

Аномальные маточные кровотечения

Марина Геннадьевна Аскерова, к.м.н., доцент
кафедры акушерства и гинекологии УГМУ. 2016

Г.

Определения



- Нормальная длительность менструаций: 3-8 дней
- Нормальная кровопотеря: 25-60 (80мл)
- Частота менструального кровотечения – через 24-38 дней
- Хроническое нарушение менструального цикла – при наличии эпизода кровотечения за последние 6 мес

Изменения частоты , регулярности и/или интенсивности кровопотери расценивается как АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРООТЕЧЕНИЕ (АМК)

*Hallberg L. Nilsson L. Determination of menstrual blood loss. Scand J Clin Lab Invest 1964, 16; 244-248

**JOGC , May, 2013 Suppl.1 Abnormal uterine bleeding

***Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, Broder MS, Fraser IS.

Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. Fertil Steril 2008;90:2269–80.

Маточные кровотечения в гинекологии: этиопатогенетические варианты

- Кровотечения, обусловленные прерыванием беременности
- Кровотечения, обусловленные нарушением системы регуляции репродуктивной функции (дисфункциональные маточные кровотечения)
- Кровотечения, обусловленные органической патологией матки (миома, эндометриоз)
- Кровотечения, обусловленные онкологической патологией матки
- Кровотечения, обусловленные экстрагенитальной патологией (нарушения гемостаза, патология печени)

Маточные кровотечения

- Репродуктивный возраст – 10 - 30%, перименопауза – 50%
- 20-30% от обращений к гинекологу в репродуктивном возрасте, в перименопаузе – до 70%
- 2-ое место среди причин госпитализации
- Показания для 2/3 гистерэктомий и аблаций
- Экономические последствия (временная нетрудоспособность, высокая стоимость лечения)

Классификация маточных кровотечений

Меноррагия – длительные и обильные
менструации

Метроррагия – нерегулярные выделение
крови между менструациями

Менометроррагия – длительные
менструации в сочетании с
кровотечениями в межменструальный
период

Основные органические причины кровотечений

Миома матки /подслизистые узлы /
Аденомиоз /внутренний эндометриоз /
Полипы цервикального канала и
/или /эндометрия

Гиперпластические процессы эндометрия
Злокачественные опухоли шейки или тела матки
Гормонально – активные опухоли яичника
/гранулезотеклоклеточная/

Основные органические причины кровотечений

ВЗОМТ / местный воспалительный ответ
эндометрия /

Травма нижних отделов половых путей

Самопроизвольный аборт, эктопическая
беременность, трофобластическая болезнь

Аномальное маточное кровотечение
(АМК) – это кровотечение,
обусловленное нарушением
физиологической циклической
секреции яичника, не связанное с
заболеваниями женских половых
органов или внутренними болезнями.

АМК – диагноз исключения

Негативное влияние АМК на ежедневную жизнь женщины

- Нарушения менструального цикла являются наиболее частой причиной для посещения гинеколога женщинами репродуктивного возраста
- Обильные менструации встречаются в течение репродуктивного периода у 30 % женщин
- Крайне негативно влияют на качество жизни и рабочую продуктивность
- Могут привести к хирургическому вмешательству, включая гистерэктомию
- Оказывают значительное социальное и экономическое влияние

Номенклатурная система для описания симптомов аномальных маточных кровотечений

Традиционные термины	FIGO
ДМК	АМК (овуляторные, эндометриальные, коагулопатические)
Меноррагии	Обильные МК
Метроррагии/ менометроррагии	Межменструальные МК

Острые АМК – эпизод кровотечений, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери

Хронические АМК – кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, которое повторяется в течение последних 6-ти месяцев

Маточное кровотечение пубертатного периода (АМК ПП) – кровотечение, связанное с нарушением гормональной функции яичников при отсутствии органической патологии половых органов / **95% маточных кровотечений пубертатного периода**



Частота АМКПП в структуре
гинекологических заболеваний
подростков варьирует
от 10% до 37,3%

Патогенез АМКПП

Незрелость гипоталамо-гипофизарных структур



Нарушение фолликулогенеза в яичниках



Ановуляция, дефицит прогестерона



Гиперплазия эндометрия



Маточное кровотечение

Патогенетические аспекты АМК ПП

**Врожденные и приобретенные дефекты гемостаза.
Врожденный эндометриоз матки.**

**Дефекты питания.
Хронические заболевания органов пищеварения.**

Эстрогенпродуцирующие опухоли яичников и надпочечников.

**Тяжелые острые, особенно нейротропные, вирусные и бактериальные инфекции.
Хронические воспалительные процессы половых органов.**

Недостаточность функции щитовидной железы

Психические травмы и физические перегрузки.

Причины нарушения гормональной регуляции

- психические и физические стрессы
- переутомление
- неблагоприятные бытовые условия
- гиповитаминозы
- дисфункция щитовидной железы и/или коры надпочечников
- острые и хронические инфекционные заболевания (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, ОРВИ и особенно частые ангины, хронический тонзиллит)
- осложнения у матери во время беременности, родов
- инфекционные заболевания родителей
- искусственное вскармливание

Рецидивы АМК ПП – 10-13%

В том числе 50% - в первый
год пубертатного периода

Клиника АМК ПП

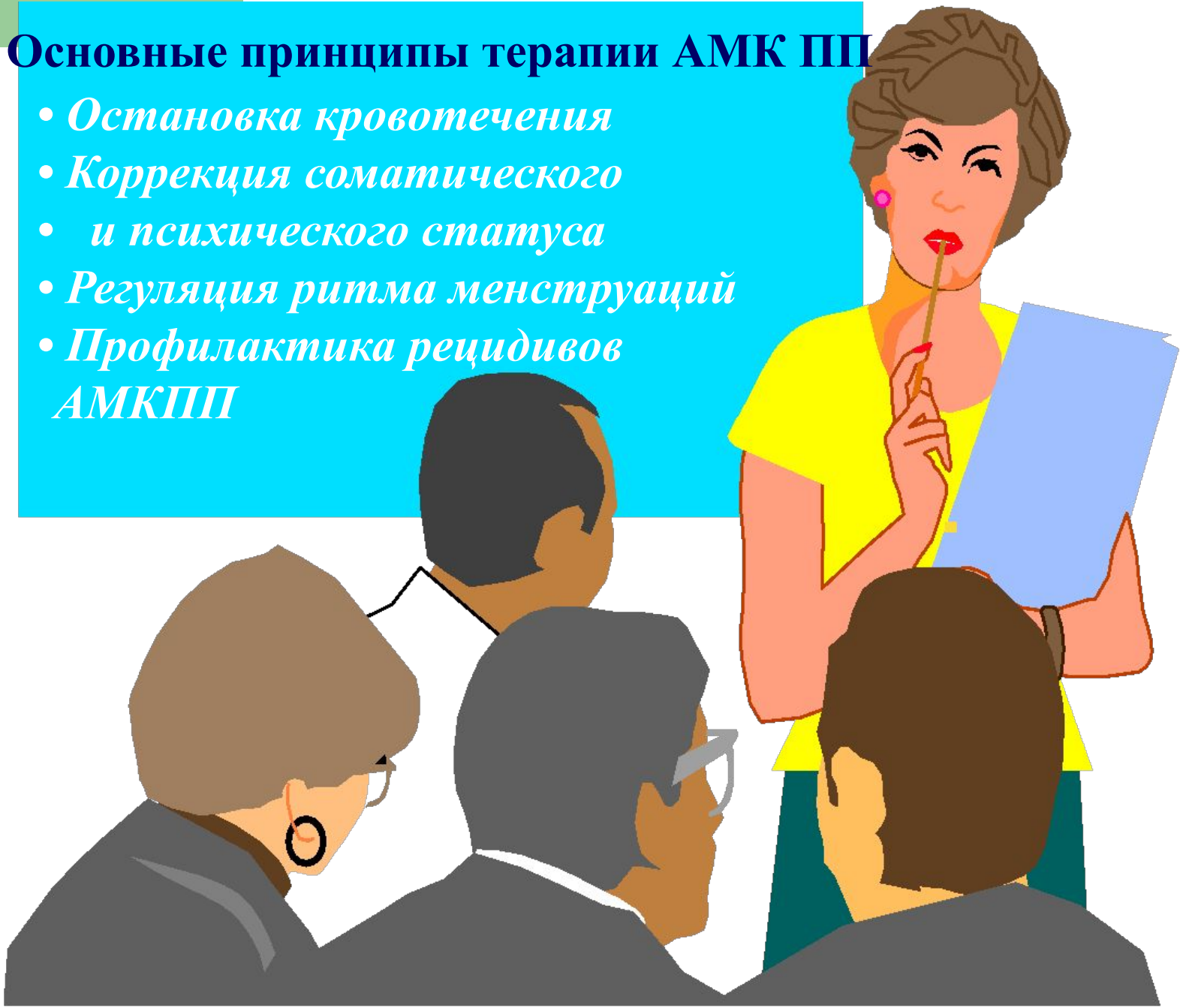
- кровяные выделения из половых путей после задержки менструаций на сроки от 14—16 дней до 1,5—6 месяцев (сразу после менархе, иногда в течение первых 2 - 3 лет)
- анемия
- слабость
- головокружение
- боли или неприятные ощущения внизу живота
- редко нарушение свертывающей системы крови по типу ДВС

Показания для госпитализации

- Обильное маточное кровотечение, не купирующееся медикаментозной терапией.
- Угрожаемое жизни снижение гемоглобина / ниже 70 – 80 г/л /и гематокрита / ниже 20 % /.
- Необходимость хирургического лечения и гемотрансфузии.

Основные принципы терапии АМКПП

- *Остановка кровотечения*
- *Коррекция соматического*
- *и психического статуса*
- *Регуляция ритма менструаций*
- *Профилактика рецидивов АМКПП*



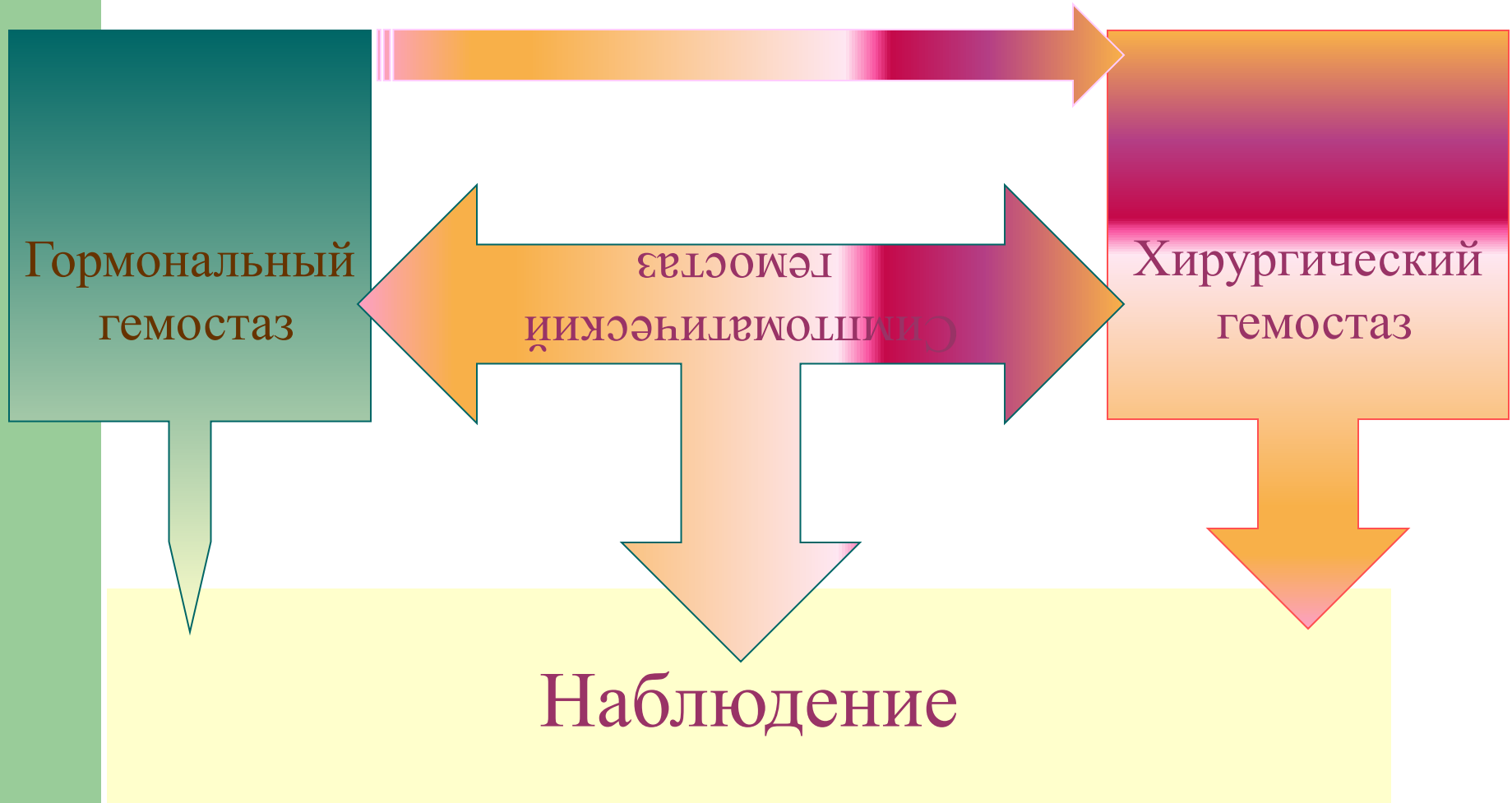
Показатели крови больных АМК III / 40 ГКБ /

Показатель	%
Гемоглобин, эритроциты в пределах нормы	30%
1,2 степень анемии	30-63,5%
3 степень анемии	6,5%

Ультразвуковое исследование органов малого таза / 40 ГКБ /

- М-эхо более 10 мм – 32-40%
/21,7% - 2014г./

Основные принципы остановки кровотечения у больных с АМК ПП



Симптоматический гемостаз

- **Утеротонические средства** (*окситоцин, растительные утеротоники*)
- **Стимуляция коагуляционного потенциала крови** (*транексамовая или аминокапроновая кислота*) *Национальное руководство, 2011г.*
- **Витаминотерапия** (*аскорбиновая кислота, витамины E, группы B, рутин*).

1 этап – гемостаз

Симптоматический гемостаз

- Утеротоники (окситоцин в/м, в/в)
- Ингибиторы перехода плазминогена в плазмин (транексамовая кислота внутрь, 1-1,5г, затем по 1 грамму каждые 3 - 4 час. до полной остановки кровотечения. В/в 15мг на 1 кг веса /развести в 200 мл физраствора / в течение 15-20 мин. Затем капельное введение по 1 -2 мг/кг/час до остановки кровотечения или повторно из расчета 10-15 мг/кг каждые 6-8 час. Суточная доза не должна превышать 6г/сутки.
- Активаторы образования тромбопластина / этамзилат в/м, в/в по 1,5г/сут. - эффективен в 46% случаев./

1 этап – гемостаз

- **НПВС** (снижают выработку простагландинов и тромбоксанов в эндометрии).
- Ибупрофен по 400мг каждые 4-6 час, суточная доза 1200-3200 мг/сутки.
- Нимесулид назначают по 50 мг 4 раза в день до остановки кровотечения.
- Мефенамовая кислота 500 мг, затем по 250 мг 4 раза в день.
- В целях повышения эффективности гемостатической терапии НПВС целесообразно добавление с 4-5 дня от начала лечения транексамовой кислоты или гормональных препаратов.

Физиотерапия при АМК ШП

- **Эндонозальный электрофорез кальция**
- **Шейно-лицевой электрофорез новокаина**

**Ежедневно 1-2 процедуры с
перерывом не менее часа**

Показания к проведению гормонального гемостаза

Исключение УЗ-признаков патологии
эндометрия

Отсутствие эффекта от симптоматического
гемостаза

Возможность продолжения консервативной
тактики ведения

Гипоэстрогенный тип кровотечения

Снижение скорости тромбообразования

**Тяжелая анемия на фоне длительного
кровотечения ($Hb < 70$ г/л, $Ht < 20\%$)**

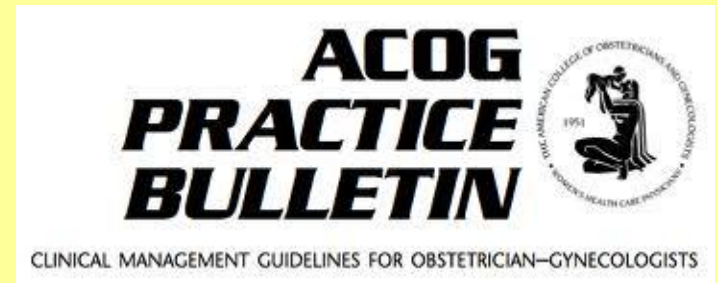
Рецидив маточного кровотечения в первые 3
месяца после выскабливания полости матки



Особенности организма подростков

- **Умеренная эстрогенная насыщенность**
- **Высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней**
- **Относительный дефицит прогестерона**

АМК-О: рекомендации ACOG, 2013



- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие эстроген и прогестаген, также высокоэффективны для лечения АМК - О.
- У подростков до возраста 18 лет низкодозированные КОК (20 - 35 мкг этинилэстрадиола) являются главным методом лечения.

Схема гормонального гемостаза с применением КОК (Регулон, Марвелон)

- **Применение только монофазных КОК**
/использование низкодозированных препаратов, содержащих 30 мкг ЭЭ./
- **Прием 1 таблетки КОК каждые 4-6 часов до остановки кровотечения**
/суммарно в первые сутки 6 - 4 таблеток/

Схема гормонального гемостаза с применением КОК (2)

- Уменьшение дозы препарата каждый последующий день на 1 таблетку в сутки**
- При снижении дозы до 1 таблетки в сутки продолжение приёма препарата в течение 21 дня от начала гемостаза**

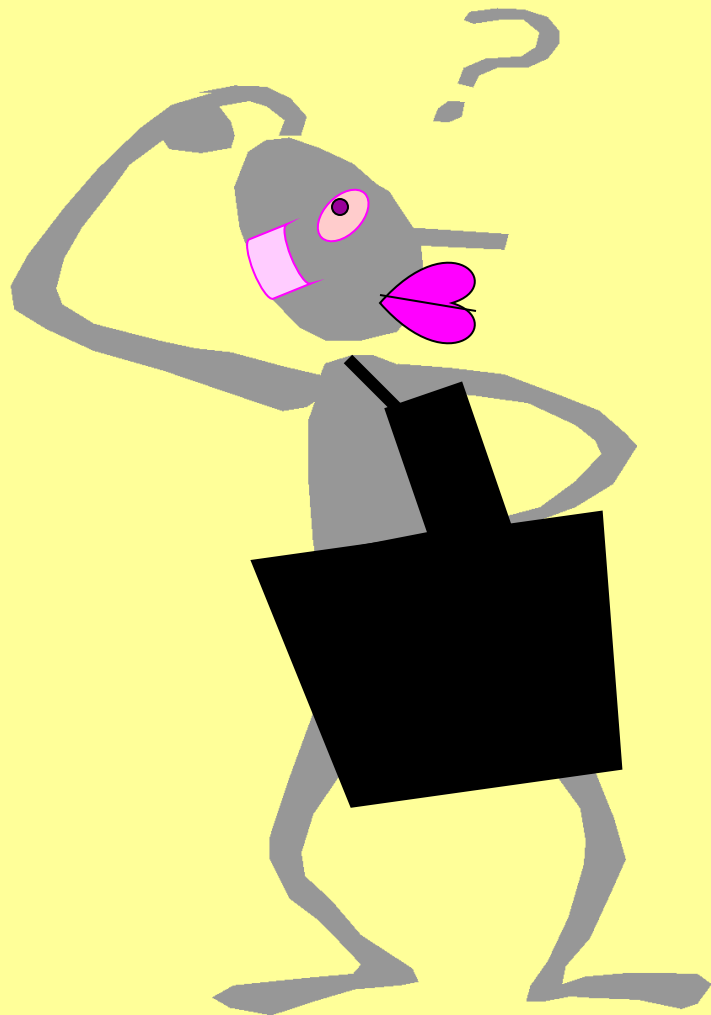
Схема гормонального гемостаза с применением КОК (Новинет, 20 мкг ЭЭ)

- Приём 1 таблетки КОК каждые 4 - 6 часов до остановки кровотечения (суммарно 4 - 6 таблеток)**
- Уменьшение дозы препарата каждый последующий день на 1 таблетку в сутки**
- При снижении дозы до 1 таблетки в сутки приём препарата в течение 21 дня от начала гемостаза**

Лечение анемии

- Сорбифер
- Тотема
- Ферретаб
- Мальтифер
- Ферлатум
- Препараты железа назначаются от 1 – до 3 мес. под контролем ОАК, сывороточного железа и трансферрина

Показания к хирургическому гемостазу



**Угрожаемое жизни крово-
течение.**

**Стойкие признаки гипер-
плазии эндометрия**

**(толщина эндометрия при
проведении УЗИ > 10 мм).**

**Эхографические признаки
полипов эндометрия.**



Профилактика рецидивов АМК ПП

- *Динамическое наблюдение 1 раз в месяц до стабилизации ритма менструаций, затем контрольное обследование 1 раз в 3 – 6 мес. Проведение эхографии органов малого таза не реже 1 раза в 6 – 12 мес.*
- *Менструальный календарь с оценкой интенсивности кровотечения*



Менструальный календарь с оценкой интенсивности кровотечения



Профилактика рецидивов АМК ПП

- **Коррекция режима сна и бодрствования, приема пищи, ЛФК и прочие оздоровительные мероприятия**
- **Нормализация массо-ростовых соотношений**
- **Комплексное применение витаминов и минералов для детей**
- **Восстановление психосоматического и эмоционального статуса**



Профилактика рецидивов АМКПП

- **Коррекция обменно-эндокринных нарушений, лечение хронических соматических заболеваний**
- **Лечение хронических воспалительных изменений гениталий**
- **Регуляция ритма менструаций**



Профилактика рецидивов АМК ПП

- **Коррекция обменно-эндокринных нарушений**
- **Девочки, сохраняющие избыточную массу тела и имеющие рецидивы АМК ПП в возрасте 15 – 19 лет, должны быть включены в группу риска по развитию рака эндометрия**



Регуляция ритма менструаций

- Циклическая витаминотерапия /Цикловита /
- Физиотерапия
- Фитотерапия
- Коррекция функции щитовидной железы
- КОК, принимаемые в 21-дневном режиме в течение 3-6 циклов
- Гестагены (*дюфастон по 10 мг 2 раза в сутки с 11 по 25 дни цикла, в течение 3-6 циклов*).
1 раз в 3 месяца УЗИ – контроль.

Регуляция ритма менструаций

Фитотерапия при гиперпролактинемии

- Циклодинон по 1 таб. в сутки или

Мастодинон по 1 таб. 2 раза в сутки, курс

- 3 мес.

SOGC 2013: КОК & Негормональных средств



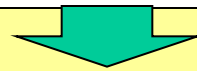
Препарат	Дозы/Режим	Механизм действия	Эффективность/преимущества	Неблагоприятные эффекты
КОК	Циклический, пролонгированный или непрерывный	Подавление гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, атрофия эндометрия	Контроль цикла, ↓ МК на 20-50%, ↓ ПМС и дисменореи Контрацепция	Масталгия, лабильность настроения, задержка жидкости, Редко; ВТЭ
НПВС	Напроксен 500 мг в день per os (1-2 раза в день; ибупрофен 600-1200 мг в день; Мефенамовая к-та 500 мг за день + 3-5 дней менструации	Снижение уровня простагландинов в эндометрии	↓ МК на 20-50%, ↓ дисменореи на 70%	Диспепсия ухудшение течения астмы, гастрита или язвы желудка
Антифибринолитики	Транексамовая кислота 1 г 4 раза в день или 4 г 1 раз в день в дни менструации	Обратимая блокада плазминогена, подавление фибринолиза	↓ МК на 40-59%,	Диспепсия, диарея, головные боли, судороги нижних конечностей

**В процессе приёма КОК в
яичниках продолжают
физиологические процессы
созревания фолликулов до стадии
малых и больших зреющих, часть
из них атрезирруется, но часть
сохраняется до момента отмены
препарата.**

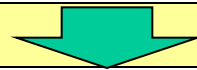
Ф.Т.Шмидт, 1993г.

АМК в репродуктивном возрасте ПАТОГЕНЕЗ

Ановуляторная дисфункция яичников



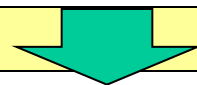
Персистенция фолликулов



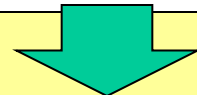
Гиперэстрогения



Прогестерон-дефицитное состояние

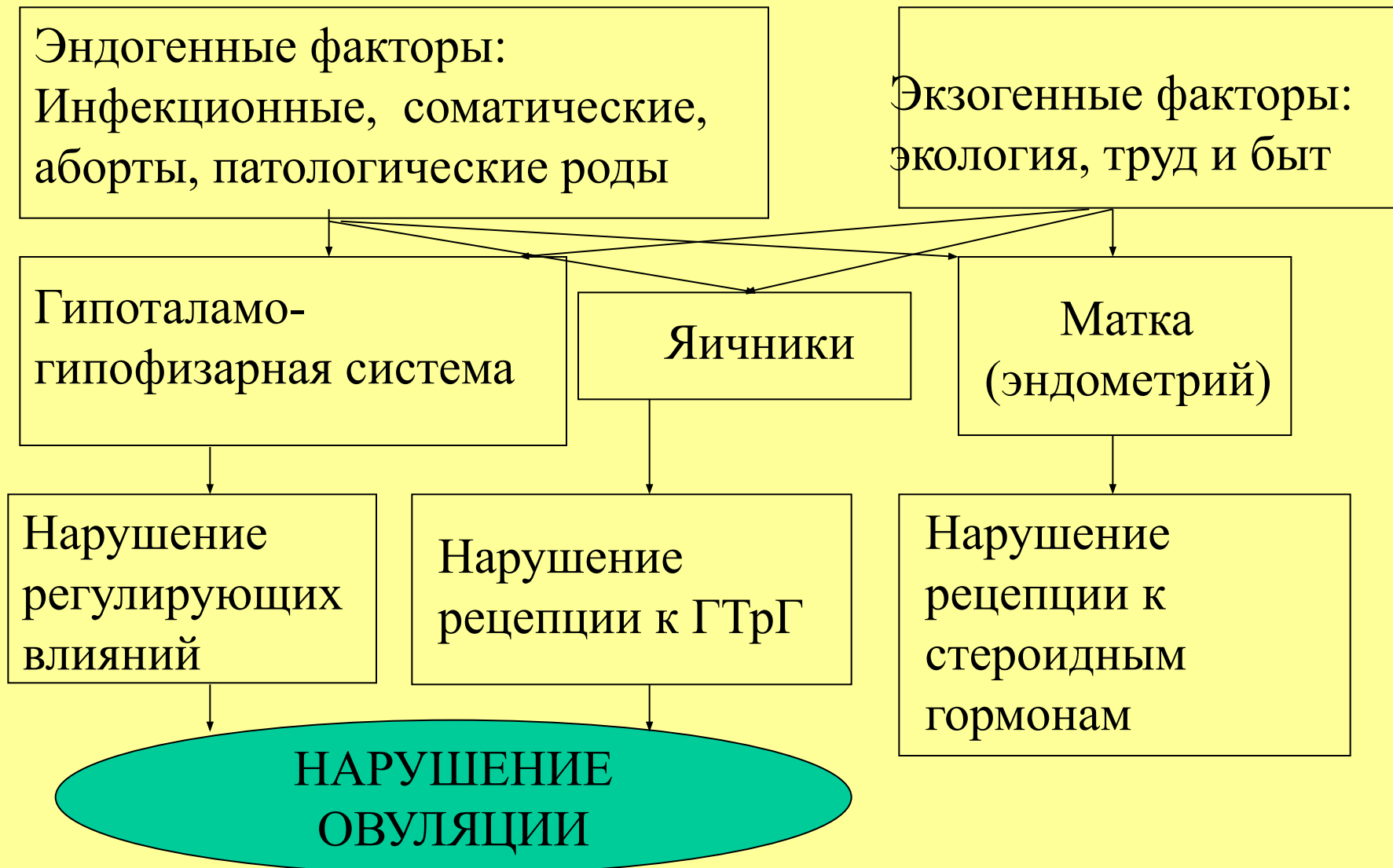


Гиперплазия эндометрия



АМК

Патогенез маточных кровотечений, не связанных с беременностью (1)



Патогенез маточных кровотечений, не связанных с беременностью (2)



Обследование при О-АМК в репродуктивном возрасте

Лабораторное обследование	Специальные лабораторные тесты
Начальное обследование	<ul style="list-style-type: none">• Общий анализ крови• Определение группы крови• Тест на беременность
Начальная оценка нарушений гемостаза	<ul style="list-style-type: none">• Частичное тромбопластиновое время• Протромбиновое время• Активированное частичное тромбопластиновое время• Фибриноген
Начальная оценка болезни Виллебранда*	<ul style="list-style-type: none">• Антиген фактора Виллебранда**• Кофактор ристоцетина**• Фактор VIII
Другие тесты по показаниям	<ul style="list-style-type: none">• Уровень тиреотропного гормона• Уровень железа в сыворотке• общая железосвязывающая способность сыворотки• Уровень ферритина• Печеночные функциональные тесты• <i>Chlamydia trachomatis</i>

Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant women. Committee Opinion № 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2013;121:891-6

* Подростки с обильными менструациями с менархе и взрослые женщины с аномальными тестами на нарушения гемостаза должны пройти обследование на наличие болезни Виллебранда

**Консультация гематолога может понадобиться для интерпретации показателей гемостаза

Алгоритм обследования женщин репродуктивного возраста с хроническим АМК



Оценка эндометрия по УЗИ

- **Неоднородность структуры эндометрия**
- **Эхопозитивные и эхонегативные включения в виде мелких кист**
- **Эхопозитивные образования различной величины**
- **$M-ЭХО > 15 \pm 0,4$ мм – гиперплазия эндометрия / более 10 мм для подростков /**
- **$M-эхо 20 \pm 0,4$ мм – подозрение на аденокарциному эндометрия**
- **Усиление кровотока в эндометрии при цветном доплеровском картировании**

Лечение

1 этап - гемостаз

- Лечебно - диагностическое выскабливание матки или вакуум-аспирация эндометрия??? **ВАЭ!!!**
- Антианемическая терапия
- Комплексное обследование больной

Профилактика АМК

АМК наблюдается у 30% женщин репродуктивного возраста в России.*

Для профилактики АМК:

- проводится терапия, направленная на нормализацию функции яичников,**
- ликвидация причины, вызвавшей ановуляцию,
- восстановление дефицита прогестерона.***

* Р.А.Саидова, А.Д.Макацария «Избранные лекции по гинекологии», 2005.

**В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович, «Неоперативная гинекология», 2003.

***А.Л.Тихомиров, Д.М.Лубнин, «Практическая гинекология», 2009.

ЛЕЧЕНИЕ

II этап – профилактика рецидивов АМК

- Соблюдение режима сна и бодрствования, приёма пищи, ЛФК и прочее.
- Нормализация массо-ростовых соотношений
- Восстановление психосоматического и эмоционального статуса
- Коррекция сопутствующих обменных и эндокринных нарушений, лечение хронических соматических заболеваний

ЛЕЧЕНИЕ

II этап – профилактика рецидивов АМК

- Лечение хронических воспалительных заболеваний гениталий
- Восстановление регулярных менструаций с применением физических факторов, гомеопатических средств и гормональной терапии

Необходимость II этапа после терапии ВЗОМТ

- **Восстановление морфофункционального потенциала ткани эндометрия**
 - *Восстановление рецепторного аппарата эндометрия*
 - *Восстановление метаболических процессов эндометрия*
 - *Увеличение достоверной вероятности имплантации*
 - *Ликвидация последствий воспалительного процесса (склеротических явлений)*
 - *Ликвидация последствий ишемии ткани*
 - *Восстановление локальной гемодинамики*

Необходимость II этапа / продолжение /

- Восстановление морфофункционального потенциала ткани эндометрия
- Физиотерапия
- Гинекологический массаж
- Циклическая гормонотерапия

Репродуктивный возраст
ЛЕЧЕНИЕ
гормональная терапия

Выбор схемы лечения
определяется гистологической
картиной соскоба эндометрия

Репродуктивный возраст

ЛЕЧЕНИЕ

гормональная терапия
гиперплазия эндометрия без атипии

- Новинет, регулон, ригевидон, линдинет20,30 (курс 3-6 мес.)
- Норколут (10-20 мг/сут.) с 16 по 25д.ц., дюфастон/дидрогестерон/ (20 мг/сут) – с 11 по 25-й д.ц., 17 ОПК (125 мг/сут) – на 14,17,21 дни цикла (курс – 6 месяцев)
- Мирена на 5 лет
- Контроль лечения – УЗИ ОМТ
- Гистероскопия – по показаниям

Репродуктивный возраст

ЛЕЧЕНИЕ

гормональная терапия
рецидивирующие АМК

- КОК / 30 мкг ЭЭ /. Регулон, ригевидон – курс 6-8 месяцев
- Агонисты ГнРГ – курс 3- 6 месяцев
- Контроль лечения – УЗИ ОМТ 1 раз в 3 мес.
- Гистероскопия – по показаниям

Репродуктивный возраст

ЛЕЧЕНИЕ

Атипичическая гиперплазия эндометрия

- **II этап – 6 мес. – гестагены (норколут, примолут-нор), агонисты ГнРГ (Бусерелин, Люкрин-депо), антиэстрогены (Неместран), УЗИ через 1 месяц, гистероскопия, ЛДВ**
- **III этап – КОК для восстановления функции матки**

Репродуктивный возраст

ЛЕЧЕНИЕ

Регуляция цикла

- КОК, принимаемые в 21-дневном режиме
- Гестагены (*дюфастон с 11 по 25 дни цикла, по 20мг в сутки, в течение 3-6 циклов*)
- Циклическая витаминотерапия

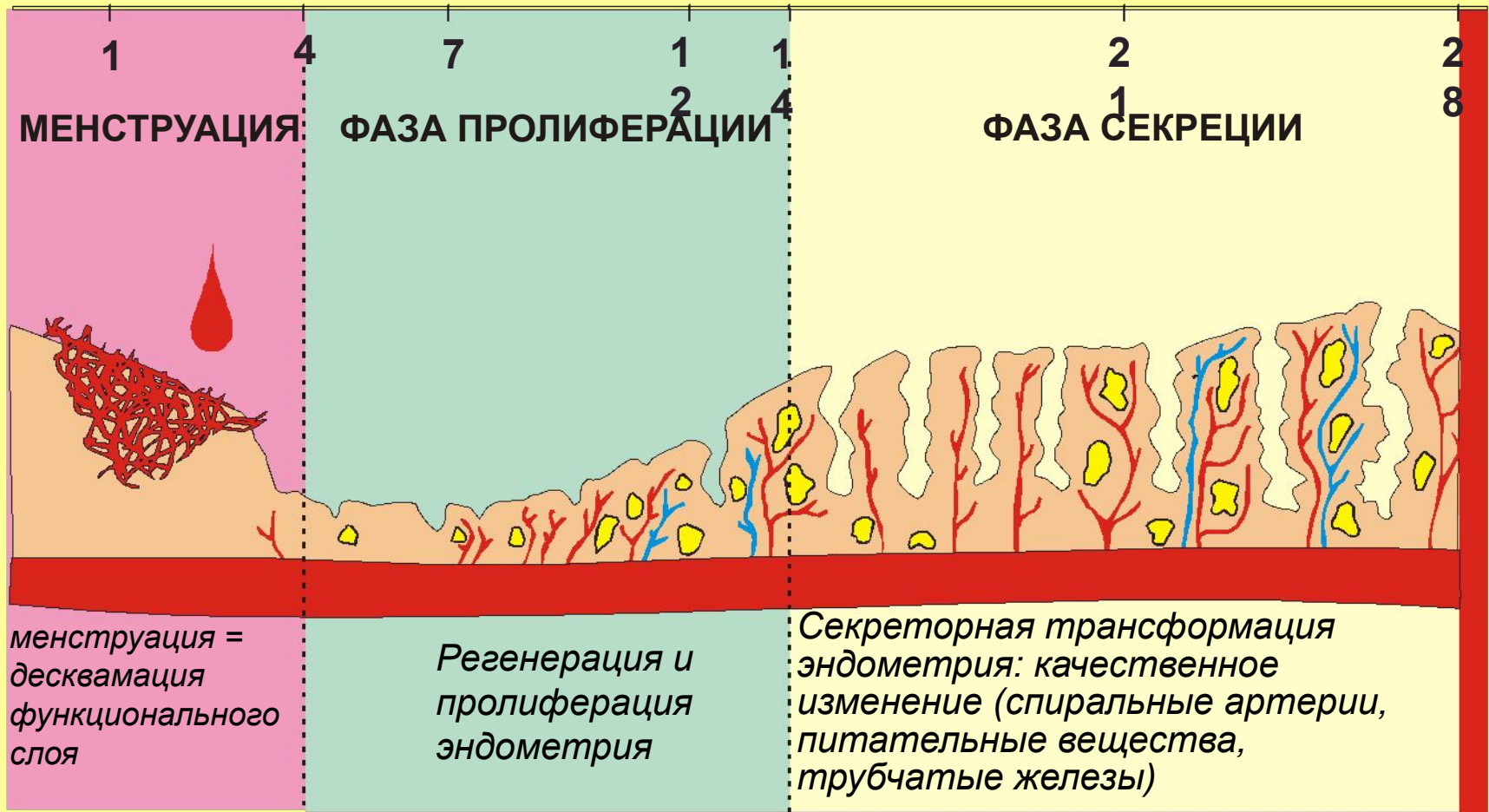
Рекомендации SOGC, 2013



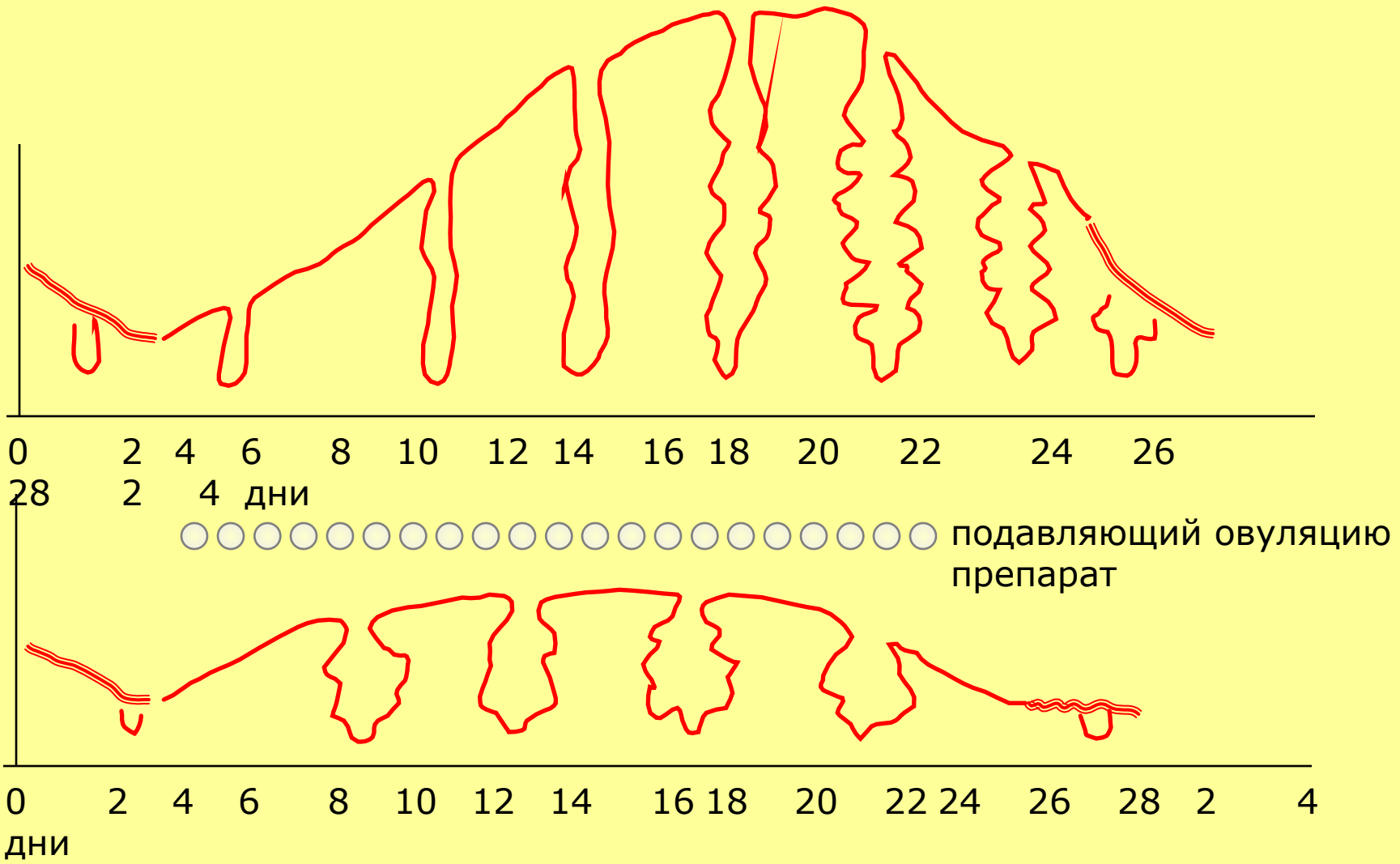
- КОК в циклическом режиме обеспечивают превосходный контроль цикла, значительно уменьшают ежемесячную кровопотерю (на 40-50 %) и улучшают дисменорею, при этом:
 - Прогестагенный компонент обеспечивает подавление овуляции и ингибирует стероидогенез в яичниках, что приводит к атрофии эндометрия;
 - Эстрогенный компонент благоприятно влияет на регенерацию эндометрия, снижая вероятность прорывного кровотечения.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ТЕЧЕНИЕ ЦИКЛА



Формирование эндометрия без подавляющего овуляцию препарата и с ним



Рекомендации SOGC, 2013



THE SOCIETY OF
OBSTETRICIANS AND
GYNAECOLOGISTS
— OF CANADA —

- КОК, депо МПА и ЛНГ-ВМС значительно уменьшают менструальную кровопотерю и должны использоваться у женщин с АМК, которым нужна эффективная контрацепция. (I-A)
- Даназол и аГнРГ эффективно уменьшают ежемесячное кровотечение и могут использоваться в тех случаях, когда другие методы лечения потерпели неудачу или к ним имеются противопоказания. (I-C).
- При использовании аГнРГ дольше 6 месяцев, должна быть назначена возвратная терапия, если этого не было сделано с самого начала. (I-A)

Репродуктивный возраст
ЛЕЧЕНИЕ
гормональная терапия

Оптимальной профилактикой рецидива

ГПЭ у женщин репродуктивного

возраста является восстановление

овуляторного цикла

Репродуктивный возраст

ЛЕЧЕНИЕ

СТИМУЛЯЦИЯ ОВУЛЯЦИИ

- Клостильбегит 50/75 мг/сут, с 5 по 9-й день цикла)
- Дюфастон (20 мг/сут, 11-25-й д.ц.),
Курс 3 цикла
- Затем – только прогестины, контроль овуляторного цикла

Пременопауза

Принципы терапии

- остановка кровотечения
- профилактика рецидивов заболевания
- коррекция эндокринно-обменных нарушений

Пременопауза

Гиперпластические процессы эндометрия

Алгоритм лечения

1 этап – гистероскопия и ЛДВ

2 этап – гормональная терапия

3 этап - гистерэктомия

Пременопауза

ЛЕЧЕНИЕ

Доброкачественная гиперплазия эндометрия

- Дюфастон 20 мг/сут с 5 по 25 день цикла – 6 мес.
- Норколут 10 мг/сут с 5 по 25 день цикла или ежедневно – 6 мес.
- 17-ОПК 125 мг/250 мг – на 14-й, 17-й, 21-й дни цикла.
- Депо-провера / медроксипрогестеронкапронат/ – 6 мес.
- Мирена – 5лет.
- Агонисты ГнРГ (Бусерелин, Люкрин-депо) – 6 мес.
- УЗИ-контроль через 3, 6, 9 и 12 мес.

Пременопауза

Показания к оперативному лечению

- ГПЭ и новообразования придатков
- Миома матки, аденомиоз и рецидивирующая ГПЭ
- Атипичическая гиперплазия эндометрия – гистерэктомия с придатками

Пременопауза

ЛЕЧЕНИЕ

Атипичическая гиперплазия эндометрия ???

- **Агонисты ГнРГ (Бусерелин , Люкрин-депо) – 6 мес.**
- **17-ОПК**
- **Депо-провера**
- **Неместран**
- **Контроль лечения: УЗИ, ГС через 1 и 2 мес. и РДВ**
- **При рецидиве атипичической ГЭ - гистерэктомия**

Постменопауза

методы обследования

- **УЗИ гениталий / по показаниям МРТ /**
- **Допплерометрия**
- **Гистероскопия**
- **Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки**
- **Гистологическое исследование соскоба**
- **Определение уровня эстрадиола**
- **Аспирационная биопсия, МВА**

Постменопауза

эхографические параметры

- **Длительность постменопаузы – менее 3-х лет**
– М-эхо не более 5 мм
- **Более 3-х лет – М-эхо не более 4 мм**
- **При 8 – 9 мм следует подозревать полипоз,**
при 11 – 12 мм – гиперплазию
- **При 20 мм – подозрение на аденокарциному**

Постменопауза доплерометрия

- Внутриматочные синехии – кровоток не регистрируется
- Полип, гиперплазия эндометрия – у 1/3 больных кровоток регистрируется
- Рак тела матки – 100% регистрация кровотока

Постменопауза гиперплазия эндометрия

Действие гормональной терапии
направлено на торможение и
подавление процессов
пролиферации эндометрия,
приводящее к атрофическим
изменениям

Абляция эндометрия

показания

- Рецидив гиперпластического процесса
- Невозможность проведения гормональной терапии
- Высокий риск проведения гистерэктомии
- Предварительно — обязательное гистологическое исследование эндометрия

Заключение. Выбор терапии зависит от:

- 1. Формы гиперплазии.**
- 2. Возраста больной.**
- 3. Клинико-патогенетического варианта (наличие или отсутствие метаболического синдрома).**
- 4. Характера течения заболевания (рецидивы).**
- 5. Наличия сопутствующих заболеваний (миома, эндометриоз).**
- 6. Наличия экстрагенитальной патологии.**
- 7. Материального положения больной.**

Варианты реабилитации

- Гормональная контрацепция
- Восстановление фертильности
- Коррекция перименопаузальных расстройств
- Фито-, витаминотерапия, антиоксиданты

Особенности контрацепции после излечения АМК

- Предпочтительнее – гормональные методы
- Возможны варианты:
 - микродозированные КОК,
 - ЧПК (оральные, инъекционные, имплантационные, внутриматочные)
- Высокая частота патологии молочных желез
- Частое сочетание с миомой, эндометриозом
- Высокий процент соматической патологии

Наблюдение и контроль терапии нарушений

менструального цикла

Клиническая ситуация

- НМЦ у подростков и женщин репродуктивного возраста, не планирующих беременность
- НМЦ у женщин, планирующих беременность
- НМЦ в перименопаузе (с последующим наблюдением в постменопаузе)

Наблюдение

- Клинический и УЗИ контроль (текущий и после окончания терапии 1 раз в 6 мес.)
- Клинический, УЗИ и гормональный контроль (текущий, на состоятельность лютеиновой фазы)
- Клинический, УЗИ (1-2 раза в год) и морфологический контроль (аспирационная биопсия с периодичностью 1 раз в 5 лет)

Спасибо за внимание!