

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**

на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Дисфункціональні маткові кровотечі</b> (код курсу 10.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Дисфункціональними зводяться такі кровотечі, які виникають внаслідок порушення циклічного виділення гормонів, що регулюють менструальний цикл, при відсутності виражених анатомічних змін в статевому апараті. ДМК спостерігаються у дівчаток (ювенільні кровотечі), у жінок в період статевої зрілості та в клімактеричному періоді. Вони виникають в зв'язку з нервовими перевантаженнями, психічними травмами, екстрагенітальними захворюваннями, особливо інфекційними, порушеннями обміну речовин, інфантилізмом, захворюваннями залоз внутрішньої секреції, нерациональним харчуванням, інтоксикацією, гіповітамінозом С та К, при порушеннях коагуляційних властивостей крові або в наслідок перенесених хвороб жіночих статевих органів (запалення, аномалії положення матки) тощо.

## II. Навчальні цілі лекції

*Донести до інтернів наступні знання:*

1. Термінологію, класифікацію ДМК .
2. Етіологію, патогенез ДМК
3. Фактори ризику щодо виникнення ДМК.
4. Клініку ДМК в різних вікових періодах .
5. Ускладнення ДМК.
6. Методи діагностики ДМК.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості ДМК.
8. Методи лікування різних форм ДМК.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження гінекологічних хворих та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування гінекологічних хворих з ДМК .

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Розвиток дівчинки та встановлення менструальної функції.	Оцінювати ступень розвитку дівчинки та своєчасність встановлення менструальної функції.
2. Фізіологія	Нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції. Характеристика нормального менструального циклу.	Оцінювати відхилення від фізіологічних параметрів нормального менструального циклу.
<i>Наступні:</i>		

1. Біохімія	Механізми розвитку ДМК на біохімічному рівні.	Давати оцінку показникам біохімічного дослідження репродуктивної системи.
2. Педіатрія	Причини розвитку ювенільних маткових кровотеч у дівчат підлітків.	Оцінювати фактори ризику ДМК у дівчат підлітків.

#### У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<b>Підготовчий етап</b> Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Викладення лекційного матеріалу за планом:  1. Сутність ДМК. 2. Характеристика механізмів розвитку ДМК в різних вікових періодах. Фактори ризику виникнення порушень менструальної функції 3. Діагностика ДМК. 4. Лікування ДМК у залежності від віку пацієнтки. 5. Профілактика ДМК. 6. Реабілітація жінок, що перенесли ДМК.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<b>Заключний етап</b> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури  ЗАПИТАННЯ	10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### Дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК)

Дисфункціональними зводяться такі кровотечі, які виникають внаслідок порушення циклічного виділення гормонів, що регулюють менструальний цикл, при відсутності виражених анатомічних змін в статевому апараті. ДМК спостерігаються у дівчаток (ювенільні кровотечі), у жінок в період статевої зрілості та в клімактеричному періоді. Вони виникають в зв'язку з нервовими перевантаженнями, психічними травмами, екстрагенітальними захворюваннями, особливо інфекційними, порушеннями обміну речовин, інфантилізмом, захворюваннями залоз внутрішньої секреції, нерациональним харчуванням, інтоксикацією, гіповітамінозом С та К, при порушеннях коагуляційних властивостей крові або в наслідок перенесених хвороб жіночих статевих органів (запалення, аномалії положення матки) тощо.

За патогенезом розрізняють овуляторні (при наявності овуляції, коли скорочується або подовжується одна із фаз циклу) та ановуляторні маткові кровотечі (при відсутності овуляції).

#### *Овуляторні маткові кровотечі*

Для цієї форми ДМК характерна наявність овуляції, однак ритмічність секреції гормонів яєчника порушена.

Виділяють 3 основні варіанти цієї патології:

1. Скорочення фолікулінової фази циклу.
2. Скорочення лютеїнової фази циклу.
3. Подовження лютеїнової фази циклу.

Крім того, до цієї групи порушень менструального циклу відносяться овуляторні міжменструальні кровотечі.

Скорочення фолікулінової фази при збереженні лютеїнової обумовлено порушенням функції гіпофіза. Частіше подібні порушення виникають в період статевого дозрівання при ще невстановленій менструальній функції. Фолікулінова фаза при цьому триває 7-8 днів внаслідок прискореного дозрівання фолікула і ранньої овуляції, а весь цикл зменшується до 14-21 днів. У цієї групи жінок менструації відбуваються частіше, ніж в нормі (пройоменорея); вони тривалі і рясні (гіперполіменорея), що пояснюється тим, що ендометрій в першій фазі циклу виявляється недостатньо підготовлений до дії прогестерону, тому в лютеїнову фазу не досягає необхідного ступеня секреторної трансформації і десквамується великими пластами. Характерними діагностичними є ранне (на 7-9 день циклу) підвищення базальної температури та поява симптому "зіниці". При гістологічному дослідженні біоптату слизової оболонки матки, зробленого на 18-20 день циклу, знаходять зміни, характерні для повноцінної фази секреції.

Звичайно гормональну терапію таким хворим не проводять. Обмежуються симптоматичними засобами (скорочуючі матку препарати при гіперменореї, вітамінотерапія, засоби, що підвищують коагуляційну здатність крові, антианемічна терапія). Якщо ця патологія поєднується з непліддям, можливе призначення середніх доз естрогенів (2-5 мг на добу) на 2, 4 та 6 дні або з 2 по 10 день щоденно. Введені естрогени сприяють тимчасовому пригніченню вироблення ФСГ, послаблюючи його вплив на яєчники, що викликає уповільнення дозрівання фолікула і настання овуляції. Синтетичні прогестини призначають на протязі 2-3 циклів.

Скорочення лютеїнової фази пов'язане з атрезією жовтого тіла і є найчастішим видом овуляторних кровотеч. Лютеїнова недостатність частіше пов'язана з порушенням лютеїнізуючої і лютеотропної функції при хронічних запальних процесах. Внаслідок зниження продукції прогестерону жовтим тілом яєчника секреторна фаза виявляється неповноцінною і короткою.

Клінічно ця патологія характеризується скороченням менструального циклу і підвищеною інтенсивністю менструальної крововтрати (пройоменорея, гіперполіменорея). Нерідко такі жінки страждають функціональним непліддям.

Для діагностики скорочення лютеїнової фази циклу аналізують криву базальної температури (вона підвищена протягом 4-6 днів і різниця температури в обидві фази циклу складає менше 0,6°C). Рівень прогестерону знижений (починають дослідження не раніше 4-5 дня від початку підвищення ректальної температури). Але навіть коли він виявляється нормальним, це ще не є гарантією повноцінної фази секреції, бо можливі порушення рецепції на рівні ендометрію. Тому при неплідді показане проведення за 2-3 дні до початку менструації біопсії ендометрію, при якій виявляється недостатня секреторна трансформація ендометрію.

Лікування недостатності лютеїнової фази починають із замісної терапії прогестероном за 10 днів до початку менструального циклу, що дозволяє подовжити II фазу менструального циклу. Слід мати на увазі, що норстероїди (норколут, примолут-нор) мають лютеолітичний ефект. Подовження лютеїнової фази досягається також дією хоріонічного гонадотропіну. Вводять хоріогонін по 1500-2000 МО на 2-4-6-й день підвищення базальної температури або профазі по 500 МО щоденно протягом 4-5 днів після овуляції. Введення ХГ можливо поєднувати із призначенням кломіфену або пергоналу, але під контролем рівня естрадіолу крові або УЗД з метою попередження розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників. Комбіновані естроген-гестагенні препарати призначають з метою ребауд-ефекту 2-3 курси. При супутній гіперпролактинемії застосовують лікування парлоделом по 2,5-7,5мг/добу впродовж 4-6 циклів, при гіперандрогенії – дексаметазон по 0,25-0,5мг/добу.

Подовження лютеїнової фази менструального циклу обумовлено персистенцією зрілого або незрілого жовтого тіла при повноцінній I, фолікуліновій, фазі менструального циклу. При персистенції зрілого жовтого тіла відмічається гіперпродукція прогестерону, тому слизова оболонка матки дуже розростається до появи кровотечі. Кровотеча настає в строк або після деякої затримки. З кожним разом вони стають все тривалішими, ряснішими; іноді продовжуються до 1-1,5 місяці.

При дослідженні тестів функціональної діагностики визначається своєчасне виникнення симптому “зіниці”, після чого – тривале значне підвищення базальної температури до 37,3-37,5°C. В мазках з піхви в II фазу визначається велика кількість скручених проміжних клітин. При гістологічному дослідженні біоптату слизової оболонки матки виявляється повноцінна фаза секреції.

При персистенції незрілого жовтого тіла внаслідок незначної продукції прогестерону відмічається незначне підвищення базальної температури до 37-37,3°C, в мазках з піхви – скручені проміжні клітини в невеликій кількості (++) впродовж усієї II фази, при гістологічному дослідженні – ендометрій в стані секреції. При дослідженні екскреції прогестерону визначається його достатня або підвищена кількість. Лікування жінок з подовженням II фази менструального циклу починається з гемостазу шляхом вискрібання порожнини матки і подальшої регуляції функції яєчників естроген-гестагенними препаратами типу оральних контрацептивів.

Овуляторна міжменструальна кровотеча регулярно з’являється на 10-12 день після закінчення менструації і співпадає за часом з овуляцією.

Її виникнення пов’язано з різким зниженням в цей час рівня естрогенів в організмі і зміненням до них чутливості рецепторів ендометрію. Кров’яні виділення частіше бувають незначні, неболючі, тривають 1-2 дні, можуть супроводжуватися легким стомленням. Базальна температура двофазна, без відхилень від норми.

Лікування при овуляторних міжменструальних кровотечах проводиться тільки при значних крововтратах шляхом призначення комбінованих оральних контрацептивів по 1таблетці з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3-4 місяців.

*Ановуляторні (однофазні) маткові кровотечі*

Виникають ациклічно з інтервалами 1,5-6 місяців, тривають звичайно більше 10 днів. Ациклічні кровотечі зумовлені персистенцією фолікула або його атрезією; циклічні – короткочасною ритмічною персистенцією фолікула. Розрізняють ациклічні кровотечі за віком, в якому вони виникають.

Для ювенільних кровотеч характерний особливий тип ановуляції, при якому відбувається атрезія фолікула, який не досяг овуляторної стадії зрілості. Це пояснюється незрілістю в пубертатному віці гіпоталамо-гіпофізарних структур і нездатністю їх до ритмічного виділення РГЛГ і гонадотропінів, що в свою чергу зумовлює порушення фолікулогенезу в яєчниках і виникає ановуляція. Продукція естрогенів має відносно монотонний, але тривалий характер, прогестерон утворюється в незначній кількості. Стимулююча дія ПГЕ<sub>2</sub> викликає проліферацію ендометрію; при дефіциті прогестерону ендометрій гіперплазується і в ньому відбувається залозисто-кістозні зміни. Маткові кровотечі виникають внаслідок застійного повнокрив'я, розширення капілярів, розвитку ділянок некрозу і нерівномірного відторгнення ендометрія. Сприяє довготривалій кровотечі, зниженню скоротливої активності матки при її гіпоплазії.

ДМК репродуктивного віку частіше всього виникають внаслідок персистенції зрілих фолікулів із надмірною продукцією естрогенів. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, виникає прогестерондефіцитний стан і абсолютна гіперестрогенія (а не відносна, як при ювенільних кровотечах). В результаті подовжується час проліферації ендометрію і інтенсивність цього процесу. Розвиваються гіперпластичні зміни (залозно-кістозна гіперплазія). При рецидивуючій ановуляції в сполученні з гіперестрогенією виникає підвищений ризик розвитку аденоматозу з атипічними змінами в гіперплазованому ендометрії. Джерелом кровотеч є ділянки гіперплазованого ендометрію з вогнищами дистрофії, некрозу і послідуємого відторгнення. Надмірна інтенсивність і довготривалість їх спричинені підвищеним вмістом ПГЕ<sub>2</sub> і простоцикліну, які перешкоджають агрегації тромбоцитів і розширюють судини.

Маткові кровотечі в предменопаузальному віці (клімактеричні) виникають внаслідок вікового порушення циклічного виділення гонадотропінів, процесу дозрівання фолікулів і їх гормональної функції. Формується лютеїнова недостатність з неповноцінністю жовтого тіла, яка переходить в ановуляторну дисфункцію яєчників. Характерна відносна гіперестрогенія на фоні абсолютної гіпопрогестеронемії. Кровотечі відбуваються із гіперплазованого ендометрію з вогнищами некрозу.

Геморагічна метроррагія (довготривала персистенція фолікула, хвороба Шредера) розвивається внаслідок тривалої (2-6 тижнів) персистенції зрілого фолікула. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, а фолікул постійно зазнає зворотного розвитку. Тривале існування фолікула супроводжується надмірним вмістом естрогенів, що викликає патологічну проліферацію із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрію, поліпозним його розростанням і порушенням живлення в ньому, що спричиняє дистрофічні зміни, некроз і безладну десквамацію. Кровотеча звичайно значна, тривала і виникає після 2-6-тижневої затримки менструації. Жінки страждають на неплідність, порушення функції інших органів і систем, а разі тривалих кровотеч можливий розвиток гіпохромної анемії.

Захворювання може розвиватися в різні вікові періоди. Найчастіше воно спостерігається у молодих дівчат та в період клімаксу.

### Діагностика ДМК

При збиранні анамнезу завжди необхідно звертати особливу увагу на ряд факторів, які можуть сприяти виникненню порушень менструального циклу: перенесені дитячі інфекції, екстрагенітальні захворювання, ендокринні розлади, порушення функції нервової системи, інфантилізм, неблагоприємні умови праці і побуту.

Диференційний діагноз ювенільних кровотеч проводять із захворюваннями крові, які супроводжуються підвищеною кровоточивістю (тромбоцитопенічна пурпура),

гормонально-активною пухлиною яєчника, міомою, саркомою матки, раком шийки матки, порушеною вагітністю. Для проведення диференціального діагнозу використовують детальний аналіз згортальної системи крові, УЗД, кольпоскопію з застосуванням піхвових дзеркал для дівчаток. Визначають в сечі рівень естрогенів, пригнандіолу, 17-КС. Проводяться кольпоцитологічні дослідження та гормональні внутрішньошкірні проби: в одне передпліччя вводять 2мл фолікуліну, а в інше – 1,2мл 0,5% розчин прогестерону. Через 2 години оцінюють результат. За переваженням розмірів тій чи іншої паполи або ділянки гіперемії судять про гормональну насиченість організму.

Диференційний діагноз ДМК репродуктивного віку проводять з порушеною матковою вагітністю, плацентарним поліпом, міомою матки із підслизовим та міжм'язовим розташуванням вузла, поліпами ендометрію, аденоміозом, раком ендометрію, позаматковою вагітністю та ін. Певне значення для встановлення правильного діагнозу має ретельно зібраний анамнез. Кровотечі в юному віці або звичне невиношування вагітності може стати непрямому вказівкою на порушення функцій яєчників з недостатністю лютеїнової фази. Основний етап діагностики – роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки каналу шийки матки і порожнини тіла, та її гістологічне дослідження. Проводять також гістероскопію, УЗД.

Клімактеричні ДМК диференціюють з аденокарциномою ендометрію, міомою, поліпами, аденоміозом, гормонально-активними пухлинами яєчників та ін. Роздільне вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу та тіла матки з послідуочим гістологічним дослідженням одержаного матеріалу є обов'язковим лікувально-діагностичним етапом. Провидиться воно найретельнішим чином з урахуванням онкологічної настороженості. При клімактеричних кровотечах застосовують також гістероскопію, гістерографію, УЗД.

При порушеннях менструального циклу обов'язкове проведення тестів функціональної діагностики діяльності яєчників. При персистенції зрілого фолікула базальна температура монофазна і завжди нижче 37°C, феномени “зіниці” та папороті позитивні (+++), показники КІ та ЕІ в межах 60-100%. Спостерігається висока секреція естрогенів (більше 50мкмоль/добу) та низька екскреція прегнадіолу (менше 6мг/добу).

При атрезії фолікула постійна низька базальна температура поєднується зі слабко вираженими феноменами “зіниці” та папороті (+), КІ та ЕІ не перевищують 10-20%. Екскреція естрогенів помірна (не вище 40нмоль/добу), а прегнадіолу знижена.

## Лікування ДМК

При лікуванні ставляться дві задачі:

1. Зупинити кровотечу.
2. Відвернути її рецидив.

При ювенільних кровотечах гемостаз можливий за допомогою гормональних препаратів і шляхом вишкрібання порожнини матки. Вибір методу гемостазу залежить від загального самопочуття хворої і ступеню крововтрати. Хворим, які не мають ефекту від консервативного лікування та тим, які мають довготривалу значну кровотечу із скаргами на слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, тахікардію, при рівні гемоглобіну нижче 70г/л та гематокриті 20%, слід виконати вишкрібання порожнини матки. Для попередження розладу дівочої пліви обколюють її 0,25% розчином новокаїну з 64ОД лідази. В інших випадках проводять гормональний гемостаз.

Для швидкого гемостазу вводять естрогени: 0,5-1мл 0,1% розчину синестролу або 5000-10000 ОД фолікуліну внутрішньом'язово кожні дві години до зупинки кровотечі, яка звичайно відбувається на першу добу лікування за рахунок проліферації ендометрію. Послідуочі дні поступово (не менше ніж на 1/3) знижують добову дозу препарату до 1мл синестролу або 10000ОД фолікуліну, вводячи його спочатку у 2, а потім в 1 прийом. Естрогенні препарати застосовують протягом 2-3 тижнів, потім переходять на гестагени.

Кожного дня протягом 6-8 днів внутрішньом'язово вводять по 1мл 1% розчину прогестерону або через день 3-4 ін'єкції 1мл 2,5% розчину прогестерону, або одноразово 1мл 12,5% розчину 17-ОПК. Можливе використання норколута по 10мг на добу або туріналу.

В останні роки найкращий ефект при гормональному гемостазі досягається при використанні комбінованих естроген-гестагенних препаратів, які містять естрадіол в дозі 0,03-0,05мг (нон-овлон, рігевідон, мінізістон, марвелон, силест). Їх призначають 3-4 рази на день по 1 таблетці. При досягненні гемостазу поступово знижують дозу до 1 таблетки на день. Курс лікування становить 21 день. Через 1-2 дні після його закінчення починається менструальноподібна кровотеча. З 5-го дня нового менструального циклу проводять прийом тих же препаратів у дозі 1/2-1 таблетка на день на протязі 21 дня. Рекомендовано провести 3 курси підтримуючої терапії.

Гемостаз гонадотропінами показаний при ановуляторній кровотечі (гіперестрогенія, недостатність лютеїнової фази) у молодих жінок та дівчат за схемою Шмідта: 1000-2000 ОД хоріогоніна щоденно до зупинки кровотечі, потім – через день по 500 ОД, на курс лікування 6000-8000 ОД.

У разі незначної кровотечі (прирівні гемоглобіну вище 100г/л) можливе проведення негормональної гемостатичної терапії:

а) скорочуючі матку засоби – оксітоцин, пітуїтрин, розчин ергометрину малеату (0,02%), розчин ерготаміну тартрату (0,05%), розчин ерготала 0,05% або розчин метілергометрина (0,02%) – 1мл внутрішньом'язово або підшкірно 1-2 рази на добу або по 1мл внутрішньовенно крапельно на 400мл розчину глюкози 5%;

б) кровозупиняючі засоби – кальцію хлорид або глюконат 10%-10мл внутрішньовенно; розчин вікасолу 1%-1мл внутрішньом'язово 2 рази на добу; розчин  $\Sigma$ -амінокапронової кислоти 5%-100мл внутрішньовенно крапельно або всередину по 2-3г 3 рази на добу 7-8 днів; ПАМБА по 0,25г всередину 2-4 рази на добу; розчин етамзілату (діцинону) 12,5% по 2мл 2-4 рази на добу внутрішньом'язово або внутрішньовенно 4-6 разів на добу до зупинення кровотечі з послідувачим прийомом таблеток (1-2 таблетки 3-4 рази на добу); АТФ по 1мл внутрішньом'язово (на курс 20-30 ін'єкцій – він покращує агрегаційну функцію тромбоцитів і скоротливу діяльність м'язів матки). Застосовується фібриноген (2-3г внутрішньовенно), а також суха або свіжозаморожена плазма. Сприяє лікуванню прийом гемостатичних рослин у вигляді відвару кропиви, водяного перцю, калини, деревію, кровохльобки, грициків.

Одночасно з хірургічним або гормональним гемостазом проводять активну протианемічну та загальнозміцнюючу терапію, що включає в себе:

– переливання крові, еритроцитарної маси та плазми при наявності показань;  
– переливання реополіглюкіну із розрахунку 8-10мл/кг, внутрішньом'язові ін'єкції 1% розчину АТФ по 2мл кожного дня протягом 10 днів;

– препарати заліза: ферковен, ферроплекс, фемотек, фероградумент, ферум-лек; як стимулятор кровотворіння і гемостатичний засіб використовують гемостимулін по 0,5г тричі на добу;

– вітамін В<sub>12</sub> внутрішньом'язово по 200мкг на день з фолієвою кислотою по 0,01г 2-3 рази в день;

– розчин глюкози 40% 20мл внутрішньовенно із аскорбіновою кислотою 5% – 3-5мл, вітаміни В<sub>1</sub> почергово із вітаміном В<sub>6</sub> по 1мл внутрішньом'язово 10 ін'єкцій;

– вітаміни Е (по 50 мг) і А (по 33000 МО) щоденно 50мг всередину протягом 1 місяць з метою стимуляції функції яєчників і регенерації ендометрію, з невеликою перервою курси повторюють 2 рази.

– при наявності інфекційно-алергічних захворювань призначають антигістамінні засоби та препарати, що підвищують імунологічну резистентність організму: метілурацил, декаріс, апілак, спленін, краплі Береша, тимолін, Т-активін, ехінацея;



– мексалін по 0,05г 3 рази на добу протягом 5-7 днів для стимуляції функції гіпофізі та нормалізації обміну серетоніну;

– фізіотерапевтичні методи лікування: 2% розчин сірчаноокислої міді в I фазу циклу і 2% розчин сірчаноокислого цинку в II фазу у вигляді іонофорезу на нижню частину живота; шийно-лицева гальванізація з 1% розчином сірчаноокислого цинку або із 10% розчином сірчаноокислої міді, 10% розчином хлориду кальцію, 2-3% розчином сульфату магнію або 2-3% розчином натрію броміда; ендоназальна іоногальванізація з 2% розчином вітаміну В<sub>1</sub> при ановуляторних гіпоестрогенних кровотечах, або із 0,25-0,5% розчином новокаїну при гіперестрогенних кровотечах. На курс лікування пропонується 12-15 процедур щоденно або через день. В період затримки менструації для профілактики рецидивів рекомендований вібраційний масаж на паравертебральні зони попереково-крижового відділу хребта. Для лікування ДМК застосовують також голкорексфлексотерапію, акупунктуру, лазеропунктуру, холодове подразнення рецепторів шийки матки, електростимуляцію шийки матки.

Другим етапом лікування ювенільних кровотеч є профілактика рецидиву кровотечі. Для цього призначають естроген-гестагенні препарати із 16-го по 25 день сформованого менструального циклу на протязі 3-4 місяців. Можливе використання чистих гестагенів: норколут по 5мг з 16-го по 25-й день циклу або 12,5% розчин 17-ОПК в дозі 125мг (1мл) на 17-й та 21-й день циклу протягом 3-4 місяців.

Лікування ДМК у жінок репродуктивного віку розпочинають з лікувально-діагностичного вискрібання стінок порожнини матки. Із хірургічних методів лікування ДМК використовують також вакуум-аспірацію ендометрію, руйнування ендометрію замороженням (кріодеструкція), електрокоагуляцію, лазерну вапоризацію, видалення матки, оментооваріопексію та ін.

При повторних кровотечах коли вискрібання порожнини матки провидилось менше ніж 6 місяців тому, за умови сприятливих результатів гістологічного дослідження виникає необхідність в гормональному гемостазі, якщо хвора не отримувала протирецидивної терапії. Застосовують синтетичні естроген-гестагенні препарати (рігевідон, овідон, ановлар, нон-овлон) до 6-8 таблеток на день, щоденно на 1 таблетку знижуючи дозу до 1 таблетки. Курс лікування 21 день. Можливе проведення гемостазу за допомогою чистих гестагенів (прегнін по 60мг на добу або прогестерон по 10мг на добу) або естрогенний гемостаз (спочатку призначають 5 мг естрадіолу діпропіонату 50000 ОД одноразово внутрішньом'язово, потім діетілстільбестрол в таблетках по 5мг кожні 4 години до припинення кровотечі). Останній є менш сприйнятливим, бо менструальноподібна реакція, що виникає після його відміни, при недостатньої трансформації епітелію може супроводжуватись грубою десквамацією і масивною кровотечею. Тому після здійснення гемостазу естрогенними препаратами слід обов'язково призначити гестагени.

Після припинення кровотечі циклічна регулююча терапія синтетичними прогестинами, естрогенами і прогестероном або хоріонічним гонадотропіном і прогестероном.

Місцевий гемостаз можливо здійснювати тромбіновою губкою, ΣАКК, 1% розчином адреналіну. Тампон змочують одним з цих розчинів і вводять до шийки матки на 8 годин.

Метод Грамматікаті використовують в двох варіантах:

1. Введення в порожнину матки 5% розчин йоду за допомогою шприця Брауна. Починають з 0,2мл і кожного дня добавляють по 0,1мл, доводячи до 1 мл (2-3мл максимально). Курс лікування 20-30 днів кожного дня або через день.

2. Тампонада матки тампоном, добре змоченим 5-10% розчином йоду. Експозиція 20-30 хвилин. Курс лікування 1-3 процедури. Обов'язкова гістологічна верифікація діагнозу перед лікуванням.

Після кюретажу матки хворі підлягають диспансерному нагляду і контролю за станом менструального циклу по тестам функціональної діагностики. При відновленні фазності менструального циклу лікування не потрібне. Поява ановуляції є показанням до гормональної регуляції циклу з урахуванням патоморфології матки та яєчників (враховуючи тести функціональної діагностики). Симптоматична терапія проводиться за тим же принципом, як і при ювенільних кровотечах.

При виникненні кровотечі у жінок в клімактеричному періоді для виключення наявності передракових станів і пухлин лікування слід починати з діагностичного фракційного вискрібання цервікального каналу та слизової оболонки порожнини матки. Жінкам до 48 років при залозисто-кістозній гіперплазії призначають 17-ОПК по 125-250мг на 14-й, 17-й, 21-й день після вискрібання і потім продовжують його введення в тій же дозі ті ж самі дні циклу на протязі 4-6 місяців. Норколут призначають по 5-10мг з 16 по 25 день циклу також 4-6 місяців. Жінкам після 48 років, особливо при рецидивуючій гіперплазії рекомендується терапія, спрямована на пригнічення менструальної функції. Їм призначають 17-ОПК по 250мг в безперервному режимі 2 рази на тиждень на протязі 6 місяців. Краще застосовувати даназол по 400мг кожного дня або гестріон по 5мг 2 рази на тиждень протягом 4-6 місяців, які усувають гіперплазію ендометрію завдяки своїй антигонадотропній активності.

Лікування андрогенами рекомендоване при повторних кровотечах жінкам у віці старше 50 років, у яких гістологічно виявлені гіпопластичні атрофічні зміни ендометрію. Використовують андрогени тривалої дії: омнандрен або сустанон-250 1 раз на місяць або тестенат по 1мл 10% розчину 2 рази на місяць протягом 3-4 місяців.

Обов'язковою є корекція обмінно-ендокринних порушень: ожиріння, гіперглікемії та гіпертензії.

Хірургічне втручання (надпівову ампутацію або екстирпацію матки) виконують по наступним показанням:

1. Абсолютні:

- аденокарцинома ендометрію;
- атипична гіперплазія ендометрію в поєднанні з аденоматозом;
- міома матки різноманітної локалізації;
- збільшення розміру яєчників;
- підслизове розташування вузлів міоми матки;
- вузлова форма аденоміозу;
- сполучення аденоміозу з міомою матки при відсутності гіперпластичних процесів ендометрію.

2. Відносні:

- рецидивуюча залозно-кістозна гіперплазія;
- рецидивуючі поліпи у жінок з обмінно-ендокринними захворюваннями.

## **VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції**

### ***Питання***

1. Які маткові кровотечі називають дисфункціональними?
2. Що таке персистенція і атрезія фолікула?
3. Як виникає кровотеча при персистенції фолікула?
4. Як виникає кровотеча при атрезії фолікула?
5. Які виділяють форми двофазних маткових кровотеч?
6. Як діагностувати порушення менструального циклу при двофазних кровотечах?
7. Як діагностувати скорочення лютеїнової фази?
8. Як діагностувати подовження лютеїнової фази?
9. Як діагностувати відсутність овуляції?
10. Який результат гістологічного дослідження ендометрію при геморагічній

метропатії Шредера?

11. Лікування хворих з матковими кровотечами у різному віці.

12. Що таке естрогенний гемостаз?

### *Завдання для самостійної роботи по темі лекції*

1. Виявити і оцінити фактори ризику ДМК при збиранні анамнезу у хворих.
2. Провести аналіз скарг у хворих та встановити попередній діагноз.
3. Скласти план обстеження жінки з ДМК.
4. Провести обстеження жінки з ДМК загальними методами (вимірювання АД, визначення об'єму крововтрати)
5. Провести аналіз даних, отриманих при обстеженні жінки з ДМК та лабораторних даних, встановити можливого варіанту ДМК.
6. Оцінити ступінь тяжкості аномальної маткової кровотечі.
7. Скласти план індивідуального лікування при тяжкій аномальній матковій кровотечі.
8. Розробити тактику ведення жінки при тяжкій аномальній матковій кровотечі.

### *Тестові завдання*

1. Хвора 29 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на дратівливість, плаксивість, головний біль, нудоту, іноді - блювоту, біль в ділянці серця, приступи тахікардії, зниження пам'яті, метеоризм. Ці скарги виникають за 6 днів до менструації та зникають на передодні або в два перші дні. Вагінально: матка та придатки без змін. Який діагноз?

- A. Передменструальний синдром.
- B. Альгодисменорея.
- C. Апоплексія яєчників
- D. Генітальний ендометріоз.
- E. Невроз

2. 27-річна жінка пред'являє жалоби на нерегулярні місячні з затримками до 2-3 місяців, значительну прибавку маси тела, гірсутизм. Замужем 5 років. Беременностей не було. При вгалищном дослідженні матка небагато менше норми, з обох сторін визначаються щільні, рухомі яєчники до 4-5 см в діаметрі. Про яку патологію можна думати в даному випадку?

- A. Синдром склерокістозних яєчників
- B. Двухсторонні кисти яєчників.
- C. Хронічний двухсторонній сальпінгіт
- D. Туберкульоз придатків матки
- E. Гіпоменструальний синдром

3. В гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на рясну кровотечу із статевих шляхів після затримки місячних на протязі 5 місяців, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, тахікардія. При гінекологічному обстеженні: тіло матки нормальних розмірів, безболісне, рухоме; придатки з обох боків не визначаються. Який ймовірний діагноз у хворої?

- A. Клімактерична дисфункціональна кровотеча
- B. Міома матки
- C. Перервана вагітність
- D. Аденокарцинома ендометрію

## Е. Внутрішній ендометріоз

4. Хвора 20 років звернулася із скаргами на аменорею. При об'єктивному обстеженні виявлено гірсутизм, ожиріння з переважним розподілом жирової тканини на обличчі, шиї, верхній частині тулуба, на обличчі – acne vulgaris, на шкірі – смуги розтягнення. АТ 170/100 мм рт.ст. Психічний розвиток та інтелект не порушений. Гінекологічний статус: волосистість на зовнішніх статевих органах надмірна, різка гіпоплазія піхви та матки.

Діагноз?

- А. Синдром Іценка-Кушинга
- В. Синдром Шерешевського-Тернера
- С. Синдром Штейна-Левенталя
- Д. Синдром Шихана
- Е. Синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха

5. У жіночу консультацію звернулася хвора віком 36 років зі скаргами на підвищену дратівливість, плаксивість, головний біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовиділення, нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово зростають за кілька днів до менструації і зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Перераховані скарги почала відмічати на протязі останнього року. Який діагноз?

- А. Передменструальний синдром
- В. Синдром Шихана
- С. Синдром Штейна-Левенталя
- Д. Адрено-генітальний синдром
- Е. Клімактеричний синдром

## Ситуаційні задачі :

1. Хвора 36 років поступила у відділення зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, головний біль. З анамнезу відомо, що хвора знаходиться на обліку з приводу вузлуватої фіброміоми матки. При останньому огляді 2 місяці тому величина матки була 9-10 тижнів. Об'єктивно: температура тіла 38,4°C; пульс 118 за хв. аритмічний; язик чистий злегка сухуватий; живіт м'який, болючий в нижніх відділах. Над лоном визначається пухлиноподібне, різко болюче утворення. Симптом Щоткіна різко позитивний. Бімануально: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. Справа - болюче утворення розміром 4×5 см. Склепіння глибокі, болючість при дослідженні. У загальному аналізі крові при поступленні – Нв – 110 г/л; лейкоцити –  $12,6 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 16%); ШОЕ – 42 мм/год. Після спостереження з хворою та лікування протягом 1 години: Нв – 110 г/л; лейкоцити –  $16,7 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 20%); ШОЕ – 48 мм/год.

Діагноз? Лікування?

2. Хвора 34 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Остання менструація була тиждень тому. Статеве життя з 24 років. Контактні кровотечі. В дзеркалах: на передній губі шийки матки виразка розміром 1см, взята біопсія. Мікроскопічно виявлений плоскоклітинний рак.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

3. Хвора 23 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль в попереку та незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів.

Вагітність перша. Втручання заперечує. Захворіла 2 доби тому.

В анамнезі - кір, скарлатина, дифтерія, малярія, черевний тиф.

Менструації з 17 років, регулярні по 3 дні, болючі, скудні. Остання менструація 9 тижнів тому.

Загальний стан задовільний, температура 36,6°C, пульс 74 за 1 хв, наповнений.

Гінекологічне обстеження: шийка матки конічної форми. Зовнішнє вічко закрите. Матка м'яка, збільшена до розмірів жіночого кулака. Кров'янисті виділення в невеликій кількості. Сформулюйте діагноз..

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **A. По темі викладеної лекції «Дисфункціональні маткові кровотечі»**

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. \_154 с.
4. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк ,Каштан,2009.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (дисфункціональні маткові кровотечі у жінок репродуктивного та перименопаузального віку).
8. *Татарчук Т.Ф., Булавенко О.В., Бодрягова О.И.* Клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста // Ліки України. – 2008. – № 4 (120). – С. 1–8.
9. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».

### **Б. По темі наступної лекції «Передракова та фонова патологія шийки матки».**

#### ***Питання***

1. Які ви знаєте фактори ризику і причини розвитку фонових та передракових захворювань жіночих статевих органів?
2. Класифікація фонових захворювань, передракових станів і раку шийки матки.
3. Дайте визначення фоновому процесу.
4. На які підгрупм поділяються фонові процеси в залежності від причини їх виникнення?
5. Які є форми ендоцервікозу?
6. Класифікація поліпів шийки матки?
7. Що таке лейкоплакія, її основні форми?
8. Гістологічні ознаки справжньої ерозії.
9. Які ви знаєте передракові стани шийки матки?
10. Дайте коротку характеристику передракових станів шийки матки.
11. Правила забору матеріалу для цитологічного дослідження.
12. Типи мазків по Папаніколау.
13. Кольпоскопія її можливості і техніка виконання.
14. Які проби проводяться при розширеній кольпоскопії.

15. Які виділяють етапи профілактики злоякісних пухлин геніталій?
16. В чому полягають консервативні методи лікування фонових і передракових захворювань шийки матки?
17. Які ви знаєте радикальні методи лікування захворювань шийки матки?

***Рекомендована література по темі наступної лекції***

1. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (доброякісні та передракові процеси шийки матки).
3. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
4. Хмельницький О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: SOTIS, 2000. – 333с.
5. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (доброякісні та передракові процеси шийки матки).
7. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
8. Хмельницький О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. – СПб.: SOTIS, 2000. – 333с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
10. Гінекологія./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
11. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
12. Жилиев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
13. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
14. Коханевич Е.В., Ганина Н.В., Суменко В.В. Кольпоцервикоскопия: Атлас. - К.: Издательство "Гидромакс", 2004.
15. 7.Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
16. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**