

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН, доцента кафедры акушерства и гинекологии ИПО Шапошниковой Екатерины Викторовны на реферат клинического ординатора второго года обучения по специальности «Акушерства и гинекологии» Грицфельд Татьяна Валерьевны по теме «Маточные кровотечения пубертатного периода»

В последнее десятилетие интерес к изучению патогенеза аномальных маточных кровотечений (АМК) заметно возрос, что обусловлено ростом частоты овуляторных и ановуляторных маточных кровотечений, особенно в период становления менструальной функции. Вопросы лечения и реабилитации пациенток с данной патологией весьма актуальны, так как рецидивы заболевания ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является социальной и экономической проблемой.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Актуальность	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9. Наличие общего вывода в теме	+
10. Итоговая оценка	+

5 бал.

Дата: « 9 » сент. 20 19 год

Подпись рецензента

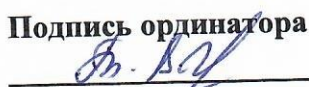


(подпись)



(ФИО рецензента)

Подпись ординатора



(подпись)



(ФИО ординатора)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ « КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор

Базина М.И.

РЕФЕРАТ

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Выполнила:

клинический ординатор

Грицфельд Т.В.

Красноярск 2019 г.

Оглавление

1. Введение.....	2
2. Классификация	2
3. Клинические проявления.....	2
4. Диагностика.....	3
5. Дифференциальный диагноз.....	4
6. Лечение.....	4
7. Оценка эффективности лечения.....	7
8. Список литературы.....	9

1. Введение

Маточные кровотечения в пубертатном периоде (МКПП, ювенильные маточные кровотечения) — кровотечения, возникшие в пубертатном периоде жизни женщины (с момента первой менструации до 18 лет). Эта проблема имеет большое социальное значение, поскольку МКПП являются причиной временной или стойкой утраты трудоспособности и влияют на будущую репродуктивную способность пациенток. Частота МКПП в структуре гинекологических заболеваний варьирует от 10 до 37,3%.

2. Классификация

В зависимости от функциональных и морфологических изменений в яичниках выделяют овуляторные и ановуляторные маточные кровотечения. В пубертатном периоде наиболее часто встречаются ановуляторные кровотечения. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют следующие формы МКПП:

- обильные кровотечения в начале менструального периода;
- пубертатные меноррагии;
- пубертатные кровотечения.

В зависимости от уровня эстрогенов МКПП делятся на гипо- и гиперэстрогенные. Этиология и патогенез. Моментами, провоцирующими МКПП, могут оказаться любые неблагоприятные факторы (чаще всего играет роль сочетанное воздействие нескольких из нижеперечисленных):

- бактериальная или вирусная инфекция;
- нарушения витаминного и минерального баланса;
- эмоциональные или физические перегрузки.

В основе патогенеза этого состояния чаще всего лежат: нарушение нейроэндокринной регуляции менструального цикла вследствие неполноценности координирующего воздействия гипоталамо-гипофизарной системы; незрелость нервно-рецепторного аппарата яичников и матки. Изменения соотношения стероидных гормонов крови на этом фоне реализуются изменением состояния эндометрия.

3. Клинические проявления

К МКПП относятся маточные кровотечения, возникшие менее чем через 21 день или продолжающиеся более 7 дней, обуславливающие общую потерю крови в объеме более 80

мл. Чаще всего МКПП возникают после задержки менструации, характеризуются затяжным течением с частыми рецидивами. Кровяные выделения из половых путей могут быть:

- длительными коричневыми с периодическим усилением до ярких;
- длительными с короткими светлыми промежутками;
- длительными циклическими.

При длительных и рецидивирующих кровотечениях отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек, слабость, головокружение, быстрая утомляемость, плохой сон. Очень часто при МКПП выявляют следующие сопутствующие соматические заболевания: дискинезию и воспаление желчевыводящих путей; дисфункцию ЖКТ; аллергические заболевания.

4. Диагностика

Диагностика МКПП не представляет сложностей, диагноз может быть установлен исключительно на основании характерной клинической картины заболевания. Однако для исключения различных патологических процессов, в т.ч. заболеваний крови, и подбора адекватной комплексной терапии показано проведение следующих исследований:

- клинического анализа крови;
- гормонального исследования (определение содержания в сыворотке крови ЛГ, ФСГ, эстрадиола, пролактина, кортизола, свободного ТЗ, свободного Т4, ТТГ);
- развернутой коагулограммы;
- оценки иммунного статуса;
- микробиологического исследования влагалищного содержимого;
- ПЦР-диагностики ЗППП;
- вагиноскопии, кольпоскопии;
- бимануального ректоабдоминального исследования;
- УЗИ органов малого таза;
- ЭЭГ.

По показаниям может быть выполнена гистероскопия с диагностическим выскабливанием слизистой оболочки полости матки или лапароскопия. Лапароскопия с биопсией яичников показана при рецидивировании заболевания для современной дифференциальной диагностики. Гистологическое исследование биоптата яичников позволяет установить состояние гонад, а также обнаружить очаги патологической гормональной активности в яичниках. Иногда результаты гистологического исследования

биоптатов диктуют необходимость пересмотра тактики дальнейшего ведения больной. Для определения тактики лечения важно определить тип МКПП.

Диагностические критерии гиперэстрогенного типа МКПП: выраженная складчатость влагалища, сочность девственной плевы; яркая выраженность симптома «зрачка» и повышенная растяжимость шейной слизи (более чем на 5 — 7 см); умеренные, периодически усиливающиеся до обильных, кровяные выделения с примесью слизи; клинические и ультразвуковые признаки увеличения размеров матки; выраженное стойкое утолщение эндометрия по данным УЗИ (более 1,2 см); наличие крупнокистозных включений (1—3,5 см в диаметре) в яичниках по данным УЗИ; абсолютное или относительное повышение уровня эстрадиола в сыворотке крови.

Клинические признаки гипозэстрогенного типа МКПП: слабая складчатость и бледность стенок влагалища, истончение девственной плевы; слабая выраженность симптома «зрачка» и растяжимость шейной слизи не более чем на 3—4 см; монотонные длительные умеренные или скудные кровяные выделения без примеси слизи; клинические и ультразвуковые признаки инфантилизма матки; отсутствие или умеренное (0,8—1 см) утолщение эндометрия по данным УЗИ; множественные мелкокистозные включения (0,3—0,6 см в диаметре) в обоих яичниках по данным УЗИ; низкий уровень эстрадиола в сыворотке крови.

5. Дифференциальный диагноз

Прежде всего необходимо проводить дифференциальную диагностику МКПП с кровотечениями на фоне заболеваний крови, в пользу которых свидетельствуют следующие особенности:

- подкожные кровоизлияния, вызванные легкими травмами;
- кровотечения из носа и десен;
- упорные маточные кровотечения;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии.

6. Лечение

Основные задачи лечения МКПП: остановка кровотечения; регуляция менструального цикла; коррекция нарушений физического и психического состояния. Тактика лечения определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

I этап лечения — остановка маточного кровотечения. Выбор метода гемостаза определяется общим состоянием пациентки и выраженностью кровопотери. Лечение начинают с симптоматической гемостатической терапии: Аминокапроновая кислота внутрь 5 г однократно, затем 1 г каждый час в течение не более 8 ч или Апротинин в/в 100 000 ЕД каждые 2—3 ч, по мере улучшения состояния дозу постепенно уменьшают до 300

000—500 000 ЕД/сут, 3—4 сут или Кальция хлорид, 10% р-р, в/в 10 мл 1—2 р/сут, 3—4 сут или Менадиона натрия бисульфит внутрь 15 мг 1 р/сут, 3—4 сут или Транексамовая кислота внутрь 1—1,5 г 3—4 р/сут или в/в 5 мл 2—4 р/сут, 3—4 сут или Этамзилат внутрь 500 мг 4 р/сут или в/м 2 мл 2 р/сут, 3—4 сут ± Метилэргометрин, 0,02% р-р, в/м 0,5 мл 2 р/сут, 3—4 сут или Окситоцин в/м 5 МЕ 2 р/сут, 3—4 сут. Метилэргометрин можно назначать в сочетании с этамзилатом, однако при наличии или при подозрении на наличие полипа эндометрия либо миомы от назначения метилэргометрина лучше воздержаться из-за возможности усиления кровяных выделений и возникновения болей внизу живота.

Помимо фармакотерапии применяют немедикаментозные методы воздействия. Могут быть использованы следующие физиотерапевтические методики: гальванизация синокаротидной зоны; вибрационный массаж паравертебральных зон; эндоназальная гальванизация; эндоназальный электрофорез ионов кальция.

Показания к гормональному гемостазу: отсутствие эффекта от симптоматической терапии; тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения; рецидивирующие кровотечения в отсутствие органических заболеваний матки. Гормональную терапию назначают по следующим схемам: Эстрадиол внутрь 2 мг 2 р/сут (до остановки кровотечения), затем 2 мг 1 р/сут, общая длительность 21 сут или Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 2 р/сут (до остановки кровотечения), затем 2 мг 1 р/сут, общая длительность 21 сут + Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Прогестерон внутрь 100 мг 3 р/сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Этинилэстрадиол/дезогестрел внутрь 30 мкг/150 мкг по 1/2 табл. каждые 4 ч (до остановки кровотечения), затем снижение дозы по 1/2 табл./сут до 1 табл./сут, общая длительность 21 сут или Этинилэстрадиол/левоноргестрел внутрь 30 мкг/150 мкг по 1/2 табл. каждые 4 ч (до остановки кровотечения), затем снижение дозы по 1/2 табл./сут до 1 табл./сут, общая длительность 21 сут.

При выраженной анемии назначаются препараты железа: Железа глюконат/марганца глюконат/меди глюконат внутрь в виде р-ра взрослым: 100—200 мг железа в сут, подросткам из расчета 5—7 мг/кг массы тела в сут в 2—4 приема или Железа сульфата/аскорбиновая кислота внутрь 100 мг/60 мг (1 табл.) 2 р/сут, или 80 мг/30 мг 1—2 р/сут, или 50 мг/30 мг 1—2 р/сут, 8 нед после нормализации уровня гемоглобина. Критерием эффективности проводимого лечения препаратами железа служит появление ретикулярного криза (повышение числа ретикулоцитов по сравнению с исходным уровнем) с последующим увеличением уровня гемоглобина. В этом случае терапию продолжают в суточной дозе до полной нормализации уровня гемоглобина. После этого лечение проводят еще не менее 8 недель, сократив суточную дозу препарата до разовой,

что позволит удовлетворить потребности роста организма и пополнить запасы железа. В тех случаях, когда прием препаратов железа не сопровождается ретикулярным кризом и увеличением уровня гемоглобина, лечение прекращают. Необходимо помнить, что при имеющемся остром воспалительном процессе у подростков железо практически не усваивается и накапливается в очаге воспаления, а не расходуется на синтез гемоглобина.

При неэффективности гормональной терапии, рецидивирующих и анемизирующих кровотечениях с целью гемостаза и диагностики патологических состояний эндометрия показано выскабливание слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопии.

На I этапе лечения одновременно с гемостатической терапией могут быть назначены противомикробные ЛС. Показания к антибактериальной терапии: рецидивирующие или длительные (более 2 месяцев) анемизирующие кровотечения; выявление патогенной/условно-патогенной микрофлоры (в количествах, превышающих нормальный уровень) после отдельного диагностического выскабливания. Антибактериальная терапия должна проводиться с учетом чувствительности флоры влагалища или цервикального канала к антибиотикам, одновременно для профилактики дисбактериоза назначают противогрибковые ЛС: Амоксициллин/клавуланат внутрь 625 мг 3 р/сут, 7 сут или Джозамицин внутрь 500 мг 2 р/сут, 7—10 сут или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р/сут, 7—10 сут или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р/сут, 7—10 сут или Цефтриаксон в/м 1 г 2 р/сут, 5 сут + Метронидазол в/в 500 мг 1 р/сут, 3 сут + Кетоконазол внутрь 200 мг 2 р/сут, 7—14 сут или Нистатин внутрь 500 000 ЕД 4 р/сут, 7—14 сут или Флуконазол внутрь 150 мг, однократно.

II этап лечения МКПП включает терапию, направленную на регуляцию менструального цикла и профилактику рецидива кровотечения, коррекцию нарушений физического и психического состояния: коррекцию пищевого поведения (калорийное и разнообразное питание с достаточным количеством животного белка); соблюдение режима труда и отдыха, закаливание; коррекцию осанки (при необходимости); немедикаментозную противорецидивную терапию: — иглорефлексотерапия; — магнитотерапия; — электропунктура; санацию очагов инфекции; витаминотерапию; гормональную терапию; терапию, направленную на улучшение функции ЦНС.

Витаминотерапия проводится циклически: Аскорбиновая кислота внутрь 0,5 г 2 р/сут, 10—15 сут в предполагаемую 2-ю фазу менструального цикла, 3 мес 2—3 р/год + Витамин Е внутрь 200—400 мг/сут, 3 мес 2—3 р/год + Магния лактат/пиридоксин внутрь 1 табл. 2 р/сут, 3 мес 2—3 р/год + Фолиевая кислота внутрь 1 мг 3 р/сут, 10—15 сут в предполагаемую 2-ю фазу менструального цикла, 3 мес 2—3 р/год. Гормональная терапия. Выбор метода гормональной терапии диктуется степенью эстрогенной насыщенности

организма. При гипоестрогенных МКПП назначаются ЛС, содержащие натуральные эстрогены: Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р/сут с 5-го по 13-й день менструального цикла, 6—12 мес + Эстрадиола валерат/левоноргестрел внутрь 2 мг/0,15 мг 1 р/сут с 14-го по 25-й день менструального цикла, 6—12 мес или Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р/сут с 5-го по 15-й день менструального цикла, 6—12 мес + Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутрь 2 мг/10 мг 1 р/сут с 16-го по 25-й день менструального цикла, 6—12 мес или Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р/сут с 5-го по 15-й день менструального цикла, 6—12 мес + Эстрадиола валерат/ципротерон внутрь 2 мг/1 мг 1 р/сут с 16-го по 25-й день менструального цикла, 6—12 мес. При нормальном или повышенном содержании эстрадиола в сыворотке крови ЛС выбора являются гестагены или КПК: Дидрогестерон внутрь 10 мг 2—3 р/сут, с 16-го по 25-й день менструального цикла, не менее 3—4 мес или Прогестерон внутрь 100 мг 2—3 р/сут, с 16-го по 25-й день менструального цикла, не менее 3—4 мес или Этинилэстрадиол/гестоден внутрь 30 мкг/75 мкг с 1-го по 21-й день менструального цикла, 3 мес или Этинилэстрадиол/дезогестрел внутрь 30 мкг/150 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день менструального цикла, 3 мес или Этинилэстрадиол/левоноргестрел внутрь 30 мкг/150 мкг с 1-го по 21-й день менструального цикла, 3 мес. Через 3 месяца приема низкодозных КПК возможно назначение микродозных КПК: Этинилэстрадиол/гестоден внутрь 20 мкг/75 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день менструального цикла, 6—12 мес или Этинилэстрадиол/дезогестрел внутрь 20 мкг/150 мкг 1 р/сут с 1-го по 21-й день менструального цикла, 6—12 мес. Терапия, направленная на улучшение функции ЦНС Одновременно с витаминотерапией и гормональной терапией используют ЛС, улучшающие функциональное состояние ЦНС: Глутаминовая кислота внутрь 0,5 г 2 р/сут, 3 мес 2—3 р/год + Ацетиламиноянтарная кислота внутрь 10 мл 1 р/сут, 1 мес 2—3 р/год или Винпоцетин внутрь 5 мг 3 р/сут, 1—2 мес или Глицин внутрь 50—100 мг 2—3 р/сут, 1—2 мес или Пентоксифиллин внутрь 10 мг/кг/сут в 3 приема, 1—2 мес или Пирацетам внутрь 50—100 мг 1—2 р/сут, 2—3 нед — 2 мес или Циннаризин внутрь 6,25—12,5 мг 1—2 р/сут, 1—2 мес + Карбамазепин внутрь 100 мг 2 р/сут, 2—4 нед или Фенитоин внутрь 117—234 мг 1—2 р/сут, 3—6 мес.

7. Оценка эффективности лечения

Период реабилитации в случае успешного лечения начинается с восстановления ритма менструации и завершается появлением овуляции. Общая продолжительность периода реабилитации от 2 до 6 месяцев. Осложнения и побочные эффекты лечения Стандартные дозы в КПК могут оказывать слишком сильный или, наоборот, недостаточный эффект у конкретной девушки, что зависит от индивидуальной чувствительности. При «избыточном» влиянии эстрогенов наблюдаются: головная боль; повышение АД;

раздражительность; тошнота; рвота; головокружение; мастодиния; хлоазма; прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей; повышение массы тела. Недостаточный эстрогенный эффект (обусловленный назначением неоправданно низких доз эстрогенов) может привести к появлению следующих симптомов: головной боли; депрессии; раздражительности; уменьшению размеров молочных желез; сухости влагалища; межменструальных кровотечений в начале и середине цикла; скудных менструаций. Проявлениями «избыточного» влияния гестагенов могут быть: головная боль; депрессия; утомляемость; угревая сыпь; сухость влагалища; прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей; повышение массы тела. При недостаточном гестагенном эффекте возможны: обильные менструации; межменструальное кровотечение во второй половине цикла; задержка менструации. Гормональная терапия влияет на серотонин-брадикининовый обмен, что повышает риск развития и обострений аффективных психических расстройств (депрессии).

Необоснованны следующие назначения: гормональная терапия с целью регуляции менструальной функции у пациенток с сопутствующими заболеваниями, такими как дискинезия и воспаление желчевыводящих путей, нарушение функции ЖКТ, аллергические заболевания и др.; применение высокодозных КПК, которые являются дополнительной нагрузкой на печень и часто приводят к развитию побочных эффектов — тошноты, рвоты и т.д.; гормональная терапия без соответствующих показаний; симптоматическая терапия при маточных кровотечениях на фоне гиперпластических изменений в эндометрии; лечение пациенток с помощью циклической витаминотерапии на фоне кистозных изменений в яичниках (паровариальная киста, СПКЯ, фолликулярные кисты); проведение диагностического выскабливания слизистой оболочки тела матки без гистероскопии; длительное (более 3 месяцев) применение неэффективной схемы фармакотерапии.

Прогноз для жизни при целенаправленном и патогенетическом лечении благоприятный. Девушки, страдающие МКПП, составляют в зрелом возрасте группу риска нарушения репродуктивной функции и патологии эндометрия. В связи с этим данный контингент девушек и женщин подлежит диспансерному наблюдению как в период полового созревания, так и в детородном периоде. Учитывая многообразие этиологических факторов, способствующих возникновению МКПП, с целью профилактики кровотечений рекомендуется (особенно при семейной предрасположенности к нарушениям функции репродуктивной системы, дефектам гемостаза, заболеваниям хроническим тонзиллитом) нормализация режима труда и отдыха, строгое соблюдение уровней психических и физических нагрузок, закаливание девочек с рождения с целью уменьшения

инфекционных заболеваний, своевременное выявление и рациональное лечение очагов инфекций, экстрагенитальных заболеваний.

8. Список литературы

1. 1. Акушерство. Национальное руководство (краткое издание)/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой 2015-600с.
2. Акушерство и гинекология: практические рекомендации / под ред. В. И. Кулакова. М., 2005 - 423с.
3. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков. СПб.: Фолитант, 2005.-560 с.
4. Уварова, Е.В. Детская и подростковая гинекология /Е.В. Уварова. –Литтерра, 2009. – 392 с.
5. Руководство по гинекологии детей и подростков / Под ред. В.И. Кулакова, Е.А. Богдановой. –Триада Х, 2013. –336 с.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. -Мед. информ. Агентство, М.: 2014- 786 с