

**ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ  
ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.**

**КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ  
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.**

**ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ  
МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.**

**Доцент кафедры акушерства и гинекологии ТюмГМА  
кандидат медицинских наук  
Карпова Ирина Адамовна**

# **ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ**

**В зависимости от функционального состояния репродуктивной системы женщины различают следующие возрастные периоды.**

- **ВНУТРИУТРОБНЫЙ (антенатальный) - 280 дней**
- **НЕОНАТАЛЬНЫЙ (новорожденности) - 30 дней**
- **МЛАДЕНЧЕСКИЙ - 1 год**
- **ДЕТСКИЙ – 2 - 7 лет**
- **ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ (пубертатный) – 8 - 18 лет**
- **ПЕРИОД ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ (репродуктивный) – 18 - 45 лет (оптимальный – 20 - 35 лет)**
- **КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ - 50 - 60 лет**
- **СТАРЧЕСКИЙ - старше 60 - 70 лет**
- **ПЕРИОД ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВА - старше 90 лет**

# **ВНУТРИУТРОБНЫЙ (АНТЕНАТАЛЬНЫЙ) ПЕРИОД**

## ***ЯИЧНИКИ***

- В процессе эмбрионального развития закладываются первыми (с 3–4-й недели внутриутробной жизни).
- К 6–7-й неделе заканчивается индифферентная стадия формирования гонад. С 8–10-й недели начинается образование гонад женского типа.
- На 20-й неделе в яичниках плода формируются примордиальные фолликулы.
- На 25-й неделе появляется белочная оболочка яичника.
- На 31–32-й неделе дифференцируются зернистые клетки внутренней оболочки фолликула.
- На 37–38-й неделе возрастает количество полостных и зреющих фолликулов.
- К моменту рождения яичники морфологически сформированы.

## ***ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ***

*Маточные трубы, матка и верхняя треть влагалища берут начало из парамезонефральных протоков.*

- С 5–6-й недели начинается развитие маточных труб.
- На 13–14-й неделе образуется матка путем слияния дистальных отделов парамезонефральных протоков.
- На 16–20-й неделе дифференцируется шейка матки, ее длина к 40-й неделе составляет  $2/3$  общей длины матки.
- На 18-й неделе выявляется недифференцированный эндометрий, закладки трубчатых желез появляются к 24-й неделе.

## НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

- С 4-й по 7-ю неделю жизни эмбриона имеют индифферентный характер и до 16-й недели практически не изменяются.
- С 17-й недели развиваются *половые губы*.
- К 24–25-й неделе отчетливо определяется *девственная плева*.

# ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНАЯ СИСТЕМА

- С 8–9-й недели активизируется секреторная деятельность аденогипофиза (ФСГ и ЛГ определяются в гипофизе, крови плода и в незначительном количестве в амниотической жидкости).
- В этот же период (8-9 нед.) идентифицируется ГТ-РГ.
- На 10–13-й неделе обнаруживаются нейротрансмиттеры.
- С 19-й недели начинается выделение пролактина аденоцитами.

# **ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ (НЕОНАТАЛЬНЫЙ)**

**В половых органах и молочных железах новорожденной обнаруживаются признаки эстрогенного воздействия:**

- эпителий слизистой оболочки влагалища состоит из 30–40 слоев и содержит клетки с относительно высоким кариопикнотическим индексом;**
- шейный канал заполнен густой слизью;**
- в эндометрии определяются пролиферативные и даже секреторные преобразования;**
- у 3% новорожденных девочек происходит десквамация эндометрия (кровянистые выделения), у 25% — во влагалищных мазках идентифицируются неизмененные эритроциты;**
- нередко имеет место увеличение молочных желез.**

# **ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ (НЕОНАТАЛЬНЫЙ)**

**Происхождение эстрогенного влияния в указанный период объясняется следующим образом:**

- в конце внутриутробного развития плода высокий уровень материнских эстрогенов тормозит секрецию гонадотропинов фетального гипофиза;**
- резкое снижение содержания эстрогенов матери в организме новорожденной стимулирует выброс ФСГ и ЛГ аденогипофизом девочки,**
- что обеспечивает кратковременное усиление функции ее яичников.**
- К 10-му дню жизни новорожденной проявления эстрогенного воздействия ликвидируются.**

## ПЕРИОД ДЕТСТВА (1-7 лет)

Характеризуется низкой функциональной активностью репродуктивной системы:

- секреция эстрадиола незначительна,
- созревание фолликулов до антральных происходит редко и бессистемно,
- выделение ГТ-РГ непостоянно,
- рецепторные связи между подсистемами неразвиты,
- секреция нейротрансмиттеров скудная.

## ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

- От 7–8 до 17–18 лет. Происходит созревание репродуктивной системы
- Завершается физическое развитие женского организма: *рост тела в длину, окостенение зон роста трубчатых костей, формируется телосложение и распределение жировой и мышечной тканей по женскому типу.*
- В соответствии со степенью зрелости гипоталамических структур выделяют три периода созревания гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

## ПРЕПУБЕРТАТНЫЙ (7–9 лет)

- Усиление секреции гонадотропинов в виде отдельных ациклических выбросов.
- Синтез эстрогенов — низкий.
- «Скачок» роста тела в длину.
- Первые признаки феминизации телосложения: *округляются бедра за счет увеличения количества и перераспределения жировой ткани, начинается формирование женского таза.*
- Увеличивается число слоев эпителия во влагалище с появлением **клеток промежуточного типа.**

# ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

- **Первая фаза (10-13 лет) - формирование суточной цикличности и повышение секреции ГТ-РГ, ФСГ и ЛГ, под влиянием которых возрастает синтез гормонов яичников.**
- **Повышается чувствительность рецепторного аппарата всех звеньев репродуктивной системы.**
- **При достижении определенного высокого уровня эстрогенов обеспечивается мощный выброс гонадотропинов, который, в свою очередь, завершает процесс созревания фолликула и стимулирует овуляцию.**
- **Начинается увеличение молочных желез — *телархе*, оволосение лобка — *пубархе*, изменяется флора влагалища — появляются *лактобациллы*.**
- **Этот период заканчивается появлением первой менструации — *менархе*, которая по времени совпадает с окончанием быстрого роста тела в длину.**

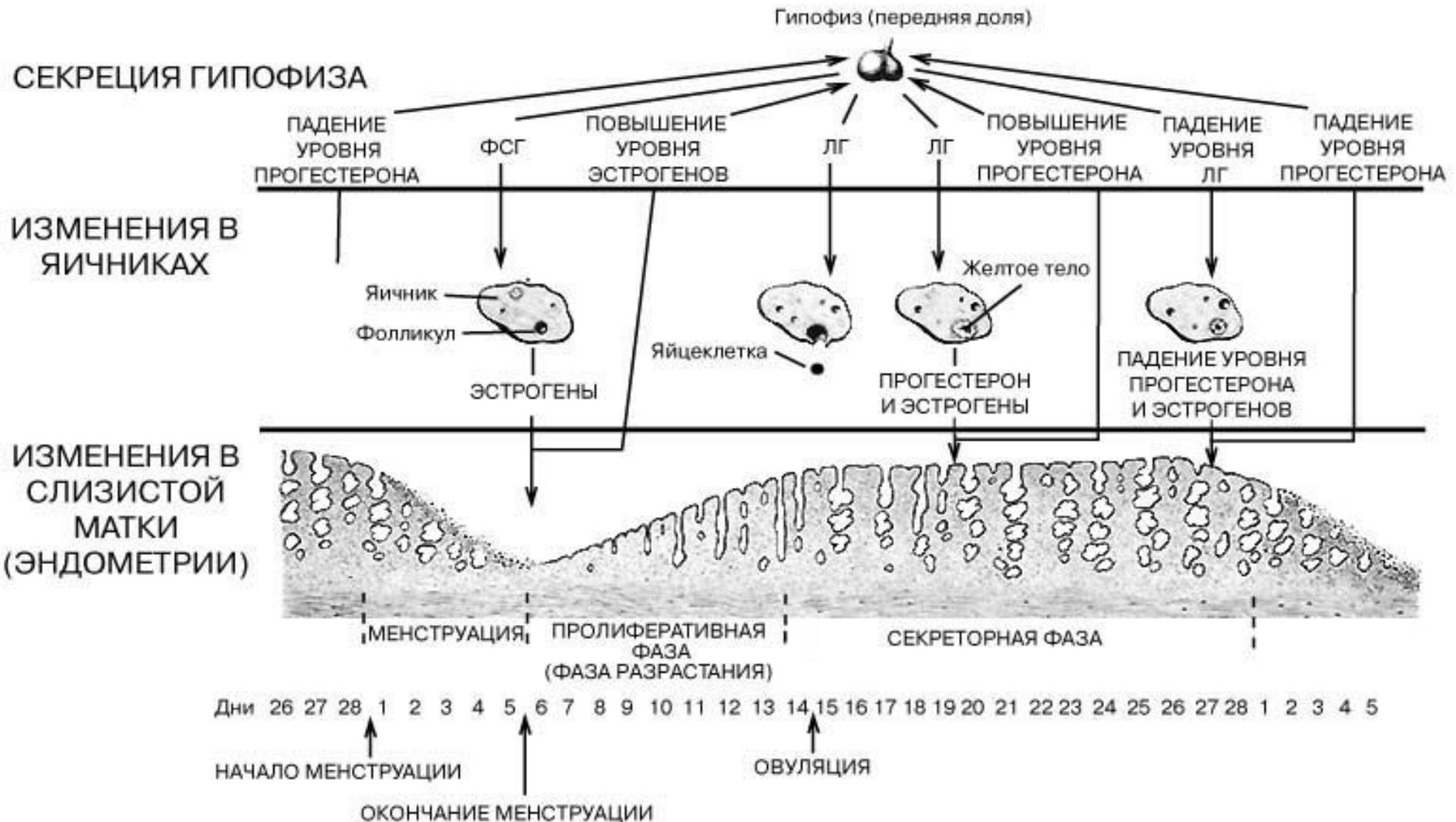
## ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

- **Вторая фаза (14-18 лет)**– установление стабильного ритма выделения ГТ-РГ, высокий (овуляторный) выброс ФСГ и ЛГ на фоне их базальной монотонной секреции.
- Завершается развитие молочных желез и полового оволосения, рост тела в длину, окончательно формируется женский таз.
- Менструальный цикл приобретает **овуляторный** характер.
- Первая овуляция представляет кульминацию периода полового созревания, однако не означает половую зрелость, которая наступает к 17–18 годам.

# ПЕРИОД ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

- Под **половой зрелостью** понимают завершение формирования не только репродуктивной системы, но и всего организма женщины, подготовленного к **зачатию, вынашиванию** беременности, **родам и вскармливанию** новорожденного.
- От 18 до 45 лет.
- С 18 до 25 - ранний репродуктивный период.
- С 36 лет - поздний репродуктивный период.
- **Двухфазный менструальный цикл**, созревание яйцеклетки и подготовка женского организма к беременности.

# МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ



# КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

- Пременопаузальный период длится от 45 лет до наступления **менопаузы** — последней менструации в жизни женщины, которая в среднем наступает в возрасте 50,8 лет.
- Происходит угасание деятельности половых желез. **Нарушаются рецепторные связи** в системе гипоталамус–гипофиз–яичники.
- Менструации становятся менее обильными (**гипоменорея**), длительность их уменьшается (**олигоменорея**), увеличиваются промежутки между ними (**опсоменорея**).

## **ФАЗЫ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

- **Гиполютеиновая** — клинические симптомы отсутствуют, незначительное снижение продукции аденогипофизом лютропина (ЛГ) и яичниками — прогестерона.
- **Гиперэстрогеновая** — отсутствием цикличности секреции ФСГ и ЛГ, овуляции (ановуляторный менструальный цикл), атрезией фолликулов, увеличением содержания эстрогенов.
- Следствием этих процессов являются задержки менструации на 2–3 мес, часто с последующим кровотечением, так как без желтого тела — **концентрация гестагенов минимальная.**

## ФАЗЫ ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

- **Гипоэстрогеновая** — амеорея (отсутствие менструации в течение 6 мес и более), значительное снижение уровня эстрогенов — фолликул не созревает и рано атрофируется, секреция гонадотропинов (ФСГ, ЛГ) возрастает.
- **Агормональную** — функциональная деятельность яичников прекращается, эстрогены синтезируются в малых количествах только корковым веществом надпочечников (компенсаторная гипертрофия коркового вещества), продукция гонадотропинов усиливается, клинически характеризуется стойкой аменореей.

## ***ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД***

- **Агормональная фаза совпадает с началом.**
- **Характеризуется атрофией внутренних половых органов (масса матки уменьшается, мышечные элементы ее замещаются соединительнотканными, эпителий влагалища истончается за счет уменьшения его слоистости), уретры, мочевого пузыря, мышц тазового дна.**
- **Нарушается обмен веществ, формируются патологические состояния сердечно-сосудистой, костной и других систем.**

## **КРИТЕРИИ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:**

- **двухфазность;**
- **продолжительность не менее 21 и не более 35 дней  
( $28 \pm 7$  дней; у 60% женщин – 28 дней);**
- **цикличность;**
- **продолжительность менструации – 2-7 дней  
( $4 \pm 2$  дня);**
- **менструальная кровопотеря – до 80 мл;**
- **отсутствие болезненности и нарушений общего состояния.**

# КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

## *I. ПО ЧАСТОТЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*

- **ПРОЙОМЕНОРЕЯ** (поллакименорея) – укорочение длительности менструального цикла (менее 21 дня)
- **СПАНИОМЕНОРЕЯ** – длинный цикл (больше 35 дней)
- **АНИСОМЕНОРЕЯ** – нерегулярный цикл
- **ОПСОМЕНОРЕЯ** - редкие менструации с промежутками от 36 дней до 3 месяцев продолжительностью 3-5 дней с умеренным количеством крови
- **АМЕНОРЕЯ** – отсутствие менструаций более 6 месяцев
  - Первичная** – отсутствие менструаций в возрасте 16 лет и старше
  - Вторичная** - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более после периода регулярных или нерегулярных менструаций (вне беременности и лактации)

# КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

## *II. ПО КОЛИЧЕСТВУ ТЕРЯЕМОЙ КРОВИ*

- **ГИПОМЕНОРЕЯ** – скудные менструации, наступающие в срок (менее 30 мл)
- **ГИПЕРМЕНОРЕЯ** – увеличение количества крови в наступившей в срок менструации при нормальной ее продолжительности (2-7 дней)

# КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

## *III. ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ*

- **ОЛИГОМЕНОРЕЯ** – короткие (1-2 дня), регулярно возникающие менструации с умеренным количеством крови
- **ПОЛИМЕНОРЕЯ** – менструации длительностью более 7 дней с умеренным количеством крови

# **КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ**

## ***IV. ПО ВОЗРАСТУ***

- **В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**
- **В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ**
- **В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ**

# КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

- V. МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ** (метроррагии, >7 дней)
- Циклические (в середине менструального цикла)
  - Ациклические (дисфункциональные, через 1,5 месяца и более задержки)
  - Овуляторные и ановуляторные
- VI. АЛЬГОМЕНОРЕЯ** – болезненные менструации
- VII. ДИСМЕНОРЕЯ** – болезненные менструации, сопровождающиеся общими вегетативно-невротическими расстройствами (нейстойчивостью настроения, эмоций, учащенным сердцебиением, потливостью, тошнотой и/или рвотой, отсутствием аппетита и т.д.)

## ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Это ациклические маточные кровотечения, длительностью более 7 дней после периода задержки, обусловленные нарушением функционального состояния системы гипоталамус — гипофиз — яичники — надпочечники.

## ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

# ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

**В зависимости от возрастного периода**

- 1. Ювенильные маточные кровотечения**  
(до 18 лет) (ЮМК)
- 1. Дисфункциональные кровотечения в репродуктивном периоде** (ДМК)  
(18-45 лет)
- 3. Климактерические кровотечения**  
(ДМК в перименопаузальном периоде)  
(45-55 лет)

# ДМК

В зависимости от наличия или отсутствия овуляции делят на

- овуляторные и
- ановуляторные, 80% случаев.

## Ановуляторные ДМК

**Возникают ациклично**

- с интервалами  $1\frac{1}{2}$ —6 мес.,
- продолжаются обычно более 10 дней.

## АНОВУЛЯТОРНЫЕ ДМК

Наблюдаются преимущественно в периоды становления и увядания репродуктивной системы:

- в пубертатном периоде (ювенильные кровотечения), когда цирхоральный (с часовым интервалом) выброс люлиберина еще не сформировался;
- и в пременопаузе (климактерические), когда цирхоральный выброс люлиберина нарушается вследствие возрастных изменений нейросекреторных структур гипоталамуса.

## **АНОВУЛЯТОРНЫЕ ДМК**

**- в репродуктивном периоде также  
могут возникать в результате  
расстройства функции  
гипофизотропной зоны  
гипоталамуса при стрессах,  
инфекциях, интоксикациях.**

## **ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

- Это ациклические маточные кровотечения, возникающие у девушек пубертатного возраста (10-18 лет).**
- Составляют до 10—12% всех гинекологических заболеваний наблюдающихся в возрасте 12—18 лет.**

## **ПАТОГЕНЕЗ ЮМК**

- Ведущая роль принадлежит инфекционно-токсическому влиянию на не достигшие функциональной зрелости гипоталамические структуры, которые регулируют функцию яичников.**

## **ПАТОГЕНЕЗ ЮМК**

- **Особенно неблагоприятно действие тонзиллогенной инфекции, определенную роль играют психические травмы, физические перегрузки, неправильное питание (в частности, гиповитаминозы).**

## ПАТОГЕНЕЗ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

- Гонадотропная функция гипофиза еще не сформировалась, выбросы ФСГ и ЛГ носят хаотичный характер.
- Нарушаются процессы фолликулогенеза и наблюдается особый тип ановуляции: *атрезия фолликулов*, не достигших овуляторной стадии зрелости.
- Овуляции нет, желтого тела нет, прогестерона минимальный уровень.

## **ПАТОГЕНЕЗ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК**

- **Монотонная длительная относительная гиперэстрогения.**
- **Эндометрий секреторно не трансформируется, что препятствует его отторжению и обуславливает длительное кровотечение (хотя выраженных гиперпластических изменений в эндометрии не происходит).**

## **ПАТОГЕНЕЗ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК**

- **Длительному кровотечению способствует также недостаточная сократительная активность матки, не достигшей еще окончательного развития.**
- **Маточное кровотечение возникает вследствие расширения капилляров, развития участков некроза и неравномерного отторжения эндометрия.**

## ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

- Включает два этапа:
- остановку кровотечения (гемостаз)
- профилактику рецидива кровотечения.
- Выбор метода гемостаза зависит от степени тяжести анемии.

## ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

- **При тяжелом состоянии, анемии тяжелой степени и гиповолемии (Hb ниже 80 г/л, Ht ниже 25%) и продолжается кровотечение, показан**
- **хирургический гемостаз — выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.**
- **Проводится также терапия, направленная на устранение анемии и восстановление гемодинамики.**

# ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

- При состоянии больной средней тяжести или удовлетворительном, когда симптомы анемии и гиповолемии нерезко выражены (Hb 80-90 г/л, Ht выше 25%)
- консервативный гемостаз
- гормональными препаратами: КОК (30-40 мкг ЭЭ) или чистыми эстрогенами с последующим приемом гестагенов.
- Утеротоники (метилэргометрил, окситоцин)
- Гемостатики (дицинон, викасол, транексамовая кислота)
- Антианемическая терапия

# ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

## Гормональный гемостаз

- КОК (фемоден, жанин, ярина и др.)
- По 4—5 таблеток в сутки до остановки кровотечения.
- Затем дозу снижают на таблетку в сутки, доводя до 1 таблетки в сутки, после чего продолжают лечение до 21 дня приема КОК.
- После прекращения приема КОК через 2-5 дней - менструальноподобное кровотечение.

## Профилактика ДМК

# ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК

## Гормональный гемостаз

- Эстрогены.
- *Прогинова (эстрадиола валерат)* по 1 табл. (2 мг) через 4-6 часов в течение суток, до полной остановки кровотечения с постепенным снижением дозы на 1 табл. в сутки до 10-12 дня от начала гемостаза; затем прогинова дается вместе с гестагеном (дюфастон 10 мг в сутки) 10-12 дней.
- *Раствор фолликуллина или синестрола 0,01%* по 1 мл (10 000 ЕД) в/м через 1 час до остановки кровотечения (6-8 инъекций) с постепенным снижением дозы по 1 инъекции в сутки до 1 инъекции в сутки, курс 14-15 дней с последующим назначением гестагенов на 10-12 дней (дюфастон, утрожестан).
- Профилактика ДМК.

## **ПРОФИЛАКТИКА ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК**

- **Формирование регулярного овуляторного менструального цикла**
- **Проводится в амбулаторных условиях**
- **При репродуктивных планах - гестагены (дюфастон, утрожестан) — по 10/100мг 2 раза в день с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 6-12 мес или КОК 3 мес, после их отмены ребаунд эффект.**
- **При необходимости контрацепции КОК по 1 таблетке с 5-го по 25-й день от начала менструальноподобной реакции 3-6-12 месяцев и более**

## **ПРОФИЛАКТИКА ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК**

- **Витаминотерапия 3 цикла: фолиевая кислота 1 табл. в день с 5 по 15 день цикла, аскорбиновая кислота 1.0 г в сутки с 16 по 25 день цикла.**
- **Витамин Е по 1 капс (100 мг) 2 раза в сутки 1 месяц**
- **Физиотерапия (ИРТ, электростимуляцию шейки матки по Давыдову, интраназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> или новокаина, вибрационный массаж паравертебральных зон)**
- **Санаторно-курортное лечение**
- **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**
- **УЗИ малого таза через 1-3-6-12 месяцев.**
- **Снятие с учета не ранее чем через 1 год после стойкой нормализации менструального цикла.**

## **ПРОФИЛАКТИКА ЮВЕНИЛЬНЫХ ДМК**

- **Большое значение имеют меры, направленные на оздоровление организма:**
- **санация очагов инфекции (кариес зубов, тонзиллит и др.),**
- **закаливание и занятия физической культурой (подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание),**
- **полноценное питание с ограничением жирной и сладкой пищи, витаминотерапия в весенне-зимний период (аевит, витамины В<sub>1</sub> и С).**

# **ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ (18-45 лет)**

## **Причины**

- **Болезни эндокринной системы**
- **Эмоционально-психические стрессы**
- **Инфекции, интоксикации**
- **Прием некоторых лекарственных препаратов**
- **Нарушения гормонального гомеостаза (аборты, выкидыши, регрессирующие беременности)**

## **Дифференциальный диагноз**

- **Плацентарный полип и железисто-фиброзные полипы эндометрия**
- **Прервавшаяся маточная или эктопическая беременность**
- **Миома матки, субмукозное расположение узлов**
- **Аденомиоз**
- **Новообразования яичников**
- **Атипическая гиперплазия эндометрия**

# ПАТОГЕНЕЗ ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- В яичниках происходит персистенция фолликулов с избыточной продукцией эстрогенов.
- Овуляция не происходит, желтое тело не образуется, возникает прогестерондефицитное состояние, абсолютная гиперэстрогения.
- Развиваются гиперпластические изменения в эндометрии.
- Участки гиперплазированного эндометрия с очагами некроза являются субстратом кровотечения.

# **ПАТОГЕНЕЗ ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ**

- **Могут быть овуляторными вследствие недостаточности лютеиновой фазы цикла.**
- **При этом из-за недостаточной гонадотропной стимуляции процесс созревания фолликула затягивается.**
- **После овуляции образуется неполноценное желтое тело.**
- **Продуцируется прогестерон в недостаточном количестве.**
- **Возникает прогестерондефицитное состояние, неполноценная секреторная трансформация, относительная гиперэстрогения.**
- **Развиваются гиперпластические изменения в эндометрии.**
- **Участки гиперплазированного эндометрия с очагами некроза являются субстратом кровотечения.**

## ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- **Клиническая картина** характеризуется длительными, обильными кровотечениями, которые бывают нерегулярными.
- **Методы обследования:** тщательный сбор анамнеза, общий осмотр,
- общий анализ крови, гемостазиограмма,
- исследование гормонов крови,
- УЗИ органов малого таза,
- раздельное выскабливание матки и цервикального канала с гистологией,
- гистероскопия.

# ЛЕЧЕНИЕ ДМК РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- Всем производят лечебно-диагностическое раздельное выскабливание (ДВ) полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием биоптата.
- Гистероскопия до и после ДВ.
- Медикаментозный гемостаз.
- **Сокращающие матку средства** (окситоцин, метилэргометрил, экстракт водяного перца, отвар пастушьей сумки).
- **Гемостатические средства** (дицинон, викасол, этамзилат натрия, транексам)

# ЛЕЧЕНИЕ ДМК РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- **Гормональный гемостаз** – только при противопоказаниях или отказе пациентки к ДВ и исключении органической патологии.
- ***ИТТ, восполнение ОЦК.***
- ***Антианемическая терапия.***
- ***Метаболическая терапия.***

## ПРОФИЛАКТИКА ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- Нормализуют функцию яичников.
- У женщин с неполноценной лютеиновой фазой - прогестинами с 16 по 25 день менструального цикла (дюфастон 10 мг 2 раза в сутки, утрожестан 100 мг 2 раза интравагинально) 6 месяцев или
- Фитотерапия циклодинон (прутняк) по 1 табл. или 40 кап. 1 раз в сутки 3 месяца.
- При недостаточности лютеиновой фазы и желании женщины использовать гормональную контрацепцию - КОК с 5-го по 25-й день цикла 6 мес и более или ВМС «МИРЕНА» на 5 лет.

## ПРОФИЛАКТИКА ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

- При гипофункции яичников и генитальном инфантилизме - циклическая витаминно-, гормоно-, физиотерапия 3-6 месяцев.
- При ановуляции и бесплодии – кломид по 50-150 мг с 5 по 9 день цикла, с последующим назначением гестагенов с 16 по 26 день цикла – 3 месяца.
- Воздействуют на причину кровотечения (эндокринные заболевания, стресс и т.д.).

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- Аспирационная цитология или гистероскопия через 6 месяцев.
- Снятие с учета не ранее чем через 1 год после стойкой нормализации менструального цикла.

# **ПАТОГЕНЕЗ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ДМК**

- У женщин 45—55 лет являются самой частой гинекологической патологией.
- Возникают вследствие возрастных изменений (старения) функционального состояния гипоталамических структур, регулирующих функцию яичников.
- Нарушается цикличность выброса люлиберина и соответственно ЛГ, ФСГ.
- В результате удлиняется период роста и созревания фолликула, не происходит овуляция, формируется персистенция или атрезия фолликула
- Желтое тело либо не образуется, либо секретирует недостаточное количество прогестерона.

# **ПАТОГЕНЕЗ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ДМК**

- **Возникает прогестерондефицитное состояние на фоне относительной гиперэстрогении, что приводит к гиперплазии эндометрия.**
- **Такие гиперпластические процессы, как атипичная 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.**

# ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Обязательным является раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.
- Применять гормональный гемостаз при климактерических кровотечениях нельзя. Высокий риск онкопатологии.
- Гормональную терапию гестагенами используют для профилактики рецидивов после выскабливания.
- Устраняют экстрагенитальные причины ДМК.

# ПРОФИЛАКТИКА КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- После выскабливания гестагены (дюфастон по 10-20 мг в сутки или утрожестан по 300 мг в сутки) в течение 3-6 циклов с 5-го по 25-й день до 50 лет, непрерывно после 50 лет.
- Или Левоноргестрел-содержащая ВМС «Мирена»
- После 50 лет для подавления менструальной функции при рецидивирующих ДМК
- – агонисты гонадолиберина (золадекс, диферелин, люкрин-депо, бусерилин) – фармакологическая кастрация;
- - андрогены (сустанон, смнадрен в/м 1 раз в месяц) 2-3 месяца;
- - консервативная хирургическое лечение – (электро-, лазерная) абляция эндометрия, криодеструкция, химическая деструкция йодом.
- Устраняют другие причины ДМК.

# ОВУЛЯТОРНЫЕ ДМК

- **составляют около 20% всех ДМК, встречаются у женщин репродуктивного возраста.**

**Делят на**

- **межменструальные и**
- **обусловленные персистенцией желтого тела.**

# ***Овуляторные межменструальные ДМК***

- **Наблюдаются в середине менструального цикла, в дни, соответствующие овуляции,**
- **продолжаются 2—3 дня,**
- **никогда не бывают интенсивными.**
- **В их патогенезе основную роль играет падение уровня эстрогенов в крови после овуляторного пика гормонов.**
- **Лечение проводят только при значительных выделениях, беспокоящих женщину.**
- **Лечение и профилактика - с целью подавления овуляции – КОК.**

## **Овуляторные ДМК, обусловленные персистенцией желтого тела**

- Являются следствием нарушения гонадотропной стимуляции синтеза прогестерона.**
- Причины изучены недостаточно.**
- Увеличение содержания прогестерона в крови и его длительная секреция препятствуют нормальному отторжению эндометрия во время менструации.**
- Толщина эндометрия увеличивается, иногда макроскопически он имеет складчатый или полиповидный характер, однако пролиферации эпителия желез не наблюдается.**

## **Овуляторные ДМК, обусловленные персистенцией желтого тела**

- Длительному кровотечению способствуют затрудненное отторжение эндометрия, замедление репаративных процессов в нем, а также снижение тонуса миометрия под влиянием повышенного содержания прогестерона в крови.**
- Характерна задержка менструации на 4—6 нед. с последующими умеренными кровянистыми выделениями.**
- При бимануальном исследовании определяются несколько размягченная матка (влияние прогестерона) и одностороннее незначительное увеличение яичника.**

# **Овуляторные ДМК, обусловленные персистенцией желтого тела**

- **При ультразвуковом исследовании в яичнике обнаруживают персистирующее желтое тело, иногда кистозно-измененное.**
- **Окончательный диагноз может быть установлен только после гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки (в отличие от изменений эндометрия при ановуляторных ДМК типичными изменениями при персистенции желтого тела являются выраженные секреторные изменения**

# **Овуляторные ДМК, обусловленные персистенцией желтого тела**

## **Лечение**

- **закljučается в раздельном выскабливании слизистой оболочки канала шейки и тела матки с целью гемостаза.**
- **После выскабливания показана регуляция функции яичников КОК 4-6 месяцев.**
- **Прогноз благоприятный, рецидивы в отличие от ановуляторных ДМК наблюдаются редко.**

# МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

