

**ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
Кафедра акушерства и гинекологии №2**

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Доц., к.м.н.
Зайнулина Р.М.

УФА 2012



ПАРАМЕТРЫ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- Продолжительность менструального цикла составляет 28 дней с колебаниями от 21 до 35 дней.
- Величина кровопотери в менструальные дни 40-60 мл, в среднем 50 мл
- Продолжительность нормальной менструации от 2 до 7 дней
- Первая менструация (menarhe) наблюдается в возрасте 10-13 лет



Терминология, используемая при нарушениях цикла

- Олигоменорея – интервал более 35 дней;
- Пройоменорея – частые менструации, интервал между которыми менее 21 дня;
- Полименорея –затяжные менструации более 7 суток;
- Гипоменорея – скудные менструации;
- Гиперменорея – обильные менструации;
- Меноррагия – циклические кровотечения длительностью более 7 дней;
- Метроррагия – ациклические кровотечения длительностью более 7 дней;



Структура и функции эндометрия

- **Функциональный слой**
- **Базальный слой.**

- **Фаза пролиферации**
- **Имплантационное окно**
- **Фаза секреции**



Структура и функции эндометрия

- Триггеры – эстрогены и прогестерон
- Биологическое действие –
 - факторы роста (ЭФР, СЭФР);
 - ЦИТОКИНЫ;
 - ЭНЗИМЫ;
 - простагландины;
 - тромбоксан;
 - Т-лимфоциты.



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Частота маточных кровотечений (МК) в 15 -19 лет составляет 8%;
- в 40-49 лет частота МК возрастает до 50%;
- ДМК среди МК составляют до 50% и встречаются во все периоды жизни женщины: пубертатном, репродуктивном, перименопаузальным.



ЭТИОЛОГИЯ МК

- Органические – обусловленные патологией внутренних половых органов (миомы матки, аденомиоз, полипы, аденокарцинома, гормонально-активные опухоли яичников).
- Дисфункциональные – следствие нарушения гормональной функции яичников, кровотечения, как правило, ановуляторные.
- Экстрагенитальные заболевания – нарушение гемокоагуляции, заболевания печени (цирроз), щитовидной железы, метаболический синдром
- Ятрогенные – вызванные приемом (часто неправильном) гормональных препаратов

ЭТИОЛОГИЯ ДМК

- Острые и хронические инфекции;
- интоксикации, профессиональные вредности;
- авитаминозы;
- стрессовые ситуации;
- физические и умственные переутомления;
- тяжелые соматические заболевания;
- расстройства функции периферических эндокринных желез (щитовидной, надпочечников).





ФОРМЫ ДМК

- ДМК периода полового созревания (ювенильные кровотечения) – с 8 до 17 лет;
- ДМК репродуктивного периода – с 17 до 45 лет;
- ДМК пременопаузального периода (климактерические кровотечения).



ЮВЕНИЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ФОРМЫ(МКБ-10):

- Обильные кровотечения в начале менструального периода;
- Пубертатные меноррагии;
- Пубертатные кровотечения.

В зависимости от уровня эстрогенов ЮМК делятся на гипо- и гиперэстрогенные.



ПАТОГЕНЕЗ ДМК

Нарушение образования и выделения
гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ)

Гормональная дисфункция яичников
(абсолютная или относительная гиперэстрогения
при нормальном уровне эстрадиола и низком
уровне прогестерона)

Гиперпластические процессы
эндометрия

Маточное кровотечение



Патогенез МК

- В механизме МК играют роль местные эндометриальные факторы:
экспрессия СЭФР, ФРФ;
нарушение соотношений
 простагландинов и тромбоксанов;
усилением фибринолиза



Ановуляторный характер кровотечений

- I тип – персистенция фолликула
(доминантный фолликул достигает достаточной степени зрелости, но, не овулируя, продолжает существовать
→ гиперэстрогения → гиперплазия эндометрия
→ кровотечение)



Ановуляторный характер кровотечений

- I I тип – атрезия фолликула (пул антральных фолликулов развивается, но, не выделяя доминантного фолликула, подвергается атрезии → новые фолликулы → атрезия → гиперэстрогения → гиперплазия эндометрия)



Ювенильные ДМК

- Частота ювенильных кровотечений (ЮК) среди гинекологических заболеваний в подростковом возрасте достигает 30%;
- частота ЮК в структуре ДМК – 10%;
- В пубертатном периоде гонадотропная функция еще не сформировалась, выбросы ФСГ и ЛГ носят хаотический характер.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Ациклические кровотечения в первые несколько лет после менархе на фоне неустановившегося цикла;
- постгеморрагическая анемия (бледность кожи, тахикардия, слабость, головокружение, сонливость).





ДИАГНОСТИКА

- Клинические данные (анамнез, осмотр);
- ОАК;
- коагулограмма;
- УЗИ органов малого таза;
- гормональное исследование (определение содержания в сыворотке крови ЛГ, ФСГ, эстрадиола, пролактина, кортизола, свободного Т3, свободного Т4, ТТГ);
- микробиологическое содержание влагалищного содержимого;
- ПЦР-диагностика ЗППП;
- вагиноскопия, кольпоскопия;
- гистероскопия.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- беременность;
- системные заболевания;
- наследственные нарушения коагуляционного гемостаза;
- воспалительные заболевания;
- злокачественные заболевания;
- органическая патология половой сферы (миома, аденомиоз, полипоз, эстрогенпродуцирующие опухоли яичника).



ЗАДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ

- гемостаз;
- регуляция менструального цикла;
- профилактика рецидива.





ГЕМОСТАЗ

При обильном длительном кровотечении, выраженной анемии (Hb ниже 75 г/л, гематокрит менее 20%) для быстрой остановки кровотечения целесообразен **хирургический гемостаз** – выскабливание эндометрия под контролем гистероскопа



ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- Транексамовая кислота 5мл 2-4 раза/сутки в/в ;
- Этамзилат 2мл 2-3 раза /сутки ;
- Окситоцин 5 МЕ 2раза/сутки

Физиотерапевтические методики:

-эндонозальная гальванизация

-эндонозальный электрофорез ионов кальция.



ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

Показания:

- Отсутствие эффекта от симптоматической терапии;
- Тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения;
- Рецидивирующие кровотечения в отсутствии органических заболеваний матки.



ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ

- Используют комбинированные гормональные контрацептивы, эстрогенный компонент которых составляет 0,03 мг
- Препараты назначают от 4 до 6 таблеток во время кровотечений в первый день, снижая дозу на 1-2 таблетки в день в течение 2-3 недель.



Противомикробная терапия

Показания:

-рецидивирующие или длительные (более 2 месяцев) анемизирующие кровотечения;

-выявление патогенной микрофлоры

Джозамицин 500 мг 2 раза/сутки N7;

Цефтриаксон 1,0 г, 2 раза/сутки N7;

Метронидазол 500 мг, 1 раз/сутки N3.



РЕГУЛЯЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- рациональное питание;
- соблюдение режима труда и отдыха, закаливание;
- витаминотерапия;
- антианемическая терапия;
- **гормональная терапия;**
- улучшение функции ЦНС.



Профилактика рецидива ДМК у женщин до 35 лет

- кломифен 50мг с 3 – 7-го или на 5 – 9-й день МЦ или выскабливания под контролем УЗИ;
- КОК с содержанием ЭЭ 0,003мг 3-6 мес. с ребаунд-эффектом;
- ВМК « Мирена»



Профилактика рецидива ДМК у женщин после 35 лет

- **антигонадотропные препараты:**
гестринон 2,5мг 2 раза в нед. 6 мес.
даназол 400мг/сут;
- **агонисты ГнРГ:**
золадекс, бусерелин, трипторелин
раз в 28 дней 4 – 6 инъекций;
- «Мирена»;
- абляция эндометрия.



Показания для аблации эндометрия

- рецидивы гиперплазии эндометрия;
- возраст старше 35 лет;
- противопоказания для операции;
- противопоказания для гормональной терапии;
- полость матки не более 10 см;
- незаинтересованность в беременности



ДМК репродуктивного периода

Варианты ДМК:

- I тип – персистенция фолликула;
- II тип – атрезия фолликула;
- III тип – персистенция желтого тела;
- IV тип – недостаточность лютеиновой фазы;
- V тип – межменструальные кровотечения.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Задержка менструации от нескольких дней до нескольких недель;
- Обильное и длительное кровотечение при отсутствии болевого синдрома;
- Последствия кровопотери: слабость, головокружение, быстрая утомляемость, тахикардия, гипотония.



ДИАГНОСТИКА

- ОАК, ОАМ, коагулограмма;
- УЗИ;
- гистероскопия;
- гистеросальпингография;
- кольпоскопия;
- гистологическое исследование удаленного при выскабливании эндометрия.



ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Остановка кровотечения:

- Хирургический гемостаз;
- Гормональный гемостаз (препараты КОК с содержанием эстрадиола 0,03 мг или чистые эстрогены – прогинова, эстрофем в дозе 2мг (4-6 таблеток) до прекращения кровотечения, после чего дозу препарата снижают на 2 мг/сут в течение 14 дней, после прекращения приема Э – гестагены (дюфастон) по 10 мг/ сутки в течение 10 дней);
- Симптоматическая гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, транексамовая кислота, дицинон)



ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

2. Профилактика рецидива кровотечения

Ановуляторные кровотечения

→ восстановление овуляторного цикла:

- Кломифен 50 мг с 4 по 9 день цикла
- Прогестины (Дюфастон 10 мг) с 16 по 25 день цикла

Курс лечения -3 месяца → КОК или ВМС

Мирена



ДМК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Патогенез:

Инволюционные процессы в репродуктивной системе

Нарушение цикличности функционирования гипоталамуса, гипофиза и яичников

Ановуляторные циклы

Гиперэстрогения → гиперплазия эндометрия → кровотечения



ДМК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Патогенез:

- Усугубление процесса за счет повышения продукции эстрогена в жировой ткани, ибо женщины перименопаузального возраста страдают ожирением;
- концентрация эстрогенов в крови повышается в связи со снижением уровня гормонсвязывающего глобулина.



ДМК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Клиническая картина:

- Обильные кровотечения со сгустками, наступающими после задержки месячных на 2-6 месяцев

Диагностика:

- ❖ УЗИ
- ❖ Гистероскопия
- ❖ Кольпоскопия
- ❖ Исследование мазка с шейки матки на онкоцитологию



ЛЕЧЕНИЕ

I этап- лечебно-диагностическое
выскабливание матки

Если в других возрастных группах можно в качестве первого этапа назначать гормональный гемостаз, то в возрасте 45-55 лет гормональный гемостаз является врачебной ошибкой!!!



ЛЕЧЕНИЕ

II этап – профилактика рецидивов кровотечения

- Женщинам в возрасте до 48 лет – КОК с минимальным содержанием эстрогенов (линдинет-20, логест, клайра.)
- Женщинам, не нуждающимся в контрацепции – ЗГТ (дивина, климонорм, циклопрогинова)
- При гиперэстрогении, применяют чистые гестагены с 16 по 25 день цикла (дюфастон 20 мг, утрожестан 200 мг)
- «Мирена»



ЛЕЧЕНИЕ

II этап – профилактика рецидивов кровотечения

■ Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона:

-бусерелин 3,75 мг в/м 1 раз/месяц, курс лечения 6 месяцев

-гозорелин (золадекс) 3,6 мг под кожу брюшной стенки 1 раз/месяц, курс лечения 6 месяцев

■ Антигонадотропный препарат

-даназол 400 мг 1 раз/сутки, курс лечения 6 мес.



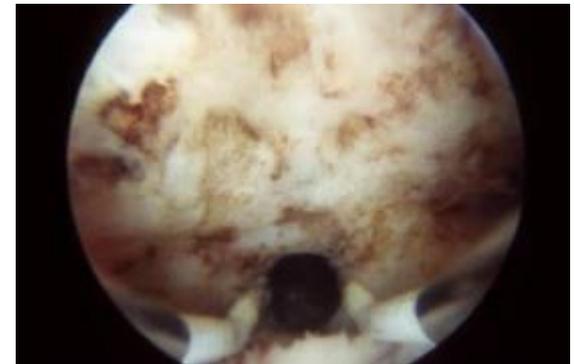
ЛЕЧЕНИЕ

II этап – профилактика рецидивов кровотечения

- Абляция эндометрия (деструкция эндометрия с помощью электрического тока или хирургического лазера)

Этапы:

1. Агонисты Гн-РГ (бусерелин 3,75 дважды с интервалом 4 нед. в/м)
2. Выскабливание эндометрия
3. Абляция

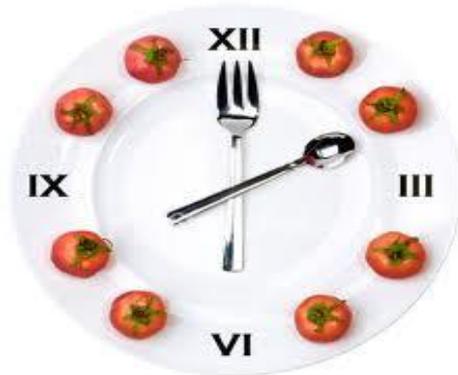




ЛЕЧЕНИЕ

Общеукрепляющая терапия:

- Режим , диета
- Витамины
- Гемостимулирующие средства
- Физиотерапевтическое воздействие на ЦНС





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

