

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения
по специальности Акушерство и гинекология

Шестиалтынова Анастасия Анатольевна
(ФИО ординатора)

Тема реферата: "Аномальные маточные кровотечения"

Основные оценочные критерии

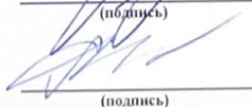
№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5!

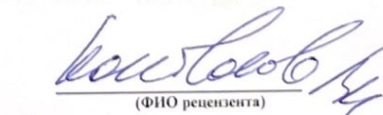
Дата: 20.02.2024 год

Подпись рецензента


(подпись)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО рецензента)

(ФИО ординатора)

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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета



Реферат на тему

«Аномальные маточные кровотечения»

Выполнила:

Ординатор 2-го года

Кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета

Шестиалтынова Анастасия Анатольевна

Красноярск, 2024

Содержание

1.	Введение	3 стр
2.	Определение	3 стр
3.	Классификация	3-4 стр
4.	Этиология и патогенез	4-6 стр
5.	Клиническая картина	6 стр
6.	Диагностика	7-8 стр
7.	Лечение	8-12 стр
8.	Заключение	13 стр
	Список литературы	14 стр

Введение

Несмотря на прогресс в медицине маточные кровотечения остаются общеизвестной медицинской проблемой. Аномальные маточные кровотечения оказывают негативное влияние на физическое, эмоциональное, социальное, в т.ч. материальное благополучие женского населения. Около трети женщин обращается за медицинской помощью к гинекологу в связи с аномальными маточными кровотечениями. Их частота увеличивается с возрастом: если в репродуктивном возрасте она составляет 20-30%, то в период пери- и постменопаузы возрастает до 80%. Аномальные маточные кровотечения занимают 2-е место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары, служат показанием для большей части хирургических вмешательств, в т.ч. деструктивных.

Определение

Аномальное маточное кровотечение – это кровотечение, чрезмерное по длительности, объему кровопотери и/или частоте.

Классификация

Длительное время не существовало единой терминологии и универсальной классификационной системы АМК, что существенно затрудняло проведение научных исследований и разработку стандартов ведения больных. В 2011 г. Международная Федерация гинекологии и акушерства (FIGO) разработала новую классификационную систему АМК – PALM-COEIN.

PALM-COEIN – это аббревиатура, позволяющая классифицировать основные причины АМК. Первая часть, «PALM», описывает структурные причины кровотечений. Вторая часть, «COEI», описывает неструктурные причины. «N» означает «не классифицировано иначе».

- P: полип
- A: аденомиоз
- L: лейомиома
- M: гиперплазия/рак эндометрия.
- C: коагулопатия/нарушение свертываемости крови
- O: овуляторная дисфункция
- E: эндометриальные причины
- I: ятрогенные причины.
- N: не классифицировано иначе.

Классификация FIGO, модификация 2018 г.

Категория	Изменение
АМК-А	Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза
АМК-L	Определены 3 типа узла как субмукозная миома матки Введены определение и отличия между узлами: • Типа 0 и 1; 6 и 7 • Типа 2 и 3; 4 и 5
АМК-С	Исключены АМК, связанные с приемом антикоагулянтов
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов
АМК-О	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза
АМК-N	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий»

Нормальное и anomальное кровотечение: пересмотр FIGO 2018 г.

Категория	Характеристика
Частота	Отсутствие менструации или кровотечений – аменорея Частые (< 24 дней) Нормальные (от 24 до 38 дней) Редкие (> 38 дней)
Регулярность	• Регулярные (вариабельность цикла ≤ 9 дней) • Нерегулярные (вариабельность цикла > 9 дней)
Длительность	Нормальная: ≤ 8 дней Длительная: > 8 дней
Объем	Определение обильности • Обильные • Нормальные • Скудные • Согласно рекомендации NICE, ОМК – объем кровотечений, которое оказывает негативное влияние на качество жизни женщины.
Межменструальное кровотечение	Определение симптомов межменструальных кровотечений • Беспорядочные • Циклические (начало, середина или конец цикла)

Этиология и патогенез

Любой патологический процесс, приводящий к нарушению нормальных эндокринных, паракринных или гемостатических функций эндометрия, а также нарушению сократимости миометрия, может вызвать АМК.

Полип: АМК-Р

Полипы эндометрия представляют собой выросты слизистой оболочки эндометрия, состоящими из моноклонального разрастания стромальных клеток эндометрия с включением опухолевого железистого компонента. Патогенетический механизм увеличения менструальной кровопотери при полипах эндометрия окончательно не изучен. Аномальная густая микрососудистая сеть с выраженными мышечными стенками – это особенность полипов эндометрия, которая является важным диагностическим маркером при патоморфологическом исследовании.

Аденомиоз: АМК-А

Аденомиоз может влиять на нормальную сократимость миометрия, и это может способствовать возникновению кровотечения.

Лейомиомы: АМК-L

Наиболее распространенный симптом – ТМК (тяжелое менструальное кровотечение). Увеличенная площадь поверхности матки, увеличенная сосудистая сеть и кровоток в матке, сниженная сократительная способность миометрия, особенно внутренней соединительной зоны. Повреждение эндометрия над субмукозными лейомиоматозными узлами и застой крови в миометрии и эндометрии за счет механического сдавления венозного сплетения. Нарушение регуляции нормальной функции сосудов при лейомиомах может быть связано с нарушениями в экспрессии ангиогенных факторов роста и их рецепторов.

Злокачественная опухоль: АМК-M

Патогенетические механизмы при ГЭ – отсутствие обычного снижения уровня прогестерона, чтобы инициировать отторжение утолщенной ткани эндометрия; пролиферативная активность в эндометрии и, возможно, обильный кровоток, необходимый для ускоренного роста эндометрия; все это может вызвать длительное, сильное кровотечение.

Карцинома эндометрия является наиболее распространенным гинекологическим заболеванием в западном мире. Кровотечение развивается вторично по отношению к разрушению сосудов эндометрия из-за инвазии злокачественными клетками и аномального неоваскулогенеза.

Коагулопатия: АМК-С

Ранее выделялись 4 клинических варианта АМК-С: 1 – АМК во время антикоагулянтной терапии (в настоящее время это группа АМК-I), 2 – АМК с наследственными нарушениями свертываемости, 3 – АМК, ассоциированное с цитопениями (в частности, тромбоцитопенией), 4 – АМК при серповидноклеточной анемии.

Может возникать вторично, на фоне других нозологических форм, самостоятельно вызывающих АМК. Например, компрессия, вызванная большой миомой матки, может привести к тромбозам, поэтому кровотечение может быть усугублено последующей антикоагуляцией.

Овуляторная дисфункция: АМК-О

Ановуляторные циклы могут вносить вклад в АМК за счет неконтролируемого воздействия эстрогена на эндометрий, которое вызывает его заметную пролиферацию и утолщение, что приводит к обильным менструальным кровотечениям измененной частоты менструации.

Эндометриальная дисфункция: АМК-Е

Эндометрий является одним из немногих органов, где происходит регулярный ангиогенез. Механизмы регуляции роста сосудов эндометрия остаются неясными. Предполагается, что фактор роста эндотелия сосудов, продуцируемый внутрисосудистыми нейтрофилами. Патологический ангиогенез приводит к формированию аномальных кровеносных сосудов с хрупкими стенками и способствует развитию АМК.

Ятрогенные причины: АМК-I

Эта группа включает препараты антагонисты витамина К и современные пероральные прямые антикоагулянты.

Не классифицированные иначе: АМК-N

Артериовенозные мальформации, ниша после кесарева сечения, гипертрофия миометрия.

Клиническая картина

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

Диагностика

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

Физикальные данные

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

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

Лабораторная диагностика

- Общий анализ крови
- Бета-ХГЧ в крови
- Коагулограмма
- Исследование уровня ферритина
- Микроскопическое исследование влагалищных мазков
- Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки
- 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.

Инструментальная диагностика

Трансвагинальное ультразвуковое исследование – это диагностический метод первой линии при исследовании возможных причин обильных менструальных

кровотечений. 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.

Гистероскопия при АМК является методом прямой визуализации изменений в полости матки и облегчает выбор участков для биопсии. Гистероскопия может выполняться в амбулаторных условиях с анестезией или без таковой, а также в операционной под местной или общей анестезией. Прямая биопсия под контролем зрения является основным преимуществом перед «слепой» дилатацией и аспирацией содержимого полости матки.

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.

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

Лечение

Консервативная терапия

Методы медикаментозной терапии АМК

Виды терапии	Дозы/режим	Механизм действия	Эффективность/преимущества	Неблагоприятные эффекты
Негормональные				
НПВП	Напроксен 500 мг (1-2 р/д) Ибупрофен 600 – 1200 мг в день	Снижение уровня простагландинов в эндометрии	Снижение МПК на 20-40%; Уменьшение дисменореи на 70%	Диспепсия, ухудшение течения астмы, гастрита и язвы желудка
Антифибринолитики	Транексаномовая кислота 1 г 3-4 р/д в дни менструации	Обратимая блокада плазминогена, подавление фибринолиза	Снижение МПК на 20-40%	Диспепсия, диарея, головные боли, судороги нижних конечностей

Гормональные				
КОК	Циклический, пролонгированный или непрерывный режим	Подавление ГГЯ оси, атрофия эндометрия	Контроль цикла; Снижение МКП на 20-50%; Уменьшение ПМС и дисменореи; Контрацепция +	Мастодиния, лабильность настроения, задержка жидкости, крайне редкие ВТЭ
ЛНГ-ВМС	20 мкг/сут, одна система на 5 лет	Подавление пролиферации эндометрия	Снижение МКП на 70-90%, Аменорея у 80% через 1 год; Снижение дисменореи; Контрацепция +	Нерегулярные кровотечения первые 6 мес, мастодиния, акне, головные боли, судороги нижних конечностей
Циклические пероральные прогестины	МПА 5-10 мг/сут в течение 10-14 дней, НЭТ 5 мг с 5 по 26-й день цикла	Подавление пролиферации эндометрия	Снижение МПК > 80% в случае пролонгированного режима; Контрацепция – возможность наступления беременности снижается.	Мастодиния, лабильность настроения, вздутие живота, акне, головные боли, прибавка массы тела

ПМС – предменструальный синдром, МПА – медроксипрогестерона ацетат, НЭТ - норотестерон

Необходимо использование агонистов 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.

Хирургическое лечение

Рекомендуется 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.

АМК у подростков

АМК у подростков чаще всего обусловлены овуляторной дисфункцией или врожденными нарушениями свертывания крови, в связи с чем алгоритм обследования должен включать диагностику коагулопатий и консультацию гематологом. Другие причины АМК аналогичны таковым в репродуктивном возрасте, которые диагностируются согласно классификации PALM-COEIN.

Показания для госпитализации:

- нестабильная гемодинамика при анемии тяжелой степени необходимость хирургического лечения отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях.
- необходимость хирургического лечения
- отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях

Медикаментозная терапия

Медикаментозная терапия является методом выбора у подростков с АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза.

В качестве первой линии негормональной терапии необходимо применение транексамовой кислоты для снижения объема кровопотери в дозе 1 г 3 раза в сутки или по 15-25 мг/кг (максимальная разовая доза 1 г) 3 раза в день (в тяжелых случаях до 4 г в сутки) в течение 4 дней (внутривенно при острых АМК) уменьшает объем кровопотери на 25-50%.

Рекомендуется проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала эндометрия пациенткам с АМК в постменопаузе, полученного путем биопсии или отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов ультразвукового исследования и наличия факторов риска развития РЭ) для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности).

Кровотечения в постменопаузе на фоне МГТ

Наиболее частыми причинами кровотечений на фоне МГТ являются низкая приверженность терапии, лекарственные взаимодействия, доброкачественные новообразования (полипы эндометрия), а также экстрагенитальная патология. Кровотечения на фоне приема МГТ требуют обследования. У женщин в постменопаузе кровянистые выделения (чаще скудные) могут отмечаться в первые 6 месяцев начала приема монофазной комбинированной МГТ.

Рекомендуется проведение ультразвукового исследования органов малого таза всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне МГТ. Толщина эндометрия < 5 мм у пациенток с АМК на фоне непрерывного комбинированного режима МГТ у женщин в постменопаузе без факторов риска РЭ является порогом, свидетельствующим о низкой вероятности патологии эндометрия. При отсутствии факторов риска РЭ и М-эхо < 5 мм допустима выжидательная тактика.

Всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ при толщине эндометрия ≥ 5 мм проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала эндометрия, полученного путем биопсии или отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов ультразвукового исследования и наличия факторов риска развития РЭ) для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности). Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала с патолого-анатомическим исследованием соскоба проводят при продолжающемся кровотечении в течение более 6 месяцев (при условии предварительного обследования перед назначением МГТ и отсутствии факторов риска развития РЭ), при М-эхо < 5 мм и наличии факторов риска РЭ; при подозрении на очаговую патологию эндометрия по данным УЗИ.

НПВС за счет подавления циклооксигеназы и изменения соотношения простагличина и тромбосана снижают кровопотерю на 20-60% и являются препаратами первой линии выбора при лечении овуляторных АМК без патологии эндометрия или системы гемостаза. Препараты применяют за 1 день до начала или в 1 день менструации в течение 3-5 дней, либо до остановки АМК, при отсутствии противопоказаний. Ибупрофен 600-1200 мг в сутки, напроксен 250-500 мг в сутки, нимесулид 200 мг в сутки.

КОК – для снижения объема кровопотери у пациенток с АМК и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов. Низкодозные (30 мкг этинилэстрадиола) монофазные КОК – применяют каждые 8 часов для остановки АМК с последующим постепенным снижением суточной дозы. Применение КОК у нуждающихся в контрацепции пациенток с АМК позволяет снизить объем менструальной кровопотери на 43-69%.

Хирургическое лечение

Рекомендуется применять диагностическое выскабливание полости матки (под контролем гистероскопии – по возможности) у подростков с АМК при отсутствии эффекта от гемостатической терапии, аспирационной эвакуации по жизненным показаниям.

АМК в период менопаузы

АМК в период постменопаузы определяется как маточное кровотечение, возникшее через 1 год стойкой аменореи.

Первичной целью диагностического поиска при АМК в постменопаузе, независимо от объема кровотечения, является исключение органической патологии эндометрия (полипы, гиперплазия и рак эндометрия и др.), гормонопродуцирующие опухоли яичников. Атрофические изменения эндометрия являются также могут быть причинами АМК в постменопаузе.

Ятрогенные факторы, вызывающие АМК в постменопаузе, ассоциированы с приемом менопаузальной гормональной терапии (МГТ), селективного модулятора эстрогеновых рецепторов (СЭРМ) тамоксифена, антикоагулянтов и др.

Факторами риска развития рака эндометрия являются: ожирение, отсутствие родов в анамнезе, раннее менархе, поздняя менопауза (старше 55 лет), СПЯ, а также отягощенная наследственность: синдром Линча, рак эндометрия у родственников 1-ой степени родства, носители мутации BRCA 1/2 и др.

Заключение

Чрезмерная МКП оказывает негативное влияние на физическое, эмоциональное, социальное и материальное благополучие женщины. Трудности для клинициста могут быть связаны с проведением адекватной оценки величины МКП, выявлением скрытого дефицита железа, который в европейских странах достигает 30-40%. Тактика ведения АМК должна основываться на результатах адекватно проведенной диагностики причин кровотечения, с учетом оценки возраста, репродуктивных планов и состояния здоровья женщин. Назначение гемостатической терапии, в том числе гормонотерапии, позволяет снизить количество госпитализаций в гинекологические стационары и число неоправданных внутриматочных оперативных вмешательств, что улучшает качество жизни и показатели общего благополучия пациенток с ОМК. Выбор терапии должен проводиться дифференцированно с учетом баланса пользы и риска лекарственных препаратов, а также личных предпочтений пациенток.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения» 2021 г.
2. Журнал «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии», 2020, том 19, №2 «Гормональная терапия аномальных маточных кровотечений у женщин позднего репродуктивного возраста»
3. Журнал «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии», 2022, том 21, №2 «Аномальные маточные кровотечения. Анализ результатов ультразвукографии по системе IETA»
4. «Клиническая медицина» «Аномальные маточные кровотечения: этиология и патогенез (описательный обзор)», Е.В.Енькова, Е.В.Киселева
5. «Gynecology». 2018, 20 (4) «Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение»