

АО «Медицинский университет
Астана»

Кафедра акушерства и гинекологии

СРС

Дисфункциональные маточные кровотечения

Выполнила: Мирзатаева А.
Группа: 308 стоматология

Астана 2017 год

План

- Дисфункциональные маточные кровотечения, классификация.
- ДМК ювенильного периода. Диагностика, лечение.
- ДМК репродуктивного периода. Диагностика, лечение.
- ДМК в пременопаузальном периоде. Диагностика, лечение.
- ДМК в постменопаузе.

- **Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК)** обусловлены нарушением циклической продукции гормонов яичников. При ДМК нет анатомических изменений в репродуктивной системе, которые могли бы стать причиной кровотечения. Функциональные изменения как причина маточных кровотечений возможны на любом уровне регуляции менструальной функции: в коре головного мозга, гипоталамусе, гипофизе, надпочечниках, щитовидной железе, яичниках. ДМК рецидивируют и нередко приводят к нарушению репродуктивной функции, развитию гиперпластических процессов вплоть до предрака и рака эндометрия.

Классификация маточных кровотечений в зависимости от возрастного периода женщины

- ДМК ювенильного периода — в 12—18 лет;
- ДМК репродуктивного периода — в 18—45 лет;
- ДМК в перименопаузальном периоде - в 45—55 лет.

ДМК ювенильного периода

Дисфункциональные маточные кровотечения в пубертатном периоде называются ювенильными маточными кровотечениями (ЮМК). Их частота составляет 20% и более всех гинекологических заболеваний детского возраста. ЮМК связаны с незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, в частности с не установившимся цирхоральным (почасовым) ритмом выделения люлиберина. Это приводит к нарушению пропорции ФСГ и ЛГ. Вследствие дисфункции всей регулирующей репродуктивную функцию системы развивается гиперплазия эндометрия.

Этиология

- психические и физические стрессы,
- переутомление,
- неблагоприятные бытовые условия, гиповитаминозы,
- дисфункция щитовидной железы и/или коры надпочечников.
- Большое значение в развитии ЮМК имеют как острые, так и хронические инфекционные заболевания (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, ОРВИ и особенно частые ангины, хронический тонзиллит). Кроме того, могут иметь значение осложнения у матери во время беременности, родов, инфекционные заболевания родителей.

Патогенез ювенильных маточных кровотечений (ЮК)

воздействие стрессовых факторов в условиях незрелости гипофизотропных структур гипоталамуса

нарушение циклического образования и выделения гонадотропных гормонов

нарушение процессов фолликулогенеза в яичниках

ановуляция

Клиника

- Появление кровяных выделений из половых путей после задержки менструаций на сроки от 14—16 дней до 1,5—6 мес.
- Кровотечение может быть обильным и приводить к анемии, слабости, головокружению. Если подобное кровотечение продолжается несколько дней, вторично может наступить нарушение свертывающей системы крови. У некоторых больных кровотечение может быть умеренным, не сопровождаться анемией, но продолжаться 10—15 дней и более.

Диагностика

- Анамнез (задержка менструаций) и появлении кровяных выделений из половых путей.
- Физикальное обследование
 - общий осмотр, измерение роста и массы тела, распределение подкожно-жировой клетчатки, определение соответствия индивидуального развития возрастным нормам
 - оценка психического статуса
 - гинекологический осмотр
- Лабораторное исследование (анализ крови, коагулограмма; биохимический анализ крови). В сыворотке крови определяют уровень гормонов.
- УЗИ, эхография.

Лечение ЮК

I этап

Гемостаз в зависимости от общего состояния и степени кровопотери

Нв более 100 г/л,
Нт более 30%),

Нв > 70 г/л
Нт ниже 20%

окситоцин по 5 ЕД
внутривенно на 5%
растворе глюкозы 3—4
раза в день,
кровоостанавливающие
— дицинон, викасол по 2
мл внутримышечно, а
также аскорутин по 1
таблетке 3 раза в день,
аминокапроновая кислота
по 1 таблетке 3 раза в
день.

- Переливание эр. массы и СЗП
- препараты железа per os или в/в (венофер)
- вит. В12 200 мкг в/м + фолиевая к-та 0,001г 2-3 раза в день
- вит. В6 0,005г 3 раза или 1мг 5% р-ра 1 раз в день
- аскорбиновая к-та 5%-1мл в/м 1 раз в день

хирургический гемостаз —
раздельное
диагностическое
выскабливание под
контролем гистероскопии с
тщательным
гистологическим
исследованием соскоба. Во
избежание разрывов
девственную плеву
обкалывают 0,25%
раствором новокаина с 64
ЕД лидазы.

II этап

Профилактика рецидивов кровотечения

1. Циклический прием микродозированных гормональных контрацептивов в течение 3 месяцев
2. Использование прогестинов: утрожестан, дюфастон с 12-14-16 по 25 день сформированного цикла 3 месяца
3. Пациенткам старше 16 лет с рецидивирующими ЮК - стимуляция овуляции (кломистилбегит 25-50 мг в течение 3 месяцев)
4. Антианемическая терапия
5. Общеукрепляющие процедуры, закаливание
6. Диспансерное наблюдение в течение 1 года, УЗ-мониторинг толщины эндометрия и размеров фолликула

- ДМК репродуктивного периода составляют около 4—5% гинекологических заболеваний репродуктивного периода и остаются наиболее частой гормональной патологией репродуктивной системы женщины.

Этиологическими факторами поражения системы кора—гипоталамус—гипофиз—яичник—матка могут быть:

интоксикации
и инфекции

перемена
климата,
гиповитаминозы

прием некоторых
лекарственных
препаратов

стрессовые
ситуации

Причины

неблагоприятные
материально-
бытовые условия

нарушения
гормонального
гомеостаза
после абортов

умственное и
физическое
переутомление

профессиональные
вредности

- Кроме первичных нарушений в системе кора—гипоталамус—гипофиз, возможны первичные нарушения на уровне яичников. Причиной расстройства овуляции могут быть воспалительные и инфекционные заболевания. Под влиянием воспаления возможны утолщение белочной оболочки яичника, нарушение кровоснабжения и снижение реактивной чувствительности к гонадотропным гормонам.

Клиника

Клинические проявления, как правило, определяются изменениями в яичниках. **Основной жалобой больных с ДМК является нарушение ритма менструаций.** Кровотечение нередко начинается как умеренное, периодически уменьшается и снова увеличивается и продолжается очень долго. Функциональный слой эндометрия может постепенно разрушиться до базального слоя. Насыщение эстрогенами также постепенно снижается. Длительное кровотечение может приводить к анемии и ослаблению организма.

Диагностика:

- клинические (изучение анамнеза; объективное обследование — общий и гинекологический осмотр);
- обследование по тестам функциональной диагностики (симптом «зрачка», симптом натяжения цервикальной слизи);
- рентгенография черепа (турецкого седла), МРТ;
- определение содержания гормонов в плазме крови и моче (гормоны гипофиза, яичников, щитовидной железы и надпочечников);
- УЗИ;
- гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием и морфологическим исследованием соскобов;

Лечение

При обращении больной с ДМК проводят гистероскопию и отдельное диагностическое выскабливание. Это останавливает кровотечение, а по результатам гистологического исследования соскобов определяют терапию. Для быстрой остановки кровотечения широко применяют эстрогены.

Следующим этапом лечения является гормонотерапия. Цели гормонотерапии:

- нормализация менструальной функции;
- реабилитация нарушенной репродуктивной функции при снижении фертильности или бесплодии;
- профилактика кровотечения.

Профилактическая терапия проводится прерывистыми курсами (3 мес лечения - 3 мес перерыв). Повторные курсы гормонотерапии назначают по показаниям в зависимости от эффективности предшествующего курса.

ДМК в пременопаузальном периоде

- ДМК в пременопаузальном периоде (в возрасте от 45 до 55 лет) называются климактерическими и составляют 15% гинекологических заболеваний. По данным Е.М. Вихляевой, 50—60% всех ДМК встречаются в перименопаузальном периоде.

Патогенез ДМК

пременопаузального периода

Инволюционные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе ►► нарушение выработки гонадотропинов ►► нарушение стероидогенеза в яичниках ►► относительная гиперэстрогения ►► пролиферация и гиперплазия эндометрия

Кровотечение в результате отслойки гиперплазированного эндометрия

Большая частота экстрагенитальной патологии (ожирение, АГ, СД, патология гепатобилиарной системы)

Возрастная иммунодепрессия ►► угнетение клеточного звена иммунитета, контролирующего опухолевый рост

Клиника

- Как правило, больные предъявляют жалобы на обильное кровотечение из половых путей после задержки менструации от 8—10 дней до 4—6 нед. Ухудшение состояния, слабость, раздражительность, головная боль отмечаются только во время кровотечения.
- Примерно у 30% больных возникают более или менее выраженные обменные и эндокринные нарушения. В первую очередь увеличение массы тела, задержку жидкости, отеки, головную боль, нарушение ритма сна, неустойчивое артериальное давление, иногда кризовые состояния, сопровождающиеся чувством страха смерти, болями в сердце, бради- или тахикардией, приглушенными тонами сердца.

Диагностика

- Анамнез (обращают внимание на становление менструальной функции, репродуктивную функцию, инфекционные заболевания в анамнезе)
- гинекологический осмотр
- УЗИ гениталий (абдоминальное и трансвагинальное).
- Эхография
- Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. Гистероскопия.

Лечение

- Лечение климактерических кровотечений включает общее лечебное воздействие, гормонотерапию, хирургическое вмешательство.
- При анемии необходимо применение препаратов железа. Витаминотерапия.
- Гормонотерапия направлена на профилактику кровотечений. С этой целью чаще всего применяют синтетические гестагены. Женщинам до 48 лет можно назначать схемы терапии с сохранением регулярных менструальных циклов, старше 48 лет — с подавлением функции яичников.
- Комплексная терапия включает коррекцию обменно-эндокринных нарушений — прежде всего ожирения, гипергликемии и гипертензии.

ДМК в постменопаузе

- Рак тела матки
- Рак шейки матки
- Гормонально-активные опухоли яичников
- Заболевания влагалища
- Атрофия эндометрия

Литература:

- Савельева Г. М Гинекология.