


МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО РЕГУЛЯЦИЯ. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.

К.м.н. Е.А. Эйныш

Кафедра акушерства и гинекологии Гомельского
медицинского университета

- 
-
- **МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ** (лат. menstruus - месячный, ежемесячный) - циклические изменения в организме женщины, особенно в звеньях репродуктивной системы, повторяющиеся через определённые промежутки времени и внешне проявляющиеся регулярными маточными кровотечениями - менструациями (menses).

Параметры нормального МЦ:

- длительность от 21 до 35 дней (у 60% женщин средняя продолжительность цикла составляет 28 дней),
- продолжительность менструальных выделений от 2 до 7 дней,
- величина кровопотери в менструальные дни 40 – 80 мл,
- менструации должны быть безболезненными.

1 уровень регуляции МЦ - кора головного мозга
и экстрагипоталамические церебральные структуры

Нейротрансмиттеры
(норадреналин, дофамин,
серотонин, ГАМК)
Нейропептиды
(ЭОП -эндорфины,
энкефалины, динорфины)


Классические синаптические нейротрансмиттеры

норадреналин,
серотонин, ГАМК.

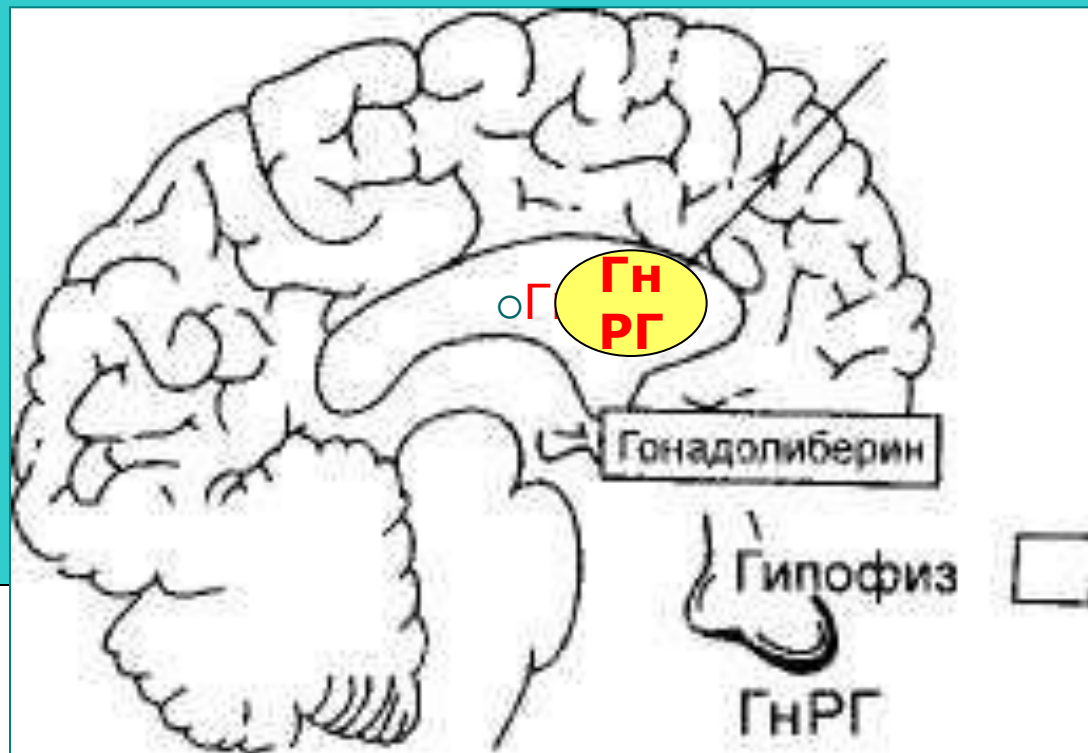
стимулируют выброс ГнРГ гонадотропной зоной гипоталамуса

дофамин,
ацетилхолин,

ингибируют выброс ГнРГ гонадотропной зоной гипоталамуса

- 
-
- Повышение концентрации **ЭОП** подавляет секрецию ГнРГ, выделение ЛГ и ФСГ
 - аменорея при чрезмерных физических нагрузках у спортсменок
 - аменорея военного времени
 - «ложная» беременность
 - аменорея у наркоманов
 - другие формы аменореи (центрального генеза).

2 уровень регуляции МЦ – гипофизотропная зона гипоталамуса



-
- Гипофизотропная зона гипоталамуса - образуются **рилизинг-факторы**, которые стимулируют выделение гонадотропных гормонов гипофиза.
 - Гипоталамус секретирует ГнРГ, содержащий **РГФСГ и РГЛГ**, которые воздействуют на гипофиз.
 - Секреция ГнРГ генетически запрограммирована и носит цирхоральный (часовой, пульсирующий) характер

3 уровень регуляции МЦ – передняя доля
гипофиза – **гонадотропные гормоны**

**ФСГ, ЛГ,
пролактин
АКТГ, ТТГ, СТГ**

ФСГ

- стимулирует в яичнике рост и созревание фолликула,
- пролиферацию гранулезных клеток,
- увеличивает содержание ароматаз (усиливает превращение андрогенов в эстрогены)
- увеличивает продукцию ингибина, активина и инсулиноподобных факторов роста.

ЛГ

- совместно с ФСГ вызывает в созревшем доминантном фолликуле овуляцию
- способствует превращению гранулезных клеток фолликула в клетки желтого тела
- стимулирует совместно с пролактином выделение прогестерона желтым телом

4 уровень регуляции МЦ – периферические
эндокринные органы

**яичники,
надпочечники,
щитовидная железа**

Яичниковый цикл – физиологические
циклические изменения, происходящие в яичнике
в течение МЦ

- Фаза роста и созревания фолликула (фолликулярная фаза)
- овуляция
- фаза жёлтого тела (лютеиновая фаза).

Фолликулогенез

- начинается под влиянием ФСГ в позднюю лютеиновую фазу и заканчивается пиком выделения ГТ
- при 28 дневном цикле процесс длится 14 дней
- фолликул проходит следующие стадии развития:
 - примордиальный,
 - преантральный,
 - антральный
 - преовуляторный.

Фолликулогенез

- Примордиальный фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, которая расположена в фолликулярном и гранулезном эпителии. Снаружи фолликул окружен тека-клетками. Одновременно в яичнике растут 3-30 таких фолликулов.
- Преантральный фолликул - яйцеклетка увеличивается в размерах и окружена блестящей оболочкой. Выражены клетки гранулезы и слой тека-клеток. Клетки гранулезы продуцируют эстрогены.

Фолликулогенез

Преовуляторный (доминантный) фолликул до 20 мм в диаметре с хорошо васкуляризированными слоями тека-клеток и гранулезных клеток, имеющих большое количество рецепторов к ФСГ и ЛГ.

Состав фолликулярной жидкости:

- эстрогены
- окситоцин
- вазопресин
- простагландины класса E и F


Доминантный фолликул в яичнике



-
- **Овуляция** - разрыв преовуляторного (доминантного) фолликула и выход из него яйцеклетки
 - Подъем уровня эстрогенов стимулирует выделение ЛГ, в яичнике происходит разрыв доминантного фолликула
 - яйцеклетка выделяется в брюшную полость
 - на месте овулировавшего фолликула образуется желтое тело

Фолликул после овуляции

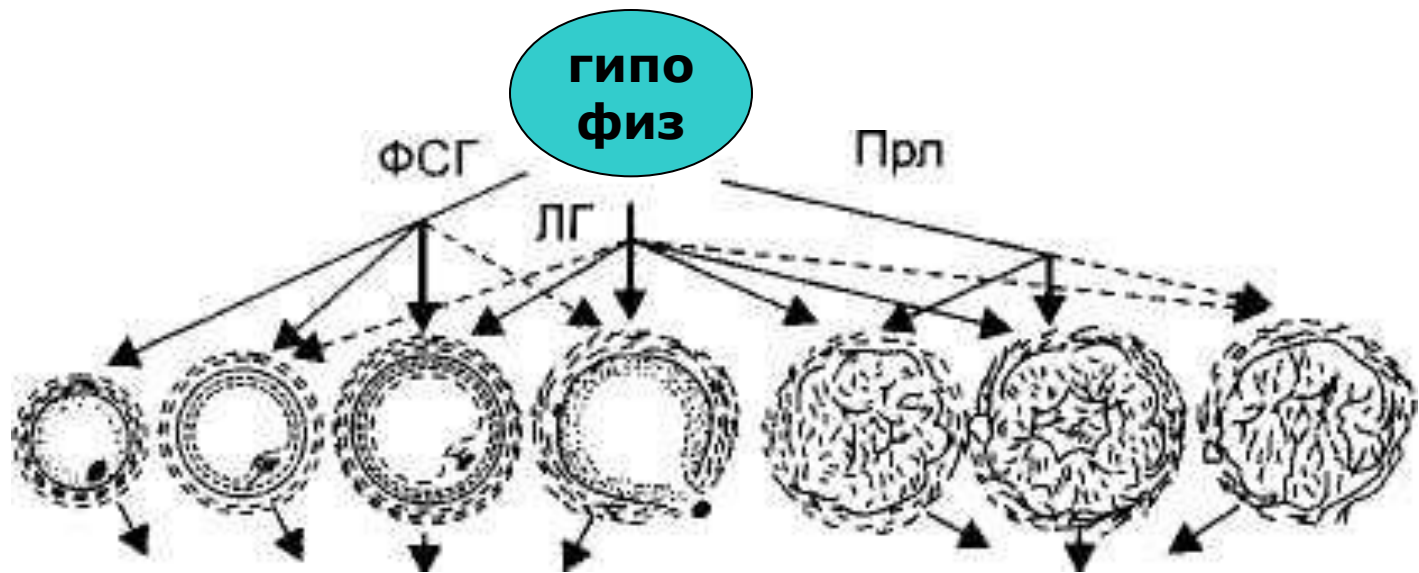


- 
-
- **Желтое тело** — транзиторное гормонально-активное образование, вырабатывающее прогестерон и эстрадиол и функционирующее в течение 14 дней независимо от общей продолжительности менструального цикла
 - Если беременность не наступила, желтое тело регрессирует.

Желтое тело яичника



Яичниковый цикл




Гормональная функция яичников

- Синтез эстрогенов (**эстрадиола**, эстриола и эстрона)
- прогестерона
- андрогенов
- ингибинов
- простагландинов
- Окситоцин оказывает и лютеолитическое действие, обеспечивая регресс желтого тела.
- Релаксин способствует овуляции и оказывает токолитическое действие на миометрий.
- Ростовые факторы — эпидермальный фактор роста (ЭФР) и инсулиноподобные факторы роста 1 и 2 (ИПФР-1 и ИПФР-2) активируют пролиферацию клеток гранулезы и созревание фолликулов, участвуют совместно с гонадотропинами в регуляции процессов селекции доминантного фолликула, атрезии дегенерирующих фолликулов всех стадий, а также в прекращении функционирования желтого тела.

5 уровень регуляции МЦ – ткани-мишени

Матка, маточные трубы,
влагалище, молочные
железы,
кожа, кости, жировая ткань

- 
-
- Циклические изменения в эндометрии (**маточный цикл**) происходят в его функциональном слое.
 - Базальный слой, не отторгающийся во время менструации, обеспечивает восстановление десквамированных слоев.

В маточном цикле выделяют:

- фазу десквамации (менструация)
- Фазу регенерации
- фазу пролиферации
- фазу секреции

Маточный цикл

- Менструация включает десквамацию функционального слоя эндометрия.
- В связи с регрессом желтого тела и резким снижением содержания половых стероидов в эндометрии отмечается длительный спазм сосудов МЦР, приводящий к стазу крови и образованию тромбов, гипоксии эндометрия и некрозу. Происходит десквамация некротизированных участков функционального слоя.
- К концу 1-х суток менструации отторгается 2/3 функционального слоя, а полная его десквамация обычно заканчивается на 3-й день.

Маточный цикл

- Регенерация эндометрия начинается сразу же после отторжения некротизированного функционального слоя.
- Основой для регенерации являются эпителиальные клетки стромы базального слоя.
- В физиологических условиях уже на 4-й день цикла вся раневая поверхность слизистой оболочки оказывается эпителизированной.

Маточный цикл

- Фаза пролиферации продолжается в среднем 12-14 дней, начиная с 5-го дня МЦ
- В этот период образуется новый поверхностный слой с вытянутыми трубчатыми железами, выстланными цилиндрическим эпителием с повышенной митотической активностью.
- Толщина функционального слоя эндометрия составляет 8 мм.

Маточный цикл


- Фаза секреции связана с активностью желтого тела, длится 14 дней. В этот период эпителий желез эндометрия начинает вырабатывать секрет, содержащий кислые гликозаминогликаны, гликопротеиды, гликоген.
- Активность секреции становится наивысшей на 20—21-й день. К этому времени в эндометрии обнаруживается максимальное количество протеолитических ферментов, а в строме происходят децидуальные превращения.
- Такие изменения в эндометрии обеспечивают наилучшие условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки.


Эндометрий в фазе секреции (гистероскопия)



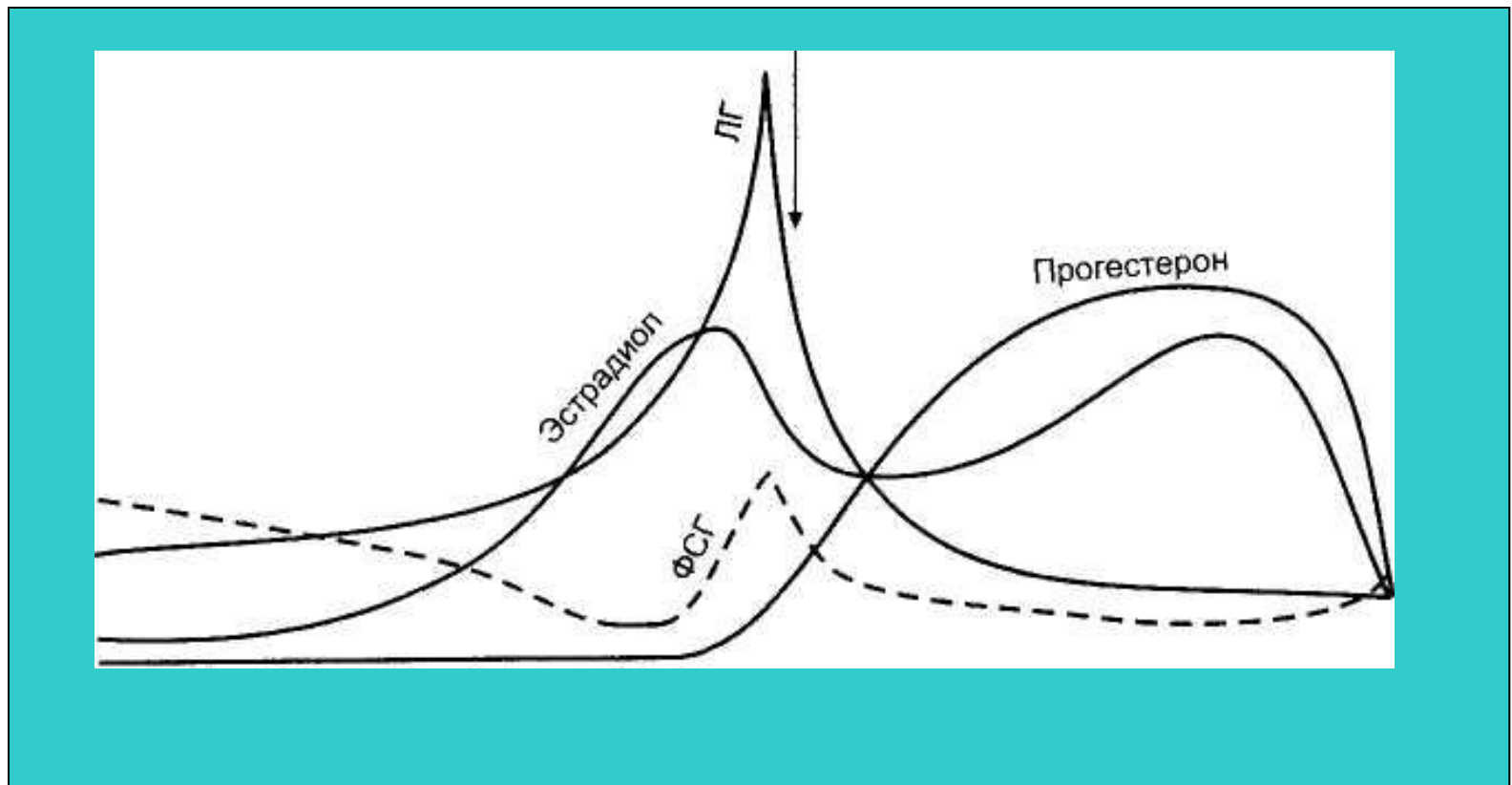
Биологические эффекты стероидных гормонов яичника

- В коже под влиянием эстрадиола и тестостерона активируется синтез коллагена, что способствует поддержанию ее эластичности.
- Повышенная сальность, акне, фолликулиты, пористость и избыточное оволосение ассоциируются с усилением воздействия андрогенов.
- В костях эстрогены, прогестерон и андрогены поддерживают нормальное ремоделирование, предупреждая костную резорбцию.
- В жировой ткани баланс эстрогенов и андрогенов предопределяет как активность ее метаболизма, так и распределение в организме.
- Половые стероиды (прогестерон) заметно модулируют работу гипоталамического центра терморегуляции.

- 
-
- Цикличность деятельности репродуктивной системы определяется принципами прямой и обратной связи, которая обеспечивается специфическими рецепторами гормонов в каждом из звеньев.
 - **Прямая связь** состоит в действии гипоталамуса на гипофиз и в образовании половых стероидов в яичнике.
 - **Обратная связь** определяется влиянием концентрации половых стероидов на вышележащие уровни.

- 
-
- Во взаимодействии звеньев репродуктивной системы различают «длинную», «короткую» и «ультракороткую» петли.
 - «**Длинная**» петля — воздействие через рецепторы гипоталамо-гипофизарной системы на выработку половых гормонов.
 - «**Короткая**» петля определяет связь между гипофизом и гипоталамусом.
 - «**Ультракороткая**» петля — связь между гипоталамусом и нервными клетками, которые осуществляют локальную регуляцию с помощью нейротрансмиттеров, нейропептидов, нейромодуляторов и электрическими стимулами.

Между секрецией гормонов у половозрелой репродуктивно здоровой женщины функционируют отрицательные и положительные обратные связи.



Классификация нарушений МЦ:

- аменорея — отсутствие месячных в течение 6 месяцев у половозрелых женщин в возрасте 16-45 лет вне беременности и лактации.
- меноррагия — регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней;
- метроррагия — нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл; ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом

Классификация нарушений МЦ:

- опсоменорея — интервал между месячными более 35 дней;
- олигоменорея— уменьшение продолжительности менструаций до 1 –2 дней
- гипоменорея - менструации с уменьшением объема теряемой крови
- гипоменструальный синдром

Классификация нарушений МЦ:

- полименорея — интервал между месячными менее 21 дня;
- пройоменорея - нарушение продолжительности менструаций в виде затяжных (7 -12 дней)
- гиперменорея - менструации с увеличением объема теряемой крови
- гиперменструальный синдром

Классификация нарушений МЦ:

- альгоменорея - локальные боли во время менструаций
- дисменорея - общие нарушения при менструации (головная боль, тошнота, рвота, отсутствие аппетита и пр.)
- альгодисменорея - сочетание общих проявлений и местной боли при менструациях

Классификация нарушений МЦ:

- Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) — ациклические маточные кровотечения длительностью более 7 дней после периода задержки более 1,5 месяца, не связанные с органическими изменениями в половых органах.
- В основе ДМК лежит **нарушение ритма и продукции гонадотропных гормонов и гормонов яичников.**
- ДМК всегда сопутствуют морфологические изменения в матки.
- В общей структуре гинекологических заболеваний ДМК составляет 15-20%.

Классификация нарушений МЦ:

по возрасту

- ДМК в пубертатном или ювенильном возрасте (ЮМК) (12—18 лет),
- ДМК в репродуктивном возрасте (18—45 лет)
- ДМК в перименопаузальном возрасте (45-55 лет).

Классификация нарушений МЦ:

- **ановуляторные ДМК**
- кратковременная **персистенция** фолликула
- длительная **персистенция** фолликула
- **атрезия** фолликулов
- **овуляторные ДМК**
- укорочение первой фазы цикла
- укорочение второй фазы цикла
- удлинение второй фазы цикла

Ановуляторные маточные кровотечения

- встречаются значительно чаще
- возникают в основном в двух возрастных периодах: в ювенильном возрасте 20-25% и в климактерическом возрасте 60%. Оставшиеся 10% приходятся на детородный возраст
- Нарушение созревания фолликула может быть в виде **персистенции** фолликула или его **атрезии**.

Персистенция фолликула.

- В течение 1-й фазы цикла созревает доминантный фолликул. В это время повышается количество ЛГ гипофиза, что стимулирует овуляцию. При персистенции фолликула ЛГ не повышается, овуляции не происходит, желтое тело не образуется, а фолликул продолжает существовать (персистировать).
- В организме преобладает эстрогенный гормональный фон (абсолютная гиперэстрогемия).
- Развиваются гиперпластические процессы эндометрия

Атрезия фолликула.

- В яичниках одновременно развиваются несколько фолликулов, которые не доходят до своего конечного развития, а подвергается сморщиванию на этапах малого зреющего фолликула.
- В этом случае также нет овуляции, желтое тело не образуется.
- В организме также будет преобладать эстрогенный гормональный фон, но не резко выраженный (относительная гиперэстрогения).
- Вследствие длительного эстрогенного влияния в эндометрии развиваются гиперпластические процессы

Овуляторные кровотечения

- встречаются редко
- сопровождают воспалительные и спаечные процессы в малом тазу
- проявляются в виде кровомазаний перед менструацией, кровянистыми выделениями после менструации или кровянистыми выделениями в середине цикла
- часто сопровождаются невынашиванием беременности или бесплодием.

Патогенез ДМК

- нарушение образования и выделения гонадотропных гормонов, регулирующих гормональную (и репродуктивную) функцию яичников.

Патогенез ДМК

- Развитие гормональной дисфункции яичников, протекающей по типу **ановуляции** с **персистенцией** фолликулов или их **атрезией**.
- Отсутствие полноценного желтого тела в яичниках приводит к дефициту прогестерона. Развивается относительная или абсолютная гиперэстрогения
- Гиперэстрогения считается причиной развития гиперпластических процессов эндометрия, в том числе и атипических форм.

Причины ДМК ювенильного периода

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

Патогенез ЮМК

- ЮМК связаны с незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, в частности с **неустановившимся цирхоральным (почасовым) ритмом выделения ГнРГ.**
- Это приводит к нарушению пропорции ФСГ и ЛГ, выделяемых гипофизом, к однофазному яичниковому циклу (ановуляция по типу атрезии фолликула, редко персистенция) или недостаточности лютеиновой фазы.
- В слизистой оболочке отсутствует фаза секреции, ее чрезмерное разрастание приводит к гиперпластической трансформации, нарушению питания и отторжению. Отторжение гиперплазированного эндометрия может сопровождаться обильным кровотечением или растягиваться во времени.
- При рецидивирующих ЮМК возможна атипическая гиперплазия.

Клиническая картина ЮМК

- кровотечение после задержки менструаций на сроки от 14—16 дней до 1,5—6 мес.
- Кровотечение может быть обильным.
- Если подобное кровотечение продолжается несколько дней, вторично может наступить нарушение свертывающей системы крови по типу ДВС-синдрома
- У некоторых больных кровотечение может быть умеренным, не сопровождаться анемией, но продолжаться 10—15 дней и более.
- У трети девочек кровотечения могут повторяться.

Диагностика ЮМК

- клиническое обследование (изучение анамнеза; объективное обследование — общий и гинекологический осмотр);
- лабораторные исследования (клинический анализ крови, коагулограмма, включая число тромбоцитов, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, время кровотечения и время свертывания; биохимический анализ крови).
- определение уровней гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, кортизола, тестостерона, ТТГ, Т3, Т4),
- обследование по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, симптом «зрачка», симптом на тяжения цервикальной слизи, подсчет кариопикнотического индекса);
- рентгенография черепа (турецкого седла), ЭЭГ и эхо-ЭГ, РЭГ;
- УЗИ, гидросонография, гистеросальпингография

Дифференциальная диагностика ДМК ювенильного периода

- Тромбоцитопении, тромбастении
- Гормональноактивные опухоли яичников
- Прерывающаяся беременность
- Воспалительные заболевания ЖПО
- Опухоли ЖПО

Лечение ювенильных маточных кровотечений

- проводится в 2 этапа.
- На 1-м этапе осуществляется гемостаз
- на 2-м — терапия, направленная на профилактику рецидивов кровотечения и регуляцию менструального цикла.

симптоматическая гемостатическая терапия

- утеротоники — окситоцин по 5 ЕД внутривенно капельно на 5% растворе глюкозы или по 0,3—0,5 мл внутримышечно 3—4 раза в день
- кровоостанавливающие препараты — дицинон, викасол по 2 мл внутримышечно, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, аминокапроновая кислота по 1 таблетке 3 раза в день или 100 мл внутривенно капельно.
- синусоидальные модулированные токи на область шейных симпатических узлов по 2 процедуры в день в течение 3—5 дней,
- иглорефлексотерапия
- электропунктура

гормональный гемостаз

- КОК. Эстроген-гестагенные препараты (нон-овлон, ригевидон, марвелон) назначают 3—4 раза в день по 1 таблетке до полного гемостаза. Кровотечение прекращается, как правило, в течение 1 суток. Затем дозу постепенно снижают (по 1 таблетке ежедневно при отсутствии кровяных выделений), доводя дозу до 1 таблетки в день, после чего лечение продолжают в течение 16—18 дней так, чтобы курс составил 21 день.
- Менструальноподобные выделения после прекращения приема эстроген-гестагенов бывают умеренными и заканчиваются в течение 5-6 дней.

хирургический гемостаз

- При длительном и обильном кровотечении, когда имеются симптомы анемии и гиповолемии, при уровне гемоглобина ниже **70 г/л** и гематокрите ниже **25%** показано раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с тщательным гистологическим исследованием соскоба. Во избежание разрывов девственную плеву обкалывают 0,25% раствором новокаина с 64 ЕД лидазы.

Лечение ювенильных маточных кровотечений

- антианемическая терапия: препараты железа (мальтофер, фенюльс внутрь, венофер внутривенно),
- витамин В12 внутримышечно по 200 мкг/день с фолиевой кислотой по 0,001 г 2-3 раза в день внутрь;
- витамин В6 внутрь по 0,005 г 3 раза в день или внутримышечно по 1 мг 5% раствора 1 раз в день;
- витамин С внутримышечно 1 мл 5% раствора 1 раз в день;
- витамин Р (рутин) по 0,02 г 3 раза в день внутрь.
- При уровне гемоглобина ниже 80 г/л, гематокрита ниже 25 % переливают компоненты крови — свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу.

профилактика рецидивов кровотечения

- прием низкодозных КОК(логест, силест) по 1 таблетке начиная с 1-го или 5-го дня цикла (в течение 21 дня) либо гестагенов — дюфастон по 10—20 мг в день с 11-го по 25-й день в течение 3 мес с последующей циклической витаминотерапией.
- проведение циклической витаминотерапии: в течение 3 мес с 5-го по 15-й день цикла назначают фолиевую кислоту по 1 таблетке 3 раза в день, глютаминовую кислоту по 1 таблетке 3 раза в день, витамин В6 5% раствор по 1 мл внутримышечно, витамин Е по 300 мг через день, а с 16-го по 26-й день цикла — аскорбиновая кислота по 0,05 г 2—3 раза в день, витамин В1 5% раствор по 1 мл внутримышечно.
- для регуляции менструальной функции используют эндоназальный электрофорез лития, витамина В, новокаина, электросон.
- меры общего оздоровления, закаливание, полноценное питание, санация очагов инфекции.

ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

- **Этиология и патогенез.**
- стрессовые ситуации,
- перемена климата,
- умственное и физическое переутомление,
- профессиональные вредности,
- неблагоприятные материально-бытовые условия,
- гиповитаминозы,
- интоксикации и инфекции,
- нарушения гормонального гомеостаза после абортов,
- прием некоторых лекарственных препаратов.
- первичные нарушения на уровне яичников. В 75% случаев при воспалительных заболеваниях придатков матки развиваются различные нарушения менструальной функции. Под влиянием воспаления возможны утолщение белочной оболочки яичника, нарушение кровоснабжения и снижение реактивной чувствительности к гонадотропным гормонам.
- Ановуляторные ДМК (по типу персистенции фолликула) или овуляторные ДМК

Клиническая картина ДМК репродуктивного возраста

- нарушение ритма менструаций. При кратковременной персистенции фолликула маточное кровотечение по интенсивности и длительности не отличается от нормальной менструации.
- При длительной персистенции фолликула кровотечение наступает после некоторой задержки менструации (6—8 нед). Кровотечение нередко начинается как умеренное, периодически уменьшается и снова увеличивается, но продолжается очень долго. Длительное кровотечение может приводить к анемии.
- 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 и невынашиванию беременности

Лечение ДМК репродуктивного периода

- гемостаз
- профилактика рецидивов кровотечения
- реабилитация нарушенной репродуктивной функции при снижении фертильности или бесплодии

Лечение ДМК репродуктивного периода

**Гемостаз путем раздельного
диагностическое
выскабливание под контролем
гистероскопии.**

Лечение ДМК репродуктивного периода

- При рецидивах кровотечения возможен гормональный гемостаз, но если информация о состоянии эндометрия была получена не позднее 2—3 мес назад.

Лечение ДМК репродуктивного периода

- **Профилактика рецидивов кровотечения** достигается путем проведения гормонотерапии с учетом особенностей структуры эндометрия, характера нарушений функции яичников и уровня эстрогенов крови.

Лечение ДМК репродуктивного периода

- 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.

Лечение ДМК репродуктивного периода

- При гипоэстрогении (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.

Лечение ДМК репродуктивного периода

- Профилактическая терапия проводится прерывистыми курсами (3 мес лечения — 3 мес перерыв).

ДМК в перименопаузальном периоде

- 50—60% всех ДМК встречаются в перименопаузальном периоде

Патогенез ДМК перименопаузального периода

- Нарушению нейрогуморальных взаимоотношений в перименопаузальном периоде способствуют инволютивные изменения на всех уровнях регуляции МЦ.
- Хаотический характер ритма и количества выделяемых гонадотропинов приводит к нарушению механизма обратной связи.
- Нарушение цикличности выделения гонадотропинов и процессов созревания фолликулов, приводящее к ановуляторной дисфункции яичников.
- В результате этих гормональных сдвигов изменяется стероидогенез — устанавливается относительная гиперэстрогения на фоне абсолютной гипопрогестеронемии.
- Нарушения пролиферации и секреторной трансформации слизистой оболочки матки приводят к гиперплазии эндометрия различной выраженности.
- Кровотечение происходит в результате неполной и затянувшейся отслойки гиперплазированного эндометрия.

Клиника ДМК перименопаузального периода

- обильное кровотечение из половых путей после задержки менструации от 8—10 дней до 4-6 нед.
- Ухудшение состояния, слабость, раздражительность, головная боль отмечаются только во время кровотечения.
- Маточные кровотечения могут стать пусковым моментом патологии нейроэндокринной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. В свою очередь нарушения в этих системах способны вызывать рецидивы маточных кровотечений.
- Примерно у 30% больных с климактерическими кровотечениями возникают более или менее выраженные обменные и эндокринные нарушения

Диагностика

- исключение органических заболеваний как причины кровотечения

Лечение ДМК перименопаузального периода

- **раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов.**
- Дальнейшее лечение зависит от гистоструктуры эндометрия, сопутствующей генитальной патологии, эндокринных заболеваний и метаболических нарушений.

Лечение ДМК перименопаузального периода

- Лечение климактерических кровотечений включает общее лечебное воздействие, гормонотерапию, хирургическое вмешательство.
- С целью восстановления нормального функционирования ЦНС необходимо устранить отрицательные эмоции, физическое и умственное переутомление. Психотерапия, физиотерапия, препараты брома, валерианы, транквилизаторы позволяют нормализовать деятельность ЦНС.

Лечение ДМК перименопаузального периода

- Гормонотерапия направлена на профилактику климактерических кровотечений.
- Женщинам до 48 лет назначают схемы терапии с сохранением регулярных менструальных циклов, старше 48 лет — с подавлением функции яичников.

Лечение ДМК перименопаузального периода

- гестагены (дюфастон, норколут, премолют) во 2 фазу МЦ или в непрерывном режиме
- производные 19-норстероидов (гестринон) по 2,5 мг 2 раза в неделю.
- производные 17-этинил тестостерона (даназол) по 400 мг в день.
- Препараты нужно применять и течение 4—6 мес. в непрерывном режиме: препараты тормозят выделение гонадотропинов гипофизом, что приводит к подавлению синтеза стероидов в яичниках. В результате в эндометрии развиваются атрофические изменения.

Лечение ДМК перименопаузального периода

- Поскольку ДМК анемизируют больных, при острой и хронической анемии необходимо применение препаратов железа. Витаминотерапия включает препараты группы В, витамин К для регуляции белкового обмена; витамины С и Р для укрепления капилляров эндометрия, витамин Е для улучшения функции гипоталамо-гипофизарной области.
- Комплексная терапия включает коррекцию обменно-эндокринных нарушений — ожирения, гипергликемии и гипертензии.

Лечение ДМК перименопаузального периода

- При рецидивирующих маточных кровотечениях и отсутствии данных о злокачественной патологии возможна абляция эндометрия (лазерная или электрохирургическая).
- Такое лечение предотвращает восстановление эндометрия путем разрушения его базального слоя и желез.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

- являются симптомами злокачественных новообразований.
- обусловлены аденокарциномой эндометрия
- шейки матки
- гормонально-активными опухолями яичников
- полипами эндометрия
- воспалительными изменениями на фоне атрофии эндометрия
- при заболеваниях влагалища (синильные кольпиты).

Диагностика маточных кровотечений в постменопаузе

- раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба из полости матки и слизистой оболочки цервикального канала.
- УЗИ
- Гистероскопия
- Лапароскопия

лечение маточных кровотечений в период менопаузы

- отдается предпочтение оперативному методу (удаление матки с придатками).
- Гормонотерапия проводится при наличии общих противопоказаний к операции. Назначают пролонгированные гестагены в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. Для контроля эффективности лечения через 3-6 месяцев проводится раздельное диагностическое выскабливание