

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Лектор: доктор медицинских наук, доцент
Барковский Дмитрий Евгеньевич

Основные понятия и термины

- **Менструация** – это маточное кровотечение, которое возникает при отторжении функционального слоя эндометрия вследствие снижения уровня эстрогенов и прогестерона в конце нормального менструального цикла.
- **Нормальная менструальная кровопотеря – не более 80 мл за менструацию.** Большие объёмы кровопотери могут приводить к развитию анемии.
- **Меноррагия – нарушение менструальной функции, которое проявляется потерей более 80 мл крови во время менструации при сохранении регулярного менструального цикла.**
- **Метроррагия** – обильные, длительные кровотечения при нерегулярных интервалах между менструациями.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) – это маточные кровотечения, обусловленные нарушением физиологической ритмической секреции гормонов яичников и не связанные с органическими заболеваниями половых органов или с системными заболеваниями организма.

- **Н.В.** ДМК – это «диагноз исключения», который можно поставить только в том случае, когда у пациентки не выявлено какой-либо органической патологии, являющейся причиной маточного кровотечения (например: беременность, доброкачественные и злокачественные заболевания половых органов, системные соматические заболевания, ятрогенные факторы и т.д.).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ (продолжение)

- **N.B.** Термин «дисфункциональные» является условным по следующим причинам:
 - 1. в клинической практике иногда нельзя четко дифференцировать функциональные и морфологические изменения, которые возникают при ДМК;
 - 2. при ДМК кровотечение возникает в результате патологии эндометрия, в котором всегда развиваются те или иные патологические морфологические процессы (зачастую, гиперпластические).
- **Клиницисты широко употребляют термин ДМК, считая, что нарушения менструального цикла у этих больных связаны с изменениями стероидогенеза в яичниках.**

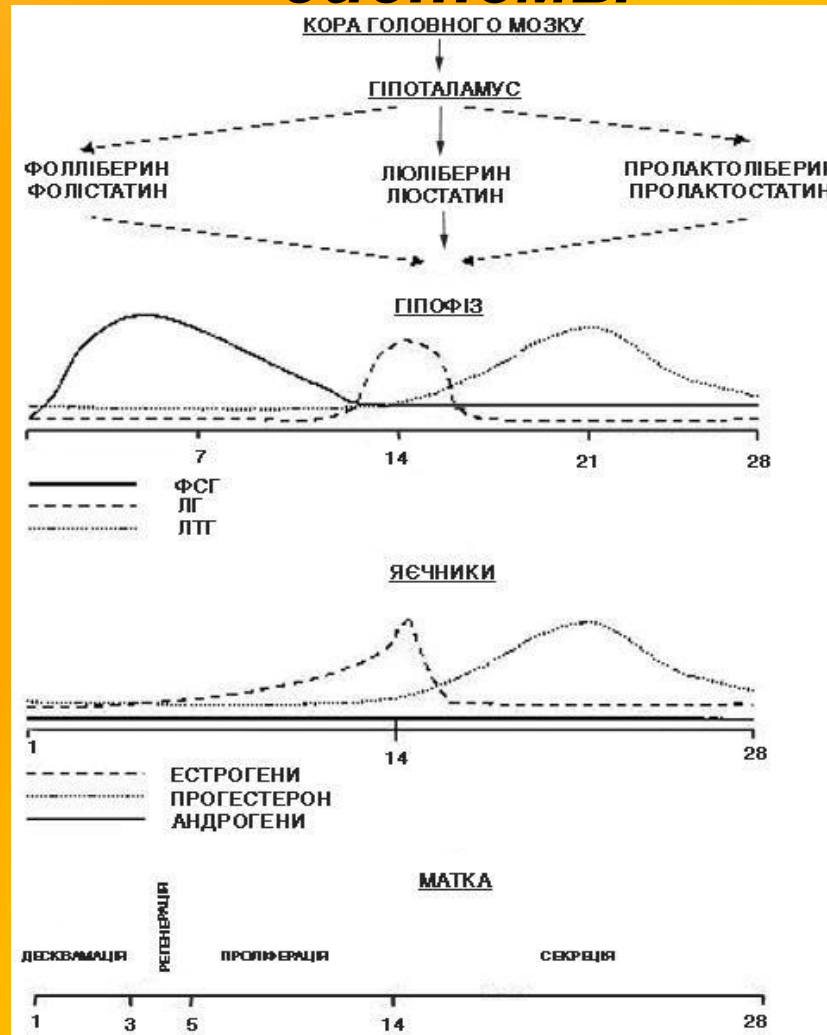
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Маточное кровотечение – одна из наиболее частых причин обращения за гинекологической помощью, в том числе проведения фракционного выскабливания слизистой полости матки и/или гистерэктомии.
- Примерно **25%** всех маточных кровотечений являются следствием гинекологических заболеваний, обусловленных органическими причинами.
- В **75%** случаев маточных кровотечений лежат функциональные изменения в эндометрии, связанные с нарушением гормональной функции яичников.
- ДМК составляют от **4** до **19%** в общей структуре гинекологической заболеваемости.
- **5%** менструирующих женщин страдают ДМК.
- Частота ДМК в зависимости от возраста женщины: **50%** - возникает в возрасте от **40** до **50** лет; **20%** - в подростковом возрасте.
- ДМК редко встречаются в детородном возрасте, что обусловлено стабильным функционированием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС).

ЭТИОЛОГИЯ

- ДМК – полиэтиологическое заболевание, вызванное разнообразными причинами, оказывающими негативное воздействие на репродуктивную систему женщины.
- Основная причина ДМК – изменение чувствительности рецепторного аппарата яичников и матки и/или нарушение функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, возникающее в результате перенесенных воспалительных или травматических повреждений, влияния иных стрессовых факторов.

Схема функционирования в системе гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы



ЭТИОЛОГИЯ

Этиологические причины:

- - психические травмы;
- - физическое и/или умственное переутомление;
- - интоксикации;
- - острые или хронические инфекции, в том числе женских половых органов;
- - гиповитаминозы;
- - неблагоприятные материально-бытовые условия;
- - перемена климата;
- - иные причины.

Осложнения и прогностические риски ДМК:

- - развитие железодефицитной анемии;
- - хроническая ановуляция;
- - хроническая гиперэстрогемия;
- - бесплодие (на фоне хронической ановуляции);
- - наличие гиперпластических процессов эндометрия;
- - риск развития рака эндометрия и других эстрогензависимых форм рака (рака яичников, рака молочной железы).

ПАТОГЕНЕЗ

- **Н.В. Термин «ДМК» нельзя считать абсолютно правильным с точки зрения морфологического состояния эндометрия, который изменяется и не соответствует его структуре при физиологическом менструальном цикле.**

Основные патогенетические моменты:

- - изменения менструального цикла связаны с нарушением стероидогенеза в яичниках;
- - кровотечение возникает в результате развития гиперпластических процессов эндометрия, который является высокочувствительной гормонозависимой структурой.

ПАТОГЕНЕЗ (продолжение)

Морфологические изменения эндометрия

- **1-й этап:** отсутствие физиологической циклической стимуляции (характерной для овуляторного цикла).
- **2-й этап:** в крови отмечается постоянно повышенный уровень эстрогенов.
- **3-й этап:** происходит чрезмерный рост эндометрия (т.е. формируется гиперплазия эндометрия).
- **4-й этап:** в гиперплазированной эндометрии происходит нарушение кровоснабжения с развитием дистрофических и некротических процессов; в расширенных и тонкостенных кровеносных сосудах возникают участки тромбоза, вследствие чего возникает кровотечение.
- **5-й этап:** менструация, во время которой фрагменты изменённого эндометрия отторгаются и удаляются из матки.
- **6-й этап:** наступает фаза регенерации, во время которой отмечается неравномерная и диссинхронизированная регенерация эндометрия, в результате чего маточное кровотечение прогрессирует.

ПАТОГЕНЕЗ (продолжение)

Степень выраженности маточного кровотечения зависит от:

- степени выраженности эстрогенной стимуляции эндометрия;
- длительности эстрогенной стимуляции эндометрия.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- 1. Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения.*
- 2. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения.*

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения:

- 1. Межменструальные кровянистые выделения, *возникающие после овуляции.*
- 2. ДМК, связанные *с укорочением 1-й (фолликулиновой) фазы* менструального цикла .
- 3. ДМК, обусловленные *гиполютеизмом.*
- 4. ДМК, обусловленные *гиперлютеизмом.*

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (продолжение)

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения классифицируются:

I. по этиопатогенетическим причинам:

1. Персистенция зрелого фолликула (кратковременная или длительная).
2. Атрезия незрелых фолликулов.

II. в зависимости от возрастного периода женщины:

1. ювенильные (синоним: пубертатные);
2. кровотечения репродуктивного возраста;
3. климактерические (синонимы: менопаузальные; пременопаузальные; перименопаузальные).

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

1. Межменструальные кровянистые выделения, возникающие после овуляции.

Патогенетический механизм – резкое снижение уровня эстрогенов в крови после овуляции.

Характеристика:

- возникают в перiovуляторный период;
- продолжаются не более 2-5 дней;
- скудные или умеренные.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

2. ДМК, связанные с укорочением 1-й (фолликулиновой) фазы менструального цикла.

Патогенетический механизм – укорочение длительности менструального цикла за счёт сокращения 1-й (фолликулиновой) фазы до 7-8 дней.

Обязательным условием является: наличие овуляции и 2-й (лютеиновой) фазы менструального цикла.

Характеристика:

- наличие обильных и длительных менструаций.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

3. ДМК, обусловленные гиполютеизмом.

Гиполютеизм - состояние, которое возникает в результате неполноценной функции желтого тела и снижения уровня прогестерона в течение 2-й фазы менструального цикла, при этом сохраняется нормальная продолжительность 1-й (фолликулиновой) фазы.

Таким образом, имеет место абсолютная гипопрогестеронемия с развитием дисбаланса локальных эндометриальных факторов регуляции (нарушение метаболизма простагландинов; расстройства местных систем коагуляции и фибринолиза; нарушение активности цитокинов, матричных протеаз; др.).

Характеристика:

- кровянистые выделения из половых путей возникают до и после менструации;
- сохранён регулярный менструальный цикл.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

4. ДМК, обусловленные гиперлютеизмом.

Гиперлютеизм или персистенция жёлтого тела, которая сопровождается удлинением 2-й фазы менструального цикла.

Этиология данного состояния неизвестна.

Патогенетические механизмы:

- **повышенная концентрация прогестерона в крови нарушает нормальное отторжение эндометрия во время менструации.**
- **высокое содержание прогестерона в крови приводит к снижению сократительной активности миометрия.**

Характеристика:

- **задержка менструации на 1-6 недель;**
- **маточное кровотечение продолжается в течение 10-15 и более дней;**
- **при УЗИ отмечается утолщение М-эхо с наличием эффекта усиления звука, а также увеличение размеров одного из яичников за счёт персистирующего в нём жёлтого тела.**

Дифференциальная диагностика овуляторных ДМК

Дифференциальная диагностика проводится с:

- - маточной беременностью;
- - внематочной беременностью;
- - неполным абортом;
- - лейомиомой матки;
- - аденомиозом (синоним: эндометриоз тела матки);
- - полипами эндометрия;
- - раком эндометрия;
- - синдромом поликистозных яичников (СПКЯ);
- - наличием в полости матки ВМС с травматизацией слизистой матки.

Дифференциальная диагностика овуляторных ДМК (продолжение)

Окончательный диагноз устанавливается после гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки, о чём свидетельствуют «... выраженные секреторные изменения в железах и децидуальная реакция стромы эндометрия с участками в стадии ранней регенерации», что обусловлено действием прогестерона как антиэстрогена.

Диагностика овуляторных ДМК

Диагностика овуляторных ДМК не представляет значительных трудностей и включает:

- - оценку анамнеза;
- - оценку клинической картины заболевания;
- - оценку тестов функциональной диагностики, что позволяет уточнить наличие овуляции и её срок;
- - УЗИ (мониторинг за процессом развития фолликулов и наличием овуляции – фолликулогенез и фолликулометрия; ультразвуковая оценка состояния эндометрия);
- - фракционное выскабливание слизистой полости матки (только по показаниям) под контролем гистероскопии (или без гистероскопии).
- - морфологическое исследование эндометрия.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

*Характерной клинической особенностью
овуляторных ДМК является **низкая
частота постгеморрагической анемии.***

Лечение овуляторных ДМК

Показания к лечению овуляторных ДМК (включая фракционное выскабливание слизистой полости матки): рецидивирующий характер данной патологии, сопровождающийся нарушением длительности менструации и/или объёма кровопотери, и/или нарушением репродуктивной функции пациентки.

Лечение овуляторных ДМК направлено на нормализацию менструальной функции женщины.

Препараты выбора:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты.

Способ лечения: перорально, по контрацептивной схеме, на протяжении 3-6 менструальных циклов.

Диспансеризация овуляторных ДМК

Диспансеризация проводится на протяжении **одного года** у гинеколога территориальной женской консультации.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения

Этиопатогенетические причины:

1. Персистенция зрелого фолликула (кратковременная или длительная).
2. Атрезия незрелых фолликулов.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Разъяснения терминов и понятий:

- *Персистенция зрелого фолликула* обозначает его постоянство.
- Фолликул достигает размеров доминантного (18 мм и более), овуляция отсутствует, а фолликул сохраняет свои размеры, которые могут достигать диаметра 4 см.
- Гормональный фон при персистенции фолликула соответствует абсолютной гиперэстрогении, которая обусловлена продукцией эстрогенов клеточным аппаратом фолликула.
- Длительная персистенция фолликула может сопровождаться формированием фолликулярной кисты.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Разъяснения терминов и понятий:

- *Атрезия незрелых фолликулов* обозначает задержку развития фолликула, при этом фолликул никогда не достигает размеров доминантного фолликула.
- Его развитие приостанавливается и одновременно могут нарушаться процессы обратного развития фолликула.
- В отсутствии овуляции и 2-й фазы менструального цикла происходит изменение гормонального фона в сторону относительной гиперэстрогении.
- В течение нескольких менструальных циклов в яичниках может происходить накопление нескольких фолликулов в состоянии атрезии, что усиливает негативное влияние относительной гиперэстрогении.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Патогенетические механизмы:

- **1-й этап:** в обоих этиопатогенетических причинах – отсутствует овуляция.
- **2-й этап:** не формируется желтое тело и отсутствует повышение продукции прогестерона во 2-ю фазу менструального цикла.
- **3-й этап:** возникает длительное воздействие эстрогенов на матку с развитием ряда патологических процессов, обусловленных гиперэстрогемией.
- **4-й этап:** в эндометрии отсутствует секреторная трансформация эндометрия.
- **5-й этап:** развиваются гиперпластические процессы эндометрия.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Патогенетические механизмы (продолжение):

- Под влиянием эстрогенов в гиперплазированной эндометрии возникает застойное полнокровие с резким расширением капилляров, особенно в верхушках полиповидных структур.
- В ответ на снижение уровня гормонов в тканях нарушается кровообращение в гиперплазированной эндометрии: появляются дистрофические участки; на фоне тромбозов возникают некрозы.
- Возникает длительное неравномерное отторжение эндометрия с постепенной регенерацией.
- Наряду с участками регенерации возникают новые участки распада и отторжения.
- В дополнение, возникает повышение проницаемости сосудов и их разрывы, что усугубляет маточное кровотечение.
- **Вывод:** для персистенции и атрезии фолликулов характерны однонаправленные патологические процессы в эндометрии с развитием гиперплазии эндометрия.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Патогенетические механизмы (продолжение):

Вывод: для персистенции и атрезии фолликулов характерны однонаправленные патологические процессы в эндометрии с развитием гиперплазии эндометрия.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

Патогенетические механизмы (продолжение):

Различие между двумя причинами ановуляторных ДМК состоит в степени гормональной активности:

- **персистенция фолликулов** приводит к **абсолютной гиперэстрогении**;
- **атрезия фолликулов** вызывает **относительную гиперэстрогению**.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (продолжение)

*Классификация ановуляторных ДМК в зависимости от
возрастного периода женщины:*

1. ювенильные (синоним: пубертатные);
2. кровотечения репродуктивного возраста;
3. климактерические (синонимы: менопаузальные; пременопаузальные; перименопаузальные).

Ювенильные (пубертатные) маточные кровотечения (шифр МКБ-10 N92.2)

Определение:

ювенильными (пубертатными) маточными кровотечениями называются ациклические и ановуляторные кровотечения, возникающие в период полового созревания (до 18 лет).

Эпидемиология: до 38% в структуре гинекологических заболеваний у подростков.

Этиология ювенильных ДМК

В анамнезе у юных пациенток отмечается:

- - высокая частота заболеваний различных органов в период полового созревания (хронический тонзиллит, ринит, детские инфекции, ОРВИ, грипп, пневмония, ревматизм, заболевания мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта, и т.д.);
- - гиповитаминозы и наличие аллергических состояний;
- - чрезмерные эмоциональные и физические нагрузки, особенно в пре- и пубертатном периодах;
- - влияние негативных факторов окружающей среды;
- - неблагоприятное течение антенатального и/или интранатального периода.

Патогенез ювенильных ДМК

Основа патогенеза: повышенная чувствительность ГГЯС, регулирующей менструальную функцию, к воздействию негативных факторов внешней и/или внутренней среды. В период полового созревания ГГЯС находится в состоянии формирования в ней положительной обратной связи, что и обуславливает её неустойчивость к различным стрессовым агентам.

Дополнительные патогенетические механизмы ювенильных ДМК:

- - несостоятельность нервно-рецепторного аппарата матки;
- - сниженная чувствительность к половым стероидным гормонам;
- - низкая контрактильная активность миометрия, обусловленная возрастной незрелостью.

Патогенез ювенильных ДМК

(продолжение)

**Основной гормональный
патогенетический механизм:
относительная гиперэстрогения,
обусловленная дефицитом прогестерона.**

Патогенез ювенильных ДМК (продолжение)

Основные патогенетические этапы ювенильных ДМК:

- **1-й этап:** указанные этиологические факторы приводят к нарушению выделения гонадолиберина в гипоталамусе.
- **2-й этап:** изменение секреции гонатропинов в гипофизе.
- **3-й этап:** нарушение процессов стероидогенеза в яичниках.
- **4-й этап:** в яичниках происходит процесс атрезии фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости (крайне редко может быть персистенция фолликула). Кистозно-атрезизирующие фолликулы продуцируют эстрогены. Количество эстрогенов относительно невелико, но имеет постоянный и монотонный характер.
- **5-й этап:** отсутствие овуляции с развитием симптомов ановуляции, прежде всего - недостаточная продукция прогестерона.
- **6-й этап:** развитие относительной гиперэстрогемии, следствием которой является развитие гиперплазии эндометрия.
- **7-й этап:** маточное кровотечение, источником которого является гиперплазированный эндометрий.

Клиническая характеристика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

- - маточные кровотечения: обильные, с наличием сгустков (кровопотеря более 100-120 мл в сутки); длительные (более 7-8 дней); ациклические (интервал между кровотечениями меньше 21 дня).
- - задержка менструации (от 2 недель и до 2-6 месяцев).
- - рецидивирующий характер маточных кровотечений.

Осложнения ювенильных ДМК:

- - развитие постгеморрагической анемии: бледность кожных покровов, тахикардия, головные боли, головокружение. Уровень гемоглобина у женщин выше 120 г/л, у подростков – 130 г/л (рекомендации ВОЗ).
- - развитие хронического компенсированного ДВС-синдрома.
- - возникновение подострого эндометрита, обусловленного восходящей инфекцией и скоплением в полости матки некротизированных тканей и сгустков крови.
- - развитие гиперпластических процессов эндометрия (до 85%).
- - редко возникают предраковые изменения эндометрия и рак эндометрия.

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

*Физикальное (включая гинекологическое)
и лабораторно-инструментальное
исследования проводятся в присутствии
матери или родственников (опекунов).*

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

1. Анамнез жизни и болезни.

Данным аспектам необходимо уделять большое внимание.

Обращать внимание на:

- - характер становление менструальной функции (возраст менархе; особенности становления менструальной функции; время возникновения первого эпизода маточного кровотечения и возможные причинные факторы; начало данного эпизода кровотечения и его особенности; методы лечения и их эффективность);
- - на перенесенные инфекционные и хронические соматические заболевания;
- - на наличие психических или физических перегрузок;
- - на наличие в анамнезе повышенной кровоточивости (носовые кровотечения; появления гематом или петехий на коже).

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

- 2. Общеклиническое физикальное обследование с оценкой общего состояния девочки (пульс, артериальное давление); окраски кожных покровов и слизистых оболочек; степени физического развития (масса тела, рост); пальпации живота (для исключения симптомов острого живота и опухоли брюшной полости); и т.д.**
- 3. Осмотр наружных половых органов и степени развития вторичных половых признаков (молочных желез, лобка, характера и степени оволосения).**
- 4. Осмотр наружных половых органов (степень развития; наличие аномалий развития; оценка степени наружного кровотечения).**
- 5. Осмотр шейки матки с использованием детских зеркал, вагинальное и бимануальное исследования проводятся у девушек, которые живут половой жизнью.**
- 6. Ректальное и ректоабдоминальное исследования проводятся у девственниц для оценки состояния внутренних половых признаков.**

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

7. Ультразвуковое исследование органов малого таза.

Данное исследование позволяет оценить размеры тела, шейки матки и яичников.

Обращают внимание на состояние фолликулярного аппарата яичников, наличие и размеры кист (персистенция или атрезия фолликулов).

Особое внимание – состоянию эндометрия (обозначается термином «М-эхо» (срединное эхо – перевод с англ.)). Исследование эндометрия позволяет выявить признаки гиперплазии эндометрия, наличия полипов или миоматозного узла в полости матки.

8. Клинический анализ крови с определением концентрации гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, гематокрита.

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

- 9. Исследование коагуляционной способности крови** (время кровотечения по Дюке; время свертывания по Ли-Уайт; коагулограмма; концентрация протромбина и антитромбина III; оценка тромбоэластограммы).
- 10. Биохимический анализ крови** (общий белок, печеночные пробы, билирубин).
- 11. Определение сывороточного железа, ферритина и его железосвязывающей способности.**
- 12. Электроэнцефалография:** у больных с ювенильными маточными кровотечениями выявляются признаки нарушения подкорковых структур.
- 13. Оценка гормонального профиля: не имеет принципиального значения для выбора тактики лечения.**

При возможности: определение концентрации ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона.

Характер секреции гонадотропинов носит хаотический характер, причем при гипоэстрогенной форме уровни ЛГ и ФСГ понижены, а при гиперэстрогенной – уровень ЛГ понижен на фоне повышенного уровня ФСГ.

Диагностика ювенильных (пубертатных) маточных кровотечений:

14. Как дополнительный метод оценки гормонального профиля может быть использована кольпоцитограмма.

15. Вагиноскопия у девственниц (как один из этапов диагностического поиска для исключения патологии влагалища и влагалищной части шейки матки).

16. Консультация смежных специалистов:

- эндокринолога;
- гематолога;
- невролога;
- педиатра.

Ультразвуковое сканирование (гиперплазия эндометрия)



Ультразвуковое сканирование (гиперплазия эндометрия)



Ультразвуковое сканирование с использованием цветного доплеровского картирования (усиление кровотока при гиперплазии эндометрия)



Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений

Ещё раз нужно подчеркнуть, что диагноз «ДМК является диагнозом исключения», т.е. очень важно исключить наличие у пациентки той или иной органической патологии и/или системного заболевания, которые могут сопровождаться маточным кровотечением.

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Ювенильные ДМК необходимо дифференцировать с:

- с нарушением свертывающей системы крови (тромбоцитопения или тромбоцитостения; наследственные нарушения коагуляционного гемостаза (болезнь Виллебранда, гемофилия С); геморрагические васкулиты; апластическая анемия);
- хронические заболевания печени;
- нарушенной беременностью (маточной или внематочной);
- воспалительными заболеваниями половых органов;
- ятрогенные причины (приём нестероидных противовоспалительных препаратов; др. препараты, которые влияют на гемостаз);
- гормонопродуцирующие опухоли яичника (гранулёзноклеточная опухоль яичника);
- опухолью шейки матки;
- опухолью тела матки;
- опухолью влагалища;
- травматическим повреждением гениталий;
- наличием инородного тела во влагалище;
- синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), сопровождающимся хронической ановуляцией.

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Нарушение свёртывающей системы крови характеризуется:

- - кровотечение, возникающее одновременно с менархе;
- - в анамнезе: носовые кровотечения с раннего детства, кровоточивость дёсен, подкожные геморрагии;
- - наличие внутрибрюшного кровотечения при возникновении овуляторных циклов, в связи с чем пациентки подвергаются неоднократному оперативному вмешательству, что, зачастую, заканчивается двухсторонней овариоэктомией.

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Хронические заболевания печени.

- Данная группа заболеваний сопровождается нарушением белково-синтетической и метаболической функции печени, что:
- во-первых, приводит к нарушению физиологического соотношения связанных и свободных (биологически активных) фракций стероидных гормонов в сторону повышения свободных фракций;
- во-вторых, негативно влияет на синтез плазменных факторов свертывающей системы и системы фибринолиза (факторы V, VII, IX, X, XII, протромбина, проконвертина, и др.).

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Нарушенная маточная или внематочная беременность.

Данный аспект важен не только у девушек, живущих половой жизнью, но и у девственниц, так как не исключёна вероятность половой близости при отсутствии признаков дефлорации.

В дифференциальной диагностике используются:

- - ультразвуковое исследование органов малого таза;
- - определение хорионического гонадотропина в крови и/или моче (качественным или количественным методом).

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Воспалительные заболевания половых органов.

- При воспалительных заболеваниях (сальпингоофорит, эндометрит), возникающих после незащищённого полового акта, часто наблюдаются нарушения менструального цикла в виде маточных кровотечений.
- Меноррагия может быть наблюдаться при специфической инфекции: гонорея; генитальный туберкулез.

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Опухолевые процессы половых органов являются редкими, однако при наличии признаков преждевременного полового созревания и увеличения яичника (-ов) необходимо исключить гормонопродуцирующую опухоль яичника (зачастую, гранулёзноклеточную).

Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений (продолжение)

Травмы гениталий и/или подозрение на наличие инородного тела во влагалище дифференцируются на основании данных анамнеза и физикального обследования, а при необходимости – вагиноскопии.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)

дифференцируют на основании наличия гирсутизма, ожирения, двухстороннего увеличения яичников со специфической ультразвуковой характеристикой их структуры.

Лечение ювенильных маточных кровотечений

Во время кровотечения девочки подлежат обязательной госпитализации (в отделения детской гинекологии или гинекологические отделения) **во избежание нарастания анемии и нарушения гемодинамики** (ЗОЦРРФЧ, ЗОДБ, 4-й родильный дом г.Запорожье).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Лечение ювенильных ДМК состоит из 2-х этапов:

- **1-й этап** – остановка кровотечения (стационарное лечение);
- **2-й этап** – профилактика рецидива кровотечения (амбулаторное лечение).

При оказании медицинской помощи подросткам необходимо получить информированное согласие родителей (опекунов), особенно при назначении гормональных препаратов, использовании инвазивных инструментальных методов диагностики и/или лечения.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

При выборе тактики лечения детские гинекологи считают целесообразным выделять две группы больных:

- **1-я группа** – пациентки 10-13 лет, не нуждающиеся в специфическом гормональном лечении; им проводится симптоматическая терапия.
- **2-я группа** – пациентки 14-17 лет с нарушением эндокринной функции, которым необходима гормональная терапия.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Обратите внимание:

**«гормональный гемостаз» является
основным методом
патогенетической терапии при
ювенильных ДМК.**

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Симптоматическая терапия проводится при:

- - незначительном или умеренном кровотечении при отсутствии анемии тяжёлой степени (независимо от возраста пациентки).

Симптоматическое лечение начинают с:

- растительных гемостатиков и утеротоников (экстракты крапивы, пастушьей сумки, водяного перца);
- средств, стимулирующих коагуляционный потенциал крови (викасол, дицинон, ПАМБА, трансаминовая кислота (транексан), этамзилат натрия, андроксон);
- витаминов (аскорбиновая кислота, рутин (аскорутин), витамины группы В, витамин Е, фолиевая кислота, микроэлементы).

Назначают утеротоники (окситоцин), а также используется методика электростимуляции шейки матки путём введения электрода в цервикальный канал.

При наличии анемии – препараты железа в терапевтических дозировках (гинотардиферон, ферроплект, ферроплекс, и др.).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Показания к гормональному гемостазу:

- - неэффективность симптоматической терапии;
- - умеренное или обильное кровотечение при наличии вторичной анемии;
- - длительные кровотечения при подозрении на гиперплазию эндометрия по данным УЗИ (М-эхо больше 10 мм).

Гормональный гемостаз начинается с введения больших доз гормонов в первые 2-3 дня с последующим ежедневным постепенным уменьшением дозы препарата.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Для гормонального гемостаза применяют:

микро- и низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие эстрогенный (этинилэстрадиол) и гестагенный (норэтистерон, левоноргестрел, гестоден, дезогестрел) компоненты (марвелон, регулон, линдинет, фемоден, ригевидон, новинет, минизистон, мерсилон, др.).

- Доза подбирается индивидуально, до 3-6 таблеток в сутки. Терапия начинается с 1 таблетки и через каждые 3-4 часа решается вопрос о необходимости увеличения дозы.
- Гемостаз обычно достигается в течение 12-24 часов. При наличии гемостаза - дозу постепенно снижают до 1 таблетки в сутки.
- Длительность применения препарата с момента начала гемостаза составляет не менее 21 дня и зависит от общего состояния больной и степени восполнения кровопотери.
- Иногда назначают по 2 табл. через 1-2 часа, затем интервалы увеличивают, а дозу снижают по мере прекращения или резкого уменьшения кровянистых выделений.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Принцип действия гормонального гемостаза:

содержащиеся в КОК эстрогены и гестогены вызывают регенерацию эндометрия и вместе с остановкой кровотечения происходят секреторная трансформация эндометрия и подготовка к полному его отторжению. Длительность введения гормонов зависит от сроков ожидаемой ответной менструальноподобной реакции на отмену терапии, что зависит от биологического менструального ритма больной.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Современные международные стандарты рекомендуют следующую схему гормонального гемостаза:

низкодозированные комбинированные монофазные КОК с прогестагенами 3-го поколения (дезогестрел 150 мкг или гестоден 75 мкг):

- в течение 4 дней по 1 табл. 4 раза в день, затем
- в течение 3 дней по 1 табл. 3 раза в день, затем
- в течение 2 дней по 1 табл. 2 раза в день, затем
- по 1 табл. в день до конца второй упаковки препарата.

Суммарная гемостатическая доза составляет 8 таблеток (или 240 мкг этинилэстрадиола и 1200 мкг дезогестрела («Регулон») или 600 мкг гестодена («Линдинет-20»).

Рекомендуется альтернативная схема: 0,5 табл. «Регулона» каждые 4 часа до полного гемостаза; затем доза уменьшается на 0,5 табл. ежедневно до достижения суточной дозы 1 таблетка (общий курс лечения 21 день).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

- **Проведение гормонального гемостаза во всех случаях сочетается с активной антианемической терапией** вплоть до использования гемотрансфузии (при анемии 3-й степени) и инфузии реологических растворов (препараты гидроксиэтилированного крахмала, белковые препараты и др.). В комплексную терапию вводят указанные выше препараты для неспецифической терапии.
- В случае отсутствия гемостатического эффекта возникают показания для отдельного (фракционного) лечебно-диагностического выскабливания слизистой матки.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Показание к фракционному выскабливанию матки и/или гистероскопии у девочек и девушек являются:

- - наличие выраженной анемии (гемоглобин ниже 60-70 г/л, гематокрит 20-25%);
- - профузное маточное кровотечение, угрожающее жизни и здоровью пациентки (особенно на фоне анемии 3-й степени);
- - неэффективность гормонального гемостаза (длительное умеренное, но не поддающееся лечению кровотечение);
- - при частых рецидивах ювенильных маточных кровотечений;
- - при подозрении на наличие органической патологии матки (например, полип эндометрия по результатам УЗИ);
- - при длительности заболевания более 1,5-2 лет (не столько с гемостатической целью, сколько для уточнения диагноза).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

***Обязательным является
гистологическое исследование
соскоба эндометрия и
эндоцервикса.***

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Вторым этапом (после достижения полного гемостаза или менструальноподобной реакции) проводят профилактику рецидива кровотечения.

Основная цель 2-го этапа лечения ювенильных ДМК – формирование менструального цикла на основе:

- - ликвидации этиологических факторов;
- - нормализация менструальной функции девочки с назначением медикаментозных средств;
- - общеоздоровительные мероприятия, режим труда и отдыха, полноценное сбалансированное питание;
- - лечение вторичной железодефицитной анемии.

Длительность терапии на 2-м этапе составляет 3-6 месяцев.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

- Регуляцию менструальной функции на 2-м этапе лечения ювенильных ДМК проводят назначением комбинированных КОК по стандартной (т.е. контрацептивной) схеме (наиболее целесообразна у девушек, живущих половой жизнью).
- Альтернативой КОК является пероральное применение натуральных половых гормонов: эстрадиола валериат 2 мг/сут (прогинова, др.) в сочетании с микронизированным прогестероном (утрожестан 200-300 мг/сут) (наиболее целесообразна у девушек, которые не нуждаются в контрацепции).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

- Как разновидность регулирующей терапии можно использовать прогестагены: дюфастон 10 мг или утрожестан 100 мг по 2 раза в сутки с 16-го по 25-й день цикла в течение 3-6 месяцев.
- Подобная терапия проводится как после лечебно-диагностического выскабливания матки, так и после гормонального гемостаза.
- Количество циклов гормонотерапии зависит от общего состояния пациентки, состояния эндометрия, результатов гистологического исследования и интенсивности менструальноподобной реакции.
- При наличии у пациентки обильных и длительных менструаций прогестагены назначают с 5-го по 26-й день цикла.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

В процессе лечения (на фоне КОК или гестагенов):

- ✓ менструальноподобные реакции выражены умеренно,
- ✓ показатели красной крови и свертывающей системы нормализуются,
- ✓ снимается психологическое напряжение, связанное с ожиданием кровотечения и врачебных манипуляций,
- ✓ восстанавливается соматическое и психологическое состояние пациентки.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

- **Рекомендуется:** после окончания гормональной терапии пациентки должны вести менструальный календарь и проводить измерение базальной температуры (контроль наличия овуляции и лютеиной фазы цикла).
- В случае отсутствия регулирующего эффекта после проведенного в течение 6 месяцев лечения КОК – необходима консультация невропатолога с целью исключения диэнцефальной патологии.
- Восстановление нормального ритма менструаций после окончания гормонального лечения в течение 6 месяцев и более свидетельствует об отсутствии глубокой патологии в репродуктивной системе.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Лечение пациенток 2-й группы (старше 14 лет)

- В этих пациенток с длительностью заболевания более 1,5-2 лет показано проведение фракционного выскабливания полости матки (или гистероскопия с прицельной биопсией и последующим выскабливанием полости матки).
- *Цель данной лечебной тактики:* гистологическое исследование эндометрия для уточнения диагноза и назначения в последующем адекватной гормонотерапии.
- После выписки из стационара девочки находятся на диспансерном наблюдении у детского гинеколога.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

С целью профилактики рецидивов рекомендуют реабилитационные мероприятия (после отмены гормональной терапии указанной выше):

- нормализация сна и отдыха;
- уменьшение психоэмоциональных, учебных и физических нагрузок;
- занятия физкультурой на свежем воздухе и общеукрепляющую терапию;
- регистрация менструального календаря и измерение базальной температуры;
- циклическая витаминотерапия (девочкам до 13 лет): фолиевая кислота (5 мг/сут, per os, с 5-го дня цикла в течение 10 дней); витамины группы В (комплексные препараты в терапевтических дозировках, per os, в первую фазу цикла); аскорбиновая кислота (по 50 мг 3 раза в день, per os) и витамин Е (100 мг/сут, per os) в течение 10 дней, начиная с 16-го дня цикла.
- целесообразно применение ноотропных препаратов и средств, регулирующих метаболизм головного мозга (глутаминовая кислота, ноофен, адаптол, др.).
- показано проведение курса физиотерапевтического лечения: эндоназальный электрофорез витамина В₁ или электрофорез с новокаином, гальванизация молочных желез или вибрационный массаж области шейных симпатических ганглиев).
- эффективно применение иглорефлексотерапии (2 курса по 10 сеансов).

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

***ВЫВОД:** в случае успешного лечения период реабилитации начинается с восстановления ритма менструации и завершается появлением овуляции.*

Период реабилитации продолжается несколько месяцев после окончания курса гормонального лечения.

Лечение ювенильных маточных кровотечений (продолжение)

Критерии эффективности лечения ювенильных маточных кровотечений:

- - нормализация менструального цикла на протяжении одного года;
- - отсутствие обильных и длительных менструаций;
- - отсутствие болевого синдрома во время менструаций;
- - отсутствие патологических со стороны внутренних половых органов при гинекологическом и ультразвуковом обследовании.

Ювенильные маточные кровотечения

Диспансеризация: на протяжении года у детского гинеколога или у гинеколога территориальной женской консультации.

Прогноз ювенильных ДМК:

- - у 70% пациенток устанавливается нормальный менструальный цикл;
- - у 5% пациенток необходимо проводить повторные курсы лечения.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Классификация ДМК по МКБ-10:

- **N92** – обильные, частые и нерегулярные менструации
- **N92.0** – обильные и частые менструации с регулярным менструальным циклом (включают такие понятия, как: периодические обильные менструации без дополнительных указаний; меноррагия без дополнительных указаний; полименорея)
- **N92.1** – обильные и частые менструации с нерегулярным менструальным циклом (включают такие понятия, как: метроррагия; менометроррагия; нерегулярные кровотечения в межменструальном периоде; нерегулярные, укороченные интервалы между менструальными кровотечениями)
- **N92.3** – овуляторное кровотечение (т.е. регулярное межменструальное кровотечение)
- **N 92.4** – обильное кровотечение в перименопаузальном периоде (включают такие понятия, как: меноррагия или метроррагия в предменопаузальном, менопаузальном или климактерическом периоде)
- **N92.5** – иная уточнённая нерегулярная менструация
- **N92.6** – нерегулярная менструация, неуточнённая (включают такие понятия, как: нерегулярная – кровотечение без дополнительных указаний; менструальные циклы без дополнительных указаний)

Этиопатогенез ДМК в репродуктивном периоде

- Часто возникают у молодых женщин в первые годы после окончания периода полового созревания как результат различных повреждающих воздействий (см. выше Этиология ДМК и Этиология ювенильных ДМК).
- У женщин среднего репродуктивного возраста ДМК часто возникают после абортов, вследствие развития хронических гинекологических заболеваний воспалительного характера.
- В позднем репродуктивном возрасте ДМК могут быть вызваны даже умеренными по силе патогенными воздействиями, что обусловлено возрастными изменениями в ГГЯС.
- ДМК в репродуктивном периоде сопровождаются ановуляцией, чаще всего на фоне кратковременной или длительной персистенции фолликула (фолликулов).

Этиопатогенез ДМК в репродуктивном периоде (продолжение)

При кратковременной персистенции фолликула и циклических менструальноподобных кровотечениях овуляция отсутствует.

- Эта форма патологии возникает в детородном возрасте редко, а характерна для периода полового созревания, у кормящих матерей, в климактерическом периоде.
- В яичнике созревают один или несколько фолликулов, достигающих стадии больших зреющих фолликулов, которые персистируют в течение 7-10 дней, после чего подвергаются обратному развитию (атрезии).
- В ответ на спад уровня гормонов в крови через 1-2 недели возникает менструальноподобное кровотечение; длительное; как правило, без массивной кровопотери.
- Концентрация эстрогенов в крови чаще бывает умеренной или несколько сниженной и характеризуется монотонностью, возникает относительная гиперэстрогемия.

Этиопатогенез ДМК в репродуктивном периоде *(продолжение)*

Наиболее часто встречающийся в репродуктивном периоде механизм развития ДМК связан с длительной персистенцией одного или нескольких фолликулов, достигающих размеров 20-25 мм (при бимануальном исследовании устанавливают диагноз «киста яичника»).

- В результате ановуляции и персистенции фолликула развивается абсолютная гиперэстрогемия на фоне абсолютной гипопрогестеронемии, что приводит к гиперплазии эндометрия.
- Менструальноподобное кровотечение возникает через 1,5-6 месяцев и характеризуется сначала скудными, «мажущими», а затем длительными и обильными кровянистыми выделениями, переходящими в кровотечение (геморрагическая метропатия или болезнь Шредера).

Этиопатогенез ДМК в репродуктивном периоде (продолжение)

*Основные патогенетические этапы
и морфологические изменения
эндометрия при ДМК в
репродуктивном возрасте (см. выше
Патогенез ювенильных ДМК).*

Клиническая картина ДМК в репродуктивном периоде

- Пациентки с ДМК жалуются на нарушение ритма менструаций, чаще – на задержку менструаций с длительными кровянистыми выделениями, переходящими в кровотечение.
- Клинические симптомы при ДМК зависят от длительности кровотечения, объёма кровопотери.

Диагностика ДМК в репродуктивном периоде

- Обычно диагностика не представляет трудностей и базируется на жалобах пациентки, данных анамнеза и физикального обследования пациентки.
- У больной имеются признаки развившейся анемии (слабость, головокружение, головные боли, учащение пульса, снижение АД).
- Пациентки с ДМК довольно часто страдают бесплодием.
- ***Наибольшее значение имеет проведение дифференциальной диагностики с целью исключения той или иной органической патологии матки, а также беременности.***

Дифференциальная диагностика ДМК в репродуктивном периоде

Группы заболеваний для дифференциальной диагностики ДМК репродуктивного возраста:

- - патология органов малого таза:
- - воспалительные заболевания органов малого таза;
- - лейомиома тела матки (особенно, субмукозная локализация узла);
- - аденомиоз;
- - полип эндометрия;
- - рак эндометрия;
- - рак шейки матки;
- - наличие внутриматочного средства контрацепции (ВМС) и связанные с ним осложнения;
- - редкие причины (гормонопродуцирующие опухоли яичников; прочие).

Дифференциальная диагностика ДМК в репродуктивном периоде (продолжение)

Группы заболеваний для дифференциальной диагностики ДМК репродуктивного возраста:

2. беременность и её осложнения:

- начавшийся аборт;
- внематочная беременность;
- трофобластическая болезнь.

3. коагулопатии;

4. эндокринологические заболевания (наиболее часто – гипотиреоз);

5. коллагенозы (системная красная волчанка; др.);

6. хронические заболевания печени;

7. хроническая сердечная недостаточность;

8. травматические повреждения;

9. ятрогенные причины (приём медикаментов; хирургические вмешательства на женских половых органах; другие).

Дифференциальная диагностика

ДМК (продолжение)

- В дифференциальной диагностике **важно исключить воспалительный процесс малого таза**, который зачастую сопровождается хроническими кровянистыми выделениями из половых путей. В данном случае проводится клинико-лабораторное обследование, направленное на подтверждение наличия воспалительного процесса и на идентификацию возбудителя (бактериоскопия, бактериологическое исследование, ПЦР-исследование, УЗИ, и др.).
- Особенности современной медицины, широко использующей различные психотропные препараты, требуют проведения **дифференциальной диагностики ДМК с побочным действием различных групп лекарственных препаратов** (трициклических антидепрессантов, фенотиазинов, транквилизаторов, ингибиторов МАО, антикоагулянтов, кортикостероидов, эстрогенов, прогестагенов, кортикостероидов, т.д.).

План обследования пациенток с ДМК в репродуктивном возрасте

План обследования пациенток с ДМК в репродуктивном возрасте (см. Обследование пациенток с ювенильными ДМК).

- *Важны данные анамнеза (общего и гинекологического), осмотра больной с оценкой общего состояния, окраски кожных покровов, возможных признаков анемии.*
- *При гинекологическом исследовании оцениваются размеры и консистенция матки, размеры яичников (нередко отмечают увеличение одного из них за счёт персистенции фолликулов).*
- *При проведении УЗИ в динамике также оценивают размеры структуру матки, М-эхо, яичники с целью исключения органической патологии (миома матки, аденомиоз, полипы и рак эндометрия).*

План обследования пациенток с ДМК в репродуктивном возрасте

(продолжение)

- Для проведения патогенетически правильного лечения необходимо оценить особенности строения и функции яичников и морфологической структуры эндометрия.
- **При этом особое значение имеет время проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки.** Наиболее целесообразно его **проводить за 2-5 дней до срока ожидаемой менструации**, хотя это не всегда удаётся. *Выскабливание матки следует проводить под контролем гистероскопии, что позволяет произвести полное удаление эндометрия.*
- При наличии очаговых изменений эндометрия следует ограничиться прицельной биопсией и получить образцы тканей для исследования из измененного участка слизистой оболочки матки.

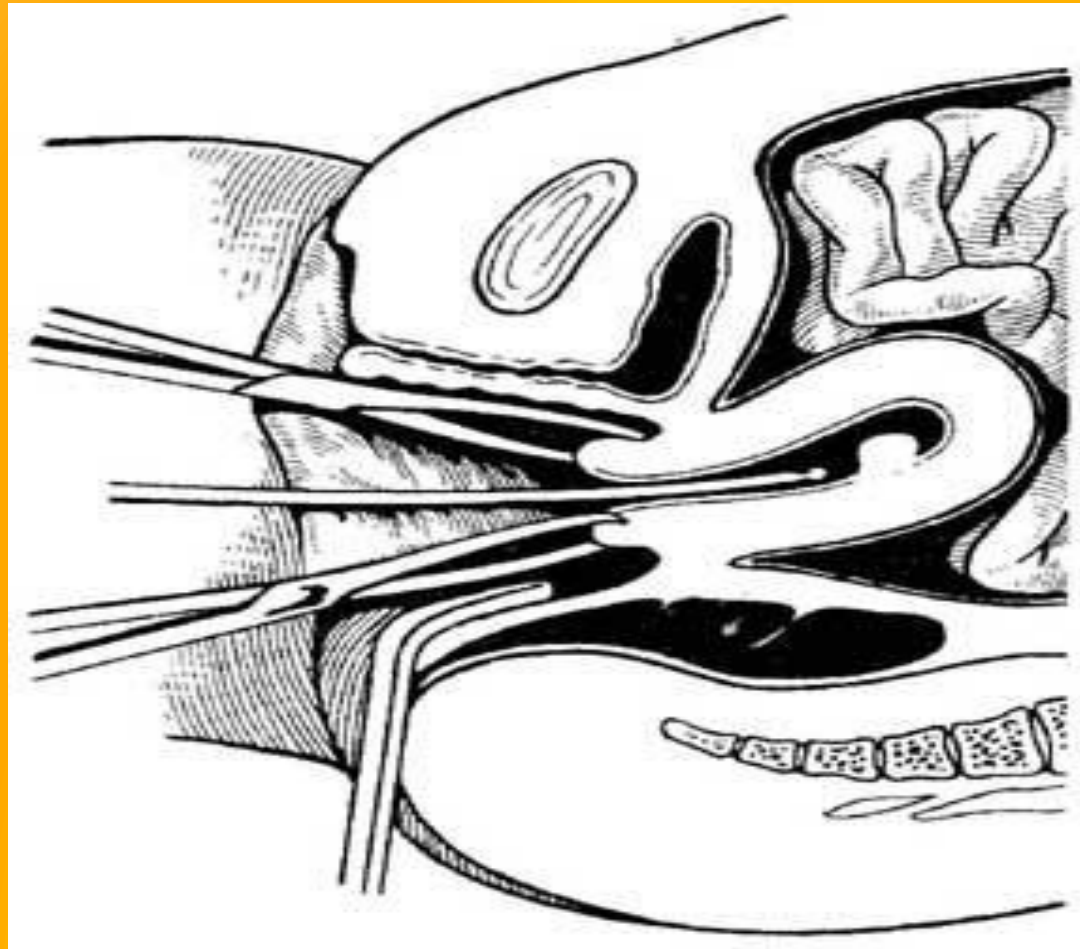
Лечение ДМК в репродуктивном возрасте *(продолжение)*

- *Важнейшее значение для терапии ДМК имеют раздельное выскабливание матки под контролем гистероскопии и последующая корригирующая гормонотерапия*
- *Терминология. Раздельное выскабливание матки – гинекологическая операция, при которой на первом этапе производят выскабливание слизистой цервикального канала, а на втором этапе – выскабливание эндометрия.*
- Это способствует остановке кровотечения и полному удалению гиперплазированного эндометрия. Как известно, без гистероскопического контроля в 60% случаев в матке могут оставаться фрагменты неудалённого эндометрия, которые ошибочно могут приниматься за рецидив ГПЭ.

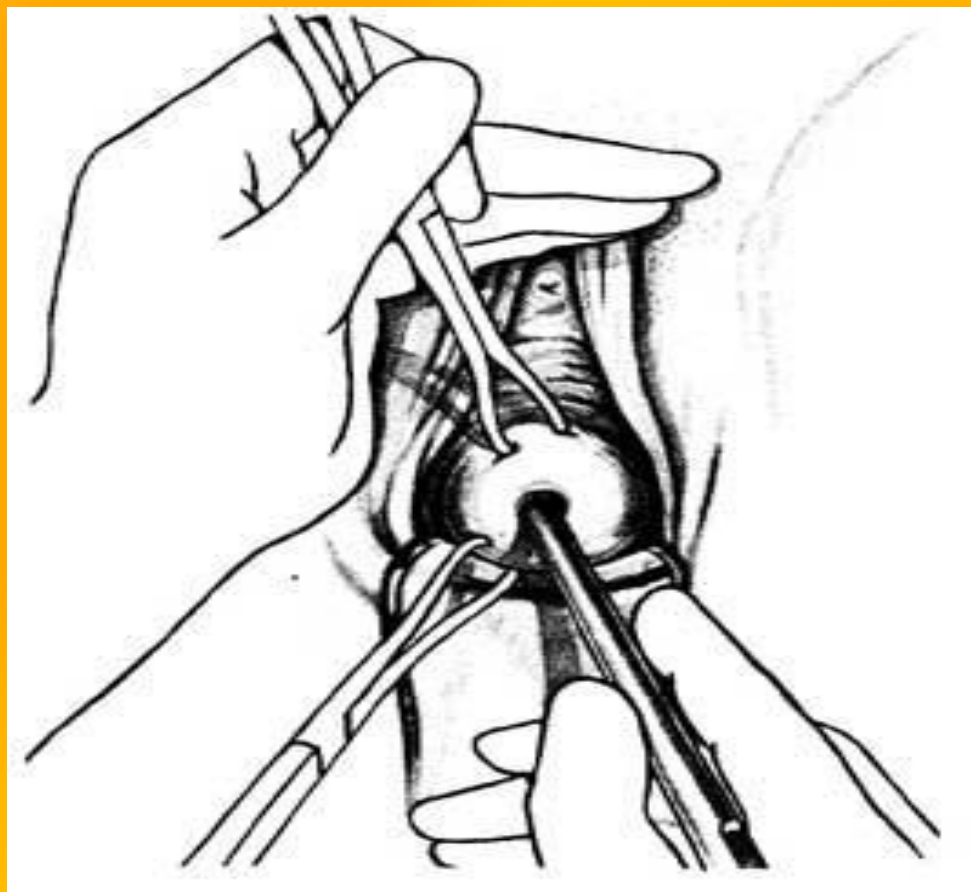
Инструменты для выполнения фракционного выскабливания слизистой полости матки



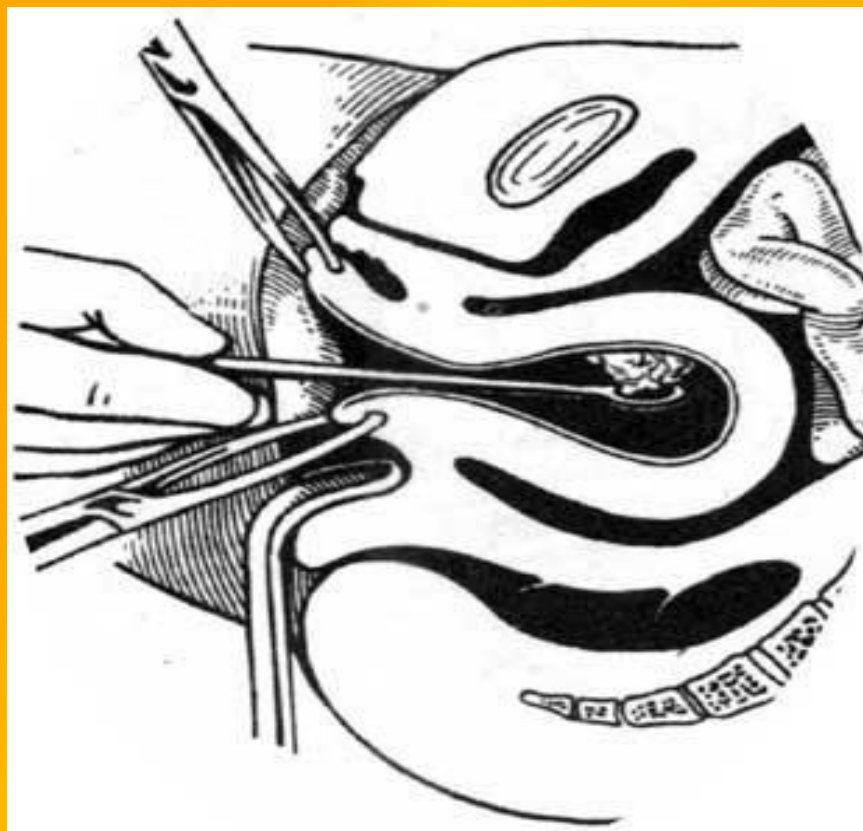
**Этап фракционного выскабливания
слизистой полости матки
(зондирование полости матки)**



**Этап фракционного выскабливания
слизистой полости матки
(расширение цервикального канала)**



**Этап фракционного выскабливания
слизистой полости матки
(выскабливание эндометрия
кюреткой)**



Гистероскопия (картина эндометрия и устьев маточных труб)



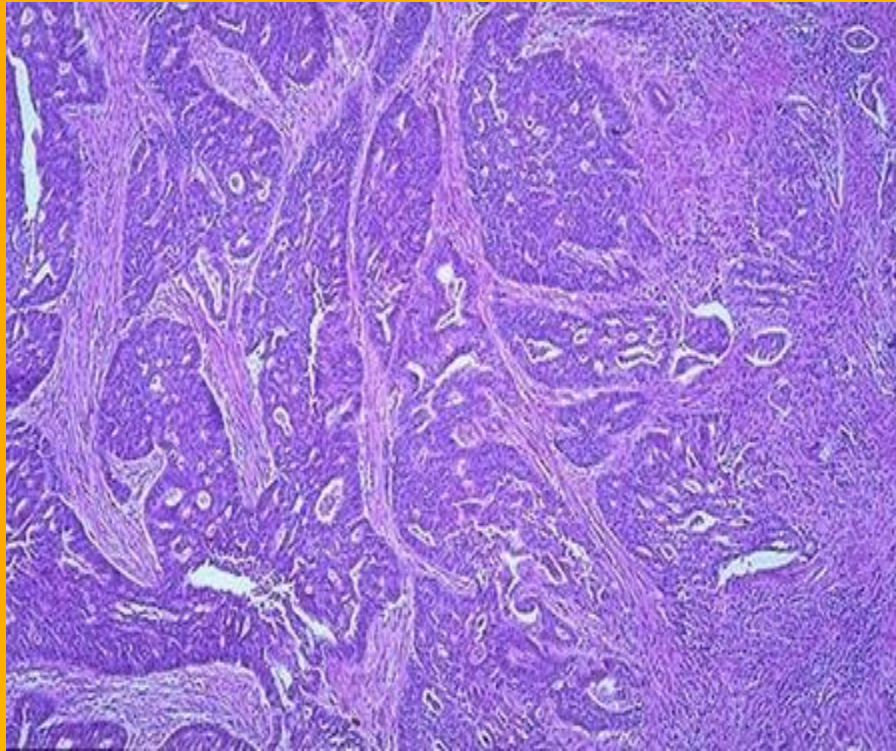
Гистероскопия (картина полипа эндометрия)



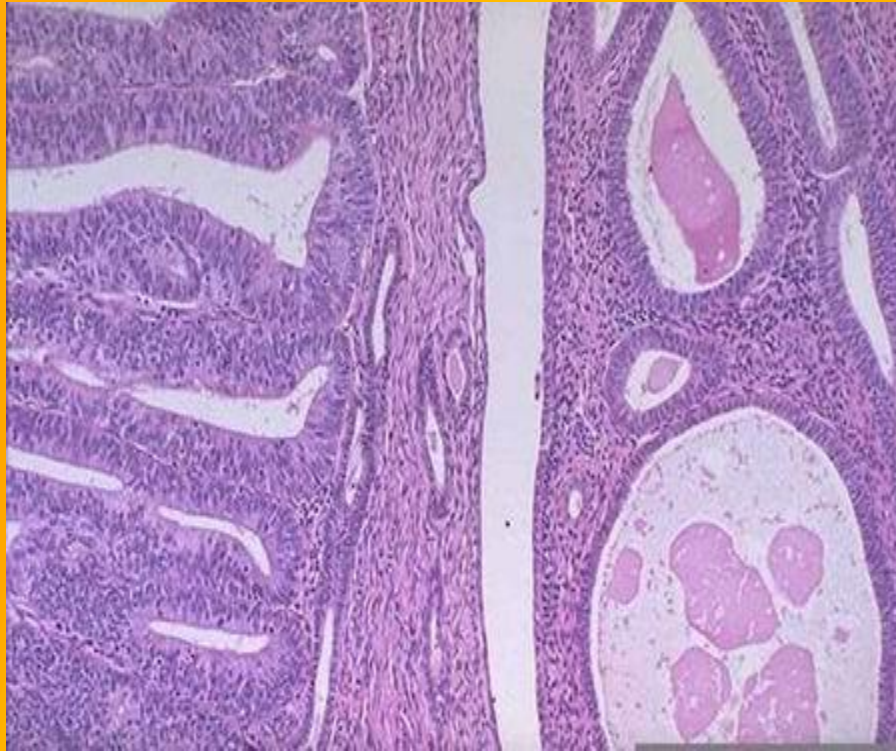
Гистероскопия (картина полипа эндометрия)



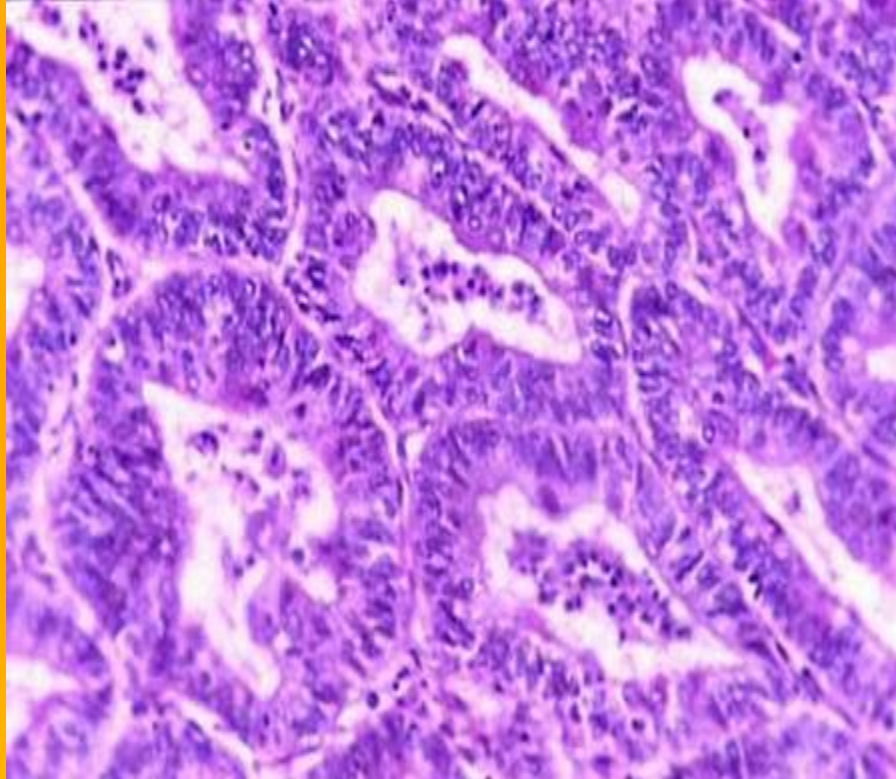
Гистологическая картина гиперплазированного эндометрия



Гистологическая картина гиперплазированного эндометрия



Гистологическая картина гиперплазированного эндометрия



Лечение ДМК в репродуктивном возрасте

Эффективность лечения больных с ДМК в репродуктивном возрасте в большей степени зависит от качества диагностики и дифференциальной диагностики.

Основные задачи терапии ДМК:

- - остановка кровотечения (гемостаз);
- - профилактика рецидива кровотечения (предупреждение рецидива гиперплазии эндометрия (ГПЭ) и регуляция функции яичников с восстановлением овуляции или прекращением менструальной функции).

При назначении лечения должны учитываться возраст пациентки, этиология, патогенез заболевания и его длительность, проводившееся ранее лечение и его эффективность.

Терапия должна быть подобрана индивидуально с учётом общего состояния больной, длительности и интенсивности кровотечения, выраженности анемии, наличия сопутствующих заболеваний.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

ВАЖНО ПОМНИТЬ!

- Хирургический гемостаз – наиболее эффективный лечебный и диагностический метод у пациенток с маточными кровотечениями в репродуктивном и климактерическом периоде, учитывая возрастающую частоту рака эндометрия в общей популяции.
- Начать лечение ДМК в репродуктивном периоде необходимо с раздельного диагностического выскабливания матки под обязательным гистероскопическим контролем.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

- После выскабливания эндометрия назначают гормонотерапию с учётом особенностей морфологической структуры эндометрия и характера нарушения функции яичников.
- При ДМК на фоне кратковременной персистенции фолликула с целью восстановления овуляторных циклов и репродуктивной функции можно применять кломифен (кломистилбегит) с 5-го по 9-й день цикла по 50-150 мг в день (доза подбирается при **обязательном** ультразвуковом контроле фолликулогенеза).
- В молодом репродуктивном возрасте (до 35 лет) для профилактики рецидива ДМК чаще используют комбинированные оральные контрацептивы по контрацептивной схеме (см. Лечение ювенильных ДМК).

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

В репродуктивном периоде при гиперплазии эндометрия предпочтение отдаётся:

на 1-м этапе - гестагенам:

- дюфастон (10-20 мг/сут), утрожестан (200-300 мг/сут), провера (10-20 мг/сут), перорально, с 16-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 месяцев; 17-ОПК по 250 мг, в/м, на 14-й и 21-й день цикла в течение 3-6 месяцев;

на 2-м этапе – агонистам гонадотропин-рилизинг гормонов (ГнРГ):

- - «золадекс» по 3,6 мг, подкожно, 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев (аналогично: «диферелин»; «декапептил-депо»; «бусерелин» по 3,75 мг); «бусерелин» (эндонозальный спрей), интраназально, в каждую ноздрю 3 раза в день по 0,15 мг, в течение 6 месяцев).

При проведении терапии ДМК назначают:

- - контрольное УЗИ через 3, 6 и 12 месяцев;
- - аспирационную биопсию эндометрия (через 3, 6 и 12 месяцев) или гистероскопию с отдельным выскабливанием матки через 6 месяцев.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

- При выявлении предраковых изменений эндометрия проводят лечение агонистами ГнРГ (см. выше) или непрерывный приём пролонгированных гестагенов: 17-ОПК по 500 мг 3 раза в неделю – 2 мес., далее по 500 мг 2 раза – 2 мес. и по 250 мг 2 раза – 2 мес. Обязательно раздельное выскабливание матки с гистероскопией через 6 месяцев.
- *В дополнение:* при гиперплазии эндометрия у пациенток репродуктивного возраста гормональное лечение может проводиться:
 - - комбинированными оральными контрацептивами в непрерывном режиме на протяжении 6-9 месяцев;
 - - левоноргестрел-содержащей ВМС («Мирена»);
 - - прогестагенами (17-ОПК по 500 мг, в/м, 2 раза в неделю в течение 6-9 месяцев);
 - - антигонадотропными препаратами (даназол по 200 мг, перорально, 2 раза в день в течение 6-9 месяцев; гестринон по 2,5 мг, перорально, 2 раза в неделю в течение 6-9 месяцев).

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

Проведение гормонотерапии требует:

- - соблюдения гипокалорийной диеты;
- - контроля массы тела;
- - определения концентрации холестерина;
- - определения концентрации глюкозы крови;
- - определения концентрации билирубина и печеночных проб;
- - определения показателей свёртывающей системы крови.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

- В комплексной терапии ДМК большое значение имеют общие мероприятия, позволяющие нормализовать сон, уменьшить физические и психические перегрузки, санировать очаги хронической инфекции, наладить полноценное питание.
- Эти мероприятия могут привести к восстановлению полноценной функции ЦНС.
- С этой целью назначают психотерапию, препараты брома с кофеином, транквилизаторы, растительные седативные препараты (настойка валерианы, пустырника, др.); проводят ионофорез брома и кальция в виде «воротника» по Щербаку.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

- К числу общих терапевтических воздействий относятся лечение анемии: назначают препараты железа, витамины В6, В12, Р, Е, аскорбиновую и фолиевую кислоту; комплексы витаминов и микроэлементов.
- Это позволяет улучшить образование и усвоение железа, улучшить функцию печени и гипоталамо-гипофизарных структур, уменьшить проницаемость капилляров в эндометрии.
- Всё это в конечном итоге ведёт к нормализации менструальной функции и показателей свертывающей системы крови.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

- В качестве симптоматической кровоостанавливающей терапии могут быть использованы ингибиторы фибринолиза (аминокапроновая кислота и её производные): внутривенно, капельно, 100 мл 5% раствора или перорально по 30 мл 3-5 раз в день. В первые дни менструаций (1-2 день) используются ингибиторы синтеза простагландинов (мефенаминовая кислота 0,5 г 3 раза/сут, перорально; нимесулид 100 мг 2 раза/сут, перорально).
- Также могут применяться растительные гемостатики (экстракты крапивы, пастушьей сумки, водяного перца) и утеротоники, однако их эффективность при ДМК подвергается сомнению.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

Хирургические методы лечения ДМК в репродуктивном возрасте:

- - абляция эндометрия;
- - гистерэктомия.

Показания к хирургическому лечению - отсутствие эффекта от проводимой комплексной медикаментозной терапии.

- О рецидивирующей ГПЭ говорят при возобновлении этого процесса после выскабливания матки под контролем гистероскопии и проведения адекватной гормонотерапии.
- При рецидивирующей железисто-кистозной гиперплазии продолжительность лечения увеличивается до 9-12 месяцев.
- Следует иметь в виду, что отсутствие ожидаемого эффекта от гормонального лечения может свидетельствовать о необходимости уточнения диагноза с последующим изменением лечебной тактики.
- **Повторное возникновение атипичической гиперплазии эндометрия или аденоматозных полипов эндометрия требует оперативного лечения, с индивидуальным решением вопроса об объёме операции.**
- **При отсутствии эффекта от гормонотерапии или при возникновении рецидива ГПЭ без атипии показано проведение абляции эндометрия.**

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте (продолжение)

Абляция эндометрия – операция, заключающаяся в деструкции эндометрия при гистероскопии (с помощью электрического тока или хирургического лазера).

Преимущества абляции эндометрия перед гистерэктомией:

- короткое время операции;
- меньшее число осложнений;
- меньшая продолжительность наркоза.

Необходимыми условиями для выполнения абляции эндометрия являются:

- нежелание женщины в дальнейшем иметь беременность;
- возраст старше 35 лет;
- желание сохранить матку;
- величина матки, не превышающая размер, соответствующий 10-недельному сроку беременности;
- отсутствие патологии придатков матки;
- при наличии противопоказаний к традиционным методам хирургического лечения;
- при отказе пациентки от хирургического лечения.

Примечания:

- наличие лейомиомы не является противопоказанием к абляции эндометрия, но при условии, что ни один из узлов не превышает 4-5 см;
- на фоне аденомиоза эффективность абляции эндометрия снижена.

Лечение ДМК в репродуктивном возрасте *(продолжение)*

**Гистерэктомия – радикальный метод
лечения маточных кровотечений,
которые рефрактерны к
медикаментозной терапии, и является
последним этапом лечения.**

Диспансерное наблюдение за пациентками с ДМК в репродуктивном возрасте осуществляют до стойкой нормализации менструального цикла на протяжении 1 года после проведенного лечения при отсутствии патологических изменений в эндометрии при морфологическом исследовании.

Прогноз ДМК в репродуктивном возрасте

В значительной степени определяется:

- 1. преморбитным фоном,**
- 2. характером сопутствующих гинекологических заболеваний,**
- 3. наличием и степенью тяжести экстрагенитальных заболеваний.**

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

- Для этого периода характерны возрастные изменения репродуктивной системы вследствие инволюционных нарушений циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.
- На этом фоне часто возникают ДМК, которые относят к самой распространённой причине госпитализации в гинекологические стационары (10-35%).

Этиология и патогенез ДМК в климактерическом периоде

- В перименопаузе возникает нарушение процессов фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках на фоне нарушения циклического выделения гонадотропинов, связанного с возрастной инволюцией гипоталамических и подкорковых структур головного мозга.
- Возникает ряд последовательных и взаимосвязанных процессов: ановуляция; недостаточность лютеиновой фазы; относительная гиперэстрогемия (редко – гипозэстрогемия); возникает дисбаланс между процессами пролиферации и секреции эндометрия с формированием гиперплазии эндометрия (реже – атрофии эндометрия).

Этиология и патогенез ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

Дополнительные патогенетические факторы:

- - в перименопаузе отмечается повышение уровня конверсии андростендиона в эстрон путём ароматизации (эстрон – слабый эстроген, уровень которого не регулируется гипоталамо-гипофизарной системой). Место синтеза андростендиона – строма яичников; кора надпочечников.
- - повышение концентрации эстрогенов при различных патологических состояниях (ожирение; функциональные кисты яичников; гипертекозе; гипотиреозе);
- - повышение уровня простагландинов и эндотелина в матке, которые зависят от соотношения эстрадиола и прогестерона. Следствие – повышение уровня релаксирующих факторов (например, оксид азота), которые увеличивают объём и продолжительность менструальной кровопотери;
- - снижение иммунитета у пациенток данной возрастной группы и повышенная частота различных сопутствующих заболеваний, что повышает риск развития онкологической патологии.

Клиника, лабораторно-инструментальное обследование и дифференциальная диагностика (см. ДМК в репродуктивном возрасте).

Дополнительные параметры лабораторно-инструментальных методов обследования:

- -гормональный профиль дополняется скрининговыми тестами на менопаузу (концентрация ФСГ) и на гипотиреоз (концентрация ТТГ);
- - у женщин с признаками гиперандрогении показано определение уровня тестостерона и дигидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С) (диагностика повышенной секреции андрогенов соответственно яичниками и надпочечниками).

Лечение ДМК в климактерическом периоде

Основные задачи терапии ДМК:

- - остановка кровотечения (гемостаз);
- - профилактика рецидива кровотечения (предупреждение рецидива гиперплазии эндометрия (ГПЭ) и регуляция функции яичников с сохранением или прекращением менструальной функции).

Лечение ДМК в климактерическом периоде *(продолжение)*

При назначении лечения должны учитываться:

- возраст пациентки,
- этиология и патогенез заболевания,
- длительность заболевания,
- проводившееся ранее лечение и его эффективность.

Терапия должна быть подобрана индивидуально с учётом общего состояния больной, длительности и интенсивности кровотечения, выраженности анемии, наличия сопутствующих заболеваний.

Лечение ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

- Лечение ДМК в климактерическом периоде обязательно начинают с раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки под контролем гистероскопии.
- **Обязательным является морфологическое исследование соскобов эндометрия.**

Лечение ДМК в климактерическом периоде *(продолжение)*

После получения результата гистологического исследования соскоба и отсутствия показаний для оперативного лечения больной назначают **комплексное медикаментозное лечение** (см. Лечение ДМК репродуктивного возраста).

Лечение ДМК в климактерическом периоде *(продолжение)*

Основные условия эффективности лечения ДМК климактерического периода:

- - точная характеристика морфологической структуры эндометрия;
- - диагностика и лечение сопутствующей генитальной патологии;
- - диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний и связанных с ними нарушениями метаболизма (метаболический синдром; сахарный диабет; заболевания щитовидной железы; заболевания печени; др.).

Лечение ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

Особенности гормональной терапии в перименопаузальной периоде:

- - **применение комбинированных оральных контрацептивов ограничивается** противопоказаниями к их назначению и их побочными эффектами (влияние на свёртывание крови; на липидный и углеводный обмен; на течение варикозной болезни; т.д.);
- - **предпочтение отдаётся назначению гестагенов** в циклическом режиме (с 16-го по 25-й день цикла);
- - применение гестагенов в непрерывном режиме сопровождается рядом побочных эффектов (ациклические кровянистые выделения из половых путей; повышение частоты развития функциональных кист яичника), что затрудняет диагностическую оценку эффективности лечения и часто снижает доверие больных к избранному методу лечения;

Лечение ДМК в климактерическом периоде *(продолжение)*

Особенности гормональной терапии в перименопаузальной периоде:

- - **антигонадотропные препараты** используются редко в связи с выраженными андроген-обусловленными побочными эффектами;
- - **андрогенные препараты** используются крайне редко из-за быстрого развития вирилизации;
- - **использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов для циклической заместительной гормональной терапии (ЗГТ)** у женщин, которые не нуждаются в контрацепции, или у женщин 50 лет и более. Применение комбинированных препаратов для ЗГТ в непрерывном режиме у женщин в менопаузе не рекомендуется.

Лечение ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

- - препаратами выбора могут быть агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ), которые оказывают выраженный антипролиферативный эффект на эндометрий при отсутствии негативного влияния на углеводный и липидный обмен пациентки, что особенно важно у женщин перименопаузального периода в связи с возрастными особенностями эндокринного статуса и наличием факторов риска эстрогензависимых онкологических заболеваний (рак эндометрия, молочной железы, яичников, др.);

Лечение ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

Особенности гормональной терапии в перименопаузальной периоде:

- **– левоноргестрел-содержащее ВМС** (например, «Мирена») целесообразно использовать только для лечения идиопатической гиперполименореи и простой неатипической гиперплазии эндометрия. *Перед введением данного типа ВМС необходимо проведение раздельного выскабливания матки с обязательным гистероскопическим контролем для исключения органических причин нарушений менструального цикла, в том числе с адекватной оценкой состояния шейки матки.* При отсутствии положительного эффекта на протяжении 3-х месяцев в виде снижения объёма и длительности менструальных выделений необходимо пересмотреть лечебную тактику.

Лечение ДМК в климактерическом периоде *(продолжение)*

При проведении терапии ДМК в климактерическом периоде назначают:

- - контрольное УЗИ через 3, 6 и 12 месяцев;
- - аспирационную биопсию эндометрия (через 3, 6 и 12 месяцев) или гистероскопию с отдельным выскабливанием матки через 6 месяцев.

Лечение ДМК в климактерическом периоде (продолжение)

Хирургическое лечение (см. Хирургическое лечение ДМК репродуктивного возраста).

Особенности хирургического лечения ДМК климактерического периода:

- - высокая эффективность аблации эндометрия, что расширяет возможности органосохраняющих операций и проведения адекватной терапии при метроррагиях у пациенток группы высокого риска по хирургическим вмешательствам;
- - повышенная частота проведения гистерэктомии в связи с наличием ряда заболеваний органов малого таза (например: лейомиома тела матки; аденомиоз; наличие опухолеподобных образований в яичниках; воспалительные мешотчатых образования маточных труб (сактосальпинксы, гидросальпинксы); другие).

Диспансерное наблюдение за пациентками с ДМК в климактерическом возрасте осуществляется не менее одного года после стойкой нормализации менструального цикла или одного года менопаузы.

Прогноз заболевания: в значительной степени определяется преморбитным фоном, характером сопутствующих гинекологических заболеваний, наличием и степенью тяжести экстрагенитальных заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дисфункциональные маточные кровотечения:

- одни из наиболее частых патологических состояний в гинекологической практике;*
- наблюдаются в различные возрастные периоды;*
- их своевременная диагностика и адекватное лечение снижает риск развития рака эндометрия и патологии менопаузы, способствует сохранению репродуктивного здоровья женщины.*