



ИНТЕРАКТИВНОЕ СЕМИНАРСКОЕ  
ЗАНЯТИЕ



**НАРУШЕНИЯ  
МЕНСТРУАЛЬНОГО  
ЦИКЛА. АНОМАЛЬНЫЕ  
МАТОЧНЫЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ (АМК)**

**7 семестр 4 курс (осень)**

# ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ С ИНТЕРАКТИВНОЙ СИСТЕМОЙ

1. получить у преподавателя пульт
2. по команде системы зарегистрироваться
3. ...
4. ...
5. будьте внимательны – смена слайдов озвучена (для преподавателей: при проведении тестирования звук компьютера должен быть выставлен на максимальное значение)
6. после завершения тестирования – сдать пульт преподавателю
7. полная инструкция будет разработана после получения комплекта пультов для интерактивного голосования

# КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТУАЛЬНОГО ЦИКЛА

В зависимости от характера нарушений менструального цикла выделяют:

- ❖ **аменорею** – отсутствие менструаций 3-6 мес. и более;
- ❖ **гипоменструальный синдром** (редкие, короткие, скудные менструации);
- ❖ **гиперменструальный синдром** (частые, длительные, обильные менструации);
- ❖ **дисменорею** – болезненные менструации.

В клинической практике выделяют 3 основные группы нарушений менструального цикла: **аменорею**, **АМК** (*аномальное маточное кровотечение*) и **дисменорею**.

# ТЕРМИНАЛОГИЯ

**АМЕНОРЕЯ** — отсутствие менструации в течение 3–6 мес. и более.

**ОЛИГОМЕНОРЕЯ** — скудные менструации, при объеме ежемесячной кровопотери менее 50 мл или продолжительности менее 2 дней.

**ПОЛИМЕНОРЕЯ** — маточное кровотечение продолжительностью более 7 сут.

**ОПСОМЕНОРЕЯ** — редкие менструации, с интервалом более 35 дней.

**ПРОЙОМЕНОРЕЯ** — частые менструации, возникающие с регулярными короткими интервалами менее 21 дня.

**ГИПЕРМЕНОРЕЯ** — обильные менструации с ежемесячной кровопотерей более 100–150 мл.

# ТЕРМИНАЛОГИЯ (продолжение)

**МЕНОРРАГИЯ** — регулярные, обильные менструации с ежемесячной кровопотерей более 80 мл.

**METRORRHAGIA** — маточное кровотечение, возникающее вне менструального цикла (межменструальное ациклическое кровотечение).

**МЕНОМЕТРОРРАГИЯ** — обильные менструации в сочетании с ациклическими маточными кровотечениями.

**ДИСМЕНОРЕЯ** — болезненные менструации, нарушающие образ жизни и трудоспособность и/или требующие приема лекарственных средств.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИСМЕНОРЕИ

Дисменореей страдают от **43** до **90%** женщин в возрасте от 14 до 48 лет, причем **10%** из них в дни менструации теряют трудоспособность.

# ДИСМЕНОРЕЮ КЛАССИФИЦИРУЮТ НА:

1.

1. яичникового и маточного генеза;
2. первичную и вторичную;
3. ювенильного и репродуктивного периода;
4. с эндокринными нарушениями и без



# ДИСМЕННОРЕЮ КЛАССИФИЦИРУЮТ НА:

1.

1. яичникового и маточного генеза;
- 2. первичную и вторичную;**
3. ювенильного и репродуктивного периода;
4. с эндокринными нарушениями и без

# КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСМЕНОРЕИ

**Выделяют первичную и вторичную, компенсированную и декомпенсированную дисменорею и 3 степени ее тяжести (I, II и III).**

# ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ

Она связана с врожденным или приобретенным нарушением синтеза и обмена эйкозаноидов (простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов), выраженным снижением проницаемости клеточных мембран и сосудистых стенок матки, генетически закрепленным снижением порога чувствительности к боли.

# ВТОРИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ

Она обусловленная наличием заболеваний органов малого таза, в том числе половых органов: аномалии развития и положения половых органов или же служит симптомом ряда заболеваний (эндометриоз, субмукозная миома матки, опухоли яичников, воспалительные заболевания, использование ВМК, стриктура или стеноз цервикального канала, ганглионеврит, варикозное расширение вен малого таза, синдром Аллена-Мастерса, спаечный процесс в малом тазу).

# СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИСМЕНОРЕЯ

	<b>боли</b>	<b>повседневная активность</b>	<b>прием анальгетиков</b>	<b>вегетоневр отические симптомы</b>
<b>I ст.</b>	слабо выражены	редко нарушена	иногда требуется	отсутствуют
<b>II ст.</b>	умеренно выражены	нарушена	регулярно и эффективно	единичные + психоэмоцио нальные
<b>III ст.</b>	очень выражены	резкое нарушена	регулярно и малоэффект ивно	выражены + психоэмоцио нальные

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Проводится с:

- перекрутом ножки или разрывом кист и опухолей яичника;
- нарушением кровоснабжения миоматозного узла;
- острым сальпингоофоритом;
- острым аппендицитом;
- острым холециститом;
- кишечной непроходимостью;
- острым дивертикулитом;
- острым циститом, почечной коликой, острым пиелонефритом.

# ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:

2.

1. НПВС;
2. КОК;
3. прогестерона;
4. агонистов ГнРГ.

# ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:

2.

1. НПВС;
2. КОК;
3. прогестерона;
4. агонистов ГнРГ.



# ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕНОРЕИ

## ПЕРВИЧНОЙ



### Немедикаментозное лечение:

- полноценный сон;
- лечебная физкультура;
- коррекция рациона и ограничения продуктов на основе молока и кофе;
- акупунктура;

- иглорефлексотерапия;

### Медикаментозное лечение:

селективные блокаторы циклооксигеназы - **НПВС**

## ВТОРИЧНОЙ



Лечение основного заболевания

# ЧТО ТАКОЕ АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (АМК)

3.

1. любые отклонения от нормального менструального цикла, включая изменение регулярности и частоты менструальных кровотечений, их продолжительности и объема кровопотери;
2. изменение регулярности и частоты менструальных кровотечений;
3. изменение продолжительности кровотечений и объема кровопотери;
4. Любое кровотечение из половых путей.

# ЧТО ТАКОЕ АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

3.

1. **любые отклонения от нормального менструального цикла, включая изменение регулярности и частоты менструальных кровотечений, их продолжительности и объема кровопотери;**
2. изменение регулярности и частоты менструальных кровотечений;
3. изменение продолжительности кровотечений и объема кровопотери;
4. Любое кровотечение из половых путей.

**Аномальные маточные кровотечения** – это любые отклонения от нормального менструального цикла, включая изменение:

- **регулярности и частоты** менструальных кровотечений (интервал менее 21 дней или более 4 эпизодов за 90 дней);
- **продолжительности** менструальных кровотечений – более 7 дней;
- **объема кровопотери** (более 80 мл или значимо нарушающие физическое, эмоциональное, социальное или материальное качество жизни женщины).

# ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПО КЛАССИФИКАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ АМК (FIGO)

Параметры	Описательные термины	Показатели
Интервал между менструациями (дни)	Короткий	< 24 (> 4 эпизодов за 90 дней)
	<b>Нормальный</b>	<b>24-38</b>
	Длинный	> 38 (1-2 эпизода за 90 дней)
Продолжительность менструального кровотечения (дни)	Длительная	> 8
	<b>Нормальная</b>	<b>3-8</b>
	Короткая	< 3
Ежемесячная менструальная кровопотеря (мл)	Обильная	> 80
	<b>Нормальная</b>	<b>5-80</b>
	Скудная	< 5

# КЛАССИФИКАЦИОННАЯ СИСТЕМА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ FIGO (2011)

- Номенклатурная система для описания симптомов АМК
- Классификационная система причин АМК в репродуктивном возрасте (PALM- COEIN)



# НОМЕНКЛАТУРНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОПИСАНИЯ СИМПТОМОВ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Традиционные термины	Термины, предложенные FIGO
<b>ДМК</b>	<b>АМК</b> (овуляторные, эндометриальные, коагулопатические, ятрогенные и невыясненной этиологии)
<b>Меноррагии</b>	Обильное менструальное кровотечение ( <b>ОМК</b> )
<b>Метроррагии / менометроррагии</b> <b>и</b>	Межменструальное маточное кровотечение ( <b>ММК</b> )

Острое АМК – эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери

Хроническое АМК – кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, повторяющееся последние 6 месяцев

# PALM (ГРУППА ОРГАНИЧЕСКИХ ПРИЧИН АМК) НЕ ВКЛЮЧАЕТ

## 4.

1. полипы цервикального канала и эндометрия;
2. малигнизации и гиперплазия эндометрия;
3. миелобластомы;
4. лейомиомы с субмукозным расположением;
5. аденомиоз.



# РАЛМ (ГРУППА ОРГАНИЧЕСКИХ ПРИЧИН АМК) НЕ ВКЛЮЧАЕТ

4.

1. полипы цервикального канала и эндометрия;
2. малигнизации и гиперплазия эндометрия;
- 3. миелобластомы;**
4. лейомиомы с субмукозным расположением;
5. аденомиоз.

# СОЕIN (ГРУППА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРИЧИН АМК) НЕ ВКЛЮЧАЕТ

**5.**

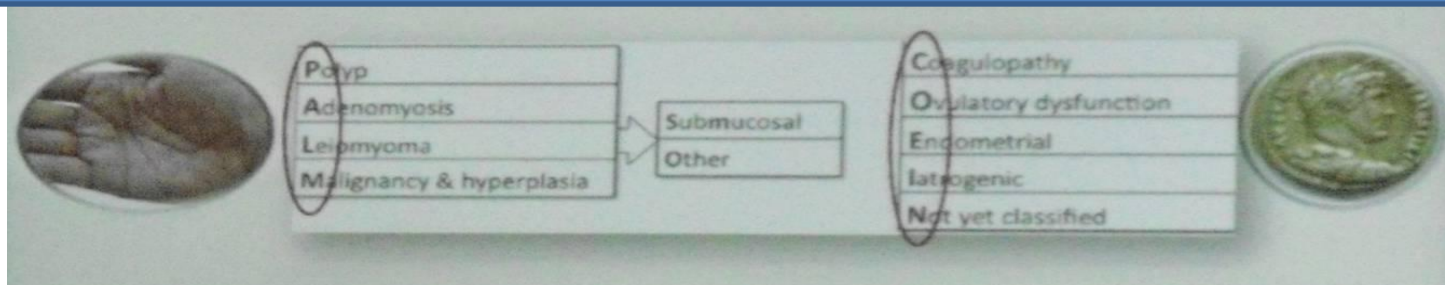
1. эндометриальные нарушения;
2. нейтропения;
3. коагулопатии;
4. ятрогенные факторы;
5. овуляторную дисфункцию.

# СОЕIN (ГРУППА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРИЧИН АМК) НЕ ВКЛЮЧАЕТ

5.

1. эндометриальные нарушения;
- 2. нейтропению;**
3. коагулопатии;
4. ятрогенные факторы;
5. овуляторную дисфункцию.

# КЛАССИФИКАЦИОННАЯ СИСТЕМА ПРИЧИН АМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (PALM-COEIN)



Полип

Аденомиоз

Лейомиома

Рак и  
гиперплазия

**Органические**, т.е. со структурными изменениями ткани.



Субмукозная

Другие

Коагулопатии

Овуляторная дисфункция

Изменения эндометрия

Ятрогенные

Не классифицируемые

**Функциональные**, т.е. без структурных изменений ткани.

# ТИПЫ И ПРИЧИНЫ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

## ЦИКЛИЧЕСКИЕ (ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ)

ОМК

АМК-А-  
аденомиоз

АМК-Л-  
лейомиома

АМК-С-  
коагулопатии

АМК-Е-  
эндометриальные

ММК

АМК-Р-  
полип  
эндометрия

## НЕПРОГНОЗИРУЕМЫЕ

ОМК и/или  
ациклические  
кровотечения

АМК-О-  
овуляторная  
дисфункция

АМК-М- гиперплазия или  
малигнизация  
эндометрия

АМК-И- ятрогенные

# КЛАССИФИКАЦИЯ АМК ПО ВОЗРАСТУ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

6.

1. ювенильные АМК;
2. АМК репродуктивного возраста;
3. АМК переходного периода  
(пременопаузального периода);
4. АМК постменопаузального периода.

# КЛАССИФИКАЦИЯ АМК ПО ВОЗРАСТУ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

6.

1. ювенильные АМК;
2. АМК репродуктивного возраста;
3. АМК переходного периода  
(пременопаузального периода);
4. **АМК постменопаузального периода.**

# КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АМК

## по возрастному периоду

□ АМК пубертатного периода,

ювенильные маточные кровотечения (ЮМК) – до 10%;

□ АМК репродуктивного возраста – 10-30%;

□ АМК переходного периода – до 50%.

## по овуляторной функции

□ овуляторные – 20%;

□ ановуляторные – 80%.



# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АМК

- неблагоприятное течение перинатального периода;
- психоэмоциональные стрессы;
- умственное и физическое перенапряжение;
- черепно-мозговая травма;
- алиментарные факторы;
- аборты;
- хронические воспалительные заболевания половых органов;
- болезни эндокринных желез и нейроэндокринные синдромы;
- прием нейролептических препаратов;
- интоксикации, профессиональные вредности;
- чрезмерная инсоляция;
- неблагоприятные экологические факторы.

# КАКОВА ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЮВЕНИЛЬНЫХ АМК-О (ЮМК)

7.

1. атрезия фолликула;
2. персистенция фолликула;
3. тромбоцитопеническая пурпура;
4. дефлорация.

# КАКОВА ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЮВЕНИЛЬНЫХ АМК-О (ЮМК)

7.

1. атрезия фолликула;
2. персистенция фолликула;
3. тромбоцитопеническая пурпура;
4. дефлорация.

# ЭТИОЛОГИЯ АМК, СВЯЗАННЫХ С ОВУЛЯТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ (АМК-О)

## Ювенильный период

незрелость гипофизотропных структур гипоталамуса

отсутствие цирхорального ритма выделения гонадолиберина

нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов (ЛГ и ФСГ)

нарушение фолликулогенеза в яичниках (**атрезия фолликула**)

## Репродуктивный и пременопаузальный период

**персистенция фолликула**

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОВУЛЯТОРНЫХ АМК-О

- укорочение фолликулярной фазы, обусловленное нарушением функции гипофиза и неправильной стимуляцией яичников.
- укорочение (недостаточность) лютеиновой фазы (НЛФ).
- удлинение лютеиновой фазы (персистенция желтого тела).
- овуляторные ММК из-за резкого понижения концентрации эстрогенов сразу после овуляции и нарушения чувствительности к ним рецепторов эндометрия.

# ОТЛИЧИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ АМК-О ОТ АМК-О РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА: ОНИ

8.

1. короче и обильнее;
2. длительнее, но менее обильнее;
3. длительнее и обильнее;
4. короче, но менее обильнее.

# ОТЛИЧИЕ ЮВЕНИЛЬНЫХ АМК-О ОТ АМК-О РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА: ОНИ

8.

1. короче и обильнее;
- 2. длительнее, но менее обильнее;**
3. длительнее и обильнее;
4. короче, но менее обильнее.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМК-О

- ✓ при ановуляторных АМК – задержка очередной менструации на 1,5 мес. и более;
- ✓ при ЮМК (атрезия фолликулов) – кровотечение длительнее, но менее обильнее, чем при АМК репродуктивного и перименопаузального периодов (кровотечение более обильнее, но менее продолжительнее).



# ПЕРСИСТЕНЦИЯ ФОЛЛИКУЛА

## ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

9.

1. задержкой менструаций до 3 месяцев и более;
2. КПИ ниже 30%;
3. двухфазной базальной температурой;
4. атрофией эндометрия;
5. резкими болями внизу живота.

# ПЕРСИСТЕНЦИЯ ФОЛЛИКУЛА

## ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

9.

1. задержкой менструаций до 3 месяцев и более;
2. КПИ ниже 30%;
3. двухфазной базальной температурой;
4. атрофией эндометрия;
5. резкими болями внизу живота.

# ДИАГНОСТИКА АМК

## УТОЧНЕНИЕ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

— маточное

— нематочное

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ

— органическая  
причина

— функциональная  
причина

— связанное с  
беременностью

— не связанное с  
беременностью

## УТОЧНЕНИЕ ХАРАКТЕРА КРОВОТЕЧЕНИЯ

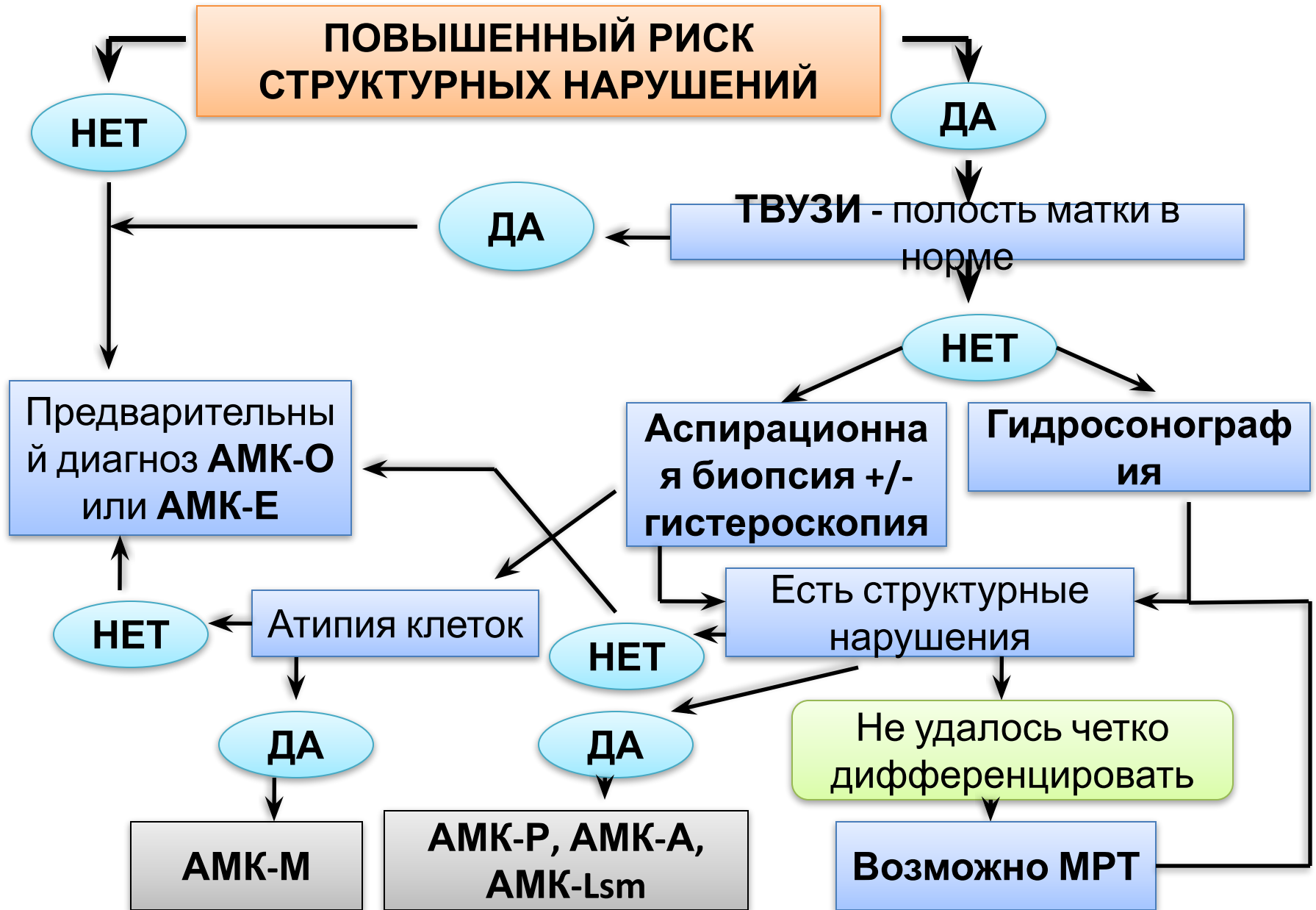
— овуляторное

— ановуляторное

# КОМПЛЕКС ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ

- анамнез, физикальное обследование (общее и гинекологическое);
- определение уровня бета-субъединицы ХГЧ в сыворотке крови для исключения беременности;
- клинический анализ крови – обследование на наличие анемии;
- гемостазиограмма при подозрении на нарушение гемостаза (болезнь Виллебранда, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура);
- исследование уровня прогестерона;
- гормональное обследование при нерегулярном МЦ и риске гипотиреоза (определение уровня ТТГ и прогестерона);
- исследование на хламидийную инфекцию при высоком инфекционном риске;
- трансвагинальное УЗИ, гидросонография, доплерометрия;
- ПАП-тест, кольпоскопия при подозрении на заболевания ш/матки;
- аспирационная биопсия эндометрия, гистероскопия с последующим морфологическим исследованием у пациенток с АМК после 45 лет, а также при отсутствии ответа на проводимое лечение;
- МРТ органов малого таза

# ОБСЛЕДОВАНИЕ МАТКИ НА PALM



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ С:

10.

1. болезнью Верльгофа;
2. лейкозами;
3. травмами наружных половых органов или инородным телом во влагалище;
4. феминизирующими опухолями яичников;
5. все ответы правильны.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ С:

10.

1. болезнью Верльгофа;
2. лейкозами;
3. травмами наружных половых органов или инородным телом во влагалище;
4. феминизирующими опухолями яичников;
- 5. все ответы правильны.**

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ С:

11.

1. болезнью Верльгофа;
2. лейкозами;
3. задержкой частей плодного яйца, трубной беременностью, миомой матки;
4. воспалительными заболеваниями органов малого таза;
5. все ответы правильны.



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ В ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ С:

11.

1. болезнью Верльгофа;
2. лейкозами;
- 3. задержкой частей плодного яйца, трубной беременностью, миомой матки;**
4. воспалительными заболеваниями органов малого таза;
5. все ответы правильны.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О

**Сначала следует исключить:**

- беременность,
- опухоли яичников, матки,
- заболевания влагалища,
- а также наиболее вероятные для данного возраста заболевания.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМК-О

## Ювенильный период

- болезни крови: болезнь Верльгофа и лейкозы;
- травма наружных половых органов или инородное тело во влагалище;
- СПКЯ;
- редко: аденомиоз, миома матки, феминизирующие опухоли яичников, рак шейки и/или тела матки, нарушение функции щитовидной железы, гиперпролактинемия.

## Репродуктивный период

**прерывание беременности на ранних сроках**



- задержка частей плодного яйца (плацентарный полип);
- трубная беременность;
- трофобластическая болезнь;
- миома матки; полипы эндометрия; аденомиоз, аденокарцинома эндометрия;
- гормонально-активные опухольями яичников

## Пременопаузальный период

**опухоли тела и шейки матки**



# ЛЕЧЕНИЕ АМК

**Цель: адекватный гемостаз (медикаментозный или хирургический) с последующей профилактикой рецидивов кровотечения (восстановление нормальной работы гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы; восстановление овуляции; восполнение дефицита половых стероидных гормонов, создание атрофии эндометрия).**

**Выбор метода гемостаза зависит от возраста пациентки, тяжести кровотечения и возможных сопутствующих органических заболеваний.**

# МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ ГЕМОСТАЗ

## ✓ Негормональные препараты:

- антифибринолитические препараты (**транексамовая кислота**);
- нестероидные противовоспалительные средства (**НПВС**);
- утеротоники (**окситоцин**)

## ✓ Гормональные препараты:

- КОК;
- конъюгированные эстрогены, парентерально;
- конъюгированные эстрогены, перорально – 6%;
- прогестагены – ЛНГ-ВМК, пролонгированного действия.

# КАКОЙ ГОРМОН ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮМК?

12.

1. пролактин;
2. окситоцин;
3. эстроген;
4. КОК;
5. прогестагены.

# КАКОЙ ГОРМОН ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮМК?

12.

1. пролактин;
2. окситоцин;
3. эстроген;
4. **КОК;**
5. прогестагены.

# ПРИНЦИПЫ ГОРМОНАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА КОК-АМИ

**суммарная доза ЭЭ в первые сутки должна составлять максимум 240–250 мкг (в среднем 180 мкг)**

- число таблеток за первые сутки составляет до 4–6. КОК принимают дробно по 1 таблетке с равным интервалом в течение суток;
- в последующие несколько дней суточную дозу постепенно снижают на одну таблетку ежедневно и доводят до 1 таблетки;
- общая продолжительность приема препарата составляет 21 день.



# ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ГЕМОСТАЗУ В ЛЕЧЕНИИ АМК ЯВЛЯЕТСЯ ?

13.

1. неэффективный гормональный гемостаз;
2. гиповолемический шок;
3. тяжелая анемия;
4. противопоказания к назначению эстрогенов;
5. все ответы правильны.

# ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ГЕМОСТАЗУ В ЛЕЧЕНИИ АМК ЯВЛЯЕТСЯ ?

13.

1. неэффективный гормональный гемостаз;
2. гиповолемический шок;
3. тяжелая анемия;
4. противопоказания к назначению эстрогенов;
- 5. все ответы правильны.**

# ХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ

у девочек применяют при неэффективном медикаментозном гемостазе, наличии клинических и УЗИ признаков полипов эндометрия и/или ц/к, а также в случаях гиповолемического шока и тяжелой анемии (Hb<70 г/л и Ht<20%)

имеет не только лечебную, но и диагностическую ценность

нужно проводить под контролем гистероскопии

СОСКОБ ПОДВЕРГАЮТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

## становление регулярных циклов



- монофазные микродозированные КОК в контрацептивном режиме или гестагены во вторую фазу цикла на 3–6 мес;
- лечение анемии;
- рациональное питание (увеличение массы тела);
- физиотерапии (фототерапия, эндоназальная гальванизация);
- санация очагов инфекционных поражений;
- устранение чрезмерных стрессовых факторов.

# ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ АМК РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

**становление регулярных  
циклов, стимуляция  
овуляции**



- монофазные низко- и микродозированные КОК в контрацептивном режиме или ЛНГ-содержащий ВМК;
- лечение анемии;
- индукция овуляции (кломифена цитрат, препараты гонадотропинов, гонадолиберина)

# ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ АМК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

## достижение стойкой атрофии эндометрия



- в позднем репродуктивном и переходном возрасте – предпочтительнее препараты прогестерона или контрацептивы с низким содержанием эстрогенов (при отсутствии противопоказаний);
- современные хирургические методы лечения в пременопаузальном периоде – *лазерная вапоризация и электроэксцизия эндометрия (абляция)*.

## ЗАДАЧА №1

Больная, 15 лет, поступила в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, которое появилось после задержки на 3 мес. очередной менструации и продолжается в течение 14 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобин периферической крови 90 г/л, гематокрит 30%, живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Каков диагноз? Каким будет план лечения?

# РЕШЕНИЕ ЗАДАЧИ №1

**Диагноз:** АМК ювенильного периода. Вторичная анемия, II ст. *Virgo intacta*. Хронический тонзиллит.

**План лечения:** показан гормональный гемостаз с помощью КОК-а.

Схема гормонального гемостаза: в первые сутки до 4-6 таблеток (суммарная доза ЭЭ до 180-200 мкг). В последующие 3–5 дней суточную дозу постепенно снижают на 1 таблетку ежедневно и до 1 таблетки. Суммарная продолжительность приема КОК на этапе гемостаза не должна быть менее 21 дня.

Профилактика рецидива: КОК по контрацептивной схеме в теч. 3 мес.



## ЗАДАЧА №2

В женскую консультацию обратилась пациентка 49 лет с жалобами на кровотечение из половых путей в течение 8 дней после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном обследовании: шейка матки не эрозирована, матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Каким будет план лечения?

## РЕШЕНИЕ ЗАДАЧИ №2

**Диагноз:** АМК климактерического периода.

**План лечения:** показано отдельно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и стенок полости матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Дальнейшее ведение будет зависеть от причины PALM-COEIN.

**ЗАНЯТИЕ ЗАВЕРШЕНО**

**Сдайте пульт преподавателю!**