

Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол № 10
от «04» июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Нарушения менструального цикла

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации

N92.0 Обильные, частые менструации при регулярном цикле

N92.1 Обильные, частые менструации при нерегулярном цикле

N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде

N92.3 Овуляторные кровотечения

N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузальном периоде

N92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций

N92.6 Нерегулярные менструации неуточненные

N 93 Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища

N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища

N93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД – артериальное давление

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АМК – аномальное маточное кровотечение

АМК-О – овуляторная дисфункция

АсАТ – аспаратаминотрансфераза

АЧТВ – Активированное частичное тромбопластиновое время

ВИЧ – кровь на вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВТЭ – венозная тромбоэмболия

ДМПА – депанированный медроксипрогестерон ацетат

ДНГ – диеногест

ИМТ - индекс массы тела
ИФА – иммуноферментный анализ
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
ЛНГ – ВМС – левоноргестрел – внутриматочная спираль-левоноргестрел
МК – маточное кровотечение
МРТ – магнитно-резонансная томография
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ТВУЗИ – трансвагинальное ультразвуковое исследование
УД – уровень доказательности
ЦОГ – циклооксигеназа
FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics (интернациональная федерация акушеров-гинекологов)
NICE – National Institute of Health and Care Excellence – национальный институт здравоохранения и социального обеспечения передового опыта
RW – сифилис
SIS (saline infusion sonography) - сонография с введением физиологического раствора
PALM - Polyp/ Adenomyosis/ Leiomyoma/ Malignancy (Полип/Аденомиоз/Лейомиома/Малигнизация)
COEIN – Coagulopathy/ Ovulatory dysfunction/ Endometrial/ Iatrogenic /Not yet classified (Коагулопатия/Овуляторная дисфункция/Эндометриальное/Ятрогенное/Еще не классифицировано)

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: пациентки с различными видами нарушения менструальной функции.

7. Пользователи протокола: акушеры – гинекологи, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой и неотложной помощи, фельдшеры.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Критерии, разработанные Канадской Целевой группой Профилактического Здравоохранения(Canadian Task Force on Preventive Health Care) для оценки доказательности рекомендаций

Уровни доказательности	Уровни рекомендаций
I: Доказательность основана, по крайней мере, на данных одного рандомизированного контролируемого исследования	A. Доказательные данные позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие
II-1: Доказательность основана на данных контролируемого	B. Достоверные свидетельства позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие

<p>исследования с хорошим дизайном, но без рандомизации</p> <p>II-2: Доказательность основана на данных когортного исследования с хорошим дизайном (проспективного или ретроспективного) или исследования типа "случай-контроль", предпочтительно многоцентрового или выполненного несколькими исследовательскими группами</p> <p>II-3: Доказательность основана на данных сравнительного исследования с вмешательством или без вмешательства. Убедительные результаты, полученные в ходе неконтролируемых экспериментальных испытаний (например, такие как результаты лечения пенициллином в 1940-х) могли также быть включены в эту категорию</p> <p>III: Доказательность основана на мнениях авторитетных специалистов, базирующихся на их клиническом опыте, на данных описательных исследований или сообщениях экспертных комитетов</p>	<p>C. Существующие свидетельства является противоречивыми и не позволяет давать рекомендации за или против использования клинического профилактического воздействия; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения</p> <p>D. Существуют достоверные свидетельства, чтобы давать рекомендацию в пользу отсутствия клинического профилактического действия</p> <p>E. Существуют доказательные данные, чтобы рекомендовать против клинического профилактического действия</p> <p>L. Существует недостаточно доказательных данных (в количественном или качественном отношении), чтобы давать рекомендацию; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Определение:

АМК – это любое отклонение менструального цикла от нормы, включающее изменения регулярности и частоты менструаций, продолжительности кровотечения или количества теряемой крови [1]. АМК могут быть подразделены на различные виды в зависимости от объема кровопотери, регулярности, частоты, продолжительности менструации, хронического течения и в связи с репродуктивным возрастом.

Понятие АМК включает в себя такие термины, как тяжелое менструальное кровотечение (heavy menstrual bleeding, HMB), подразумевающее более обильную по объему или длительности менструацию, а также нерегулярные (irregular menstrual bleeding) и длительные менструальные кровотечения (prolonged menstrual bleeding). При этом анемия не является обязательным критерием тяжелого МК [1].

9. Клиническая классификация [3]

Международный консенсус экспертов Рабочей группы по менструальным нарушениям FIGO предложил стандартизированную систему классификации АМК, именуемую акронимом PALM-COEIN

В классификационной системе представлены 9 основных категорий в виде следующих аббревиатур:

polyp (полип) (АМК-Р);

adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);

leiomyoma (лейомиома) (АМК-L);

malignancy (малигнизация) и hyperplasia (гиперплазия) (АМК-М)- группа PALM;

coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);

ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О);

endometrial (эндометриальное) (АМК-Е);

iatrogenic (ятрогенное) (АМК-И);

not yet classified (еще не классифицировано) (АМК-N)- группа категорий COEIN .

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации (плановая, экстренная):

Показания к экстренной госпитализации:

- острые АМК для хирургической остановки кровотечения.

Показания к плановой госпитализации:

- полипы, гиперплазия, аденомиоз, субмукозная миома матки (с целью гистероскопии и выскабливания полости (слизистой) матки с последующим гистологическим исследованием биоптата);
- миома матки, гиперплазии эндометрия (хирургическое лечение).

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;
- физикальное обследование: вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование;
- ТВУЗИ (для оценки состояния полости матки и эндометрия – первая линия обследования) (УД I,A)[3]

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- определение содержания прогестерона ИФА методом (во вторую фазу цикла – за 7 дней до предполагаемой менструации или на 21-23 день цикла у женщин с регулярным циклом для определения овуляторного или ановуляторного цикла);
- коагулология: исследование агрегации тромбоцитов, определение волчаночного антикоагулянта в плазме крови, определение АЧТВ в плазме крови,

определение количества Д-димера в плазме крови (у женщин с анамнезом тяжелых менструальных кровотечений после начала менархе или при наличии личного или семейного анамнеза АМК);

- МРТ малого таза (пороки развития матки);
- гистероскопия для оценки состояния полости матки, эндометрия, миометрия (УД I, A)[3];

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- ОАК;
- ОАМ;
- коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО);
- биохимический анализ крови (общий белок, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий билирубин);
- определение группы крови по системе АВО цоликлонами;
- определение резус-фактора крови;
- реакция Вассермана в сыворотке крови;
- определение антигена р24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение HbeAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение степени чистоты гинекологического мазка;
- УЗИ органов малого таза;
- ЭКГ.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;
- физикальное обследование (вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование);
- ОАК (6 параметров);
- ОАМ;
- коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО);
- биохимический анализ крови (общий белок, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий билирубин);
- определение группы крови по системе АВО цоликлонами;
- определение резус-фактора крови;
- реакция Вассермана в сыворотке крови;
- определение антигена р24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение HbeAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом;
- ТВУЗИ органов малого таза;
- ЭКГ.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- гистероскопия (у женщин с АМК при подозрении на полип эндометрия, гиперплазию эндометрия, на субмукозный миоматозный узел);
- диагностическое выскабливание полости матки (эндометрия) под контролем гистероскопа (УД II-2А) с последующим гистологическим исследованием биоптата, показана женщинам:
 - старше 40 лет с АМК;
 - при отсутствии эффекта медикаментозной терапии АМК;
 - молодым женщинам АМК с факторами риска рака эндометрия (УД II-2А);
 - у женщин с редкими менструациями и ановуляторными циклами;
 - у женщин с АМК с семейным риском неполипозного рака толстой или прямой кишки;
 - у женщин с персистирующей АМК неясного генеза, по поводу которого было принято безуспешное лечение;
- МРТ малого таза:
 - миома матки (перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки);
 - пороки развития матки.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- изучение жалоб и анамнеза;
- физикальное обследование (оценка дыхания, АД, пульса, осмотр и пальпация живота).

12. Диагностические критерии [1,2,3,4,5]

12.1 Жалобы:

- нарушение менструального цикла – отсутствие менструаций, редкие менструации, нерегулярные менструации, обильные менструации, скудные менструации, длительные менструации, короткие менструации, менструации периодически усиливаются, периодически уменьшаются, редкие светлые промежутки; кровотечение из половых путей, вызывающее слабость.

Анамнез:

- нарушение менструального цикла с менархе (ювенильные кровотечения) признак дисфункции яичников (АМК-О);
- нарушение менструального цикла после медицинского аборта или других внутриматочных манипуляций может свидетельствовать о наличии синехий, хроническом эндометрите, т.е. эндометриальном факторе (АМК-Э);
- дисменорея, коричневые выделения из половых путей за 1-2 дня до менструации признак аденомиоза (АМК-А);
- нарушение менструального цикла после приема гормональных контрацептивов признак ятрогенного фактора (АМК-І);
- в анамнезе тяжелые кровотечения, начиная с менархе, послеродовые кровотечения или кровоизлияния в результате удаления зубов; проявления других

кровотечений или при нарушениях коагуляции в семейном анамнезе признак коагулопатического кровотечения (АМК-С).

12.2 Физикальное обследование:

Осмотр кожных покровов:

- бледность кожных покровов и слизистых оболочек (признак анемии);
- синяки, петехии (признаки коагулопатии);
- стрии, гирсутизм (признаки гормональных нарушений);
- ИМТ (наличие дефицита веса или ожирения);
- пальпация живота (гепатоспленомегалия при коагулопатии);
- вагинальное исследование (при миоме матки – матка увеличена, бугристая, либо пальпируются узлы; при эндометриозе – ретропозиция матки, ограничение ее подвижности, чувствительность при движении за шейку матки, увеличение матки перед менструациями, асимметрия матки);
- осмотр в зеркалах (при АМК шейка чистая).

12.3 Лабораторные исследования.

Общий анализ крови: снижение гемоглобина

Определение содержания прогестерона – снижение прогестерона свидетельствует о ановуляторном цикле (АМК-О)

Исследования нарушений свертывания крови – повышенная агрегация тромбоцитов, положительные волчаночные антитела, возрастание показателей АЧТВ, возрастание Д-димера – признаки коагулопатии (АМК-К).

12.4 Инструментальные исследования:

ТВУЗИ: наличие полипов эндометрия/цервикального канала, субмукозной лейомиомы, аденомиоза, гиперплазии эндометрия;

Гистероскопия: наличие подслизистого миоматозного узла, либо полипа, либо синехий, либо гиперплазии;

МРТ органов малого таза: наличие узлов и их расположение (субсерозный, интрамуральный с центропитальным или центробежным ростом), пороки развития матки.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация онколога (при выявлении атипической гиперплазии);
- консультация гематолога (при выявлении коагулопатии).

12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица 1 Дифференциальная диагностика АМК

Нозология	Жалобы	Гинекологическое исследование	Данные ТВУЗИ	Данные МРТ
Болезнь Виллебранта	Кровотечения из носа,	Патологии нет	Патологии нет	

	кровоточивость ран, в анамнезе тромбоцитопения			
Прерывание беременности	Кровотечение на фоне задержки менструации, Признаки беременности (тошнота, извращение вкуса, нагрубание молочных желез), схваткообразные боли внизу живота	Шейка цианотичная. Матка увеличена, мягкая, может пальпироваться плодное яйцо (аборт в ходу)	УЗИ наличие плодного яйца в нижних отделах матки или остатки плацентарной ткани	
Предрак и рак шейки матки	Контактные кровотечения, без болезненные.	На зеркалах – эрозированная поверхность на шейке матке, кровоточит при контакте; при раке шейки матки – экзофитная форма – плюс ткань, эндофитная – минус ткань, края неровные, кровотечение.	Шейка увеличена, образование на шейке без четких контуров, возможна инфильтрация – параметрия, увеличение матки	Возможны вместа стазы в параметрии
АМК	Различные варианты нарушения менструального цикла	Миоматозные узлы, признаки эндометриоза	Миоматозные узлы, аденомиоз, полип эндометрия	Миоматозные узлы, аденомиоз

13. Цели лечения:

- остановка кровотечения;
- нормализация менструальной функции;
- профилактика рецидива маточного кровотечения.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение (режим, диета и пр.) не проводится.

14.2 Медикаментозное лечение.

Регулярные, тяжелые менструальные кровотечения можно успешно лечить и гормональными, и негормональными средствами. Негормональная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и

антифибринолитиками проводится во время менструации, в целях уменьшения потери крови.

Согласно рекомендациям NICE (2007), для медикаментозного лечения маточных кровотечений используются:

- ЛНГ – ВМС для длительного лечения (УД I, A), транексамовая кислота (УД I, A) или НПВС (УД I, A), КОК (УД II-1, B);
- норэтистерон (15 мг) с 5-го по 26-й день менструального цикла или прогестагены длительного действия (УД II-2, B);
- АМК – А – аденомиоз. Медикаментозное лечение: прогестагены (ДНГ, ЛНГ-ВМС), КОК в непрерывном режиме, аГнРГ [I, A, 9];
- АМК – L – лейомиома. Лечение планируется на основе размеров, количества и расположения узлов на основе УЗИ [II-3, D]. Медикаментозное лечение АМК – L – лейомиома при 2,3 – 7 типе миомы: транексамовая кислота, ингибиторы ЦОГ, КОК, прогестагены в непрерывном режиме [II-2, B];
- АМК – M: при гиперплазии эндометрия без атипий – прогестагены [II-1, B]
- Негормональные препараты, такие как НПВП и антифибринолитики, могут эффективно применяться для лечения тяжелых менструальных кровотечений, которые являются циклическими или предсказуемыми во времени (УД I-A);
- КОК, ДМПА и ЛНГ-ВМС значительно уменьшают менструальные кровотечения и должны быть использованы для лечения женщин с АМК, желающих получить эффективную контрацепцию (УД I-A);
- Циклические прогестины, принимаемые в лютеиновой фазе, не эффективно уменьшают кровопотерю и, следовательно, не должны использоваться в качестве специфического лечения тяжелых менструальных кровотечений (УД I-E);
- Даназол и агонисты ГнРГ эффективно уменьшают менструальные кровотечения и могут быть использованы в случаях, когда другие медицинские или хирургические методы лечения потерпели неудачу или противопоказаны (УД I-C). Пациентки, принимающие агонисты ГнРГ в течение более 6 месяцев, должны дополнительно получать гормональную терапию возврата, если только она уже не была назначена с момента начала приема агонистов.

Таблица 2 Негормональная и гормональная гемостатическая терапия

Группа препаратов	Наименование препаратов	Рекомендации по приему препаратов
Гормональные препараты	КОК	<ul style="list-style-type: none"> ● этинилэстрадиол 30 мкг – диеногест 2 мг, ● этинилэстрадиол 20 мкг – гестоден 75 мг, ● этинилэстрадиол 20 мкг – дезогестрел 150 мкг, ежедневные таблетки в течение 21 дня каждый месяц с 7 дневным перерывом

		или непрерывный прием
	Пластырь дермальный гормональная система	–Евра – циклическое или непрерывное применение
	контрацептивное кольцо	НоваРинг циклическое или непрерывное применение
	ЛНГ-ВМС	Гормональная внутриматочная система с левоноргестрелом вводится на 5 лет
	Пероральный непрерывный прогестерон	Норэтистерон 5 мг три раза в день с 5-го по 26-й день цикла
	Инъекционный прогестерон	150 мг ДМПА в/м 1 раз в 90 дней
	Даназол	От 100 до 400 мг в день внутрь
	Агонисты ГнРГ	Лейпрорелин, Трипторелин в/м ежемесячно, от 3 до 6 месяцев (при приеме более 6 месяцев рекомендована возвратная гормональная терапия)
Негормональные препараты		
	НПВП	Напроксен 500 мг 1-2 раза/сутки , Ибупрофен 600-1200 мг 1 раз/сутки внутрь в первый день менструации или за день до ее начала в течение 3-5 дней или до прекращения менструации
	Антифибринолитики	Транексамовая кислота во время менструаций перорально 1 г 4 раза/сутки или 4 г раз в день

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Гестагены:

- норэтистерон таблетки 5 мг;
- ДМПА 150мг/мл флаконы.

КОК:

- этинилэстрадиол 30 мкг – диеногест 2 мг, драже;
- этинилэстрадиол 20 мкг – гестоден 75 мг; драже;
- этинилэстрадиол 20 мкг – дезогестрел 150 мкг, таблетки;
- трансдермальная терапевтическая система;
- контрацептивное вагинальное кольцо.

НПВС:

- напроксен таблетки 0,25 мг и 0,5 мг;
- ибупрофен 5мг/мл 2 мл ампулы; таблетки, 5 мг.

Антифибринолитические препараты:

- транексамовая кислота таблетки 250 мг, 500 мг

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- ЛНГ – ВМС – 52 мг левоноргестрела;
- лейпрорелин порошок для приготовления суспензии для инъекций 3,75мг флаконы;
- трипторелин лиофилизат для приготовления суспензии для инъекций 3,75 мг флаконы;
- даназол капсулы 100 мг 200 мг.
- препараты железа:
 - железа (II) сульфат сухой + аскорбиновая кислота таблетка, 320 мг/60мг
 - железа (II) сульфата гептагидрат + аскорбиновая кислота сироп, 100 мл
 - железа сульфат капли, 25 мл, флаконы.

14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Гестагены:

- норэтистерон таблетка 5 мг;
- ДМПА 150мг/мл флаконы.

КОК:

- этинилэстрадиол 30 мкг – диенгест 2 мг, драже;
- этинилэстрадиол 20 мкг – гестоден 75 мг, драже;
- этинилэстрадиол 20 мкг – дезогестрел 150 мкг, таблетки;
- трансдермальная терапевтическая система;
- контрацептивное вагинальное кольцо.

НПВС:

- напроксен таблетки 0,25 мг и 0,5 мг;
- ибупрофен 5мг/мл 2 мл, ампулы; таблетка, 5 мг

Антифибринолитические препараты

- транексамовая кислота таблетки 250 мг, 500 мг; 50 мг/мл 5 мл ампулы.

Препараты железа:

- железа (II) сульфат сухой + аскорбиновая кислота таблетка, 320 мг/60мг
- железа (II) сульфата гептагидрат + аскорбиновая кислота сироп, 100 мл
- железа сульфат капли, 25 мл, флаконы.

Коллоидные и кристаллоидные растворы (в суммарном объеме до 1500-2000 мл):

- раствор натрия хлорид 0,9%;
- раствор натрия хлорид, натрия ацетат;

- раствор натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид.
- раствор натрия хлорид, натрия ацетата тригидрат, калия хлорид;
- раствор Рингера Локка;
- раствор глюкозы 5%.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- гемотрансфузия (в соответствии с показаниями).

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

Инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов в суммарном объеме до 1500-2000 мл (при остром кровотечении):

- раствор натрия хлорид 0,9%;
- раствор Рингера Локка;
- раствор декстроза 5%.

14.3. Другие виды лечения – не проводятся.

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:
не проводится.

14.2. Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Хирургические методы лечения АМК включают:

- выскабливание полости (слизистой) матки;
- полипэктомия (удаление полипа матки с помощью гистероскопа);
- гистерорезектоскопия;
- миомэктомия;
- гистерэктомия;
- аблацию эндометрия.

Показания к хирургическому лечению женщин с АМК:

- неэффективность медикаментозной терапии;
- невозможность применения лекарственной терапии (из-за побочных эффектов, противопоказаний);
- выраженная анемия;
- сопутствующая патология матки (миома матки больших размеров, гиперплазия эндометрия).

Рекомендуемый объем хирургического лечения согласно классификационной системе PALM-COEIN:

- полипэктомия: АМК – Р (показание: полипы);
- гистерорезектоскопия: (показания: АМК – L – лейомиома при 0,1,2 типе миомы (УД I-2, B);
- эмболизация маточных артерий (показания: АМК – L лейомиома 2 – 7 типов (УД I-2, B);
- абляция эндометрия (показание: АМК – L (УД I-2, B);
- гистерэктомия (показание: гистологически подтвержденный рака эндометрия

(УД I,А).

14.5. Профилактические мероприятия

14.6. Дальнейшее ведение.

- осмотр акушера-гинеколога один раз в 6 месяцев.
- УЗИ исследование один раз в 6-12 месяцев.

Проведение в целях профилактики рецидива кровотечения длительной гормонотерапии (в зависимости от причины кровотечения).

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- остановка кровотечения;
- отсутствие рецидива кровотечения в течение года.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков

1. Дошанова Айкерм Мжаверовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии по интернатуре АО «Медицинский университет Астана».

2. Тулетова Айнуур Серикбаевна – врач первой категории, доктор Phd, АО «Медицинский университет Астана».

3. Худайбергенова Махира Сейдуалиевна – врач клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: конфликт интересов отсутствует.

18. Рецензенты: Мурзабекова Гульнара Саркытовна – д.м.н., профессор, АО «Национальный научный центр материнства и детства».

19. Указание условий пересмотра протокола: через 3 года или при появлении новых доказательных данных диагностики и лечения.

20. Список использованной литературы:

- 1) Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии - М.2002
- 2) Fraser I.S., Crichley H.O., Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormality of menstrual bleeding Hum reprod. 2007, 22; 635-43.
- 3) Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Frasers IS.; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age Intern J Gynecol Obstet 113 (2011) 3–13

- 4) Kouides PA, et al.. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005;84(5):1345–51.
- 5) Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;8:CD001501. doi: 10.1002/14651858.CD001501.pub4. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. Lethaby A, Penninx J, Hickey M, Garry R, Marjoribanks J.
- 6) Abnormal Uterine Bleeding and Abnormalities of Menstruation. *Obstetrics&Gynecology*. Sadhana Gupta, 2011, p 137-147.
- 7) Hall P, MacLachlan N, Thorn N, Nudd MWE, Taylor GG, Garrioch DB Control of menorrhagia by the cyclo-oxygenase inhibitors naproxen sodium and mefenamic acid. *BJOG* 1987; 94: 554–8.
- 8) Lindoff C, Rybo G, Astedt B Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thromboembolic complications. *Thromb Haemost* 1993; 70; 238–400
- 9) Rybo G Tranexamic acid therapy: effective treatment in heavy menstrual bleeding. Clinical update on safety. *Ther Adv* 1991; 4: 1–8.
- 10) Sundstrom A, Seaman H, Kieler H, Alfredsson L The risk of venous thromboembolism associated with the use of tranexamic acid and other drugs used to treat menorrhagia; a case-control study using the General Practice Research Database. *BJOG* 2009; 116: 91–7.
- 11) Davis A, Godwin A, Lippman J, Olson W, Kafrissen M Triphasic norgestimate-ethinyl estradiol for treating dysfunctional uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 913–20.
- 12) Fraser IS, McCarron G Randomized trial of 2 hormonal and 2 prostaglandin-inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991; 31: 66–70.
- 13) Lethaby A, Hickey M, Garry R, Penninx J Endometrial resection/ablation techniques for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD001501.