

Министерство образования и науки РФ

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тульский государственный университет»
Медицинский институт
Кафедра «Акушерства и гинекологии»**

**ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

**Методические рекомендации по дисциплине
Акушерство и гинекология**

Направление подготовки (специальность): 060100 «Здравоохранение»

Профиль подготовки (специализация): 060101 «Лечебное дело»

Квалификация (степень) выпускника: специалист

Специальное звание: Врач

Форма обучения: очная

Тула, 2014 г.

Методические указания по самостоятельной работе студентов составлены д.мед.н., профессором кафедры АиГ Хадарцевой К.А. и обсуждены на заседании кафедры АиГ лечебного факультета ТулГУ протокол № 8 от « 21 » апреля 2014 г.

Зав. кафедрой АиГ В.Г. Волков

Оглавление

1. Виды самостоятельной работы студентов.....	3
2. Определение, терминология, классификация	4
3. Причины АМК и диагностика.....	8
4. Клиническая картина.....	13
5. Лечение	14
6. Заключение.....	16
7. Вопросы для самопроверки.....	17
8. Список рекомендованной литературы.....	18

Виды самостоятельной работы студентов

№ п/п	Наименование видов самостоятельной работы	Трудоемкость (час)	Методические материалы
1.	Регуляция репродуктивной системы	2	Часть 1, гл. 1, 1.1 [4]
2.	Основные функциональные уровни репродуктивной системы – органы мишени и ткани мишени	2	Часть 1, гл. 1, 1.2 [4], лекция 1 [2]
3.	Влияние нейросекрета, ГнРф, гонадотропинов, женских и мужских половых гормонов в организме женщины	3	Часть 1, гл. 1, 1.4, 1.5, 1.6 [4], гл. 2, 2.1 [3]
4.	Изменения гистологического и биохимического состояния эндометрия в течении овуляторного менструального цикла (М/Ц), 3 основных компонента нормального М/Ц	2	Часть 1, гл. 1, 1.3.1 [4], лекция 3 [2]
5.	Влияние концентрации половых гормонов на возникновение и развитие АМК	2	Стр. 719–730 [1]
6.	Механизм нарушения функции репродуктивной системы	2	Часть 2, гл. 2, 2.1, 2.2 [4]
7.	АМК при нарушениях системы гемостаза, комплексная гемостатическая терапия, гормональная терапия.	3	Стр. 216–228 [1] Стр. 726–730 [1]
8.	Подготовка к зачету	5	Гл. 4 [3]
	Итого за семестр	21	

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ТЕРМИНОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ

Термин *дисфункциональные маточные кровотечения* (ДМК) использовался до 2011 г., когда международной экспертной группой была создана новая система номенклатуры маточных кровотечений. ДМК определялись, как кровотечения, не связанные с органическими поражениями органов, принимающих участие в менструальном цикле. От термина ДМК было рекомендовано отказаться, так как пациентки с маточным кровотечением имеют какую-либо причину: коагулопатию, нарушение овуляции, или функционального состояния эндометрия (локальное нарушение гемостаза или синтеза простагландинов).

Аномальными маточными кровотечениями (АМК) называются кровотечения, чрезмерные по длительности (более 7 дней), объему кровопотери (более 80 мл), или частоте с интервалом менее 21 дня. АМК возникающие вне беременности могут иметь различный генез, определяющий тактику ведения.

Существует сложившаяся в течение многих лет терминология при маточных кровотечениях:

- ОЛИГОМЕНОРЕЯ – интервал между месячными более 35 дней
- ПОЛИМЕНОРЕЯ – интервал между месячными менее 21 дня
- МЕНОРРАГИЯ – регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней
- МЕТРОРРАГИЯ – нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл
- АМЕНОРЕЯ – отсутствие месячных в течение 6 месяцев и более у женщин в возрасте 16–45 лет вне беременности и лактации.
- МЕНОМЕТРОРРАГИИ: обильные менструации с межменструальными кровотечениями.
- ПОЛИМЕНОРЕЯ: менструальноподобные кровотечения с интервалом менее 22 дней.
- ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНАЯ «МАЗНЯ»: вариант метроррагии, ограниченный несколькими днями перед менструацией.

– ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: кровотечения, возникающие после 1 года менопаузы.

В новую систему номенклатуры АМК – PALM–COEIN (2011 г.) включены ДМК. По этиологии выделяют 9 основных категорий менструальных кровотечений в виде следующих аббревиатур:

- Polip (полип)
- Adenomyosis (аденомиоз)
- Leiomyoma (лейомиома)
- Malignansy (малигнизация) и hyperplasia (гиперплазия)
- Coagulopathy (коагулопатия)
- Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция)
- Endometrial (эндометриальное)
- Iatrogenic (ятрогенное)
- Not yet classified (еще не классифицировано)

• Первые 4 категории (группа PALM) отражают органические или структурные изменения – оцениваются при визуализации и гистопатологии.

• Категория лейомиомы подразделена на 2 – субмукозная и другие, не деформирующие полость матки.

• Следующие 4 категории (из группы COEIN) отражают неорганические причины АМК, не поддающиеся объективизации и пятая категория из этой группы – редко встречающиеся, пока не классифицированные.

Полип

Полипы (АМК-П) эндометрия и эндоцервикса – чаще доброкачественные образования, состоящие из сосудистого, железистого, фиброзно-мышечного и соединительнотканного компонентов. Согласно новой классификационной системе, наличие полипа обозначается как **P1**, отсутствие – как **P0**.

Аденомиоз

Взаимосвязь между аденомиозом (АМК-А) и генезом АМК остается до конца неясной и требует дополнительного изучения. Ввиду ограниченного

использования МРТ аденомиоз диагностируется преимущественно по УЗ-фонографическим критериям;

- наличие гетеротопной ткани эндометрия в миометрии;
- гипертрофия миометрия;
- разграничение диффузной и узловой (многоочаговой) форм патологии.

Лейомиома

Классификационная система отражает только наличие лейомиомы (L1) или ее отсутствие (L0) в зависимости от расположения, количества и размера узлов. Дополнительная классификационная система позволяют дифференцировать лейомиому (АМК-Л), деформирующую полость матки (подслизистая – *submucosal*, SM), от других ее форм (*others* – O), так как именно подслизистые миоматозные узлы чаще вызывают АМК.

Малигнизация и гиперплазия

Гиперплазия и рак (АМК-М) эндометрия важные причины АМК, при выявлении которых следует использовать общепринятые классификации ВОЗ или FIGO для оценки типа гиперплазии эндометрия или стадии рака эндометрия.

Коагулопатия

Термин «*коагулопатия*» охватывает широкий спектр врожденных или приобретенных нарушений гемостаза. Приблизительно 20% подростков и 10% женщин репродуктивного возраста с обильными менструальными кровотечениями имеют *коагулопатии*, чаще болезнь Виллебранда, тромбоцитопению, реже острую лейкемию, заболевания печени. Однако часто врачи не рассматривают нарушения системы гемостаза в качестве возможных причин маточного кровотечения. Следует учитывать также, что некоторые женщины могут проводить терапию антикоагулянтами, следствием которой могут быть АМК. Такие кровотечения можно считать ятрогенными. Однако группа экспертов предлагает их классифицировать как *коагулопатические* (АМК-С), поскольку эта терапия часто назначается по поводу каких либо нарушений системы гемостаза.

Овуляторная дисфункция

Овуляторная дисфункция (АМК-О) может быть связана с нарушением функции желтого тела. Частые причины АМК – эндокринопатии и нарушения ЦНС (например, синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, гиперпролактинемия, нервно-психическое напряжение, ожирение, анорексия, резкая потеря веса или экстремальные спортивные тренировки).

Нарушения функции эндометрия

Причинами АМК могут быть нарушения рецепции, ангиогенеза, увеличение локального синтеза простагландина E_2 , простаглицлина (I_2), эндотелина-1 или ускоренный лизис образующихся во время менструации сгустков крови в результате избыточной продукции активатора плазминогена. До настоящего времени не существует тестов для оценки этих нарушений в клинической практике. АМК могут быть следствием нарушения молекулярных механизмов регенерации эндометрия или воспалительной реакции. Однако роль инфекции пока четко не определена, хотя есть данные, указывающие на корреляцию АМК с субклиническим течением инфекции *Chlamidia trachomatis*.

Категорию АМК-Е можно предполагать после исключения других объективно существующих нарушений.

Ятрогенные кровотечения

Ятрогенные АМК (АМК-І) могут быть вызваны фармакологическими средствами или внутриматочными устройствами, оказывающими прямое воздействие на эндометрий и процессы коагуляции или системное влияние на механизмы овуляции. Эпизоды нерегулярных, прорывных кровотечений могут быть следствием непрерывного приема стероидных гормонов – КОК или прогестагенов (недостаточное ингибирование ФСГ, персистенция фолликулов, продуцирующих избыток эстрогенов, морфофункциональные изменения сосудистого компонента эндометрия). К другим потенциальным причинам АМК относят лечение антикоагулянтами и антибиотиками (например, рифампицином и гризеофульвином). Повышение частоты прорывных кровотечений

наблюдается у курящих женщин, что связывают со снижением уровней стероидов в кровотоке из-за усиления их метаболизма в печени.

Неклассифицированное аномальное маточное кровотечение

Существуют нарушения, вызывающие АМК, еще не охарактеризованные, которые могут быть выявлены лишь специфическими биохимическими или молекулярно-биологическими методами. Кровотечения, взаимосвязанные с этими нарушениями, отнесены к категории «неклассифицированные» (АМК-**N**). По мере получения новых доказательств они могут быть выделены в отдельную категорию или отнесены в уже существующие категории данной классификационной системы

Для определения этиологии *аномального маточного кровотечения* в послеродовом периоде пользуются схемой «5Т»:

Тонус – снижение тонуса матки

Ткань – наличие остатков плаценты в матке.

Травма – разрывы мягких родовых путей и матки.

Тромбин – врожденные коагулопатии и нарушения гемостаза.

Терапия – проведенная без эффекта или неправильно.

2. ПРИЧИНЫ АМК и ДИАГНОСТИКА

Дисфункциональные маточные кровотечения

А. Ановуляторные

1. Ювенильные
2. Синдром поликистозных яичников
3. Гипоталамический синдром
4. Заболевания надпочечников или щитовидной железы
5. Прием лекарственных средств:
 - нестероидные гипоталамические депрессанты (например, морфин, фенотиазины)
 - половые стероиды (оральные контрацептивы, тестостерон)

6. Стресс

В. Овуляторные

1. Дисфункция жёлтого тела
2. Кровотечения в середине цикла

Органические причины

А. Связанные с беременностью

1. «Мазня» в период имплантации (вариант нормы)
2. Спонтанный или индуцированный выкидыш
3. Внематочная беременность
4. Трофобластическая болезнь
5. Послеабортный или послеродовой эндометрит

В. Анатомические маточные причины

- a. Миома
- b. Аденомиоз
- c. Полип эндометрия
- d. Гиперплазия эндометрия
- e. Рак тела матки
- f. Эндометрит
- g. Механические причины
 - i. внутриматочная спираль
 - ii. перфорация

С. Анатомические внематочные причины

1. Патология яичников

- перекрут яичников (нарушение питания органа, и как результат – гормональные нарушения)
- опухоли или опухолевидные образования, секретирующие эстрогены или андрогены

2. Патология маточных труб

- рак
- сальпингит

3. Патология шейки матки и влагалища

- новообразования – рак, аденоз
- воспаления – *заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), неспецифическая инфекция*
- атрофический вагинит

4. Мочевой тракт

- инфекция
- мочекаменная болезнь
- рак

5. Желудочно-кишечный тракт

- геморрой
- трещины
- новообразования
- воспалительные заболевания кишечника
- травма – сексуальное насилие, введение инородного тела, посткоитальные кровотечения другого происхождения

D. Системная патология

1. Приём гормональных препаратов

- оральные контрацептивы
- половые стероиды
- кортикостероиды

2. Коагулопатии

- болезнь Виллебранда
- тромбоцитопения
- печёночная недостаточность

3. Эндокринопатия

- нарушение функции щитовидной железы (гипо- или гипертиреоз)
- заболевания коры надпочечников (гиперплазия или опухоли)
- гипоталамо-гипофизарные заболевания (гиперпролактинемии, опухоли, недостаточность)

4. Нарушения питания

- ожирение
- недостаточность питания

2. ДИАГНОСТИКА

Для выбора рациональной тактики ведения необходимо установить причину АМК и отнести его к одной из указанных выше категорий. Обследование пациентки с маточным кровотечением начинают со сбора анамнеза, клинического и гинекологического исследований. Уточняют характер менструального цикла, его становление, наличие гинекологических заболеваний, факторов риска гипотиреоза, нарушений свертывавшей системы крови (по специальному опроснику скрининга патологии гемостаза), получают сведения о приеме лекарственных препаратов (**КОК**, прогестагенов, НПВС, антикоагулянтов и др.), использовании внутриматочных контрацептивов. Оценка величины кровопотери проводится по балльной шкале (пиктограмма менструальной кровопотери).

Лабораторная диагностика включает:

- исключение возможной беременности (определение уровня β -ХГЧ в сыворотке крови);
- обследование на наличие анемии (клинический анализ крови, включая тромбоциты);
- исключение нарушений свертывающей системы крови.
- при положительных результатах скрининга – коагулограмма;
- при подозрении на патологию гемостаза – консультация гематолога и специальное обследование (при болезни Виллебранда – определение фактора VIII, кофактора ристоцетина, антигена фактора Виллебранда);
- гормональное обследование проводится при нерегулярном ритме менструаций и риске гипотиреоза (определение уровня ТТГ, прогестерона);
- исследование на хламидийную инфекцию (при высоком инфекционном риске);

– исключение патологии шейки матки (ПАП-тест).

Диагностика с использованием методов визуализации:

– *УЗИ органов малого таза* (трансвагинальное и (или) абдоминальное) рассматривается как диагностическая процедура 1-й линии для оценки состояния эндо- и миометрия. Убедительных данных о преимуществах 3D-УЗИ при выявлении причин АМК нет;

– *доплерометрия* дает дополнительную информацию о характере патологии эндометрия и миометрия;

– *гистерография* проводится в неясных случаях, при недостаточной информативности трансвагинального УЗИ (не обладает 100% чувствительностью) и необходимости уточнения очаговой внутриматочной патологии, локализации и размеров поражений;

– МРТ не рекомендуется в качестве диагностической процедуры 1-й линии при АМК (следует взвешивать пользу и стоимость процедуры). МРТ целесообразно проводить:

- при наличии множественной миомы матки для уточнения топографии узлов перед планируемой миомэктомией

- перед эмболизацией маточных артерий

- перед абляцией эндометрия

- при подозрении на аденомиоз

- в случаях плохой визуализации полости матки для оценки состояния эндометрия

- *диагностическая гистероскопия и биопсия эндометрия* – золотой стандарт диагностики внутриматочной патологии, проводится в первую очередь для исключения предраковых поражений и рака эндометрия. Рекомендуется при подозрении на патологию эндометрия, наличии факторов риска рака тела матки (при чрезмерном воздействии эстрогенов – СПКЯ, ожирение) и у всех пациенток с АМК после 45 лет. Для диагностики причин АМК отдают предпочтение офисной гистероскопии и аспирационной биопсии,

как менее травматичным процедурам. Биопсия эндометрия информативна при диффузных поражениях и адекватном заборе материала.

В зависимости от выявленной причины АМК относят к той или иной категории в соответствии с классификационной системой PALM–COEIN.

3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

АМК могут манифестироваться регулярными, обильными (более 80 мл) и длительными (более 7 дней) менструациями. Этот тип кровотечений до введения новой классификационной системы обозначался как меноррагии, в настоящее время – как *обильные менструальные кровотечения (heavy menstrual bleeding)*. Частые причины этих кровотечений аденомиоз, субмукозная миома матки, коагулопатии, функциональные нарушения эндометрия. АМК могут проявляться в виде межменструальных выделений (ранее называемых метроррагиями) на фоне регулярного цикла. Это более характерно для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овуляторной дисфункции. АМК клинически также проявляются нерегулярными длительными и (или) обильными кровянистыми выделениями (менометроррагиями), чаще возникающими после задержек менструаций. Этот тип нарушений менструального цикла более характерен для гиперплазии, предрака и рака эндометрия.

АМК классифицируют на хронические и острые (FIGO, 2009). *Хроническое кровотечение* – это маточное кровотечение, аномальное по объему, регулярности и (или) частоте, наблюдающееся в течение 6 мес и более, как правило, не требующее незамедлительного врачебного вмешательства. *Острое кровотечение* – эпизод обильного кровотечения, требующий срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери. Острое АМК может возникнуть впервые или на фоне уже существующего хронического АМК. Маточные кровотечения – одна из основных причин возникновения железодефицитных анемий.

Дифференциальный диагноз осуществляется со следующей патологией:

- Заболевания крови
- Полип шейки матки

- Заболевания печени
- Воспалительные заболевания
- Пузырный занос
- Эрозия шейки матки
- Эндометриоз внешний
- Рак матки
- Прервавшаяся беременность
- Опухоли яичников

4. ЛЕЧЕНИЕ

Выбор **метода лечения** определяется тяжестью анемизации (бледность кожи, слизистых, тахикардия, головная боль, головокружение, слабость и сонливость при большой кровопотере).

1 ЭТАП – остановка кровотечения

- Создание лечебно-охранительного режима
- Негормональная гемостатическая терапия
- Утеротонические препараты
- Препараты повышающие контрактильную активность миометрия
- Физиотерапевтическое лечение
- Рефлексотерапия
- Фитотерапия , витаминотерапия
- Гемостазиокоррекция

II ЭТАП – предупреждение рецидивов

- Устранение этиологических факторов
- Нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы негормональными препаратами
- Корректирующая циклическая гормональная терапия монофазными гормональными препаратами (3 мес.), затем прогестины во 2 фазу цикла (норколут по 5 мг с 16 по 25 день цикла или дюфастон 20 мг с 16 по 25 день) – 3–6 мес.

Методы остановки кровотечения – используются соответственно возрастным периодам.

При МК ювенильного периода:

- Маточные сокращающие средства
- Кровоостанавливающие средства
- Гормональный гемостаз (эстроген-гестагенный)

При МК репродуктивного периода

- Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) + гистероскопия
- Маточные сокращающие средства
- Кровоостанавливающие средства
- Гормональный гемостаз (эстроген-гестагенный)

При МК климактерического периода

- Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) + гистероскопия
- Маточные сокращающие средства
- Кровоостанавливающие средства
- Гормональный гемостаз (гестагенами)
- Абляция эндометрия

Принципы ведения после остановки кровотечения

В *ювенильном периоде* – циклическая гормонотерапия *эстроген-гестагенами* 3 мес., гестагенами во 2-й фазе менструального цикла до 6 мес.

В *репродуктивном периоде* – циклическая гормонотерапия *эстроген-гестагенами* 3 мес., гестагенами во 2-й фазе менструального цикла до 6 мес.

В *климактерическом периоде* – необходимо выключение функции яичников (*гестагены* в непрерывном режиме – 6 мес.)/

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, адекватные диагностические исследования и этапность проведения лечебных мероприятий в соответствии с возрастным периодом позволит предупредить развитие маточных кровотечений с тяжелой анемизацией организма женщины.

Вопросы для самопроверки:

1. Классификация АМК
2. Влияние различных причин на развитие АМК
3. Методы диагностики и дифференциальная диагностика с заболеваниями других органов и систем
4. Терминология употребляемая при маточных кровотечениях
5. Полипы: клиника, диагностика, лечение
6. Аденомиоз: клиника, диагностика, лечение
7. Лейомиома: клиника, диагностика, лечение
8. Гиперпластические процессы эндометрия: диагностика, осложнения, лечение
9. Рак эндометрия: стадии, диагностика, лечение
10. Коагулопатия – при нарушениях системы гемостаза, как причина маточных кровотечений, осложнения, принципы лечения
11. Овуляторная дисфункция: клинические симптомы при нарушении функции желтого тела, диагностика, гормональные и негормональные методы лечения
12. Воспалительные заболевания – причина нарушения функции эндометрия, нарушения менструального цикла и АМК
13. Лечение АМК: выбор тактики, методы остановки кровотечения
14. Методы предупреждения рецидива маточного кровотечения
15. Гормональная терапия после АМК в разных возрастных периодах женщин.

Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – М.: «ГЭОТАР–МЕДИА», 2014.
2. Саидова Р.А., Макацария А.Д. Избранные лекции – «Триада-Х» Москва, 2005.

Дополнительная литература:

3. Руководство по контрацепции. Под редакцией проф.В.Н. Прилепской. Второе издание. – Москва «МЕДпресс-информ» – 2010.
4. Руководство по эндокринной гинекологии. Под редакцией Е.М. Вихляевой. Третье издание. – Медицинское информационное агентство, Москва – 2002.