

Презентация на тему:

Ювенильные маточные кровотечения



Больная А. 15 лет. Поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, головокружение, нерегулярные менструации.

Из анамнеза: менархе в 13 лет. Менструации нерегулярные, через 25-60 дней по 7-10 дней, обильные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Страдает частыми простудными заболеваниями. Состоит на учете по поводу хронического тонзиллита. Данная менструация началась после трехмесячного интервала и продолжается 16 дней. По рекомендации участкового педиатра в течение недели принимала отвар крапивы, аминакапроновую кислоту, викасол – без эффекта.

Объективно: телосложение правильное. Рост 172 см, вес 54 кг. Вторичные половые признаки хорошо развиты: Ма-2, Р-3, Ах-3, Ме-2. Кожа и слизистые бледные. АД – 110/70 мм.рт.ст., пульс 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Ювенильные маточные кровотечения развиваются в период полового созревания (возраст от 12 до 18 лет). Чаще всего причиной кровотечений в данном периоде является дисфункция яичников – на правильную выработку гормонов неблагоприятно влияют хронические инфекции, частые ОРВИ, психологические травмы, физические нагрузки, неправильное питание. Для их возникновения характерна сезонность – зимние и весенние месяцы. Кровотечения в большинстве случаев бывают ановуляторными – т.е. из-за нарушения выработки гормонов не наступает овуляция.

Этиология:

1. Гормональные нарушения - дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).
2. Нарушения свертывающей и антисвертывающей системы крови (болезнь Виллебранда, тромбостения, тромбоцитопеническая пурпура, гипофибриногенемия, гипопроконвертинемия).
3. Гормонопродуцирующие опухоли яичников (опухоли стромы полового тяжа).
4. Туберкулезное поражение внутренних половых органов.
5. Рак тела и шейки матки

При анализе перенесенных заболеваний у девушек с ЮМК ведущее место занимают инфекционные заболевания: корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, хронический тонзиллит, ангины, ОРВИ.



Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Слизистая преддверия влагалища розовая. Выделения яркие кровянистые умеренные с мелкими сгустками.

Ректальное исследование: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, безболезненна.

Дополнительные методы обследования:

Общий анализ крови: эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 90 г/л , лейкоциты – $7,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 20 мм/час . Тромбоциты – 88. Гематокрит – 29%

Показатели гемостаза: протромбиновый индекс – 100%, фибриноген – 3 г/л, время свертывания по Масс и Магро – 8 мин, активированное частичное тромбопластиновое время – 25 сек, активированное время рекальцификации – 60 сек

Концентрация хорионического гонадотропина в сыворотке крови составляет 5 МЕ/мл.

Ультразвуковое исследование органов малого таза: матка в правильном положении несколько меньше возрастной нормы ($37 \times 22 \times 34 \text{ мм}$) с четкими ровными контурами. Однородной эхоструктуры. Эндометрий 4 мм, правый яичник $39 \times 24 \text{ мм}$. Левый – $46 \times 26 \text{ мм}$. Оба яичника незначительно увеличены за счет множества мелких фолликулов. Жидкости в малом тазу нет. Заключение: мультифолликулярные яичники



Дифференциальный диагноз проводят с:

- Нарушения в системе гемостаза
- Гормонопродуцирующие опухоли яичников
- Беременность
- Органические поражения ЦНС

Лечение Ювенильных маточные кровотечения:

Проводится в 2 этапа.

На 1-м этапе осуществляется гемостаз

На 2-м - терапия, направленная на профилактику рецидивов кровотечения и регуляцию менструального цикла.

При выборе метода гемостаза необходимо учитывать общее состояние больной и величину кровопотери. Пациенткам, у которых анемизация не очень выражена (гемоглобин более 100 г/л, гематокрит более 30%), а по данным УЗИ нет признаков гиперплазии эндометрия, проводится симптоматическая гемостатическая терапия. Назначаются сокращающие матку средства - окситоцин по 5 ЕД внутривенно капельно на 5% растворе глюкозы или по 0,3-0,5 мл внутримышечно 3-4 раза в день, кровоостанавливающие препараты - 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 или 100 мл внутривенно капельно. Хороший гемостатический эффект дает сочетание указанной терапии с физиотерапией - синусоидальными модулированными токами на область шейных симпатических узлов по 2 процедуры в день в течение 3-5 дней, а также с иглорефлексотерапией или электропунктурой.

При неэффективности симптоматической гемостатической терапии проводится гормональный гемостаз синтетическими прогестинами. Эстроген-гестагенные препараты (нон-овлон, ригевидон, марвелон, мерсилон) назначают 3-4 раза в день по 1 таблетке до полного гемостаза. Кровотечение прекращается, как правило, в течение 1 сут. Затем дозу постепенно снижают (по 1/2 таблетки в 2 дня при отсутствии кровяных выделений), доводя дозу до 1 таблетки в день, после чего лечение продолжают в течение 16-18 дней так, чтобы курс составил 21 день. Менструальноподобные выделения после прекращения приема эстроген-гестагенов бывают умеренными и заканчиваются в течение 5-6 дней.

Одновременно с консервативным или хирургическим лечением необходимо проводить полноценную антианемическую терапию: препараты железа (мальтофер, фенюльс внутрь, венофер внутривенно), витамин В₁₂ внутримышечно по 200 мкг/день с фолиевой кислотой по 0,001 г 2-3 раза в день внутрь; витамин В₆ внутрь по 0,005 г 3 раза в день или внутримышечно по 1 мг 5% раствора 1 раз в день; витамин С внутримышечно 1 мл 5% раствора 1 раз в день; витамин Р (рутин) по 0,02 г 3 раза в день внутрь. В крайнем случае (уровень гемоглобина ниже 80 г/л, гематокрит ниже 25 %) переливают компоненты крови - свежезамороженную плазму и эритроцитную массу.

Спасибо за внимание.

