



Маточные кровотечения пубертатного периода

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Подготовил студент 5 курса 2507(в) гр. педиатрического
факультета Гуров Владислав Дмитриевич

Определение

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) — патологические кровотечения, обусловленные отклонениями отторжения эндометрия у девочек-подростков с нарушениями циклической продукции стероидных гормонов с момента первой менструации до 18 лет.

Сложности даже в определении



Суть проблемы

Дисфункциональные маточные кровотечения, возникающие с менархе до периода половой зрелости, в МКБ-10 трактуются как обильные менструации или маточные кровотечения в пубертатном периоде (N92.2) с клиническими вариантами:

- обильные кровотечения с началом менструации (с менархе)
- пубертатные циклические кровотечения (меноррагии)
- пубертатные ациклические кровотечения (метроррагии).

Суть проблемы (продолжение)

Недостатки терминологии приводят к двойственному толкованию маточных кровотечений пубертатного периода. С одной стороны, МКПП объединяют все варианты маточных кровотечений любого происхождения, с другой стороны, подразумевают наличие конкретной нозологической формы – дисфункциональных маточных кровотечений пубертатного периода. В результате, одни специалисты считают, что только ациклические и не имеющие органической причины кровотечения следует квалифицировать как МКПП.

Точки над і

В соответствии с международными клиническими рекомендациями МКПП следует обозначать маточные кровотечения, возникшие у девушек в течение 3 лет с менархе вне связи со специфическими гинекологическими заболеваниями, беременностью, абортами и родами.

Актуальность

Актуальность моей дипломной работы состоит в том, что без неё мне не дадут диплом...



Atkritka.com

Актуальность

Среди нарушений функций репродуктивной системы в период полового созревания одной из наиболее частых форм являются маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП), нередко приводящие в последующем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям.

Актуальность (продолжение)

В структуре гинекологических заболеваний частота МКПП колеблется от 10 до 37,5%. Однако истинную частоту МКПП установить достаточно сложно, что обусловлено нерегулярным и поздним обращением родителей или самой девочки за медицинской помощью к специалистам, а также недооценкой проблемы маточного кровотечения у девочек участковыми врачами детских поликлиник и женских консультаций. Кроме этого, сохраняется распространённое заблуждение, что маточные кровотечения у подростков являются лишь естественной особенностью периода полового созревания. Маточные кровотечения пубертатного периода находятся на втором месте по частоте обращений девочек-подростков к гинекологу после воспалительных заболеваний половых органов.

Отдалённые последствия

Длительное и рецидивирующее течение маточных кровотечений приводит к тому, что у девушек из-за частой утраты трудоспособности снижается уровень образования. Обильное маточное кровотечение может вызвать возникновение вторичных дефектов гемостаза за счёт усиленного потребления факторов свёртывания крови, что, в свою очередь, ведёт к продолжению кровотечения.

Отдалённые последствия (продолжение)

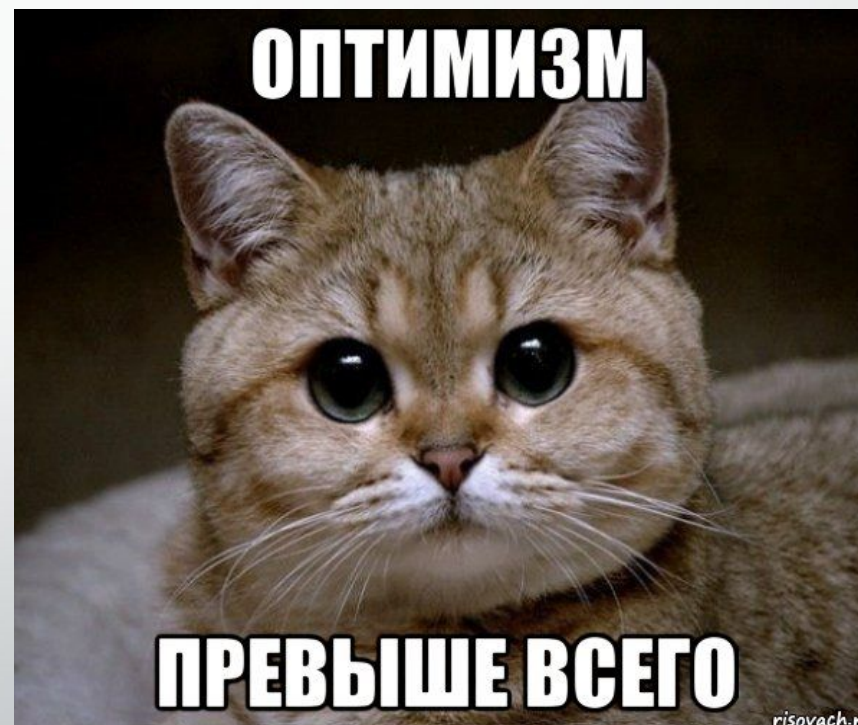
При длительных и обильных кровотечениях развивается постгеморрагическая анемия. В связи с этим пациентки нередко жалуются на слабость, головокружение, понижение работоспособности. Изменяется и психическое состояние девушки: подавленность, психологическое напряжение, связанное с невозможностью вести полноценный образ жизни, с постоянным ожиданием следующего кровотечения, с различными врачебными манипуляциями.

Самые опасные последствия

Не менее серьёзной проблемой является сохранение нарушений менструального цикла, в том числе рецидивов маточных кровотечений у большинства женщин в последующие годы их жизни. Более того, практически 85% пациенток с МКПП в анамнезе страдают первичным бесплодием 8 % – невынашиванием беременности и лишь каждая десятая имеет ребёнка.

Не всё так плохо

Для МКПП характерна практически полная обратимость морфо-функциональных изменений репродуктивной системы. Изменения могут быть спонтанно обратимы за счёт резервных возможностей организма девушки, но чаще восстановление функций всех звеньев репродуктивной системы достигается своевременным и адекватным медицинским вмешательством.



Этиология



Этиология

Основной причиной МКПП является несовершенство регуляции репродуктивной системы в пубертатном периоде.

Провоцирующие факторы

Провоцирующими моментами возникновения МКПП в период физиологической «неустойчивости» функционирования репродуктивной системы могут оказаться любые неблагоприятные факторы. Даже при нормальном течении периода полового созревания, организм подростка находится в значительном напряжении, связанным не только с гормональной перестройкой, но и происходит социально-психологическая адаптация девушки.

Предрасполагающие факторы

Предрасполагающими факторами МКПП являются стрессовые состояния: неблагоприятная обстановка в семье, разногласия со сверстниками, физические травмы, переутомление, неблагоприятные бытовые условия. Также кровотечения могут возникать и на фоне острых и хронических инфекций – краснуха, ветряная оспа, корь, коклюш, эпидемический паротит, хронический тонзиллит, ангины, ОРВИ. При инфекционных заболеваниях (паротит и краснуха) происходит поражение фолликулярного аппарата яичников. Длительное влияние инфекции приводит к истощению резервных возможностей и угнетению функции яичников.

И ещё...

Большую роль в возникновении МКПП играют интоксикации, гипо- и авитаминозы, нарушение функции щитовидной железы и коры надпочечников. Также отмечено увеличение частота МКПП у девочек, страдающих аллергическими заболеваниями.

Патогенез



Патогенез

В развитии МКПП особая роль принадлежит особенностям реагирования девушек на стрессовые ситуации и перегрузки.

У девочек-подростков с маточными кровотечениями имеется дефект отрицательной обратной связи яичников и гипоталамо-гипофизарной области ЦНС. Увеличение уровня эстрогенов, характерное для периода полового созревания, не приводит у таких девочек к уменьшению секреции гонадотропных гормонов (ФСГ и/или ЛГ), что, в свою очередь, вызывает неадекватное и ациклическое развития полостных фолликулов.

Патогенез (продолжение)

Сохранение более высокой, чем в норме, секреции ФСГ является фактором, обуславливающим преждевременную атрезию полостных фолликулов, а чрезмерные пики ЛГ тормозят развитие доминантного фолликула, но сохраняют пул одновременно созревающих полостных фолликулов.

Патогенез (продолжение)

Чаще всего у больных с МКПП имеется, как правило, беспорядочный характер выделения ЛГ и ФСГ. При возникновении МКПП с менархе уровень ЛГ и ФСГ в плазме крови превышает нормативные величины, средние значения ЛГ превышают возрастную норму у больных с МКПП в возрасте 12–13 лет, а уровень секреции ФСГ – в возрасте 13–16 лет.

Патогенез (продолжение)

Во II фазе пубертатного периода (16–18 лет) и, особенно при рецидивах МК, выявляется монотонный низкий или повышенный уровень экскреции ЛГ. МКПП могут возникнуть по причине функциональной незрелости или генетически обусловленной недостаточности стероидогенеза в яичниках.

Патогенез (продолжение)

В течение каждого овуляторного цикла происходят специфические изменения морфологических, биохимических и функциональных характеристик эндометрия. Различные клетки эндометрия способны синтезировать разные факторы роста и цитокины, которые в свою очередь, выступают как посредники проявления различных стероидзависимых функций. Факторы роста влияют на пролиферацию клеток эндометрия, дифференцировку и ангиогенез. Когда пролиферирующий эндометрий переполняет полость матки, на отдельных участках возникают нарушения кровоснабжения эндометрия, появляются очаги застойного полнокровия, гипоксии, ишемии, некроза с последующим неравномерным отторжением эндометрия и кровотечением.

Патогенез (продолжение)

Кровотечение поддерживается повышенным образованием простагландинов в длительно пролиферирующем эндометрии.

Кроме изменений в сосудах, возникновению кровотечений способствует повышение чувствительности эндометрия к эстрогенам при одновременном снижении сократительной способности матки, что в период полового созревания наблюдается особенно часто. Наличие в полости матки некротизированных тканей и сгустков крови способствует распространению восходящей инфекции и развитию эндометрита, сальпингоофорита с развитием вторичного иммунодефицита, изменениями гемокоагуляции и фибринолиза в сосудистом русле и нарушениями внутриматочного гемостаза, способствующими продолжению кровотечения.

Клиника



Клиника

- Основная жалоба при поступлении в стационар – кровотечение из половых путей различной интенсивности и длительности (умеренные, обильные и незначительные кровяные выделения).
- Анемический синдром. В зависимости от количества теряемой крови изменяется и общее состояние пациентки. Умеренные кровяные выделения, в основном, не сопровождаются изменениями общего состояния, в то время как при обильных кровяных выделениях присутствуют симптомы анемии – общая слабость, головокружение, обморочные состояния.
- Боль. Боли внизу живота отмечаются у 10-13% пациенток.
- Длительность кровотечения, у большинства пациенток, составляет в среднем 3-4 недели. Изменения продолжительности кровяных выделений могут быть от 10 дней до 3 месяцев.

Клинические типы заболевания

У подростков с дисфункциональными МКПП можно выделить клинические типы заболевания с учётом уровня эстрогенной насыщенности. Выделяют следующие типы кровотечения:

- гипоестрогенный
- гиперэстрогенный
- нормоэстрогенный.

Гипоэстрогенный тип

Наиболее часто у современных девочек-подростков с МКПП выявляется гипоэстрогенный тип МКПП. Концентрация эстрадиоола в 2–2,5 раза ниже возрастных нормативных значений.

Портрет гипоэстрогенного типа

Внешне: значительное несоответствие ювенильного облика («хрупкое» телосложение, степень развития вторичных половых признаков значительно отстаёт от возрастной нормы) и довольно высокого уровня психологического развития с элементами так называемого «перфекционизма» (стремление превосходить окружающих во всем). Матка в объёме значительно отстает от возрастной нормы (до полутора раз), эндометрий тонкий, яичники скорее симметричные и в объёме немного превышают нормальные показатели. Уровень концентрации кортизола в плазме крови значительно превосходит нормальные значения. Отмечается постоянная готовность к стрессовым реакциям на фоне хронического влияния психогенных факторов. Наиболее часто у пациенток с гипоэстрогенным типом МКПП наблюдаются депрессивно-тревожные расстройства в сочетании с нарушением сна.



Нормоэстрогенный тип

Второе место по частоте выявления – это пациентки с нормоэстрогенным типом МКПП.

Внешне: данные антропометрии и степень развития вторичных половых признаков говорят о гармоничном развитии. Однако размеры матки меньше возрастной нормы. Особенностью гормонального фона – нормативное содержание эстрадиола (194–324 пмоль/л) при гиперсекреции ЛГ и кортизола. Повышенное содержание кортизола свидетельствует о высокой вероятности эмоционально-стрессового происхождения нормоэстрогенных маточных кровотечений. Подобный тип МКПП встречается в основном у пациенток в возрасте от 13 до 16 лет.



Гиперэстрогенный тип

Гиперэстрогенный тип наблюдается у пятой части больных с МКПП. В случае гиперэстрогенного типа МКПП (уровень эстрадиола колебался в пределах 329–732 пмоль/л, что в полтора раза выше возрастной нормы).

Портрет гиперэстрогенного типа

Внешне: происходит дисгармоничное ускорение развития эффекторных органов и тканей репродуктивной системы в сочетании с физической акселерацией. Происходит задержка формирования полноценного взаимодействия всех звеньев ЦНС. Такие больные выглядят вполне физически развитыми, но в психологическом плане могут обнаруживать незрелость в суждениях и поступках. Наибольшая вероятность развития гиперэстрогенного типа МКПП в начале (11–12 лет) и конце (17–18 лет) пубертатного периода. При длительных кровотечениях, обильных кровопотерях обращает на себя бледность и сухость кожных покровов, учащение пульса.



Диагностика



Диагностика

Патогномичным признаком МКПП является отсутствие структурной патологии эндометрия и подтверждение ановуляторного менструального цикла в период возникновения маточного кровотечения:

- уровень прогестерона в венозной крови на 21–25 день менструального цикла менее 9,5 нмоль/л
- монофазная базальная температура
- отсутствие преовуляторного фолликула по данным эхографии.

Тип кровотечения

При определении типа маточного кровотечения учитываются клинические особенности маточных кровотечений – гиперменоррея, полименоррея, метроррагия и менометроррагия.

Гиперменоррея

Меноррагией (гиперменорреей) обозначают маточное кровотечение у больных с сохраненным ритмом менструаций, у которых продолжительность кровяных выделений превысила > 7 дней и кровопотеря – > 80 мл, имеется незначительное количество сгустков крови в обильных кровяных выделениях, отмечено появление гиповолемических расстройств в менструальные дни и наличие железодефицитной анемии средней и тяжелой степени выраженности.

Полименоррея

Полименоррея – маточные кровотечения, возникающие на фоне регулярного укороченного менструального цикла (<21 дня).

Метроррагия и менометроррагия

Метроррагия и менометроррагия – маточные кровотечения, не имеющие ритма, часто возникающие после периодов олигоменореи и характеризующиеся периодическим усилением кровотечения на фоне скудных или умеренных кровяных выделений.

Диагностический поиск

1. сбор анамнеза
2. оценка физического и полового развития
3. продолжительность кровяных выделений из влагалища 7 суток на фоне укорочения (35 суток) менструального цикла
4. кровопотеря >80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями
5. наличие межменструальных или посткоитальных кровяных выделений

Диагностический поиск (продолжение)

6. гинекологическое обследование: данные осмотра, вагиноскопия, двуручное, ректально-абдоминальное исследования (позволяют исключить наличие инородного тела во влагалище, кондилом, новообразований во влагалище и на шейке матки). Оценивают состояние слизистой оболочки влагалища, эстрогенную насыщенность. Признаки гиперэстрогении: выраженная складчатость слизистой оболочки влагалища, сочная девственная плева, цилиндрическая форма шейки матки, положительный симптом "зрачка", обильные прожилки слизи в кровяных выделениях. Для гипоэстрогении характерна бледно-розовая слизистая влагалища, ее складчатость слабо выражена, гимен тонкий, шейка матки субконической или конической формы, кровяные выделения без примеси слизи
7. оценка менструального календаря (меноциклограммы)
 - а. уточнение психологических особенностей пациентки

Диагностический поиск (продолжение)

9. Лабораторные исследования:

- клинический анализ крови с гемосиндромом;
- биохимический анализ крови — исследование концентраций глюкозы, креатинина, билирубина, мочевины, сывороточного железа, трансферрина;
- исследование концентраций гормонов в крови — определение концентраций тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т₄) для уточнения функции щитовидной железы
- эстрадиола, тестостерона, дигидроэпиандростерона-сульфата (ДЭАС)
- суточного ритма секреции кортизола для исключения врожденной гиперплазии коры надпочечников
- пролактина (не <3 раз) для исключения гиперпролактинемии
- прогестерона в сыворотке крови (на 21-й день при 28-дневном менструальном цикле или на 25-й день при 32-дневном) для подтверждения ановуляторного характера маточных кровотечений;
- тест толерантности к углеводам при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) и избыточной массе тела (индекс массы тела равен 25 кг/м² и выше).

Диагностический поиск (продолжение)

10. Инструментальные методы исследования:

- мазок из влагалища на флору, диагностика с использованием полимеразной цепной реакции для исключения урогенитальной инфекции
- вагиноскопия, кольпоскопия
- рентгенография черепа с проекцией турецкого седла
- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга при подозрении на опухоль головного мозга
- электроэнцефалография, реоэнцефалография
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза позволяет уточнить размер матки и состояние эндометрия для исключения беременности, порока развития матки и влагалища, патологии тела матки и эндометрия (аденомиоз, полипы или гиперплазия эндометрия, эндометрит), оценить размеры и структуру, объем яичников, исключить функциональные кисты — фолликулярные, желтого тела, объемные образования придатков матки

гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание слизистой матки.

Дифференциальная диагностика



Дифференциальная диагностика

Кровотечения из половых путей в пубертатном периоде могут быть обусловлены целым рядом заболеваний. Прежде всего, необходимо проводить дифференциальную диагностику МКПП с кровотечениями на фоне заболеваний крови, в пользу которых свидетельствуют следующие особенности: подкожные петехиальные кровоизлияния вызванные мелкими травмами, кровотечения из носа и десен, упорные маточные кровотечения

Дифференциальная диагностика (продолжение)

1. Дефекты свертывающей системы крови тромбоцитопении, апластические анемии, наследственные нарушения коагуляционного гемостаза (болезнь Виллебранда), геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна — Геноха), тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Девушки с болезнью Верльгофа с раннего возраста страдают носовыми кровотечениями, повышенной кровоточивостью при порезах и ушибах, после экстракции зубов, на коже больных, как правило, видны множественные кровоподтеки, петехии.
2. Органическая патология в половой системе: аномалия развития половых органов, гормонпродуцирующие опухоли яичников, эндометриоз, аденомиоз, рак шейки и тела матки (редко).

Дифференциальная диагностика (продолжение)

3. Маточные кровотечения на фоне аденомиоза характеризуются выраженной дисменореей, длительными мажущими кровяными выделениями с характерным коричневым оттенком до и после менструации. Диагноз подтверждается результатами УЗИ и гистероскопией.
4. При воспалительных заболеваниях половых органов маточные кровотечения, как правило, имеют ациклический характер. Беспокоят пациенток боли в нижних отделах живота, обильные бели вне менструации.
5. Травма наружных половых органов и влагалища.

Дифференциальная диагностика (продолжение)

6. Беременность с начавшимся и неполным абортom.
7. СПКЯ. При маточных кровотечениях пубертатного периода с формирующимся СПКЯ наряду с жалобами на задержки менструаций имеют место избыточный рост волос, угри на лице, груди, плечах, спине, ягодицах и бедра, есть указания на позднее менархе с прогрессирующими нарушениями менструального цикла по типу олигоменореи.

Дифференциальная диагностика (продолжение)

8. Нарушения функции щитовидной железы. МКПП возникают, как правило, у больных с субклиническим или клиническим гипотиреозом. Больные жалуются на зябкость, отечность, увеличение массы тела, снижение памяти, сонливость, депрессию. При гипотиреозе пальпация и УЗИ позволяют выявить ее увеличение, а осмотр больных — наличие сухой субиктеричной кожи, пастозность тканей, одутловатость лица, увеличение языка, брадикардию. Уточнить функциональное состояние щитовидной железы позволяют определение ТТГ, свободного Т₄ в крови.
9. Гиперпролактинемия. Для исключения гиперпролактинемии как причины маточных кровотечений пубертатного периода показаны осмотр и пальпация молочных желез с уточнением характера отделяемого из сосков, определение содержания пролактина в крови, МРТ головного мозга.

Просить помощи не стыдно

Желательно проведение консультаций таких специалистов, как эндокринолог (при подозрении на патологию щитовидной железы), гематолог (при заболеваниях свертывающей и антисвертывающей систем крови), фтизиатр (при МКПП на фоне длительного стойкого субфебрилитета, ациклическом характере кровотечений, нередко сопровождающихся болевым синдромом, при отсутствии патогенного инфекционного агента в отделяемом мочевого тракта, относительном или абсолютном лимфоцитозе в общем анализе крови, положительных туберкулиновых пробах), педиатр (при МКПП на фоне хронических системных заболеваний), невролог и окулист.

Лечение



Лечение

При выборе метода учитываются интенсивность кровотечения, степень анемии, особенности физического и полового развития, гормональный фон, состояние свертывающей системы крови, наследственность, предполагаемая причина кровотечения. Лечение ювенильных маточных кровотечений преследует 3 основные цели:

1. остановку кровотечения
2. профилактику повторных кровотечений
3. устранение постгеморрагической железодефицитной анемии.

Показания к госпитализации

Обильное (профузное) маточное кровотечение, не купирующееся медикаментозной терапией, угрожающее жизни снижение гематокрита (ниже 7–8 мг/дл) и необходимость хирургического лечения и гемотрансфузии являются показанием для госпитализации больных. Выскабливание слизистой оболочки тела и шейки матки (раздельное) под контролем гистероскопа у девочек производится очень редко.

Надо резать

Абсолютными показаниями к хирургическому лечению являются:

- острое профузное маточное кровотечение, не останавливающееся на фоне медикаментозной терапии;
- наличие клинических и ультразвуковых признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала.

Медикаментозное лечение

1. На первом этапе лечения целесообразно использование ингибиторов перехода плазминогена в плазмин (транексамовой или ε-аминокапроновой кислоты). Интенсивность кровотечения снижается за счет уменьшения фибринолитической активности плазмы крови. Транексамовая кислота назначается per os в дозе 4–5 г в течение первого часа лечения, затем по 1 г каждый час до полной остановки кровотечения. Возможно внутривенное введение 4–5 г препарата в течение 1–го часа, затем капельное введение по 1 г в час в течение 8 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 30 г. При больших дозах увеличивается опасность развития синдрома внутрисосудистого свертывания, а при одновременном применении эстрогенов – высокая вероятность тромбоэмболических осложнений. Возможно использование препарата в дозировке 1 г 4 раза в сутки с 1–го по 4–й день менструации, что уменьшает объем кровопотери на 50%.

Медикаментозное лечение (продолжение)

2. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – ибупрофен, за счет подавления активности циклооксигеназы типа 1 и 2, регулирует метаболизм арахидоновой кислоты, снижает продукцию простагландинов и тромбоксанов в эндометрии, уменьшая объем кровопотери во время менструации на 30–38%. Ибупрофен назначается по 400 мг каждые 4–6 часов (суточная доза 1200–3200 мг) в дни меноррагий. Эффективность НПВП сопоставима с эффективностью аминокaproновой кислоты и комбинированных оральных контрацептивов.

Медикаментозное лечение (продолжение)

3. В целях повышения эффективности гемостатической терапии оправдано и целесообразно сочетанное применение НПВП и гормональной терапии. **Исключение** составляют больные с гиперпролактинемией, структурными аномалиями половых органов и патологией щитовидной железы.

Медикаментозное лечение (продолжение)

4. Применение КОК в гемостатических целях у больных с маточными кровотечениями. Этинилэстрадиол в составе КОК обеспечивает гемостатический эффект, а прогестагены – стабилизацию стромы и базального слоя эндометрия. Для остановки кровотечения используются только монофазные КОК.

Диспансеризация и профилактика (лучшая
болезнь та, которой не было)



Диспансеризация и профилактика

Пациентки с маточными кровотечениями пубертатного периода нуждаются в постоянном динамическом наблюдении 1 раз в месяц до стабилизации менструального цикла, затем возможно ограничить частоту контрольного обследования до 1 раза в 3–6 месяцев. Проведение эхографии органов малого таза должно осуществляться не реже 1 раза в 6–12 месяцев. Все больные должны быть обучены правилам ведения менструального календаря и оценке интенсивности кровотечения, что позволит оценить эффективность проводимой терапии.

Диспансеризация и профилактика (продолжение)

Больные должны быть информированы о целесообразности коррекции и поддержании оптимальной массы тела (как при дефиците, так и при избыточной массе тела), нормализации режима труда и отдыха. Девочки не должны освобождаться от занятий по физкультуре, кроме критических дней. Необходимо назначение комплекса поливитаминов и минералов. Питание должно быть калорийным и разнообразным с достаточным количеством белка (обязательное включение в рацион мяса, печени).

Диспансеризация и профилактика (продолжение)

Учитывая высокую частоту последующего возникновения гинекологической патологии у женщин, имевших в пубертатном возрасте МК, залогом успешного сохранения репродуктивного здоровья подобных больных является обязательное диспансерное наблюдение на протяжении всей жизни.

Вы меня внимательно слушали??



Вопрос 1

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Неблагоприятные бытовые условия
2. Неблагоприятная обстановка в семье
3. Физические травмы
4. Переутомлени

Вопрос 2

В ПАТОГЕНЕЗЕ МКПП ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

1. Снижение уровня эстрогенов, не приводит к уменьшению секреции гонадотропных гормонов, что вызывает неадекватное и ациклическое развитие полостных фолликулов 20
2. Не происходит изменение уровня эстрогенов, характерное для периода полового созревания, что приводит к уменьшению секреции гонадотропных гормонов, и вследствие этого происходит неадекватное и ациклическое развитие полостных фолликулов
3. Увеличение уровня эстрогенов, не приводит к уменьшению секреции гонадотропных гормонов и вызывает неадекватное и ациклическое развития полостных фолликулов

Вопрос 3

НЕРАВНОМЕРНОЕ ОТТОРЖЕНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ КРОВОТКЧЕНИЕМ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. Пролиферирующим эндометрий заполняет полость матки
2. Возникновением участков нарушения кровоснабжения в эндометрии
3. Появлением очагов застойного полнокровия, гипоксии, ишемии и некроза

Вопрос 4

ПРИ ГИПОЭСТРОГЕННОМ ТИПЕ МКПП РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ:

1. Значительно отстает от возрастной нормы
2. Развитие гармоничное
3. Дисгармоничное ускорение полового развития

Вопрос 5

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ МКПП:

1. Остановка кровотечения, устранение постгеморрагической анемии
2. Остановка кровотечения, профилактика повторных кровотечений
3. Остановка кровотечения, профилактика повторных кровотечений, устранение постгеморрагической анемии

Последний вопрос

АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Наличие клинических и ультразвуковых признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала, профузное маточное кровотечение, не поддающееся медикаментозному лечению
2. Наличие клинических и ультразвуковых признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала
3. Профузное маточное кровотечение, не поддающееся медикаментозному лечению

Спасибо за внимание

