

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования “ Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого ”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии
ИПО

Зав. кафедрой:
д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

**Реферат на тему: «Аномальные маточные
кровотечения»**

Выполнила:
ординатор кафедры оперативной
гинекологии ИПО
Плохих А.А.

Красноярск,
2024

Оглавление:

Термины и определения	3
Определение заболевания или состояния	4
Этиология и патогенез заболевания или состояния	4
Эпидемиология заболевания или состояния	5
Классификация заболевания или состояния	5
Диагностика заболевания	6
Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию.	8
Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	1
0	
Список литературы	12

Термины и определения

Аномальное маточное кровотечение (АМК) — это кровотечение, чрезмерное по длительности, объему кровопотери и/или частоте.

Обильное маточное кровотечение (ОМК) – чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.

Острое АМК – эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери.

Хроническое АМК – кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, повторяющееся более 3 месяцев.

1 Краткая информация

1.1 Определение заболевания или состояния:

Аномальное маточное кровотечение (АМК) — кровотечения чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (менее 24 дней).

Согласно определению NICE: обильное менструальное кровотечение (ОМК) — это чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.

ТАБЛИЦА 2.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНОВ ДЛЯ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ		
Характеристика	Терминология	Описание
Объем	Тяжелые менструальные кровотечения	Чрезмерная менструальная кровопотеря, влияющая на физическое состояние женщины, эмоциональные, социальные и материальные условия жизни. Может быть самостоятельной или сочетаться с другими симптомами
Регулярность (норма 20 ± 2 дня)	Нерегулярные менструальные кровотечения	Кровотечения разного диапазона длительности, включающего интервалы без кровотечения более 20 дней в течение одного 90-дневного периода
	Отсутствие менструальных кровотечений (аменорея)	Отсутствие кровотечения в течение 90-дневного периода
Частота (норма — каждые 24–38 дней)	Редкие менструальные кровотечения	Интервал между кровотечениями > 38 дней (1 или 2 кровотечения за 90 дней)
	Частые менструальные кровотечения	Интервал между кровотечениями < 24 дней (более 4 кровотечений за 90 дней)
Длительность (норма — 3–8 дней)	Длительные менструальные кровотечения	Длительность менструального кровотечения превышает 8 дней
	Укороченные менструальные кровотечения	Менструальное кровотечение длится менее 3 дней
Нерегулярные, немenstrуальные кровотечения	Межменструальные	Нерегулярные эпизоды кровотечения, часто легкие и короткие, возникающие между периодами нормального менструального кровотечения
	Посткоитальные	Кровотечения после полового акта
	Пременструальные и постменструальные кровянистые выделения	Кровотечения, которые могут быть регулярными и возникать в течение одного или более дней до или после менструального кровотечения
Кровотечение вне репродуктивного возраста	Постменопаузальное	Кровотечения, возникающее позже, чем через год после менопаузы
	Преждевременное, до начала менструации	Кровотечение в возрасте до 9 лет
Острое или хроническое АМК	Острое	Кровотечение у небеременной женщины репродуктивного возраста, объем которого требует немедленного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей потери крови
	Хроническое	Кровотечение аномальной продолжительности, объема и/или частоты в течение большей части последних 6 месяцев

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Причинами ОМК может быть, как органическая патология, так и неорганическая. В 2011 году была разработана «Классификационная система FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста», которая в 2018 году была пересмотрена.

Межменструальные кровотечения на фоне регулярного цикла более характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овуляторной дисфункции.

Нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций, более характерны для гиперплазии и

рака эндометрия.

Категории, не связанные с визуально определяемыми структурными изменениями:

Коагулопатия: болезнь или синдром Виллебранда, тромбоцитопатии (болезни Гланцмана и Бернара-Сулье), тромбоцитопении, в том числе идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) и болезнь Гоше; реже — острая лейкемия.

Овуляторная дисфункция: вследствие дефицита прогестерона и избыточной секреции эстрогенов. Эти формы АМК могут встречаться в подростковом возрасте, перименопаузе, при лактации, состояниях, сопровождающихся гиперандрогенией (синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников или андроген-продуцирующие опухоли), гипоталамической дисфункции, высоком уровне пролактина, тиреоидной патологии, преждевременной недостаточности яичников, ятрогенных причинах (воздействие радиации или химиотерапия).

Нарушения функции эндометрия: чаще является диагнозом исключения, возникает, как правило, на фоне регулярного ритма менструаций, в результате активации ангиогенеза, повышения продукции провоспалительных цитокинов, увеличения локального фибринолиза и дисбаланса простагландинов.

Ятрогенная категория: использование прогестагенов/КОК в непрерывном режиме или внутриматочной системы, что может влиять на эндометрий, процессы коагуляции и овуляцию, лечение антибиотиками рифампицином и гризеофульвином, антидепрессантами, тамоксифеном, кортикостероидами, прием антикоагулянтов.

Не относятся ни к одной из категорий АМК: артериовенозные мальформации, гипертрофия миометрия, ниша после кесарева сечения, а также другие нарушения состояния эндометрия, которые в настоящее время нельзя установить с помощью стандартных методов диагностики.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

Частота встречаемости АМК составляет примерно 30% среди пациенток репродуктивного возраста и может достигать 70% в перименопаузальный период.

1.4 Классификация заболевания или состояния

Классификация FIGO (PALM-COEIN) (2011 г.) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста:

- polyp (полип) (АМК-Р);
- adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);
- leiomyoma (лейомиома) (АМК-Л);
- malignancy (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasia (гиперплазия);
- coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);
- ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О);
- endometrial (эндометриальное) (АМК-Е);

- iatrogenic (ятрогенное) (АМК-I);
- not yet classified (еще не классифицированы) (АМК-N).

Структурные причины (PALM)	Неструктурные причины (COEIN)
Полипы	Коагулопатии
Аденомиоз	Нарушение овуляции
Лейомиомы: • субмукозные • другие	Эндометриальные нарушения (первичные нарушения механизмов регуляции локального гемостаза эндометрия)
Злокачественные новообразования и гиперплазия эндометрия	Ятрогенные
	Неспецифические

2 Диагностика заболевания

Диагноз аномального маточного кровотечения устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования.

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы на обильные менструальные кровотечения, межменструальные кровотечения, длительные и/или обильные кровянистые выделения.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение сбора гинекологического и репродуктивного анамнеза, физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования.

Определение количества, частоты и регулярности кровотечения, наличия посткоитального или межменструального кровотечения, дисменореи или предменструальных симптомов позволяет дифференцировать ановуляторное кровотечение от овуляторного или предположить наличие органических причин, в том числе связанных с патологией шейки матки и влагалища. При гинекологическом осмотре можно заподозрить наличие миомы матки или другого объемного процесса в малом тазу.

Необходимо получить информацию у пациентки с АМК об эпизодах кровотечений в анамнезе.

Рекомендуется получить информацию у пациентки с АМК о приеме лекарственных препаратов.

Комментарии: Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:

- Препараты половых гормонов: эстрогены, прогестины, в т.ч. лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), могут вызывать овуляторные расстройства;
- Препараты, влияющие на метаболизм допамина, включая фенотиазины и трициклические антидепрессанты;

- Прямые оральные антикоагулянты (такие как апиксабан) и низкомолекулярные гепарины больше влияют на объем менструального кровотечения;
- Антикоагулянт непрямого действия

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня ферритина в крови у пациенток с АМК.

Комментарии: При АМК необходимо исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью, оценить влияние кровопотери на уровень гемоглобина, запасы железа (сывороточный уровень ферритина вне воспалительного процесса отражает запасы железа в организме). Значения ферритина не меняются в случае приема препарата железа накануне исследования (в отличие от железа сыворотки), поэтому именно ферритин является основным тестом для выявления железодефицита. При признаках гипотиреоза – оценка ТТГ. Нет убедительных доказательств, подтверждающих обоснованность определения уровня гонадотропинов, эстрадиола или прогестерона на фоне АМК.

Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза (при наличии условий).

Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки пациенткам с АМК с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии (при наличии условий).

Рекомендуется при подозрении на врожденные нарушения системы гемостаза консультация врача-гематолога и тестирование на наличие наследственных коагулопатий.

Скрининг для выявления нарушений гемостаза у пациенток с обильными менструальными кровотечениями должен проводиться на основании наличия одного или нескольких следующих признаков:

- 1) Обильные менструальные кровотечения с менархе;
- 2) Одно из нижеперечисленных кровотечений: послеродовые, во время операции, кровотечение, связанное со стоматологическим вмешательством;
- 3) Два или более из следующих симптомов: гематомы 1–2 раза в месяц, носовое кровотечение 1–2 раза в месяц, частая кровоточивость десен, случаи кровотечений в

семейном анамнезе.

Врожденные коагулопатии имеют до 50% подростков и 10-20% женщин, имеющих ОМК с менархе. В 70% случаев выявляется болезнь Виллебранда, реже дефицит XI, VII, VIII факторов свертывания, носительство гемофилии А или В.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (по возможности трансвагинальное) для верификации диагноза.

УЗИ органов малого таза проводят для оценки состояния эндометрия, миометрия, шейки матки, маточных труб, яичников. УЗИ позволяет диагностировать полипы эндометрия, аденомиоз, миому матки, аномалии развития матки, диффузное утолщение эндометрия, связанное с гиперплазией и злокачественными новообразованиями, гормонопродуцирующие опухоли и образования в яичниках. Не рекомендуется применять соногистерографию и доплерометрию, как первую линию диагностики при АМК.

Рекомендуется проведение МРТ органов малого таза для дифференциальной диагностики сочетанной патологии эндо- и миометрия (миома, узловатая форма аденомиоза, объемные образования и др.,) в качестве дополнительного метода диагностики при АМК.

У пациенток с АМК проведение патолого-анатомического исследования биопсийного материала эндометрия.

Биопсию эндометрия необходимо проводить у женщин с АМК старше 40 лет, а также у более молодых женщин с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии. При подозрении на очаговую патологию (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует проводить под гистероскопическим контролем.

Рекомендуется проведение гистероскопии и диагностического выскабливания полости матки при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ.

2.5 Иные диагностические исследования

Рекомендуется консультация смежных специалистов (врач-эндокринолог, врач-терапевт, врач-гематолог) пациенток с АМК при наличии сопутствующих заболеваний: эндокринопатии (гипо- или гипертиреоз, метаболический синдром, СПЯ, ВДКН), патология гемостаза и др.

3 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

Рекомендуется использовать у пациенток с АМК в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту** для снижения объема кровопотери.

Применение транексамовой кислоты** в дозе 3г/сут (в тяжелых случаях до 4г\сутки) в течение 4 дней, блокирует локальные фибринолитические процессы в эндометрии, снижает кровопотерю на 40-60%.

Рекомендуется использовать у пациенток с АМК в качестве негормональной терапии нестероидные противовоспалительные препараты для снижения объема кровопотери.

Комментарии: НПВС снижают уровень простагландинов путем ингибирования циклооксигеназы, что способствует сужению сосудов. Снижение кровопотери на НПВС составляет 30-40%. Лечение начинают с 1 дня менструации или за несколько дней до, продолжают до остановки кровотечения согласно инструкции по применению, при отсутствии противопоказаний.

Рекомендуется использовать терапию препаратами железа у пациенток с АМК и анемией или латентным железодефицитом, согласно клиническим рекомендациям по анемии.

Рекомендуется назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, не заинтересованных в беременности.

Левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) – наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери, эффективность которого достигает 90% и может применяться в течение длительного времени.

Рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, нуждающихся в контрацепции.

Рекомендуется для лечения АМК, в качестве альтернативы КОК (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)), назначение прогестагенов (по АТХ - Прогестагены) в пролонгированном циклическом режиме.

Эффективность 21-дневной схемы приема прогестагенов (по АТХ - Прогестагены) сопоставимо с приемом КОК. Применение прогестагенов в лютеиновую фазу цикла малоэффективно для снижения объема менструальной кровопотери и не должно использоваться в качестве метода лечения ОМК.

Рекомендуется проводить гормональный гемостаз как метод остановки острого АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза.

Для проведения гормонального гемостаза в случаях острых АМК, а также для последующей противорецидивной терапии используют монофазные КОК. КОК применяют в дозе не более 100 мг/сут до остановки АМК по 1 таблетке с равными интервалами, с последующим снижением дозы до 1 таб/сут, продолжительность терапии 21 день от начала лечения. После остановки АМК рекомендовано продолжить прием КОК по контрацептивной схеме в течение последующих нескольких месяцев.

Рекомендуется использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ – по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз и др.).

Агонисты Гн-РГ эффективно снижают менструальную кровопотерю, обратимо блокируют стероидогенез и вызывают атрофию эндометрия. Чаще используют при сочетанной

патологии (миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия и др.). На фоне лечения уменьшается дисменорея и тазовая боль, связанные с эндометриозом. Пациенткам, получающим лечение агонистами Гн-РГ более 6 месяцев, должна быть назначена возвратная терапия препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии, если она не была начата ранее.

3.2 Хирургическое лечение

Проведение хирургического лечения у пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней:

Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, возраста, репродуктивных планов, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Хирургическое лечение проводится согласно протоколу соответствующих клинических рекомендаций. Следует рассмотреть возможность применения абляции эндометрия у

пациенток с АМК, завершивших репродуктивную функцию, при отсутствии органической патологии эндо- и миометрия. При неэффективности или невозможности использования других методов возможно применение эмболизации маточных артерий (при отсутствии противопоказаний). Окончательным способом лечения АМК является гистерэктомия.

4 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфическая профилактика АМК не разработана. С целью профилактики АМК рекомендовано ежегодное диспансерное наблюдение у врача-акушера-гинеколога для своевременного обнаружения органической патологии (миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия).

В случае уточнения причин АМК необходим тщательный контроль за лекарственными

препаратами, которые принимает пациентка. При овуляторных дисфункциях может сыграть роль коррекция психоэмоциональных нарушений, а также компенсация основного заболевания (синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, тиреотоксикоз, врожденная дисфункция коры надпочечников). Немаловажным фактором является профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза, которые в большинстве случаев развиваются вследствие инфекций, передаваемых половым путем. При выявлении данных заболеваний, пациентка относится к группе здоровья диспансерного наблюдения IIIa.

Специфическая профилактика АМК у подростков не разработана. В целях предупреждения развития АМК целесообразно выделить группы девочек- подростков, имеющих риск длительного сохранения ановуляторных менструальных циклов. В их числе:

- Раннее наступление менструации (до 10 лет);
- Наследственный анамнез по коагулопатиям;
- Наличие в анамнезе геморрагического синдрома неясного генеза.

Список литературы:

1. Проект-протокол – клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения» Профессиональные ассоциации: Российское общество акушеров-гинекологов.
2. Национальное руководство. Гинекология. Под редакцией В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухин. Издано в 2009 г.
3. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).
4. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М:ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018 Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>. Accessed 25 Feb 2020