

## МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ: ЯК ВІДРІЗНИТИ ДОБРОЯКІСНІ ВІД ЗАГРОЗЛИВИХ?

C. B. Smith

Abnormal uterine bleeding: how to sort out benign from more troubling causes.  
Consultant 1999(Apr.): 1266-1285.

Приблизно в 10—20% жінок хоч раз у житті виникає маткова кровотеча, яка змушує звернутися до лікаря. Для корекції цієї патології розроблено ефективні схеми лікування, які можна застосувати за умови організованого підходу до з'ясування причини кровотечі.

Присвятить щонайменше 30 хвилин ретельному збиранню анамнезу і фізикальному обстеженню. Вирішальними можуть бути такі лабораторні дослідження, які призначають на підставі віку пацієнтки, анамнестичних даних та фізикальних знахідок. У певних випадках біопсія ендометрію, гістероскопія, ультрасонографія, комп'ютерна томографія (КТ) і МЯР можуть також дати важливу діагностичну інформацію.

У цій статті я розділяю пацієнок з матковими кровотечами на три вікові групи та обговорюю найімовірніші причини цієї патології у кожній із груп. Крім того, пропоную два алгоритми, які, сподіваюся, допоможуть у виборі лікувальної тактики.

### Що можна вважати нормою, а що патологією?

Хоч маткові кровотечі переважно характеризують як “дисфункційні”, я вважаю, що ліпше дати їм визначення як будь-яких кров'янистих виділень з матки поза нормальною менструацією. Натомість дисфункційними доцільно вважати власне ановуляторні кровотечі, які не мають явної органічної причини, тобто не зумовлені пухлиною, запаленням чи вагітністю.

При нормальних менструальних циклах інтенсивність крововтрати й особливості фази десквамації залежать від тривалості естрогенної стимуляції ендометрію. Оскільки при регулярних циклах тривалість естрогенної фази є сталою, об'єм менструальної крововтрати фактично однаковий.

У практиці лікаря первинної ланки частота маткових кровотеч може бути різною. За даними нашого Центру медичної допомоги сім'ї (який опікується головним чином незаможними верствами населення) за 1993 рік, ця патологія була причиною 2% усіх візитів і 3% візитів пацієнок віком понад 14 років (вставка 1 і 2).

Хоч перелік можливих причин маткової кровотечі для різних вікових груп загалом збігається, багато причинних факторів залежать від віку. Тому легше вибрати тактику ведення такої пацієнтки, якщо зарахувати її до однієї з трьох категорій:

- ◆ Пубертат і підлітковий вік — від менархе до 16 років (або до першої вагітності, якщо вона настає раніше).
- ◆ Власне дітородний вік — від 16 років до початку п'ятої декади життя.
- ◆ Пременопауза, перименопауза, постменопауза — від 40 років і далі.

### Переважаючі причини маткових кровотеч

Названа тут патологія може стати причиною маткової кровотечі жінки будь-якого віку, натомість частота різних станів суттєво відрізняється на різних етапах життя.

**Відсутність овуляції.** Ановуляторними є приблизно 95% маткових кровотеч у жінок віком до 16—17 років. Середній вік настання менархе у США становить 12,8 року, проте процес дозрівання системи “гіпоталамус-гіпофіз-яйники” досить тривалий, тому регулярні менструації починаються приблизно через 4—5 років від першої місячки.

## **1. Три пацієнтки – три підходи до лікування**

**Випадок 1.** Дівчина-підліток з інтенсивною кровотечею та низьким гематокритом

13-річна дівчина, сестра вашої пацієнтки, потрапляє у відділ негальної допомоги з важкою матковою кровотечею (10–20 прокладок на день), яка триває вже 2 тижні. Починаючи від менархе у віці 10 років, менструації нерегулярні, проте сильних кровотеч раніше не було.

Лікар, який оглянув пацієнтку, повідомив, що її матка дуже маленька, а об'ємних утворів при ректальному дослідженні не виявлено. Гемоглобін 80 г/л, гематокрит 23%, кількість лейкоцитів  $5,5 \times 10^9/\text{л}$  з нормальною лейкоцитарною формулою. Серповидноклітинної анемії в пацієнтки немає, статеву близькість вона заперечує. У дівчини є помірне оволосіння лона і пахвових ямок і нормальні як для пубертатного віку молочні залози. Її мати під час вагітності гормонів не приймала.

**Яка ваша тактика?**

**Випадок 2.** Багатодітна мати з ускладненим сімейним і соціальним анамнезом.

Двадцятисемирічній жінці (4 вагітності – 3 пологів, 1 аборт) рік тому після останніх пологів перев'язано маткові труби. Пацієнтка скаржиться на повторні кровотечі і кровомазання, які непокоять її останні 3 місяці. Один з яйників було видалено у віці 14 років з приводу доброякісної серозної цистаденоми діаметром 15 см. Дві старші сестри пацієнтки перенесли гістеректомію через маткові кровотечі. Жінка напружена і знервована, тому що шлюб її нестабільний, а чоловік змушується над нею.

Результати фізикального обстеження загалом нормальні, за винятком синців на животі і грудях та болючості при гінекологічному огляді. Гемоглобін 115 г/л, частковий тромбoplastиновий час 35 секунд, а тест на вагітність негативний. Пацієнтка наполягає, щоб їй допомогли, бо не може зносити ці кровотечі на додаток до інших проблем.

Чоловік пацієнтки впродовж останніх років декілька разів змінював статевих партнерок; і відомо, що він лікувався від гонореї.

**Що потрібно зробити?**

**Випадок 3.** Жінка у постменопаузі з невеликою пухлиною матки.

55-річна жінка (6 вагітностей – 3 пологів, 3 аборти), остання місячка була у віці 53 роки, проте інших симптомів менопаузи не було. Приблизно 3 тижні тому після статевих стосунків у неї з'явилися незначні бурі виділення із статевих шляхів, через які була змушена скористатись "легкою" денною прокладкою. Виділення щезли через 2–3 дні.

За день до візиту в пацієнтки розпочалася інтенсивна посткоїтальна кровотеча, при якій промочило приблизно 6 прокладок і 6–8 тампонів упродовж 8 годин, після чого кровотеча припинилася. Цього разу поява кров'янистих виділень супроводжувалася спастичним болем унизу живота. В анамнезі пацієнтки посткоїтальних кровотеч, диспареунії та патологічних виділень немає. Вона не приймає гормонів та інших ліків, за винятком полівітамінів. Пацієнтка принесла етикетку від пляшечки з цим препаратом, з якої ви довідались, що він містить женьшень, який може спричинити маткову кровотечу в постменопаузі.

Зріст пацієнтки 160 см, вага 61 кг. Це приваблива, на вигляд здорова жінка. При фізикальному обстеженні нічого особливого не виявлено, за винятком гінекологічного огляду: розміри матки на верхній межі норми, а на задній стінці біля дна є невеликий, неправильної форми об'ємний утвір. На Вашу думку, це невелика фіброміома.

**Яка ваша тактика?**

Таблиця.  
Причини маткових кровотеч

<b>Ановуляторні кровотечі</b>	Зловживання забороненими засобами
<b>Захворювання крові</b>	Імпланти левоноргестрелу
Дефіцит VIII фактору	Медроксипрогестерон в ін'єкціях (контрацептив)
Хвороба Гланцманна	Оральні контрацептиви
Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура	Фенотіазини
Залізодефіцитна анемія	Тамоксифен
Лейкемія	Вітаміни (у мегадозах)
Дефіцит вітаміну С	<b>Захворювання яйників</b>
Хвороба Віллебранда	Новотвори (доброякісні або злоякісні)
<b>Захворювання шийки матки</b>	Персистуюче жовте тіло
Ботріоїдна саркома	Синдром полікістозу яйників
Рак	<b>Запальні захворювання статевих органів</b>
Гострокінцеві кондиломи	<b>Ускладнення вагітності</b>
Ерозії	Ектопічна вагітність
Змішані мезодермальні пухлини	Міхурцевий занесок
Поліпи	Неповний викидень
Травми	Субінволюція матки
<b>Хронічні захворювання</b>	<b>Захворювання тіла матки</b>
<b>Новотвори ЦНС</b>	Аденоміоз
<b>Емоційні розлади</b>	Рак
<b>Ендокринопатії</b>	Вроджені аномалії
Гіперплазія наднирників	Ендометриоз
Захворювання щитовидної залози	Ендометрит (післяпологовий або туберкульозний)
<b>Важка органна недостатність</b>	Фіброміоми
Серцева	Сторонні тіла внутрішньоматкові контрацептиви)
Печінкова	Поліпи
Ниркова	Саркома
<b>Суттєві зміни ваги тіла</b>	<b>Захворювання піхви</b>
Аногексія nervosa	Аденоз або світлоклітинний рак
Надмірні заняття спортом	Рак
Порушене (недостатнє) харчування	Гострокінцеві кондиломи
Ожиріння	Сторонні тіла
<b>Прийом медикаментів</b>	Герпетичні виразки
Антихолінергічні	Травма
Антикоагулянти	Кольпіт
Антидепресанти	
Антигіпертензивні	
Кортикостероїди	
Дигіталіс	

У перший рік після менархе ановуляторними є 80% циклів. Спостереження за 90 здоровими дівчатами впродовж 5 років після менархе дає змогу твердити, що на 5-й рік після першої менструації у третини дівчат все ще є ановуляторні цикли, а ще в третини овуляторні цикли мають скорочену фазу жовтого тіла.

У середньому регулярні менструації з'являються через 20 місяців після менархе. У жінок дитородного віку частота ановуляторних кровотеч становить лише 20% і зростає знову до 90% за 2—3 роки до настання менопаузи.

За відсутності овуляції виникає постійна естрогенна стимуляція ендометрію, що зумовлює його проліферацію аж до того моменту, коли рівень естрогенів стає недостатнім для підтримки у слизівці матки належного рівня трофічних процесів, після чого ендометрій починає безсистемно відшаровуватися. Інтенсивність кровотечі, яка при цьому виникає, може коливатися від помірних мажучих виділень до важкої метрорагії.

**Причини, пов'язані з овуляцією.** На овуляторну кровотечу припадає до 10% випадків дисфункційних маткових кровотеч незалежно від віку. Через те, що рівень естрогенів під час овуляції раптово знижується щонайменше на 25%, більш ніж у половини жінок у цей час виникає принаймні мікроскопічна кровотеча. Цей стан переважно доброякісний і не потребує лікування.

При надмірно тривалій продукції прогестерону, наприклад, при персистенції жовтого тіла, слизівка матки також може безсистемно відшаровуватися, що супроводжується тривалою кровотечею. Недостатність жовтого тіла або інша патологія другої фази циклу характеризуються зниженою продукцією прогестерону, недостатньою для адекватного перебігу фази секреції.

**Вагітність та її ускладнення.** Йдеться про викидень (його загрозу, неповний або повний викидень), ектопічну вагітність, постабортну трофобластичну хворобу, післяпологовий або постабортний ендометрит чи субінволюцію матки. Частота кровотеч, пов'язаних з вагітністю, найвища у віковій групі від 18 до 35 років. За моїми спостереженнями, частота таких кровотеч становить один випадок на кожних п'ять вагітностей.

Слід пам'ятати, що частота вагітності в підлітковому віці все ще залишається високою. Навіть при високій настороженості інколи може вкрай здивувати наявність вагітності у пацієнтки-підлітка, яка щиро заперечує таку можливість.

**Проблеми, пов'язані з контрацепцією.** При застосуванні оральних контрацептивів з'являються нерегулярні (хоч і неінтенсивні) кровотечі, з якими до лікаря звертаються приблизно 10% користувачок. Імпланти левоноргестрелу, а також внутрішньоматкові контрацептиви з прогестероном або міддю, спричинюють маткові кровотечі приблизно у третини осіб, які користуються ними впродовж 2 років. Часто мажучі або навіть інтенсивніші виділення із статевих шляхів з'являються при застосуванні ін'єкційних контрацептивів з медроксипрогестероном. Маючи справу з матковою кровотечею в підлітковому віці, слід завжди дуже ретельно (і конфіденційно) розпитати пацієнтку про застосування контрацептивів.

**Запальні захворювання тазових органів.** Слід врахувати можливість цієї патології в усіх випадках, коли пацієнтка скаржиться на біль у животі та маткову кровотечу, а при обстеженні виявляють лейкоцитоз, невисоку гарячку і біль при гінекологічному огляді.

**Новотвори.** У британському дослідженні виявлено, що до 20% маткових кровотеч у дівчаток віком до 11 років спричинені злоякісними пухлинами статевих шляхів. Цей факт наштовхує на такий висновок для повсякденної практики: дівчаток, які звертаються зі скаргами на маткову кровотечу, слід обстежувати особливо ретельно.

Доброякісні та злоякісні новотвори піхви, шийки і тіла матки та яйників перераховано далі:

- ◆ *Фіброміоми матки, доброякісні поліпи ендометрію, аденоміоз* (найпоширеніші доброякісні новотвори матки). Переважно їх виявляють у пацієток віком 25—45 років, рідше — в молодшій віковій категорії.
- ◆ *Доброякісні поліпи ендоцервіксу*. Тут кровотеча виникає, як правило, після травми, хоч інколи до неї призводить недостатнє кровопостачання поліпа при його рості, що проявляється мажучими виділеннями або справжньою кровотечею.
- ◆ *Гіперплазія ендометрію*. Цей стан характеризується тривалою, неврівноваженою прогестероном естрогенною стимуляцією ендометрію. Для підліткового віку виражена гіперплазія ендометрію нетипова. Високодиференційовану карциному виявляють у 16—50% жінок віком понад 40 років з аденоматозною гіперплазією ендометрію різного ступеня.
- ◆ *Гострокінцеві кондиломи*. Ці інфекційні папіломи трапляються на шийці матки, вульві або в піхві.
- ◆ *Аденоз та аденокарцинома піхви*. Хоч ці захворювання загалом рідкісні, треба пам'ятати про їх можливість у пацієток, які зазнали внутрішньоутробного впливу диетилстильбестролу.

**Травма і стороннє тіло.** До цієї категорії належать зґвалтування, статеві знущання та інцест. Вважають, що сексуальних знущань зазнає кожна четверта дитина жіночої статі і кровотеча із статевих органів часто є проявом цього.

Потрібно завжди розпитувати дітей і підлітків про те, чи не зазнали вони статевих знущань. Особливу настороженість викликають ситуації, коли пацієнтку супроводжує старший хлопець або мужчина, який відмовляється покинути кабінет лікаря на час огляду.

Чужорідні тіла (особливо у маленьких дівчаток) можуть спричинити садна або розриви. Це ж буває при випадковому залишенні в піхві пластикових оболонок гігієнічних тампонів. Розриви піхви трапляються і при переломах кісток таза.

**Захворювання крові.** Маткові кровотечі виникають приблизно в 10% жінок із захворюваннями крові (переважно тромбоцитопенічною пурпурою або хворобою Віллебранда). В одному з досліджень було виявлено, що коагулопатії спричиняють 19% гострих менорагій у підлітків, які потребують госпіталізації. Розлади коагуляції виявляють у 25% підлітків, які звертаються з важкою менорагією (гемоглобін до 100 г/л), у третини тих, хто потребує гемотрансфузій та у половини дівчаток, в яких менархе є сильною кровотечею, що вимагає госпіталізації.

### Статеве дозрівання та підлітковий вік

Більшість менструальних розладів у молодих жінок проходить повз увагу лікаря. Матері, як звичайно, попереджають дочок про можливість нерегулярних менструацій у перші місяці після їх появи. Переважно ці пацієнтки звертаються до лікаря, якщо такі розлади тривають надто довго або супроводжуються надмірною крововтратою.

### Обстеження

Скарги на незвичайні маткові кровотечі треба сприйняти надзвичайно серйозно. Присвятіть достатньо часу (принаймні 30 хвилин) на ретельний збір анамнезу та повне фізикальне обстеження.

**Менструальний анамнез.** Тут треба звернути увагу на вік менархе, частоту та тривалість менструацій, дати принаймні двох останніх нормальних мі-

сячок. Найважливіше встановити об'єм крововтрати. У нормі під час місячки жінка втрачає до 80 мл крові; крововтрату, яка перевищує цю величину, треба вважати менорагією.

На основі підрахунку використаних прокладок або тампонів, хоч і не досить точно, можна зробити певні припущення: якщо промокає понад 25 прокладок або понад 30 тампонів будь-якого розміру, це скоріш за все не можна вважати нормою (вважають, що прокладка промокла, якщо кров з'являється на білизні).

Наявність передменструальних симптомів (набрякання молочних залоз, коливання настрою, здуття живота) наводять на думку про наявність овуляторних циклів. Аменорея, яка передує матковій кровотечі (за відсутності інших симптомів вагітності та недавнього застосування оральних контрацептивів), змушує запідозрити ановуляторну кровотечу або вагітність, особливо в підлітковому або пременопаузальному віці. Гарячка, зокрема, у поєднанні з болем у ділянці таза або в животі чи диспареунією, може вказувати на захворювання, які передаються статевим шляхом, хронічні запальні процеси статевих органів або постабортний сепсис.

Інформація про часту і легку появу синців може вказувати на коагулопатії і зобов'язує до подальшого обстеження. Біль голови та розлади зору можуть наводити на думку про можливість ураження ЦНС, напр., новотвори гіпофізу.

Важливі також сімейний і соціальний анамнез. Повідомлення про приймання матір'ю пацієнтки під час вагітності ліків (особливо диетилстильбестролу), особливо якщо лікар має справу з дівчиною-підлітком, яка скаржиться на маткову кровотечу, змушує припустити наявність вроджених аномалій сечостатевих шляхів, а також злоякісних пухлин верхніх відділів піхви.

**Фізикальне обстеження.** Усіх пацієнток з матковими кровотечами або несподіваною аменореєю слід ретельно обстежити фізикально з обов'язковим гінекологічним оглядом. Для його проведення у дівчаток або підлітків, які не користуються тампонами, іноді потрібна анестезія. Ректальне бімануальне дослідження не замінює звичайного бімануального; при цьому не вдається виявити більшість причин кровотеч, які походять з піхви або шийки матки. Воно також не дає адекватного уявлення про особливості матки та структур у зоні придатків.

Блідість, яка не супроводжується тахікардією або гіповолемією, вказує на хронічну надмірну крововтрату, яка буває при ановуляторних кровотечах, аденоміозі, фіброміомах матки та патології крові. Якщо симптоматика свідчить про загрозу шоку, крововтрата ймовірніше є результатом патології вагітності (напр., позаматкової вагітності), травми, сепсису або новотвору.

Об'ємні утвори малого таза можуть являти собою вагітність, новотвори матки або яйників, абсцеси або гематоми малого таза. Гарячка, лейкоцитоз і болючість при пальпації є індикаторами запальних захворювань тазових органів. Тонке і ламке волосся, а також зниження рефлексів вказують на гіпотирозидизм. Екхімози або множинні синці можуть навести на думку про травму (у т. ч. сексуальні знущання), коагулопатії, приймання ліків або екстремальні дієти.

**Лабораторне дослідження.** Усім пацієнткам необхідно зробити загальний підрахунок клітин крові та тромбоцитів, аналіз сечі, цитологічне дослідження мазків з шийки матки та тест на вагітність. Обов'язковим є також скринінг на хвороби, які передаються статевим шляхом, визначення функції щитовидної залози та коагулопатії. (У своїй практиці я визначаю частковий тромбопластиновий час, протромбіновий час та час кровотечі). До цього обсягу інколи доречно додати й інші тести, які вибирають на основі анамнезу та фізикальних даних.

**Біопсія ендометрію.** Потреба біопсії ендометрію визначається віком пацієнтки й рідко буває необхідною до 20 років.

### Лікування нечастих кровотеч

Терапію слід спрямувати, якщо це можливо, на первинну причину. Симптоматичне лікування залежить від інтенсивності кровотечі. Якщо дані підрахунку клітин крові та інші початкові лабораторні дослідження не виходять за межі норми, анамнез не вказує на якесь конкретне захворювання, а дані фізикального обстеження нормальні, достатньо заспокоїти пацієнтку і пояснити їй природу явищ, які спричинили її хвилювання. Напр., дівчину-підлітка треба переконати, що названі проблеми пов'язані з періодом дозрівання і домовитись, що вона знову звернеться до вас, якщо явища не минуть через 6 місяців.

### Лікування важких і частих кровотеч

Рекомендації щодо лікування жінок з активною менорагією наведено в алгоритмі 1. Пацієнтки з гемоглобіном до 70 г/л потребують госпіталізації; їм відразу

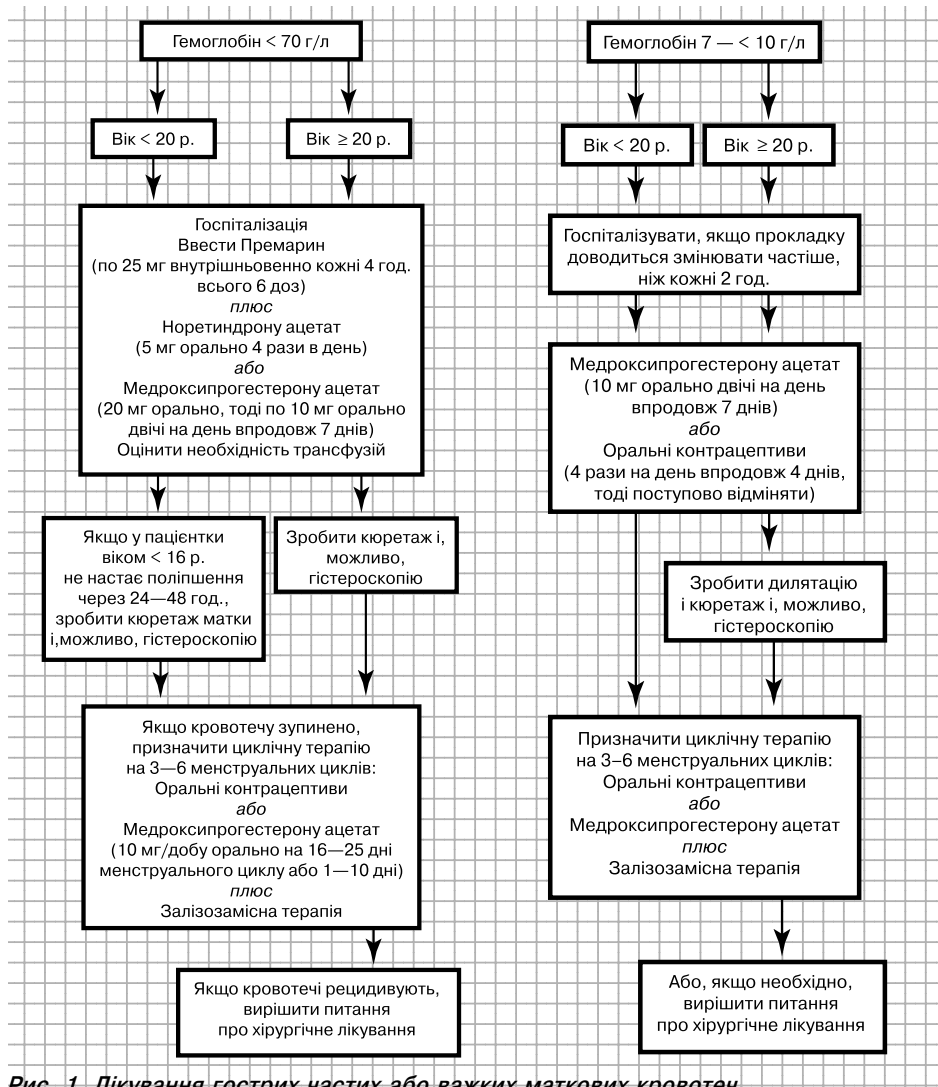
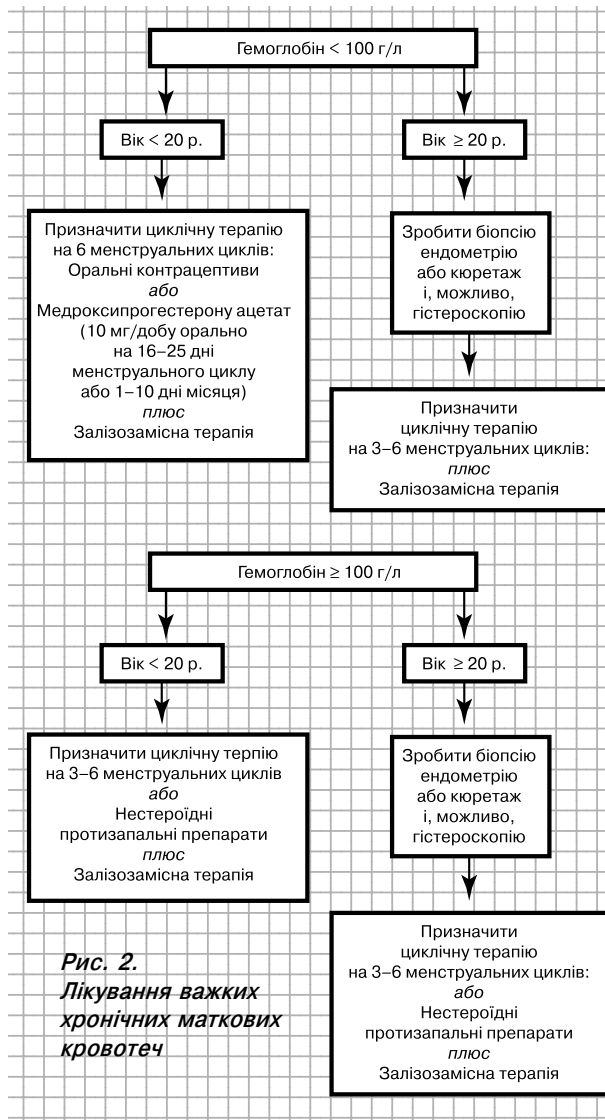


Рис. 1. Лікування гострих частих або важких маткових кровотеч



**Рис. 2.**  
**Лікування важких хронічних маткових кровотеч**

ж треба призначити гормональну терапію й оцінити необхідність гемотрансфузії. Рішення про необхідність госпіталізації пацієнток з гемоглобіном у межах від 70 до 100 г/л приймають на основі масивності кровотечі. В алгоритмі 2 відображено рекомендації щодо тактики лікування пацієнток з важкою хронічною кровотечею.

**Альтернативна терапія.** Можна призначити нестероїдні протизапальні препарати; це зменшує інтенсивність кровотечі, хоч і не нормалізує функції яєчників при ановуляторних циклах. Препаратами, які можна застосувати з цією метою, є напроксен, який призначають 500 мг на перший прийом (насичуюча доза) з подальшим дозуванням по 250 мг тричі на день упродовж 5 днів або по 550 мг двічі на день упродовж 5 днів; або ібупрофен по 600 мг 4 рази в день. Ефективні також інші нестероїдні протизапальні препарати в еквівалентних дозах. Ергоновін<sup>1</sup> у лікуванні менорагій неефективний.

Розширення шийки матки і кюретаж є ефективним у понад 40% пацієнток з менорагією. Метод має меншу

цінність за наявності овуляції та, як було сказано раніше, рідко буває необхідним у наймолодшій віковій групі, за винятком випадків неповного аборту.

Гістеректомію та інше хірургічне лікування, напр., гістероскопічну деструкцію ендометрію, можна проводити після закінчення дітородної функції. Воно особливо доцільне при новотворах, ендометріозі, аденоміозі, хронічних запальних процесах статевих органів та випадінні матки.

Закінчення в наступному числі журналу

<sup>1</sup> Алкалоїд маткових ріжків (прим. ред.).