

НЕИДЕАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Аномальные маточные кровотечения: диагностика и выбор терапии



Авторы: Ирина Геннадьевна Шестакова, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института РУДН; Сергей Александрович Дьяконов, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

Копирайтинг: Мила Мартынова

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — термин, вошедший в мировую гинекологическую практику в 2011 году и заменивший собой такие термины, как «дисфункциональные маточные кровотечения», «меноррагия» и «менометроррагия». Инициаторами новой терминологии стали эксперты FIGO, которые разработали удобную этиологическую классификацию АМК, получившую мнемоническое название **PALM-COEN** (от англ. palm — «ладонь» и coin — «монета»)¹. **PALM** — это **объективные структурные** причины, которые могут быть определены при гистероскопии и/или гистологическом исследовании ткани: Polyp (полип), Adenomyosis (аденомиоз), Leiomyoma (миома), Malignancy/hyperplasia (злокачественный процесс или гиперплазия). К «**неструктурной**» **группе COEN** специалисты отнесли Coagulopathy (коагулопатию), Ovulatory dysfunction (овуляторную дисфункцию), Endometrial (эндометриальный фактор), Iatrogenic (ятрогенный фактор) и Not yet classified (неуточнённое АМК). Важно отметить, что данная классификация применима к АМК у небеременных пациенток **репродуктивного возраста**, обследовать подростков и женщин в перименопаузе по этой классификации не имеет смысла.

На практике у врачей до сих пор возникает **путаница с терминами** АМК и обильные менструальные кровотечения (ОМК). АМК — это отклонение менструального кровотечения от нормы по объёму, длительности или времени начала. К ним же относят межменструальные или кровотечения на фоне нерегулярного менструального цикла. Таким образом АМК — это **обобщающий термин**. Омк — это вид АМК при регулярном (овуляторном) цикле.

С древних времён врачи задавались вопросом «Зачем женщинам менструация?». Учёные давно пытались дать ответ на этот вопрос, и их представления нередко оказывались весьма неожиданными. Во времена Гипократа считали, что менструации, как и морские приливы, возникают под влиянием Луны. Примечательно, что на протяжении веков менструацию **рассматривали как патологическое, а не физиологическое явление**, и отношение к ней самой женщины и общества было негативным. В частности, во время менструации нельзя было посе-

щать храм, выполнять некоторые виды работ. К сожалению, в некоторых регионах мира такое отношение к менструирующей женщине встречается до сих пор.

В 1920 году известный педиатр Бела Шик (Béla Schick) «открыл» **новый токсин — менструальный**². Идея о том, что с кровью из организма выходит таинственный яд, была окончательно **отвергнута** лишь в середине 1970-х годов³⁻⁹. Согласно другой теории, разработанной американским биологом-самоучкой Марджи Профет (Margie Profet) в 1993 году, «**сокровенный смысл** мен-

струации — очищение женского организма от патогенов, проникающих в него вместе со спермой¹⁰. То, что при кровянистых выделениях риск инфицирования матки максимален, не смутило американку и её последовательниц, и публикация М. Профет стала основой для феминистской пьесы¹¹. На практике до сих пор встречаются пациентки, страдающие обильными менструациями и выраженной анемией, но убеждённые в том, что это полезно и очищает организм.

В недавней (ноябрь 2020 года) статье American Journal of Obstetrics & Gynecol-

огу менструация поэтически названа «страданием, тайной и чудом» (misery, mystery, and marvel)¹². В том же номере журнала опубликован подробный (41 страница!) обзор современных представлений об этом процессе, где его более прозаически характеризуют как следствие спонтанной децидуализации эндометрия. Последняя, согласно одной теории, защищает материнский организм от слишком активной инвазии зародыша, согласно другой — обеспечивает селекцию эмбрионов хорошего качества и адаптивные возможности матки на самых ранних этапах беременности¹³. А многим российским врачам хорошо знакомо выражение из студенческих лекций по гинекологии: «менструация — это плач матки о несостоявшейся беременности».

Антропологи установили факт **увеличения объёма** менструальной кровопотери в условиях преобладающей в современном обществе модели реализации фертильности с небольшим количеством беременностей и лактаций и **4фФ–45ф менструальными циклами** на протяжении репродуктивного периода. При ежемесячном отторжении функционального слоя эндометрия его фрагментированность выше, чем при одной–двух менструациях в год¹⁴.

Ученье — свет!

От четверти до почти половины пациенток женских консультаций обращаются за медицинской помощью именно по поводу АМК. При этом каждый эпизод не только влечёт за собой диагностический поиск как таковой, но также обязывает акушера-гинеколога учитывать необходимость профилактики гиперпластических процессов эндометрия, риск анемизации¹⁵, а также **репродуктивные планы женщины**.

Для понимания принципов диагностики и выбора терапии АМК необхо-

димы знания механизмов регуляции женской репродуктивной системы и характеристик нормальной менструации. Иными словами, клиницисту, у которого **возникают сложности в диагностике АМК**, стоит ещё раз внимательно прочитать первую главу любого руководства по гинекологии — «Регуляция менструального цикла»¹⁴. Это особенно актуально для России — частота расстройств менструации с начала текущего столетия возросла на 68,4%.

Таким образом, основа диагностики и лечения АМК — взгляд на менструацию как на модель нормального маточного кровотечения.

Существует несколько характеристик нормальной менструации, на которые следует обращать внимание, поскольку это может помочь в диагностике и лечении АМК.

- Менструация возникает в ответ на точную последовательность гормональных изменений в овуляторном цикле. Если у пациенток есть сопутствующие НМЦ, то их следствием часто становятся АМК.
- Кровотечение начинается и заканчивается одновременно во всех сегментах эндометрия. Любые патологические изменения эндометрия (полип, гиперплазия, хронический эндометрит, «ниша» в рубце на матке) могут быть причиной АМК.
- У большинства женщин основной объём кровотечения и болей приходится на первые 3 дня, в связи с чем лечение острого эпизода не может продолжаться более 3 дней.
- В эндометрии усилен фибринолиз. АМК может быть единственным симптомом врождённого дефицита факторов свёртывания, а также единственным осложнением при приёме препаратов, влияющих на систему гемостаза. Для лечения любого АМК используют патогенетическую терапию — антифибринолитики.

- Кровотечение начинается из-за разрыва спиралевидных артерий и некроза ткани. Препараты, воздействующие на тромбоцитарное звено гемостаза и сокращения миометрия, в этом случае будут неэффективны.

Нормы и отклонения

При диагностике АМК акушер-гинеколог параллельно с оценкой кровотечения всегда учитывает параметры менструального цикла пациентки. Это позволяет очень быстро **сузить диагностический поиск** и не назначать лишних анализов. Например, ОМК — это кровотечения при регулярном цикле без овуляторной дисфункции, поэтому при них нет необходимости проверять концентрации фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов или пролактина.

Характеристики **нормального менструального цикла**, обычно используемые в российской клинической практике, приведены в таблице 1. В соответствии с определением Международной федерации акушеров-гинекологов (International federation of gynecology and obstetrics, FIGO) его продолжительность составляет 24–38 дней. Отметим, что в 2018 году FIGO внесла некоторые коррективы в определения нормального менструального цикла¹⁶.

В частности, за нормальную вариативность менструального цикла (от самого короткого до самого длинного) принят период **7–9 дней и менее**. В зависимости от возраста колебания могут составлять в 18–25 лет — 9 дней и менее; в 26–41 год — 7 дней и менее; в 42–45 лет — 9 дней и менее. Выход за эти рамки — основание диагностировать **нерегулярные менструации**. Отметим, что FIGO теперь выделяет только **две категории длительности** менструаций: они подразделены на нормальные (8 дней и менее) и длительные (более 8 дней). В 2019 году опубликованы результаты крупномасштабного британско-шведского исследования, включившего 612 613 овуляторных циклов у 124 648 пациенток. Средняя продолжительность цикла в этом обзоре оказалась чуть длиннее традиционных 28 дней, составив **29,3 дня**¹⁸.

Наилучшая для клинициста характеристика **обильных менструальных крово-**

Таблица 1. Характеристики нормального менструального цикла¹⁷

Менструальный цикл	В среднем	Допустимые колебания
	28 дней	21–35 дней
Продолжительность менструального кровотечения	4 дня	3–7 дней
Объём кровопотери	35 мл	20–80 мл

течений (ОМК) — определение британского Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (National institute for health and care excellence, NICE): «избыточная менструальная кровопотеря, отрицательно влияющая на физические, социальные, эмоциональные или материальные аспекты качества жизни женщины». В описании характеристик АМК, представленных экспертами FIGO, есть уточнения, что **межменструальные кровотечения** подразделяют на беспорядочные и циклические (в начале, середине или конце менструального цикла).

Шаг первый: поиск причин

На практике нередки ситуации, когда в ходе обследования выявляют несколько причин АМК. Например, у женщины с миомой матки обнаруживают полип или гиперплазию эндометрия. Именно поэтому при АМК врачу всегда необходимо **определить ведущую причину** кровотечения и, исходя из этого, выбрать терапию. В этом и помогает принятая FIGO в 2011 году (в 2018 году в неё были внесены небольшие изменения) классификация причин АМК PALM-SOEIN, с которой активно работают акушеры-гинекологи во всём мире. По итогам её практического применения можно заключить, что она ускоряет диагностику и облегчает выбор тактики ведения пациентки с кровотечением. Тем не менее перед её использованием нужно установить собственно **факт ОМК**.

В российской клинической практике определение ОМК включает **кровопотерю более 80 мл**, часто сопряжённую с длительностью менструации более 7 дней. **Клиническими индикаторами ОМК** служат следующие данные анамнеза.

- Необходимость использовать вдвое больше средств гигиены, чем раньше.
- Потребность просыпаться и менять прокладку/тампон ночью.
- Ограничение обычной активности из-за обильных менструаций.
- Симптомы анемии: усталость, слабость или одышка.
- Выделение большого количества сгустков крови.
- Применение прокладок «Супер».





[На практике нередко ситуации, когда у пациентки в ходе обследования выявляют несколько причин АМК, однако врачу всегда необходимо определить ведущую и, исходя из этого, выбрать терапию.]

- Одновременное использование нескольких гигиенических средств.
- Необходимость смены прокладки/тампона каждые 1,5–2 ч.
- Наличие следов крови на постельном белье и одежде.

Помня об определении ОМК согласно NICE, выявить это нарушение помогут три вопроса пациентке.

- Насколько обильны ваши кровотечения?
- Отражается ли это на вашем физическом состоянии?
- Влияет ли это на качество жизни?

Оценка менструальных кровотечений самой пациенткой крайне субъективна. Согласно классической работе шведских учёных по оценке характеристик

менструального цикла в общей популяции (1966), 40% женщин с кровопотерей 80 мл и более в день называли свои менструации умеренными или скудными, а 14% респонденток с менструальной кровопотерей 20 мл и менее в день считали свои менструации обильными¹⁹.

Симптом — синдром — диагноз

Если на приём к акушеру-гинекологу пришла пациентка с АМК, врачу надлежит:

- установить факт маточного кровотечения (его источником может

быть шейка матки, влагалище, уретра, прямая кишка);

- дать ему определение (АМК или ОМК);
- начать обследование для уточнения его причины (по классификации PALM-COEIN);
- оценить профиль риска рака эндометрия;
- назначить лечение (острого эпизода и долгосрочную терапию).

Лечение АМК — далеко не всегда эксклюзивная «сфера ответственности» акушера-гинеколога. По разным оценкам, от 5 до 24% пациенток с обильными менструациями имеют болезнь Виллебранда, у 20% отмечают такие нарушения коагуляции, как тромбоцитопения или даже гемофилия²⁰. По данным американских исследователей, у 90% женщин репродуктивного возраста с нарушениями свёртывания крови наблюдают ОМК²¹. Такие системные заболевания, как лейкоз или печёночная недостаточность, могут иметь АМК в качестве одной из первых манифестаций²²⁻²⁵.

После установления факта АМК нужно оценить, насколько длительность, объём и/или время начала кровотечения выходят за границы нормы. После этого необходимо выяснить, какие лекарственные препараты получает пациентка.

Медикаментозные причины АМК включают в первую очередь антикоагулянты (варфарин, гепарин и др.), использование которых сопровождается обильными менструациями у 70% пациенток. С повышенным риском АМК могут быть ассоциированы также:

- половые стероиды;
- глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон);
- тамоксифен;
- рифампицин, гризеофульвин;
- фенитоин, антипсихотики, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина;
- растительные препараты, содержащие экстракты чеснока, имбиря, гинкго, женьшеня.

Лабораторная и инструментальная диагностика АМК пока не регламентирована российскими нормативными документами. При ведении АМК необходимо учитывать современные рекомен-

дации FIGO (2018) и NICE (2018; изменены в 2020 году)²⁶. Всем женщинам с этим состоянием целесообразно назначить общий анализ крови, гемостазиограмму (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, содержание фибриногена, количество тромбоцитов), а также определение β-хорионического гонадотропина человека в крови (если пациентка живёт половой жизнью). Концентрацию **ферритина** в ходе диагностики АМК в рутинной практике **не определяют**.

У **пациенток** с подозрением на врожденные нарушения свёртываемости крови (кровотечения из дёсен, синяки на коже, ОМК с менархе; коагуляционные нарушения в семейном анамнезе) следует назначить исследование уровня фактора Виллебранда.

Согласно актуальным рекомендациям FIGO, поиск эндокринопатий рекомендован только при АМК, **связанных с ановуляцией** (АМК, возникшие на фоне нерегулярного менструального цикла). В случае подозрения на заболевания щитовидной железы целесообразно исследовать тиреоидные гормоны.

Обязательным **инструментальным методом** диагностики АМК служит трансвагинальное **УЗИ** органов малого таза. **Эхогистерографию** в дополнение к **УЗИ** успешно используют при диагностике хронического АМК, особенно при наличии миомы матки или неинформативных результатах транвагинального **УЗИ**. Инстиляция жидкости в полость матки существенно расширяет возможности контурирования подслизистых узлов, а также позволяет чётко выявить полип эндометрия или нишу в рубце на матке. Эта дополнительная информация облегчает выбор тактики лечебных мероприятий.

Биопсия эндометрия при АМК показана далеко не всем пациенткам — акушеру-гинекологу нужно выявить тех, кому эта процедура действительно необходима, для дальнейшего адекватного ведения. Врачу следует действовать на основе современных **принципов онконастороженности**.

Отбор женщин для биопсии эндометрия основан на комбинации факторов, отражающих **риск гиперплазии или рака эндометрия**. Согласно действующим российским клиническим рекомендациям

«Рак тела матки и саркомы матки» (2020), всем пациенткам с подозрением на патологическое состояние эндометрия следует выполнить аспирационную биопсию эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) цервикального канала и полости матки²⁷.

Кому в первую очередь показана инвазивная диагностика возможных гиперпластических процессов?²⁸

- **Подросткам** с ожирением и нелечеными ановуляторными маточными кровотечениями длительностью более 2 лет.
- **Женщинам 35 лет** или моложе, имеющим один или несколько факторов риска:
 - хроническую ановуляцию;
 - сахарный диабет;
 - рак толстой кишки в семейном анамнезе;
 - бесплодие;

- отсутствие родов;
- ожирение;
- приём тамоксифена.

• **Женщинам старше 35 лет** с подозрением на ановуляторное маточное кровотечение.

• **Пациенткам** с маточным кровотечением, рефрактерным к терапии или невыясненной причины.

Гистероскопия — «золотой стандарт» диагностики и лечения внутриматочных патологических состояний. Эта процедура позволяет в полной мере реализовать **принцип «вижу и лечу»**. Она выступает одновременно в роли важнейшего этапа диагностики, когда результатов **УЗИ** недостаточно для окончательных выводов, и лечебной процедуры (при выполнении РДВ, полипэктомии, миомэктомии или абляции), в том числе и при неэффективности консервативной терапии.

Дисфункция эндометрия

При выборе лечебных подходов необходимо учитывать особенности механизма гемостаза в эндометрии, биологический смысл которого в том, чтобы жидкая менструальная кровь с тканевым детритом смогла вытекать через узкий цервикальный канал. В норме для эндометрия характерны **повышенная активность фибринолиза** и **низкая агрегия тромбоцитов**. Особенно эти процессы выражены у пациенток с ОМК без структурных аномалий матки, у которых повышена активность маркера фибринолиза — тканевого активатора плазминогена. Отметим, что в этой ситуации в отличие от послеродового кровотечения сокращения миометрия не имеют значения. Именно поэтому столь популярная схема лечения острого эпизода ОМК — этамзилат (влияет только на тромбоцитарное звено гемостаза) и метилэргометрил (влияет на сократимость миометрия в послеродовом периоде) внутримышечно — не имеет никакого патогенетического обоснования и по эффективности приближается к плацебо.

И, напротив, из класса гемостатических средств именно антифибринолитики имеют чёткое обоснование для лечения ОМК, поскольку ингибируют исходно усиленный процесс фибринолиза в эндометрии. Эффективность транексамовой кислоты при ОМК служит дополнительным доказательством важной роли **гиперактивного фибринолиза** в этой клинической ситуации. Её использование ассоциировано со снижением уровня тканевого активатора плазминогена и обеспечивает уменьшение менструальной кровопотери на 58%²⁹.

ОМК из категории «дисфункция эндометрия» могут быть также ассоциированы с **дисбалансом провоспалительных и репаративных факторов** в эндометрии. Клинически это подтверждает тот факт, что у пациенток с ОМК есть первичная дисменорея. В частности, увеличение экспрессии первых (фактор некроза опухоли, циклооксигеназа-2 и др.), повышение концентрации простагландинов в строме эндометрия ведёт к увеличению интенсивности и длительности кровотечения. В свою очередь сосудисто-эндотелиальный фактор роста А играет важную роль в образовании новых сосудов и запуске процессов коагуляции путём активирования тромбопластина. Дефицит этого цитокина способствует ОМК.

Выскабливание матки и цервикального канала вслепую (без гистероскопии), магнитно-резонансная томография, эхогистерография **не входят** в первую линию методов диагностики причин АМК.

Медикаментозная терапия

Лечение АМК должно быть направлено в первую очередь на устранение причины и **улучшение качества жизни** женщин. При выборе подхода к ведению пациентки нужно обязательно учитывать точный диагноз. Тем не менее даже при наличии структурных причин «на ладони» **медикаментозная терапия** часто должна предшествовать хирургическому лечению: абляции эндометрия, эмболизации маточных артерий или наиболее радикальному решению клинической проблемы — гистерэктомии. Нередки ситуации, когда из-за некомпенсированных соматических или эндокринных заболеваний хирургическое лечение откладывают, назначая до операции патогенетическую медикаментозную терапию АМК, например с помощью антифибринолитика **транексамовой кислоты**.

[После установления факта АМК нужно оценить, насколько длительность, объём и/или время начала кровотечения выходят за границы нормы, а также какие лекарственные препараты получает пациентка.]

При АМК из категории «монета» практически всегда отдают предпочтение медикаментозной терапии. При наличии АМК, связанных с проблемами овуляции, в первую очередь назначают лечение, направленное на коррекцию нарушений менструального цикла (гестагены циклично или гормональные контрацептивы). Маточные кровотечения, связанные с дисфункцией эндометрия, как правило, представляют собой ОМК без органических причин (до внедрения термина «АМК» именно этот вид называли «идиопатической меноррагией» или «дисфункциональными

маточными кровотечениями»). Примечательно, что в настоящее время наиболее изучена сравнительная эффективность различных медикаментозных видов лечения ОМК, вызванных дисфункцией эндометрия.

Выбор терапии АМК зависит от следующих параметров.

- Возраст.
- Сопутствующие гинекологические заболевания (например, дисменорея, олигоменорея, предменструальный синдром).
- Планирование беременности или потребность в контрацепции в ближайшее время.
- Сопутствующие общие заболевания (ожирение/дефицит массы тела, эндокринные и другие патологические состояния).

АМК на фоне **нерегулярного цикла** предполагают к назначению **гормональной коррекции**. Впрочем, при остром эпизоде АМК она не служит терапией первого выбора, поскольку потенциально более опасна с точки зрения осложнений и поэтому уступает антифибринолитическую транексамовую кислоту в виде внутривенных инъекций, с помощью которых можно достичь быстрой остановки кровотечения, стабилизировать состояние пациентки и продолжить обследование.

Терапия женщин с установленным диагнозом ОМК без органических патологических состояний матки в общей популяции основана на применении **НПВС, транексамовой кислоты, КОК, ЛНГ-ВМС и гестагенов**. Все они стали предметом изучения мировых экспертов в серии Кокрейновских систематических обзоров в 2015–2019 годах. Реже в качестве средств второй и третьей линии используют аналоги вазопрессина, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона и даназол.

НПВС снижают выраженность ОМК на 25–35% по сравнению с пла-

цебо, особенно в пограничных ситуациях, когда кровотечение незначительно превышает диагностический рубеж 80 мл. Они тормозят выработку простагландинов и **позволяют облегчить боль** у большинства пациенток. По данным Кокрейновского обзора 2019 года, они превосходят по эффективности плацебо, но менее эффективны, чем транексамовая кислота и гормональные средства.

Наиболее изучены в мире мефенамовая кислота (в РФ препарат не зарегистрирован), ибупрофен и напроксен. Во всех исследованиях подчёркивается, что их применение сопряжено с повышенным риском побочных эффектов³⁰. В связи с этим НПВС обычно назначают при сопутствующей ОМК дисменорее курсом **не дольше 4 дней** только во время менструации и не более трёх менструальных циклов подряд из-за большого количества неблагоприятных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта. В России НПВС не зарегистрированы для терапии АМК.

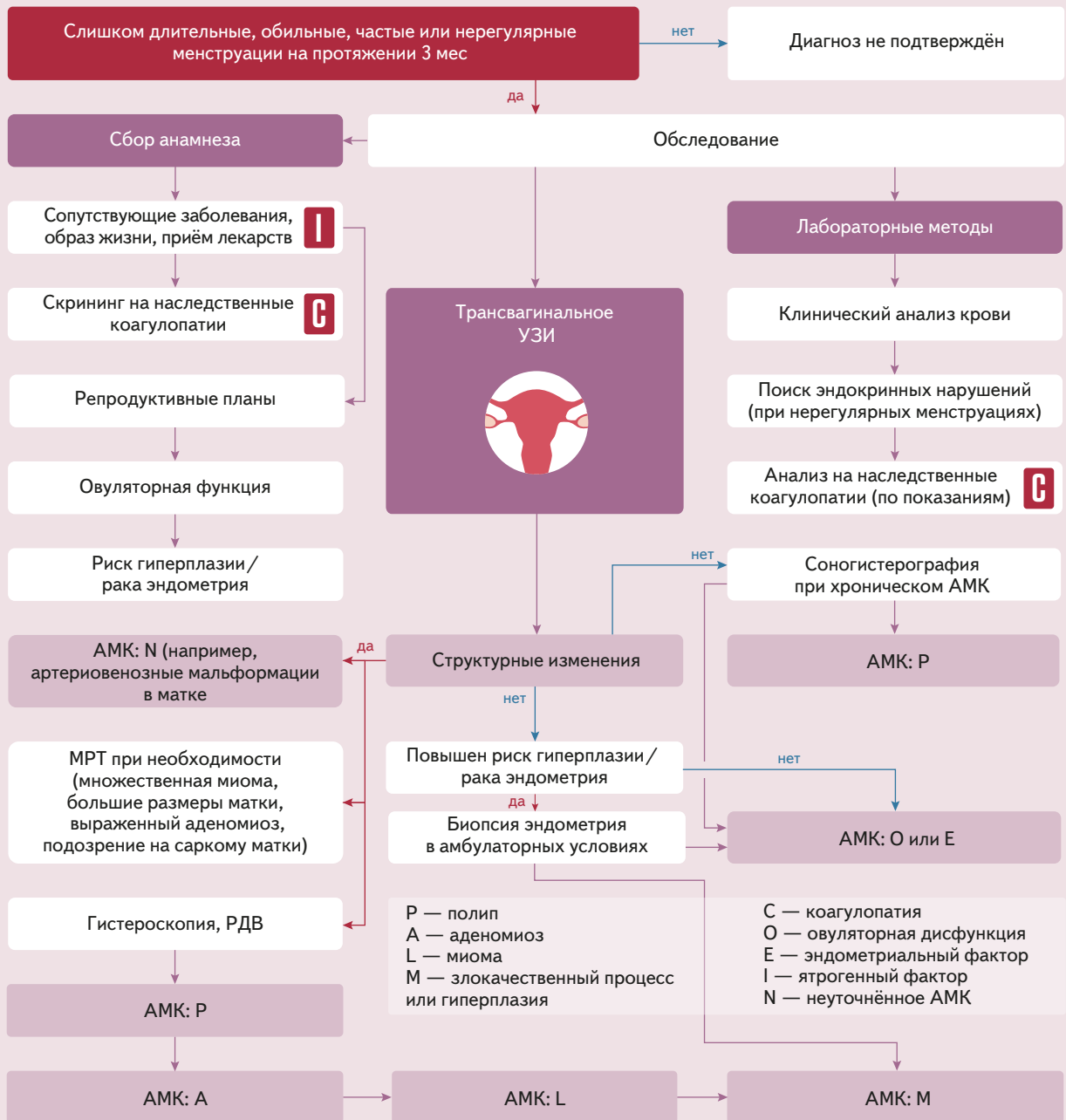
Применение транексамовой кислоты («Транексам») при ОМК основано на её **выраженном антифибринолитическом эффекте**³¹. Препарат принадлежит к фармакотерапевтической группе гемостатических средств — ингибиторов фибринолиза. Это соединение — синтетический аналог аминокислоты лизина, способное ингибировать активацию плазминогена и превращение последнего в плазмин, что предотвращает деградацию фибрина и разрушение тромбов.

Этот эффект наблюдают в периферической и менструальной крови, а также в самой эндометрии. В этих тканях у женщин с ОМК усилен фибринолиз. Для транексамовой кислоты характерна дозозависимая корреляция со снижением объёма кровопотери — до 60% при использовании в дозе до 3–4 г/сут. В числе преимуществ этого препарата в виде таблеток — **цикличность его назначения** (только в дни менструации) по 1000 мг 3 раза в сутки курсом не более 4 дней. По данным Кокрейновского обзора 2018 года, использование этого ингибитора фибринолиза эффективно уменьшает менструальную кровопотерю и значимо повышает качество жизни женщины³².

Транексамовую кислоту в виде внутривенных инъекций применяют во всём мире (преимущественно в амбулаторных

В ПОИСКАХ ДИАГНОЗА

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АМК У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА



Вывод: В поисках **потенциальных причин АМК** у женщин репродуктивного возраста может помочь практически ориентированная классификация **FIGO PALM-CO-EIN**.

{Что и требовалось доказать}

условиях) в качестве средства экстренной терапии любого острого эпизода АМК, включая кровотечения при гинекологических хирургических вмешательствах в виде внутривенных инъекций (15 мг/кг массы тела каждые 6–8 ч) с момента развития кровотечения до его остановки в суточной дозе до 4 г. Обычно при остром АМК в амбулаторных условиях вводят внутривенно медленно 20 мл раствора, содержащего 1 г транексамовой кислоты. Препарат можно назначать планирующим беременность женщинам — он не сокращает продолжительность менструального цикла.

В отношении безопасности эксперты отмечают, что на протяжении более 40 лет применения транексамовой кислоты для терапии АМК ассоциации с повышением риска тромбозов отмечено не было³³. «Транексам» также не обладает тератогенным или онкогенным эффектом, и его можно использовать при беременности.

[При выборе долгосрочного лечения АМК стоит учитывать пожелания и потребности пациентки, и в первую очередь её репродуктивные планы.]

Отдельная проблема для акушеров-гинекологов — кровотечения, ассоциированные с миомой матки. Согласно рекомендациям NICE, на период обследования и выбора лечебного подхода к основному заболеванию в целях купирования ОМК можно назначать транексамовую кислоту или НПВС, хотя некоторые эксперты отмечают, что последние в указанной ситуации используют off-label. Аналогичные рекомендации содержат и обновлённые российские клинические рекомендации «Миома матки» (2020)³⁴. Однако на практике транексамовая кислота — единственный доступный, эффективный, быстрый и безопасный метод лечения острого АМК у пациенток с подслизистой миомой матки, гиперплазией или крупным полипом эндометрия, экстренно поступающих в стационар для гистерорезектоскопии. Выбор этого препарата в данной ситуации облегчает подготовку женщины к операции и выполнение гистероскопии в условиях оптимальной визуализации.

По данным Кокрейновского обзора 2019 года, применение КОК снижает выраженность ОМК по сравнению с плацебо³⁵. Впрочем, исследований использования КОК при ОМК очень мало; более того, для подавляющего большинства препаратов этой группы в РФ не зарегистрировано такое показание, как лечение АМК или НМЦ. Их назначают прежде всего в ситуации, когда контрацепция — первоочередная потребность пациентки. КОК имеют ряд ограничений, в частности у женщин с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (тромботических осложнений, цереброваскулярных осложнений, острого инфаркта миокарда), поэтому необходимо избегать предпочтительного их назначения с целью гормонального гемостаза у пациенток гинекологических отделений с АМК в перименопаузе. Выбор долгосрочной терапии АМК всегда индивидуален и обсуждается с пациенткой. Если жен-

щина с ОМК по каким-то причинам отказывается или имеет противопоказания для применения КОК, гестагенов или ЛНГ-ВМС³⁶, оптимальное альтернативное лечение для неё — транексамовая кислота.

При АМК возможно и совместное использование препаратов разных групп. В частности, российская инструкция по применению транексамовой кислоты допускает назначение медикамента с осторожностью одновременно с КОК.

ЛНГ-ВМС обеспечивает выраженное снижение кровопотери при ОМК, повышает качество жизни и даже «конкурирует» по эффективности с аблацией эндометрия, улучшая ситуацию и при структурных причинах кровотечений, таких как миома или аденомиоз³⁷⁻³⁹. Главный ограничитель для использования ЛНГ-ВМС и КОК при ОМК заключается в том, что их применение неприемлемо для пациенток, желающих забеременеть в ближайшее время.

Пероральные гестагены в циклическом режиме при ОМК менее эффективно уменьшают объём кровопотери, чем ЛНГ-ВМС или транексамовая кислота⁴⁰. Однако гестагены в циклическом режиме можно использовать для лечения НМЦ при АМК, связанных с нарушением овуляции⁴¹. Если гестагены не позволяют добиться желаемого облегчения ОМК, возможна их комбинация с транексамовой кислотой, которую назначают только в дни менструации. Несомненный интерес представляют опубликованные в 2018 году результаты работы российских исследователей по применению гестагена дидрогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла и транексамовой кислоты во время менструации в группе курящих женщин и пациенток с ожирением, страдающих АМК⁴².



Выбор патогенетически обоснованной терапии АМК возможен только после исключения структурных причин (PALM) и определения уровня и характера нарушения регуляции репродуктивной системы из категории COEIN.

Точный диагноз — обязательное условие эффективного лечения пациентки, и это вдвойне справедливо для АМК из категории COEIN, представляющих наибольшие сложности для клинициста.

Основные цели лечения АМК.

- Улучшение качества жизни посредством устранения бытового и физического дискомфорта.
- Уменьшение кровопотери и профилактика анемии.
- Снижение риска гиперпластических процессов эндометрия.

При выборе долгосрочного лечения АМК стоит учитывать пожелания и потребности пациентки, в первую очередь принимая во внимание её репродуктивные планы, — от этого зависит выбор группы лекарственных препаратов. Это позволяет не только избавить женщину от обильных и нерегулярных менструаций, но и улучшить качество её жизни, а также повысить приверженность лечению и избежать осложнений. **SP**

Библиографию см. на с. 98–102.

STADA

ТРАНЕКСАМ®



Транексам – первая линия негормональной терапии аномальных маточных кровотечений¹



Транексам способствует снижению кровотечения после хирургических манипуляций на шейке матки



Транексам не повышает риск тромботических осложнений^{2,3}



Реклама

РУ ЛСР-003389/10 от 08.10.2018



АО "Нижфарм", Россия, 603950,
г. Нижний Новгород, Бокс № 459,
ул. Салганская, 7.

**Имеются противопоказания.
Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.**

1. Клинические протоколы (гинекология) / А. А. Шмидт, А. А. Безменко, Д. И. Г айворонских [и др.]. — 2-е изд., доп. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — 158 с. ISBN 978-5-299-00946-0
2. Клинические рекомендации: Протокол острой массивной кровопотери. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федерация анестезиологов-реаниматологов Российской Федерации, 2018 г.
3. Клинические рекомендации: Протокол реанимации и интенсивной терапии при острой массивной кровопотере. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федерация анестезиологов-реаниматологов Российской Федерации, 2018 г.

Распространяется исключительно в местах проведения медицинских фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.