

Клинический случай №51

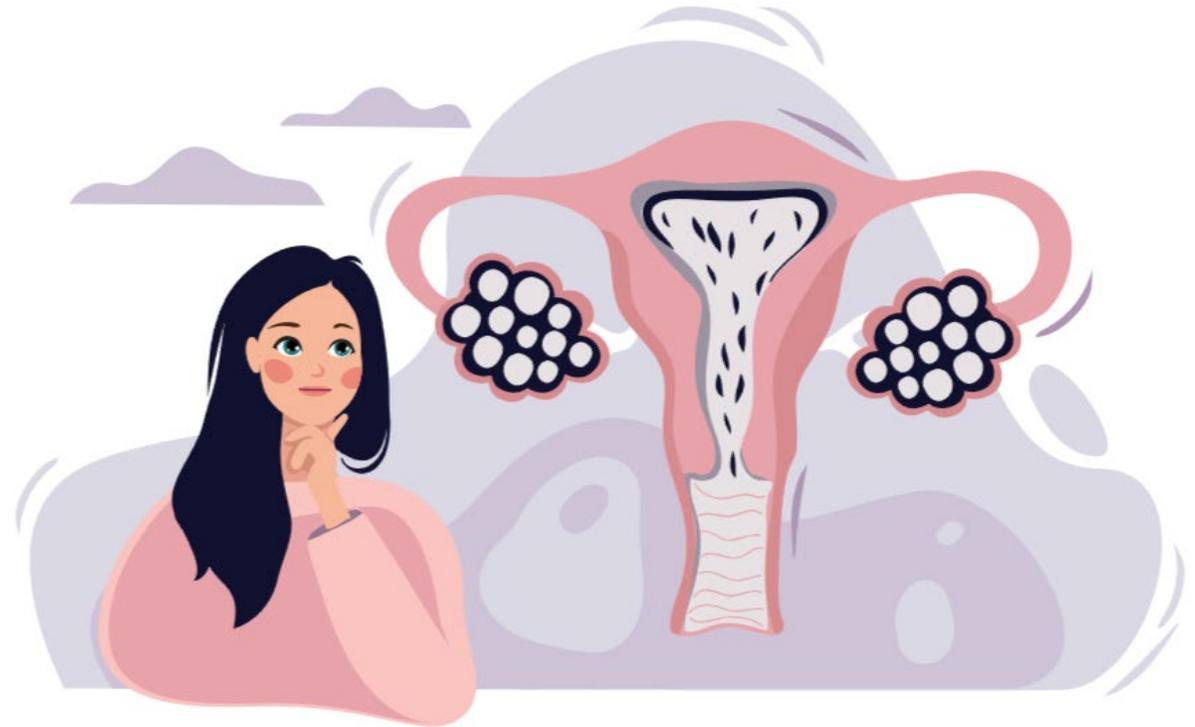
Мембранозная дисменорея у женщины с
синдромом поликистозных яичников. N94.5

Введение

Пациентка Н. 30 лет обратилась в Клинический госпиталь MD GROUP с жалобами на **ациклические кровянистые выделения**.

Анамнез:

- пациентка росла и развивалась нормально;
- менструации с 16 лет, нерегулярные с менархе;
- отмечалось **повышение уровня тестостерона** в сыворотке крови, был установлен диагноз: **СПЯ**.



Гинекологический анамнез

- Пациентка страдала бесплодием.
- В возрасте 27 лет проведено оперативное лечение: **드릴линг яичников** лапароскопическим доступом.
- После оперативного лечения многократно осуществлялась **индукция овуляции кломифена цитратом и летрозолом**.
- В результате индукции овуляции кломифена цитратом в возрасте 29 лет у пациентки **наступила беременность**, осложненная тошнотой и рвотой беременных легкой степени и железодефицитной анемией и завершившаяся своевременными оперативными родами (оперативное пособие: кесарево сечение).
- Родился живой мальчик массой 3700 г и ростом 54 см. Лактации не было.
- После родов женщину в течение 3 месяцев беспокоили **ациклические скудные кровянистые выделения**.

Физикальный осмотр

- Данные объективного обследования пациентки: рост — 169 см, масса тела — 57 кг, индекс массы тела — 20 кг/м².
- Гирсутое число по шкале Ферримана — Голлвея — 7.
- Артериальное давление — 105/70 мм рт. ст.
- При гинекологическом осмотре клитор нормальных размеров, слизистые вульвы и влагалища чистые, влажные.
- Per vaginam: шейка матки чистая, проба Шиллера: йоднегативных зон нет; матка и придатки не увеличены, плотные, подвижные, безболезненные.
- Выделения из половых путей **кровянистые**, скудные.

Инструментальные исследования и тактика

- При ультразвуковом исследовании полость матки расширена до 5 мм, содержимое гипоэхогенное, без локусов кровотока; в правом яичнике жидкостное образование 48 × 38 × 40 мм с кровотоком (индекс резистентности — 0,47).
- Пациентке была назначена гемостатическая терапия препаратом транексамовой кислоты.
- Менструальный цикл восстановился через 4 месяца после родов, менструации стали регулярными (менструальный цикл — 28 дней), однако мажущие кровянистые выделения периодически продолжали беспокоить женщину.
- Через 5 месяцев после родов было проведено ультразвуковое исследование: матка — 65 × 42 × 58 мм, область рубца на матке без особенностей; полость матки расширена до 5,1 мм, содержимое неоднородное, без кровотока; правый яичник — 37 × 15 × 36 мм, в нем визуализировалось жидкостное включение 23 × 6 мм; левый яичник — 33 × 14 × 28 мм.

Лабораторные исследования

- Фолликулостимулирующий гормон — 11,43 мМЕд/мл; лютеинизирующий гормон — 7,37 мМЕд/мл.
- Эстрадиол — 42 пг/мл; антимюллеров гормон — 4,77 пг/мл; тестостерон общий — 0,48 нг/мл (норма 0,05–0,81).
- Глобулин, связывающий половые гормоны — 63,8 нмоль/л; дегидроэпиандростерон — 101 мкг/дл (норма 124–482); 17-гидроксипрогестерон — 1,17 нмоль/л.
- Инсулин — 21,5 мкЕд/мл; тиреотропный гормон — 1,42 мМЕд/мл.
- Биохимический анализ крови: триглицериды — 1,23 ммоль/л; холестерин — 4,98 ммоль/л; липопротеины низкой плотности — 3,28 ммоль/л; липопротеины высокой плотности — 1,45 ммоль/л; ферритин — 69,7 мкг/л; коэффициент насыщения трансферрина — 24%.
- Пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы, глюкоза сыворотки крови: 0 минута — 4,33 ммоль/л; 120 минута — 3,5 ммоль/л.
- Мазок на онкоцитологию с шейки матки: NILM (The Bethesda system).

Терапия

- Пациентке был назначен **КОК, содержащий 0,03 мг этиниэстрадиола и 2 мг диеногеста**, который она начала принимать с 1-го дня цикла.
- На протяжении всего цикла приема препарата женщину беспокоили скудные ациклические кровяные выделения, на 20-й день пациентка начала ощущать **схваткообразные боли в гипогастральной области**, после чего в этот же день из влагалища выделилась **ткань размером 60 × 40 × 6 мм**, пластинчатого вида, дряблой консистенции, розового цвета с сероватым оттенком в виде двух соединенных пластин. После изгнания ткани из влагалища боли прекратились.



Экспульсированный из матки слепок эндометрия

Исследования после экспульсии эндометрия

- Был определен уровень бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека в сыворотке крови: < 1,2 мМЕ/мл.
- Данные ультразвукового исследования органов малого таза после изгнания ткани из влагалища: матка — 56 × 53 × 65 мм, область послеоперационного рубца без особенностей, полость матки щелевидная; шейка матки — 27 × 20 мм, без особенностей; правый яичник — 27 × 27 × 20 мм; левый яичник — 28 × 17 × 20 мм.
- На 23-й день цикла началась менструальноподобная реакция.

Гистологическое исследование

- Результат гистологического исследования изгнанной из влагалища ткани: фрагменты эндометрия с очаговыми расстройствами кровообращения, участками некроза и распада, децидуоподобной трансформацией стромы на всем протяжении, содержащей инфильтрацию эндометриальными гранулоцитами разной степени выраженности, слабо извитыми и несколько расширенными железами, выстланными эпителием индифферентного типа.
- **Заключение:** данная морфологическая картина характерна для **мембранозной дисменореи.**

Рекомендации

- Пациентке было рекомендовано продолжить прием КОК, содержащего 0,03 мг этиниэстрадиола и 2 мг диеногеста.
- В течение последующих двух циклов приема препарата менструальноподобная реакция проходила нормально.



Обсуждение

- **Мембранозная дисменорея** — спонтанное отслоение и последующая экспульсия эндометрия в виде единого фрагмента, сохраняющего форму полости матки.
- Возможные причины этого заболевания часто рассматриваются в рамках теории **гиперпрогестеронизма**, поскольку в большинстве случаев изгнание децидуализированной губчатой ткани происходит в результате воздействия прогестерона, концентрация которого под влиянием различных эндогенных или экзогенных факторов повышается и может вызывать утолщение эндометрия с дилатацией спиральных артерий и последующей их вазоконстрикцией. В результате эндометрий не распадается на фрагменты, а действует в полости матки как инородное тело, являясь триггером для ее сократительной активности, приводящей к его изгнанию.
- Поскольку типичной клинической картиной мембранозной дисменореи является выпадение децидуального слепка, который может быть похож на плодное яйцо, то необходимо **исключить самопроизвольный аборт**.

Обсуждение

- **Клиническая картина** включает сильную схваткообразную боль в подчревном отделе и вагинальное кровотечение.
- Мембранозная дисменорея разрешается самостоятельно и **не требует никакой терапии**, кроме адекватной анальгезии.

Авторы

Е.Э. Гродницкая - Клинический госпиталь MD GROUP на Севастопольском Группы компаний «Мать и дитя»; Россия, г. Москва; Медицинский научно-образовательный институт Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова; Россия, г. Москва.

Я.В. Карабанович - Клинический госпиталь MD GROUP на Севастопольском Группы компаний «Мать и дитя»; Россия, г. Москва.

М.А. Курцер - ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; Россия, г. Москва; Группа компаний «Мать и дитя»; Россия, г. Москва.

Источник: Гродницкая Е.Э., Карабанович Я.В., Курцер М.А. Клинический случай мембранозной дисменореи у женщины с синдромом поликистозных яичников. Доктор.Ру. 2024;23(5):79–82.
DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-5-79-82