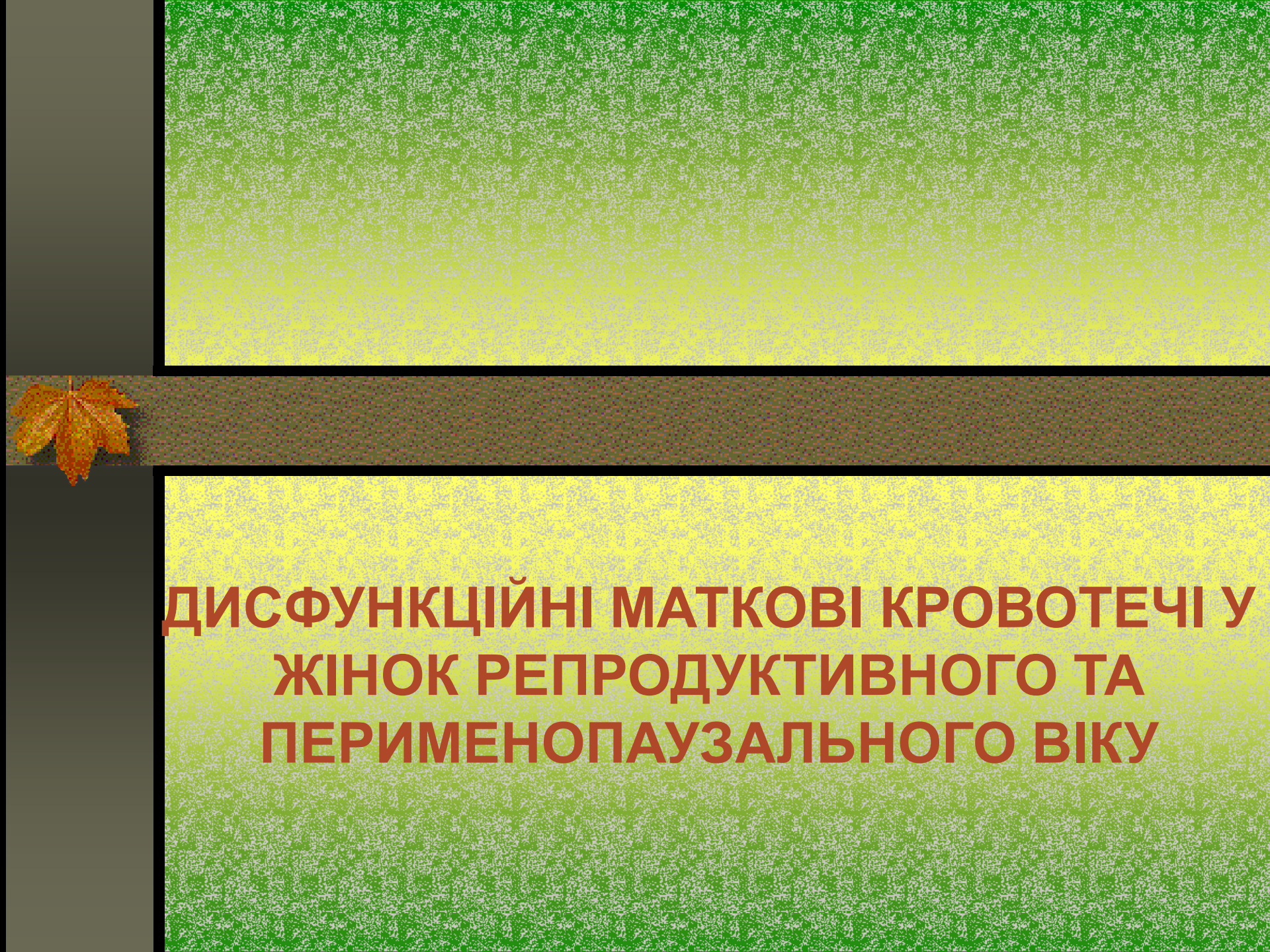




ДИСФУНКЦІЙНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ



Актуальність теми

Порушення менструальної функції є однією з актуальних проблем медицини, оскільки з цією функцією жіночого організму пов'язано багато інших: дітородна, регуляція сім'ї, непліддя, запальні захворювання, питання контрацепції, канцерогенезу та ін. З усіх гінекологічних захворювань на порушення менструального циклу припадає 20%. Причинами порушення менструального циклу можуть бути авітаміноз, гормональні порушення, психічні травми, інфекційні захворювання, гінекологічні втручання. Всі відхилення від нормального менструального циклу у жінки вважаються порушеннями менструального циклу.



Навчальна мета

Знати:

- Види порушень менструального циклу;
- Маткові кровотечі;
- Альгодисменорея:
- Обстеження пацієнток з різними формами порушень менструального циклу;
- Догляд за пацієнтками.



Навчальна мета

Вміти:

- Вимірювати базальну температуру;
- Підготувати жінку та інструменти до роздільного вишкрібання слизової оболонки шийки і тіла матки;
- Надавати невідкладну долікарську допомогу при дисфункціональних маткових кровотечах.



Виховна мета

Виховати в студентів почуття
відповідальності, тактовності,
спостережливість, любов до своєї
професії.



План

1. Вступ
2. Класифікація дисфункційних маткових кровотеч
3. Діагностичні критерії дисфункційних маткових кровотеч
4. Лікування дисфункційних маткових кровотеч
5. Прикінцеві положення

Дисфункційна маткова кровотеча (ДМК) – це аномальна (надмірна, часта або пролонгована) кровотеча із матки, не пов'язана з органічною патологією органів малого тазу, із системними захворюваннями, або із ускладненнями вагітності.

Класифікація дисфункційних маткових кровотеч

Класифікація за МКХ-10

N 92 Надмірні, часті та нерегулярні менструації

N 92.0 Надмірні та часті менструації з регулярним циклом

Періодичні надмірні менструації БДВ

Менорагія БДВ

Поліменорея

N 92.1 Надмірні та часті менструації з нерегулярним циклом

Нерегулярні кровотечі в міжменструальному періоді

Нерегулярні, вкорочені інтервали між менструальними кровотечами

Менометрорагія

Метрорагія

N 92.3 Овуляційна кровотеча

Регулярна міжменструальна кровотеча

N 92.4 Надмірна кровотеча в перименопаузальний період

Менорагія або метрорагія:

- клімактерична

- менопаузна

- передклімактерична

- передменопаузна

N 92.5 – Інша уточнена нерегулярна менструація

N 92.6 – Нерегулярна менструація, не уточнена

Нерегулярні:

- кровотеча БДВ

- менструальні цикли БДВ

**Клініко-патогенетична класифікація
маткових кровотеч** (I.S.Fraser, .J.Arachchi,
1999).

Овуляторні кровотечі- кровотечі при
овуляторному менструальному циклі, які
виникають у результаті порушень на рівні
ендометріальних факторів регуляції
(порушення метаболізму простагландинів,
розлади місцевих систем коагуляції та
фібрінолізу, порушення активності цитокінів,
матричних металопротеїназ тощо).



Ановуляторні кровотечі – це кровотечі при ановуляторному менструальному циклі, які виникають у результаті порушень в гіпоталамо- гіпофізарно- яєчниковій регуляції.

Ановуляторні кровотечі підрозділяються (Gordon, Sperov, 1994) на:

- естрогенні кровотечі прориву;
- естрогенні кровотечі відміни;
- прогестинові кровотечі прориву;
- прогестинові кровотечі відміни.



Морфофункціональна класифікація (Ю.А.Гуркин, 1994).

Ановуляторні кровотечі:

короткочасна персистенція фолікула;
тривала персистенція фолікула;
атрезія недозрілого (одного або
декількох) фолікулів.

Овуляторні кровотечі:

недостатність жовтого тіла;
персистенція жовтого тіла.



Клініка ДМК.

Ановуляторні кровотечі.

Естрогенні кровотечі прориву. Найчастіше розвиваються на тлі абсолютної або відносної гіперестрогенії при персистенції фолікула та клінічно проявляються затримкою місячних, утворенням кісти яєчника та профузною кровотечею після затримки, що описано R.Shreder (1915) як геморагічна метропатія Шредера.

Постійні низькі дози естрогенів, характерні для атрезії недозрілих фолікулів, викликають тривалі кровомазання, як правило, без масивних крововтрат.

***Естрогенні кровотечі
відміни*** (як правило,
ятрогенні): виникають після
білатеральної овариоектомії
або відміни прийому
екзогенних естрогенів
(гормональних препаратів).

Гестагенні кровотечі прориву:

виникають на тлі аномально високого співвідношення прогестерон/естроген, наприклад, при прийомі пролонгованих гестагенних препаратів або низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів і можуть проявлятись як у вигляді кровомазання, так і масивними кровотечами.



Гестагенні кровотечі

відміни: виникають у результаті відміни гестагенного впливу, якщо в ендометрії відбулись проліферативні зміни під дією екзогенних чи ендогенних естрогенів, наприклад, позитивна проба з прогестероном.



Овуляторні кровотечі.

- Клінічно характеризуються надмірною менструальною крововтратою без порушення регулярності циклу.



Клімактеричні кровотечі (кровотечі у перименопаузі).

За патогенетичним варіантом найчастіше зустрічаються ановуляторні естрогені кровотечі прориву, що розвиваються у результаті відносної гіперестрогенії на тлі абсолютної гіпопрогестеронемії та виникають, як правило, після затримки місячних.

■ Рідше мають місце кровотечі без порушень регулярності менструального циклу (*овуляторні кровотечі*), що розвиваються у результаті недостатності лютеїнової фази та вторинного формування дисбалансу локальних ендометріальних факторів на тлі абсолютної гіпопрогестеронемії.

- При обох клінічних варіантах морфологічним субстратом кровотечі в ендометрі, як правило, є гіперпластичний процес.

Деталізація дій на етапах діагностики ДМК.

І етап. *Оцінка істинності скарг на менорагію.*
У динаміці проводиться аналіз крові із визначенням гемоглобіну, гематокриту, кількості еритроцитів. При необхідності визначається вміст заліза у сироватці крові. З метою об'єктивізації скарг застосовується також візуальна оцінка кровотечі, запропонована Янсенем. Жінкам пропонують заповнити спеціальну візуальну таблицю із підрахунком кількості використаних прокладок та тампонів у різні дні менструації. Загальна кількість балів обчислюється згідно ступеня промокання санітарного матеріалу, а саме: 1; 5 та 20 балів - для прокладок та 1; 5 і 10 балів - для тампонів. Кількість балів 185 та вище є показником менорагії.

II етап.

Завдання II етапу діагностики - виключити системні захворювання та органічну патологію, що може спричинити кровотечу (див. алгоритм диференціально-діагностичного пошуку при маткових кровотечах на мал. 3 та схему обстеження пацієнток з менорагією на мал.4).

III етап.

Для встановлення клініко - патогенетичного варіанту необхідне детальне обстеження пацієнток із визначенням функціонального стану різних органів та систем та гормонального гомеостазу.

Коментарі до схеми обстеження пацієнток з менометрорагією.

- Детальний збір анамнезу на етапі первинного обстеження – одна із основних передумов первинної діагностики, що зводить до мінімуму необхідність застосування консервативних та інвазивних методів.
- Тести функціональної діагностики - контроль базальної температури, гормональна кольпоцитологія, симптоми естрогенної насиченості (симптоми «вічка», «папоротника») - допомагають визначити гормональний гомеостаз пацієнтки, особливо при відсутності можливостей визначення вмісту гормонів у біологічних рідинах (у сироватці крові).

- УЗД, гістероскопія та гістологічне дослідження ендометрію – це найнадійніші методи оцінки стану порожнини матки. Чутливість УЗД у визначенні внутрішньоматкової патології становить 54%, а чутливість гістероскопії -79%.
- Діагностичне вишкрібання є обов'язковим для всіх пацієнток пери- та постменопаузального віку, а також для молодих пацієнток при наявності УЗ-ознак патології ендометрію та факторів ризику розвитку у них гіперпроліферативних процесів ендометрію.

- **Гістеросонографія** – УЗД тазових органів при заповненні порожнини матки фізіологічним розчином дозволяє виявити субмукозні вузли, поліпи, та інші патологічні утворення ендометрію, які можуть бути не виявлені при діагностичному вишкрібанні.
- **Гістероскопія** - на сучасному рівні медицини є найбільш точним та безпечним методом дослідження порожнини матки.
- **Гормональне обстеження** (визначення вмісту ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону у сироватці крові, особливо при проведенні їх у динаміці) допомагає оцінити гормональний статус.

- МРТ, комп'ютерна томографія, лапароскопія, гістеросальпінгографія, ангіографія – всі ці обстеження потребують багато затрат і дуже рідко дають додаткову інформацію після застосування більш простих та менш коштовних методів діагностики.
- Тест на вагітність (визначення хоріонічного гонадотропіну) є важливим для виключення позаматкової вагітності, трофобластичної хвороби, ускладненої маткової вагітності.

Схема збору анамнезу у пацієнтки з менометрорагією.

- **Соматичний анамнез:** історії тривалих кровотеч після травм, системні захворювання, гіпертензія, захворювання печінки, гіпотіреоз та ін.
- **Менструальний анамнез:** вік менархе, характер менархе, причини та термін змін менструального циклу тощо.
- **Гінекологічний анамнез:** сексуальна активність, наявність симптомів вагітності, наявність тазового болю, перенесені гінекологічні захворювання (запальні процеси, ендометріоз тощо). Вид контрацепції, особливо використання оральних контрацептивів, ВМС.

- **Перенесені операції:** спленектомія, тиреоїдектомія, міомектомія, поліпектомія, гістероскопія, діагностичні вишкрібання порожнини матки та ін.
- **Прийом медикаментів,** які могли б викликати менорагію (естрогенів, прогестагенів, антикоагулянтів, пропранололу, фенотіазинів, трициклічних антидепресантів, інгібіторів МАО, транквілізаторів, кортикостероїдів, дігосину) термін, тривалість, дози та шляхи їх застосування.

Лікування.

Лікування мено-метрорагій повинно бути етапним та комплексним.

Етапи терапії ДМК.

- *I етап. Гемостаз.*
- *II етап. Профілактика рецидиву.*

I етап.

- **Хірургічний гемостаз** (вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу) – є найбільш ефективним не лише лікувальним, а й діагностичним методом. Діагностичне вишкрібання вважається головним методом зупинки кровотечі у жінок репродуктивного та клімактеричного періоду, з огляду на зростання частоти раку ендометрію у загальній популяції.

- **Гормональний гемостаз** можна проводити лише молодим пацієнткам, що не народжували та не відносяться до груп ризику по розвитку гіперпроліферативних процесів ендометрію; або, якщо діагностичне вишкрібання було проведене не більше трьох місяців тому, і при цьому не було виявлено патологічних змін ендометрію.
- Поширеним та ефективним методом гормонального гемостазу є гемостаз із використанням монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК).



З цією метою застосовуються препарати, які містять 0,03-0,05 мг етінілестрадіолу та гестагени групи 19-норстероїдів, що мають виражену супресивну дію на ендометрій:

- етінілестрадіол (0,03 мг) - левоноргестрел (0,15 мг),
- етінілестрадіол (0,03 мг) - дезогестрел (0,15 мг),
- етінілестрадіол (0,03 мг) - дієногест (2,0 мг),
- етінілестрадіол (0,03 мг) - гестоден (0,75 мг),
- етінілестрадіол (0,05 мг) - норетистерон (1,0 мг),
- етінілестрадіол (0,05 мг) - левоноргестрел (0,25 мг).

Препарати призначають у дозі 3-6 табл. на добу, поступово знижуючи дозу на 1 табл. кожні 1-3 дні після досягнення гемостазу, у подальшому прийом продовжують по 1 табл. (загальний термін прийому складає 21 день).

- **Гестагенний гемостаз.** Його застосування патогенетично обгрунтовано при ановуляторних гіперестрогених кровотечах прориву. При цьому слід зазначити, що такий гемостаз досягається повільніше, ніж при призначенні КОК, і може бути рекомендований лише пацієнткам, що не мають вираженої анемії.
- З метою гестагеного гемостазу застосовують таблетки дідрогестерона (10,0 мг), норетістерона (5,0 мг), лінестренола (10,0 мг). Препарати призначають по 3-5 таблеток на добу до досягнення гемостазу із подальшим зменшенням дози на 1 таблетку кожні 2-3 дні. Загальний термін застосування згаданих гестагенів (по 2 таблетки на добу) не менше 10 днів із подальшим формуванням наступного менструального циклу після менструальноподібної кровотечі на відміну гестагенів

**Симптоматична
(негормональна), гемостатична
терапія** - доведена ефективність
застосування інгібіторів фібринолізу -
амінокапронова кислота та її похідні.

Амінокапронова кислота
призначається внутрішньовенно
крапельно 100 мл 5% розчину або
перорально по 30 мл 3-5 разів на
добу.

II етап.

Загальні принципи протирецидивного лікування ДМК.

- Проведення загальноозміцнюючих заходів – регуляція режиму праці, харчування та відпочинку з уникненням стресових ситуацій та негативних емоцій.
- Лікування анемії (препарати заліза, полівітамінні та мінеральні засоби, замінники та препарати крові).

- ❖ **Інгібітори синтезу простагландинів** (мефенамінова кислота 0,5 г 3 рази на добу, німесулід 100 мг 2 рази на добу) в перші 1- 2 дні місячних.
- ❖ **Антифібринолітики** в перші 1-2 дні місячних (амінокапронова кислота та її похідні).
- ❖ **Вітамінотерапія:** токоферолу ацетат протягом 2 місяців, фолієва кислота 1 таблетка на день з 5–го дня циклу протягом 10 днів, аскорбінова кислота по 1,0 г на добу з 16-го дня циклу протягом 10 днів, а також полівітамінні та мінеральні препарати, що містять залізо та цинк.
- ❖ **Препарати, що стабілізують ЦНС** (настоянка валеріани, новопасит, тощо).
- ❖ **Препарати негормональної дії** рекомендуються як при овуляторних, так і при ановуляторних кровотечах.

**Гормональна терапія призначається
диференційовано залежно від патогенетичного
варіанту ДМК**

**При овуляторних кровотечах препарати першого
вибору:**

- гестагени у лютеїнову фазу менструального циклу (з 15-го по 25-й день):
 - - дідрогестерон у дозі 10-20 мг на добу,
 - - норетістерон у дозі 5 -10 мг на добу,
 - - лінестренол 10 - 20 мг на добу,
 - - мікронізований прогестерон 200 мг на добу,
- *Період лікування гестагенами становить 3 – 6 місяців.*
- ВМС з левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ).

Гормональна терапія при ановуляторних кровотечах.

Препарати першого вибору:

монофазні естроген-гестагенні препарати у циклічному режимі:

- - етінілестрадіол (0,03 мг) - левоноргестрел (0,15 мг);
- - етінілестрадіол (0,03 мг) - дезогестрел (0,15 мг);
- - етінілестрадіол (0,03 мг) - дієногест (2,0 мг);
- - етінілестрадіол (0,03 мг) - гестоден (0,75 мг);
- - етінілестрадіол (0,05 мг) - норетистерон (1,0 мг);
- - етінілестрадіол (0,05 мг) - левоноргестрел (0,25 мг).
- *Кількість курсів індивідуальна, однак не менше 3-6 місяців.*

при наявності гіперпроліферативних процесів ендометрію гестагени призначаються з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3 – 6 місяців:

- - дідрогестерон у дозі 20-30 мг на добу,
- - норетістерон у дозі 10 -20 мг на добу,
- - лінестренол 10 - 20 мг на добу;
- - або ВМС з левоноргестрелом.

Гормональними препаратами другого вибору для лікування як овуляторних, так і ановуляторних ДМК, є агоністи ГнРГ (гозерелін або трипторелін), що призначаються по одній ін'єкції у 28 днів протягом 3-4 місяців.

Хірургічні методи лікування менорагій:

- - абляція ендометрію проводиться у випадках неефективності гормонотерапії із застосуванням лазера, або резестоскопа, або петлі, чи шарикового електроду під контролем гістроскопа. Метод застосовується у пацієнток, що не зацікавлені у дітонородженні, або мають протипоказання до хірургічного лікування, або відмовляються від нього.
- - гістеректомія - радикальний метод лікування менорагії. Вона показана пацієнткам, що не відповідають на медикаментозну терапію, і є останнім етапом лікування, особливо у пацієнток з рефрактерною меноррагією

Лікування ДМК в перименопаузальному періоді.

Основні умови ефективної терапії кровотеч в перименопаузальному віці:

- встановлення морфологічної структури ендометрію;
- виявлення супутньої генітальної патології;
- виявлення ендокринних захворювань і метаболічних порушень та їх корекція.
- Тактика лікування залежить від морфологічної структури ендометрію, наявності чи відсутності органічної патології матки або додатків.
- При наявності гіперплазії терапія проводиться згідно тактики лікування гіперпластичних процесів ендометрію. При відсутності гіперплазії – принципи та методи, аналогічні відповідним у репродуктивному віці.



Матеріали активізації студентів

Контрольні запитання:

1. Значення терміну «Менструальний цикл»?
2. Назвіть ознаки нормального менструального циклу?
3. Які причини можуть викликати порушення менструального циклу?
4. Які прояви порушень менструального циклу?
5. Що таке аменорея?
6. Які ви знаєте форми аменореї?
7. Яке лікування при аменореї?
8. Що таке менорагія?
9. Що таке клімакс?
10. Що ви знаєте про болючі менструації?



Тести

1. Пацієнтка 22р. Скаржиться на відсутність менструації впродовж 7 місяців. Тест на вагітність негативний. Про яке порушення менструального циклу слід думати?

- а) Олігоменорею;
- б) Дисменорею;
- в) Альгоменорею;
- г) Аменорею;
- д) Опсоменорею.

2. Пацієнтка К., 23р., за рекомендацією лікаря вимірювала базальну температуру протягом 3 менструальних циклів. Огляд результатів виявив двохфазну криву. Про що це свідчить?

- а) Маткова вагітність;
- б) Атрезія фолікула;
- в) Ановуляторний цикл;
- г) Персистенція фолікула;
- д) Нормальний менструальний цикл.

3. В гінекологічне відділення доставлена жінка 38 р. із сильною матковою кровотечею. Шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, АТ 90/60 мм. рт. ст., пульс 100уд. за хв. Який набір інструментів повинна приготувати медсестра для надання невідкладної допомоги?

- а) Для видалення поліпа;
- б) Для біопсії шийки матки ;
- в) Для вишкрібання порожнини матки.

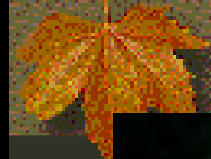


4. Дівчинці 10 років. В якому віці у неї повинна з'явитися перша менструація?
- а) 16-18 років;
 - б) 12-15 років;
 - в) 8-11 років.
5. На пост звернулась молода жінка зі скаргами на значні кров'яністі виділення зі статевих органів, біль внизу живота, попереку. Затримка менструації 2,5 місяці. Напередодні жінка перенесла психічну травму. Вкажіть першочергові дії медсестри?
- а) Направити в районну жіночу консультацію;
 - б) Призначити постільний режим, наглядати за пацієнткою;
 - в) негайно викликати швидку допомогу, доставити жінку в гінекологічне відділення.

Задачі:

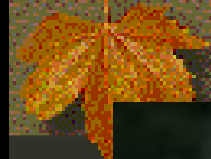
- №1. У дівчинки 14 років ювенільні кровотечі. Її мама цікавиться яка може бути причина цих кровотеч?
- №2. Жінка 45 років звернулась до фельдшера ФАПу зі скаргами на нерегулярні місячні, їх затримки, кровотечу після затримки менструації на 1 місяць.. План обстеження пацієнтки. Сформулюйте попередній діагноз. Ваша тактика у даній ситуації.

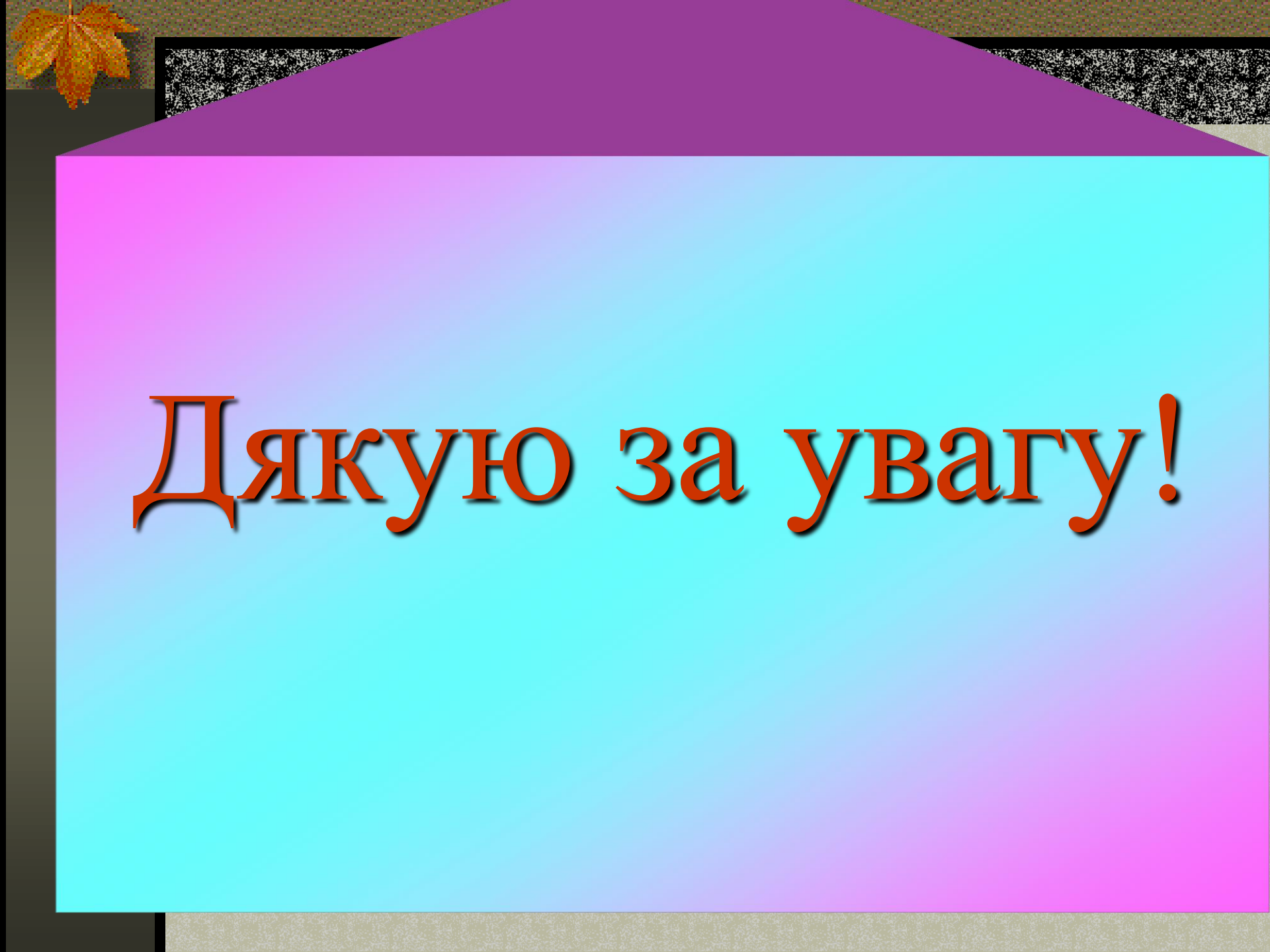












Дякую за увагу!