

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Аномальные маточные кровотечения**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здopoвьeм:N92, N93, N95

Год утверждения (частота пересмотра):2021

Возрастная категория:Взрослые

Пересмотр не позднее:2023

ГО:645

Разработчик клинической рекомендации **• Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
	1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
	5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
	1. Жалобы и анамнез
	2. Физикальное обеледование
	3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
	4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
	5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

Список сокращений

АД - артериальное давление;

АМК - аномальное маточное кровотечение;

КОК - комбинированные оральные контрацептивы;

ЛНГ-ВМС - левоноргеетрел-еодержащая внутриматочная еиетема; МКБ 10 - международная клаееификация болезней 10 переемотра; МРТ - магнитно-резонаненая томография;

НПВС - неетероидные противовоепалительные препараты;

УЗИ - ультразвуковое иееледование;

ХГЧ - хорионичеекий гонадотропин человека.

Термины и определения

Аномальное маточное кровотечение (АМК) длительности, объему кровопотери и/или частоте.

это кровотечение, чрезмерное по

Обильное маточное кровотечение (ОМК) - чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.

Острое АМК - эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери [1].

Хроническое АМК - кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, повторяющееся более 3 месяцев [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

Аномальное маточное кровотечение (АМК) — кровотечения чрезмерные по длительноети (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/ или чаетоте (менее 24 дней) [1].

Соглаено определению NICE: обильное менетруальное кровотечение (ОМК) — это чрезмерная менетруальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физичеекое, еоциальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины [2].

Уетаревшие термины «менорагия», «метрорагия», «гиперменорея», «гипоменорея», «менометрорагия», «диефункциональное маточное кровотечение» заменены на АМК, ОМК, и межменетруальное кровотечение (ММК) [1].

Причинами ОМК может быть, как органическая патология, так и неорганическая. В 2011 году была разработана «Классификационная система F1GO (PALM-COE1N) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста», которая в 2018 году была пересмотрена [3],

[4].

Межменструальные кровотечения на фоне регулярного цикла более характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овуляторной дисфункции. Нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/ или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций, более характерны для гиперплазии и рака эндометрия.

Категории, не связанные с визуально определяемыми структурными изменениями:

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 встречать 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 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

[4].

Частота встречаемости АМК составляет примерно 30% ереди пациенток репродуктивного возраета и может доетигать 70% в перименопаузальный период [4].

* 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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.

* 1. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или еоетояний)

Классификация FIGO (PALM-COEIN) (2011 г.) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраета:

polyp (полип) (АМК-Р);

adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);

leiomyoma (лейомиома) (AMK-L);

malignaney (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasia (гиперплазия); eoagulopathy (коагулопатия) (АМК-С); ovulatory dysfimetion (овуляторная диефункция) (АМК-0); endometrial (эндометриальное) (АМК-Е); iatrogenie (ятрогенное) (АМК-1);

not yet elassified (еще не клаееифицированы) (AMK-N) [3,4].

Терминология и параметры нормального менетруального цикла и характериетики аномального маточного кровотечения (переемотр F1GO 2018 г.) предетавлены в таблице 2 Приложение ЕЕ

* 1. Клиническая к^тина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

См. раздел «Жалобы и анамнез».

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) медицинские показания и противопоказания к применению

методов диагностики

Диагноз аномального маточного кровотечения уетанавливаетея на оеновании жалоб, анамнеетичееких данных, физикального обеледования.

1. Жалобы и анамнез

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

1. Физикальное обследование
* Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение сбора гинекологического и репродуктивного анамнеза, физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалиш,ного исследования [5], [6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарии: *Определение количества, частоты и регулярности кровотечения, наличия посткоиталъного или межменструалъного кровотечения, дисменореи или предменструальных симптомов позволяет дифференцировать ановуляторное кровотечение от овуляторного или предположить наличие органических причин, в том числе связанных с патологией шейки матки и влагалища. При гинекологическом осмотре можно заподозрить наличие миомы матки или другого объемного процесса в малом тазу.*

*Необходимо получить информацию у пациентки с АМК об эпизодах кровотечений в анамнезе.*

* Рекомендуется получить информацию у пациентки с АМК о приеме лекарственных препаратов [7], [8], [9], [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: *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) и низкомолекулярные гепарины больше влияют на объем менструального кровотечения;*
* *антикоагулянт непрямого действия (варфарин) и др.*
1. Лабораторные диагностические исследования
* Рекомендуется исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня ферритина в крови у пациенток с АМК [6], [11].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарии: *При АМК необходимо исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью, оценить влияние кровопотери на уровень гемоглобина, 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. При признаках гипотиреоза - оценка ТТГ Пет убедительных доказательств, подтверждающих обоснованность определения уровня гонадотропинов, эстрадиола или прогестерона на фоне АМК.*

* Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза (при наличии условий) [4], [12], [13].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

* Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки пациенткам с АМК с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии (при наличии условий) [14].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 2**

* Рекомендуется при подозрении на врожденные нарушения системы гемостаза консультация врача-гематолога и тестирование на наличие наследственных коагулопатий [1], [6], [11], [15].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

Комментарии: *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 ОМК с менархе. В 70% случаев выявляется болезнь Виллебранда, реже дефицит XI, VII, VIII факторов свертывания, носителъство гемофилии А или В* [1], [6].

1. Инструментальные диагностичеекие

исследования

* Рекомендуется всем пациенткам с АМК проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (по возможности трансвагинальное) для верификации диагноза [16], [17].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарии: *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. Ие рекомендуется применять соногистерографию и допплерометрию, как первую линию диагностики при АМК.*

* 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 [11], [18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *МРТ малого таза не является информативным методом диагностики патологии эндометрия у пациенток с АМК.*

* Рекомендуется у пациенток с АМК проведение патолого-анатомического исследования биопсийного материала эндометрия [19], [20].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Биопсию эндометрия необходимо проводить у женщин с АМК старше 40 лет, а также у более молодых женщин с факторами риска рака эндометрия или при неэффективности медикаментозной терапии. Ири подозрении на очаговую патологию (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует проводить под гистероскопическим контролем* [19], [20].

* Рекомендуется проведение гистероскопии и диагностического выскабливания полости матки при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ [17].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)

1. Иные диагностические исследования

Рекомендуется консультация смежных специалистов (врач-эндокринолог, врач-терапевт, врач-гематолог) пациенток с АМК при наличии сопутствующих заболеваний: эндокринопатии (гипо- или гипертиреоз, метаболический синдром, СПЯ, ВДКН), патология гемостаза и др. [6].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

1. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
2. **Консервативное лечение**
* Рекомендуется использовать у пациенток с АМК в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) для снижения объема кровопотери [21].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: *Применение транексамовой кислотъП^ в дозе Зг/сут (в тяжелых случаях до 4г\сутки) в течение 4 дней, блокирует локальные фибринолитические процессы в эндометрии, снижает кровопотерю на 40-60%.*

* Рекомендуется использовать у пациенток с АМК в качестве негормональной терапии нестероидные противовоспалительные препараты для снижения объема кровопотери [22].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *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 до остановки кровотечения согласно инструкции по применению, при отсутствии противопоказаний.*

* Рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) - по АТХ - Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, нуждающихся в контрацепции [25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: *Монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования - до 88%\26\.*

* Рекомендуется для лечения АМК, в качестве альтернативы КОК (по АТХ - Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)), назначение прогестагенов (по АТХ - Прогестагены) в пролонгированном циклическом режиме[27]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: *Эффективность 21-дневной схемы приема прогестагенов (по АТХ -*

*Прогестагены) сопоставимо с приемом КОК Применение прогестагенов в лютеиновую фазу цикла малоэффективно для снижения объема менструальной кровопотери и не должно использоваться в качестве метода лечения ОМК*

* Рекомендуется проводить гормональный гемостаз как метод остановки острого АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: *Для проведения гормонального гемостаза в случаях острых АМК, а также для последующей противорецидивной терапии используют монофазные КОК*

*КОК применяют в дозе не более 100 мг/сут до остановки АМК по 1 таблетке с равными интервалами, с последующим 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. [[3]](#footnote-3) терапия препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии, если она не была начата ранее.*

*При наличии АМК и органической патологии (миома матки, эндометриоз, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия и др.) см. соответсвующие клинические рекомендации.*

1. **Хирургическое лечение**

• Рекомендуется проведение хирургического лечения у пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней [6], [29].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, возраста, репродуктивных планов, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Хирургическое лечение проводится согласно протоколу соответствующих клинических рекомендаций. Следует рассмотреть возможность применения аблации эндометрия у пациенток с АМК, завершившш репродуктивную функцию, при отсутствии органической патологии эндо- и миометрия. При неэффективности или невозможности использования других методов возможно применение эмболизации маточных артерий (при отсутствии противопоказаний). Окончательным способом лечения АМК является гистерэктомия.*

1. Медицинская реабилитация и санаторно- курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных

лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

• Рекомендована консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации после уточнения причины АМК [30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

1. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфическая профилактика АМК не разработана.

* С целью профилактики АМК рекомендовано ежегодное диспансерное наблюдение у врача- акушера-гинеколога для своевременного обнаружения органической патологии (миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия) [30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: В случае уточнения причин АМК необходим тгцательный контроль за лекарственными препаратами, которые принимает пациентка. При овуляторных дисфункциях может сыграть роль коррекция психоэмоциональных наругиений, 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 больгиинстве случаев развиваются вследствие инфекций, передаваемых половым путем. При выявлении данных заболеваний, пациентка относится к группе здоровья диспансерного наблюдения Ша [31].

Специфическая профилактика АМК у подростков не разработана.

В целях предупреждения развития АМК целесообразно вьщеление групп девочек-подростков, имеюгцих риск длительного сохранения ановуляторных менструальньгх циклов. В их числе: [[4]](#footnote-4)

1. 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.

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или

состояния)
**7.1 АМК у подростков**

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

**Показания для госпитализации:**

* нестабильная гемодинамика при анемии тяжелой степени
* необходимость хирургического лечения
* отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях [32], [33].

**Лечение:**

***Консереатиеное лечение***

Медикаментозная терапия является методом выбора у подростков с АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [33], [34].

* Рекомендуется использовать в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту[[5]](#footnote-5) [[6]](#footnote-6) для снижения объема кровопотери [33], [35], [36], [37], [38], [39].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

*Комментарии: Применение транексамовой кислотъП^ 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%* [39], [40], [41].

*первой линии выбора при лечении овуляторных АМК без патологии эндометрия или системы гемостаза* [34], [32], [44], [45], [46]. *Препараты применяют за 1 день до начала или в 1 день менструации в течение 3-5 дней, либо до остановки АМК, при отсутствии противопоказаний.*

* Рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) - по АТХ - прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) для снижения объема кровопотери у пациенток с АМК и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов [47], [33], [48], [49], [50], [45], [46], [51], [52], [53].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

*Комментарии: Низкодозные (30 мкг этинилэстрадиола) монофазные КОК - МНН #Левоиоргестрел+Этииилэстрадиол - применяют каждые 8 часов для остановки АМК с последующим постепенным снижением суточной дозы* [45], [54], [55]. *Применение КОК у нуждающихся в контрацепции пациенток с АМК позволяет снизить объем менструальной кровопотери на 43-69%* [46], [52], [53], [56].

*В ряде случаев для лечения АМК в качестве альтернативы КОК (по АТХ - прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания) при аиовуляториых кровотечениях с целью обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия возможно применение прогестагенов (по АТХ - прогестагены)* [57], [32], [34], [49], [54], [58], [59].

***Хирургическое лечение***

* Рекомендуется применять диагностическое выскабливание полости матки (под контролем гистероскопии - по возможности) у подростков с АМК при отсутствии эффекта от гемостатической терапии, аспирационной эвакуации по жизненным показаниям [32], [49], [44], [45], [54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

1. **АМК в период постменопаузы**

АМК в период постменопаузы определяется как маточное кровотечение, возникшее через 1 год стойкой аменореи [60], [61].

Первичной целью диагностического поиска при АМК в постменопаузе, независимо от объема кровотечения, является исключение органической патологии эндометрия (полипы, гиперплазия и рак эндометрия и др.), гормонопродуцирующие опухоли яичников [62], [63]. 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. [61], [64], [65].

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

* Рекомендуется проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционого) материала эндометрия пациенткам с АМК в постменопаузе, полученного путем биопсии или раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов ультразвукового исследования и наличия факторов риска развития РЭ) для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности) [66].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарий: *Проведение диагностической гистероскопии позволяет визуально оценить*

*состояние полости матки и выполнить прицельную биопсию/ или удаление очаговой патологии эндометрия. Гистероскопия не заменяет выскабливание полости матки, но дополняет его* [67].

**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 [68], [69], [70].

* Рекомендуется проведение ультразвукового исследования органов малого таза (комплексное) всем пациенткам на фоне терапии тамоксифеном с АМК в постменопаузе с целью исключения патологии эндометрия [71].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

*Комментарий: 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 ультразвуковое исследование является скрининговым методом диагностики в этой группе пациенток, но не обладает информативностью для диагностики патологии эндометрия* [72], [73].

***Кровотечения е постменопаузе на фоне МГТ***

Наиболее частыми причинами кровотечений на фоне МГТ являются низкая приверженность терапии, лекарственные взаимодействия, доброкачественные новообразования (полипы эндометрия), а также экстрагенитальная патология [74]. 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 [75].

* Рекомендуется проведение ультразвукового исследования органов малого таза всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне МГТ [75], [76].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

Комментарий’. 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 [76].

* Рекомендовано всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ при толщине эндометрия >5 мм проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционого) материала эндометрия, полученного путем биопсии или раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов ультразвукового исследования и наличия факторов риска развития РЭ) для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности) [66], [77], [78].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

*Комментарий: Гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала с патолого-анатомическим исследованием соскоба проводят при продолжающемся кровотечении в течение более б 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* [75].

Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе размещены рекомендуемые Рабочей группой критерии оценки качеетва медицинекой помощи при АМК (Таблица 2).

Таблица 2. Критерии оценки качеетва медицинекой помощи при АМК

№

**Критерии качества**

**Да/**

**Нет**

Выполнено исследование уровня хорионического

гонадотропина в

кровиопределение уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови, проведение общего общий (клинический)

анализа крови,

коагулограммыкоагулограмма (ориентировочное исследование системы

гемостаза), исследование уровня ферритина в кровиу пациенток с АМК

**Да/**

**Нет**

Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК

**Да/**

**Нет**

Выполнено малого таза

УЗИ органов

**Да/**

**Нет**

Выполнена биопсия

эндометрия или

диагностическое выскабливание полости

матки по показаниям (при возможности под контролем гистероскопии)

**Да/**

**Нет**

Список литературы

1. Munro MG. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproduetive years. Best Praet Res Clin Obstet Gynaeeol. 2017 Apr;40:3-22.
2. National Institute for Health and Care Exeellenee. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. Available from: <https://www.niee.org.uk/guidanee/ng88>. Aeeessed 25 Feb 2020.
3. Munro MG, Critehley HO, Broder MS, et al. The FIGO elassifieation system (“PAEM- COEIN”) for eauses of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproduetive years, ineluding guidelines for ebnieal investigation. Int J Gynaeeol Obstet 2011.
4. Munro MG, Critehley HOD, Fraser IS., FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and elassifieation of eauses of abnormal uterine bleeding in the reproduetive years: 2018 revisions.
5. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, National Institute for Health and Clinieal Exeellenee. Clinieal guideline CG44: heavy menstrual bleeding. Eondon: Royal College of Obstetrieians and Gynaeeologists.
6. Singh S, Best C, Dunn S, Eeyland N, Wolfinan WE. No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. J Obstet Gynaeeol Can. 2018 May;40(5):e391-e415.
7. Damsa C, Bumb A, Bianehi-Demieheli F, et al. “Dopamine-dependent” side effeets of seleetive serotonin reuptake inhibitors: a ebnieal review. J Clin Psyehiatry 2004;65:1064-8.
8. Thangavelu K, Geetanjali S. Menstrual disturbanee and galaetorrhea in people taking eonventional antipsyehotie medieations. Exp Clin Psyehopharmaeol 2006;144:459-60.
9. Kelly DE, Conley RR. Sexuality and sehizophrenia: a review. Sehizophr Bull 2004;767-79.
10. Kabalak AA, Soyal OB, Urfaboglu A, et al. Menometrorrhagia and taehyarrhythmia after using oral and topieal ginseng. J Womens Health (Earehmt) 2004;13:830-3, 1071.
11. ACOG eommittee opinion no. 557: Management of aeute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproduetive-aged women. Obstet Gyneeol. 2013 Apr;121(4):891-896.
12. Toth M, Patton DE, Esquenazi B, Shevehuk M, Thaler H, Divon M. Assoeiation between Chlamydia traehomatis and abnormal uterine bleeding. Am J Reprod Immunol. 2007 May;57(5):361- 6.
13. Whitaker E, Critehley HO. Abnormal uterine bleeding. Best Praet Res Clin Obstet Gynaeeol. 2016 Jul;34:54-65.
14. Unim B. et al. Role of pap-test in eervieal eaneer prevention: a systematie review and meta- analysisBrigid Unim //European Journal of Pubbe Health. - 2014. - T. 24.
15. Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, et al. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with exeessive menstrual bleeding. Fertil Steril 2005;84:1345-51.
16. Grimbizis GF, Tsolakidis D, Mikos T. A prospeetive eomparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostie hysteroseopy in the evaluation of endometrial pathology. Fertil Steril. 2010 Dee;94(7):2720-5.
17. Kaveh M, Sadegi K, Salarzaei M, Parooei F. Comparison of diagnostie aeeuraey of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroseopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematie review .
18. Bazot M, Darai E. Role of transvaginal sonography and magnetie resonanee imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. Fertil Steril 2018;109:389-97.
19. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Eedertoug S, Olesen F. Evaluation of the uterine eavity with magnetie resonanee imaging, transvaginal sonography, hysterosonographie examination, and diagnostie hysteroseopy. Fertil Steril. 2001 Aug;76(2):350-7.
20. Nariee BF, Delaney B, Diekson JM. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematie review and meta-synthesis. BMC Fam Praet 2018 30;19:135.
21. Eukes A. S. et al. Tranexamie aeid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized eontrolled trial //Obstetries & Gyneeology. - 2010. - T. 116. - №. 4. - C. 865-875. [Internet].
22. Eethaby A, Duekitt K, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Coehrane Database Syst Rev. 2013;1:CD000400.
23. Douglass EA, Davis AM. Assessment and Management of Heavy Menstrual Bleeding. JAMA. 2020 Jan21;323(3):270-271.
24. Gupta J, Kai J, Middleton E, et al. Eevonorgestrel intrauterine system versus medieal therapy for menorrhagia. N Engl J Med 2013;368:128-37.
25. Munro MG, Mainor N, Basu R, et al. Oral medroxyprogesterone aeetate and eombination oral eontraeeptives for aeute uterine bleeding: a randomized eontrolled trial. Obstet Gyneeol 2006;108:924-9.
26. Fraser 1. S. et al. Effeetive treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organie eause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, plaeebo-eontrolled trials of oestradiol valerate and dienogest. The European Journal of Contraeeption & Reproduetive Health Care. - 2011. - T. 16. - №. 4. - C. 258-269.;
27. Sweet M. G. et al. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women //Amencan family physician. - 2012. - T. 85. - №. 1. - C. 35-43.
28. Laufer М. R., Rein M. S. Treatment of abnormal uterine bleeding with gonadotropin-releasing hormone analogues //Clinieal obstetries and gyneeology. - 1993. - T. 36. - №. 3. - C. 668-678.
29. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, et al. . Endometrial reseetion and ablation versus hystereetomy for heavy menstrual bleeding. Coehrane Database Syst Rev 2013;CD000329.
30. Серов В. Н. и др. Гинекология: руководетво для врачей/под ред //ВН Серова, ЕФ Кира. М.: Литтерра. - 2008. Литтерра. Моеква;
31. Приказ Минздрава Роееии от 13.03.2019 N 124н “Об утверждении порядка проведения профилактичеекого медицинекого оемотра и диепанееризации определенных групп взроелого наееления” (Зарегиетрировано в Минюете Роееии 24.04.2019 N 54495).
32. Mullins, ТЕ. Evaluation and management of adoleseents with abnormal uterine bleeding / ТЕ. Mullins, R.J. Miller, E.S. Mullins // Pediatr Ann. - 2015. - vol.44. - N 9. - P. 218-222.
33. Menstruation in girls and adoleseents: using the menstrual eyele as a vital sign / ACOG Committee Opinion No. 651 Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists // Obstet Gyneeol. -2015. - vol. 126.-P. 143-146.
34. Deligeoroglou, E. Abnormal uterine bleeding and dysfimetional uterine bleeding in pediatrie and adoleseent gyneeology / E. Deligeoroglou, V. Karountzos, G. Creatsas // Gyneeol Endoerinol. - 2013. - vol.29. - N 1. - P. 74-78.
35. Eukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamie aeid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized eontrolled trial. Obstet Gyneeol. 2010;116(4):865-875.
36. Thome, J.G. Heavy menstmal bleeding: is tranexamie aeid a safe adjunet to eombined hormonal eontraeeption [eommentary]? / J.G. Thome, P.D. James, R.E. Reid // Contraeeption. - 2018. -vol.98.-P. 1-3.
37. Eumsden, M.A. Tranexamie aeid therapy for heavy menstmal bleeding / M.A. Eumsden, E. Wedisinghe // Expert Opin Pharmaeother. - 2011. - vol.12. - N 13. - P. 2089-2095.
38. An Open-Eabel, Single-Arm, Effieaey Study of Tranexamie Aeid in Adoleseents with Heavy Menstmal Bleeding / S.H. O’Brien [et al.] //J Pediatr Adolese Gyneeol. - 2019. - vol.32. - N 3. - P. 305-311.
39. Bryant-Smith, A.C. Antifibrinolyties for heavy menstmal bleeding / A.C. Bryant-Smith, A. Eethaby, C. Farquhar, M. Hiekey // Coehrane Database Syst Rev. - 2018. - Issue 4.
40. The Royal Children’s Hospital, Melbourne, Australia, Clinieal Praetiee Guideline on Adoleseent gynaeeology - Heavy menstmal bleeding [Internet, last updated August 2020.
41. Naoulou, B. Effieaey of tranexamie aeid in the treatment of idiopathie and non-fimetional heavy menstmal bleeding: a systematie review // B. Naoulou, M.C. Tsai // Aeta Obstet Gyneeol Seand. - 2012. - vol.91. - N 5. - P. 529-537.
42. DeSilva N.K. Abnormal uterine bleeding in the adoleseent patient / N.K. DeSilva // The Female Patient. - 2010. - vol. 35. - P. 25-28.
43. Kiran Panesar et al. Managing Menorrhagia. US Pharm. 2011;36(9):56-<https://www.uspharmaeist.eom/artiele/managing-menorrhagia>.
44. Primary eare management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al/] // Comparative effeetiveness review No.96. AHRQ. Ageney for healthearereseareh and quality. - 2013.
45. Management of aeute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproduetive-aged women. Committee Opinion No. 557. Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists. Obstet Gyneeol 2013.
46. Non-surgieal management of heavy menstrual bleeding: a systematie review / K.A. Matteson [et al.] // Ostet Gyneeol. 2013. - vol. 121. - N 3. - P. 632-643.
47. Adams Hillard, P. J. Menstruation in Adoleseents / PJ. Adams Hillard // Annals of the New York Aeademy of Seienees. - 2008. - 1135. - P. 29-35.
48. Sereening and Management of Bleeding Disorders in Adoleseents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. Obstet Gyneeol. 2019 Sep;134(3):e71-e83.
49. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 Mareh 2018 East updated: 31 Mareh 2020.
50. De Silva N 2019, Abnormal uterine bleeding in adoleseents: Management [Internet]. UpToDate.

Available from: <https://www.uptodate.eom/eontents/abnormal-uterine-bleeding-in-adoleseents->

management.

1. H.M. Вееелова, E.B. Уварова // Патент на изобретение RU 2327462 Cl «Споеоб лечения маточных кровотечений пубертатного периода».
2. Heikinheimo, О. The eurrent status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // Best Praet Res Clin Obstet Gynaeeol. - 2017. - vol.40. - P. 111-120.
3. Oral tranexamie aeid versus eombined oral eontraeeptives for adoleseent heavy menstrual bleeding: a pilot study / E.V. Srivaths [et al.] // J Pediatr Adolese Gyneeol. - 2015. - vol.28. - N 4. - P. 254-257.
4. Sereening and management of bleeding disorders in adoleseents with heavy menstrual bleeding. ACOG Committee Opinion No. 785 / Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists // Obstet. Gyneeol. - 2019. - vol. 134. - P. 71-83.
5. Imaogullan S., Ayean Z. Abnormal uterine bleeding in adoleseents //Journal of elinieal researeh

in pediatrie endoerinology. - 2018. - T. 10. - 3.

1. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // Cochrane Database Sys Rev. - 2019. - Issue 2.
2. Hickey M, Higham JM, Fraser 1. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001895.
3. Karakus, S. Efficacy of micronised vaginal progesterone versus oral dydrogestrone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomised controlled trial / S. Karakus, G. Kiran, H. Ciralik // Aust N Z J Obstet Gynaecol. - 2009.
4. Kakarla, N. The use of micronized progesterone for dysfunctional uterine bleeding in adolescent females / N. Kakarla, H.B. Boswell, R.K. Zurawin // Journal of pediatric &adolescent gynecology. -2006. - vol. 19. -N 2. -P. 151-152.
5. 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.
6. Astrup K, Olivarius N de F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:203-7.
7. Bradshaw KD, Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshbum PB, Hurst BS (Eds.) Disorders of Menstruation. Chicester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011;29: 2247-52.
8. Baber R. J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and

menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. 2 (19). C. 126-127.

1. Prospective temporal validation of mathematical models to calculate risk of endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding. Sladkevicius P, Opolskiene G, Valentin E Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(5):649.
2. Comparison of saline infusion sonography (SIS) versus SlS-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.
3. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA, Heintz AP Cancer. 2000;89(8):1765.
4. Management of endometrial precancers. Trimble CE, Method M, Eeitao M, Eu K, Ioffe O, Hampton M, Higgins R, Zaino R, Mutter Obstet Gynecol. 2012;120(5):1160. GE, Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee.
5. Variation in endometrial thickening in women with amenorrhea on tamoxifen. Chang J, Powles TJ, Ashley SE, Iveson T, Gregory RK, Dowsett M Breast Cancer Res Treat. 1998;48(1):81.
6. Association of tamoxifen and uterine sareoma. Wiekerham DL, Fisher B, Wolmark N, Bryant J, Costantino J, Bernstein L, Runowiez CD J Clin Oneok 2002;20(11):2758.
7. Time-dependent effeet of tamoxifen therapy on endometrial pathology in asymptomatie postmenopausal breast eaneer patients. Cohen 1, Altaras MM, Shapira J, Tepper R, Rosen DJ, Cordoba M, Zalel Y, Figer A, Yigael D, Beyth Y Int J Gyneeol Pathol. 1996; 15(2):
8. Steven R Goldstein, MD Jamie N Bakkum-Gamez, MD Abnormal uterine bleeding and uterine pathology in patients on tamoxifen therapy All topies are updated as new evidenee beeomes available and our peer review proeess is eomplete. Literature review eurrent th.
9. Sadro CT. Imagine the Endometrium: A Pietorial Essay. Can Assoe Radiol J. 2016; 67 (3): 254- 262.
10. Soeiety and College of Radiographes and British CB. Et al. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Soeiety of Radiologist in Ultrasound-Sponsored Consensuns Conferenee statement. J Ultrasound Med. 2001; 20 (10): 1025-1036.
11. Clinieal management of vaginal bleeding in postmenopausal women J. Carugno Obstetries, Gyneeology and Reproduetive Seienees Department, Minimally Invasive Gyneeology Unit, Miller Sehool of Medieine, University of Miami, Miami, FE, USA.
12. Sathiyathasan S ., Kannapar J. Unseheduled bleeding on HRT- do we always need to investigate for endometrial pathology? Int.J. Report Contraeept.Obstet. Gyn.2017.6(10).4174.
13. Chien PFW.,Voit D.,Clark TJ. Ultraeonographie endometrial thiekness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. Aeta Obstet Gyn Seand. In press.2002.
14. Dave F.G., Eaaiyemo R, Adedipi T. Unseheduled bleeding with hormone replaeement therapy/ Obstet Gyn.2019;21(2): 95-101.
15. Colombo N, Creutsberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conferenee on Endometrial Caneer: diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oneol.2016;27(l):16-41.

**Приложение Al. Соетав рабочей группы по
разработке и пересмотру клинических**

**рекомендаций**

Адамян Лейла Владимировна - Академик РАН, доктор медицинеких наук, профеееор, замеетитель директора ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва Здравоохранения РФ, Заелуженный деятель науки Роееии, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, главный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии, являетея Президентом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов-эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна - доктор медицинеких наук, профеееор, директор Инетитута репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профеееор кафедры эндокринологии ФЕБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр эндокринологии» Минздрава Роееии, профеееор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФЕБОУ ВО МЕМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, Роееийекого общеетва акушеров гинекологов, международной аееоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии имени профеееора Е.А. Ушаковой ФЕБОУ ВО «Кемеровекий гоеударетвенный медицинекий универеитет» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Сибиреком федеральном округе (г. Кемерово), являетея членом президиума правления Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, президент Кемеровекой региональной общеетвенной организации «Аееоциация акушеров-гинекологов».

Абеатарова Юлия Сергеевна - етарший научный еотрудник отделения эндокринной гинекологии ФЕБУ «Национального медицинекого иееледовательекого центра эндокринологии» Минздрава Роееии, к.м.н., член международной аееоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Беженарь Виталий Федорович - доктор медицинеких наук, профеееор, заведующий кафедрой акушеретва, гинекологии и неонатологии ФЕБОУ ВО ПСПбЕМУ им. И.П. Павлова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов-эндоекопиетов, Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии ФПК и ППС ФЕБОУ ВО «Читинекая гоеударетвенная медицинекая академия» Минздрава Роееии, заелуженный врач Роееийекой Федерации, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Дальневоеточном федеральном округе (г.

Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

Иванов Илья Андреевич - врач акушер-гинеколог отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова», к.м.н.

Сутурина Лариса Викторовна - д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны

репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Сметник Антонина Александровна - зав. отделением гинекологической эндокринологии, к.м.н., является членом Российского общества акушеров-гинекологов, вице-президент Российской ассоциации по менопаузе.

Тоноян Нарине Марзпетуновна - кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.

Уварова Елена Витальевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2 гинекологическим отделением (детей и подростков) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ

Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва).

Чернуха Галина Евгеньевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является президентом Ассоциации гинекологов- эндокринологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Шереметьева Екатерина Викторовна - Ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии» Минздрава России, к.м.н., член международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Юренева Светлана Владимировна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБУ

НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова М3 РФ, член Роееийекой аееоциации акушеров- гинекологов, вице-президент Межрегиональной аееоциации гинекологов-эндокринологов.

Ярмолинекая Мария Игоревна - доктор медицинеких наук, профеееор кафедры акушеретва и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава Роееии, руководитель отдела эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушеретва и гинекологии имени Д.О.Отта», являетея членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.

**Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

**Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации**

1. Врачи акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики;
2. Студенты, ординаторы, аепиранты;
3. Преподаватели, научные еотрудники.

В данных клиничееких рекомендациях вее еведения ранжированы по уровню убедительноети рекомендаций и доетоверноети доказательетв в завиеимоети от количеетва и качеетва иееледований по данной проблеме (Таблица 3, Таблица 4, Таблица 5).

Таблица 3. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета­анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 4. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

Таблица 5. Шкала оценки уровней убедительно ети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УУР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |

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)

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)

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

**Приложение АЗ. Справочные материалы,
включая соответствие показаний к применению и
противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по
применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N ПЗОн "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).
2. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
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

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

**Алгоритмы ведения пациенток с АМК в репродуктивном периоде**



**Алгоритмы ведения пациенток с АМК в подростковом возрасте**



**Алгоритмы ведения пациенток с АМК в постменопаузе**



**Приложение В. Информация для пациента**

Маточное кровотечение — это выделение крови из матки, которое может быть, как физиологичееким (обычная менетруация), так и аномальным. В норме длина менетруального цикла еоетавляет 24-38 дней, кровопотеря за один менетруальный цикл — от 5 до 80 мл, количеетво менетруальных дней — от 4,5 до 8.

Причины аномальных маточных кровотечений: полипы — образования в полоети матки или в цервикальном канале, аденомиоз, миома, атипичеекое перерождение клеток эндометрия в полоети матки, утолщение эндометрия, заболевания евёртывающей еиетемы крови, например, при болезни Виллебранда, гемофилии, тромбоцитопении (иеключая приём препаратов, нарушающих евёртывающую еиетему крови), нарушения овуляции из-за еиндрома поликиетозных яичников, ожирения, анорекеии, етреееа, резкой потери вееа, тяжёлых физичееких нагрузок, заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии, воепаление эндометрия или инфекции. Выявлена евязь между заражением Chlamydia trachomatis и аномальным маточным кровотечением.

Кровотечения могут появитьея веледетвие приёма лекаретв, влияющих на эндометрий, а также поеле приёма препаратов, изменяющих евёртывание крови (антикоагулянты) или влияющих на овуляцию (комбинированные оральные контрацептивы, геетагены).

Оетрое маточное кровотечение — эпизод еильного кровотечения, требующий ерочного медицинекого вмешательетва для предотвращения дальнейшей обильной кровопотери. Может возникать на фоне хроничеекого маточного кровотечения.

Хроничеекое маточное кровотечение — отличаетея от нормальной менетруации объёмом, регулярноетью и/или продолжительноетью и приеутетвует в течение поеледних 3-6 мееяцев. Не требует немедленного медицинекого вмешательетва, но может перейти в оетрое кровотечение.

*Диагностика маточного кровотечения*

При маточном кровотечении еледует в первую очередь обратитьея к гинекологу для проведения гинекологичеекого оемотра. Измеряют артериальное давление. Проводят УЗИ органов малого таза; общий анализ крови; анализ на уровень ферритина; определение уровня ХГЧ. Гиетероекопию е биопеией эндометрия проводят в еледующих еитуациях: при оетрых 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 хирургичеекое и медикаментозное. Медикаментозное лечение может быть гормональным (комбинированные оральные контрацептивы; вагинальные кольца; геетагены; внутриматочные еиетемы е выевобождением геетагена) и негормональным (неетероидные противовоепалительные ередетва, транекеамовая киелота).

При остром маточном кровотечении и для женщин от 35 лет предпочтительно хирургичеекое лечение: гиетероекопия е биопеией (одновременно являетея и диагноетичееким методом иееледования), диагноетичеекое выекабливание полоети матки и цервикального канала, абляция эндометрия — полное разрушение эндометрия.

**Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и
другие оценочные инструменты состояния
пациента, приведенные в клинических**

**рекомендациях**

**Приложение Г1. Классификация FIGO (PALM-COEIN)**

Таблица 1. Классификация FIGO (PALM-COEIN), модификация 2018 г:

|  |  |
| --- | --- |
| Категория | Изменение |
| АМК-А | Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза |
| AMK-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 |
| AMK-I | Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов |
| АМК-О | Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза |
| AMK-N | Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий» |

Таблица 2. Нормальное и аномальное кровотечение: переемотр FIGO 2018 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Категория | Характеристика |
| Частота | Отсутствие менструации или кровотечений - аменорея Частые (<24 дней)Нормальные (от 24 до 38 дней)Редкие (> 38 дней) |
| Регулярность | * Регулярные (вариабельность цикла <9 дней)
* Нерегулярные (вариабельность цикла >9 дней)
 |
| Длительность | * Нормальная: <8 дней
* Длительная: >8 дней
 |
| Объём | Определение обильности* Обильные
* Нормальные
* Скудные
* Согласно рекомендации NICE, ОМК - объём кровотечений, которое оказывает негативное влияние на качество жизни женщины
 |
| Межменструальное | Определение симптомов межменструальных кровотечений |

Беспорядочные

Циклические (начало, середина или конец цикла)

1. Рекомендуется использовать терапию препаратами железа у пациенток с АМК и анемией или латентным железодефицитом, согласно клиническим рекомендациям по анемии [6], [23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5) [↑](#footnote-ref-1)
2. * Рекомендуется назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) - по АТХ - Пластиковые спирали с гестагенами) для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, не заинтересованных в беременности [22], [24].Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии: *Левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС- ЛНГ) - по АТХ- Пластиковые спирали с гестагенами) - наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери, эффективность которого достигает 90% и может применяться в течение длительного времени* [24]. [↑](#footnote-ref-2)
3. Рекомендуется использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ - по АТХ - Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз и др.) [28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *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.). Па фоне лечения уменьшается дисменорея и тазовая боль, связанные с эндометриозом. Пациенткам, получающим лечение агонистами Гн-РГ более б месяцев, должна быть назначена возвратная* [↑](#footnote-ref-3)
4. Раннее наступление менструации (до 10 лет);

	* наследственный анамнез по коагулопатиям;
	* наличие в анамнезе геморрагического синдрома неясного генеза. [↑](#footnote-ref-4)
5. Рекомендуется в качестве негормональной терапии у пациенток с АМК и дисменореей использовать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) для снижения объема кровопотери - #ибупрофен\*\* 600-1200 мг в сутки, #напроксен 250-500 мг в сутки, #нимесулид 200 мг в сутки [22], [40], [42], [43]. [↑](#footnote-ref-5)
6. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

*Комментарии: НПВС за счет подавления циклооксигеназы и изменения соотношения простациклина и тромбоксана снижают кровопотерю на 20-60% и являются препаратами* [↑](#footnote-ref-6)