

РНИМУ им.Н.И Пирогова

Педиатрический  
факультет  
Кафедра акушерства и  
гинекологии

# Маточные кровотечения пубертатного периода

Выполнила:Алиева  
Гюльнара Замаудиновна

Москва 2015

- Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) - патологические кровотечения, обусловленные отклонениями отторжения эндометрия у девочек-подростков с нарушениями циклической продукции стероидных гормонов с момента первой менструации до 18 лет. МКПП составляют 20- 30% среди всех гинекологических заболеваний детского возраста.



# Этиология и патогенез

- В основе МКПП лежит нарушение циклического функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. В результате изменяется ритм секреции рилизинг-гормонов, ФСГ и ЛГ, нарушается фолликулогенез в яичниках и, как следствие, происходит маточное кровотечение.
- На фоне дисгормональных изменений в яичнике начинаются рост и созревание нескольких фолликулов, которые подвергаются атрезии. В процессе их роста в организме наблюдается **относительная гиперэстрогения**, т.е. уровень эстрогенов не превышает нормальные показатели, однако желтое тело отсутствует, поэтому матка находится под влиянием только эстрогенов. Гормональная дисфункция может также приводить к персистенции одного фолликула, в связи с чем желтое тело не образуется. При этом уровень эстрогенов, оказывающих действие на эндометрий, существенно выше нормы - **абсолютная гиперэстрогения**.

- Нередко в яичниках образуются фолликулярные кисты (82,6%), реже - кисты желтого тела (17,4%). Вне зависимости от относительной или абсолютной гиперэстрогении слизистая оболочка матки своевременно (в дни менструаций) не отторгается и подвергается гиперпластической трансформации - развивается железисто-кистозная гиперплазия. В слизистой оболочке отсутствует фаза секреции, ее чрезмерное разрастание приводит к нарушению питания и отторжению. Отторжение может сопровождаться обильным кровотечением или растягиваться во времени.
- При рецидивирующих МКПП возможна атипическая гиперплазия

Гиперплазия эндометрия



Нормальный эндометрий



# Причины

- Нарушению гормональной регуляции у девочек с МКПП способствуют психический и физический стресс, переутомление, неблагоприятные бытовые условия, гиповитаминозы, дисфункция щитовидной железы и(или) коры надпочечников. Большое значение в развитии МКПП имеют как острые, так и хронические инфекционные заболевания (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, острые респираторные вирусные инфекции и особенно частые ангины, хронический тонзиллит). Кроме того, могут иметь значение осложнения у матери во время беременности, родов, инфекционные заболевания родителей. искусственное вскармливание.



# Клиническая картина

- заключается в появлении кровяных выделений из половых путей после задержки менструаций на срок от 14-16 дней до 1,5-6 мес. Подобные нарушения менструального цикла иногда появляются сразу после менархе, иногда в течение первых 2 лет. У  $\frac{1}{3}$  девочек они могут повторяться. Кровотечение может быть обильным и приводить к анемии, слабости, головокружению. Если подобное кровотечение продолжается несколько дней, вторично может наступить нарушение свертываемости крови по типу ДВС-синдрома, и тогда кровотечение еще больше усиливается. У некоторых больных кровотечение может быть умеренным, не сопровождаться анемией, но продолжаться 10-15 дней и более.
- МКПП не зависят от соответствия календарного и костного возраста, а также от развития вторичных половых признаков.



# Диагностика

- МКПП осуществляется после гемостаза на основании определения уровня и характера изменений в репродуктивной системе.
- Диагностика основывается на данных анамнеза (задержка менструаций) и появлении кровяных выделений из половых путей. Наличие анемии и состояние свертывающей системы крови определяют при лабораторном исследовании (клинический анализ крови, коагулограмма, включая число тромбоцитов, активированное частичное тромбопластическое время, время кровотечения и время свертывания; биохимический анализ крови). В сыворотке крови определяют уровень гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрогены, прогестерон, кортизол, тестостерон, ТТГ,  $T_3$ ,  $T_4$ ), проводят тесты функциональной диагностики. Целесообразна консультация специалистов - невролога, эндокринолога, офтальмолога (состояние глазного дна, определение цветовых полей зрения). В межменструальном промежутке рекомендуется измерять базальную температуру. При однофазном менструальном цикле базальная температура монотонная.
- Для оценки состояния яичников и эндометрия проводят УЗИ, при ненарушенной девственной плеве - с использованием ректального датчика.
- У живущих половой жизнью методом выбора является применение влагалищного датчика. На эхограмме у пациенток с МКПП выявляется незначительная тенденция к увеличению объема яичников в период между кровотечениями. Клинико-эхографические признаки персистирующего фолликула: эхонегативное образование округлой формы диаметром от 2 до 5 см, с четкими контурами в одном или обоих яичниках.
- После остановки кровотечения необходимо по возможности более точно выяснить преимущественное поражение регулирующей системы репродукции. С этой целью оценивают развитие вторичных половых признаков и костный возраст, физическое развитие, применяют рентгенографию черепа с проекцией турецкого седла; ЭхоЭГ, ЭЭГ; по показаниям - КТ или МРТ (для исключения опухоли гипофиза); эхографию надпочечников и щитовидной железы.
- УЗИ, особенно с доплерометрией, целесообразно проводить в динамике, так как при этом можно визуализировать атретические и персистирующие фолликулы, зрелый фолликул, овуляцию, образование желтого тела.

# Дифференциальная диагностика

- идиопатическая аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).
- МКПП могут быть результатом воспалительных изменений внутренних половых органов, в том числе туберкулезного поражения эндометрия, рака шейки и тела матки (редко).

# Лечение

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



- При выборе метода гемостаза необходимо учитывать общее состояние больной и величину кровопотери. Пациенткам с невыраженной анемизацией (уровень Hb >100 г/л, показатель гематокрита >30%) и отсутствием по данным УЗИ гиперплазии эндометрия проводится симптоматическая гемостатическая терапия. Назначают сокращающие матку средства: оксито-цин, кровоостанавливающие препараты (этамзилат, транексамовая кислота, Аскорутин ♠). Хороший гемостатический эффект дает сочетание указанной терапии с физиотерапией - применяемых синусоидальных модулированных токов на область шейных симпатических узлов (по 2 процедуры в день в течение 3-5 дней), а также с иглорефлексотерапией или электропунктурой.

- При неэффективности симптоматической гемостатической терапии проводится гормональный гемостаз монофазными комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (ригевидон<sup>\*</sup>, марвелон<sup>\*</sup>, регулон<sup>\*</sup> и др.), которые назначают по 1 таблетке каждый час (не более 5 таблеток). Кровотечение прекращается, как правило, в течение 1 сут. Затем дозу постепенно снижают до 1 таблетки в день. Курс лечения продолжают в течение 10 дней (короткий курс) или 21 дня. Менструальноподобные выделения
- после прекращения приема эстроген-гестагенов бывают умеренными и заканчиваются в течение 5-6 дней

- При длительном и обильном кровотечении, когда имеются симптомы анемии и гиповолемии, слабость, головокружение, при уровне Hb <70 г/л и гематокрите <20% показан хирургический гемостаз - отдельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с тщательным гистологическим исследованием соскоба. Во избежание разрывов девственную плеву обкалывают 0,25% раствором прокаина с 64 ЕД гиалуронидазы (лидаза\*). Пациенткам с нарушением свертывающей системы крови отдельное диагностическое выскабливание не проводится. Гемостаз осуществляют комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, при необходимости (по рекомендации гематологов) - в сочетании с глюкокортикоидными.
- Одновременно с консервативным или хирургическим лечением необходимо проводить полноценную антианемическую терапию: препараты железа (мальтофер<sup>♠</sup>, фенюльс<sup>♠</sup> внутрь, венофер<sup>♠</sup> внутривенно); цианокобаламин (витамин В<sub>12</sub><sup>♠</sup>) с фолиевой кислотой; пиридоксин (витамин В<sub>6</sub><sup>♠</sup>) внутрь, аскорбиновая кислота (витамин С<sup>♠</sup>), рутозид (рутин<sup>♠</sup>). В крайнем случае (уровень Hb <70 г/л, гематокрит <25%) переливают компоненты крови - свежезамороженную плазму и эритроцитную массу.

- С целью профилактики рецидивов кровотечения после полного гемостаза на фоне симптоматического и гемостатического лечения целесообразно 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, пиридоксин - 5% раствор по 1 мл внутримышечно, витамин Е - по 300 мг через день, а с 16-го по 25-й день цикла - аскорбиновую кислоту - по 0,05 г 2-3 раза в день, тиамин (витамин В<sub>1</sub>) - 5% раствор по 1 мл внутримышечно. Для регуляции менструальной функции используют также эндоназальный электрофорез лития, пиридоксина, прокаина, электросон. Профилактика кровотечения после гормонального гемостаза заключается в приеме монофазных комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (новинет\*, мерсилон\*, логест\*, джес\*) - по 1 таблетке, начиная с 1-го дня менструального цикла (в течение 21 дня), либо гестагенов - дидрогестерон (дюфа-стон\*) по 10-20 мг в день с 16-го по 25-й день в течение 2-3 мес с последующей циклической витаминотерапией. Больным с гиперпластическими процессами эндометрия после выскабливания, как и после гормонального гемостаза, следует проводить профилактику рецидивов. Для этого назначают эстроген-гестагенные препараты или чистые гестагены (в зависимости от изменений в яичнике - атрезия или персистенция фолликула). Большое значение имеют меры общего оздоровления, закаливание, полноценное питание, санация очагов инфекции.

- Правильная и своевременная терапия и профилактика рецидивов МКПП способствуют циклическому функционированию всех отделов репродуктивной системы.



**Спасибо за внимание!**



**НЕ СТОИТ ОВАЦИЙ**

**Спасибо за  
внимание!**

