

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**Кафедра: Акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета**

**Зав.кафедрой: д.м.н., профессор Б.Б.Негмаджанов**

# **РЕФЕРАТ**

**НА ТЕМУ: Дисфункциональные  
маточные кровотечения**

**Принял: асс. Ганиев Ф.И.**

**Самарканд 2013г.**

## **Дисфункциональные маточные кровотечения**

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) — кровотечения из эндометрия, не связанные с беременностью, органической патологией внутренних половых органов и сосудов матки, а также с системными расстройствами.

МКБ-10

**№92** Обильные, частые и нерегулярные менструации.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**

Эпидемиологические данные о частоте ДМК отсутствуют. 20–30% женщин предъявляют жалобы на кровянистые выделения из половых путей патологического характера.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ**

По этиологическому принципу выделяют:

- органические кровотечения, обусловленные болезнями матки, яичников и маточных сосудов;
- дисфункциональные кровотечения;
- кровотечения, обусловленные экстрагенитальными заболеваниями (коагулопатиями, циррозом печени, гипотиреозом);
- ятрогенные кровотечения вследствие неблагоприятного влияния негормональных и гормональных лекарственных средств (нарушение режима дозировки антикоагулянтов, непрерывный приём прогестагенов, КОК, депо-форм прогестагенов, ВМК с прогестагенами и т.д.).

ДМК подразделяют на:

- овуляторные, как правило, регулярные кровотечения, которые могут сопровождаться ПМС и дисменореей;
- ановуляторные — чаще нерегулярные и безболезненные.

ДМК наблюдают в различные возрастные периоды:

- ювенильные кровотечения;
- кровотечения репродуктивного возраста;

■ кровотечения в пери- и постменопаузе.

В период менархе и в перименопаузе наиболее часто отмечают ановуляторные ДМК, обусловленные нарушениями гипоталамо-гипофизарнояичниковой системы, тогда как в репродуктивном возрасте — овуляторные ДМК.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причинами ДМК служат гормональные и негормональные нарушения, приводящие к структурно-функциональным изменениям эндометрия. Ановуляторные ДМК, как правило, связаны с гиперэстрогенией и недостаточным влиянием прогестерона, вследствие чего происходит усиление

ангиогенеза, повышение ломкости сосудов эндометрия с последующим нарушением механизмов локального гемостаза, вазодилатации сосудов и увеличением кровотока, итогом чего становится длительная десквамация утолщенного эндометрия при недостаточной поддержке стромы. Механизмы овуляторных ДМК до конца не ясны, при этом не отмечают нарушений секреции гипофизарных гормонов и половых стероидов. Эти ДМК могут быть связаны с нарушениями сосудистого гомеостаза и репаративных процессов в эндометрии. Основные звенья патогенеза овуляторных ДМК:

- дисбаланс простагландинов — увеличение синтеза и соотношения ПГЕ и ПГF2 $\alpha$ , недостаточная вазоконстрикция маточных сосудов;
- активация процессов локального фибринолиза в эндометрии;
- повышение экспрессии медиаторов воспаления и увеличение активности протеолитических ферментов в эндометрии;
- замедленная регенерация эндометрия;
- дефицит эндотелинов и недостаточная вазоконстрикция;
- увеличение содержания в эндометрии оксида азота — мощного вазодилататора, антиагреганта, высвобождающегося из эндотелия сосудов;
- усиление ангиогенеза и увеличение плотности сосудов эндометрия.

### Диагностика

Диагноз ДМК устанавливают после исключения других причин кровотечения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Алгоритм обследования больных с маточными кровотечениями предусматривает клинико-anamnestическое обследование, включающее анализ характера менограмм и оценку жалоб больных, позволяющее уточнить характер нарушений менструального цикла и величину менструальной кровопотери.

В норме длительность менструального цикла варьирует от 21 до 35 дней, длительность менструального кровотечения составляет 3–7 дней, общая кровопотеря составляет 40–80 мл. Исходя из этого, клинически диагноз маточного кровотечения устанавливают при увеличении длительности кровянистых выделений более 7 дней, кровопотере более 80 мл или нарушении цикличности кровянистых выделений.

В зависимости от характера нарушений менструального цикла ДМК наблюдают:

- меноррагии (гиперменорее) — регулярные, длительные (более 7 дней) и обильные (более 80 мл) маточные кровотечения;
- метроррагии — ациклические (срединные, пред- и постменструальные) кровянистые выделения из половых путей;
- менометроррагии — нерегулярные, длительные маточные кровотечения;

### 744 ■ Глава 85

- полименорее — регулярные маточные кровотечения с интервалом менее 21 дня.

Нередко ДМК сочетаются с дисменореей, при которой менструации не только обильные, но и болезненные. При длительном течении заболевания и выраженной кровопотере ДМК наблюдают железодефицитную анемию. На начальном этапе обследования врачу необходимо решить 3 основные задачи:

- уточнить источник кровотечения (маточное или не маточное);
- выяснить генез кровотечения (органическое или дисфункциональное);

- определить характер кровотечения — овуляторное или ановуляторное.

## ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Клинический анализ крови.
- Биохимический анализ крови (определение уровня сывороточного железа, билирубина, печёночных ферментов).
- Развернутая коагулограмма.
- Определение уровня  $\beta$ -субъединицы ХГЧ для исключения осложнённой беременности.
- Кольпоскопия.
- Трансвагинальное УЗИ (на 5–7-й день цикла или в динамике).
- Анализ на дисбиоз половых органов.

Дополнительные методы обследования включают:

- определение в сыворотке крови СА-125 (при обнаруженных опухолях и опухолевидных образованиях яичников);
- гистеросальпингографию;
- гидросонографию;
- ультразвуковую цветовую доплерометрию органов малого таза;
- МРТ органов малого таза;
- ангиографию сосудов малого таза (при подозрении на аномалию их развития);
- биопсию эндометрия (при подозрении на патологию эндометрия);
- гистероскопию и отдельное диагностическое выскабливание (при внутриматочной патологии) с последующим морфологическим исследованием;
- лапароскопию (при опухолях яичников).

Правильно проведённое лабораторно-инструментальное обследование позволяет поставить диагноз ДМК после исключения органических причины кровотечений. Исследование функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы путём определения уровней гонадотропинов и половых

стероидных гормонов позволяет уточнить диагноз ановуляторного или овуляторного ДМК.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальную диагностику следует проводить между ДМК и симптомами различных гинекологических заболеваний, сопровождающихся кровотечениями.

- Патология влагалища — травма, инородные тела, атрофические кольпиты.
- Полипы эндометрия.
- Гиперплазия эндометрия.
- Рак эндометрия.
- Хронический эндометрит.
- Миома матки с центрипетальным или субмукозным расположением узла.
- Аденомиоз.
- Кисты и опухоли яичников.
- Аномалии маточных сосудов — дисплазия и артериовенозные шунты.
- Заболевания свёртывающей системы крови и осложнения беременности — внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, трофобластическая болезнь.

## **Лечение**

### **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

- 1-й этап — остановка маточного кровотечения: симптоматическая гемостатическая терапия негормональными ЛС или гормональный гемостаз.
- 2-й этап — медикаментозное или хирургическое лечение с целью профилактики рецидивов кровотечения.

### **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

#### **Немедикаментозное лечение**

В случае отсутствия эффекта от гормонотерапии показано хирургическое лечение — абляция эндометрия или гистерэктомия.

#### **Медикаментозная терапия**

С целью гемостаза и лечения овulatoryных ДМК используют негормональные ЛС.

■ Нестероидные противовоспалительные средства. НПВС снижают синтез и изменяют баланс ПГ в эндометрии, ингибируют связывание вазодилатора ПГЕ со специфическими рецепторами, усиливают агрегацию тромбоцитов и спазм сосудов эндометрия. Препараты уменьшают менструальную кровопотерю, а также дисменорею, головные боли, диарею, связанные с менструацией. На фоне терапии могут возникать нарушения со стороны ЖКТ. Наиболее эффективно использование:

- мефенамовой кислоты 1500 мг в сутки;
- флурбипрофена 200 мг в сутки;
- напроксена 750 мг в сутки.

■ Ингибиторы фибринолиза снижают активность проактиваторов и активаторов плазминогена, ингибирование превращения плазминогена в плазмин, снижение уровня фибринолиза. На фоне терапии отмечают выраженное уменьшение кровопотери, повышение уровня гемоглобина. Побочные эффекты дозозависимые — нарушения со стороны ЖКТ, головокружения, при длительном использовании в редких случаях — увеличение риска тромбообразования.

Используют:

- транексамовую кислоту — 3–6 г в сутки;
- аминокапроновую кислоту — 4–8 г в сутки;
- аминотилбензойную кислоту – 750 мг в сутки.

■ ЛС, оказывающие ангиопротективное действие и улучшающие микроциркуляцию. Механизм ЛС этой группы заключается в стимуляции образования тромбоцитов, увеличении синтеза тканевого тромбопластина, скорости образования первичного тромба, антигиалуранидазной активности. Наряду с этим отмечают повышение резистентности капилляров, снижение их проницаемости. К этой группе ЛС относят этамзилат — 1–2 г в сутки.

Препарат эффективен при комплексном использовании с другими гемостатическими ЛС. Наиболее рационально комплексное использование всех трёх групп ЛС. Гормональная терапия: при отсутствии эффекта от негормональной гемостатической терапии с целью остановки кровотечения проводят гормональный гемостаз, используют эстрогены, действующие на местные факторы коагуляции, вызывающие быструю регенерацию и пролиферацию эндометрия.

■ Эстрогены:

□ перорально — эстрадиол 2 мг или конъюгированные эстрогены 0,625 мг по 1 таблетке каждые 4–6 ч до остановки кровотечения, с постепенным снижением дозировки до 1 таблетки, длительность приёма 14 дней, с переходом на прогестагены (10–14 дней);

□ парентерально — конъюгированные эстрогены — в/в 20–25 мг до остановки кровотечения с переходом на указанную выше схему.

■ КОК (монофазные): по 1 таблетке каждые 4–6 ч, с постепенным снижением дозировки до 1 таблетки, продолжительность приёма 21 день.

■ Прогестагены: медроксипрогестерон 10 мг, норэтистерон 5 мг, прогестерон 100 мг, дидрогестерон 10 мг. По 1 таблетке каждые 6 ч, с постепенным снижением дозировки до 1 таблетки, продолжительность приёма 14–21 день.

#### НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

После остановки кровотечения тактика врача должна быть направлена на профилактику рецидивов ДМК. Используют как указанные выше негормональные ЛС, назначаемые в дни менструации, так и гормональные ЛС, к числу которых относят:

■ КОК (этинилэстрадиол+гестоден 30 мкг+75 мкг («Фемоден», «Линдинет-30»), этинилэстрадиол+диеногест 30 мкг+2 мг («Жаннин»), этинилэстрадиол+дезогестрел 30 мкг+150 мкг («Марвелон», «Регулон») по 1 таблетке 21 день;

■ прогестагены (медроксипрогестерон 10 мг, норэтистерон 5 мг, прогестерон 100 мг, дидрогестерон 10 мг) по 1 таблетке в день во вторую предполагаемую

фазу цикла, длительность лечения индивидуальна, внутриматочная левоноргестрел-релизинг система;

■ антигонадотропные препараты (гестринон 2,5 мг 2 раза в неделю, даназол 200 мг 2–3 раза в сутки) в течение 6 мес;

■ агонисты Гн-РГ (1 раз в 28 дней в течение 6 мес) — гозерелин 3,6 мг, лейпрорелин 3,75 мг, трипторелин 3,75 мг, бусерелин 3,75 мг или по 300 мг эндоназально 3 раза в сутки;

Использование ингибиторов фибринолиза позволяет снизить величину менструальной кровопотери на 45–60%, лечение НПВС — на 20–25%, этамзилатом — менее чем на 10%, монофазными КОК — примерно на 50%.

Применение антигонадотропных препаратов, агонистов Гн-РГ вызывает аменорею.

Литература:

1. Гинекология. Под ред. Г.М.Савельевой, В.Г.Бреусенко. М.2009
2. Кулаков В.Н. и др. «Оперативная гинекология» 1990г.
3. Сметкин В.П. и др. Неоперативная гинекология М. 2001г.
4. Сидоров И.С. Миома матки и беременность , 1985г.
5. Кулаков В.И.и др. Аборт и его осложнения, 1987г.