

Нарушения менструальной функции.



*Лекция для студентов 6-го курса
Лечебного факультета.
Доцент: Попова Л.С.*

авказ 2013 год.

Классификация.

- I. Аменорея
- II. Гипоменструальный синдром
- III. Растройства менструального цикла, связанные с кровотечением (дисфункциональные маточные кровотечения)
- IV. Болезненные менструации (Альгодисменорея).

● **Аменорея**- отсутствие менструации не менее, чем в течение 6 месяцев (нарушения в системе гипоталамус – гипофиз- яичник; маточная форма аменореи).

● **Гипоменструальный синдром:**

1. ***Гипоменария***-уменьшение количества теряемой крови.
2. ***Опсоменорея***- урежение периодичности менструации.
3. ***Олигоменорея***-укорочение продолжительности кровотечения.
4. ***Спаниоменорея***-месячные один раз в год.

● **Аменорея**- отсутствие менструации не менее, чем в течение 6 месяцев (нарушения в системе гипоталамус – гипофиз- яичник; маточная форма аменореи).

● **Гипоменструальный синдром:**

1. ***Гипоменорея***-уменьшение количества теряемой крови.
2. ***Опсоменорея***- урежение периодичности менструации.
3. ***Олигоменорея***-укорочение продолжительности кровотечения.
4. ***Спаниоменорея***-месячные один раз в год.

Дисфункциональные маточные кровотечения.

- **Ювенильные кровотечения** (кровотечения в периоде полового созревания).
- **Кровотечения репродуктивного возраста** (кровотечения периода полового расцвета и зрелости).
- **Кровотечения в преклимактерическом возрасте.**

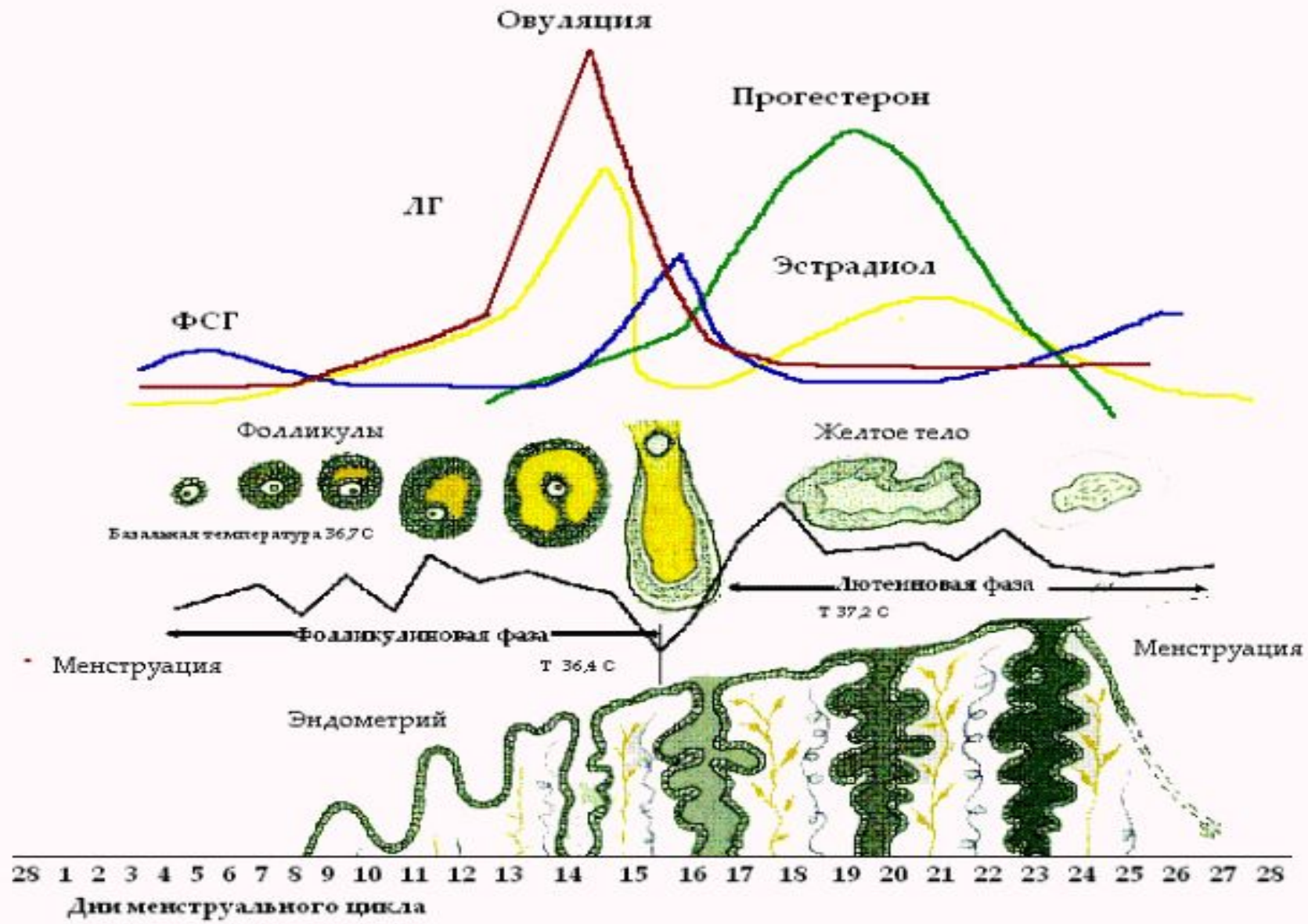
Дисфункциональные маточные кровотечения деляться на две группы:

- ❖ *Циклические*
- ❖ *Ациклические*



Меноррагии – кровотечения, возникающие в периоде самой менструации; протекают под знаком «+».

- a. Гиперменорея – увеличения количества теряемой крови.
- b. Полименорея – возрастание длительности кровотечения.
- c. Пройоменорея – частые менструации.



Ациклические (метроррагии)- кровотечения не связанные с самой менструацией, возникающие в межменструальном периоде.

Метроррагии- симптом многих гинекологических заболеваний: полипы слизистой шейки и тела матки, рак тела и шейки матки,..

Патогенез дисфункциональных кровотечений.

- **Овуляторные**- нарушения продолжительности фаз цикла: укорочение фолликулярной или удлинение лютеиновой с сохранением овуляции.

Овуляторные кровотечения- двухфазные.

Причины : изменения ритмической секреции гормонов яичника при сохраненной овуляции.

Фолликулярная фаза Лютеиновая фаза

ИЗМЕНЕНИЯ В
ФОЛЛИКУЛАХ

МЕНСТРУАЦИЯ

ОВУЛЯЦИЯ

ЖЕЛТОЕ ТЕЛО



ЛСГ

ПРОГЕСТЕРОН

ЭСТРОГЕН

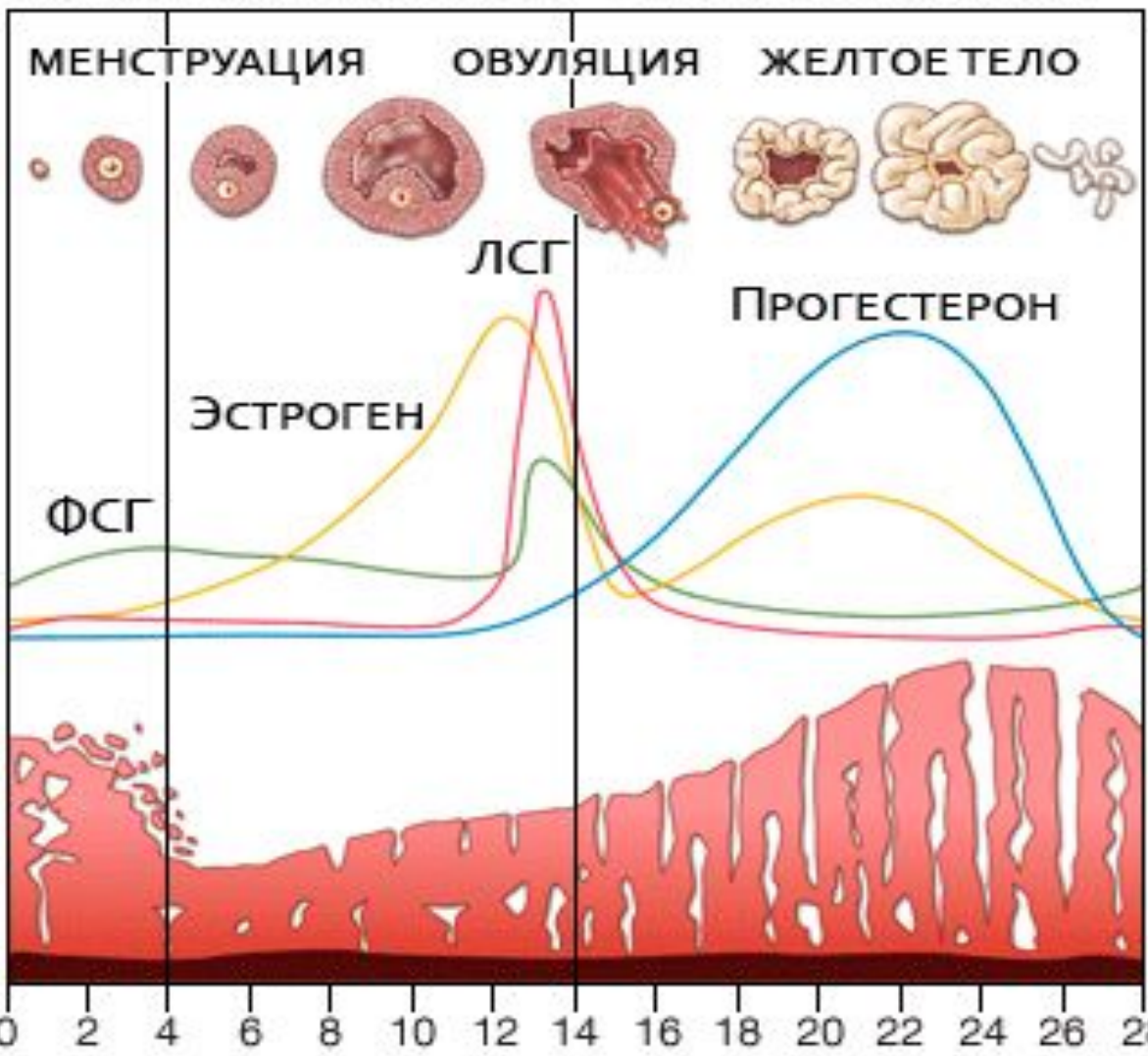
УРОВЕНЬ
ГОРМОНОВ
В КРОВИ

ФСГ

ИЗМЕНЕНИЯ
ЭНДОМЕТРИЯ

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28

ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА



Основные варианты нарушения:

- ❖ ***Укорочение фолликулиновой фазы .***
- ❖ ***Укорочение лютеиновой фазы.***
- ❖ ***Удлинение лютеиновой фазы; овуляторные межменструальные кровотечения.***

- 1. Укорочение фолликулиновой фазы** (гиперполименорея и пройоменорея-нарушения гипофиза-гиперстимуляция гипофиза).
- 2. Укорочение лютеиновой фазы**(гиперполименорея и пройоменорея; клинический кровотечения до и после менструации- недостаток продукции АГ и АТГ-понижение продукции прогестерона, недостаток секреторной фазы- гиперполименорея и пройоменорея. Клинический-появление кровотечения до и после менструации).
- 3. Диагностика укорочения лютеиновой фазы** основана на данных теста базальной температуры и гистологическом исследовании соскоба - не достаточность фазы секреции.
- 4. Удлинение лютеиновой фазы** ; овуляторные межменструальные кровотечения – длительное выделение АГ и особенно АТГ. Отсутствует активность сокращения миометрия по причине длительного реагирующего действия прогестерона на миометрий.
- 5. Клиника удлинения лютеиновой фазы:** *Menses* по типу гиперполименореи .В соскобе эндометрия во время кровотечения выраженные секреторные преобразования.
- 6. Овуляторные межменструальные кровотечения:** -регулярно 10 -12 дней, совпадают со временем овуляции; связаны с резким падением уровня эстрогенов и изменением к ним чувствительности рецепторов эндометрия..

● **Ановуляторные кровотечения**- однофазные нарушения процесса овуляции.

Патогенез ановуляторного кровотечения

1. **Атрезия фолликула** -обратное развитие незрелого фолликула (ювенильные кровотечения)
2. **Персистенция фолликула**- длительное существование фолликула и обратное развитие зрелого фолликула без овуляции (кровотечения в преклимактерическом или перименопаузном возрасте).



**Ювенильные
дисфункциональные
маточные
кровотечения**

Ювенильные дисфункциональные маточные кровотечения наблюдаются чаще в первые 2 года после **менархе** (первая менструация). Состояние больной зависит от степени кровопотери и тяжести анемии.

Характерны:

- ❑ слабость,
- ❑ отсутствие аппетита,
- ❑ утомляемость,
- ❑ головные боли,
- ❑ бледность кожи и слизистых оболочек,
- ❑ тахикардия.

Происходит ухудшение текучести крови и удлиняется время ее свертывания. Иногда наблюдаются носовые кровотечения, отмечаются кровоточивость десен, множественные подкожные кровоизлияния.

ЮК составляют до 10-12% всех гинекологических заболеваний, наблюдающихся в возрасте 12-18 лет.

Причиной могут являться:

- Неблагоприятное действие тонзиллогенной инфекции,**
- Психические травмы,**
- Физические перегрузки,**
- Неправильное питание(в частности, гиповитаминозы).**

Длительному кровотечению способствует недостаточная сократительная активность матки, не достигшей еще окончательного развития.

Лечение ЮК включает 2 этапа:

- ❖ Остановка кровотечения,
- ❖ Профилактика рецидива кровотечения
(Выбор метода остановки кровотечения зависит от состояния больной)

При тяжелом состоянии, когда имеются выраженные симптомы анемии, бледность кожи и слизистых оболочек, низкое содержание гемоглобина в крови и продолжается кровотечение, показано выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Проводится также терапия, включающая:

- Переливание плазмы,
- Цельной крови,
- Назначение витаминов С и группы В,
- Железосодержащих препаратов и др.

Рекомендуется обильное питье, полноценное высококалорийное питание. При состоянии больной средней тяжести или удовлетворительном, проводят лечение эстроген-гестагенными препаратами, а затем назначают железосодержащие препараты, витамины группы С и группы В.

Профилактика ЮК направлена на формирование регулярного овуляторного менструального цикла.

Результаты достигаются при использовании :

- ✓ Эстроген-гестагенных препаратов типа оральных контрацептивов,
- ✓ Иглорефлексотерапии для стимуляции овуляции,
- ✓ Электростимуляции шейки матки по Давыдову,
- ✓ Электрофореза витамина В1 или новокаина,
- ✓ Вибрационного массажа.

Проводятся меры, направленные на оздоровление организма:

- Санация очагов инфекции(кариес зубов, тонзиллит и др.),
- Закаливание и занятия физической культурой,
- Полноценное питание с ограничением жирной и сладкой пищи,
- Витаминотерапия в весенне-зимний период (аевит, витамины В1 и С).

Больные с ЮК должны находиться под диспансерным наблюдением гинеколога.

Прогноз благоприятный.

Отрицательное влияние на развитие организма в период полового созревания может оказать анемия. При отсутствии адекватного лечения нарушение функции яичников может явиться причиной бесплодия (эндокринное бесплодие).

Профилактика ЮК включает:

- Закаливание с раннего возраста,
- Занятия физической культурой,
- Полноценное питание,
- Разумное чередование труда и отдыха,
- Предупреждение инфекционных болезней,
- Своевременная санация очагов инфекции.

Лечение при дисфункциональных маточных кровотечениях складывается:

1. Из общего лечения,
2. Применения сокращающих и кровоостанавливающих средств,
3. Негормональных методов лечения,
4. Гормонотерапия,
5. Хирургического вмешательства.

Общее лечение, с которого надо начинать, направлено на снятие у больной отрицательных эмоций, создание физического и психического покоя, рациональное лечение инфекций и интоксикаций, правильный режим труда и отдыха с рациональным питанием, богатым витаминами. Учитывая частый центральный генез ДМК, проводят комплекс мероприятий, направленных на уравнивание процессов в центральной нервной системе (психотерапия, диатермия межучного мозга, электрофорез с бромом и кальцием в виде воротника по Щербак, назначение препаратов брома с кофеином, малые дозы транквилизаторов).

С целью нормализации гемостаза и регуляции менструальной функции широко применяют физические методы лечения. При возникновении дисфункционального маточного кровотечения на фоне гриппа или ангины хорошо помогает электрофорез кальция. В редких случаях возникновения ДМК на фоне гиперэстрогении патогенетически обоснованной считается эндоназальная электростимуляция импульсным током низкой частоты. Эффективен бывает и электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев. Эту процедуру можно проводить, если нет повышенной чувствительности к новокаину.

Для усиления гемостаза в возрасте 15-17 лет показаны гальванизация области молочных желез или вибрационный массаж сосков, что возбуждает маммарно-маточный рефлекс и тем самым способствует улучшению сократительной активности матки.

К общей терапии относится борьба с анемией (**антианемические препараты, витамины**). Переливание крови можно рекомендовать только при значительных кровопотерях. Мы относимся к нему с большой осторожностью, учитывая возможность ближайших и отдаленных иммунологических осложнений. Надо как можно быстрее достичь гемостатического эффекта, затем назначить усиленное и дробное питание, препараты железа, инсулинотерапию. В случае серьезной необходимости с учетом индивидуальной совместимости переливание крови лучше производить, беря последнюю от ближайших родственников пациентки препаратов железа рекомендуются молочнокислое и закисное железо, гемостимулин, ферроплекс. Пероральное введение железа иногда вызывает диспепсические явления, снижающие его усвоение. В этих случаях желательно внутримышечное или внутривенное введение таких препаратов, как ферковен, антианемин.

Из **витаминов** с успехом применяют К и В6, участвующие в регуляции белкового обмена и синтеза гемоглобина. Показано сочетание витаминов К, В6, В12 с фолиевой кислотой; викасол вводят по 3-5 мл 1% раствора в/м и в виде таблеток по 0,1 г 3 раза в день в течение 3-7 дней. При вторичных нарушениях свертывающей системы крови рекомендуется применение эpsilon-аминокапроновой кислоты по 5-10 мл в/в в течение 3-5 дней.

Иногда применяют **инсулин**. Он оказывает влияние на метаболизм яичниковых гормонов, вызывает стимуляцию или угнетение созревания фолликула (в зависимости от дозы) и, кроме того, улучшает усвоение углеводов, что при ослаблении состояния девочки имеет немаловажное значение. Инсулин вводят подкожно по 4-5 (до 8) ЕД ежедневно один раз в течение 20-30 дней. Перед введением инсулина нужно давать сладкий чай (30-50 г сахара на стакан). Можно давать инсулин и по следующей методике: начина с 2 ЕД инсулина подкожно, прибавлять ежедневно по 2 ЕД в день (до 10 ЕД), затем постепенно аналогично доза снижается до 2ЕД с отменой его после такого курса. Одновременно с инъекцией даются два кусочка сахара.

Сокращающие и кровоостанавливающие средства применяются с целью уменьшить кровопотерю. Для этого назначают 10% раствор кальция хлорида в/в или п/о; котарнина хлорид по 0,05 г 2-3 раза в день; прегнантол по 0,02 г 2-3 раза в день, питуитрин или прегнантол по 0,3 мл в/м 2-3 раза в день во время кровотечения.

Гемостатическому эффекту за счет улучшения сократительной способности матки способствуют аденозинтрифосфорная кислота, кокарбоксилаза, мексамин (по 50 мг 3 раза в день, курс 6-7 дней). Последний препарат нередко дает достаточный кровоостанавливающий эффект без сочетания с другими средствами; его не применяют при значительной гиповолемии.

Негормональные методы лечения. Негормональное лечение может быть как патогенетическим, так и симптоматическим. К патогенетическому лечению следует отнести использование седативных средств (транквилизаторов, десенсибилизаторов). Сюда же относятся такие физиотерапевтические методы, как интразальный электрофорез с витамином В1 или новокаином (10-15 сеансов), абдоминальная декомпрессия.

Учитывая, что введение экзогенных половых гормонов в молодой формирующийся организм не физиологично и может оказать на него отрицательное влияние, на кафедре акушерства и гинекологии ЛПМИ с 1973 г. широко применяются негормональные методы лечения – рефлексотерапия ювенильных кровотечений.

Используются 2 вида рефлексотерапии: электростимуляция рецепторов шейки матки и метод электропунктуры. Механизм действия перечисленных методов основан на возбуждении шеечно-гипофизарного рефлекса и нормализации в связи с этим процессов в системе подбугорье (гипоталамус) – гипофиз – яичники – матка

Для электростимуляции рецепторов шейки матки используется электростимулятор с двуполюсным электродом (вводится в цервикальный канал без расширения до внутреннего зева), через который подаются электрические импульсы прямоугольной формы. Длительность импульса – 2 мс, частота – 80 Гц, напряжение – 5 В, продолжительность процедуры – 10 мин, на курс лечения – 10 процедур.

На протяжении 4-5 последующих менструальных циклов проводится корригирующая противорецидивная терапия (с 11-го по 15-ый день менструального цикла). В 80,7 % наблюдений получен быстрый кровоостанавливающий эффект (после 2-5 сеансов). При изучении отдаленных результатов у 62,6 % пациенток рецидивы заболевания не возникали.

Метод электропунктуры дает возможность получать аналогичный шеечногипофизарному рефлексу эффект без раздражения гениталий, что особенно важно при лечении девочек и подростков

Рядом авторов выявлена непосредственная связь некоторых биологически активных точек (БАТ) кожи с гениталиями и показана возможность воздействия через них на соответствующие органы. Для нахождения БАТ на поверхности тела девочек и лечебного воздействия на них электрическим током использован аппарат ЭЛАП-1Б. Используются как сегментарные, так и отдаленные БАТ на верхних и нижних конечностях и на голове. Курс лечения состоит из 8-10 процедур. Быстрый кровоостанавливающий эффект получен в 92,2 % наблюдений. Длительность корригирующего противорецидивного лечения – от 6 до 12 мес. При изучении отдаленных результатов у 74 % пациенток отмечено отсутствие рецидива заболевания

Оба метода рефлюксотерапии следует отнести к патогенетическим методам лечения ювенильных кровотечений, так как они не только дают кровоостанавливающий эффект, но влияют и на гормональный профиль организма, нормализуют ритм менструального цикла и способствуют переводу ановуляторных менструальных циклов в овуляторные. Однако предпочтение следует отдать методу электропунктуры как более физиологичному, эффективному и психологически более приемлемому.

Для того, чтобы вызвать и закрепить кровоостанавливающий эффект, прибегают к назначению гемокоагулирующих и сокращающих матку средств: фибриногена, ингибиторов протеолиза, антигемофильной плазмы, кальция хлорида, желатина, пилокарпина и др. с этой же целью иногда применяются лекарственные растения: калина, пастушья сумка, крапива и др.

Гормонотерапия при ановуляторных дисфункциональных маточных кровотечениях преследуют 2 цели:

- 1) Остановку кровотечения (гормональный гемостаз),
- 2) Регуляцию менструальной функции.

Показания к гормональному гемостазу являются:

1. Обильное кровотечение с гемоглобином ниже 60 г/л;
2. Отсутствие эффекта от симптоматической терапии при умеренных и длительных кровянистых выделениях.

Противопоказания: болезни печени, гиперкоагуляция и ревматизм в стадии обострения, возраст до 13 лет

Основываясь на большом опыте, в настоящее время в большинстве специализированных учреждений для достижения гемостаза прогестерон, хориогонин и андрогены предпочитают не применять. Прогестерон с целью гемостаза не используют из-за обильной ответной менструальноподобной реакции и сравнительно небольшого времени для подготовки к ней организма девочки (7-8 дней), что чревато усилением анемизации больной, а также из-за возможного усиления кровотечения в первые 2-3 дня приема препарата

~~Хориогонин применять не рекомендуется~~ во избежание кистозной дегенерации яичников, обычно возникающей при массивной терапии гонадотропными гормонами, так как у больных с дисфункциональным маточным кровотечением, согласно нашим данным, имеет место гиперпродукция ФСГ, а у девочек 11-13 лет – и увеличение секреции ЛГ по сравнению со здоровыми сверстницами.

Учитывая свойство андрогенов тормозить функцию центров подбугорья, ответственных за циклическую секрецию гонадотропинов и подавляющего их воздействия на эндометрий (что, естественно, нежелательно), мы и другие авторы считаем нецелесообразным применять их при дисфункциональном маточном кровотечении у девушек.

Методами выбора для гормонального гемостаза у девушек можно считать эстрогенный гемостаз и остановку кровотечения применением комбинированных эстрогенгестагенных препаратов.

Эстрогенный гемостаз. Одним из методов остановки

кровотечения является интенсивное введение эстрогенов, вызывающих новую пролиферацию эндометрия, ликвидацию спада гормонов, урегулирование соотношений между ФСГ и ЛГ. Многие авторы рекомендуют «ударные» дозы эстрогенов с целью быстрого достижения гемостатического эффекта.

Для эстрогенного гемостаза больному назначают 0,1 % раствор синэстрола по 1 мл внутримышечно через 2-4 ч, 0,1 % раствор диэтилстильбэстрола по 1 мл внутримышечно через 3-6 ч, фолликулин по 10 000-20 000 ЕД через «-3 ч. Обычно гемостаз наступает через 24 ч от начала введения гормональных препаратов. Учитывая, что эстрогенный гемостаз применяют обычно у анемизированных девочек, после остановки кровотечения (в ответ на «спад» гормонов в орг-ме), необходимо продолжить введение эстрогенов, постепенно и медленно снижая их дозу до тех пор, пока не увеличится кол-во гемоглобина.

После эстрогенов целесообразно сразу перейти к введению гестагенов (прогестерон 1 % раствор по 1 мл внутримышечно в течение 5-6 дней или 1 мл 12,5 % 17α-оксипрогестерона капроната – 1 инъекция внутримышечно).

При длительных и скудных кровянистых выделениях с целью гемостаза можно применять этинилэстрадиол по 0,1-0,2 мг в сутки с последующим снижением дозы и назначением гестагенов для получения менструальноподобной реакции.

В последние десятилетия в терапии дисфункционального маточного кровотечения у девочек стали широко применяться комбинированные синтетические эстроген-гестагенные препараты.

В результате применения синтетических стероидов, к которым в настоящее время прибегают довольно часто, уменьшается продукция гонадотропинов в гипофизе. При исследовании эндометрия во время лечения комбинированными синтетическими стероидами отмечаются отставание развития желез по сравнению с физиологической картиной и децидуоподобные преобразования стромы через 3-5 дней от начала лечения. Гиперпластический эндометрий особенно чувствителен к комбинированным эстроген-гестагенным препаратам.

Климактерические кровотечения

У женщин в возрасте 45-55 лет МК(менструальные кровотечения) являются наиболее частой гинекологической патологией и занимают первое место среди причин госпитализации. МК в пременопаузальном периоде называют климактерическими. Климактерические МК являются следствием инволюционных нарушений циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Этиология и патогенез

Дисфункциональные МК (ДМК) в периоде пременопаузы возникают вследствие возрастных изменений функционального состояния гипоталамических структур, регулирующих функцию яичников. Старение этих структур выражается прежде всего в нарушении цикличности выброса люлиберина и соответственно лютропина и фоллитропина. В результате нарушается функция яичников: удлиняется период роста и созревания фолликула, не происходит овуляция, формируется персистенция или атрезия фолликула; желтое тело, либо не образуется, либо секретирует недостаточное количество прогестерона. Возникает прогестерондефицитное состояние на фоне относительной гиперэстрогении, что приводит к таким же изменениям эндометрия, как при ДМК репродуктивного периода. Такие гиперпластические процессы, как атипичическая гиперплазия, аденоматоз, в пременопаузе встречаются значительно чаще, чем в репродуктивном возрасте. Это обусловлено не только нарушениями гормональной функции яичников, но и возрастной иммунодепрессией, повышающей риск развития злокачественных новообразований эндометрия.

Клиническая картина

КМК возникают ациклично, с интервалами 1,5-6 мес, продолжаются обычно более 10 дней.

Состояние больных так же, как и при ДМК других возрастных периодов, определяется степенью гиповолемии и анемии. Однако, учитывая большую частоту сопутствующих заболеваний и обменно-эндокринных нарушений (АГ, ожирение, гипергликемия), ДМК у женщин в возрасте 45-55 лет протекает тяжелее, чем в другие возрастные периоды. Нарушения в системе свертывания крови, характерные для ЮМК и ДМК репродуктивного периода, не встречаются, поскольку в пременопаузе наблюдается возрастная тенденция к гиперкоагуляции.

Классификация и примеры формулировки диагноза

Пример формулировки диагноза

Диагностика ДМК весьма затруднена, поскольку в период пременопаузы в 20% случаев они сочетаются с эндометриозом матки, в 25% случаев- с миомой матки, в 10% случаев- с полипами эндометрия; у 24% женщин с ДМК отмечаются одновременно эндометриоз и миома матки. Таким образом, обследование должно быть направлено на исключение морфологической патологии и определение функциональных нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка с использованием общедоступных. А при необходимости- дополнительных методов исследования.

Физикальные методы исследования

- Опрос-начало и продолжительность кровотечения, особенности менструальной функции, предварительное лечение, характер течения беременности и родов.
- Общий осмотр- развитие анемического состояния.
- Глубокая пальпация живота- наличие опухолей.
- Осмотр наружных половых органов.
- Осмотр в зеркалах.
- Бимануальное гинекологическое обследование- оценка состояния внутренних половых органов.

Лабораторные методы исследования

Обязательные:

- ❖ Определение группы крови и резус-фактора;
- ❖ Общий анализ крови- наличие признаков анемизации;
- ❖ Общий анализ мочи;
- ❖ Уровень сахара в крови- наличие СД;
- ❖ Биохимические показатели крови- определение уровня сывороточного железа, билирубина, печеночных ферментов;
- ❖ Развернутая коагулограмма;
- ❖ Гормональная кольпоцитология;
- ❖ Выполнение тестов функциональной диагностики.

При наличии показаний:

- ❑ Определение в сыворотке крови СА-125;
- ❑ Определение в крови и моче уровней ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрагенов, прогестерона, кортизола, 17-КС в суточной моче;
- ❑ Исследование функции ЩЖ.

Инструментальные методы исследования

Обязательные:

- ✓ УЗС трансабдоминально, предпочтительней- трансвагинально, доплерометрия на 5-7 день МЦ или в динамике;
- ✓ Раздельное диагностическое выскабливание;
- ✓ Кольпоскопия.

При наличии показаний:

- Гистероскопия;
- Ультразвуковая цветовая доплерометрия органов малого таза;
- МРТ органов малого таза;
- Биопсия эндометрия;
- Лапароскопия опухоли половых органов;
- Рентгенологическое исследование;
- Гистеросальпингография;
- Биконтрастная гинекография.

Консультация специалистов

Обязательные:

□ Эндокринолога.

При наличии показаний:

□ Онкогинеколога;

□ Эндокринолога;

□ Гематолога.

Дифференциальная диагностика

- Лейомиома матки,
- Трофобластическая болезнь,
- Гормонопродуцирующие опухоли яичника,
- Рак эндометрия,
- Патология влагалища,
- Полипы эндометрия,
- Хронический эндометрит,
- Аденомиоз,
- Кисты и опухоли яичников;
- Аномалии маточных сосудов (дисплазия, атриовенозные шунты),
- Заболевания свертывающей системы крови.

Лечение

Начинают лечение климактерических кровотечений с обязательного раздельного лечебно-диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала, и в зависимости от особенностей структуры эндометрия назначают соответствующую терапию. При рецидивах кровотечения, в случае, если со дня предыдущего выскабливания прошло не менее 3 мес. Лечение проводят с помощью гормонального гемостаза, при котором вызывается секреторная трансформация и отторжение гиперплазированного эндометрия. При небольшом увеличении размеров матки (до 7-8 нед беременности) обязательным этапом диагностики является гистероскопия.

При кровотечениях у женщин пременопаузального возраста ценность этого метода особенно высока, поскольку повышается частота внутриматочной патологии. Выскабливание эндометрия при климактерических кровотечениях следует производить самым тщательным образом (под контролем гистероскопии). Эндометрий необходимо удалить весь, во-первых, из соображений онкологической настороженности (в его оставленных участках возможны бластоматозные изменения); во-вторых, неполное удаление эндометрия, как правило, гиперпластического или эндометриального полипа, может явиться причиной повторного кровотечения.

Лечение включает 2 этапа.

1. Остановка маточного кровотечения-симптоматическая гемостатическая терапия (негормональный и гормональный гемостаз).
2. Медикаментозное или хирургическое лечение с целью профилактики рецидивов кровотечения.

Фармакотерапия

Основу лечения составляет гормональная терапия. Которая преследует 3 цели:

- ❖ Остановку кровотечения;
- ❖ Профилактику кровотечения (регуляцию МЦ);
- ❖ Реабилитацию больных.

Гормональная терапия может быть проведена женщинам старше 48 лет с целью подавления менструаций. В последние годы препараты андрогенов для подавления менструальной функции почти не используются, поскольку они вызывают симптомы вирилизации и АГ. Кроме того, при наличии железисто-кистозной гиперплазии, аденоматоза или атипической гиперплазии эндометрия андрогены слабо подавляют митотическую активность и патологические митозы в клетках эндометрия и способны метаболизироваться в эстрогены в жировой ткани и в клетках патологически измененного эндометрия.

С целью гемостаза используют также негормональные препараты:

- НПВ средства. Снижают синтез и изменяют баланс простагландинов в эндометрии, ингибируют связывание вазодилататора ПГЕ со специфическими рецепторами, усиливают агрегацию тромбоцитов и спазм сосудов эндометрия. Препараты уменьшают менструальную кровопотерю, а также дисменорею, головную боль, диарею, связанные с менструацией;
- Фитопрепараты- настои крапивы, водяного перца.

Профилактическую гормональную терапию

проводят в сочетании с другими методами патогенетической терапии, применяя:

- Седативные препараты,
- Препараты железа,
- Витамины,
- Антиоксиданты,
- Гомеопатические препараты,
- Психотерапию,
- Физиотерапию (электрофорез шейных симпатических узлов с новокаином №10, эндоназальный электрофорез с витамином В1 №100).

Хирургическое лечение

При отсутствии должного эффекта от гормональной терапии у женщин репродуктивного возраста и наличии стойкой анемизации показано хирургическое лечение – гистероскопическая резекция или абляция эндометрия, гистерэктомия.

Критерии эффективности

Нормализация МЦ и снижение интенсивности менструальных кровотечений.

Прогноз

При правильном лечении прогноз во многих случаях благоприятный. Однако высоким является риск развития аденоматозных и атипических изменений эндометрия (частота развития этих процессов при климактерических кровотечениях может достигать 40%). Факторами, повышающими риск перехода железисто-кистозной гиперплазии в аденоматозную и атипическую, а также в аденокарциному, являются: ожирение, нарушенная толерантность к глюкозе и клинически выраженные СД, АГ

Профилактика

Адекватная коррекция гормональных нарушений. Исследования, проведенные во многих странах, показали, что у женщин, применяющих оральные контрацептивы, климактерические кровотечения в период пременопаузы возникают очень редко. Таким образом, оральную контрацепцию можно рассматривать как профилактику климактерических кровотечений.

Лечение климактерических маточных кровотечений

Тактика лечения женщин с климактерическими маточными кровотечениями определяется причиной кровотечения, сопутствующей соматической и обменно-эндокринной патологии.

Гормональный гемостаз при лечении климактерических маточных кровотечениях должен расцениваться как врачебная ошибка. Ни в коем случае нельзя забывать, что кровотечение в пременопаузальном периоде является одним из первых клинических симптомов аденокарциномы эндометрия, а также аденоматозной и/или атипической гиперплазии. Применение гормонального гемостаза неправомерно также и потому, что при последующем выскабливании, в котором нередко возникает необходимость в связи с продолжающимся кровотечением, гистоструктура эндометрия изменяется под влиянием экзогенных гормонов, что снижает ценность и информативность гистологического анализа.

Абсолютными показаниями к оперативному лечению (чревосечению) при климактерических маточных кровотечениях являются:

- Аденокарцинома эндометрия;
- Аденоматозная или атипическая гиперплазия эндометрия в сочетании с аденомиозом, миомой любой локализации, увеличением размеров яичников или одного из них;
- Под слизистое расположение узлов миомы, множественные очаги или узловатая форма аденомиоза, сочетание миомы и аденомиоза при отсутствии гиперпластических изменений в эндометрии.

Относительными показателями к оперативному лечению при климактерических маточных кровотечениях являются рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, обменно-эндокринные заболевания (ожирение, предиабет, диабет, гипертензия). Факторами, повышающими риск превращения железисто-кистозной гиперплазии в аденокарциному, являются перечисленные выше патологические изменения и в первую очередь ожирение.

Показания к консервативной терапии при климактерических маточных кровотечениях:

- Гиперпластические процессы эндометрия при отсутствии другой гинекологической и экстрагенитальной патологии;
- Гиперпластические процессы эндометрия в сочетании с небольшим интрамурально-субсерозными узлами миомы (увеличение матки до размера, соответствующего 8 нед. беременности) и диффузной формой аденомиоза 1 степени, установленной при гистероскопии или гистерографии.

При проведении гормональной терапии с целью профилактики климактерических маточных кровотечений после лечебно-диагностического выскабливания эндометрия не рекомендуется применять эстрогенсодержащие препараты типа оральных контрацептивов. Основанием для этого являются риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркты, тромбозы, эмболии), обострения заболеваний печени, желчевыводящих путей, а также развитие гиперлипидемии, гиперхолестеринемии, гипергликемии.

В возрасте старше 45 лет, особенно у женщин с превышением массы тела и курящих, частота развития перечисленных патологических факторов возрастает под влиянием длительного приема препаратов, содержащих эстрогены в дозе 0,05 мг.

Для лечения маточных кровотечений в пременопаузальном возрасте, а точнее для профилактики их рецидивов поле выскабливания наиболее широкое применение нашли **гестагены**. Под влиянием синтетических гестагенов (прогестерон вызывает менее выраженные изменения) в гиперплазированной эндометрии происходят последовательно торможение пролиферативной активности, секреторная трансформация, развитие децидуальной реакции стромы и, наконец, атрофические изменения эпителия желез и стромы.

Гестагены оказывают не только местное, но и центральное действие, тормозя выделение гонадотропинов гипофизом. Способность гестагенов вызывать атрофические изменения в гиперплазированной эндометрии (в больших дозах) широко используется в онкологии при лечении аденокарцином матки и ее метастазов. Доза и последовательность применения гестагенов зависят от возраста пациентки и характера гиперпластического процесса в эндометрии.

Положительно влияет 17-ОПК и на приливы, уменьшая их частоту и интенсивность; снижает АД, уменьшает потливость, т. е. оказывает благоприятный эффект на симптомы климактерического синдрома, которые в этом возрасте нередко беспокоят женщин. Противопоказаниями к применению гестагенов являются тромбоэмболические заболевания в анамнезе, выраженные варикозные изменения вен голени и геморроидальных вен, хронические, часто обостряющиеся гепатиты и холециститы.

С начала 90-х годов для лечения климактерических маточных кровотечений, сочетающихся с гиперплазией эндометрия и без таковых, успешно применяются диназол и гестринон. Оба эти препарата по своему действию являются антиэстрогенами, тормозят выделение гонадотропинов гипофизом, что приводит к подавлению синтеза стероидов в яичниках. Результатом этого является гипоплазия и даже атрофия эндометрия. Оба препарата применяются в непрерывном режиме. Препараты в силу своего антиэстрогенного действия вызывают уменьшение размеров миом, благоприятно влияют на мастопатию, поскольку вызывают гипопластические процессы в эпителии молочных желез. Противопоказания для препаратов те же, что и для прогестагенов. Эффективность обоих препаратов значительно выше, чем чистых гестагенов.

Лечение климактерических маточных кровотечений андрогенами рекомендуется женщинами в возрасте старше 50 лет, у которых в соскобе эндометрия выявлены гипопластические атрофические атрофические изменения эндометрия или эндометрий со стертой фазностью, характерной для женщин пременопаузального возраста. Терапия андрогенами направлена на подавление менструальной функции. Наиболее эффективно применение препаратов, содержащих смесь разных эфиров тестостерона: омандрен, сустанон-250, тестэнат (отечественный препарат). Все эти препараты обладают пролонгированным действием, вводятся внутримышечно. После терапии пролонгированными андрогенами в инъекциях при необходимости можно перейти на сублингвальный прием метилтестостерона (в зависимости от результатов динамического наблюдения за пациенткой). Противопоказания к применению андрогенов те же, что и для гестагенов, а также гипертензия.

Лечение климактерических маточных кровотечений не ограничивается гормональной терапией. Однако следует помнить, что кровоостанавливающая и утеротоническая терапия носит только вспомогательный характер.

Как отмечалось, климактерические кровотечения часто наблюдаются у женщин с эндокринными и метаболическими нарушениями. Поэтому уже на первом этапе лечения в стационаре необходимо тщательное обследование для выявления нарушений функции поджелудочной и щитовидной желез, печени, липидного, углеводного обмена.

При лечении климактерических маточных кровотечений обязательной является коррекция обменно-эндокринных нарушений – прежде всего ожирения, гипергликемии и гипертензии. Рекомендуется определенная пищевой режим с ограничением жиров до 80 г в сутки, заменой 50 % животных жиров растительными, содержащими ненасыщенные жирные кислоты.

Прием пищи должен быть не реже 4 раз в день небольшими порциями, что способствует отделению и желчи.

Для коррекции метаболических осложнений рекомендуются препараты:

- ❖ гипохолестеринемические (полиспонин, цетамифен, мисклерон);
- ❖ Гиполипопротеинемические (линетол, арахиден);
- ❖ Липотропные (метионин, холина хлорид)

При снижении функции щитовидной железы в сочетании с ожирением назначают краткие курсы тиреоидина по 0,1 г 3 раза в день в течение 3 дней с трехдневным интервалом, всего 5-8 курсов.

Необходима также витаминотерапия (аскорбиновая к-та, ретинола ацетат, пиридоксин)

Коррекцию функции поджелудочной железы проводят в соответствии с рекомендациями диabetолога. По показаниям назначают гипотензивную и антианемическую терапию.

Основными условиями эффективному лечению климактерических маточных кровотечений в пременопаузальном возрасте являются: установление, гистоструктуры эндометрия, выявления сопутствующей генитальной патологии, выявление эндокринных заболеваний и метаболических нарушений, их медикаментозная и диетическая коррекция.

рецидивы климактерических маточных кровотечений в этом возрасте после проведенной гормональной терапии чаще всего являются следствием недиагностированной органической патологии (подслизистые миоматозные узлы, полипы эндометрия, аденомиоз, новообразования яичников).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!



