

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

Институт последипломного образования

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Реферат

на тему: «Аномальное маточное кровотечение».

**Выполнил ординатор 2 года обучения  
по специальности Акушерство и гинекология  
Лопатина Дарья Андреевна**

**Проверил КМН, Доцент кафедры  
Шагеев Тимур Анварьевич**

Красноярск 2024г.

## АННОТАЦИЯ

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — распространенная патология, которая включает нарушения менструального цикла, связанные с частотой, регулярностью, продолжительностью и объемом теряемой крови у небеременных пациенток. АМК оказывают значительное влияние на физические, психологические, социальные, профессиональные и семейные аспекты жизни женщины. В настоящее время для лечения АМК используются как медикаментозные, так и оперативные методы лечения. Медикаментозная терапия подразделяется на негормональную и гормональную. Выбор препаратов обусловлен выраженностью симптоматики, репродуктивными планами женщины.

## Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ
2. ТЕРМИНОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ
3. КЛАССИФИКАЦИЯ
4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ
5. ДИАГНОСТИКА
6. ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
7. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ
8. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.
9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ
10. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

## ВВЕДЕНИЕ

Аномальные маточные кровотечения (АМК), продолжают оставаться актуальной проблемой современной медицины. По данным разных авторов частота встречаемости данной патологии среди пациенток гинекологического профиля составляет: у подростков в первые 2 года после наступления менархе до 37% случаев, у женщин репродуктивного возраста от 17 до 24% случаев, до 50–60% в перименопаузальном периоде и достигает максимальных значений в постменопаузе. По данным ряда популяционных исследований распространенность АМК достигает 35%. Такие различия в частоте встречаемости обусловлены определенными особенностями патогенеза маточных кровотечений, в разные периоды жизни женщины.

Более, чем половина женщин репродуктивного возраста сталкивается с АМК хотя бы один раз в жизни, в то время, как только четверть из них обращаются за врачебной помощью. АМК характеризуется увеличением продолжительности менструаций, величины кровопотери или учащением эпизодов кровотечения. Это приводит к анемии, сопровождается чувством усталости, недомогания, снижению качества жизни. Данные симптомы приводят не только к ухудшению соматического и репродуктивного здоровья, но и к ограничению социальной активности, увеличению финансовых расходов на покупку дополнительных гигиенических средств, лекарственных препаратов. АМК оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье и общее благополучие женщин, приводя к снижению качества жизни.

В современной литературе существуют достаточно большое количество рекомендаций ведущих обществ акушеров-гинекологов, направленных на оптимизацию диагностических и лечебных мероприятий, улучшение качества медицинской помощи пациенткам с АМК.

Аномальное маточное кровотечение является наиболее частым показанием к неотложной госпитализации, проведению внутриматочных вмешательств. Согласно статистическим данным в репродуктивном возрасте

за медицинской помощью по поводу обильных менструальных кровотечений 8 обращаются до 65% женщин. Среди девочек-подростков влагалищные кровотечения составляют свыше 50% всех обращений к гинекологу, из них почти 95% обусловлено аномальными маточными кровотечениями. В основном АМК возникают у девочек-подростков в течение первых 3 лет после менархе.

Таким образом знания диагностических критериев, современных методов обследования при аномальном маточном кровотечении в различные возрастные периоды жизни женщины, позволяет своевременно выставить диагноз и назначить адекватное лечение.

### **ТЕРМИНОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ**

Аномальное маточное кровотечение – это любое отклонение менструального цикла от нормы, включающее изменения регулярности и частоты менструаций, продолжительности кровотечения или количества теряемой крови.

Характеристика параметров нормального менструального цикла и аномальных маточных кровотечений для девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста представлена в таблице 1.

Клинические показатели менструального кровотечения/цикла	Описательные термины	Нормальные показатели и их нарушения
Частота (интервал между кровотечениями), дни	Частая <i>Полименорея</i>	<24
	Нормальная	24-38
	Редкая <i>Олигоменорея</i>	>38
Регулярность (интервалы без кровотечений более 20 дней в течение 90-дневного периода), дни	Отсутствие	Нет кровотечений
	Регулярные	<9
	Нерегулярные	>9
Продолжительность кровотечения, дни	Длительное <i>Меноррагия</i>	>8
	Нормальное	4-8
	Короткое	<4
Объем менструальной кровопотери, мл	Обильное <i>Гиперменорея</i>	>80
	Нормальное	5-80
	Скудное	<5

1

Табл

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Международной федерацией акушеров-гинекологов (International Federation of Obstetricians and Gynecologists, FIGO) в 2009 году был утвержден термин «аномальные маточные кровотечения». Этот термин был принят для использования как экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), так и специалистами большинства профессиональных сообществ акушеров-гинекологов (Американского общества репродуктивной медицины (ASRM), Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (ESHRE), Национального института здоровья Соединенных Штатов Америки (NIH), Американского колледжа

<sup>1</sup> Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011.

акушеров-гинекологов (ACOG), Королевского колледжа акушеров-гинекологов Великобритании (RCOG), Европейского колледжа акушеров-гинекологов (ECOG) и др.). В соответствии с классификацией при определении типа аномального маточного кровотечения учитываются клинические особенности и причина его возникновения.

Типы маточных кровотечений:

➤ Острое аномальное маточное кровотечение – эпизод обильного кровотечения, определяющий необходимость срочного врачебного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери. Острое АМК может возникнуть на фоне давно существующего хронического АМК или возникнуть остро и никогда не встречаться ранее.

➤ Хроническое аномальное маточное кровотечение – аномальное по объему, регулярности и (или) частоте, наблюдающееся в течение большинства из последних 6 месяцев. В эту категорию аномальных маточных кровотечений причисляются нерегулярные и длительные менструальные кровотечения. Хроническое аномальное маточное кровотечение, как правило, не требует незамедлительного врачебного вмешательства.

➤ Обильное межменструальное кровотечение (ОМК) – обильное по объему и длительности кровотечение, определяющее необходимость срочного врачебного вмешательства.

➤ Тяжелое маточное кровотечение (ТМК) – это чрезмерная менструальная кровопотеря, нарушающая физическое состояние, социальные, эмоциональные и/или материальные условия жизни женщины; может быть изолированной или сочетаться с другими симптомами.

➤ Межменструальное маточное кровотечение – кровотечение, встречающееся между четкими предсказуемыми сроками менструации. Данное определение заменяет термин «метроррагия».

➤ Посткоитальное кровотечение – вагинальное кровотечение, возникающее в течение 24 часов после полового контакта.

В 2011 г. экспертная группа FIGO, предложила классификационную систему PALM-COEIN, выделяющую две основные группы АМК – связанные и не связанные с органической патологией матки.

Первая группа (PALM) включает четыре категории нарушений, определяемых при использовании визуальных методов диагностики:

➤ полип (Polyp);

➤ аденомиоз (Adenomyosis);

➤ лейомиома (Leiomyoma);

➤ злокачественная опухоль (Malignancy) и гиперплазия (hyperplasia).

Вторая группа (COEIN) включает категории нарушений, обусловленные:

➤ коагулопатией (Coagulopathy);

➤ овуляторной дисфункцией (Ovulatory dysfunction);

➤ эндометриальными изменениями функционального характера (Endometrial);

➤ ятрогенными изменениями (Iatrogenic);

➤ не классифицированные нарушения (Not yet classified).

Базовая классификационная система отражает только наличие (1) или отсутствие (0) конкретной причины, что облегчает и оптимизирует выбор

дальнейшей тактики ведения больных. При использовании указанной классификации рабочий диагноз может быть представлен соответствующей аббревиатурой. Например, у больной с аномальными маточными кровотечениями на фоне ановуляции и эндометрита – аномальное маточное кровотечение – P0A0L0M0-C0O1E1I0N0 или в коротком варианте – аномальное маточное кровотечение – O1E1.

Степень выраженности АМК пубертатного периода классифицируют в зависимости от результатов лабораторных данных (Emans et al., 2005). Соответственно выделяют:

- 1) Легкое (уровень гемоглобина более 120 г/л);
- 2) Умеренное (уровень гемоглобина 100-120 г/л, стабильные показатели гемодинамики);
- 3) Тяжелое (уровень гемоглобина менее 70 г/л или нестабильные показатели гемодинамики).

### **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

АМК является частой формой кровотечения из половых путей, но не единственной. С целью адекватной диагностики данной патологии необходимо знать основные патологические состояния, которые могут сопровождаться кровяными выделениями из гениталий.

Кровотечение из половых путей может быть связано с:

- заболеваниями вульвы: доброкачественные (кисты, кондиломы, ангиокератома, папулезные высыпания и др.) и злокачественные новообразования;
- заболеваниями влагалища: доброкачественные (киста гарднера протока, полип, аденоз влагалища) и злокачественные новообразования; инфекционными поражениями (вагинит, бактериальный вагиноз);

➤ заболевания шейки матки: доброкачественные (полип, эктопия цилиндрического эпителия, эндометриоз) и злокачественными процессами; инфекционными поражениями (цервицит);

➤ заболеваниями тела матки: доброкачественные (миома матки, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, аденомиоз), злокачественные (аденокарцинома, саркома) новообразования; инфекционными поражениями (эндометрит); нарушением процессов фолликулогенеза (ановуляция);

➤ заболеваниями придатков матки: перекрут придатков матки, воспалительные заболевания верхнего отдела генитального тракта, разрыв кисты яичника, рак маточной трубы, рак яичника;

➤ экстрагенитальные заболевания: инфекция мочевых путей, колит, геморрой, рак мочевого пузыря;

➤ системной патологией: заболевания системы крови (болезнь Виллебранда-Юргенса, тромбоцитопения, дисфункция тромбоцитов, острый лейкоз, недостаточность факторов свертывания); заболевания печени, почечная недостаточность, врожденная дисфункция коры надпочечников, синдром и болезнь Кушинга; заболевания нервной системы, гиперпролактинемия; стресс и физическое перенапряжение; курение; поражение вульвы при красном плоском лишае, болезни Бехчета, пузырчатке, болезни Крона; гормонально активные опухоли яичника и надпочечника;

➤ травматическими повреждениями половых органов (в том числе вследствие насильственных действий сексуального характера), инородное тело, повреждения таза;

➤ связанные с ятрогенными факторами: после резекции, электро-, термо- или криодеструкции эндометрия, кровотечение из зоны биопсии и деструкции шейки матки;

➤ связанные с употреблением лекарственных препаратов: цитостатики, антикоагулянты, психотропные препараты, женские половые гормоны в любом возрасте, тамоксифен, антибиотики (развитие эпидермального токсического некролиза и синдрома Стивена-Джонсона), глюкокортикоиды;

➤ неклассифицированные (прочие) заболевания: аномалии развития и опухоли сосудов половых органов.

Согласно выше представленной классификационной системы, разработанной экспертами FIGO в 2011 году, основные причины АМК рассматриваются с позиций наличия или отсутствия органической патологии матки. В зависимости от возраста пациентки (пубертатный, репродуктивный, пременопаузальный, постменопаузальный периоды) частота встречаемости тех или иных заболеваний в структуре причин АМК будет отличаться. Маточные кровотечения, связанные с органической патологией матки.

Полип (АМК-Р) Полипы эндометрия и полипы цервикального канала являются эпителиальными образованиями, которые могут включать различные структурные компоненты: сосудистый, железистый, фиброзно-мышечный и соединительнотканый. Часто полипы имеют бессимптомное течение. В основном это доброкачественные образования. Классификационная система не предусматривает уточнение числа полипов, их размеров и локализацию. Категория Р1 означает, что полип выявлен с помощью любого метода обследования (УЗИ, гистероскопия с гистопатологическим подтверждением или без такового). Категория Р0 – полип не выявлен.

Аденомиоз (АМК-А) Диагноз аденомиоза (внутренний эндометриоз, эндометриоз тела матки) в настоящее время устанавливаются на основании

данных ультразвукового исследования, в особо сложных случаях – с использованием магнитнорезонансной томографии. При проведении УЗИ используются четкие диагностические критерии (наличие эндометриoidных гетеротопий в миометрии, гипертрофия миометрия, разграничение диффузной и узловой (многоочаговой) форм). Диагностика аденомиоза с помощью МРТ также предусматривает четкие критерии. Выявление аденомиоза – категория А1, отсутствие – А0.

Лейомиома (АМК-L) Представленная базовая классификационная система PALM отражает только наличие лейомиомы, категория – L1. Особенности расположения, числа и размера узлов не имеют значения. Отсутствие лейомиомы обозначается, как L0.

В практике врача используются ряд классификаций, уточняющих локализацию миоматозных узлов, выделяющих подклассы, позволяющих определиться с тактикой ведения. Согласно классификации, FIGO 2011 года выделяют лейомиому, деформирующую полость матки (подслизистая [submucosal [SM]), от других ее форм (others [O]) (таблица 2). Среди всех локализаций миом, именно подслизистая (субмукозная) миома наиболее часто сопровождается АМК.

Таблица 2

Классификация миомы матки Международной Федерации гинекологов и акушеров (FIGO, 2011)

Локализация миомы матки	Тип	Характеристика
SM (submucosal) - подслизистая	0	Внутриполостная на ножке
	1	В мышце матки менее 50% объема узла
	2	В мышце матки более 50% объема узла
O – (other) другие	3	Контактирует с эндометрием; 100% межмышечная
	4	Межмышечная
	5	Подбрюшинная; в мышце матки более 50% объема узла
	6	Подбрюшинная; в мышце матки менее 50% объема узла
	7	Подбрюшинная на ножке
	8	Другая (например, шейная)
Гибридные миомы (связаны как с эндометрием, так и с периметрием)	Указываются 2 цифры через дефис: 1-я отражает связь с эндометрием, 2-я – с периметрием (ниже приведен пример)	
	2-5	Подслизистая и подбрюшинная; менее 50% объема опухоли располагается в полости матки и брюшной полости

При подслизистой миоме матки менструальное кровотечение может в несколько раз превышать нормальный ежесуточный объем. Следствием этих процессов является развитие вторичной железодефицитной анемии.

Маточные кровотечения при подслизистой локализации миомы связаны с рядом факторов:

1) нарушение архитектоники сосудов, кровоснабжающих подслизистые миоматозные узлы; в этих сосудах происходит полная или частичная потеря адвентициальной оболочки, что, с одной стороны, повышает их проницаемость, с другой, – снижает сократительную активность сосудов при нарушении их целостности;

2) снижение тонуса матки;

3) увеличение площади менструирующей поверхности.

Малигнизация и гиперплазия (АМК-М). Атипичная гиперплазия и рак эндометрия в структуре причин маточных кровотечений у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста встречаются относительно редко, но являются очень значимыми.

При обнаружении предраковой гиперплазии эндометрия или злокачественного процесса во время обследования женщин с АМК, используются для постановки диагноза классификации ВОЗ и FIGO, существующие специально для категоризации гиперплазии и рака эндометрия.

Маточные кровотечения, несвязанные с органической патологией матки.

Коагулопатия (АМК-С) В структуре причин АМК у женщин с обильными менструальными кровотечениями в различных возрастных группах нарушение свертывания крови занимает значительное место. Частой причиной обильных менструальных кровотечений, независимо от времени их первого проявления – до двух лет от менархе или позднее, являются различные нарушения гемостаза, что составляет до половины наблюдений. Многие исследователи считают убедительным основанием для проведения скрининга по выявлению нарушения свертывающей системы крови при возникновении АМК.

Среди системных заболеваний, сопровождающихся нарушениями свертывания крови наиболее часто встречаются:

➤болезнь Виллебранда-Юргенса (13%), тромбоцитопения, дисфункция тромбоцитов (18%), недостаточность факторов свертывания (12%);

➤ тяжелые заболевания печени, хроническая почечная недостаточность;

Если маточное кровотечение возникло, как следствие приема антикоагулянтов по поводу различных заболеваний, то хотя эти АМК

оправданно считать ятрогенными, тем не менее, экспертная группа классифицировала таких женщин, как имеющих коагулопатию (АМК-С).

Овуляторная дисфункция (АМК-О) Овуляторная дисфункция является одной из самых распространенных причин АМК у девочек-подростков, женщин позднего репродуктивного периода и пременопаузы.

К овуляторной дисфункции приводят следующие нарушения:

➤ нарушения ЦНС: гиперпролактинемия, нервно-психическое напряжение, нарушение пищевого поведения (ожирение, анорексия), резкая потеря веса, экстремальные спортивные тренировки;

➤ эндокринопатии: синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, синдром Кушинга, врожденная дисфункция коры надпочечников, гормональная опухоль надпочечника, яичника;

➤ прием лекарственных средств: половые стероиды (КОК, гестагены), кортикостероиды; лекарственные препараты, воздействующие на метаболизм нейромедиаторов, например, дофамина, таких как фенотиазины и трициклические антидепрессанты; цитостатики;

➤ Другие причины: хронические заболевания почек и печени, полиорганная недостаточность.

Эндометриальная категория (АМК-Е). Эндометриальные причины АМК (эндометриальная дисфункция) рассматривается как базовое расстройство регуляции механизмов «гемостаза» в эндометрии на локальном уровне. Результаты научных исследований свидетельствуют о чрезмерном усилении локального образования вазоконстрикторов, таких как эндотелин-1 и простагландин F<sub>2a</sub>, и/или ускоренный распад образующихся во время менструации сгустков крови в эндометрии из-за избыточной продукции активатора плазминогена. Происходит увеличение локального образования сосудорасширяющих веществ 19 (простагландин E<sub>2</sub> и I<sub>2</sub> (простаглицлин)).

В настоящий момент не существует общепринятых тестов для оценки этих нарушений в клинической практике, поэтому категорию АМК-Е до сих пор остается диагнозом исключения и предполагается у женщин после исключения других объективно идентифицируемых нарушений.

Ятрогенная категория (АМК-І) К ятрогенной категории относятся различные медицинские вмешательства, которые вызывают или способствуют АМК:

- фармакологические средства (гормональные препараты (часто), некоторые антибиотики, антиконвульсанты);
- внутриматочные устройства.

Механизм развития АМК обусловлен прямым воздействием на эндометрий, влияние на процессы коагуляции или системное влияние на механизмы овуляции.

При системном введении одного или комбинации половых стероидов (эстрогены, прогестины и андрогены) изменяется стероидогенез в яичниках (влияние осуществляется через блокирующее действие на гипоталамус и/или гипофиз и/или непосредственно на яичник) и, следовательно, на эндометрий.

Большинство нерегулярных или прорывных маточных кровотечений связано с неправильным использованием стероидных гормонов. Например, при нерегулярном использовании гормональных препаратов, снижается блокирующее влияние на ФСГ, что ведет к восстановлению процессов созревания фолликулов и к продукции эстрогенов, пролиферации эндометрия, что может привести к прорывному кровотечению.

К снижению уровней эстрогенов и прогестинов в кровотоке может приводить использование антиконвульсантов и антибиотиков (например, рифампицина и гризеофулвина).

Категория «Неклассифицированное аномальное маточное кровотечение (АМК-N)» означает, что в настоящее время стандартные методы исследования 20 не дают возможности отнести АМК к

перечисленным выше категориям. По мере получения новых данных за счет специфических биохимических или молекулярно-генетических исследований могут быть установлены дополнительные категории АМК и предложены методы их патогенетической терапии.

Особенности этиопатогенеза маточных кровотечений в различные возрастные периоды жизни. Основная причина аномальных маточных кровотечений пубертатного периода – незрелость репродуктивной системы в сроки до 3-х лет после менархе. Характеризуется эта незрелость дефектом отрицательной обратной связи между яичниками и гипоталамо-гипофизарной областью. Увеличение уровня эстрогенов не приводит к снижению секреции фолликулостимулирующего гормона, происходит стимуляция роста и развития сразу многих фолликулов. Нарушение соотношения между выработкой фолликулостимулирующего гормона (более высокий уровень, чем в норме) и секреции лютеинизирующего гормона (некоординированный ритм выработки) является значимым фактором, тормозящим выбор и развитие доминантного фолликула из множества одновременно созревающих полостных фолликулов. Ановуляция способствует развитию состояния хронического влияния эстрогенов на органы мишени, в том числе на эндометрий. Избыточная пролиферация эндометрия, возникновение трофических нарушений приводит к локальному отторжению эндометрия и кровотечению, которое поддерживается образованием простагландинов в длительно пролиферирующем эндометрии. К факторам, влияющих на длительность и объем кровопотери, относятся недостаточная способность сосудов к спазму, часто возникающими вторичными нарушениями в свертывающей системе крови, нарушениями процессов регенерации эндометрия, неполноценным отторжением пролиферативного эндометрия.

Кровотечение «прорыва», возникающее при применении гормональных контрацептивов и непрерывной комбинированной эстроген-гестагенной терапии, связано с тем, что в эндометрии развиваются поверхностно 21

расширенные тонкостенные легкоранимые сосуды, которые, становятся источниками локального кровотечения.

Кровотечение, возникающее при применении гормональных контрацептивов, содержащих только гестаген связано с отсутствием пролиферативного и регенерирующего действия эстрогенов.

Кровотечение отмены отмечается у пациенток пременопаузального возраста, получавших эстроген-гестагенную терапию в последовательном (секвенциальном) режиме. Этот метод предусматривает введение эстрогенов в течение 15–16 дней, начиная с 5-го дня цикла, а затем совместное введение эстрогенов и прогестинов. В этом случае прекращение поступления гестагена (безгестагенный период приема) вызывает маточное кровотечение, как и при нормальном МЦ.

Кровотечение в постклимактерическом (постменопаузальном) периоде наиболее часто связано с атрофией эндометрия (59%), которая возникает на фоне эстрогенной недостаточности. Атрофирующийся эндометрий травмируется вследствие трения его поверхностей друг о друга, возникает хронический воспалительный процесс, следствием которого является кровотечение. Полип эндометрия у пациенток этого возраста является причиной кровотечения в 12% случаев, рак и гиперплазия эндометрия в 10% случаев.

Посткоитальное кровотечение может развиваться вследствие эктопии цилиндрического эпителия, патологии шейки матки (предрак и рак шейки матки, полип шейки матки, цервицит), пролапса гениталий, заболеваний влагалища и эндометрия, патологии сосудов

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагностика аномального маточного кровотечения начинается с установления соответствия параметров нормальной менструации и имеющихся данных у конкретной пациентки.

Обследование женщин с АМК должно включать тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр, проведение соответствующей лабораторной и визуальной диагностики.

Анамнез: Параметры менструального цикла, такие как возраст менархе, регулярность, частота и длительность менструации, легко устанавливаются на основе данных менструального календаря. В то время как величина менструальной кровопотери, является весьма субъективным показателем.

Удобными критериями выраженности кровотечения, являются данные о пропитывании используемых средств менструальной гигиены. С этой целью используется шкала Мэнсфилда-Водэ-Йоргенсена, при этом обильность кровопотери измеряется прокладками или тампонами. Согласно шкале Мэнсфилда-Водэ-Йоргенсена различают следующие варианты объема кровотечения:

➤ скудное (мажущее) – одна или две капли либо мазок крови на прокладке или верхушке тампона, или в менструальной чаше);

➤ очень легкое – слабое пропитывание гигиенического средства со впитываемостью light/normal, смена которого через положенные по инструкции его использования каждые 6 часов гарантирует от протекания, при том что можно менять его по желанию и чаще;

➤ легкое кровотечение – неполное пропитывание гигиенического средства со впитываемостью light/normal, смена которого через положенные по инструкции каждые 6 часов также гарантирует от протекания, при том что можно менять его по желанию и чаще;

➤ умеренное – требуется обязательная смена полностью пропитанного гигиенического средства normal каждые 4 часа;

➤ обильное – необходима смена полностью пропитанного гигиенического средства высокой впитывающей способности каждые 3–4 часа;

➤ интенсивное (тяжелое) – вынужденная смена гигиенического супервпитывающего средства каждые 2 часа и чаще.

Установленным порогом для диагностики обильного маточного кровотечения считается показатель кровопотери более 80 мл, однако нарушения обмена железа обычно отмечаются уже на фоне ежемесячной кровопотери более 60 мл.

Увеличение объема менструальной кровопотери >80 мл можно заподозрить при сочетании трех признаков, два из которых оцениваются в ходе сбора анамнеза:

➤ появление сгустков крови (появление вследствие кровопотери нарушений свёртывающей системы крови – гиперкоагуляции);

➤ необходимость в частой смене гигиенических средств защиты в течение дня;

➤ снижение уровня ферритина в сыворотке крови (ферритин – показатель гомеостаза внутриклеточного железа и создания его депо, поэтому снижение уровня расценивается как индикатор дефицита железа в организме);

Учитывая трудности в оценке ежемесячной кровопотери, выбор тактики ведения определяет не результат измерения кровопотери, а нарушения самочувствия женщины, которые являются, в том числе, клиническими проявлениями анемии – слабость, недомогание, нарушение работоспособности, сексуальной активности и качества жизни в целом.

Помимо наличие кровяных выделений, отличных от параметров нормальной менструации пациентку может беспокоить боль внизу живота, в

том числе в дни кровотечения. При сборе анамнеза заболевания отмечают особенности кровотечения: маточные кровотечения обычно более обильные, связаны с менструацией, в то время как кровотечение из шейки матки, влагалища, вульвы (например, посткоитальное) бывает относительно слабым и носит спорадический характер.

Овуляторное кровотечение обычно циклическое, но более обильное (гиперменорея) и более длительное (меноррагия); ановуляторные кровотечения являются наиболее частыми АМК из половых путей. Предсказать их длительность и интенсивность невозможно.

При сборе гинекологического анамнеза оценивается наличие половой жизни и возраст полового дебюта, использование контрацепции (барьерная, гормональная, прерванный половой акт и др.), наличие беременностей в анамнезе, их исходы (роды, аборты, выкидыши, внематочная беременность, неразвивающаяся беременность).

Обязательно необходимо оценить наличие ранних симптомов беременности (предшествующая кровотечению задержка менструации, тошнота, рвота в утренние часы и другие симптомы).

Анализ родословной оценивается с целью предположения наличия патологии системы гемостаза и репродукции у родственников по отцу и матери. Выясняются данные семейного анамнеза (кровоточивость у родителей), анамнеза жизни (носовые кровотечения, длительное кровотечение при хирургических вмешательствах, беспричинное возникновение петехий и гематом). В случаях наличия дефектов системы гемостаза маточные кровотечения, как правило, имеют характер меноррагий с менархе. Данные осмотра помогают оценить последствия нарушений свертывающей системы крови (бледность кожных покровов, кровоподтеки, петехии, желтизна окраски ладоней и верхнего неба, витилиго, множественные родимые пятна и др.).

Уточняются также наличие указаний на наследственные формы аутоиммунных, эндокринных и злокачественных заболеваний, выясняются

перенесенные и сопутствующие системные и эндокринные заболевания, вид и продолжительность медикаментозного и немедикаментозного лечения, пищевых приверженностей, вида увлечений и профессиональных занятий.

Физикальный осмотр начинают с определения показателей жизненно важных функций. При остром маточном кровотечении это имеет первостепенное значение.

Необходимо в первую очередь оценить клинические признаки компенсированного геморрагического шока как осложнения АМК:

- возбуждение; ➤ тахикардия (более 150% к норме покоя);
- похолодание конечностей; 25
- слабый периферический пульс по сравнению с центральным пульсом;
- АД в пределах нормы покоя (в связи с чем эта стадия носит также название прешок);
- шоковый индекс (Альговера = ЧСС/АД систолическое) увеличен, что отражает относительную гипотензию: умеренное менструальное кровотечение – индекс Алговера = 0,5, объем кровопотери – 1–1,2 л (20% ОЦК) – индекс Алговера = 1, объем кровопотери 1,5–2,0 л (30-40% ОЦК) – индекс = 1,5, объем кровопотери более 2,5 л (50% ОЦК) – индекс Алговера = 2;
- олигурия (диурез снижен более, чем на 50%);
- цифры снижения САД на ранних этапах декомпенсированного шока (шока в стадии децентрализации) составляют <90 мм рт. ст. для детей старше 10 лет;

Обнаружение описанного симптомокомплекса служит показанием к помещению больной с АМК в реанимационное отделение.

Общеклиническое обследование также включает антропометрию, расчет ИМТ, индекса талия-бедра (для женщины: индекс талия/бедра = менее 0,85), осмотр состояния кожных покровов (наличие петехий, экхимозов, полос растяжения, угревых высыпаний), особенности распределение жировой клетчатки пальпацию живота, щитовидной и молочных желез, оценку степени гирсутизма по шкале Ферримана-Голвея. У девушек-подростков оценивается степень полового созревания по Таннеру и сопоставление его со степенью физического развития и возрастными нормативами.

Гинекологическое исследование включает:

➤ оценку состояния наружных половых органов: исключение травм, аномалий развития, воспалительных изменений; объема кровотечения из влагалища, цвет слизистой вульвы;

➤ бимануальное исследование: ректо-брюшностеночное проводится при ненарушенной целостности девственной плевы, влагалищнобрюшностеночное – у сексуально активных женщин и девушек-подростков. При данном исследовании определяется положение, размеры матки, придатков матки, их консистенции, подвижности, болезненности, оценивается наличие объемных образований в малом тазу.

Лабораторная диагностика при АМК включает:

1) клинический анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, ретикулоциты, гематокрит;

2) состояние свертывающей системы: показатели биохимической коагулограммы (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, фибриноген, МНО, фибринолиз), время кровотечения по Дюке (норма 2–4 мин), время свертывания крови по Ли Уайту (в норме в несиликоновой пробирке 5–7 минут, а в силиконовой – 15–20 мин);

3) определение типа геморрагического синдрома: определение функциональной активности тромбоцитов, уточнение качества и количества дефицитных факторов свертывания по данным гемостазиограммы, при необходимости проведение тромбоэластограммы;

4) биохимический анализ крови: уровень сывороточного железа, ферритина, активность аминотрансфераз (АСТ, АЛТ); уровень креатинина, СРБ;

5) группу крови, резус-фактор;

6) экспресс-тест на беременность или определение уровня ХГЧ в сыворотке крови;

7) микроскопическое, микробиологическое и молекулярнобиологическое исследование материала, взятого с шейки матки, влагалища при подозрении на цервицит, вагинит (обнаружение условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, воспаления);

8) при подозрении на патологию шейки матки – цитологическое исследование мазка, взятого с шейки матки, при необходимости – биопсия шейки матки;

9) исследование гормонального статуса: ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, эстрадиол, общий тестостерон, ДГЭАС, прогестерон (концентрация более 9,5 нмоль/л указывает на овуляторный менструальный цикл). Оценка уровня прогестерона в сыворотке крови проводится в середине лютеиновой фазы цикла (на 5-9 день после предполагаемой овуляции или за 7 дней до менструации) и является информативным методом выявления ановуляции в независимости от ее причин. Прогестерон выделяется в импульсном режиме, отражающем выброс ЛГ (1 импульс в 60-90 минут). В связи с колебаниями уровней прогестерона его определение следует проводить в трех последовательных циклах или двух измерениях, произведенных с интервалом в 1 час. Оптимальным временем для взятия прогестерона крови является утро (наименьшее воздействие циркадного ритма). О наличии

хронической ановуляции свидетельствует ее отсутствие в двух из трех последовательных циклов.

Не инвазивные инструментальные методы диагностики Инструментальные методы позволяют, заподозрить или исключить органическую природу маточного кровотечения. К ним относятся:

1) осмотр в зеркалах влагалища и влагалищной части шейки матки проводится всем сексуально активным женщинам и девушкам-подросткам;

2) вагиноскопия выполняется всем пациенткам, не живущим половой жизнью: оценивается цвет, патологические изменения слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, источник кровотечения (из матки, влагалища);

3) ультразвуковое исследование органов малого таза позволяет уточнить размеры матки и эндометрия для исключения беременности, порока матки (двуругая, седловидная матка), патологии тела матки и эндометрия (аденомиоза, миомы матки, полипов или гиперплазии, эндометрита, внутриматочных синехий), оценить размеры, структуру и объем яичников, исключить функциональные кисты и объемные образования в придатках матки. Первостепенное значение имеет транвагинальное (трансректальное) УЗИ (ТВУЗИ/ТРУЗИ). Для исключения патологии эндометрия ТВУЗИ/ТРУЗИ оптимально выполнять в середину первой фазы МЦ. Толщина эндометрия в фазе пролиферации в норме составляет около 4–8 мм, в секреторной фазе – 8–14 мм (APGO, 2002);

4) гидросонография – сонография с инфузией физиологического раствора: при хронических АМК, подозрении на внутриматочную патологию (полип, подслизистая лейомиома матки);

5) МРТ малого таза с контрастированием: для уточнения диагноза в сложных случаях.

Инвазивные методы диагностики. Обнаружение очагового образования в матке при наличии клинических проявлений диктует необходимость выполнения гистологического исследования.

В качестве инвазивных исследований в диагностике патологии эндометрия выполняют аспирационную биопсию эндометрия и отдельное диагностическое выскабливание стенок матки и цервикального канала в сочетании с гистероскопией. Так же биопсию эндометрия можно выполнить с использованием гистерорезектоскопа (хирургическая гистероскопия).

Аспирационная биопсия, выполняемая с помощью специального катетера (Pipelle®), она является наиболее щадящей и простой в выполнении методикой, обладает высокой чувствительностью (99,6% у пациенток в постклимактерическом периоде и 91% – у пациенток в пременопаузе). При сомнительных результатах аспирационной биопсии ее повторяют или проводят гистероскопию с биопсией эндометрия.

Показаниями для проведения биопсии эндометрия у женщин с АМК при отсутствии очевидной внутриматочной патологии являются:

- возраст более 40 лет;
- наличие факторов риска развития рака эндометрия (у женщин с семейным риском неполипозного рака толстой или прямой кишки, раком молочной железы, раком эндометрия, яичника), СД, СПКЯ (хроническая ановуляция), ожирение (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>), бесплодие, позднее наступление менопаузы (старше 55 лет), лечение тамоксифеном (антагонист эстрогенов);
- персистирующее АМК неясного генеза;
- наличие атипических железистых клеток при цитологическом исследовании мазка с шейки матки;
- данные трансвагинального УЗИ, позволяющего измерить толщину эндометрия;
- неэффективность медикаментозного лечения или наличие противопоказаний к его проведению.

## ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Основные терапевтические подходы лечения аномальных маточных кровотечений.

Лечение АМК проводится дифференцированно и зависит от выявленной патологии. Основная цель терапии на первом этапе – это остановка кровотечения, на втором – профилактика рецидива маточного кровотечения.

Остановка кровотечения (гемостаз) возможен с применением консервативных (медикаментозных) и хирургических методов.

Медикаментозный гемостаз целесообразно проводить женщинам раннего и активного репродуктивного возраста, у которых диагностическое выскабливание проводилось не более 3 месяцев назад и при этом не было выявлено органической патологии.

У женщин перименопаузального возраста рекомендуется проводить только хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки), первоочерёдной целью которого является исключение злокачественных новообразований половых органов.

Показаниями для медикаментозного гемостаза являются ситуации, при которых возможна выжидательная тактика в течение более 3 часов и стабильность гемодинамических показателей.

Методы медикаментозного гемостаза:

- негормональный;
- гормональный.

Негормональный гемостаз. К негормональным препаратам относятся:

### 1. Антифибринолитики (первая линия)

Транексамовая кислота является конкурентным ингибитором активации плазминогена и его превращения в плазмин, снижает фибринолиз и таким образом снижает кровопотерю. Транексамовая кислота входит в

стандарты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи несовершеннолетним при маточных кровотечениях пубертатного периода (приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1274н).

Лекарственные формы:

➤таблетки (250/500 мг). Рекомендуемая суточная доза составляет 3–4 г в сутки, т.е. 4 таблетки по 250 мг 3 или 4 раза в сутки до прекращения кровотечения, но не более 4 суток. Перорально 1000 мг в течение первого часа терапии, затем по 1000-1500 мг 3 раза в сутки до полной остановки кровотечения.

➤раствор для внутривенного введения (ампулы по 5 мл; 1 мл – 50 мг, 1 ампула 250 мг). При генерализованном фибринолизе (внутривенно капельно, струйно) в дозе 10–15 мг/кг массы тела (не более 600 мг в течение 1-го часа), затем каждые 6-8 часов, скорость введения 1 мл/мин. При местном фибринолизе рекомендуется введение препарата в дозе 250-500 мг 2–3 раза в сутки. При больших дозах увеличивается вероятность развития ДВС, а при одновременном применении эстрогенов – высокая вероятность тромбоэмболических осложнений.

## 2. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС).

Механизм действия заключается в снижении активности ЦОГ–2 и уровня простагландинов, что уменьшает объём маточного кровотечения во время менструации.

➤Ибупрофен 600–1200 мг/сутки;

➤Напроксен 500–1000 мг/сутки;

Согласно международным рекомендациям, этамзилат малоэффективен для лечения АМК и не рекомендован для клинического применения.

При неэффективности проводимого негормонального гемостаза для остановки маточного кровотечения из консервативных методов применяют

гормональный гемостаз, который достигается путём применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Механизм действия заключается в подавлении секреции гонадотропинов, функции яичников и пролиферации эндометрия.

Применяются низкодозированные монофазные КОК. В качестве гестагенного компонента рекомендованы: дезогестрел 150 мкг, гестоден 75 мкг, диеногест 200 мкг.

Схемы гормонального гемостаза:

➤ КОК. Начальная доза по 1 таблетке через каждые 6 часов (4 таблетки в сутки) до полного гемостаза. Затем дозу КОК снижают по 1 таблетке ежедневно до 1 таблетки в сутки. Продолжают приём КОК по 1 таблетке ежедневно в течение 21 дня с первого дня лечения (рекомендации ВОЗ).

➤ Альтернативная схема остановки АМК с помощью КОК4 : ½ таблетки низкодозированного монофазного КОК, каждые 4-6 часов до остановки кровотечения. После остановки кровотечения суточная доза повторяется 1 день в 2-3 приема, а затем уменьшается на ½ таблетки каждый последующий день. При снижении дозы препарата до 1 таблетки необходимо продолжением приема препарата в течение, как минимум, 21 дня от начала гемостаза

➤ Конъюгированные эстрогены. В дозе 3,75 мг каждые 4–6 часов до полного гемостаза. Затем в течение последующих 3-х дней дозу снижаем до 1 таблетки (0,675мг/сутки) – в России не зарегистрированы.

➤ Микронизированные эстрогены (17β-эстрадиол, эстрадиола валерат) в дозе 2 мг 3 раза в сутки до полного гемостаза (примерно в течение 24–48 часов). Затем дозу постепенно снижают до 2 мг/сутки. Длительность применения максимум 25 дней (толщина эндометрия по УЗИ 6-8 мм), а затем назначают прогестагены в течение 10 дней.

Для лечения АМК применяют прогестагены, но гормональный гемостаз достигается медленнее, чем при использовании КОК. В случаях, когда эстрогены противопоказаны применяют:

- Дидрогестерон по 10 мг 3 раза в сутки;
- Медроксипрогестерона ацетат в дозе 10–20 мг 2 раза в сутки;
- Мегестрола ацетат в дозе 20–60 мг 2 раза в сутки;
- Норэтистерон в дозе 5 мг 1–2 раза в сутки.

Методы хирургического гемостаза

- гистероскопия (гистерорезектоскопия);
- раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала;
- абляция эндометрия. Преимуществом гистероскопии является исключение или устранение органической патологии полости матки (полипа, субмукозной миомы матки). Гистерорезектоскопия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста.

При наличии противопоказаний к гормонотерапии или при её неэффективности и повторяющихся аномальных маточных кровотечениях возможна абляция эндометрия.

Виды абляций:

- гистероскопическая лазерная (HLA);
- трансцервикальная резекция эндометрия (TCRE);
- абляция с применением шарового регулятора (Rollerball);
- термобалонная абляция (ThermaChoice, CavaTerm);
- лазерная термоабляция (ELITT);

- гидротермическая абляция (НТА);
- абляция с регулируемым биполярным импедансом (NovaSure);
- микроволновая абляция (МЕА);

Механизм любого вида абляции заключается в воздействии на эндометрий, что приводит к деструкции базального слоя и подавлению роста функционального слоя. Противопоказанием для проведения манипуляции является подозрение на злокачественные заболевания половых органов.

Также абляция приводит к появлению внутриматочных синехий (развитие синдрома Ашермана) и повторное проведение гистероскопии или выскабливания полости матки с диагностической целью будет затруднено или невозможно.

Принципы ведения пациенток после остановки кровотечения в соответствии с возрастом.

В пубертатном периоде, учитывая незрелость структур головного мозга и влияние неблагоприятных факторов (стрессы, избыточная физическая и умственная нагрузки, нерациональное питание, профессиональный спорт, инфекционные заболевания и т. д.) на формирующуюся систему гипоталамус – гипофиз – яичники, необходимо: нормализовать образ жизни – полноценный сон (не менее 8 часов), правильное питание, санация хронических очагов инфекций.

В ходе наблюдения за такими пациентками необходимо вести календарь – меноциклограмма, с целью контроля за характером менструального цикла. В Календарь должен отражать не только продолжительность и даты менструаций, но и объем менструального кровотечения.

При отсутствии эффекта от проводимой негормональной терапии в течение 2-х лет от начала менархе рекомендуется гормонотерапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами.

В репродуктивном периоде, при планировании беременности необходимо формирование нормального двухфазного цикла.

При нежелании иметь детей рекомендуется гормонотерапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, чистыми прогестинами в непрерывном режиме, ЛНГ-ВМС.

В климактерическом возрасте необходимо учитывать дефицит эстрогенов и появление вазомоторных нарушений, повышенный риск малигнизаций и наличие экстрагенитальной патологии. Гормонотерапия: комбинированные эстроген-гестагенные препараты только с натуральными эстрогенами, ЛНГВМС, гестагены в непрерывном режиме.

Лечебная тактика и профилактика аномальных маточных кровотечений, обусловленных органической патологией (PALM).

При маточных кровотечениях, причиной которых является органическая патология, на первом этапе для остановки кровотечения применяют только хирургический гемостаз – гистероскопия или выскабливание слизистой оболочки полости матки. Медикаментозный негормональный гемостаз (транексамовая кислота, нестероидные противовоспалительные средства) можно рекомендовать как самостоятельную терапию, так и в комплексе с хирургическим лечением.

Полип тела матки (P) и АМК. Только хирургический гемостаз — гистерорезектоскопия – полипэктомия. При выскабливании слизистой оболочки полости матки без гистероскопии возможен рецидив АМК.

Аденомиоз (эндометриоз тела матки) (A) и АМК. Хирургический гемостаз – раздельное диагностическое выскабливание + гистероскопия.

Медикаментозное гормональное лечение проводится как противорецидивное и включает:

➤ Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) после выскабливания слизистой оболочки матки;

➤ Внутриматочная система с левоноргестрелом «Мирена»;

➤ Прогестагены (норэтистерон ацетат «Норколут», медроксипрогестерона ацетат).

Лейомиома матки (субмукозная миома матки) (L) и АМК. Только хирургический гемостаз — гистерорезектоскопия – миомэктомия.

Гиперплазия эндометрия (малигнизация) (M) и АМК. Только хирургический гемостаз – раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и слизистой оболочки полости матки.

Медикаментозное гормональное лечение проводится как противорецидивное при гиперплазии без атипии у женщин репродуктивного возраста, в постменопаузе и включает:

➤ ЛНГ-ВМС;

➤ КОК;

➤ Прогестагены.

Лечебная тактика и профилактика аномальных маточных кровотечений, обусловленных функциональными нарушениями (СОЕIN).

При маточных кровотечениях, причиной которых являются функциональные нарушения, на первом этапе для остановки кровотечения применяют медикаментозный (негормональный и гормональный) гемостаз.

У женщин перименопаузального и постменопаузального периода при неэффективности медикаментозной терапии или наличие противопоказаний к гормональной терапии показана абляция эндометрия.

Острое аномальное маточное кровотечение. Тактика ведения пациенток зависит, прежде всего, от стабильности гемодинамических показателей (гематокрит, гемоглобин) пациентки.

Оказание медицинской помощи при нестабильной гемодинамике предусматривает госпитализацию в отделение интенсивной терапии и

реанимации, ведение пациенток совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом, восстановление проходимости дыхательных путей, ингаляция кислорода, установление периферических венозных катетеров, возмещение объема циркулирующей плазмы и гемотрансфузия.

Если удалось стабилизировать состояние, применяют хирургический или медикаментозный гемостаз зависит от причины АМК.

Показания для госпитализации:

➤ острое (интенсивное, тяжелое) маточное кровотечение, не купирующееся медикаментозной терапией;

➤ угрожающее жизни снижение гемоглобина (менее 70–80 г/л) и гематокрита (менее 20%), нестабильная гемодинамика;

➤ необходимость хирургического лечения, реанимационных мероприятий в палате интенсивной терапии (геморрагический шок, гемофилическое заболевание или состояние), необходимость гемотрансфузии.

Хроническое аномальное маточное кровотечение (обильное менструальное кровотечение по классификации FIGO).

Если женщина не планирует беременность, и у неё нет органической патологии матки рекомендовано:

➤ комбинированные гормональные препараты (КОК, содержащие 30 – 35 мкг ЭЭ, контрацептивный пластырь, контрацептивное вагинальное кольцо) по схеме (21/7) или в режиме пролонгированного цикла (3 – 4 цикла длительностью 21 день, при одном 7-дневном перерыве);

➤ ЛНГ-ВМС;

➤ НПВС в 1–5-й дни менструального цикла или до прекращения кровотечения;

➤ антифибринолитические препараты;

➤ пероральные гестагены с 15-го по 26 –й день менструального цикла (медроксипрогестерона ацетат в дозе 5–10 мг/сут; норэтистерон в дозе 5 мг 1-2 раза в сутки; дидрогестерон в дозе 10 мг 1 -2 раза в сутки;

➤ Агонисты ГнРГ (совместно с Add-back терапией): Диферелин в дозе 3,75 мг/месяц;

➤ Даназол в дозе 200–400 мг/сутки;

➤ Десморессин: с 1-го дня менструального цикла при синдроме Виллебранда-Юргенса

### **ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.**

После достигнутого гемостаза с применением консервативных и хирургических методов необходимо подобрать и назначить противорецидивную терапию.

Тактика определяется клинической ситуацией и зависит от возраста пациентки (пубертатный, репродуктивный или перименопаузальный), этиологии кровотечения, необходимостью в контрацепции и желанием сохранить репродуктивную функцию.

При назначении лекарственных препаратов необходимо учитывать эффективность, безопасность (противопоказания), побочные эффекты, уровень доказательности.

Негормональные методы профилактики:

➤ соблюдение режима сна, труда и отдыха, рациональное питание (дробное);

➤ медикаментозная и немедикаментозная терапия, включающая средства для стабилизации функций ЦНС;

➤ витаминные комплексы;

- лечение сопутствующей анемии (препараты железа);
- гемостатическая терапия (антифибринолитики, НПВС) во время менструации; Гормональные методы профилактики:
  - комбинированные эстроген-гестагенные препараты (КОК, контрацептивное вагинальное кольцо «НовоРинг», контрацептивный гормональный пластырь «Евра»);
  - внутриматочная система, ЛНГ-ВМС «Мирена»;
  - депо-медроксипрогестерона ацетат;

В России зарегистрированы и представлены два препарата для лечения обильных менструальных кровотечений без органической патологии: ЛНГ-ВМС «Мирена» и 4-х фазный КОК с динамическим режимом дозирования эстрадиола валерат/диеногест = Э2В/диеногест «Клайра».

### **ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

Пациентки с маточными кровотечениями нуждаются в постоянном динамическом наблюдении. Противоанемическая терапия препаратами железа должна быть продолжена до нормализации уровня эритроцитов и гемоглобин, ферритина крови (не менее 2 месяцев).

УЗИ проводят через 1, 3, 6, 12 месяцев. При атипичской гиперплазии наряду с ТВУЗИ рекомендована аспирационная биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание под гистероскопическим контролем через 3 месяца.

Диспансерное наблюдение у женщин репродуктивного возраста с гиперплазией эндометрия проводят не менее, чем в течении 1 года при стойкой нормализации менструального цикла.

Для женщин периода менопаузы диспансерное наблюдение не менее 2 лет стойкой нормализации менструального цикла либо стойкой постменопаузы.

При миоме матки УЗИ проводят 2 раза в год.

Пациентки, перенесшие аномальные маточные кровотечения должны быть информированы о целесообразности коррекции и поддержания здорового образа жизни, включающего рациональное питание, поддержание оптимальной массы тела (как при дефиците, так и при избыточной массе тела), нормализации режима труда и отдыха, адекватную физическую нагрузку.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

АМК — распространенная гинекологическая проблема, которая оказывает значительное влияние на качество жизни женщины, ее семьи и общество в целом. При этом существует проблема диагностики и лечения АМК, поскольку это состояние не может быть объяснено только структурной патологией эндо- и миометрия или нарушением гемостаза. В мировых рекомендациях по ведению пациенток с АМК указывается, что медикаментозное лечение является первой линией терапии. Хирургическое же лечение будет рассматриваться с учетом наличия основного заболевания, противопоказаний к терапии, а также отсутствия ответа на консервативное лечение. Медикаментозное лечение АМК включает гормональные и негормональные варианты. Из гормональной терапии наиболее эффективно лечение АМК ЛНГ-ВМС, из негормональных препаратов в плане снижения кровотечений оптимально использование Транексамовой кислоты. Точное понимание клинических результатов и характера кровотечения позволит подобрать индивидуальное лечение для каждой пациентки.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Радзинский В. Е., Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1000 с.

2. Гинекология учебник / ред. В. Е. Радзинский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.

3. Гинекология национальное руководство: краткое издание / ред. Г. М. Савельева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

4. Гинекология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В. Е. Радзинского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.  
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424070.html>

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

6. Серов В. Н. и др. Гинекология: руководство для врачей/под ред //ВН Серова, ЕФ Кира. М.: Литтерра. – 2008. Литтерра. Москва;

7. Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017 Apr;40:3-22.

8. 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.