

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация
не является

ПРИНЦИПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Саидова Р.А., Макацария А.Д.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Нарушения менструальной функции по типу маточных кровотечений составляют от 5 до 53% в разные возрастные периоды жизни женщины. Столь значительные различия в частоте данных нарушений обусловлены неоднозначностью определения, в т.ч. дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК). В настоящее время в мировой литературе наиболее часто применяется термин «аномальные маточные кровотечения», или АМК (Международная классификация болезней ВОЗ, X пересмотр, Женева, 1989). АМК принято называть любые маточные кровотечения, отличные от менструального маточного кровотечения. Нормальной менструацией принято считать циклы с интервалом не менее 21 и не более 35 дней, продолжительностью не более 7 дней, и объемом менструального маточного кровотечения не более 80 мл. Диагноз ДМК является фактически диагнозом исключения и предполагает отсутствие любой гинекологической проблемы или соматической патологии, а только функциональные нарушения репродуктивной системы. В популяции женщин репродуктивного периода 5-10% страдают меноррагиями, при этом только 38% женщин, страдающих меноррагией, имеют объем менструальной кровопотери более 100 мл. Известно также, что не менее 50% женщин с меноррагиями не страдают системными заболеваниями и не имеют органной патологии, но имеют овуляторный менструальный цикл.

Известно, что маточные кровотечения являются клинической манифестацией таких заболеваний как миома матки (43,9%), аденомиоз (42-50%); в перименопаузе у больных с гиперпластическими процессами эндометрия – от 9,5 до 30,6%; при эндометрите частота нарушений по типу маточных кровотечений возрастает с 41,9 до 99,2%. Кроме того, у больных, страдающих геморрагическим синдромом, частота маточных кровотечений также чрезвычайно высока. Так, у больных с болезнью Виллебранда – 50-70%, у носительниц гена гемофилии – 55-57%, при тромбо-

цитопатии и тромбоцитопении частота возрастает до 70-80%. Меноррагия может быть также клиническим проявлением врожденной афибриногенемии, дефицита прокоагулянтных факторов II, V, VII, X и XI. В современной литературе практически отсутствуют данные о роли нарушений системы гемостаза в патогенезе АМК, поскольку в работах изменения гемостаза обычно расцениваются как вторичные, возникающие на фоне имеющейся патологии репродуктивной системы.

Целью настоящего исследования было определение роли нарушений системы гемостаза в патогенезе, дифференциальной диагностике и принципах выбора терапии у больных с АМК в разные возрастные периоды жизни женщины.

За период с 1985 по 2008 г. всего было обследовано более 1000 больных с АМК периоде полового созревания, репродуктивного, пре- и перименопаузального периода, пациенток с миомой матки, эндометриозом, эндометритом и гиперпластическими процессами эндометрия, а также с различными формами геморрагического синдрома. Исследование репродуктивной системы проводилось в динамическом режиме с оценкой анатомических (УЗИ, гистологическое исследование биоптатов) и функционального (пептидные и стероидные гормоны) состояния. Разделение проводилось по типу нарушений репродуктивной системы – овуляторные и ановуляторные, и форме – в зависимости от гормонального профиля (гипо-, гиперэстрогенные и т.п.). Исследование системы гемостаза проводилось в динамическом режиме с оценкой прокоагулянтного, микроциркуляторно-тромбоцитарного и фибринолитического звеньев системы гемостаза. У подавляющего числа больных с рецидивирующими АМК диагностированы как патология репродуктивной системы, так и нарушения системы гемостаза геморрагической направленности, то есть имеет место сочетанная форма АМК.

В результате наших 20-летних исследований установлено, что более чем у половины больных, страдающих рецидивирующими АМК, выявляются врожденные и/или приобретенные нарушения системы гемостаза со склонностью к геморрагиям (51-73%), при этом более 75% составляют тромбоцитопатии. У больных с ДМК частота подобных нарушений составила: в периоде полового созревания 65%, в раннем репродуктивном периоде – 71,4%, в старшем репродуктивном периоде – 41%. Нарушения системы гемостаза геморрагической направленности выявляются также у пациенток с разнообразной гинекологической патологией: у больных с миомой матки – в 60,6% случаев; у больных с гиперпластическими процессами эндометрия – в 63,3%, у больных с сочетанной гинекологической патологией – в 52,2%, у больных с эндометритом – в 68,8% наблюдений.

Исследование репродуктивной системы позволяет определить уровень повреждения и характер

нарушения репродуктивной системы. По данным гормонального мониторинга, у больных раннего репродуктивного периода наиболее часто выявляется гипоэстрогенная ановуляция (67,9%), у больных среднего репродуктивного периода – гипопрогестероновая НЛФ (43,3%), у больных с АМК старшего репродуктивного возраста – гиперэстрогенная ановуляция (64,7%). У больных с сочетанной формой АМК необходимым является адекватная коррекция нарушений гемостаза геморрагической направленности в зависимости от характера выявленных нарушений. Только комбинированная терапия, сочетающая в себе индивидуально подобранную гормонотерапию и неспецифическую гемостатическую терапию, позволяет обеспечить не только остановку маточного кровотечения, но и добиться восстановления менструальной функции и значительного повышения качества жизни женщин в разные возрастные периоды.