

Лекция 2

Тема «Синдром влагалищных кровотечений»

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

- 1. Виды влагалищных кровотечений**
- 2. Клинические проявления**
- 3. Сестринский процесс при влагалищных кровотечениях**

Кровотечение из женских половых органов

Кровотечение может быть обусловлено различными гинекологическими заболеваниями, патологией беременности, родов и раннего послеродового периода. Значительно реже кровотечение из половых путей женщины бывает связано с травмой или заболеваниями системы крови и других систем.

2. Кровотечения при заболеваниях половой системы

У гинекологических больных кровотечение может быть связано с различными функциональными и органическими заболеваниями половых органов. Различают циклические и ациклические кровотечения. Для первых (меноррагий) характерны циклически появляющиеся кровотечения из половых путей, более продолжительные (свыше 5–6 дней) и более обильные (кровопотери более 50–100 мл) в отличие от нормальной менструации. Ациклические кровотечения возникают между менструациями (метроррагии). При тяжелых нарушениях нельзя выявить цикличность кровотечений, поэтому больные теряют представление о менструальном цикле и сообщают врачу о кровотечениях, возникающих в самое неопределенное время. Такие кровотечения также называются метроррагиями.

Кровотечения типа меноррагий возникают при эндометrite, миоме матки, эндометриозе. При этих заболеваниях изменяется сократительная способность матки, что и обуславливает усиление и удлинение менструального кровотечения. Значительно реже меноррагий встречаются при раке тела матки. Иногда циклические кровотечения могут быть симптомом заболеваний других систем (болезнь Верльгофа, сердечнососудистые заболевания, болезни печени, щитовидной железы и др.).

При множественной миоме матки больные, помимо меноррагий, могут жаловаться на боль (при некрозе узла) или на нарушение функции мочевого пузыря или прямой кишки, если рост узлов направлен в сторону этих органов. Подслизистая (субмукозная) миома матки сопровождается не только циклическими, но и ациклическими кровотечениями. При влагалищном исследовании находят увеличение размеров матки, которая имеет неровную бугристую поверхность, плотную консистенцию, безболезненная при пальпации. При субмукозной миоме размеры матки могут быть нормальными.

Эндометриоз тела матки сопровождается не только явлениями меноррагий, но и выраженной болезненностью менструаций

(альгодисменорея). Альгодисменорея носит прогрессирующий характер. При влагалищном исследовании выявляется увеличение матки. Эндометриоз шейки матки приводит к возникновению меноррагии, но не сопровождается в отличие от эндометриоза тела матки болезненностью. Для эндометриоза тела матки типично увеличение ее размеров (до 8–10 нед беременности), при этом в отличие от миомы поверхность матки гладкая, а не бугристая. Сравнительно часто эндометриоз матки сочетается с эндометриозом яичников, позадищеечной клетки.

Кровотечения типа метроррагии чаще всего бывают дисфункционального характера, реже они связаны с органическими поражениями матки (рак тела, рак шейки) или яичников (экстрогенпродуцирующие опухоли).

Дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) не связано с экстрагенитальными заболеваниями или органическими процессами в половых органах, а обусловлены нарушениями системы регуляции менструального цикла: гипоталамус – гипофиз – яичники – матка. Чаще всего нарушения функционального характера возникают в центральных звеньях регуляции цикла (гипоталамус и гипофиз). ДМК – полиэтиологическое заоование. В основе патогенеза ДМК лежат стрессовые моменты, интоксикации (часто тонзиллогенного характера), нарушения эндокринной функции и др. В большинстве случаев ДМК являются ановулярными, т.е. возникают при отсутствии овуляции в яичниках – атрезии и персистенции фолликула. При атрезии фолликулы развиваются в течение короткого времени и не подвергаются овуляции. В результате этого отсутствует желтое тело, вырабатывающее прогестерон, под влиянием которого совершаются секреторные превращения эндометрия, и возникает менструация. Атрезия фолликулов сопровождается невысокой продукцией эстрогенов. В противоположность этому персистенция характеризуется длительным развитием фолликула с образованием значительных количеств эстрогенных гормонов. При персистенции также не происходит овуляции и развития желтого тела. В патологически разросшемся под влиянием эстрогенов эндометрии возникают сосудистые нарушения, приводящие к некротическим изменениям слизистой оболочки; разросшийся эндометрий начинает отторгаться от стенок матки, что сопровождается длительным и нередко обильным кровотечением. Перед возникновением кровотечения наблюдается задержка менструаций на 2 нед и более.

ДМК возникают в различные возрастные периоды жизни женщины: в период становления менструальной функции (ювенильные кровотечения) в детородный период и в пременопаузальный период (климактерические кровотечения).

Возникновению кровотечения обычно предшествуют временная аменорея длительностью от нескольких недель до 1–3 мес. На фоне задержки менструаций появляется кровотечение. Оно может быть обильным или скучным, относительно коротким (10–14 дней) или очень длительным (1–2 мес). Для ДМК типично отсутствие боли при кровотечении. Длительное

кровотечение, особенно рецидивирующего характера, приводит к развитию вторичной анемии. Особенno часто анемия возникает при ювенильных кровотечениях у девочек с чертами инфантилизма.

Диагноз основывается на данных анамнеза (указания на стрессовые ситуации, интоксикации, воспалительные заболевания половых органов и др.), наличии характерных задержек менструаций с последующим возникновением длительных кровотечений. При влагалищном исследовании находят небольшое увеличение матки (в ювенильном возрасте этот признак отсутствует) и кистозное изменение одного или двух яичников.

Дифференциальная диагностика ДМК в значительной степени зависит от возраста больной. В ювенильном возрасте ДМК приходится дифференцировать от заболеваний крови (болезнь Верльгофа), эстрогенпродуцирующей опухоли яичника (гранулезоклеточная опухоль). В детородном возрасте ДМК следует отличать от кровотечения в связи с начавшимся или неполным самопроизвольным абортом, внематочной беременностью, пузырным заносом, хорионэпителиомой, субмукозной миомой матки, раком шейки и тела матки. В пременопаузыном возрасте ДМК необходимо дифференцировать от рака шейки и тела матки, миомы матки, эстрогенпродуцирующей опухоли яичника (гранулезоклеточная опухоль, текома).

Диагноз болезни Верльгофа ставят на основании анализа крови на тромбоциты (тромбоцитопения). Гормонально-активную опухоль яичников определяют при влагалищном исследовании, а также при использовании эндоскопических (лапароскопия; кульдоскопия) и ультразвуковых методов. При самопроизвольном aborte находят увеличенную и размягченную матку, приоткрытую шейку матки и другие признаки беременности. Внематочная беременность характеризуется выраженным болевым симптомом, явлениями внутреннего кровотечения, односторонним увеличением придатков матки, их резкой болезненностью и другими симптомами. Миому матки диагностируют на основании ее увеличения, наличия характерной бугристости поверхности, плотной консистенции. Для диагностики подслизистой миомы используют в условиях стационара дополнительные методы исследования (гистероскопия, гистерография, ультразвуковое исследование). Рак шейки матки обнаруживают при осмотре больной с помощью зеркал. Рак эндометрия диагностируют в основном на основании данных выскабливания матки. Пузырный занос и хорионэпителиома встречаются редко, поэтому дифференциальная диагностика ДМК с этими заболеваниями не имеет большого практического значения.

При ДМК симптоматическая терапия, описанная выше, обычно или не дает выраженного положительного результата, или вызывает временный кровоостанавливающий эффект. Поэтому сразу же после госпитализации или при вынужденной задержке с госпитализацией наряду с введением сокращающих матку средств и препаратов, повышающих свертываемость крови, необходимо начать применение гормонального гемостаза. У больных с ювенильными маточными кровотечениями остановку кровотечения

начинают сразу с гормонального гемостаза. В детородном возрасте к этому методу лечения обычно прибегают только после того, когда убеждаются в отсутствии предрака или рака эндометрия (необходимость предварительного диагностического выскабливания!). В период пременопаузы остановку ДМК во всех случаях начинают с производства диагностического раздельного (тела и канала шейки) выскабливания слизистой оболочки матки. Если же такое вмешательство было предпринято сравнительно недавно, то при исключении рака эндометрия можно начать в порядке оказания неотложной помощи остановку кровотечения с помощью гормональных препаратов.

Госпитализация. Вне зависимости от причины маточного кровотечения при обильном кровотечении больную необходимо срочно госпитализировать в гинекологическое отделение. При профузном кровотечении транспортировку осуществляют на носилках, при большой кровопотере – с опущенным головным концом.

3. Кровотечения при травме женских половых органов

Кровотечения могут возникать при дефлорации во время первого полового сношения (обычно такое кровотечение необильное), а также при ушибах и ранениях в результате падения, удара и т.п.

При разрыве девственной плевы больная жалуется на кровотечение из половых путей и боль в области входа во влагалище. При осмотре преддверия влагалища отмечается отек тканей и кровотечение из надорванной девственной плевы. При ушибах и повреждениях наружных половых органов наружное кровотечение чаще всего возникает в связи с повреждением области клитора (кровотечение может быть обильным). Травматическое повреждение может проявляться развитием гематомы в области наружных половых органов, при этом наружное кровотечение отсутствует, а больная жалуется на распирающую боль и невозможность сидеть.

КРОВОТЕЧЕНИЯ в первой половине беременности кровотечения в основном обусловлены самопроизвольным абортом. Значительно реже кровянистые выделения из матки бывают связаны с внематочной беременностью (см.), а также с развитием трофобластических заболеваний (пузырный занос и хорионэпителиома).

Симптомы. Самопроизвольный аборт сопровождается появлением кровянистых выделений из половых путей, выраженность которых находится в зависимости от стадий развития аборта.

При угрожающем аборте больная жалуется в основном на тяжесть внизу живота, небольшие схваткообразные боли; нередко эти явления сочетаются со скучными мажущимися темными кровянистыми выделениями. При влагалищном исследовании канал шейки матки закрыт, матка мягкая, легко возбудимая, по своим размерам соответствует сроку беременности. Начавшийся самопроизвольный аборт характеризуется усилением кровянистых выделений из влагалища и более интенсивными

схваткообразными болями внизу живота. При влагалищном исследовании определяется несколько приоткрытый наружный маточный зев, размеры матки соответствуют сроку беременности.

Аборт в ходе представляет собой следующую стадию развития самопроизвольного аборта, при которой плодное яйцо отслаивается от стенок матки и изгоняется в цервикальный канал. Эта стадия аборта сопровождается значительным кровотечением. Во время влагалищного исследования выявляют раскрытие наружного зева и канала шейки матки, в просвете которого обнаруживают сгустки крови и части плодного яйца. Размеры матки несколько меньше срока беременности.

Неполный абор트 характеризуется изгнанием большей части плодного яйца и наличием их остатков в матке, вследствие чего матка не может сократиться. Эта стадия характеризуется сильным, иногда профузным кровотечением. Боль незначительная. При влагалищном исследовании канал шейки матки свободно проходим для пальца, размеры матки всегда меньше предполагаемого срока беременности. Полный аборт (встречается редко) сопровождается изгнанием из матки всех частей плодного яйца. Вследствие этого кровотечение значительно меньше, чем при неполном выкидыше. Боль внизу живота почти отсутствует. Канал шейки матки проходим для пальца, матка значительно меньше срока беременности, плотная.