МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПАЛАТА ИННОВАЦИОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ



Национальный клинический протокол «Аномальные маточные кровотечения: диагностика и тактика ведения»

ТАШКЕНТ 2023

Вводная часть

Клиническая проблема	Аномальные маточные кровотечения: диагностика и тактика ведения.
Название документа	Национальный клинический протокол «Аномальные маточные кровотечения: диагностика и тактика ведения».
Этапы оказания помощи	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
Дата создания	2023 г
Планируемая дата обновления	2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
Порядок обновления клинического протокола	Механизм обновления клинических рекомендаций протокола предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым протоколам, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.
Адрес для переписки	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Оглавление

Состав рабочей группы....5

Введение....6

Список сокращений....7

Термины....7

Определения....7

Коды по МКБ-10....9

Этиология и патогенез....10

Эпидемиология....11

Классификация....11

Клиническая картина....13

Диагностика....13

Анамнез....14

Физикальное обследование....16

Лабораторные тесты....16

Визуальные методы диагностики....18

Дифференциальная диагностика АМК с учетом возрастных характеристик....20

Лечение....20

Медикаментозная терапия....21

Хирургическое лечение....26

АМК в различные возрастные периоды женщины....27

Медицинская реабилитация....30

Профилактика....30

Организация оказания медицинской помощи....30

Критерии оценки качества медицинской помощи....30

Список литературы....31

Приложение 1. Методология разработки протокола....34

Приложение 2. Алгоритм диагностики АМК....37

Приложение 3. Алгоритм ведения АМК в репродуктивном периоде....39

Приложение 4. Алгоритм ведения АМК в подростковом возрасте....40

Приложение 5. Алгоритм ведения АМК в постменопаузе....41

Приложение 6. Информация для пациента....42

Приложение 7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство....43

Состав рабочей группы:

Руководитель рабочей группы

Надырханова Н.С., д.м.н.	РСНПМЦАГ, директор

Ответственные исполнители

Иргашева С.У., д.м.н.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Алиева Д.А., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Ашурова В.И., к.м.н.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Сапаров А.Б., к.м.н.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Даулетова М.Ж., к.м.н.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Абдураимов Т.Ф.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Бабаханова А.М.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Абдуганиева М.М.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Батирова М.А.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Тоштемирова Ш.М.	РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог
Усманов С.К., ведущий специалист	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

Методологическая поддержка

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии
ЦРПКМР - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Техническая поддержка

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Рецензенты:

Юсупбаев Р.Б.	РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный сотрудник, секретарь Ученого Совета
Иноятова Н.М.	ЦРПКМР, к.м.н., доцент кафедры акушерства гинекологии и перинатальной медицины

Внешняя экспертная оценка (при поддержке представительства ВОЗ в Узбекистане):

Тинатин Гагуа, д.м.н.	Эксперт ВОЗ (Грузия)

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «___24___»__февраля_____2022 г., протокол №___3___
Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Введение.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

• Использование услуг переводчика в случае необходимости;

• Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;

• Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;

• Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Цель протокола:

- Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению пациентов с аномальными маточными кровотечениями.

Категории пациентов: пациенты с аномальными маточными кровотечениями в подростковом, репродуктивном, пре- и постменопаузальном возрасте.

Целевая группа протокола:

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Врачи энокринологи;
3. Врачи общей практики;
4. Врачи терапевты;
5. Врачи лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Список сокращений:

FDA	Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics – Международная федерация по гинекологии и акушерству
SARS-CoV-2	оболочечный одноцепочный РНК-вирус, относящийся к подроду Sarbecovirus рода Betacoronavirus
аГн-РГ	агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
АД	артериальное давление
АМК	аномальное маточное кровотечение
АЧТВ	активированное частичное тромбопластиновое время
ВДКН	врожденная дисфункция коры надпочечников
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДиК	дилятация и кюретаж
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
ЛНГ-ВМС	левоноргестрел-содержащая внутриматочная система
МГТ	менопаузальная гормональная терапия
МКБ 10	международная классификация болезней 10 пересмотра
МРТ	магнитно-резонансная томография
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты
ОМК	обильное маточное кровотечение
ПТВ	протромбиновое время
РЭ	рак эндометрия
СГС	соногистерография
СПКЯ	синдром поликистозных яичников
СЭРМ	селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХГЧ	хорионический гонадотропин человека

Термины.

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

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

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

Определения.

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

К АМК относятся кровотечения из тела и шейки матки, но не кровотечения из влагалища и вульвы.

Продолжительность нормального менструального цикла обычно составляет от 24 до 38 дней, а длительность менструального кровотечения – до 8 дней. Однако при диагностике АМК необходимо учитывать диапазон и естественную изменчивость менструального цикла у каждой конкретной женщины.

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – кровотечения чрезмерные по:

- длительности (более 8 дней) и/или
- объему кровопотери (более 80 мл)* и/или
- частоте (менее 24 дней).

*Обильное менструальное кровотечение (ОМК) определяется как менструальная кровопотеря более 80 мл. Нарушения обмена железа обычно отмечаются уже на фоне ежемесячной кровопотери более 60 мл.
Увеличение объема объема кровопотери >80 мл клиницист может заподозрить при сочетании трех признаков:

- снижение уровня гемоглобина/гематокрита, ферритина в сыворотке крови,
- появление сгустков крови,
- необходимость в частой смене санитарных средств защиты в течение дня.

Величина менструальной кровопотери является весьма субъективным показателем и должна использоваться только в исследовательских целях, на практике чрезмерная кровопотеря должна основываться на восприятии пациента.

Согласно NICE (2007 г., 2016 и 2018 гг.), учитывая трудности в оценке ежемесячной кровопотери, выбор тактики ведения определяет не результат измерения кровопотери, а самоощущение пациентки (дистресс, нарушение работоспособности, сексуальной активности и качества жизни в целом).

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

Вопросы, которые следует задать, чтобы помочь количественно определить кровопотерю во время менструации:	**Женщины с нормальным объемом менструальной кровопотери:**
• Как часто вы меняете гигиеническую прокладку/тампон в дни наибольшего выделения?	• Смена прокладок/тампонов с интервалом ≥3 часов
• Сколько прокладок/тампонов вы используете во время менструации?	• Использование менее 21 прокладки/тампона за цикл
• Нужно ли менять прокладку/тампон на ночь?	• Редко нужно менять прокладку/тампон ночью.
• Насколько велики какие-либо сгустки?	• Сгустки менее 1 дюйма в диаметре
• Сказал ли вам медицинский работник, что у вас анемия?	• Нет анемии

Также к АМК относятся кровотечения:
- редкие (более 38 дней) и/или
- скудные.

Устаревшие термины, которые традиционно используются для характеристики патологических менструальных кровотечений:

- «менорагия» - обильные и длительные кровотечения из половых путей в период менструации (циклические),
- «метрорагия» кровотечения в межменструальный период (ациклические),
- «менометрорагия» - сочетание циклических и ациклических кровотечений,
- «гиперменорея» - обильные менструации (более 80 мл),
- «гипоменорея» - скудные менструации (менее 5 мл),
- «опсоменорея» - редкие менструации (с интервалом более 38 дней),
- «пройоменорея» - частые менструации (с интервалом менее 24 дней),
- «полименорея» - маточное кровотечение более 8 суток,
- «олигоменорея» - маточное кровотечение менее 2 дней,
- «дисфункциональное - патологические кровотечения из матки, связанные с нарушением выработки половых гормонов железами внутренней секреции,

- не должны использоваться и заменены на АМК.

Таблица 1. Критерии нормального и аномального кровотечения, FIGO 2018. г.

Категория цикла	**Характеристика**	
	Нормальный	**Аномальный**
Частота	Отсутствие менструации или кровотечений = аменорея	
	Частые (< 24 дней)	
	Нормальные (от 24 до 38 дней)	
	Редкие (> 38 дней)	
Регулярность	Регулярные (вариабельность цикла от самого короткого до самого длинного <7-9 дней) *Примечание: от 18 до 25 лет ≤9 дней; 26–41 лет ≤7 дней; 42–45 лет ≤9 дней.*	
	Нерегулярные (вариабельность цикла от самого короткого до самого длинного ≥10 дней)	
Длительность кровотечения	Нормальная ≤ 8 дней	
	Длительная > 8 дней	
Объем кровотечений	Обильные	
	Нормальные	
	Скудные	
	Определение обильности кровотечения по NICE: ОМК - кровотечение, которое оказывает негативное влияние на качество жизни женщины	
Межменструальное кровотечение	Нет	
	Случайное, нерегулярное	
	Циклические (начало, середина или конец цикла)	

Коды по МКБ-10:

N92	**Обильные, частые и нерегулярные менструации**
N92.0	– обильные и частые менструации при регулярном цикле (менорагия, полименорея)
N92.1	– обильные и частые менструации при нерегулярном цикле (нерегулярные кровотечения в межменструальном периоде, нерегулярные, укороченные интервалы между менструациями, менометрорагия, метрорагия)
N92.2	– обильные менструации в пубертатном периоде (обильные кровотечения в начале менструального периода, пубертатная меноррагия, пубертатные кровотечения)
N92.3	– овуляторные кровотечения (регулярные менструальные кровотечения)
N92.4	– обильные кровотечения в предменопаузном периоде (меноррагия или метроррагия: климактерическая, в менопаузе, предклимактерическая, в предменопаузе)
N93	**Другие аномальные кровотечения из матки**
N93.8	– другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища (дисфункциональные или функциональные маточные или влагалищные кровотечения БДУ)
N93.9	– аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное
N95.0	**Постменопаузные кровотечения**

Этиология и патогенез.

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

К причинам, связанным со структурными изменениями матки относятся (PALM):

Полип,
Аденомиоз,
Лейомиома,
Малигнизация (злокачественная опухоль) и гиперплазия эндометрия.

Категории, не связанные с визуально определяемыми структурными изменениями (COEIN):

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

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

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

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

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

Определение причины АМК имеет важное значение для выбора наиболее подходящего и эффективного лечения для конкретного пациента и достигается путем сбора анамнеза, физикального осмотра, лабораторных визуальных методов исследования.

Нет оснований полагать, что SARS-CoV-2 оказывает какое-либо влияние на АМК любого типа, включая симптомы обильных и / или нерегулярных менструальных кровотечений (FIGO 2020)

Эпидемиология.

Частота встречаемости АМК составляет примерно 3-30% среди пациенток репродуктивного возраста и может достигать 70% в перименопаузальный период.
В течение репродуктивного периода АМК встречается хотя бы один раз в жизни более чем у 1/2 женщин, однако лишь 1/4 из них обращаются за врачебной помощью.
Примерно 1/3 женщин в какой-то момент своей жизни страдает АМК.

Классификация.

В настоящее время все АМК разделяются согласно классификации FIGO (PALM-COEIN) (2011 г., модификация 2018 г.).
Классификация основана на этиологическом факторе АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста и включает:

- polyp (полип) - (АМК-P);
- adenomyosis (аденомиоз) - (АМК-A);
- leiomyoma (лейомиома) - (АМК-L);
- malignancy (малигнизация) - (АМК-M) и hyperplasia (гиперплазия);
- coagulopathy (коагулопатия) - (АМК-C);
- ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) - (АМК-O);
- endometrial (эндометриальное) - (АМК-E);
- iatrogenic (ятрогенное) - (АМК-I);
- not yet classified (не относятся ни к одной из категорий) - (АМК-N).

Таблица 2. Классификационная система FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста (модификация 2018 г.).

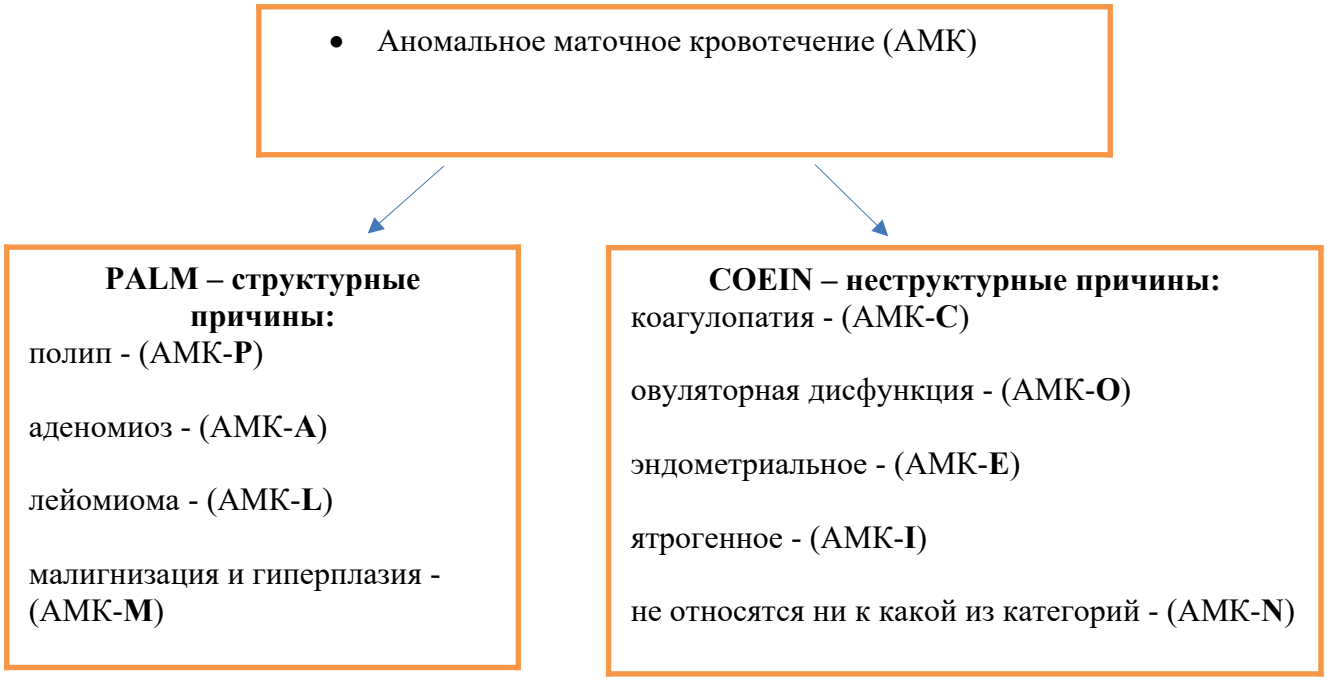


Таблица 3. Модификация классификации FIGO (PALM-COEIN), 2018 г.

Категория	Изменение
АМК-А*	Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза
АМК-L**	Определение 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 и других лекарственных средств, влияющих на свертывание крови
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов и лекарственных средств, влияющих на овуляцию
АМК-О	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза, связанные с приемом лекарственных средств, влияющих на овуляцию
АМК-N	Название категории было изменено с "Еще не классифицированы" на "Не относятся ни к какой из категорий"

*В настоящее время FIGO работает над международным консенсусом по системе подклассификации аденомиоза на основе сонографических изменений. Подклассификация аденомиоза представлена в клиническом протоколе «Эндометриоз».

**Система подклассификации лейомиомы в модификации FIGO 2018 г. является единственно ратифицированной системой подклассификации АМК и представлена в клиническом протоколе «Миома матки».

Для использования классификации АМК FIGO в клинической практике был разработан подход идентичный стадированию злокачественных опухолей по TNM ВОЗ. Например, если у женщины с АМК диагностированы нарушение овуляции, лейомиома и отсутствует любые другие аномалии/изменения, они будут классифицированы следующим образом: АМК P0 A0, L1, M0, C0, O1, E0, I0, N0 или в сокращенном варианте: АМК -L, -O.

Клиническая картина.

АМК проявляются:

- обильными менструальными, межменструальными кровотечениями, длительными и/или обильные кровянистыми выделениями;
- анемией;
- чувством усталости,
- болью или другими сопутствующими симптомами;
- снижением качества жизни вследствие не только неприятных симптомов, но и ограничения социальной активности и/или увеличения материальных затрат на покупку дополнительных санитарных средств, лекарств, а также потерь в заработной плате из-за временной нетрудоспособности.

Таким образом, АМК оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье и общее благополучие женщин.

Диагностика.

Диагностика АМК включает жалобы, тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и визуальные тесты, а также учёт возрастных факторов.

Первоначальная оценка пациентов с острой АМК должна включать быструю первичную оценку признаков гиповолемии и гемодинамической нестабильности.

Рассмотрите возможность пробного фармакологического лечения без диагностики причины АМК (кроме случаев, когда выбранным методом лечения является ВМС-ЛНГ) у пациентов:
- без повышенного риска гиперплазии, рака эндометрия;
- с низким риском наличия миомы, аденомиоза или других структурных аномалий матки при изучении анамнеза.

Таблица 4. Диагностика АМК.

Алгоритм диагностики АМК

Анамнез:

- Возраст менархе и менопаузы
- Характер менструального цикла и кровотечений
- Тяжесть кровотечения (обильное / необильное, со сгустками)
- Тазовая боль (степень тяжести, эффективность анальгетиков) и/или симптомы сдавления, которые могут указывать на аномалии полости матки, аденомиоз или миому
- Другие факторы, которые могут повлиять на варианты лечения (такие как сопутствующие заболевания или предшествующее лечение)
- Хирургические вмешательства
- Использование лекарств
- Симптомы и признаки возможного нарушения гемостаза
- Влияние на качество жизни

Физикальное обследование:

- Общий осмотр и физикальное обследование
- Тазовое обследование:
  - Наружный осмотр гениталий
  - Осмотр в зеркалах, забор мазка по Папаниколау (при необходимости)
  - Бимануальное влагалищное исследование

Лабораторные тесты:

- Группа крови и резус-фактор
- Тест на беременность (кровь или моча)
- Общий клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит) с тромбоцитами
- Первичное ориентировочное исследование коагулограммы (АЧТВ, ПТВ, фибриноген)
- ТТГ (по показаниям)
- Chlamydia trachomatis (по показаниям)

Доступные диагностические визуальные (при наличии показаний):

- Соногистерография с введением в полость матки физиологического раствора
- Трансвагинальное УЗИ
- МРТ
- Гистероскопия

Доступные методы отбора проб тканей (при необходимости):

- Офисная биопсия эндометрия
- Прицельная гистероскопия
- ДиК

Анамнез.

С	Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение сбора гинекологического и репродуктивного анамнеза, стандартного физикального обследования

Сбор анамнеза должен включать вопросы о характере менструальных кровотечений, объеме кровопотери, сопутствующих симптомах (боль, дисменорея и др.), семейном

анамнезе АМК. До 20% женщин (в любом возрасте) с АМК имеют в качестве основной причины нарушение свертываемости крови.

Всем пациентам с АМК необходимо провести первоначальный скрининг нарушения гемостаза.
Скрининг для выявления нарушений гемостаза у пациенток с обильными менструальными кровотечениями должен проводиться на основании наличия одного или нескольких следующих признаков:

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

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

Таблица 5. Первоначальный скрининг нарушений гемостаза у пациентов с АМК.

Первоначальный скрининг нарушения гемостаза у пациенток с АМК основан на данных анамнеза.
Положительный результат скрининга включает любое из следующего:

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

Положительный результат скрининга на нарушения гемостаза – показание к проведению специальных тесты на болезнь фон Виллебранда и другие коагулопатии.

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

Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:

- препараты половых гормонов: эстрогены, прогестины, в т.ч. лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;
- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), могут вызывать овуляторные расстройства;
- препараты, влияющие на метаболизм допамина, включая фенотиазины и трициклические антидепрессанты;

- прямые оральные антикоагулянты (такие как апиксабан, ривароксабан) и низкомолекулярные гепарины больше влияют на объем менструального кровотечения;
- антикоагулянты непрямого действия (варфарин и др.);
- биологически активные добавки с содержанием гинкго, женьшеня, пустырника.

B	Клиницистам полезно указать, являются ли кровотечения результатом овуляторных или ановулаторных причин для проведения дальнейших исследований и выбора тактики лечения

Важно различать ановуляторные АМК, которые могут привести к гиперплазии эндометрия от овуляторных:

- Женщины с овуляторным АМК, скорее всего, будут иметь тяжелые циклические (каждые 24-38 дней) менструальные кровопотери в течение нескольких последовательных циклов без межменструального или посткоитального кровотечения. У них могут быть дисменорея и другие предменструальные симптомы;
- Нерегулярные (ациклические), непрогнозируемые длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций и перемежающиеся с эпизодами аменореи, часто являются ановуляторными и более характерны для гиперплазии и рака эндометрия. Полипы или подслизистые миомы присутствуют у 25-50 процентов женщин с нерегулярными кровотечениями.

Физикальное обследование.

При физикальном обследовании пациента с острой АМК следует оценить признаки острой кровопотери (гиповолемия и анемия) и исключить возможные другие источники кровотечения, не связанные с маткой.

При осмотре пациентов с АМК следует обращать внимание на такие возможные сопутствующие признаки как:

- избыточный вес,
- признаки СПКЯ (например, гирсутизм и угри),
- признаки заболевания и дисфункции щитовидной железы (например, узелок щитовидной железы);
- признаки инсулинорезистентности (например, черный акантоз на шее);
- признаки, указывающие на нарушение свертываемости крови: петехии, экхимозы, бледность кожи или отечность суставов суставы (хотя отсутствие этих признаков не исключает возможности дисфункции системы гемостаза).

C	Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования

Клиницист должен убедиться, что кровотечение исходит из цервикального канала, а не из другого места: влагалища, вульвы, промежности или перианальной области.
Осмотр шейки матки в зеркалах проводится для оценки возможных поражений шейки матки и влагалища, бимануальное влагалищное исследование – для оценки размеров и формы матки и придатков, что позволяет заподозрить наличие миомы матки или другого объемного процесса в малом тазу.

Лабораторные тесты.

Таблица 6. Рекомендуемое лабораторное обследование пациентов с АМК.

Лабораторная оценка	Специфические лабораторные тесты
Первичное лабораторное исследование	- общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит) с тромбоцитами - группа крови и резус-фактор - тест на беременность
Первичное лабораторное исследование системы гемостаза	- активированное частичное тромбопластическое время - протромбиновое время - фибриноген
Первичное исследование при болезни Виллебранда	- концентрация антигена фактора фон Виллебранда - активность фактора фон Виллебранда в плазме агрегация тромбоцитов (ристоцетин) - фактор – VIII связывающая активность фактора фон Виллебранда
Другие лабораторные исследования	- тиреотропный гормон - сывороточное железо крови, общая способность связывать железо, ферритин (при необходимости) - оценка функции печени - хламидии трахоматис у пациентов группы высокого риска инфицирования и наличием симптомов воспаления

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

При АМК необходимо:

- исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью,
- оценить влияние кровопотери на уровень гемоглобина, гематокрита, запасы железа (сывороточный уровень ферритина вне воспалительного процесса отражает запасы железа в организме). Значения ферритина не меняются в случае приема препарата железа накануне исследования (в отличие от железа сыворотки), поэтому именно ферритин является основным тестом для выявления железодефицита. Нормальный диапазон уровня ферритина у женщин составляет 18–160 нг/мл, при этом желательным является показатель более 50 нг/мл.

  В повседневной клинической практике рутинный анализ сывороточного ферритина у женщин с АМК не рекомендуется,
- провести первичное (ориентировочное) исследование системы гемостаза: АЧТВ, ПТВ, фибриноген.

A	Всем подросткам, а также взрослым женщинам с отклонениями в первичном исследовании системы гемостаза (коагулограмма) или с положительными результатами скрининга на нарушения гемостаза рекомендуются консультация гематолога и специфические тесты на болезнь фон Виллебранда и другие коагулопатии

Также специфические гематологические тесты показаны в группах высокого риска:
- семейный анамнез нарушений свертываемости крови;

- симптомы геморрагического диатеза;
- антикоагулянтная терапия.

B	Рекомендуется рассмотреть возможность тестирования на Chlamydia trachomatis пациенток с АМК и высоким риском инфицирования или симптомами воспаления

Если выявлен хронический эндометрит, пациентов следует классифицировать как пациентов с АМК -Е.

B	Рекомендуется проводить исследование ТТГ у пациенток с АМК и признаками дисфункции щитовидной железы

АМК могут быть связаны с дисфункцией щитовидной железы в виде гипотиреоза (чаще) или гипертиреоза (реже). Скрининг на заболевание щитовидной железы с измерением уровня ТТГ у женщин с АМК и признаками дисфункции щитовидной железы является разумным и недорогим методом исследования. Не проводите тестирование гормонов щитовидной железы женщинам с АМК, если не присутствуют другие признаки и симптомы заболевания щитовидной железы.

Нет убедительных доказательств, подтверждающих обоснованность определения уровня гонадотропинов, эстрадиола или прогестерона на фоне АМК. Не проводите рутинно тестирование на женские половые гормоны при АМК

В некоторых случаях (по показаниям) могут быть исследованы:
- пролактин;
- тестостерон;
- прогестерон (с 21 по 23 дни менструального цикла) – для подтверждения овуляторного статуса АМК при текущем цикле;
- ФСГ – для подтверждения периода перименопаузы.

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

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

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

Визуальные методы диагностики.

Первичный скрининговый визуальный тест при АМК – это трансвагинальное УЗИ (для подростков может быть более подходящим трансабдоминальное УЗИ).

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

УЗИ органов малого таза проводят для оценки состояния эндометрия, миометрия, шейки матки, маточных труб, яичников. УЗИ позволяет диагностировать полипы эндометрия,

аденомиоз, миому матки, аномалии развития матки, диффузное утолщение эндометрия, связанное с гиперплазией и злокачественными новообразованиями, гормонопродуцирующие опухоли и образования в яичниках.

Если результаты трансвагинального УЗИ недостаточны для диагностики причины АМК необходимы дополнительные методы визуальной диагностики:

- соногистерография с введением в полость матки с помощью катетера или детского зонда для кормления 5-15 мл физиологического раствора, или
- гистероскопия (предпочтительно в амбулаторных условиях).

Не рекомендуется применять соногистерографию и допплерометрию, как первую линию диагностики при АМК.

A	СГС превосходит трансвагинальное УЗИ по обнаружению внутриматочных поражений, таких как полипы и подслизистые лейомиомы, позволяет различить очаговое и диффузное утолщение эндометрия и рекомендуется, когда трансвагинальное УЗИ является недостаточным для выявления внутриматочной патологии

A	Рекомендуется проведение гистероскопии или ДиК при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ

Предложите гистероскопию женщинам с АМК, если в их анамнезе:

- есть стойкое АМК, ОМК, ММК;
- есть факторы риска гиперплазии/малигнизации эндометрия;
- есть указание на подслизистые миомы, полипы или патологию эндометрия в анамнезе;
- если результаты трансвагинального УЗИ недостаточны для диагностики причины АМК.

Гистероскопия позволяет напрямую визуализировать аномалии полости эндометрия и проводить прицельную биопсию. Гистероскопия очень точна при диагностике рака эндометрия, но менее полезна для выявления гиперплазии.

Гистероскопию можно проводить в амбулаторных условиях или в операционной, при этом офисная (амбулаторная) гистероскопия менее дорога, более удобна для врача и пациента и обеспечивает более быстрое восстановление и меньшее количество перерывов в работе для пациента. Проведение гистероскопии в операционной имеет следующие преимущества: доступность общей анестезии, возможность проведения лапароскопии в случае возникновения осложнений.

A	У пациентов с АМК при гистероскопии, даже если полость матки выглядит нормальной, следует взять образец эндометрия, поскольку одной только гистероскопии недостаточно для исключения новообразований эндометрия и карциномы

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

МРТ малого таза не является информативным методом диагностики патологии эндометрия у пациенток с АМК и не должна применяться в качестве визуально-диагностического теста первой линии.

Когда показан забор ткани эндометрия у пациенток с АМК и как его проводить?
Забор эндометрия требуется не для всех пациентов с АМК, а только у определенной категории больных.

Первичная задача забора проб эндометрия у пациентов с АМК – определить, присутствует ли карцинома или предраковые поражения эндометрия (атипическая гиперплазия).

Забор образцов ткани эндометрия при АМК для гистологического исследования следует проводить у пациентов:

- в возрасте 45 лет и старше;
- с ранним менархе;
- с поздней менопаузой (после 55 лет);
- с непрерывным и длительным воздействием эстрогенов и хронической ановуляцией (например, при СПКЯ, ВДКН, сахарном диабете, ожирении выше 90 кг);
- при неэффективности медикаментозной терапии;
- при стойких и рецидивирующих АМК;
- с бесплодием;
- с отсутствием родов в анамнезе;
- с семейным анамнезом колоректального рака или рака эндометрия;
- принимающих тамоксифен;
- при проведении гистероскопии с диагностической или лечебной целью.

С	У пациентов с АМК старше 45 лет рекомендуется забор проб эндометрия в качестве диагностического теста первой линии

Методы забора проб эндометрия:

- биопсия эндометрия методом мануальной вакуум-аспирации – процедура первой линии (желательно в амбулаторных условиях);
- офисная (амбулаторная) или стационарная (в условиях операционной) прицельная гистероскопия;
- ДиК (желательно под контролем гистероскопии) – проводится исключительно с диагностической целью.

В	ДиК следует использовать в тех случаях, когда офисная биопсия с помощью аспираторов или прицельная гистероскопическая биопсия не доступны или неосуществимы

В	Рекомендуется у пациенток с АМК проведение гистологического исследования биопсийного материала эндометрия

Дифференциальная диагностика АМК с учетом возрастных характеристик.

13–18 лет	• У подростков АМК чаще всего возникает в результате стойкой ановуляции из-за незрелости или нарушения регуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и представляет собой нормальную

	физиологию. • АМК у подростков также может быть связано с использованием гормональных контрацептивов, беременностью, инфекцией органов малого таза, коагулопатиями или опухолями. • До 19% подростков с АМК, которым требуется госпитализация, могут иметь сопутствующую коагулопатию, что подчеркивает важность скрининга на нарушения свертывания крови у этих пациентов.
19–39 лет	• АМК у женщин в возрасте 19-39 лет чаще всего возникает в результате беременности, структурных повреждений (например, лейомиомы или полипы), ановуляторных циклов (например, СПКЯ), использования гормональных контрацептивов и гиперплазии эндометрия. • Рак эндометрия встречается реже, но может возникать в этой возрастной группе.
40 лет и до менопаузы	• У женщин в возрасте от 40 лет и до менопаузы АМК может быть вызвано ановуляторным кровотечением, которое представляет собой нормальную физиологию в ответ на снижение функции яичников. • АМК также может быть связано с гиперплазией или карциномой эндометрия, атрофией эндометрия и лейомиомами.

Лечение.

По возможности, лечение не следует начинать до тех пор, пока не будет определена этиология АМК и исключено предраковое или злокачественное заболевание. Эмпирическое лечение АМК без оценки причины может пропустить первичную этиологию, которая может быть скорректирована или скрыть симптомы неопластического заболевания.

При отсутствии возможности определения этиологии АМК рассмотрите возможность пробного фармакологического лечения без диагностики причины (кроме случаев, когда выбранным методом лечения является ВМС-ЛНГ) у пациентов:
- без повышенного риска гиперплазии, рака эндометрия;
- с низким риском наличия миомы, аденомиоза или других структурных аномалий матки при изучении анамнеза.

Пациент должен знать о рисках, преимуществах и противопоказаниях каждого предлагаемого метода лечения и сделать информированный и осознанный выбор.

Предоставьте информацию обо всех возможных вариантах лечения и обсудите их с женщиной. Обсуждения должны охватывать:
- преимущества и риски различных вариантов лечения,
- подходящее лечение, если она пытается забеременеть
- желание женщины сохранить свою фертильность и/или матку.

Степень удовлетворенности пациента может зависеть от эффективности, ожиданий, стоимости лечения и побочных эффектов.

Любое вмешательство при АМК/ОМК должно быть направлено на улучшение качества жизни женщины, а не на величину кровопотери.

Медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия считается предпочтительным началом лечения АМК.

Подход к лечению АМК, как правило, поэтапный:

- По возможности следует лечить первичную этиологию АМК. К ней относятся эндокринные или инфекционные расстройства, которые лечат медикаментозно (например, СПКЯ или хронический эндометрит), а также структурные поражения матки, которые можно удалить с помощью гистероскопии (полип эндометрия, подслизистая миома).
- Начальным подходом к пациентам с хроническим АМК обычно является медикаментозное лечение. Выбор препарата зависит от перечисленных выше факторов.
- Вторичные подходы терапии АМК используются для пациентов, у которых медикаментозная терапия неэффективна, имеется непереносимость медикаментозной терапии или пациенты предпочитают варианты лечения, не связанные с частым приемом медикаментов. Основным решающим фактором является то, планирует ли пациентка в будущем деторождение, а также уровень инвазивности и риска, связанных с процедурой.

Лечение острых АМК.

Первоначальная оценка пациентов с острой АМК должна включать быструю первичную оценку признаков гиповолемии и гемодинамической нестабильности.

- Если пациент гемодинамически нестабилен или имеет признаки гиповолемии, необходимо быстро начать внутривенное введение жидкостей в 1 или 2 вены катетерами большого диаметра, а также подготовиться к переливанию препаратов крови (по показаниям).
- После стабилизации состояния пациента следующим шагом является поиск наиболее вероятной причины острого АМК с целью выбора наиболее подходящей и эффективной стратегии лечения для остановки кровотечения.

Двумя основными целями лечения острого АМК являются:

1) остановка текущего эпизода сильного кровотечения
2) уменьшение менструальной кровопотери в последующих циклах.

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

Транексамовая кислота (циклокапрон) – синтетическое производное аминокислоты лизин, оказывает антифибринолитическое действие за счет обратимой блокады плазминогена. Препарат не действует на параметры свертывания крови.

Применение транексамовой кислоты (циклокапрона) в дозе 1 г каждые 6 часов (4 г/сутки) в течение 4 дней, блокирует локальные фибринолитические процессы в эндометрии, снижает кровопотерю на 30-55%.

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

НПВС:

- ибупрофен 600-1200 мг в сутки,
- напроксен от 250-500 до 1100 мг в сутки,
- мефенамовая кислота 1500 мг в сутки,

- нимесулид 200 мг в сутки.

Преимущества НПВС включают в себя:
- Не увеличивают риск тромбоза;
- Низкий риск побочных эффектов;
- Уменьшение дисменореи;
- Низкая стоимость и часто доступность без рецепта;
- В отличие от большинства гормональных препаратов, их не нужно принимать ежедневно.

НПВС снижают уровень простагландинов путем ингибирования циклооксигеназы, что способствует сужению сосудов. Снижение кровопотери на НПВС составляет 30-40%.

Лечение начинают с 1 дня менструации или за несколько дней до, продолжают в течение 5 дней или до остановки кровотечения, при отсутствии противопоказаний.

Пациентам с нарушениями свертываемости крови или нарушением функции тромбоцитов следует избегать приема НПВС из-за их влияния на агрегацию тромбоцитов и их взаимодействия с другими лекарственными средствами, которые могут повлиять на функцию печени и выработку факторов свертывания крови..

С	Рекомендуется использовать терапию препаратами железа у пациенток с АМК и анемией или латентным железодефицитом

Все женщины, особенно с симптомами АМК/ОМК, подвержены риску железодефицитной анемии, и они должны, как минимум, увеличить потребление железа, если это необходимо. Чтобы уменьшить тошноту и, возможно, увеличить абсорбцию железа наиболее подходящим является дозировка 60-130 мг/сутки элементарного железа.

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

Гормональный гемостаз считается первой линией медикаментозной терапии для остановки острого АМК без известных или предполагаемых нарушений свертываемости крови.

Для проведения гормонального гемостаза в случаях острых АМК используют монофазные КОК с содержанием этинилэстрадиола не менее 30 мкг по 1 таблетке через равные интервалы (каждые 6-8 часов), с последующим постепенным снижением дозы до 1 таб/сут. Продолжительность терапии – 21 день от начала лечения.

После остановки АМК рекомендовано продолжить прием КОК по контрацептивной схеме в течение последующих нескольких месяцев.

Таблица 7. Гормональный гемостаз с использованием КОК.

Схемы гормонального гемостаза КОК, содержащих 30 мкг этинилэстрадиола	
1-й день – 3-4 таблетки (через равные интервалы времени)* 2-й день – 3 таблетки 3-й день – 2 таблетки	ACOG: 1 таблетка 3 раза в день через равные интервалы времени 7 дней С 8 дня – 1 таблетка и продолжать прием не менее 14 дней до общей

4-й день – 1 таблетка, продолжать прием не менее 18 дней до общей продолжительности курса 21 день.	продолжительности курса 21 день.

**Стартовый интервал между приемом КОК (каждые 6-8 часов) может быть выдержан до полного гемостаза с последующим увеличением интервала приема согласно схеме.*

Потенциальные противопоказания и предостережения к использованию КОК по FDA: курение сигарет в возрасте старше 35 лет, артериальная гипертензия, венозные тромбоэмболические осложнения, в том числе легочная эмболия в анамнезе или в настоящее время, цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца, мигрень с аурой, рак молочной железы в прошлом или в настоящем, тяжелые болезни печени в стадии декомпенсации, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, ппатология клапанов сердца с осложениями, объемные оперативные вмешательства с длительной иммобилизацией.

Внутриматочная тампонада с катетером Фолея 26F, в который введено 30 мл физиологического раствора, успешно останавливает кровотечение и также может рассматриваться в качестве мероприятия по остановке кровотечения.

Пациентам с известными или редполагаемыми нарушениями свертываемости крови рекомендуется консультация гематолога, особенно если кровотечение не останавливается медикаментозной терапией или гинеколог не знаком с другими вариантами лечения.

Десмопрессин может помочь в лечении острого АМК у пациентов с болезнью фон Виллебранда. Его можно вводить путем интраназальной ингаляции, внутривенно или подкожно. Десмопрессин необходимо применять с осторожностью из-за риска задержки жидкости и гипонатриемии и его не следует использовать пациентам с массивным кровотечением, получающим внутривенную инфузионную терапию, во избежание проблем с перегрузкой жидкостью.

Для контроля тяжелого кровотечения при болезни Виллебранда могут потребоваться рекомбинантный фактор VIII и фактор фон Виллебранда. При дефиците других факторов показана заместительная терапия препаратми крови, включая свежезамороженную плазму, криопреципитат, концентраты протромбинового комплекса.

После того, как эпизод острого кровотечения будет остановлен, рекомендуется перевести пациента на длительную поддерживающую терапию.

При неэффективности медикаментозной терапии в остановке кровотечение показано хирургическое вмешательство.

Лечение хронических АМК.

B	Рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с АМК/ОМК, нуждающихся в контрацепции

Использование монофазных КОК по контрацептивной схеме – 1 таблетка в сутки 21 день - снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%.

B	Рекомендуется для лечения АМК, в качестве альтернативы КОК, назначение прогестагенов в пролонгированном циклическом режиме

Эффективность 21-дневной (циклической) или 28-дневной (непрерывной) схемы приема прогестагенов сопоставимо с приемом КОК. Прогестагены: дидрогестерон, микронизированный прогестерон, медроксипрогестерона ацетат, норэтистерон, прогестерон 1% или 2,5%,гидроксипрогестерона капронат 12,5%,

A	Применение прогестагенов в лютеиновую фазу цикла малоэффективно для снижения объема менструальной кровопотери и не должно использоваться в качестве метода лечения АМК/ОМК

Профилактика рецидивов хронических АМК может проводиться также даназолом. Даназол – синтетический стероид с умеренными андрогенными свойствами, подавляет стероидогенез в яичниках и оказывает глубокий эффект на ткани эндометрия, уменьшая менструальную кровопотерю на 80%. Рекомендуемое лечение составляет от 100 до 200 мг даназола в день в течение трех месяцев.

B	Рекомендуется назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы (ВМС-ЛНГ) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, не заинтересованных в беременности

ВМС-ЛНГ рекомендуется в качестве медикаментозной терапии первой линии АМК у женщин:

- без выявленной патологии;
- с миомой матки диаметром менее 3 см, не вызывающей деформацию полости матки;
- с подозреваемым или диагностированным аденомиозом.

Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) имеет Т-образную форму, которая высвобождает в полость матки постоянное количество левоноргестрела (20 мг за 24 часа) из стероидного резервуара вокруг вертикальных ножек устройства.

ВМС-ЛНГ – наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери, эффективность которого достигает 90% и может применяться в течение длительного времени. ВМС-ЛНГ является обратимым контрацептивом.

Объясните женщинам, выбравшим ВМС-ЛНГ, что желательно подождать не менее 6 циклов, чтобы оценить преимущества и эффективность лечения.

ВМС-ЛНГ необходимо заменять через регулярные промежутки времени (каждые пять [Мирена] или шесть [Лилетта] лет).

C	Рекомендуется использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ 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.

Хирургические методы лечения включают:

1. дилатацию и кюретаж;
2. миомэктомию (гистероскопическую, лапароскопическую, лапаротомическую или вагинальную);
3. аблацию эндометрия;
4. эмболизацию маточных артерий;
5. гистерэктомию.

А	Рекомендуется проведение хирургического лечения у пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней

Медикаментозная терапия может быть неэффективна или пациенты могут желать процедуру, которая имеет долгосрочную эффективность или является радикальной терапией (гистерэктомия). Кроме того, пациенты могут пожелать хирургического вмешательства и избежать дальнейшего частого приема медикаментов или побочных эффектов, связанных с лекарствами.

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) из-за структурных поражений (лейомиомы, аденомиоз) обычно являются основным показанием к хирургическому вмешательству.

Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, клинической стабильности пациента, возраста, репродуктивных планов, сопутствующей соматической патологии.

Специальные методы лечения, такие как гистероскопия с ДиК, полипэктомия или миомэктомия, могут потребоваться при структурных изменениях/аномалиях матки.

Миомэктомия является вариантом для пациентов с лейомиомой матки. При наличии одной или двух внутриполостных миом гистероскопическая миомэктомия является минимально инвазивной и может устранить симптомы АМК. Пациентов с миомами других локализаций, которые приводят к кровотечениям, можно первоначально лечить медикаментозной терапией. Однако лапароскопическая или открытая миомэктомия требуется, если медикаментозное лечение не помогает и если пациентка желает сохранить фертильность. Пациентки, рассматривающие возможность миомэктомии, должны быть проинформированы о том, что эта операция может привести к кесареву сечению при последующей беременности.

Сама по себе ДиК (без гистероскопии) – неадекватный метод лечения острого АМК, так как может обеспечить только временное уменьшение кровотечения (обильные кровотечения часто восстанавливаются при последующих циклах). Не предлагайте ДиК как вариант лечения АМК за исключением случаев угрожающего жизни кровотечения и отсутствия возможности других хирургических вмешательств.

А	Хотя ДиК имеют определенную ценность в диагностике АМК, в качестве терапевтического вмешательтсва данная процедура неэффективна и не рекомендуется

ДиК с сопутствующей гистероскопией и прицельной биопсией образца эндометрия является предпочтительным вмешательством при наличии внутриматочной структурной патологии.

Эффективными методами хирургического лечения, по данным литературы и многочисленных отчетов, являются эмболизация маточных артерий и аблация эндометрия.

Аблация эндометрия должна рассматриваться только в том случае, если другие методы лечения оказались неэффективными или противопоказаны, пациентка не планирует беременность в будущем и исключен рак эндометрия как причина АМК. Рекомендуйте женщинам избегать последующей беременности и при необходимости использовать эффективные средства контрацепции после аблации эндометрия. В случае успеха аблацию эндометрия проводят однократно.

Гистерэктомия – окончательный метод лечения АМК, может потребоваться пациентам, у которых другие виды хирургических вмешательств оказались неэффективными.

АМК в различные возрастные периоды женщины.

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 гематолога. 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.

Лечение.

Консервативное лечение.

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

A	Рекомендуется использовать в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту для снижения объема кровопотери

Применение транексамовой кислоты 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%.

C	Рекомендуется в качестве негормональной терапии у пациенток с АМК и дисменореей использовать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) для снижения объема кровопотери

НПВС:

- ибупрофен 600-1200 мг в сутки,
- напроксен от 250-500 ло 1100 мг в сутки,
- мефенамовая кислота 1500 мг в сутки,
- нимесулид 200 мг в сутки.

НПВС за счет подавления циклооксигеназы и изменения соотношения простациклина и тромбоксана 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-й день менструации в течение 3-5 дней, либо до остановки АМК, при отсутствии противопоказаний.

A	Рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) для снижения объема кровопотери у пациенток с АМК и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов

Низкодозные (30 мкг этинилэстрадиола) монофазные КОК применяют каждые 6-8 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%.

В ряде случаев для лечения АМК в качестве альтернативы КОК при ановуляторных кровотечениях с целью обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия возможно применение прогестагенов. При остром АМК у подростков прогестагены с целью гемостаза не назначаются.

Хирургическое лечение.

C	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 постменопаузы.

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.), гормонопродуцирующих опухолей яичников. Атрофические изменения эндометрия являются также могут быть причинами АМК в постменопаузе. Ятрогенные факторы, вызывающе 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),
- СПКЯ,
- отягощенная наследственность: синдром Линча, рак эндометрия у родственников 1-ой степени родства, носители мутации BRCA 1/2 и др.

A	Рекомендуется проведение гистологического исследования биопсийного (операционого) материала эндометрия пациенткам с АМК в постменопаузе, полученного путем биопсии или раздельных ДиК полости матки и цервикального

	канала под контролем гистероскопии (при возможности) для исключения патологии эндометрия

Проведение диагностической гистероскопии позволяет визуально оценить состояние полости матки и выполнить прицельную биопсию или удаление очаговой патологии эндометрия.
Гистероскопия не заменяет дилятацию и кюретаж, но дополняет его.

АМК на фоне терапии тамоксифеном.
У женщин в постменопаузе адъювантная терапия тамоксифеном может стимулировать пролиферацию эндометрия, что ведет к повышению риска развития полипов, гиперплазии и рака эндометрия, реже саркомы матки. Частота внутриматочной патологии на фоне терапии тамоксифеном повышается по мере увеличения длительности лечения.

С	Рекомендуется проведение ультразвукового исследования органов малого таза (комплексное) всем пациенткам на фоне терапии тамоксифеном с АМК в постменопаузе с целью исключения патологии эндометрия

УЗ-признаками тамоксифен-индуцированной альтерацией эндометрия является: увеличение толщины эндометрия, за счет стромальной пролиферации, возникновение субэндометриальных кист, неравномерность границы эндометрий/ миометрий, эндометрий в виде «пчелиных сот». Трансвагинальное УЗИ является скрининговым методом диагностики в этой группе пациенток, но не обладает информативностью для диагностики патологии эндометрия.

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 соматическая 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.

А	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.

А	Рекомендовано всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ при толщине эндометрия ≥5 мм проведение гистологического исследования биопсийного (операционого) материала эндометрия, полученного путем биопсии или раздельных ДиК полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии (при возможности) для исключения патологии эндометрия

Гистероскопию с раздельными дилятацией и кюретажем полости матки и цервикального канала с гистологическим 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.

Медицинская реабилитация.

Специфической реабилитации нет.

С	Рекомендована консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации после уточнения причины АМК Рекомендуется проведение хирургического лечения у пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней

Профилактика.

Специфическая профилактика АМК не разработана.

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

В случае уточнения причин АМК необходим тщательный контроль за лекарственными препаратами, которые принимает пациентка. При овуляторных дисфункциях может сыграть роль коррекция психоэмоциональных нарушений, а также компенсация основного заболевания (синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, тиреотоксикоз, врожденная дисфункция коры надпочечников). Немаловажным фактором является профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза, которые в большинстве случаев развиваются вследствие инфекций, передаваемых половым путем.

Специфическая профилактика АМК у подростков не разработана.

В целях предупреждения развития АМК целесообразно выделение групп девочек-подростков, имеющих риск длительного сохранения ановуляторных менструальных циклов. В их числе:

- раннее наступление менструации (до 10 лет);
- наследственный анамнез по коагулопатиям;
- наличие в анамнезе геморрагического синдрома неясного генеза.

Вторичная профилактика АМК должна проводиться в зависимости от этиологического фактора/ов по классификации PALM-COEIN.

Организация оказания медицинской помощи.

- Показанием для экстренной госпитализации в гинекологический стационар является наличие острого АМК, требующего оказания срочной медицинской помощи.
- Показание для плановой госпитализации: наличие органической патологии, вызывающей хронические АМК и требующей хирургического лечения.
- Показания к выписке пациентки из гинекологического стационара: остановка АМК и стабилизация состояния пациентки.

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерий качества	Да / нет
1	Выполнено исследование уровня хорионического	Да / нет

	гонадотропина в крови, общего (клинического) анализа крови с тромбоцитами, коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза), у пациенток с АМК	
2	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК	Да / нет
3	Выполнено УЗИ органов малого таза	Да / нет
4	Выполнена биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание полости матки по показаниям (при возможности под контролем гистероскопии)	Да / нет

Список литературы.

1. Аномальные маточные кровотечения. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Москва, 2021 г.
2. 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.
3. 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.
4. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. The FIGO classification system ("PALMCOEIN") for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. Int J Gynaecol Obstet 2011.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS., FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.
6. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. J Obstet Gynaecol Can. 2018 May;40(5):e391-e415.
7. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):891-896.
8. Whitaker L, Critchley HO. Abnormal uterine bleeding. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jul;34:54-65.
9. Unim B. et al. Role of pap-test in cervical cancer prevention: a systematic review and meta-analysisBrigid Unim //European Journal of Public Health. – 2014. – Т. 24.
10. Kaveh M, Sadegi K, Salarzaei M, Parooei F. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review .
11. Bazot M, Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. Fertil Steril 2018;109:389-97.
12. Narice BF, Delaney B, Dickson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract 2018 30;19:135.
13. Douglass LA, Davis AM. Assessment and Management of Heavy Menstrual Bleeding. JAMA. 2020 Jan 21;323(3):270-271.
14. Gupta J, Kai J, Middleton L, et al. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. N Engl J Med 2013;368:128–37.
15. Fraser I. S. et al. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of oestradiol valerate and dienogest. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2011. – Т. 16. – №. 4. – С. 258-269.;
16. Sweet M. G. et al. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women //American family physician. – 2012. – Т. 85. – №. 1. – С. 35-43.

17. Mullins, T.L. Evaluation and management of adolescents with abnormal uterine bleeding / T.L. Mullins, R.J. Miller, E.S. Mullins // Pediatr Ann. – 2015. – vol.44. – N 9. – P. 218-222.
18. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign / ACOG Committee Opinion No. 651 American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet Gynecol. – 2015. – vol.126. – P. 143-146.
19. Deligeoroglou, E. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology / E. Deligeoroglou, V. Karountzos, G. Creatsas // Gynecol Endocrinol. – 2013. – vol.29. – N 1. – P. 74-78.
20. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;116(4):865–875.
21. Thorne, J.G. Heavy menstrual bleeding: is tranexamic acid a safe adjunct to combined hormonal contraception [commentary]? / J.G. Thorne, P.D. James, R.L. Reid // Contraception. – 2018. – vol.98. – P. 1–3.
22. Lumsden, M.A. Tranexamic acid therapy for heavy menstrual bleeding / M.A. Lumsden, L. Wedisinghe // Expert Opin Pharmacother. – 2011. – vol.12. – N 13. – P. 2089-2095.
23. An Open-Label, Single-Arm, Efficacy Study of Tranexamic Acid in Adolescents with Heavy Menstrual Bleeding / S.H. O'Brien [et al.] //J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2019. – vol.32. – N 3. – P. 305-311.
24. Bryant-Smith, A.C. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding / A.C. Bryant-Smith, A. Lethaby, C. Farquhar, M. Hickey // Cochrane Database Syst Rev. – 2018. – Issue 4.
25. The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Clinical Practice Guideline on Adolescent gynaecology - Heavy menstrual bleeding [Internet, last updated August 2020.
26. Primary care management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al/] // Comparative effectiveness review No.96. AHRQ. Agency for healthcareresearch and quality. – 2013.
27. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Committee Opinion No. 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013.
28. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. Obstet Gynecol. 2019 Sep;134(3):e71-e83.
29. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 March 2018 Last updated: 31 March 2020.
30. De Silva N 2019, Abnormal uterine bleeding in adolescents: Management [Internet]. UpToDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleedingin-adolescents-management.
31. Heikinheimo, O. The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2017. – vol.40. – P. 111-120.
32. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study / L.V. Srivaths [et al.] // J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2015. – vol.28. – N 4. – P. 254-257.
33. Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. ACOG Committee Opinion No. 785 / American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. – 2019. – vol.134. – P. 71-83.
34. lmaoğulları S., Aycan Z. Abnormal uterine bleeding in adolescents //Journal of clinical research in pediatric endocrinology. – 2018. – T. 10. – №. 3.
35. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // Cochrane Database Sys Rev. – 2019. – Issue 2.
36. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001895.
37. Munro M.G.; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations. Perm. J. 2014; 18(1): 55-70.

38. Baber R. J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. № 2 (19). С. 126–127.
39. Prospective temporal validation of mathematical models to calculate risk of endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding. Sladkevicius P, Opolskiene G, Valentin L Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(5):649.
40. Comparison of saline infusion sonography (SIS) versus SIS-guided endometrial sampling in the diagnosis of endometrial pathology. Moschos E, Bailey AA, Twickler DM J Clin Ultrasound. 2016;44(7):416. Epub 2016 Apr 18.
41. Sadro CT. Imagine the Endometrium: A Pictorial Essay. Can Assoc Radiol J. 2016; 67 (3): 254-262.
42. Sathiyathasan S., Kannapar J. Unscheduled bleeding on HRT- do we always need to investigate for endometrial pathology? Int.J. Report Contracept.Obstet. Gyn.2017.6(10).4174.
43. Dave F.G., Laaiyemo R, Adedipi T. Unscheduled bleeding with hormone replacement therapy/ Obstet Gyn.2019;21(2): 95-101.
44. Colombo N, Creutsberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol.2016;27(1):16-41.

Приложение 1.

Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии» и Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦАГ.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.
Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2012-2022 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2017 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - https://www.who.int/ru
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - http://sogc.medical.org
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - http://www.nice.org.uk
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - http://www.rcog.org.uk
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - http://www.health.gov.au
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - http://www.nzgg.org.nz
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- Evropean Society of Human Reproduction and Embriology - http://eshre.eu/
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: http://www.cochrane.org, http://www.bestevidence.com, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed, http://www.bmj.com, http://www.medmir.com, http://www.medscape.com, http://www.nlm.nih.gov и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях – исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редации протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора филиалов ГУ РСНПМЦАГ и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦАГ (uzaig.uz) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в формате онлайн с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и

его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

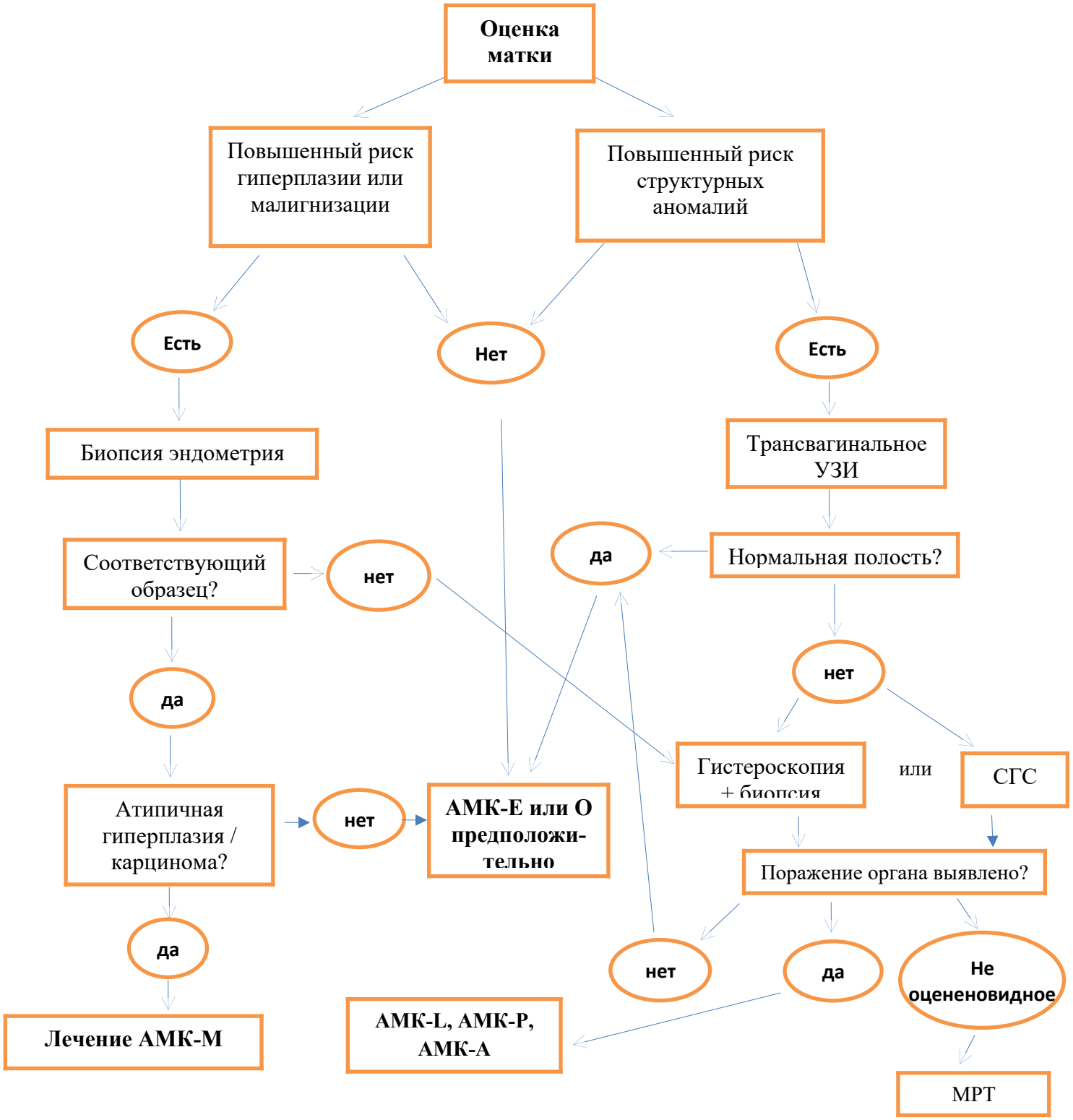
В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение 2.

Алгоритм диагностики АМК.

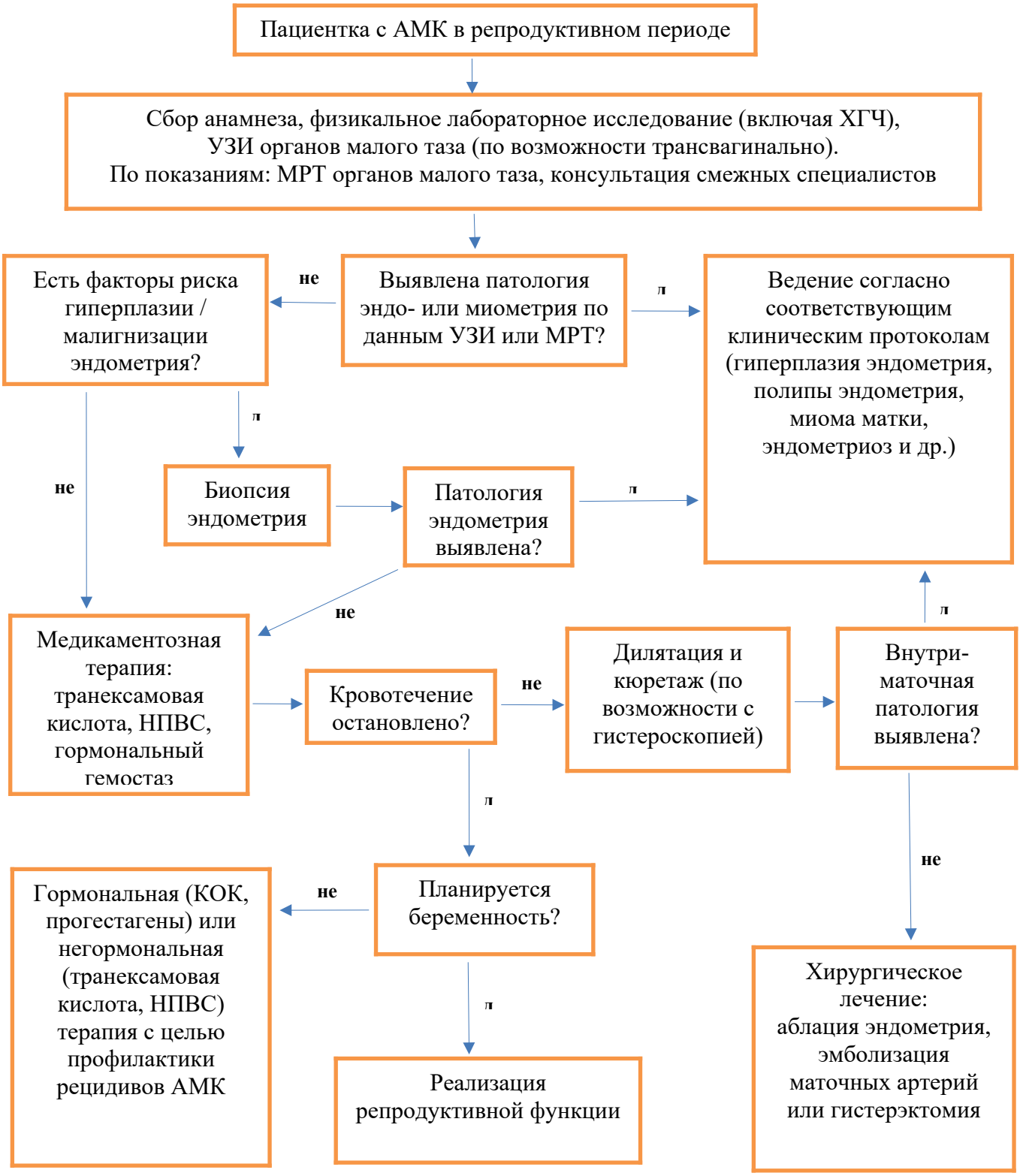


Диагностический алгоритм АМК/ОМК определяется анамнезом, особенностями конкретной клинической ситуации и такими факторами, как возраст пациента, наличие явного хронического нарушения овуляции, факторов риска гиперплазии/малигнизации эндометрия. Тем, кто находится в группе повышенного риска, вероятно, необходима биопсия эндометрия. Если существует риск

структурной аномалии матки или неэффективность медикаментозной терапии, показаны визуальные методы диагностики, по крайней мере, трансвагинальное УЗИ. Если УЗИ визуализирует деформацию полости матки, необходимо провести гистероскопию и/или соногистерографию, чтобы определить, присутствуют ли очаговые поражения.

Приложение 3.

Алгоритм ведения АМК в репродуктивном периоде.



Приложение 4.

Алгоритм ведения АМК в подростковом возрасте.



Приложение 5.

Алгоритм ведения АМК в постменопаузе.



Приложение 6.

Информация для пациента.

Маточное кровотечение – это выделение крови из матки, которое может быть, как физиологическим (обычная менструация), так и аномальным. В норме продолжительность длина менструального цикла составляет 24-38 дней, кровопотеря за один менструальный цикл – от 5 до 80 мл, количество менструальных дней – от 4,5 до 8.

Причины аномальных маточных кровотечений: полипы – образования в полости матки или в цервикальном канале, аденомиоз, миома, атипическое перерождение клеток эндометрия в полости матки, утолщение эндометрия, заболевания свёртывающей системы крови, например, при болезни Виллебранда, гемофилии, тромбоцитопении (исключая приём препаратов, нарушающих свёртывающую систему крови), нарушения овуляции из-за синдрома поликистозных яичников, ожирения, анорексии, стресса, резкой потери веса, тяжёлых физических нагрузок, заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии, воспаление эндометрия или инфекции. Выявлена связь между заражением Chlamydia trachomatis и аномальным маточным кровотечением.

Кровотечения могут появиться вследствие приёма лекарств, влияющих на эндометрий, а также после приёма препаратов, изменяющих свёртывание крови (антикоагулянты) или влияющих на овуляцию (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены).

Острое маточное кровотечение – эпизод сильного кровотечения, требующий срочного медицинского вмешательства для предотвращения дальнейшей обильной кровопотери. Может возникать на фоне хронического маточного кровотечения.

Хроническое маточное кровотечение – отличается от нормальной менструации объёмом, регулярностью и/или продолжительностью и присутствует в течение последних 3-6 месяцев. Не требует немедленного медицинского вмешательства, но может перейти в острое кровотечение.

Диагностика маточного кровотечения.

При маточном кровотечении следует в первую очередь обратиться к гинекологу для проведения гинекологического осмотра. Измеряют артериальное давление. Проводят УЗИ органов малого таза, общий анализ крови, определение уровня ХГЧ. Гистероскопию с биопсией эндометрия проводят в следующих ситуациях: при острых маточных кровотечениях и изменениях эндометрия на УЗИ (полипы, гиперплазии эндометрия, миомы матки, менопаузальное кровотечение). МРТ позволит получить более детальное изображение и чёткие очертания тазовых органов при их объёмных образованиях.

Лечение маточного кровотечения.

Лечение маточного кровотечения делят на хирургическое и медикаментозное.

Медикаментозное лечение может быть гормональным (комбинированные оральные контрацептивы, вагинальные кольца, гестагены, внутриматочные системы с высвобождением гестагена) и негормональным (нестероидные противовоспалительные средства, транексамовая кислота).

При остром маточном кровотечении и для женщин от 45 лет предпочтительно хирургическое лечение: гистероскопия с биопсией (одновременно является и диагностическим методом исследования), диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, абляция эндометрия – полное разрушение эндометрия.

Приложение 7.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____(Ф.И.О. пациента)
«____»_____ _____г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу
_____
_____, даю
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____
_____
_____
(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.
8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.
9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

_____
_____
_____
_____
(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись Дата «___»_____ _____г.

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING

B U Y R U G ‘ I

20 23 yil “ 03 „ август **№ 188**

Toshkent sh.

Акушерлик ва гинекология йўналишида клиник баённомалар, ташхислаш ва даволаш стандартларини тасдиқлаш тўғрисида

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон Фармони ҳамда 2021 йил 28 июлдаги “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-5199-сон Қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомаларни амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида **буюраман:**

1. Қуйидагилар:

“Бачадондан аномал қон кетишлар: ташхислаш ва даволаш тактикаси” клиник баённомаси 1-иловага мувофиқ;

“Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари” миллий клиник баённомаси 2-иловага мувофиқ;

“Эктопик (бачадондан ташқари) ҳомиладорлик” миллий клиник баённомаси 3-иловага мувофиқ;

“Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш” миллий клиник баённомаси 4-иловага мувофиқ;

“Туғруқ индукцияси” миллий клиник баённомаси 5-иловага мувофиқ;

“Тухумдонлар поликистози синдроми” миллий клиник баённомаси 6-иловага мувофиқ;

“Эндометриоз” ташхислаш ва даволаш тактикаси” миллий клиник баённомаси 7-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бошқармаси (И.Омонов), Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази (Н.Надирханова) Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бош бошқармаси ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари билан биргаликда мазкур буйрук билан тасдиқланган миллий клиник баённомаларни барча тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётга татбиқ этилишини ҳамда клиник баённомалардаги тартиб ва кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсин.

3. Илм-фан ва таълим бошқармаси (Ў.Исмаилов) мазкур буйрук билан тасдиқланган клиник баённомаларни 2023-2024 ўқув йилидан бошлаб, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббиёт таълим муассасаларининг бакалавриат, магистратура, клиник ординатура, интернатура, шунингдек, шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўқув дастурларига киритилишини таъминласин.

4. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бошқармаси (И. Омонов) тиббиёт муассасаларида ўтказиладиган ўрганишларда мазкур буйрук билан тасдиқланган клиник баённомаларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатсин.

5. “IT-MED” МЧЖ (М.Хадралиев) мазкур буйрук билан тасдиқланган миллий клиник баённомаларни вазирликнинг расмий веб-сайтига жойлаштирсин.

6. Мазкур буйрук ижросининг назорати вазир ўринбосари Э.Баситханова зиммасига юклатилсин.

Вазир **А.Иноятов**

