

# ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

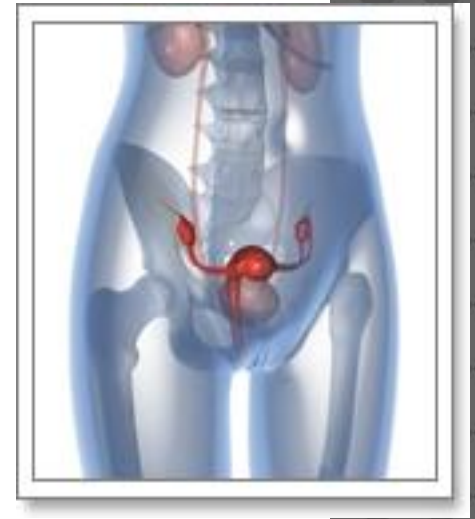


Выполнила: Бастарбекова Г.К.  
728 группа ВОП

# ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) - это кровотечения, обусловленные нарушением функционального состояния системы гипоталамус-гипофиз-яичники. Подобные кровотечения не связаны с органическими заболеваниями репродуктивной и других систем организма. Морфологическим субстратом их является измененный (гиперплазированный) эндометрий.

# ПРИЧИНАМИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ:



- Психоэмоциональная нагрузка, стресс
- Переутомление
- Тяжелая физическая работа
- Интоксикации
- Воспалительные заболевания органов малого таза (эндометрит • Воспалительные заболевания органов малого таза (эндометрит, сальпингоофорит)
- Патология эндокринной системы
- Самопроизвольный выкидыш
- Внематочная беременность
- Нарушения функции печени
- Болезни крови
- Лечение некоторыми видами лекарственных средств
- Внутриматочная спираль

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В зависимости от характера нарушений выделяют различные проявления **дисфункциональных маточных кровотечений**:

**меноррагии (гиперменорея)** – чрезмерные (более 80 мл) или длительные менструации (более 7 дней) с регулярным интервалом в 21-35 дней;

- **метроррагии** – нерегулярные, межменструальные кровянистые выделения из матки (чаще не интенсивного характера);
- **менометроррагии** – нерегулярные, длительные маточные кровотечения;
- **полименорея** – частые менструации с интервалом менее 21 дня.

СУЩЕСТВУЮТ РАЗЛИЧНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. ИЗ НИХ ВЫДЕЛЯЮТ 3 ОСНОВНЫХ ВИДА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

- ◎ **органические кровотечения**, связанные с заболеванием матки (миома матки, аденомиоз и т. д.), яичников (гормонпродуцирующие опухоли) или с системными заболеваниями (коагулопатии, цирроз печени и др.);
- ◎ **дисфункциональные кровотечения** (ановуляторные и овуляторные);
- ◎ **ятрогенные кровотечения**, связанные с неблагоприятным влиянием гормональных и негормональных препаратов (непрерывный прием прогестагенов, применение депо-форм прогестагенов, внутриматочных средств с прогестагенами, антикоагулянтов).

# КЛАССИФИКАЦИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА:

- **кровотечения ювенильного периода** (у девушек до 18 лет)
  - **кровотечения репродуктивного периода** (т. е. в том возрасте, когда организм женщины наиболее приспособлен к беременности)
  - **кровотечения климактерического периода или пременопаузальные** кровотечения, возникающие в период угасания половой функции.

# ДМК

## 1. Овуляторные.

В зависимости от изменений в яичниках выделяют следующие

3 типа ДМК:

- а. Укорочение первой фазы цикла; б.
- Укорочение второй фазы цикла; в.
- удлинение второй фазы цикла.

⊙ **Ановуляторные** маточные кровотечения встречаются значительно чаще.

Возникают в 2-х возрастных периодах:

- в ювенильном возрасте 20-25%
- в климактерическом возрасте 60%

- 1. Отсутствие овуляций.
- 2. Нет второй фазы цикла (нет выделения прогестерона).
- 3. Нарушается процесс созревания фолликулов, который может быть 2-х видов: атрезия фолликула и персистенция фолликула.
- 4. На протяжении всего периода цикла выделяются лишь эстрагены что вызывает на уровне рецепторных органов не пролиферативные, а гиперпластические процессы (железистая гиперплазия эндометрия и полипоз эндометрия)



- Ановуляторные.
  1. кратковременная ритмическая персистенция фолликула.
  2. длительная персистенция фолликула
  3. Атрезия фолликула.
  4. Климактерические кровотечения (персистенция фолликула-метропатия типа Шредера)

- При кратковременном существовании фолликула жалобы только на бесплодие, менструации приходят во время. При обследовании женщины при объективном осмотре изменений не выявляются, при ТФД отмечается монотонная базальная температура.
- При длительной персистенции фолликула отмечается нарушение менструального цикла в виде задержки 4-6 недель, с последующим маточным кровотечением. При атрезии фолликула отмечается нарушение менструального цикла в виде задержек в течении 3-4 месяцев и с последующим длительным не обильным кровотечением.

## ДИАГНОСТИКА:

- жалобы и анамнез больной
- обследование по тестам функциональной диагностики.
- Гистологическое исследование эндометрия

Тесты функциональной диагностики  
базальная температура монофазная и  
при атрезии фолликула и при  
персистенции оного;  
симптом зрачка при персистенции + + + + ,  
при атрезии + , ++ ;  
кариопикнотический индекс при  
атрезии фолликула будет низкий, и при  
персистенции - высокий.

## ЛЕЧЕНИЕ

- Общеукрепляющая терапия.
- Симптоматическая терапия.
- Гормональная терапия.
- Хирургическое вмешательство.

### Гормонотерапия.

Преследуется 3 цели:

1. Остановка кровотечения
2. профилактики кровотечения  
(регуляция менструального цикла)
3. реабилитация больных

# ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Возникают в возрасте до 18 лет, как правило, в первые 2 года после менархе и связаны с обратным изменением фолликула — атрезией.
- Главный этиологический фактор возникновения — инфекционное и токсическое влияние на гипоталамус: хронический тонзиллит, психические расстройства, гиповитаминоз.
- **Патогенез** — при атрезии фолликулов снижается выработка прогестерона в яичниках, что препятствует отторжению эндометрия, и, несмотря на то, что изменению эндометрий не подвергается, кровотечение приобретает длительный и обильный характер.
- **Клиническая картина** — длительное кровотечение и анемия, которые вызывают усталость, снижение или отсутствие аппетита, головные боли, бледность кожных покровов и слизистой.
- Диагностические исследования направлены на подтверждение отсутствия овуляции, а также на исключение заболеваний крови, характеризующихся плохой свертываемостью. Ключевое значение имеет УЗИ матки и придатков, где выявляется их увеличение.

- ⊙ **Лечение** направлено, в первую очередь, на остановку кровотечения и возможно в двух направлениях, выбор которых зависит от состояния больной.
- ⊙ **1. Гемостаз** — консервативное лечение, направленное на нормализацию гормонального фона — назначение эстроген-гестагенных гормональных препаратов (контрацептивов). Также параллельно проводится коррекция анемии — назначаются железосодержащие препараты и витамины.
- ⊙ **2. Выскабливание слизистой оболочки матки** проводится в тяжелых запущенных состояниях, когда содержание гемоглобина в крови ниже 80г/л и симптоматика анемии явно выражена — сильная бледность слизистой и кожи. Профилактические мероприятия во избежание рецидива кровотечения направлены на регулирование цикла оральными контрацептивами. Также проводятся меры по общему укреплению организма и улучшению физического состояния, сбалансированности питания, санации скрытых инфекций.

# КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

- Дисфункциональные кровотечения у женщин репродуктивного возраста возникают по разным причинам и могут проходить как при отсутствии овуляции, так и во время овуляторного цикла.
- **Ановуляторные ДМК** возникают при полном или частичном отсутствии овуляции и лютеиновой фазы — персистенции и атрезии фолликула. Зрелый фолликул находится в яичниках более длительный период, полностью развивается, но не происходит его разрыв, поэтому он остается во время всего цикла, и даже после менструации. Все это время он выделяет избыточное количество эстрогенов, которые провоцируют рост эндометрия и разрастание сосудов. Отсутствие желтого тела и овуляции отражается на недостатке прогестерона, вследствие чего нормальное отторжение эндометрия не происходит, что вызывает кровотечение.
- **Овуляторные кровотечения** могут появляться между менструациями в дни овуляции — они не длительны, и не обильны, и связаны с падением уровня эстрогена в женском организме. Овуляторные кровотечения, которые возникают во время менструации, связываются с нарушениями отторжения эндометрия вследствие переизбытка эстрогена.

# КРОВОТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

- В климактерическом периоде нарушение цикла является следствием физиологического увядания выделения гормонов яичников. В связи с нарушением цикличности образования гонадотропинов выделение половых гормонов нарушается, что приводит к проблемам с отторжением эндометрия.
- Также этиологическими факторами кровотечений в период климакса могут быть опухоли, поэтому при возникновении обильных кровотечений — на фоне приема прогестерона или появление кровянистых выделений без прогестероновой терапии требует развернутого диагностического обследования.



# СИМПТОМЫ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

- Клинические проявления, как правило, определяются изменениями в яичниках. Основной жалобой больных с ДМК является нарушение ритма менструаций.
- Персистенция фолликула может быть кратковременной, в пределах нормального менструального цикла. При обратном развитии персистирующего фолликула и связанного с ним падения уровня гормонов маточное кровотечение по интенсивности и длительности не отличается от нормальной менструации. Ановуляторные менструальные циклы бывают на протяжении всей жизни, но чаще персистенция фолликула бывает значительно более длительной и кровотечение наступает после некоторой задержки менструации (задержка может составить 6-8 нед). 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.
- ДМК вследствие персистенции желтого тела - менструация, наступающая в срок или после некоторой задержки. С каждым новым циклом она делается все продолжительнее и обильнее, превращаясь в кровотечение, длящееся до 1-1,5 мес.
- Нарушение функции яичников у больных с ДМК может привести к бесплодию, но в связи с чередованием овуляторных и ановуляторных циклов это бесплодие относительное.

# ДИАГНОСТИКА

- Методы обследования при ДМК:
- • клинические (изучение анамнеза; объективное обследование - общий и гинекологический осмотр);
- • обследование по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, симптом «зрачка», симптом натяжения цервикальной слизи, подсчет кариопикнотического индекса);
- • рентгенография черепа (турецкого седла), ЭЭГ и эхо-ЭГ, РЭГ;
- • определение содержания гормонов в плазме крови и моче (гормоны гипофиза, яичников, щитовидной железы и надпочечников);
- • УЗИ, гидросонография, гистеросальпингография;
- • гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием и морфологическим исследованием соскобов;
- • обследование терапевтом, офтальмологом, эндокринологом, невропатологом, гематологом, психиатром.

## ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:

- Лечение больных с ДМК репродуктивного периода зависит от клинических проявлений. Необходимо учитывать характер нарушений менструальной функции, состояние эндометрия, давность заболевания, выраженность анемии.
- При обращении больной с ДМК проводят гистероскопию и отдельное диагностическое выскабливание. Это останавливает кровотечение, а по результатам гистологического исследования соскобов определяют терапию.

- При рецидивах кровотечения возможен гормональный гемостаз, но если информация о состоянии эндометрия была получена не позднее 2-3 мес назад. Существует несколько методик гормонального гемостаза с применением эстрогенов, гестагенов, синтетических прогестинов. Для быстрой остановки кровотечения широко применяют эстрогены, которые в больших дозах оказывают тормозящее влияние на гипоталамус и гипофиз, подавляя выделение фоллитропина, и усиливают секрецию лютропина. Чаще применяют ударные дозы эстрогенов через равные промежутки времени до остановки кровотечения: фолликулин 10 тыс. ЕД или синестрол 0,1% раствор по 1 мл 3-4 раза каждые 1,5-2 ч. Далее суточную дозу эстрогенов снижают и продолжают лечение минимальными дозами до 12-14-го дня, а затем присоединяют гестагены (прогестерон 10 мл 6-8 дней или пролонгированный гестаген оксипрогестерон капронат - 17-ОПК 12,5% - 125 мг). После отмены гестагенов появляются менструальноподобные выделения.

- Гемостаз гестагенами основан на их способности вызывать десквамацию и полное отторжение эндометрия. Однако гестагенный гемостаз не дает быстрого эффекта.
- Следующим этапом лечения является гормонотерапия с учетом особенностей структуры эндометрия, характера нарушений функции яичников и уровня эстрогенов крови. Цели гормонотерапии:
  - • нормализация менструальной функции;
  - • реабилитация нарушенной репродуктивной функции при снижении фертильности или бесплодии;
  - • профилактика кровотечения.

- При гиперэстрогении (персистенции фолликула) лечение проводят гестагенами во вторую фазу менструального цикла (прогестерон, норколут, дюфастон, утерожестан) в течение 3-4 циклов, эстроген-гестагенами с высоким содержанием гестагенов (ригевидон, микрогинон, селест) в течение 4-6 циклов.
- При гипозэстрогении (атрезии фолликулов) показана циклическая терапия эстрогенами и гестагенами в течение 3-4 циклов в сочетании с витаминотерапией (в первую фазу - фолиевая кислота, во вторую - аскорбиновая кислота) на фоне противовоспалительной терапии.
- Профилактическая терапия проводится прерывистыми курсами (3 мес лечения - 3 мес перерыв). Повторные курсы гормонотерапии назначают по показаниям в зависимости от эффективности предшествующего курса. Отсутствие адекватной реакции на гормонотерапию на любом этапе следует рассматривать как показание для детального обследования больной.

- С целью реабилитации нарушенной репродуктивной функции овуляцию стимулируют кломифеном с 5-го по 9-й день менструальной реакции на прогестины после выскабливания эндометрия. Контролем овуляторного цикла являются базальная температура, наличие доминантного фолликула и толщина эндометрия при УЗИ.
- Общая неспецифическая терапия направлена на снятие отрицательных эмоций, физического и умственного переутомления, ликвидацию инфекций и интоксикаций и состоит из воздействия на ЦНС (психотерапия, аутогенная тренировка, гипноз, седативные, снотворные средства и транквилизаторы, витамины) и антианемической терапии.
- ДМК в репродуктивном периоде при неадекватной терапии склонны к рецидивам. Рецидивы кровотечения возможны вследствие неэффективности гормонотерапии или неправильно установленной причины кровотечения. Кроме того, нарушения гормонального гомеостаза при ДМК становятся фоном для развития гормонально-зависимых заболеваний и осложнений климактерического периода. Все это увеличивает риск развития онкологических заболеваний молочных желез и аденокарциномы эндометрия.