БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ПМ.02 Лечебная деятельность

МДК.02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи

Раздел 10. Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля

Тема: Лечебная тактика при нарушениях менструального цикла

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Преподаватель ЦК.ЛД

Комарова Г.Я

**2021**

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Лечебная деятельность**

**МДК 02.03** **Оказание акушерско-гинекологической помощи**

**Раздел №10 Лечение пациентов акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №10.4 «Лечебная тактика при нарушениях менструального цикла»**

**Слайд 2**

**План:**

1. Лечение ювенильных маточных кровотечений
2. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений репродуктивного периода
3. Лечение ДМК пременапаузального периода
4. Лечение альгодисменореи
5. Лечение предменструального синдрома

**Слайд 3**

**Ювенильные маточные кровотечения**

    Лечение проводится в 2 этапа.

На первом этапе осуществляется гемостаз, на втором – терапия, направленная на профилактику рецидивов кровотечения и регуляцию менструального цикла.

    При выборе гемостаза необходимо учитывать общее состояние больной и величину кровопотери.

Пациенткам, у которых анемия не очень выражена (гемоглабин более 100 г/л) и нет признаков гиперплазии эндометрия, проводится симптоматическая гемостатическая терапия. Назначают сокращающие матку средства - окситоцин, кровоостанавливающие препараты – дицинон, викасол, аминокапроновую кислоту, аскорутин.

**Слайд 4**

При неэффективности симптоматической терапии проводится гормональный гемостаз синтетическими прогестинами. Эстроген-гестагенные препараты (нон-овлон, ригевидон, марвелон, мерсилон) назначают по 1 таблетке через 1 час до полного гемостаза. Кровотечение прекращается, как правило, в течение 1 суток. Затем дозу постепенно снижают до 1 таблетки в день. Курс лечения продолжают в течение 10 или 21 дня.

**Слайд 5**

 При длительном и обильном кровотечении, когда имеются симптомы анемии и гиповолемии, слабость, головокружение, при уровне гемоглобина ниже 70 г/л показан хирургический гемостаз – раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с гистологическим исследованием соскоба. Во избежание разрывов девственную плеву обкалывают 0,25% раствором новокаина с 64 ЕД лидазы.

**Слайд 6**

Одновременно с консервативным или хирургическим лечением необходимо проводить полноценную антианемическую терапию:

препараты железа (мальтофер, фенюльс внутрь, венофер в/в);

витамин В12 с фолиевой кислотой;

В6, С, Р 9рутин).

В крайнем случае переливают компоненты крови – свежезамороженную плазму и эритроцитарную плазму.

**Слайд 7**

 С целью профилактики рецидивов кровотечения после полного гемостаза на фоне симптоматического и гемостатического лечения целесообразно проведение циклической витаминотерапии:

в течении 3 месяцев с 5-го по 15-й день цикла назначают фолиевую кислоту по 1т 3р/д,

 глютаминовую кислоту по 1т 3р/д,

витамин В: 5% р-р по 1 мл в/м,

вит У по 300мг через день, а с16-го по 26 день цикла – аскорбиновую кислоту по 0,05г 2-3 раза в день,

витамин В1 5% р-р по1мл в/м.

**Слайд 8**

Для регуляции менструальной функции используют также эндоназальный электрофорез лития, витамина В1, новокаина, электросон.

     Профилактика кровотечения после гормонального гемостаза заключается в приеме синтетических прогестинов (новинет, силест) по 1 таблетке с 1-го или 5-го дня цикла в течение 21 дня в течение 2-3 месяца с последующей циклической витаминотерапией.

**Слайд 9**

**Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода**

    Лечение зависит от клинических проявлений. С лечебно-диагностической целью необходимо провести гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание. Эта операция обеспечивает остановку кровотечения, а гистологическое исследование соскобов определяет вид терапии, направленной на нормализацию менструального цикла.

    При рецидивах кровотечения проводится гемостатическая терапия, в виде исключения возможен гормональный гемостаз. Консервативную терапию назначают в тех случаях, когда не обнаружено признаков гиперплазии эндометрия.

**Слайд 10**

Симптоматическая терапия включает средства, сокращающие матку (окситоцин), кровоостанавливающие препараты (дицинон, викасол, аскорутин).

Существует несколько методик гормонального гемостаза с применением гестагенов, синтетических прогестинов. Гормональный гемостаз не дает быстрого эффекта.

**Слайд 11**

Следующим этапом лечения является гормонотерапия с учетом состояния эндометрия, характера нарушений функции яичников и уровня эстрогенов крови.

Цели гормонотерапии:

* Нормализация менструальной функции;
* Реабилитация нерушенной репродуктивной функции, восстановление фертильности при бесплодии;
* Профилактика повторного кровотечения.

**Слайд 12**

При гиперэстрагении (персистенция фолликула) лечение проводят во вторую фазу менструального цикла гестагенами (прогестерон, норколут, дюфастон, утерожестан) в течении 3-4 циклов или эстроген-гестагенами с высоким содержанием гестагенов (ригевидон, микрогинон, селест) в течении 4-6 циклов.

    При гипоэстрогении (атрезии фолликулов) показана циклическая терапия эстрогенами и гестагенами в течении 3-4 циклов.

    Гормональную терапию можно сочетать с витаминотерапией (в первую фазу фолиевая кислота, во вторую фазу – аскорбиновая кислота, витамин Е) на фоне противовоспалительной терапии по схеме.

**Слайд 13**

    Профилактическую терапию назначают прерывистыми курсами (3 месяца лечения – 3 месяца перерыв). Повторные курсы гормонотерапии применяют по показаниям в зависимости от эффективности предшествующего курса.

    С целью реабилитации нарушенной репродуктивной функции проводится стимуляция овуляция кломифеном с 5-го по 9-й день менструального цикла.

    Общая неспецифическая терапия направлена на снятие отрицательных эмоций, физического и умственного переутомления, ликвидацию инфекций и интоксикаций. Целесообразно воздействовать на ЦНС, назначая психотерапию, аутогенную тренировку, гипноз, седативные и снотворные средства, транквилизаторы, витамины. В случае анемии необходима антианемическая терапия.

**Слайд 14**

**ДМК пременапаузального периода**

Лечение начинают с раздельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии, что позволяет остановить кровотечение и получить данные о строении эндометрия.

     Лечение климактерических кровотечений должно быть комплексным.

     С целью восстановления нормального функционирования ЦНС необходимо устранить отрицательные эмоции, физическое и умственное переутомление. Психотерапия, физиотерапия, транквилизаторы, гомеопатические препараты (климактоплан, климадинон, ременс) позволяют нормализовать деятельность ЦНС.

**Слайд 15**

При развитии острой или хронической анемии необходимо применение препаратов железа, а также витаминотерапия (витамины группы В, К, С, Р, Е).

    Гормонотерапия направлена на профилактику кровотечения. С этой целью чаще всего применяют синтетические гестагены (дюфастон, норколут, премолют). Доза и последовательность применения зависят от возраста пациентки и характера патологических изменений в эндометрии.

    Комплексная терапия включает коррекцию обменно-эндокринных нарушений, прежде всего ожирения, путем строго соблюдения диеты и лечение гипертензии.

**Слайд 16**

**Альгодисменорея**

**Первичная альгодисменорея**

    Лечение должно быть комплексным, включающим медикаментозные и немедикаментозные средства:

* Ингибиторы синтеза простаглондинов для снижения болевых ощущений. Лучше применять нестероидные противовоспалительные препараты в свечах (индометацин, напросин, бруфен, аспирин). Они обладают анальгезирующим свойством;
* Спазмолитики, анальгетики;
* Комбинированные эстроген-гестагенные препараты с большим содержанием гестагенов с 5-го по 25-й день цикла не менее 3 месяцев; (мерсилон, новинет, мини-пили, Жанин, ригевидон)
* Седативные средства и транквилизаторы

**Слайд 17**

* Гомеопатические средства (ременс, мастодинон, меналгин); немедикаментозное лечение – физио и иглорефлексотерапия;
* Витаминотерапия – витамин Е по 300мг в день в первые 3 дня болезненных менструаций;
* Правильный режим труда и отдыха, занятия спортом.

**Слайд 18**

**Вторичная альгодисменорея**

Обусловлена органическими изменениями в органах малого таза и чаще развивается у женщин после 30 лет с родами, абортами, воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе.

    Лечение заключается в устранении органической патологии. Нередко она требует оперативного лечения.

**Предменструальный синдром**

    Первым этапом лечения является психотерапия, включающая доверительную беседу, аутогенную тренировку, Необходимо нормализовать режим труда и отдыха. Исключить из рациона питания кофе, шоколад, острые и соленые блюда, ограничение потребления жидкости во вторую фазу цикла. Рекомендуется общий массаж и массаж воротниковой зоны.

**Слайд 19**

Медикаментозную терапию проводят с учетом длительности заболевания, клинической формы, возраста и сопутствующих заболеваний.

    При нейропсихических проявлениях рекомендуют седативные и психотропные препараты: тазепам, рудотель, седуксен.

При отечной форме эффективны антигистаминные препараты – тавегил, диазолин, во вторую фазу цикла, а также назначают верошпирон по 25 мг 2-3 раза в день за 3-4 дня до проявления клинических симптомов.

Для улучшения кровоснабжения мозга применяют ноотропил по 400 мг 3-4 раза в день.

**Слайд 20**

    Рекомендуют антипростогландиновые препараты – напросин, индометацин во втору фазу цикла.

    Гормональная терапия проводится при недостаточности второй фазы менструального цикла гестагенами (дюфастон).

Лечение проводят в течение 3 менструальных циклов, затем делают перерыв на 2-3 цикла. При рецедиве лечение возобновляют. Рекомендуется поддерживающее лечение, включающее витамины и транквилизаторы.