

РУКОВОДСТВО ПО АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

**Под редакцией
В.Н. Серова, Г.Т. Сухих,
В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского**

**3-е издание,
переработанное и дополненное**



**Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016**

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Эпидемиология

Кровотечения, чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (интервал менее 24 дней или более 4 эпизодов за 90 дней), определяются как АМК. АМК являются самой частой причиной обращения за медицинской помощью, их распространенность в популяции в целом оценивается в широком диапазоне — от 4 до 52%. В подростковом периоде распространенность АМК составляет 2–5%, в репродуктивном периоде распространенность АМК, не связанных с беременностью, также составляет 2–5%. В перименопаузе около 45% женщин обращаются к врачам с жалобами на аномальные кровотечения, хотя это число не отражает действительности. По мнению большинства исследователей и клиницистов, практически каждая женщина в перименопаузе переживает хотя бы одно кровотечение, по характеристикам соответствующее АМК. Как и в пубертате, большинство этих кровотечений носит дисфункциональный характер.

Причинами кровотечения из наружных половых органов могут быть травмы, онкологические заболевания и др.

Классификация

Наружные кровотечения из половых путей могут быть двух видов:

- маточными;
- из наружных половых органов.

В 2011 г. международной экспертной группой под эгидой FIGO была создана система номенклатуры маточных кровотечений — PALM-COEIN. Классификационная система PALM-COEIN позволяет выделить 9 категорий АМК: Polip (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 классифицируемое). Данная классификация дает возможность отразить как одну причину АМК, так и совокупность; наличие любой категории обозначается цифрой 1, отсутствие — 0.

Первые 4 категории, объединенные в группу PALM, отражают наличие структурных изменений и могут быть диагностированы методами визуализации и/или гистологически.

Категория лейомиома (L) подразделена на 2: субмукозная миома и другие формы, не деформирующие полость матки.

Группа COEIN состоит из 4 категорий неорганических причин АМК, не поддающихся объективной оценке, и 1 категории, куда отнесены еще не классифицированные нарушения.

42.1. МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

- D25. Лейомиома матки.
- N80.0. Эндометриоз матки.
- O03.6. Самопроизвольный аборт, осложненный длительным или чрезмерным кровотечением.
- N92. Обильные, частые и нерегулярные менструации.
- O08.1. Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортом, внематочной и молярной беременностью.
- M910. Трофобластические новообразования.
- C53. Злокачественное новообразование шейки матки.
- C54. Злокачественное новообразование тела матки.
- C56. Злокачественное новообразование яичника.

Этиология и патогенез

В подростковом возрасте АМК, как правило, — следствие ановуляции, в результате незрелости и дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Причинами АМК в этой группе могут быть также заболевания системы гемостаза — около 20%, а также инфекции.

В репродуктивном возрасте АМК чаще являются следствием органических заболеваний (субмукозная миома матки, аденомиоз, полипы, гиперплазия эндометрия), хронический эндометрит, прием гормонов (КОК и др.).

В перименопаузе АМК возникают на фоне ановуляции и различных заболеваний эндо- и миометрия, возрастает вероятность злокачественных новообразований эндометрия.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения, как правило, связаны с абсолютной или относительной гиперэстрогенией и недостаточным влиянием прогестерона. Вследствие гормонального дисбаланса происходит усиление ангиогенеза, повышение ломкости сосудов эндометрия с последующим нарушением механизмов локального гемостаза, вазодилатация сосудов и увеличение кровотока, итогом чего становится длительная десквамация утолщенного эндометрия при недостаточной поддержке стромы. В свою очередь, причины ановуляции могут быть связаны с особой чувствительностью к стрессовым факторам репродуктивной системы, находящейся в периоде становления (пубертата) или угасания функций (пременопаузы). В зрелом репродуктивном периоде нарушить овуляторный процесс может только очень мощный стрессовый фактор или сочетание нескольких стрессовых воздействий.

Механизмы овуляторных кровотечений до конца не ясны, при этом виде кровотечений не наблюдаются нарушения секреции гипофизарных и овариальных гормонов. Овуляторные кровотечения связаны с нарушениями сосудистого гомеостаза и репаративных процессов в эндометрии в результате персистирующей воспалительной реакции, приводящей к изменению баланса

вазоконстрикторных и вазодилататорных ПГ. Такая воспалительная реакция может носить вторичный (исход инфекционного или иного повреждения) или первичный (идиопатический) характер. Основные звенья патогенеза овуляторных кровотечений.

- Дисбаланс ПГ — увеличение синтеза и соотношения ПГ Е2 и F2a, недостаточная вазоконстрикция маточных сосудов.
- Активация процессов локального фибринолиза в эндометрии.
- Повышение экспрессии медиаторов воспаления и увеличение активности протеолитических ферментов в эндометрии.
- Замедленная регенерация эндометрия.
- Дефицит эндотелинов и недостаточная вазоконстрикция.
- Увеличение содержания в эндометрии оксида азота — мощного вазодилататора, антиагреганта, высвобождающегося из эндотелия сосудов.
- Усиление ангиогенеза и увеличение плотности сосудов эндометрия.

Клиническая картина

Больные предъявляют жалобы на кровотечения из половых путей различной интенсивности, которые могут быть связаны с менструальным циклом или носить ациклический характер. В зависимости от длительности и интенсивности кровотечения могут возникать симптомы анемизации и гиповолемии: слабость, головокружение, тахикардия, возможно снижение АД.

В норме длительность менструального цикла варьирует от 24 до 38 дней, длительность менструального кровотечения составляет 4–8 дней, общая кровопотеря в среднем — 25–60 мл, максимально допустимая кровопотеря — 80 мл. Клинический диагноз АМК устанавливают при увеличении длительности кровотечения более 8 дней, тяжелое менструальное кровотечение классифицируют при кровопотере более 80 мл.

Описаны следующие виды АМК:

- меноррагии — регулярные, длительные (более 8 дней) и обильные (более 80 мл) маточные кровотечения; в настоящее время вместо термина «меноррагия» в научной литературе используется термин «тяжелое менструальное кровотечение», и ту же терминологию рекомендуют внедрять в клиническую практику;
- метроррагии — ациклические (срединные, пред- и постменструальные) кровяные выделения из половых путей;
- менометроррагии — нерегулярные (непредсказуемые) обильные маточные кровотечения;
- полименорея — регулярные маточные кровотечения с интервалом менее 23 дней.

Рабочая группа FIGO в 2009 г. дала следующие определения отдельным типам АМК:

- хроническое кровотечение — аномальное по объему, регулярности и/или частоте маточное кровотечение, которое повторяется в течение 6 мес и более без эпизодов спонтанной регуляции цикла; как правило, не требует экстренного врачебного вмешательства;
- острое кровотечение — эпизод обильного кровотечения, требующего срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери; может возникнуть на фоне хронического АМК или внезапно;

- межменструальное маточное кровотечение — встречается между четкими предсказуемыми сроками циклического менструального кровотечения. По мнению FIGO, этот термин должен заменить неоднозначно трактуемое понятие «метроррагия».

Дисфункциональные маточные кровотечения могут быть представлены любым из описанных выше вариантов. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения обычно сопровождаются нарушением менструального ритма, хотя в репродуктивном периоде острое кровотечение, завершившее персистенцию фолликула, может наступить без задержки менструации. При овуляторных дисфункциональных маточных кровотечениях менструации могут быть болезненными, сочетание меноррагии и дисменореи закономерно благодаря общим патогенетическим механизмам. У женщин с хроническими кровотечениями может развиваться железодефицитная анемия, сопровождающаяся соответствующими симптомами.

В процессе первичного обследования врачу необходимо решить три основные задачи:

- уточнить источник кровотечения (матка, или нижний отдел полового тракта, или мочевого тракт, или кишечник);
- классифицировать маточное кровотечение соответственно системе PALM-COEIN;
- определить характер дисфункционального маточного кровотечения.

Полип

Полипы эндометрия и эндоцервикса — чаще доброкачественные образования, состоящие из сосудистого, железистого, фиброзно-мышечного и соединительнотканного компонентов. общепринятая классификация полипов отсутствует. Показано хирургическое удаление под контролем гистероскопии, «офисной» гистероскопии в дневном стационаре амбулаторно-поликлинической службы.

Миома матки

Классификационная система PALM отражает только наличие (L_1) или отсутствие лейомиомы (L_0) независимо от расположения, количества и размеров узлов. Дополнительная классификация позволяет дифференцировать лейомиому, деформирующую полость матки (послизистая, submucosal), которая обычно и вызывает АМК, от других форм. Тактика зависит от величины, расположения миоматозных узлов и др. (см. гл. 49).

Одним из вариантов миомы, который может быть причиной метроррагии, является рождающийся субмукозный узел. При рождении субмукозного узла происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, при этом узел заполняет весь канал шейки матки, а затем рождается во влагалище. Данные влагалищного исследования позволяют установить правильный диагноз и определить положение ножки узла.

Аденомиоз

Взаимосвязь между аденомиозом и генезом АМК не до конца ясна и требует дальнейшего изучения. Ввиду ограниченного применения МРТ (дорогостоящий метод) аденомиоз диагностируется преимущественно сонографически или при гистероскопии. Выделяют узловую и диффузную формы. Тактику ведения пациенток см. гл. 49.1.

Самопроизвольный аборт до 12 нед беременности

Самопроизвольный аборт сопровождается схваткообразными болями внизу живота и кровотечением. Установление диагноза, как правило, не представляет затруднений (см. гл. 6).

Овуляторная дисфункция

В большинстве случаев причиной овуляторной дисфункции с АМК являются эндокринопатии и/или нарушения в ЦНС — СПКЯ, гипотиреоз, гиперпролактинемия, нервно-психическое напряжение, ожирение, анорексия, резкая потеря массы тела или экстремальные спортивные тренировки. Тактика при вышеперечисленных заболеваниях отражена в соответствующих главах.

Трофобластическая болезнь

Трофобластическая болезнь — понятие, объединяющее родственные опухоли, развивающиеся из плаценты и, следовательно, связанные с беременностью:

- пузырный занос (частичный или полный);
- инвазивный пузырный занос;
- хорионкарциному;
- трофобластическую опухоль плацентарной площадки. Диагностика хорионкарциномы основывается на данных клинических, лучевых (УЗИ, доплерографии, ангиографии, МРТ и КТ), гистологических (биоптата эндометрия) и гормональных (определения β -ХГЧ) методов исследования.

Гиперплазия и рак эндометрия

Различные классификации гиперпластических процессов эндометрия основаны на морфологическом принципе. Для диагностики типа гиперплазии используется общепринятая классификация ВОЗ. Согласно этой классификации, выделяют гиперплазию с атипией и без атипии, простую и сложную, а также тамоксифен-зависимую. Для диагностики стадии рака эндометрия применяют классификацию FIGO.

Коагулопатия

Около 20% подростков и 10% женщин репродуктивного возраста с обильными менструальными кровянистыми выделениями имеют заболевания крови: болезнь Виллебранда, тромбоцитопению; реже — острую лейкемию, заболевания печени. Врачи редко рассматривают в качестве возможных причин АМК нарушения гемостаза. Причиной АМК может быть также прием антикоагулянтов. В этих случаях их классифицируют как коагулопатические, поскольку антикоагулянты назначаются по поводу нарушений гемостаза.

Нарушение функции эндометрия

Причинами АМК могут быть нарушения рецепции, ангиогенеза, увеличение локального синтеза ПГ E₂, простаглицина (I₂), эндотелина-1 или ускоренный лизис образующихся сгустков крови из-за избыточной продукции активатора плазминогена. Тестов диагностики этих нарушений нет. АМК могут быть следствием нарушения молекулярных механизмов регенерации эндометрия или воспалительной реакции. Имеются данные, указывающие на корреляцию АМК с субклиническим течением инфекции *Cl. trachomatis*.