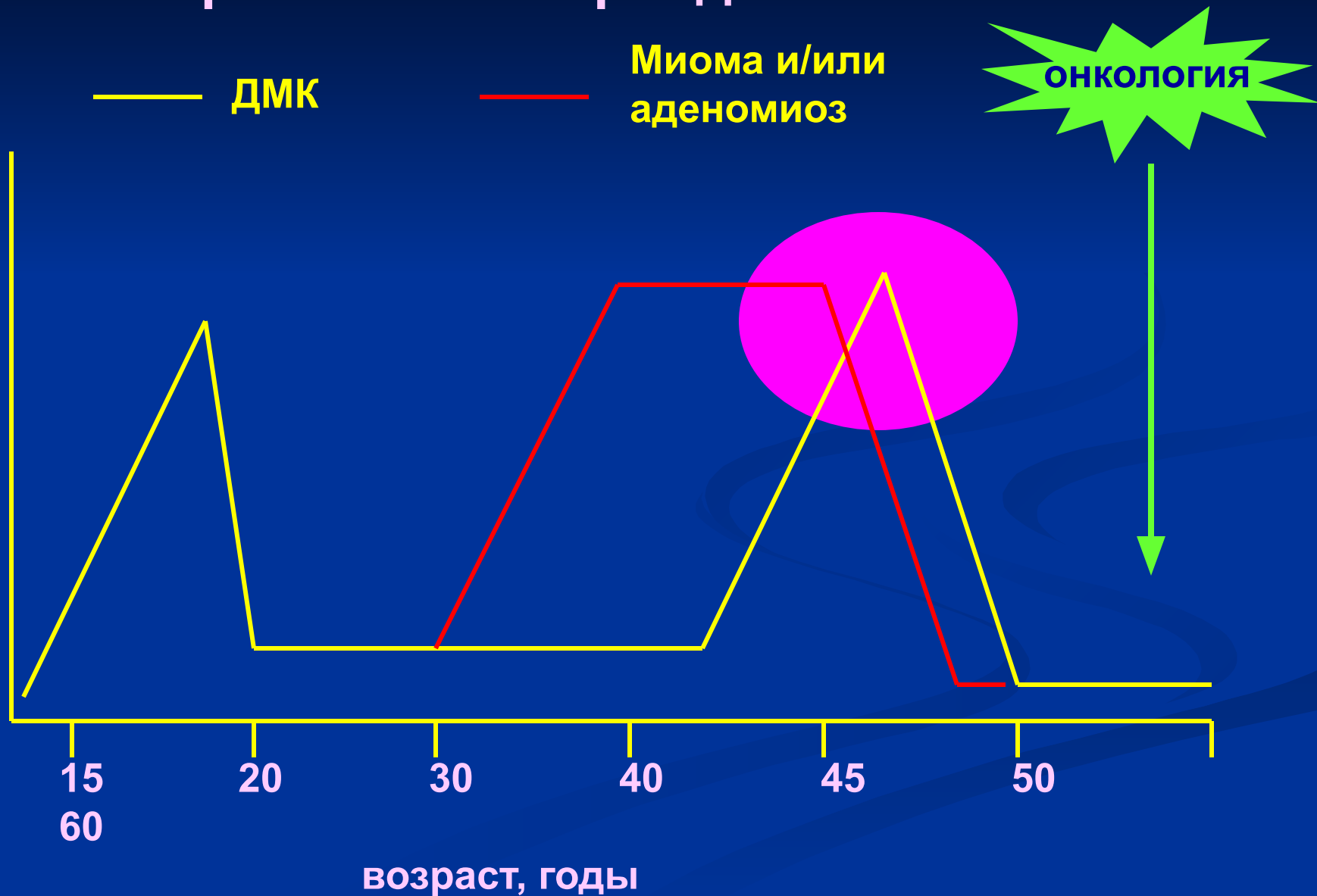


**Диагноз исключения**



***Дисфункциональные  
маточные кровотечения***

# Структура маточных кровотечений в различные периоды жизни



# Критерии нормальной менструации

**Объём теряемой крови до 80 мл  
( в среднем 30 мл).**

**Продолжительность кровотечения от 2 до 7  
дней.**

**Длительность менструального цикла от 23 до  
35 дней ( в среднем 28-30)**

# Типы нарушений менструального цикла.

**Аменорея: отсутствие менструаций 6 и более месяцев.**

**Олигоменорея: менструальноподобные кровотечения с интервалом более 35 дней.**

**Гипоменорея: скудные менструации.**

**Меноррагия: усиление менструального кровотечения по количеству дней и/или объёму теряемой крови.**

**Метроррагии: ациклические кровотечения при сохранённом (межменструальные) или отсутствующем ритме менструаций.**

**Менометроррагии:** обильные менструации с межменструальными кровотечениями.

**Полименорея:** менструальноподобные кровотечения с интервалом менее 22 дней.

**Предменструальная «мазня»:** вариант метроррагии, ограниченный несколькими днями перед менструацией.

**Эндометриоз шейки матки,  
полипы, НЛФ**

# Причины дисфункциональных маточных кровотечений

## А. Ановуляторные

1. Ювенильные
2. Пременопаузальные
3. Синдром поликистозных яичников
4. Метаболический синдром
5. Заболевания надпочечников или щитовидной железы
6. Приём лекарственных средств (ОК, психотропные)
7. Стресс, ОРВИ и др

## В. Овуляторные

1. НЛФ
2. Кровотечения в середине цикла

# **ДМК – диагноз исключения органических причин**

## **А. Связанных с беременностью**

- 1. Спонтанный или индуцированный выкидыш**
- 2. Внематочная беременность**
- 3. Трофобластическая болезнь**
- 4. Послеабортные или послеродовые осложнения**

## **В. Анатомические маточные причины**

- 1. Миома и/или аденомиоз**
- 2. Полип эндометрия**
- 3. Рак тела матки**

## **С. Анатомические внематочные причины.**

1. **Гормональноактивные опухоли яичников**
2. **ВЗОМТ**
3. **Патология шейки матки и влагалища**
  - **новообразования**
  - **вагиниты**
4. **Мочевой тракт**
  - **инфекция**
  - **мочекаменная болезнь**
5. **Желудочно-кишечный тракт**
  - **геморрой**
  - **трещины**



# D. Системная патология

## 1. Коагулопатии

- болезнь Виллебранда
- Тромбоцитопения

## 3. Эндокринопатия

- щитовидной железы
- коры надпочечников
- гипоталамо-гипофизарной системы

## 4. Нарушения питания

# Ювенильные кровотечения (МКПП)

- ановуляторные ДМК
- коагулопатии

## Лабораторно-инструментальные исследования

- клинический анализ крови, коагулограмма
- УЗИ
- гормональные исследования мало информативны

У девушек, живущих половой жизнью исключить:

- беременность
- ИППП

При рецидивирующих кровотечениях, не поддающихся гормонотерапии

- гистероскопия с биопсией эндометрия

# Нарушения гемостаза и ЮМК

- **болезнь Виллебранда**
- **тромбоцитопении**
- **тромбоцитопатии**

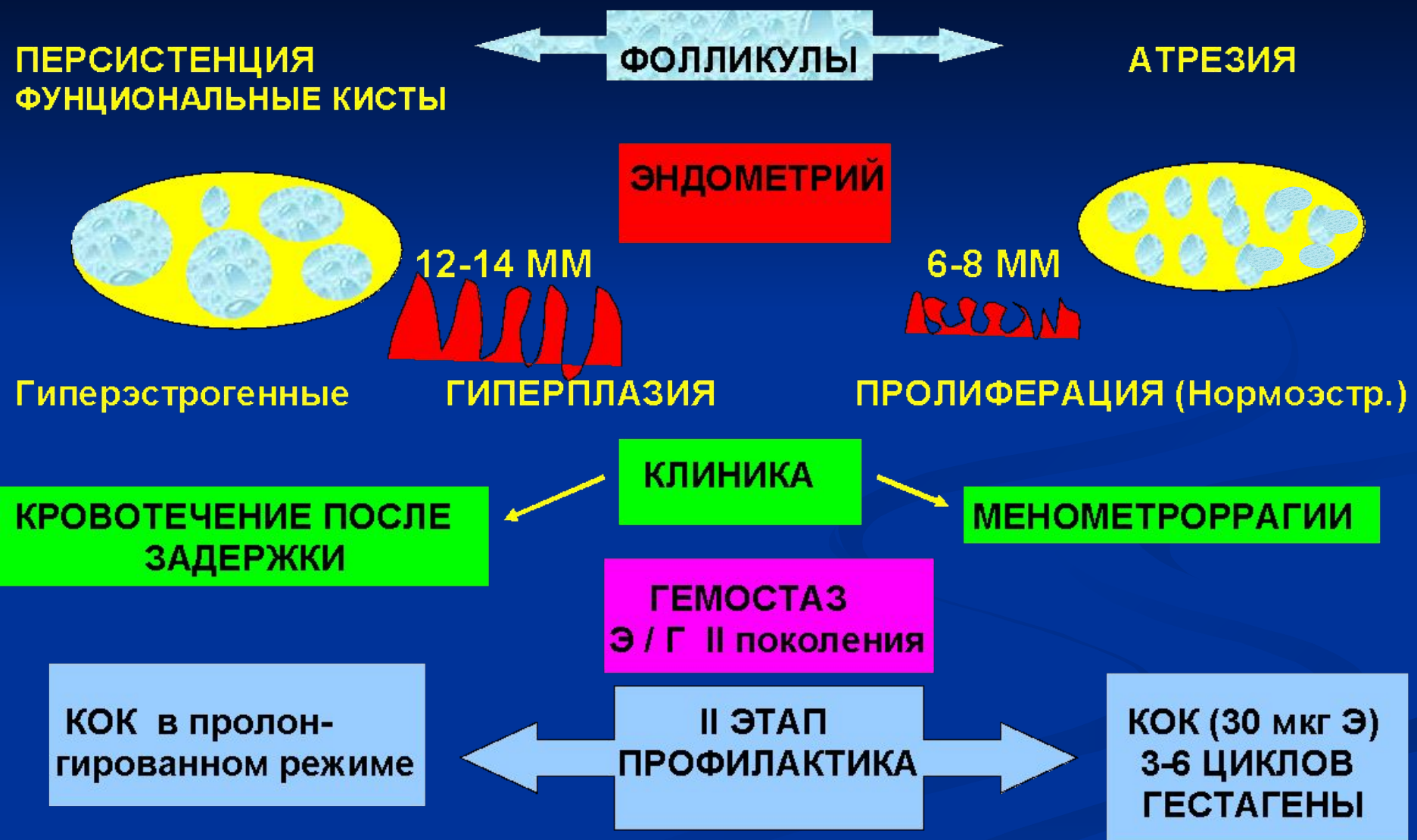
## Характерные симптомы

- **геморрагический синдром**
- **меноррагии**
- **снижение Hb < 100 г/л**

# Диагностика тромбофилий

- ↓ количества тромбоцитов → тромбоцитопения
- ↑ АЧТВ, АВР, ПТИ → снижение прокоагулянтного звена системы гемостаза
- ↑ ТВ, ПДФФ, фибриногена → коагулопатия потребления
- ↓ агрегации тромбоцитов → тромбоцитопатия
- ↓ агрегации при стимуляции ристомидином → Болезнь Виллебранда

# ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (АНОВУЛЯТОРНЫЕ)



# Лечение ановуляторных ЮМК

## Первый этап – Гемостаз

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты
- лечебно-диагностическое выскабливание

## Ориентиры выбора

- выраженность кровотечения
- степень анемии

## Второй этап – Регуляция цикла

- гестагены
- комбинированные оральные контрацептивы

## Ориентиры выбора метода

- степень эстрогенной насыщенности
- сексуальная активность
- наличие метаболических нарушений

# Симптоматическая терапия

CaCl 10% - 10,0 x 1-2 p / с

дицинон 1,5 г / с

викасол 0,06 г / с

контрикал 10-20 тыс. ЕД до 4p / с

окситоцин 5 ЕД 2p / с

метилэргометрин 0,02% - 0,5 мл x 2p / с

*Профилактика*

**ОК или Гестагены**

# Вероятные причины кровотечений репродуктивного возраста

- 1 – кровотечения, связанные с беременностью
- 2 – органические заболевания органов малого таза
- 3 – экстрагенитальная патология
- 4 – дисфункциональные маточные кровотечения



# Лабораторно-инструментальные исследования

- микробиологическое исследование
- цитологическое исследование мазков шейки матки кольпоскопия
- УЗИ
- клинический анализ крови,  $\beta$  ХГЧ
- Коагулограмма
- гормональное исследование при нарушениях менструального цикла
- гистероскопия с биопсией эндометрия

# Лечение дисфункциональных маточных кровотечений репродуктивного возраста

## *Овуляторные ДМК*

- Кровотечения в середине цикла
- НЛФ

Комбинированные оральные контрацептивы с прогестагеном – левоноргестрел (Ригевидон) или дезогестрел (Марвелон, Регулон)

# Ановуляторные ДМК

## 1 этап – гемостаз

- лечебно-диагностическое выскабливание
- гормональный гемостаз (до 30 лет)

## 2 этап – гормонотерапия по принципам лечения гиперпластических процессов эндометрия

# Идиопатическая меноррагия

## Дифференциальный диагноз

- УЗИ
- гистероскопия с диагностическим выскабливанием эндометрия

## Лечение меноррагий при отсутствии видимой патологии

- нестероидные противовоспалительные препараты
- КОК, Мирена
- абляция эндометрия ?

# Лечение ановуляторных ДМК в пременопаузе

## 1 этап – гемостаз

лечебно-диагностическое выскабливание под контролем  
гистероскопии



Симптоматические методы лечения –  
грубейшая ошибка !

2 этап – гормонотерапия по  
принципам лечения гиперпластических  
процессов эндометрия



# Меноррагии и миома матки и/или внутренний эндометриоз

**I этап (6 мес) - терапия, направленная на  
«оскуднение» менструаций:**

- **аГнРГ – 4-6 инъекций (медикаментозная  
менопауза) или Данол по 400 мг/с 6 мес**

**II этап - не ожидая восстановления  
менструального цикла введение Мирены**

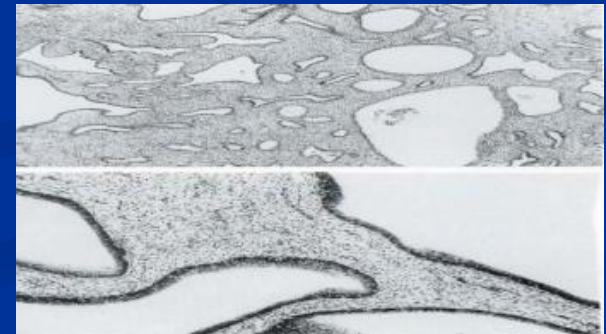
- **Жанин → оскуднение менструаций**

**II этап - введение Мирены**

**Мирена – альтернатива гистерэктомии !**

# Гиперплазия эндометрия

- это чрезмерная пролиферация преимущественно железистого компонента эстрогензависимого нормального поликлонального эндометрия или фокусно - измененного аномального моноклонального эндометрия

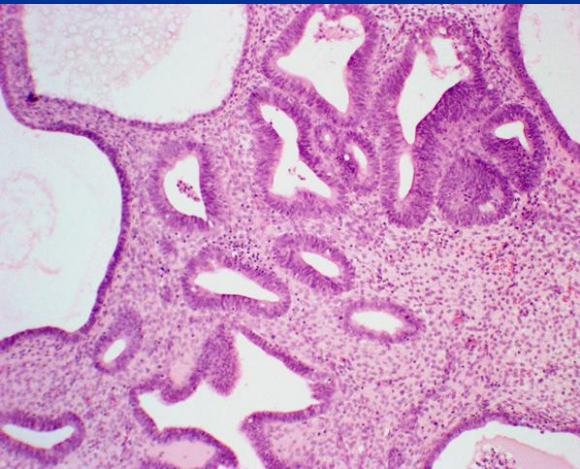


# Морфологическая классификация гиперпластических процессов эндометрия

наиболее часто применяемая гинекологами России

## Гиперплазия эндометрия:

1. простая
2. железистая и железисто-кистозная (аденоматозная)
3. атипическая (очаговая и диффузная)





## Рекомендуемая морфологами ВОЗ (1994)

### I. Гиперплазия эндометрия - без атипии (ядра эпителия не изменены)

- **простая** ГЭ (увеличение железистых и стромальных компонентов)
- **сложная** ГЭ (преобладание железистых структур)

### II. Атипическая гиперплазия эндометрия (ядра эпителия изменены)

- **простая** ГЭ ( кистозные изменения в железах)
- **сложная** ГЭ (полиповидные выросты в железах)
- «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия» - EIN)

Существуют проблемы воспроизводимости морфологического диагноза и частота расхождения может достигать до **82,1-93,2%\***, особенно между патанатомами в лечебных учреждениях и онкоцентрах



При сомнительных вариантах -  
пересмотр стекол

\*Хмельницкая Н.М. и соавт. 2006 г



# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

## ПЕРВАЯ КОНЦЕПЦИЯ (Бохман Я.В.)

**Гормональнозависимый вариант (60-70%)** - связан с длительной эстрогенной стимуляцией при отсутствии действия прогестерона. Часто развивается при ановуляторных синдромах и метаболических нарушениях.

**Гормональнонезависимый вариант (30-40%)** – не связан с эндокринными нарушениями. Часто встречается в постменопаузе.

## ВТОРАЯ КОНЦЕПЦИЯ (Ferenczy and Gelfand)

Не признает постепенного нарастания гиперпластических изменений, а подразумевает развитие или по

**гиперпластическому варианту** (типичная гиперплазия),

или по

**неопластическому варианту** (атипическая гиперплазия).

# Механизмы пролиферации

абсолютная или  
относительная  
гиперэстрогения

при овуляторном цикле -  
канцерогенные  
метаболиты эстрогенов  
(16-ОН, 2-ОН эстрогены)

экспрессия цитохрома  
P-450 - ароматазы в  
эндометрии

## эстрогены

□ активация

митогенных, провоспалительных факторов роста

□ активация

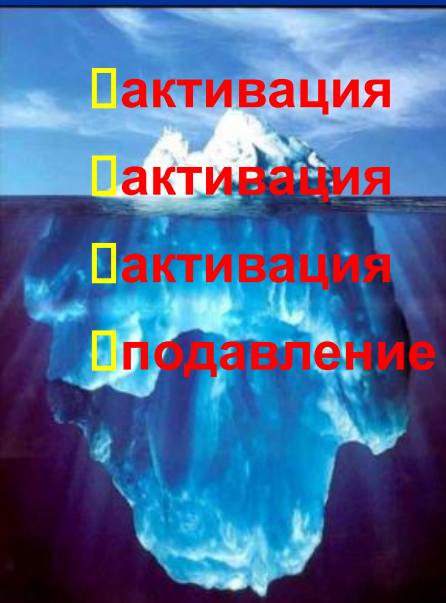
протеолиза (ММП) → разрушение ВКМ

□ активация

неоангиогенеза - повышение СЭФС

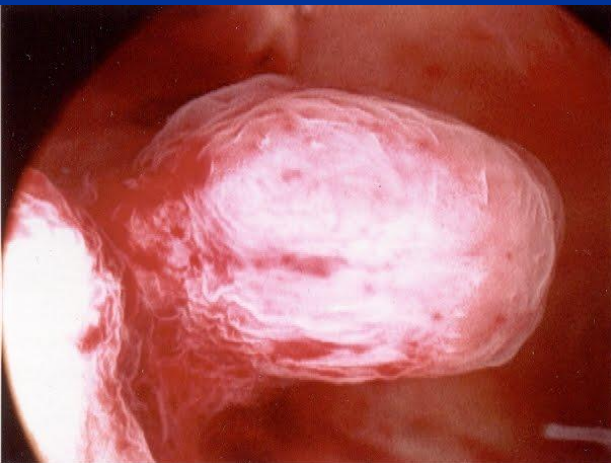
□ подавление

апоптоза за счет экспрессии онкогенных факторов

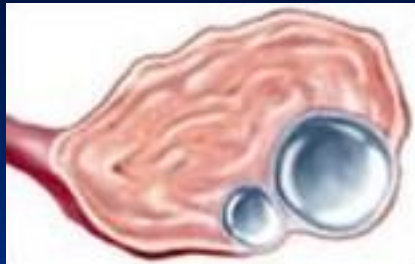


# ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ

относят к опухолевидным образованиям эндометрия, не имеющих признаков истинных пролиферативных процессов  
*(в настоящее время вынесены за пределы морфологической классификации ГПЭ)*



# Гиперплазия эндометрия чаще возникает на фоне ановуляции и клинически проявляется ДМК



**Ановуляция на фоне**

**Абсолютной  
гиперэстрогении**

**Персистенция  
фолликулов**

**Относительной  
гиперэстрогении**

**Атрезия фолликулов**

**хроническая ановуляция**

**В репродуктивном  
возрасте – эпизод**

**В пременопаузе –  
закономерность**

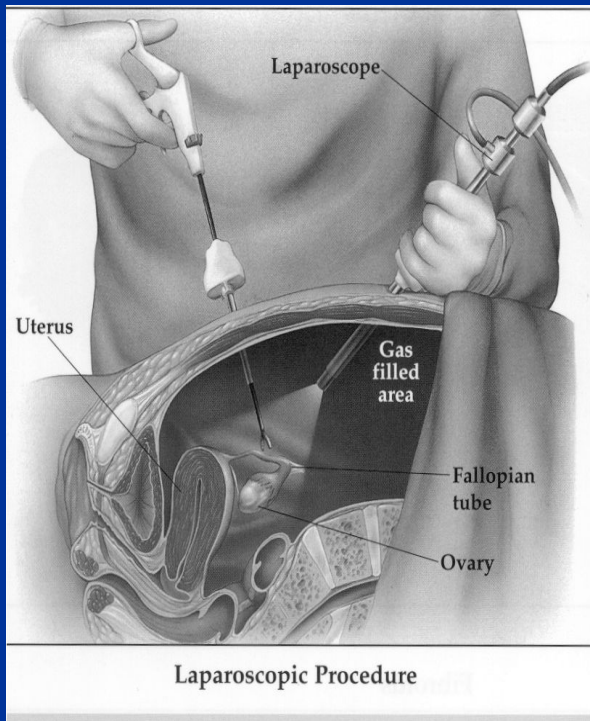
**СПКЯ, МС**

**Перименопауза**

# Причины функциональных кист и, как следствие, гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте

□ Психические и физические стрессы, смена климата ...

□ Односторонняя аднексэктомия

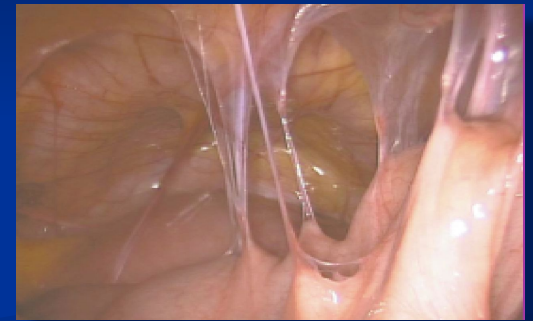


□ Резекция яичников по поводу доброкачественных новообразований и другие вмешательства на органах малого таза лапаротомным или эндоскопическим доступом



# Причины функциональных кист и, как следствие, гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте (продолжение)

- ▣ Перитонеальные факторы – спаечный процесс, наружный эндометриоз



- Препараты выбора ОК - Регулон, Марвелон
- **Дезогестрел** метаболически инертен, обладает антиандрогенным эффектом
- В комбинации с 30 мкг этинилэстрадиола - выраженное антигонадотропное действие



# Эндокринология климактерия

В результате инволютивных процессов в центральных и периферических звеньях репродуктивной системы:

- Постепенное повышение уровня ФСГ стимулирует секрецию E2 . Нарушаются механизмы отрицательной обратной связи - повышенные концентрации E2 не снижают продукцию ФСГ
- В пременопаузе уровни E2 прогрессивно снижаются, а ФСГ повышаются

Риск развития функциональных кист!



# ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

<b>Клиника</b>	<b>Эхография</b>	<b>Биопсия эндометрия</b>
<b>ДМК</b>	<b>Толщина эндометрия более 15 мм</b>	<b>гистероскопия РДВ</b>
<b>МЕНОМЕТРОРРАГИИ</b>	<b>гиперэхогенность эндометрия</b>	
<b>ПРЕД-ПОСТ- МЕНСТРАУЛЬНАЯ МАЗНЯ</b>	<b>при ЦДК - усиление кровотока повышение индекса резистентности</b>	
	<b>Гидросонография повышает точность диагностики</b>	<b>Подтверждение диагноза</b>

# Лечение гиперпластических процессов эндометрия. Критерии выбора:

- морфологическая характеристика гиперплазии
- возраст больной
- клинические проявления
- метаболические нарушения
- сопутствующие гинекологические и эстрагенитальные заболевания
- противопоказаний и переносимости препарата



# Принципы терапии метаболических нарушений у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия



- Рациональное питание
- Физические нагрузки



- **Повышение чувствительности периферических тканей к инсулину - Метформин 1500 мг/сут**



- Медикаментозное лечение ожирения (Меридиа, Ксеникал)



# Консервативные методы лечения

- Комбинированные оральные контрацептивы



- Прогестины

- Агонисты ГнРГ



- Антигонадотропные препараты (Немистран, Данол)

метаболические и андрогенные эффекты ограничивают их применение

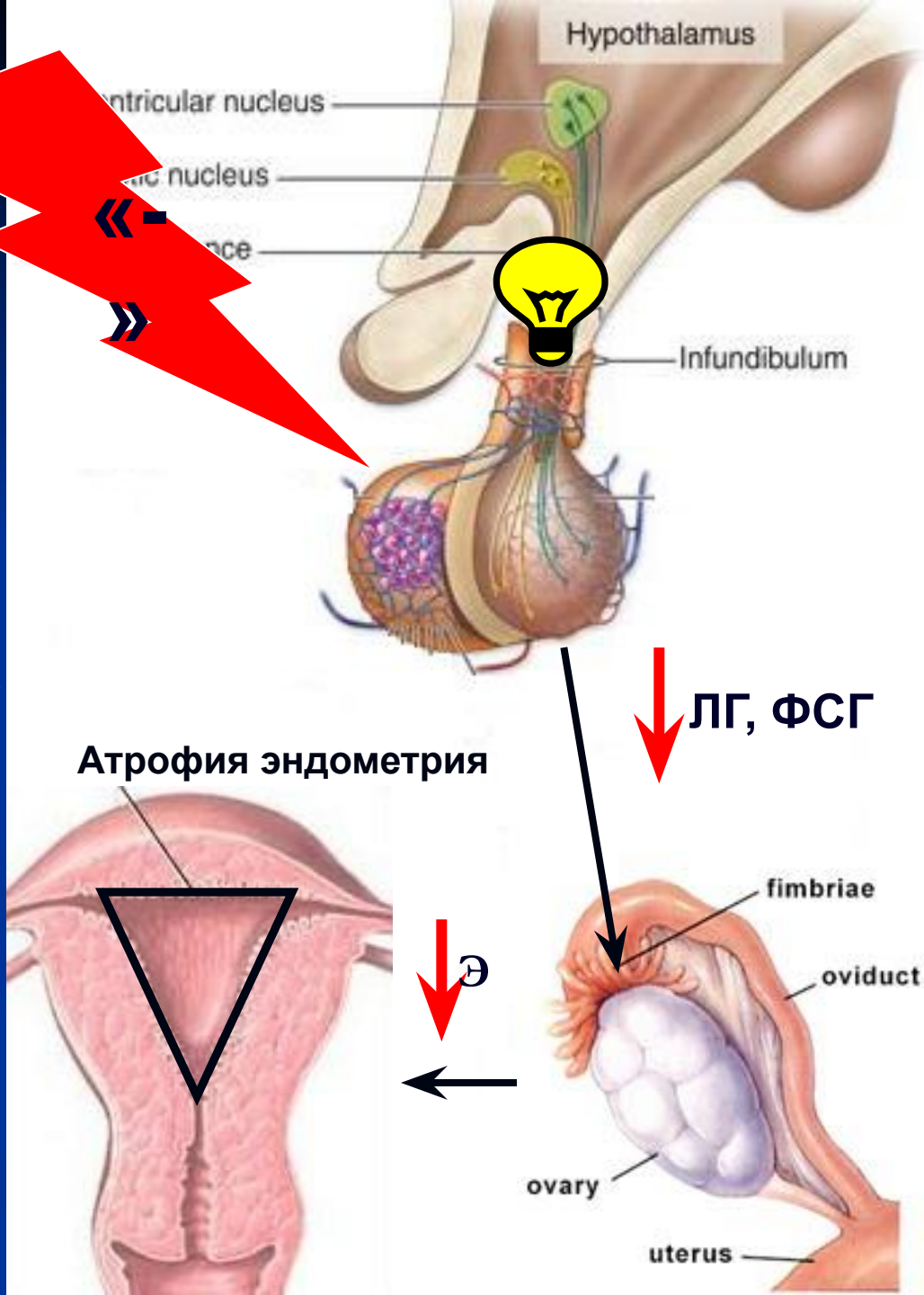
# Принципы гормонотерапии гиперплазии эндометрия

Подавление  
гонадотропной  
функции гипофиза

Овариального стероидогенеза  
(эстрадиола)

Митогенных факторов  
роста

атрофия эндометрия



# Репродуктивный возраст



Основные причины ГЭ: СПКЯ, Метаболический синдром, функциональные кисты

**Пролонгированный режим** Дезогестрел-содержащих ОК усиливает антигонадотропное и местное действие препарата, что сравнимо по эффективности с аГнРГ

Не выявлено отрицательного действия препарата на метаболический гомеостаз и чувствительность к инсулину. Что также сравнимо с терапией аГнРГ

**Экономически выгодно !**



# Пременопаузальный возраст



На фоне персистирующих фолликулов или функциональных кист



ДГЛ-ОК или прогестагены в непрерывном режиме - Норколут

# Перименопаузальный возраст

На фоне атретичных фолликулов



ЗГТ прогестагенами на II фазу цикла - Норколут при сопутствующей миоме/аденомиозе  
Дюфастон при интактной матке



У пациенток с МС и/или сопутствующей миоме аГнРГ





# Рецидививирующая или Атипическая ГЭ

Репродуктивный возраст  
пременопауза

Перименопауза  
(при сочетании с миомой  
и/или аденомиозом)

аГнРГ	6 - 9 мес
Депро провера	100 -150 мг в нед 3 - 6 мес
II этап	Мирена

Хирургическое  
лечение

Объем?  
операции

Коррекция  
метаболических  
нарушений

Через 3,6 м  
биопсия  
эндометрия



# Кровотечения в постменопаузе

РДВ только под контролем гистероскопии

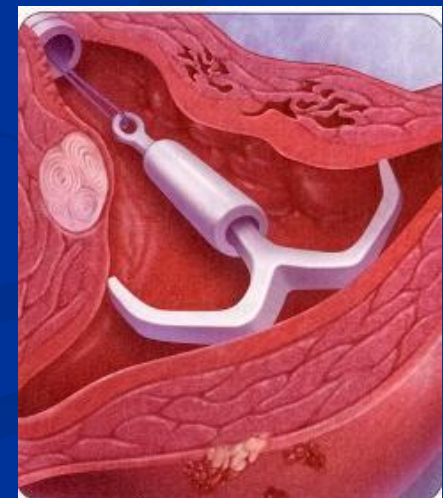
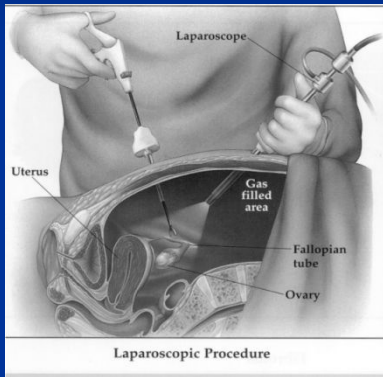
Гиперплазия эндометрия



Хирургическое лечение  
(при текомах яичника)



Альтернатива:  
Мирена  
Депо провера  
(после исключения ГАО)



# Кровотечения в постменопаузе (продолжение)



Полипы



резектоскопия



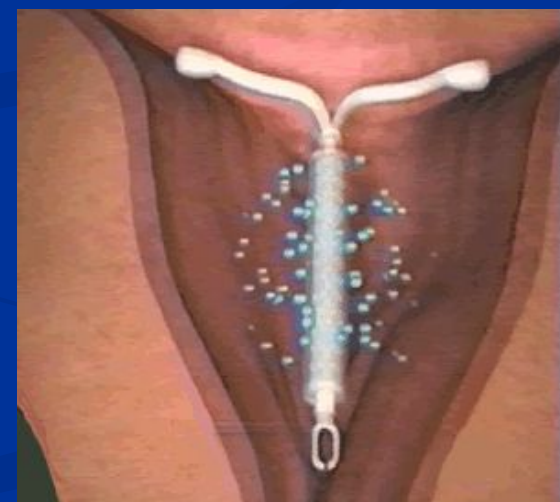
гормонотерапия



Рецидивизирующие



Мирена



# Кровотечения в постменопаузе (продолжение)



Эндометрит на фоне эстроген-  
дефицита



ЗГТ эстроген -  
гестагены двухфазные или ЦГТ  
(теоретически)



А практически ?

# Патология эндометрия в постменопаузе по данным эхографии

1. УЗ признаки гиперплазии эндометрия  
без клиники –  
показание к гистероскопии и РДВ

2. УЗ признаки сероцелле у женщин  
7- 8 декады жизни



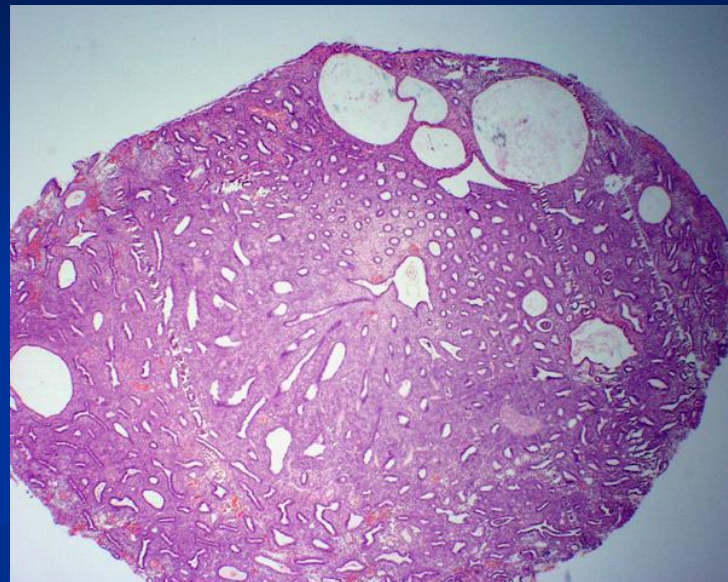
Причины – прогрессирующие эстрогендефицитные  
атрофические изменения, приводящие к атрезии ц/канала

Риск перфорации   
при РДВ

Пайпель-биопсия после  
10 дней местного  
введения Овестина

# Полипы эндометрия

- железистые (аденоматозные)
- железисто-фиброзные
- фиброзные



## Аденоматозные полипы эндометрия

рассматривают как очаговые формы сложной или атипической гиперплазии эндометрия в зависимости от наличия или отсутствия атипии

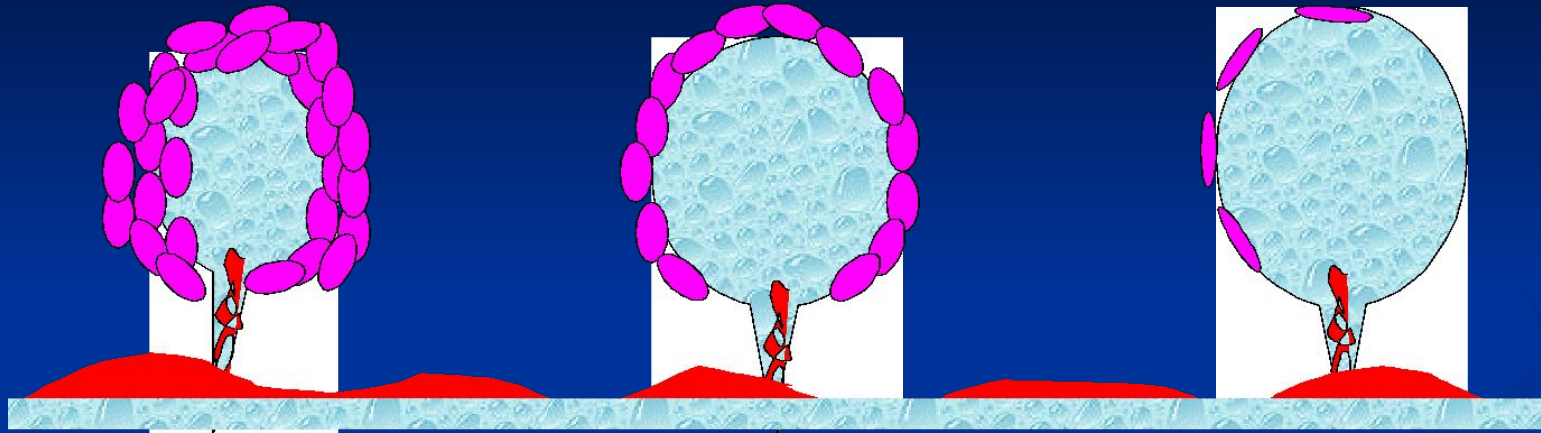


# Полипы эндометрия

железистые

железисто- фиброзные

фиброзные



репродуктивный

пременопауза

постменопауза

I этап  
лечение

ГСК, резектоскопия

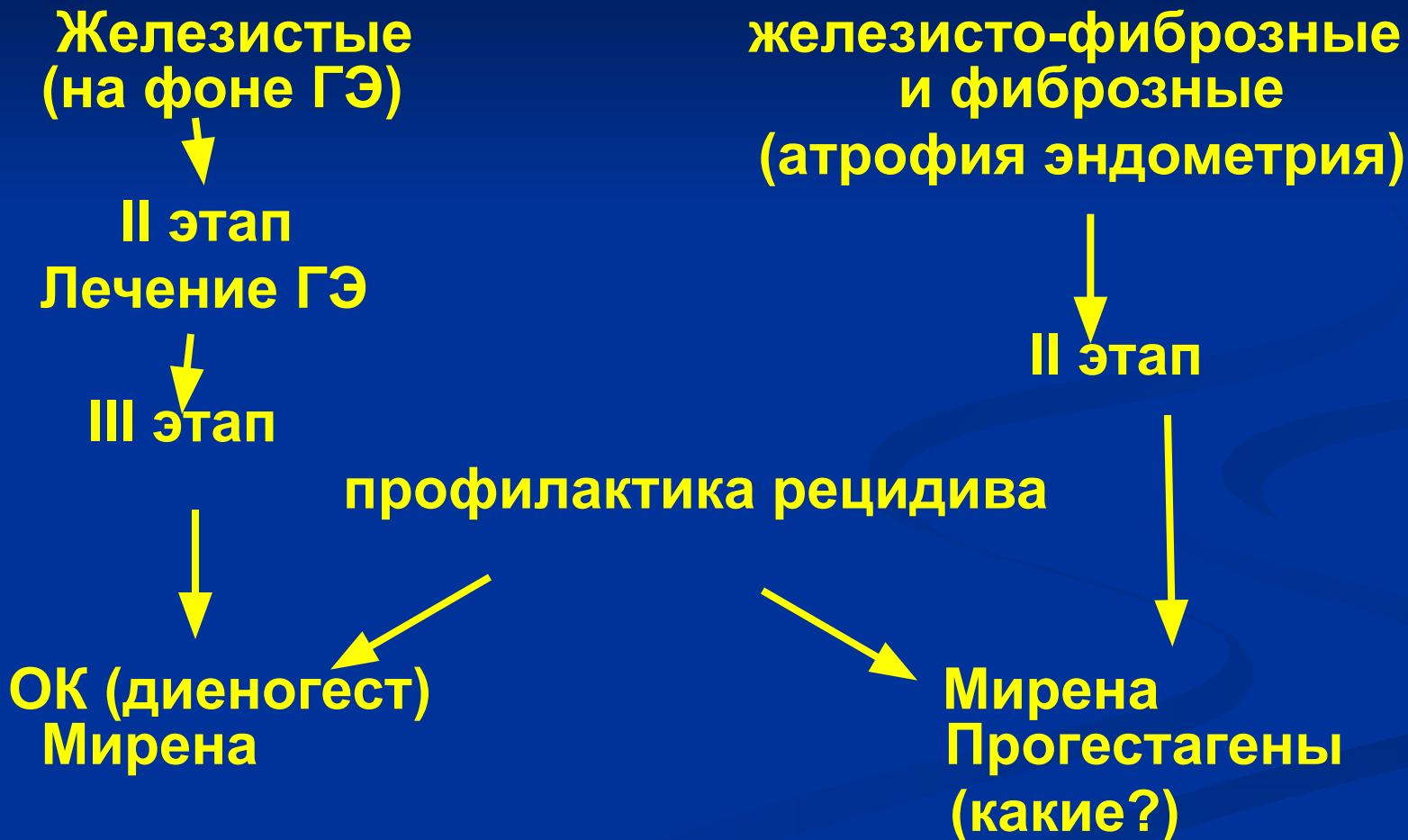


II этап - профилактика

# Полипы эндометрия



I этап – ГСК, полипэктомия, резектоскопия



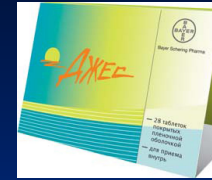


# Мирена – профилактика рецидива ГЭ

- I этап - патогенетическая терапия ГЭ, направленная на подавление гонадотропной функции гипофиза и, как следствие, овариального фолликуло-стероидогенеза, в результате – атрофия эндометрия: аГнРГ, ОК, (ЛНГ) прогестгены (норколут) в пролонгированном режиме
- II этап – введение Мирены для профилактики рецидива  
↓  
самая надежная и длительная защита эндометрия от пролиферативных процессов !
- В постменопаузе после исключения гормонально-активных опухолей – Мирена основное лечение

# Профилактика рецидива ГЭ

- В репродуктивном возрасте низкодозированные ОК

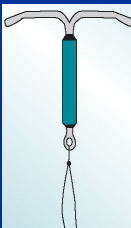


- В пременопаузе НоваРинг в пролонгированном режиме (профилактика функциональных кист)

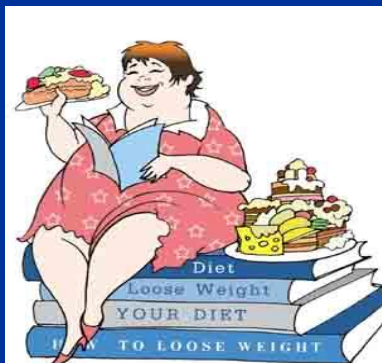


- В перименопаузе ЗГТ прогестагенами на II фазу или НоваРинг в пролонгированном режиме

- Внутриматочная левоноргестрел - релизинговая система для профилактики рецидива в любом возрасте

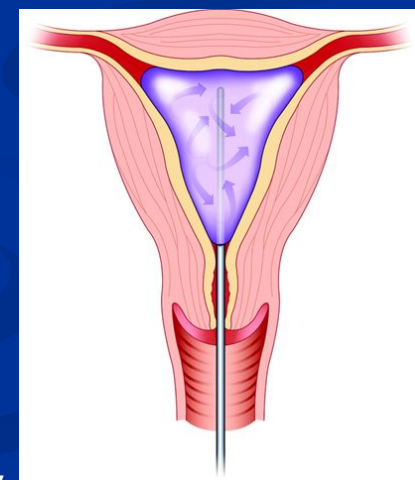


У пациенток с метаболическим синдромом особенно важна профилактика рецидива ГЭ, что связано с трудностями терапии ожирения



# Негормональные методы лечения гиперплазии эндометрия

- Резектоскопия – абляция только при полипах
- Внутриматочная биполярная хирургия
  - ✓ устойство «Версапойнт»
  - ✓ “Vesta”
- Аппликаторы термической энергии
  - ✓ “Thermachoice”
  - ✓ “Cavaterm”
- Лазеры - Nd:YAG-лазер



Нецелесообразны, поскольку не устраняют причину

