

Аномальные маточные кровотечения репродуктивного периода

Работу выполнила
студентка 518 группы
лечебного факультета
Дёмина А. С

Определение

Это кровотечения, которые:

- чрезмерные по длительности (более 7 дней),
- объему кровопотери (более 80 мл)
- и/или частоте (интервал менее 24 дней или более 4 эпизодов за 90 дней)

Эпидемиология

- Частота АМК в репродуктивном возрасте составляет 10–30%,
- 20-30% всех визитов к гинекологу происходит по причине маточных кровотечений,
- 2-е место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары,
- показание для двух третей производимых гистерэктомий и абляций эндометрия.

Классификация

«PALM-COEIN» - по характеру и этиологии:

- Polyp(полип);
- Adenomyosis (аденомиоз);
- Leiomyoma (лейомиома);
- Malignancy (малигнизация) и
- hyperplasia (гиперплазия);

- Coagulopathy (коагулопатия);
- Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция);
- Endometrial (эндометриальное);
- Iatrogenic (ятрогенное);
- Not yet classified (еще не классифицировано).

Классификация

Клинически:

- **Острое кровотечение** — эпизод обильного кровотечения, требующий срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери.
- **Хроническое кровотечение** — это маточное кровотечение, аномальное по объему, регулярности и/или частоте, наблюдающееся в течение 6 мес и более.

Клиника

- регулярные, обильные и длительные (более 7 дней) менструациями.
- Межменструальные кровотечения на фоне регулярного цикла,
- нерегулярные длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникающими после задержек менструаций.

Маточные кровотечения — одна из основных причин возникновения железодефицитных анемий, требующих медикаментозной терапии.

Диагностика

- сбор анамнеза,
- клиническое и гинекологическое исследование;
- Уточняют:
 - характер менструального цикла, его становление,
 - наличие гинекологических заболеваний,
 - нарушений свертывающей системы крови,
 - прием лекарственных препаратов,
 - использовании внутриматочных систем.
- Оценка величины кровопотери проводится по балльной шкале (пиктограмма менструальной кровопотери).

Лабораторная диагностика

- исключение беременности (ХГЧ в сыворотке крови);
- обследование на наличие анемии;
- исключение нарушений свертывающей системы крови;
- гормональное обследование при нерегулярном ритме менструаций и риске гипотиреоза (определение уровня ТТГ, прогестерона);
- исследование на хламидийную инфекцию (при высоком инфекционном риске);
- исключение болезней шейки матки.

Методы визуализации

- □ **УЗИ органов малого таза** -
диагностическая процедура первой линии для оценки состояния эндо- и миометрия;
- □ **доплерометрия** дает информацию о характере кровоснабжения эндометрия и миометрия;
- □ **соногистерография** проводится в неясных случаях, при необходимости уточнения очаговых внутриматочных изменений, локализации и размеров поражений.
□ **МРТ** не рекомендуется в качестве диагностической процедуры первой линии при АМК

Когда назначить МРТ?

- при наличии множественной миомы матки для уточнения топографии узлов перед планируемой миомэктомией;
- перед эмболизацией маточных артерий (ЭМА);
- перед фокусированной ультразвуковой (ФУЗ) абляцией;
- при подозрении на аденомиоз;
- при плохой визуализации полости матки для оценки состояния эндометрия;

Лечение

- Зависит от причины кровотечения.
- при выявлении субмукозной миомы матки и полипов эндометрия производится гистерорезектоскопия или гистерэктомия; □ при аденомиозе, гиперплазии или предраковых изменениях эндометрия в репродуктивном возрасте проводится гормонотерапия прогестагенами, агонистами ГнРГ или КОК.
У женщин старшей возрастной группы, не заинтересованных в беременности, а также при отсутствии эффекта от гормонотерапии проводится хирургическое лечение (абляция эндометрия); □ при АМК, не связанных с органическими изменениями, в качестве терапии первой линии рассматривается медикаментозное

Негормональная терапия

- **Антифибринолитики (транексамовая кислота).**

Механизм действия — уменьшение активности проактиваторов и активаторов плазминогена, ингибирование превращения плазминогена в плазмин, снижение фибринолиза. ***Снижение кровопотери на 40–60%.***

- **НПВС(мефенамовая, меклофенамовая кислота, ибупрофен, напроксен и др.).**

Существует взаимосвязь повышенного уровня простагландинов в эндометрии с избыточной менструальной кровопотерей. ***Кровопотеря уменьшается на 20–40%.***

Гормональная терапия

- Действие КОК опосредуется подавлением секреции гонадотропинов, функции яичников, ингибированием роста железистого эпителия эндометрия.
- Монофазные КОК применяются для гормонального гемостаза в случаях острых АМК, а также для последующей противорецидивной терапии по контрацептивной схеме.

Эффективность КОК при обильных менструальных кровотечениях составляет 30–50%.

Снижение кровопотери при применении 4-фазного КОК, в состав которого входят натуральный эстроген — эстрадиола валерат и гибридный прогестаген — диеногест, **достигает 70–80%.**

Гормональная терапия

- Гестагенный гемостаз достигается медленнее, чем при использовании КОК, поэтому применение его целесообразно в случаях противопоказаний к эстрогенам. Терапия гестагенами проводится обычно на втором этапе лечения АМК — для профилактики рецидивов. Из гестагенов применяются дидрогестерон или микронизированный прогестерон во вторую фазу цикла. При этом нормализуется менструальный цикл, уменьшаются продолжительность и интенсивность кровотечения, купируются менструальные боли.

- На фоне левоноргестрел — выделяющей внутриматочной системы (ЛНГВМС) кровопотеря снижается на 80–97%, побочные эффекты минимальны
- Применение ЛНГ-ВМС дает возможность сохранить репродуктивную функцию, обеспечивает контрацептивный эффект, экономически выгодно.

Хирургическое лечение

- При рецидивирующих АМК, противопоказаниях к гормонотерапии и отсутствии данных о злокачественных новообразованиях половых органов возможна абляция эндометрия 1-й и 2-й генераций.

1 категория

- гистероскопическую лазерную абляцию (НЛА); трансцервикальную резекцию эндометрия (ТСРЕ); абляцию с применением шарового регулятора

2 категория

- термобаллонную абляцию (ThermaChoice, CavaTerm); лазерную термоабляцию (ELITT); гидротермическую абляцию (НТА); микроволновую абляцию (МЕА); абляцию с регулируемым биполярным импедансом

- Абляция эндометрия приводит к уменьшению кровопотери примерно в 90%, в 20–70% отмечается аменорея, необходимость в гистерэктомии отпадает в 70–80% наблюдений (по данным 4–6-летнего наблюдения), частота повторных абляций — 11–27%.

- Показания для гистерэктомии: рецидивы АМК; неэффективность или невозможность гормонотерапии или малоинвазивных методов лечения.

Дальнейшее ведение

- Пациентки с АМК должны находиться под наблюдением гинеколога, рекомендуется ведение менструальных календарей и пикториальных карт менструальной кровопотери для оценки эффективности проводимой терапии. Гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза проводятся каждые 6 мес, при необходимости — чаще.

Прогноз

- Большинство пациенток репродуктивного периода благоприятно реагирует на комплексное лечение. При адекватно проводимой терапии в течение последующих месяцев происходит формирование полноценных регулярных менструальных циклов с нормальной кровопотерей. После прекращения гормонотерапии повышается вероятность наступления беременности. Своевременная диагностика причин маточного кровотечения, адекватно проведенная терапия, направленная на регуляцию менструального цикла, служат профилактикой рецидивов АМК, гиперпластических процессов эндометрия и развития онкологических заболеваний.

Спасибо за внимание