



«ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ»

К.М.Н. КОРАБЛИНА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК)-

патологические кровотечения из матки, связанные с нарушением выработки половых гормонов железами внутренней секреции, служат основным проявлением синдрома яичниковой дисфункции. Выражается увеличением количества теряемой крови во время менструации или удлинением продолжительности менструации, а также метроррагией – ациклическим кровотечением.

Дисфункциональные маточные кровотечения отличаются:

- ациклическостью,
- продолжительными задержками менструации (1,5-6 мес.)
- длительной кровопотерей (более 7 дней).

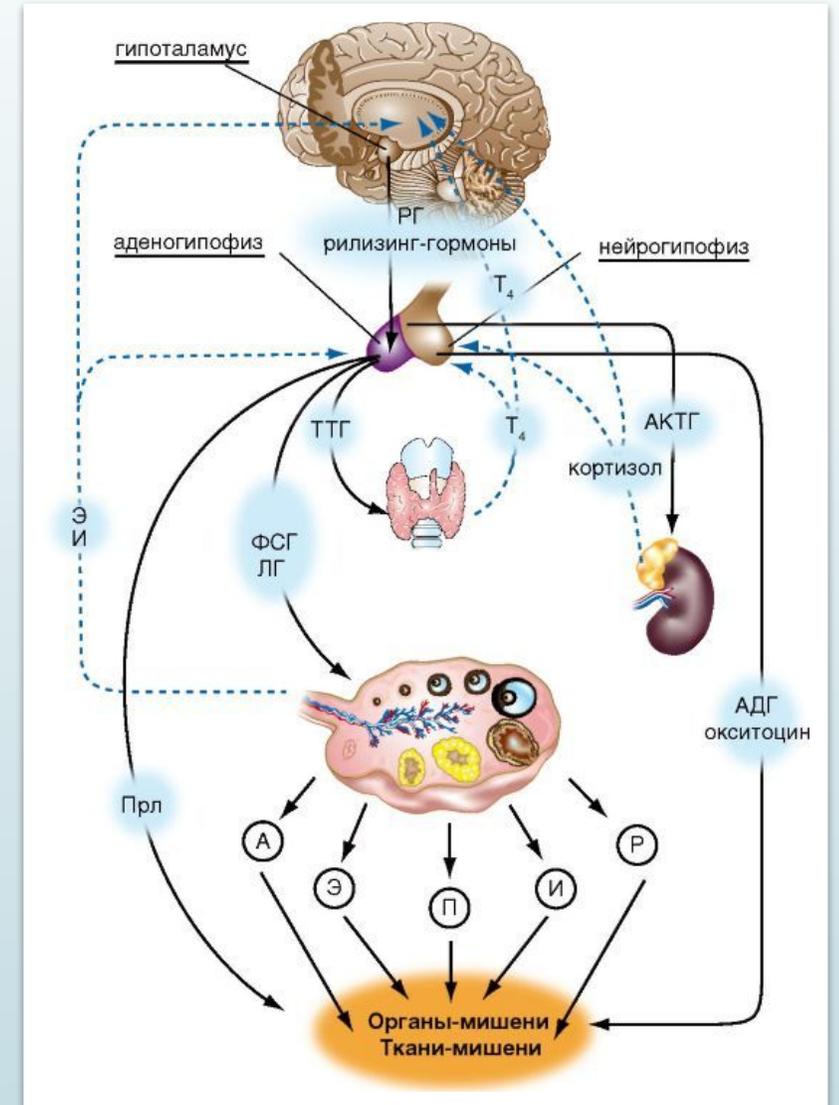
Различают дисфункциональные маточные кровотечения:

- 1 - ювенильного (12-18 лет),
- 2 - репродуктивного (18-45 лет),
- 3 - климактерического (45-55 лет) возрастных периодов.



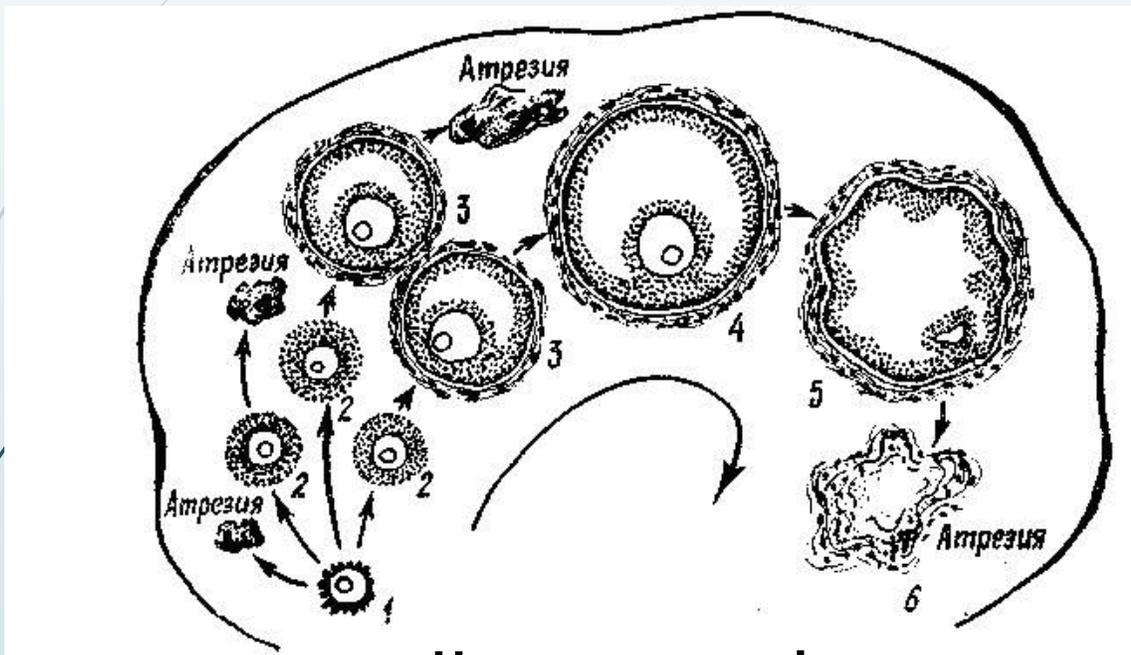
Механизм развития дисфункциональных маточных кровотечений

Дисфункциональные маточные кровотечения развиваются в результате нарушения гормональной регуляции функции яичников гипоталамо-гипофизарной системой. Нарушение секреции гонадотропных (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего) гормонов гипофиза, стимулирующих созревание фолликула и овуляцию, ведет к сбоям в фолликулогенезе и менструальной функции.



При этом в яичнике фолликул либо не вызревает (атрезия фолликула), либо вызревает, но без овуляции (персистенция фолликула), а, следовательно, не образуется и желтое тело.

Атрезия фолликула



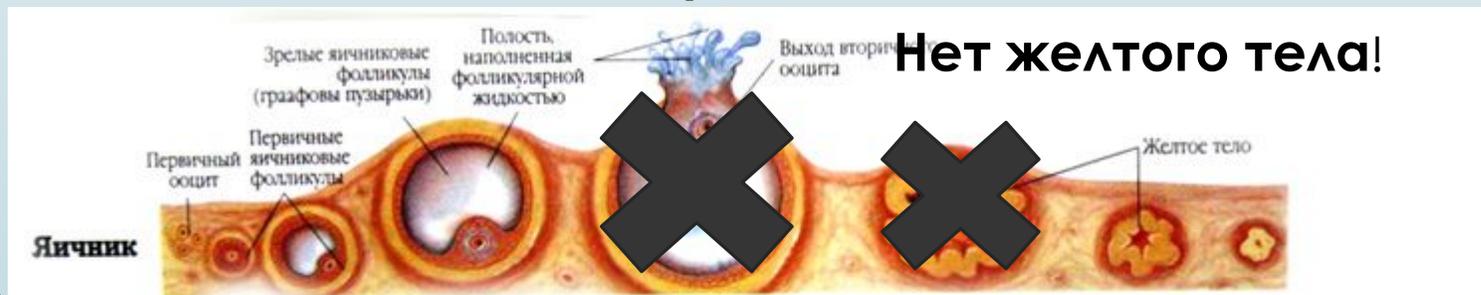
Нет овуляции!

Доминантный фолликул



2 фаза

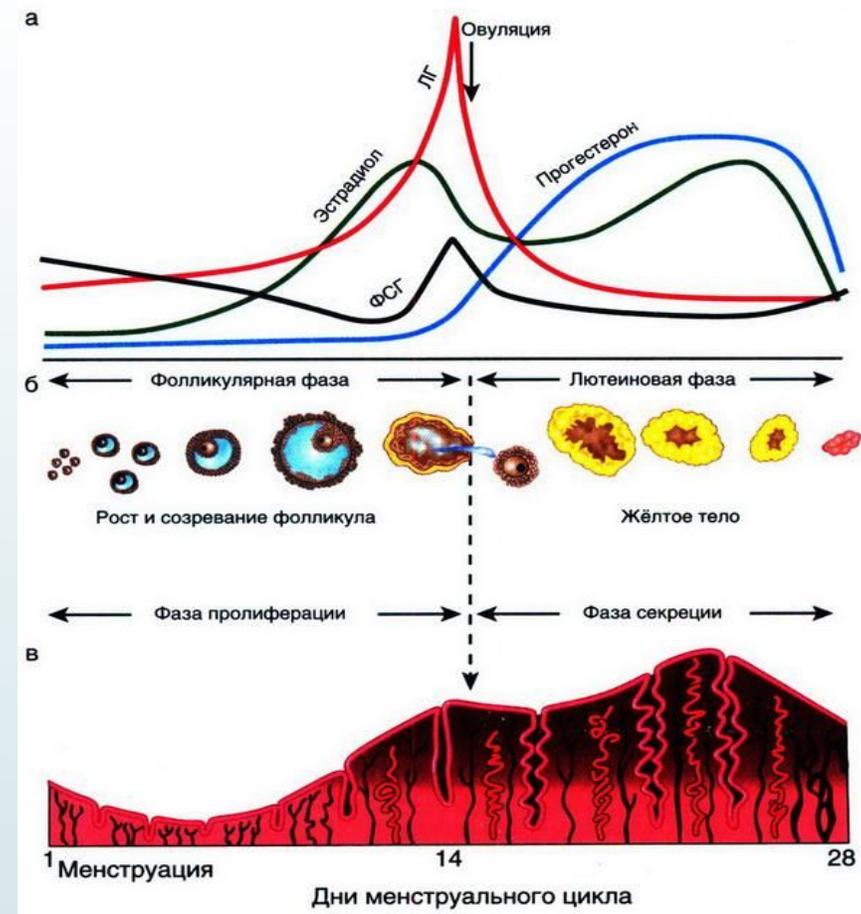
Персистенция фолликула



В результате атрезии или персистенции фолликула организм находится в состоянии **гиперэстрогении**, т. е. матка испытывает влияние эстрогенов, т. к. в отсутствии желтого тела прогестерон не вырабатывается.

Нарушается маточный цикл: происходит длительное по времени, чрезмерное разрастание эндометрия (гиперплазия), а затем его отторжение, что сопровождается обильным и продолжительным маточным кровотечением.

На продолжительность и интенсивность маточного кровотечения оказывают влияние факторы **гемостаза** (агрегация тромбоцитов, фибринолитическая активность и спастическая способность сосудов), которые нарушаются при ДМК.



**Эндометрий
> 16 мм
во 2 фазе
цикла**

В ювенильном (пубертатном) периоде

маточные кровотечения встречаются чаще другой гинекологической патологии – почти в 20% случаев, связаны с нарушением становления гормональной регуляции, чему в этом возрасте способствуют:

- физические и психические травмы,
- неблагоприятные бытовые условия,
- переутомление,
- гиповитаминозы,
- дисфункция коры надпочечников и/или щитовидной железы,
- детские инфекции (ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, коклюш, краснуха)
- ОРЗ, хронический тонзиллит,
- осложненные беременность и роды у матери и т. д.

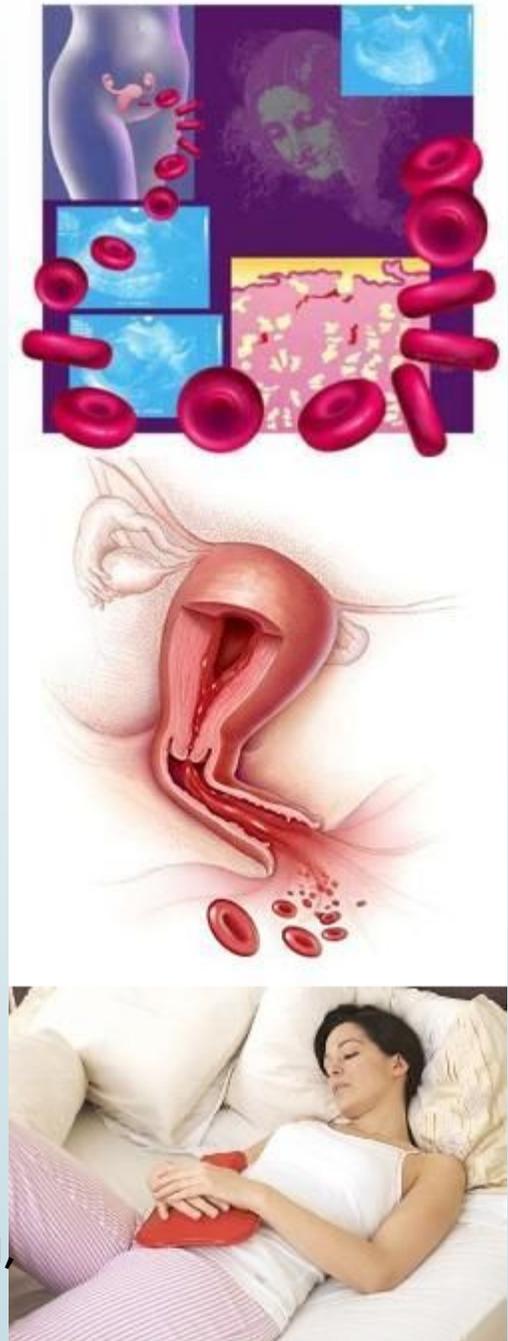


В репродуктивном периоде дисфункциональные маточные кровотечения составляют 4-5% случаев всех гинекологических заболеваний.

Факторами, вызывающими дисфункцию яичников и маточные кровотечения, служат:

- нервно-психические реакции (стрессы, переутомление),
- смена климата,
- профессиональные вредности,
- инфекции и интоксикации,
- аборты,
- некоторые лекарственные вещества, вызывающие первичн. нарушения на уровне системы гипоталамус-гипофиз.
- инфекционные и воспалительные процессы, способствующие утолщению капсулы яичника и снижению чувствительности яичниковой ткани к гонадотропинам.

NB! При диагностике маточного кровотечения следует исключить органическую патологию гениталий (опухоли, эндометриоз, травматические повреждения, самопроизвольный аборт, внематочная беременность и т. д.), болезни органов кроветворения, печени, эндокринных желез, сердца и сосудов!



Пременопаузальные маточные кровотечения

встречаются в 15% случаев от числа гинекологической патологии женщин климактерического периода. С возрастом уменьшается количество выделяемых гипофизом гонадотропинов, их выброс становится нерегулярным, что вызывает нарушение яичникового цикла (фолликулогенеза, овуляции, развития желтого тела). Дефицит прогестерона ведет к развитию гиперэстрогении и гиперпластическому разрастанию эндометрия.



NB! При диагностике маточного кровотечения следует исключить органическую патологию гениталий (опухоли, эндометриоз, травматические повреждения, субмукозную миому матки, полип эндометрия и т. д.), болезни органов кроветворения, печени, эндокринных желез, сердца и сосудов!

Диагностика:

- При осмотре оценить характер и количество кровянистых выделений (по прокладке);
- Исследовать пульс, измерить АД, оценить общее состояние, жизненно важные функции (сознание, дыхание, кровообращение);
- Визуально оценить цвет кожных покровов и слизистых, наличие кахексии, асцита (вероятность онкозаболевания), сыпи (коагулопатия, системные заболевания), признаки поражения печени (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит).

Из анамнеза выяснить:

- Длительность и интенсивность кровотечения,
- Срок последней нормальной менструации,
- Наличие возможной беременности,
- Давность гинекологических манипуляций (выскабливание, гистероскопия, гистеросальпингография, аборт, ВМС), родов,
- Наличие миомы матки, эндометриоза, злокачественных заболеваний половых органов, в том числе в анамнезе,
- Наблюдение у гематолога,
- Связано ли начало кровотечения с половым контактом (возможность травмы),
- Принимались ли препараты, влияющие на свертывающую систему,
оральные контрацептивы!

Тактика:

- Холод на низ живота,
- Не есть, не пить (возможность оперативного лечения),
- Ввести в/в или в/м этамзилат 4 мл (1000мг) и/или транексам 5мл в/в,
- Ввести окситоцин 5 МЕ в/м,
- При САД <90 катетеризация кубитальной вены с дальнейшей инфузией гидроксикрахмала 6% или 10% р-р по 500-1000мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 400мл, раствор глюкозы 5% - 400мл,
- При прогрессировании признаков геморрагического шока на фоне проводимой терапии придавить и зафиксировать брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка,
- Все пациентки с признаками ургентного негравидарного маточного кровотечения госпитализируются в стационар!

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ШОК

1 стадия: Кровопотеря 15 -25%, 700 – 1300мл, САД 90 – 100мм рт.ст., индекс Альговера – 1.

2 стадия: Кровопотеря 25 -45%, 1300 - 1800мл, САД 75 – 80мм рт.ст. в положении лежа! В положении стоя развивается обморок, индекс Альговера – 1,5.

3 стадия: Кровопотеря более 45%, 2000 - 2500мл, САД 50 – 70мм рт.ст., индекс Альговера – 2 и более.

4 стадия: Кровопотеря 60% и более, более 2500мл, САД не определяется.

Индекс Альговера = пульс/САД

Тактика при геморрагическом шоке:

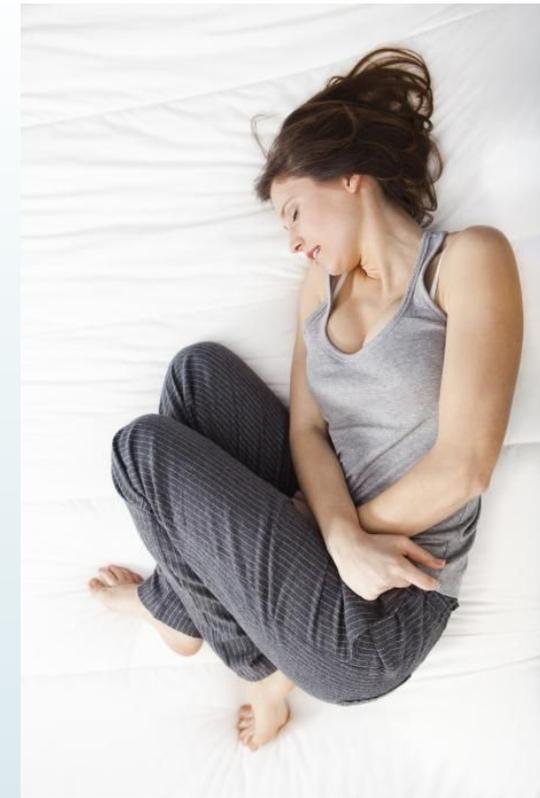
1. Успокоить пациентку.
2. Уложить пациентку на спину, поднять ноги до угла 70° , опустить головной конец.
3. Оксигенотерапия (кислород 40 – 60 об%).
4. Обеспечить надежный венозный доступ.
5. Инфузионная терапия:
 - Шок 1 – полиионные растворы (раствор Рингера или квинтасоль или др.) 800мл за 10 минут (затем капельное введение);
 - Шок 2 – полиионные растворы 800мл за 10 минут, затем коллоиды (растворы ГЭК или полиглюкин) 800мл за 10 минут (затем капельное введение);
 - Шок 3-4 – полиионные растворы и коллоиды одновременно в 2 вены! Соотношение коллоидных и полиионных растворов 1:2. Скорость инфузии должна быть максимальной (которую может обеспечить венозный доступ) и может составлять 250 – 500мл/мин, всего в первый час может быть введено 2 – 4 литра растворов.
6. ГКС:
 - Шок 1 – ГКС не применяют;
 - Шок 2-3 – преднизолон (метилпреднизолон) не менее 300мг в/в,
 - Шок 4 – преднизолон (метилпреднизолон) из расчета до 30мг/кг (3% 1мл на 1кг веса пациентки) в/в капельно за 45 – 60 минут,
 - Профилактика и лечение фибринолиза: транексамовая кислота (транексам) в/в из расчета 10мг/кг веса пациентки (для взрослого ориентировочно 15 – 20мл 5% раствора).

Альгодисменорея – схваткообразные или ноющие боли в первые дни менструаций, возникающие на фоне общего недомогания. Является широко распространенным заболеванием, выявляется у 30-50% женщин репродуктивного возраста.

В каждом десятом случае сопровождается выраженным нарушением трудоспособности. Может быть первичной (эссенциальной) или вторичной (симптоматической).

Первичная альгодисменорея манифестирует в подростковом возрасте. Как правило, не связана с заболеваниями женских половых органов.

Вторичная альгодисменорея обычно развивается после 30 лет на фоне воспалительных или невоспалительных гинекологических заболеваний, после осложненных родов, грубых абортов и т. д.

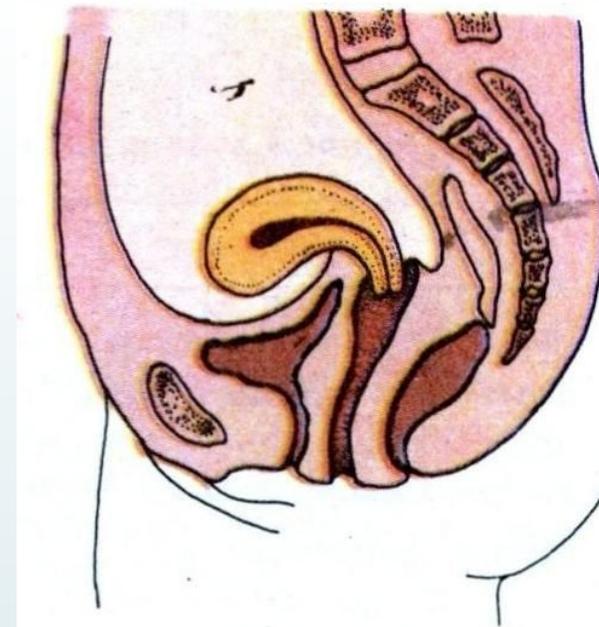
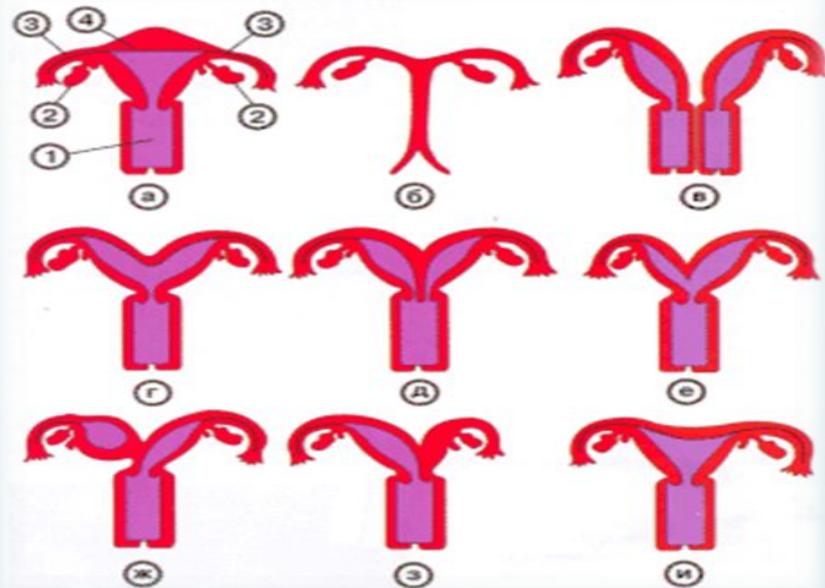


Причины развития первичной альгодисменореи могут быть:

- 1 - механическими,
- 2 - эндокринными,
- 3 – нейропсихогенными,
- 4 - конституциональными.



К числу **механических причин** относят аномалии развития матки, нарушения положения матки (гиперантефлексия), атрезию шейки матки и другие патологические состояния, создающие препятствие для нормального оттока менструальной крови.

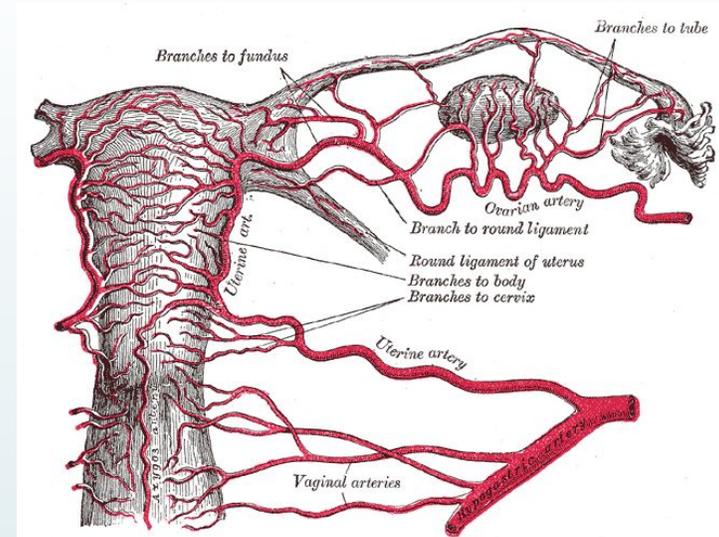


АНТЕФЛЕКСИЯ МАТКИ
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ.



Эндокринной причиной альгодисменореи является чрезмерно активный синтез и замедленный процесс распада простагландинов.

Простагландины увеличивают сократимость мышечного слоя матки, вызывают спазм артериол, что влечет за собой ухудшение кровоснабжения миометрия, и воздействуют на нервные волокна в стенке матки, повышая их чувствительность к боли. Длительный спазм сосудов, усиление сокращений матки и повышение болевой чувствительности провоцируют болевой синдром. С повышением уровня простагландинов связывают и другие симптомы альгодисменореи: тошноту, диарею, учащение сердцебиения, ознобы, гипергидроз, головокружение и пр.



В числе **нейропсихогенных причин** развития

альгодисменореи

специалисты называют:

- индивидуальное снижение порога болевой чувствительности,
- скрытое неприятие своей женской сущности,
- отрицание сексуальных аспектов жизни, самой себя, как женщины и матери.



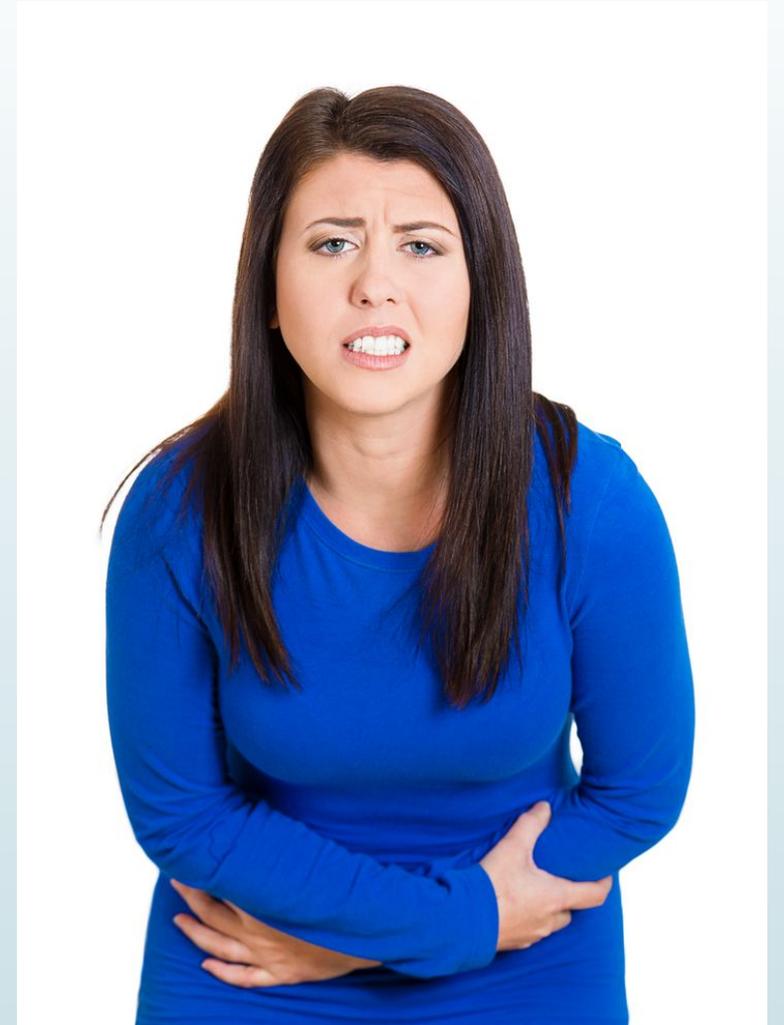
Конституциональной причиной

возникновения альгодисменореи является инфантилизм.

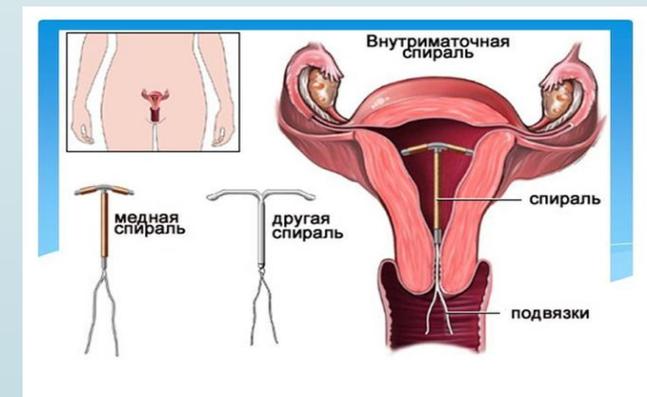
Гипоплазия матки и недостаточное развитие миометрия снижают способность органа к растяжению во время менструаций. Давление на стенки матки повышается, это вызывает раздражение чувствительных нервных волокон и появление болевого синдрома.



Вторичная
(симптоматическая)
альгодисменорея возникает
в результате воспалительных
и невоспалительных
заболеваний женских
половых органов,
оперативных вмешательств,
спаек в области малого
таза, осложненных родов и
повреждений шейки матки
при выскабливании.



- ✓ Самой распространенной причиной развития вторичной альгодисменореи являются аденомиоз и внешний **эндометриоз**.
- ✓ У многих больных вторичная альгодисменорея развивается на фоне **подслизистой миомы матки**.
- ✓ Альгодисменорея также нередко появляется при **воспалительных заболеваниях**, особенно – хронических, длительно текущих, сопровождающихся развитием **спаечного процесса малого таза**.
- ✓ В ряде случаев альгодисменорея развивается после установки **внутриматочной спирали**, стимулирующей выработку простагландинов.
- ✓ У некоторых пациенток симптомы альгодисменореи появляются после **грубого выскабливания** во время аборта или после осложненных родов.
- ✓ Причиной может стать **варикозное расширение вен малого таза**.



Клиника.

Больные предъявляют жалобы на **боль** и **ухудшение общего состояния**.

Болевой синдром при альгодисменорее возникает одновременно с началом менструации либо за несколько часов до ее начала.

Боли чаще схваткообразные, реже – тянущие, ноющие либо распирающие. Возможна иррадиация в область поясницы, область паха, промежность, прямую кишку или верхнюю часть внутренней поверхности бедер.

Интенсивность болевого синдрома при альгодисменорее может различаться. Возможны как умеренные боли, не оказывающие существенного влияния на трудоспособность, хорошо устраняющиеся обычными анальгетиками или спазмолитиками, так и чрезвычайно интенсивные, требующие оказания профессиональной медицинской помощи.

Нарушение общего состояния при альгодисменорее проявляется **вегетативно-сосудистыми, обменными и эмоционально психологическими расстройствами.**

Незадолго до начала менструации и в первые дни месячных женщина, страдающая альгодисменореей, становится обидчивой и раздражительной, излишне переживает по незначительным поводам. Может наблюдаться устойчивое снижение настроения, сонливость, повышение или понижение аппетита, извращение вкуса и непереносимость запахов.

Вегетативные и сосудистые нарушения при альгодисменорее проявляются в виде икоты, отрыжки, тошноты, рвоты, сухости во рту, диареи, вздутия живота, жара, озноба, повышения температуры до субфебрильных цифр, учащения мочеиспускания, головокружений, головной боли, обмороков и предобморочных состояний, болей и неприятных ощущений в области сердца, повышения или понижения частоты сердечных сокращений, экстрасистолии, онемения и похолодания конечностей.

О нарушениях обмена при альгодисменорее свидетельствуют кожный зуд, увеличение количества выделяемой мочи, общая слабость, ощущение слабости в ногах и летучие боли в суставах.

Диагностика:

1. первый день последней менструации;
2. выяснить, когда у больной впервые возникли боли при менструации, какова продолжительность болей, сопровождаются ли боли нарушением общего состояния,
3. страдает ли пациентка гинекологическими заболеваниями,
4. были ли в анамнезе роды, аборты и операции на женских половых органах,
5. в каком возрасте начались менструации, какова продолжительность цикла, часто ли возникают нарушения цикла и насколько обильны менструации,
6. внешний вид пациентки (обычно выявляется у чувствительных, эмоционально неустойчивых девушек астенического телосложения со склонностью к дефициту массы тела),
7. пульс, АД, частота дыхания.



Лечение:

- 1 - ибуклин 1-2 таблетки внутрь или
- 2 - кеторолак (кеторол) 3% 1мл в/м или в/в или
- 3 - кетопрофен (кетонал 5%, дексалгин 2,5%) 2мл в/м или в/в или
- 4 – метамизол натрия+питофенон+фенпивериния бромид (баралгин) 5 мл в/в.



**Благодарю за
внимание!**

