

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00536&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00536. Аномальні менструальні кровотечі

Автор: Ritva Hurskainen
Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius
Дата останнього оновлення: 2018-08-31

Основні положення

- Детально зібраний анамнез менструальних кровотеч часто є більш важливим, ніж тазове обстеження.
- Необхідно диференціювати органічну і гормональну етіологію кровотеч.
- Необхідно диференціювати овуляторні і ановуляторні кровотечі.

Нормальний менструальний цикл

- Середній вік менархе (першого менструального періоду) — 12,5 років.
- Тривалість менструального циклу варіює від 23 до 36 днів, частіше від 26 до 30 днів.
- Маткові кровотечі зазвичай тривають 2–7 дні; в нормі крововтрата впродовж одного циклу становить 25–40 мл, максимум — 80 мл.

Пов'язана термінологія

- Аменорея
 - Відсутність менструальних кровотеч
 - Первинна — жодної менструальної кровотечі ніколи

- Вторинна — відсутність менструальних кровотеч не менше 6 місяців
- Олігоменорея
 - Менструальний цикл триває більше 36 днів
- Поліменорея
 - Менструальний цикл триває менше 23 днів
- Менорагія
 - Регулярні, але надмірні кровотечі
- Метрорагія
 - Нерегулярні кровотечі між циклами
- Овуляторні кровотечі
 - Кровотечі в середині циклу під час овуляції
- Проривні кровотечі
 - Кровотеча у нетиповий час, асоційована з гормональною терапією чи прийомом гормональних контрацептивів.
- Міжнародна федерація гінекологів та акушерів (FIGO) рекомендує виділяти серед менструальних кровотеч тяжку регулярну кровотечу та тяжку нерегулярну тривалу кровотечу. Класифікація МКХ-10, як і раніше використовує стару номенклатуру.

Тяжкі регулярні кровотечі (менорагія чи гіперменорагія)

- Регулярні овуляторні менструальні кровотечі, об'ємом > 80 мл.
- Зустрічаються у 9–14% жінок репродуктивного віку. Однак приблизно одна з трьох жінок може страждати від масивних кровотеч в якийсь період свого життя.

Найчастіші причини

- Системні захворювання (5–15%)
 - хвороба фон Віллебранда [настанова 00331] [Спадковий дефіцит фактор...]
 - порушення функції щитоподібної залози [настанова 00514] [Hypothyroidism], погано контрольований цукровий діабет, хронічні захворювання печінки, нирок і серця
 - Ожиріння [настанова 00499] [Оцінка пацієнта з ожирін...]
 - Антикоагулянтна терапія, що здійснюється неналежним чином

- Фармакологічні препарати (наприклад, психотропні препарати, ацетилсаліцилова кислота, вальпроат, кетоконазол, омега-3 жирні кислоти)
- Патологія матки (40–50%)
 - Поліпи порожнини матки і субмукозні міоми [настанова 00544]Доброякісні ураження і п...]
 - Аденоміоз [настанова 00997]Аденоміоз]
 - Внутрішньоматкова спіраль (IUD)
 - Інфекція [настанова 00547]Запальні захворювання жі...]
 - Карцинома ендометрію (є причиною менорагії лише у 0,1% з усіх випадків) [настанова 01088]Злоякісні новоутворення ...].
- Ідіопатична (есенціальна) метрорагія (приблизно 50%)
 - Не вдається з'ясувати причину у конкретної пацієнтки наявними діагностичними методами. Спричинена різноманітними чинниками.

Анамнез

- Визначити об'єм крововтрати складно, але важливо. Об'єктивно, лише близько половини з тих, хто скаржиться на тяжку кровотечу, втрачають більше 80 мл. Графічна шкала оцінки крововтрати (РВАС) може використовуватись для оцінки тяжкості кровотечі. Пацієнтка виставляє бали, порівнюючи її власні гігієнічні прокладки/тампони і кількість крові/згустків з картинками.
- Також у пацієнтки слід дізнатись, чи кровотеча перешкоджає її роботі, відпочинку чи сексуальному життю, чи вона потребує більше гігієнічних засобів ніж раніше і чи виникає потреба у їх заміні впродовж ночі, чи є згустки, чи вона відчуває втому і нездужання впродовж цього періоду (оцінка буде доволі приблизною).
- Нещодавнє виникнення симптомів може свідчити на користь патології матки, тоді як тривала наявність симптомів більш характерна для системних захворювань.
- Нормальна тривалість менструального циклу свідчить про овуляторну кровотечу, пролонговані цикли — про ановуляторні кровотечі.

Обстеження

- Тазовий огляд

- Розмір матки, чутливість, наявність міом
- Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів
 - Рівень гемоглобіну слабо корелює з величиною крововтрати. Якщо у жінки, що скаржиться на менорагію, концентрація гемоглобіну менша за 120 г/л, існує 70% ймовірність, що об'єм втраченої менструальної крові більший за 80 мл за цикл. Якщо концентрація вища 120 г/л, то ймовірність становить близько 18%. Якщо концентрація гемоглобіну нижча за 80 г/л, необхідне направлення до спеціаліста для подальшого обстеження.
- Ультразвукове дослідження [\[Настанова 00551 | Гінекологічне ультразвук...\]](#)
 - Вагінальне УЗД є першою лінією додаткового дослідження.
 - Якщо відбулись істотні зміни характеру кровотечі або кровотеча викликала анемію, ультразвукове обстеження має проводитись перед лікуванням.
 - У 70% виявляються поліпи і субмукозні міоми.
 - Ультразвукова гістерографія [\[Настанова 00551 | Гінекологічне ультразвук...\]](#) надасть більш точну інформацію (інформативність можна порівняти з гістероскопією).
- Гістероскопія, якщо діагноз не вдалось встановити за допомогою ультразвукового обстеження
- Пап-тест (якщо не був зроблений впродовж останнього року)
- У разі необхідності (тільки за наявності інших висновків)
 - Параметри інфекції
 - Дослідження факторів згортання крові (активність фактору фон Віллебранда, ристоцетин - кофакторна активність (vWF:Rco), фактору згортання VIII)
 - ТТГ та вільний Т4
 - Феритин плазми; результат < 30 мкг/л вказує на дефіцит заліза [\[Настанова 00315 | Залізодефіцитна анемія\]](#)
- Кюретаж ендометрію рідко дає більше інформації.
- Біопсію ендометрію [\[Настанова 00533 | Цитологічний скринінг на...\]](#) слід проводити для виключення малігнізації у пацієток з кровотечею в середині циклу чи іншими факторам ризику (вік старше 45 років, ожиріння: ІМТ ≥ 30 кг/м² або вага > 90 кг, цукровий діабет, потовщений ендометрій).

Лікування

- Лікування анемії препаратами заліза [доказ|B] [07508].
 - Належна щоденна доза пероральних препаратів заліза становить 100–200 мг, розподілена на 1–3 прийоми.
 - За потреби — лікарські засоби внутрішньовенно
- Системні захворювання
 - Хвороба фон Віллебранда (легка і у деяких випадках середня важкість)
 - Оральні контрацептиви, транексамова кислота [доказ|C↑↑] [07361], десмопресин [доказ|D] [07362], гормон вивільняюча ВМС [доказ|A↑↑] [02487], термічна балонна абляція ендометрію [доказ|A↑↑] [00846]
 - Лікування основного захворювання
 - Зміна лікарських засобів
- Патологія матки
 - Гормон - вивільняюча ВМС [доказ|A↑↑] [02487]
 - Поліпи
 - Гістероскопічна поліпектомія
 - Міоми [настанова|00544] [Доброякісні ураження і п...]
 - Модулятор прогестеронових рецепторів (уліпристал)
 - Європейське агентство з лікарських засобів (EMA) в даний час розслідує ймовірність зв'язку між уліпристалом і ураженням печінки (інформацію опубліковано 9 лютого 2018 року [веб|http://www.ema.europa.eu...]). Жодній пацієнтці не можна розпочинати лікування цим препаратом чи відновлювати лікування ним після місячної перерви. Жінкам, які приймають уліпристал, необхідно щонайменше один раз на місяць контролювати функцію печінки; лікування слід припинити, якщо рівень печінкових ферментів підвищиться більше ніж вдвічі від верхньої межі норми.
 - Можливе використання гормон-вивільняючої ВМС [доказ|D↑] [07215].
 - Субмукозні міоми (виступаючі в порожнину матки): гістероскопічна резекція чи лапароскопічна морцеляція

- Інтрамуральні міоми (в товщі м'язової стінки матки): видалення лапароскопічним або, рідше, лапаротомічним шляхом
- Можна використовувати високоінтенсивне фокусування ультразвуку (HIFU) для лікування жінок із симптоматичними міомами або аденоміозом у спеціалізованій медичній допомозі.
 - Критерії для пацієток, які підходять для лікування HIFU: пацієтка у пременопаузі, підшкірний жировий шар у нижній частині живота < 5 см, відсутність суттєвих шрамів на шкірі нижньої частини живота, лікування міом розміром 2–10 см та максимальна кількість міом 2–3.
- Емболізація артерій матки — варіант, який можна розглянути [ДОКАЗ 05259 |A] у випадку лікування аномальних кровотеч, спричинених великими симптоматичними міомами. Емболізація може зменшити кровотечу і вираженість симптомів на 60–90%.
- Гістеректомія
- Аденоміоз (тканина ендометрію росте в товщу м'язової стінки матки)
 - Медикаментозна терапія (див. нижче — лікування ідіопатичних менорагій)
 - Абляція ендометрію (у випадку поверхневого аденоміозу)
 - Гістеректомія
 - HIFU (див. вище)
- Видалення мідної ВМС
 - Транексамова кислота чи нестероїдні протизапальні засоби, якщо пацієтка хоче залишити ВМС
- Ідіопатична менорагія
 - Транексамова кислота [ДОКАЗ 00245 |A↑↑] 2–3 таблетки (1–1,5 г) 3 рази на день впродовж 2–3 днів, призначається за інтенсивної кровотечі, дозволяє зменшити кровотечу на 20–60%.

- Нестероїдні протизапальні препарати [доказ 02111] A↑↑ (крім аспірину) призначені у звичайних дозах за інтенсивної кровотечі зменшать її на 20–50% і полегшать менструальний біль. Слід пам'ятати щодо ймовірності геморагічних порушень, що є протипоказанням.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу аспірин - ацетилсаліцилова кислота

- Комбіновані оральні контрацептиви [доказ 02196] A↑↑ скорочують кровотечу на 40–60%. Також полегшують менструальний біль і забезпечують хороший контрацептивний ефект. Варто пам'ятати про куріння, ожиріння та інші фактори ризику.
- Гормон-вивільняючі ВМС [доказ 02487] A↑↑ зменшують кровотечу на 80–98% у більше ніж 90% пацієнок. Також полегшують менструальний біль і передменструальні симптоми і забезпечують контрацепцію на рівні стерилізації.
- Можлива резекція ендометрію [доказ 00846] A↑↑ чи деструкція шляхом термічної абляції [доказ 00846] A↑↑. Успіх досягається у 70–97%. Впродовж 4-х наступних років потреба у подальшому лікуванні виникає у 38% випадків. Ймовірність вагітності після цих втручань є низькою (близько 1%), однак потребу в контрацепції слід обговорити в будь-якому випадку.
- Гістеректомія [доказ 04285] A↑↑ може розглядатись у випадку неефективності чи неможливості проведення медикаментозної терапії. Гістеректомія [доказ 01679] A може виконуватись трансвагінально, лапароскопічно чи шляхом відкритої операції. Пацієнтку слід проінформувати щодо необхідності операції та надати час для прийняття рішення.
- Оскільки різні лікарські засоби мають різний механізм дії, вони можуть комбінуватись, якщо одним препаратом не вдається досягти значного терапевтичного ефекту.

Нерегулярні маткові кровотечі

- Нерегулярні маткові кровотечі зустрічаються дуже часто. Вони включають в себе: метрорагію, менометрорагію, поліметрорагію, олігоменорагію, проривні кровотечі, овуляторні кровотечі. У молодих жінок вони зазвичай є функціональними, крім випадків інфекції чи пов'язаної з вагітністю патології. Ймовірність органічних причин зростає з віком.

Етіологія

- Функціональні причини
 - Порушення гормональної регуляції на рівні гіпоталамусу, гіпофізу, яєчників
 - Недостатність лютеїнізуючого гормону
 - Овуляторні кровотечі
- Патологія матки
 - Проблеми, пов'язані з вагітністю, див. [\[настанова 00556 | Позаматкова вагітність\]](#), [\[настанова 00557 | Кровотечі протягом вагіт...\]](#)
 - Інфекції, такі як ендометрити чи сальпінгоофорити [\[настанова 00547 | Запальні захворювання жі...\]](#)
 - Субмукозні міоми [\[настанова 00544 | Доброякісні ураження і п...\]](#)
 - Аденоміоз, ендометріоз [\[настанова 00545 | Ендометріоз\]](#)
 - Поліпи шийки матки та ендометрію [\[настанова 00544 | Доброякісні ураження і п...\]](#)
 - Рак шийки та тіла матки [\[настанова 00544 | Доброякісні ураження і п...\]](#)
- Інші причини
 - ВМС
 - Дисфункція щитоподібної залози, гіперпролактинемія, діабет, ожиріння, системна інфекція чи захворювання сполучної тканини
 - Цироз печінки
 - Серцево-судинні захворювання, що спричиняють серцеву недостатність чи венозний застій
 - Дисфункція факторів згортання крові або лікування антикоагулянтами
 - Деякі препарати, такі як доксициклін, метоклопрамід, психотропні засоби, високі дози ацетилсаліцилової кислоти, спіронолактон, кетоконазол, протиепілептичні препарати та антиестрогени.
 - Гормональні контрацептиви

Функціональні аномальні маткові кровотечі

- Розлади овуляторних кровотеч

- У дівчаток з невеликим надлишком ваги можуть спостерігатись часті (< 23 днів), але регулярні кровотечі. Не потребують лікування за відсутності гормональних порушень.
- Низькі концентрації естрогенів на початку циклу можуть спричиняти кровомазання після менструації.
- Передменструальне кровомазання може бути пов'язане з функціональною патологією жовтого тіла. Гістологічні дослідження, отримані шляхом біопсії ендометрію, продемонструють ділянки секретуючих залоз і залоз, що знаходяться на стадії проліферації.
- У деяких жінок регулярні кровотечі асоціюються з овуляцією. Кровотеча триває від кількох годин до 1–2 днів і не потребує лікування. Причиною є швидке зниження рівня естрогену після овуляції.
- Наявність мідної ВМС підвищує ризик посткоїтальних кровотеч та кровотеч в середині циклу.
- Ановуляторні кровотечі
 - Ановуляція — найчастіша причина функціональних кровотеч.
 - Типовими є слабкі виділення після коротких циклів і тривалі профузні кровотечі після довгих циклів.
 - Гіпоталамічні порушення часто є причиною тимчасової відсутності овуляції у молодих жінок (наприклад, надмірний стрес, надлишкові навантаження, схуднення, системні захворювання чи полікістоз яєчників).
 - Дисфункція яєчників є частою причиною ановуляторних кровотеч у клімактеричному періоді.
 - Пролонгація цього стану може призвести до гіперплазії ендометрію.
 - Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ, [настанова 00953] Синдром полікістозних яє...) та ожиріння часто асоціюються з кровотечами, що пов'язано з резистентністю до інсуліну.
- Проривні кровотечі, асоційовані з гормональними контрацептивами.
 - Менструальні порушення часто зустрічаються впродовж перших місяців прийому пероральних прогестагенів, контрацептивних імплантів та гормон-вивільняючих ВМС.

- У пацієток, які приймають комбінований таблетований контрацептив, менструальні порушення зазвичай пов'язані з нерегулярним прийомом препарату, але етіологічним чинником також можуть бути фактори, що впливають на концентрацію гормонів і функціонування ендометрію.

Діагностика та обстеження

- Детально зібраний анамнез і фізикальне обстеження є найбільш важливими.
- Вибір діагностичного методу залежить від анамнезу та віку пацієнтки.
 - Виключення вагітності та інфекції.
 - Тест на вагітність один з двох: сечі або крові
 - Мазок на виявлення збудників інфекцій (хламідіоз, гонорея за потреби), СРБ, загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів.
 - Трансвагінальне ультразвукове дослідження [настанова 00551] Гінекологічне ультразвук... за можливості має проводитись усім пацієнткам. Дуже точно у діагностиці субмукозних міом, поліпів та гіперплазії ендометрію, але не замінює біопсію ендометрію [настанова 00533] Цитологічний скринінг на...
 - Інфузія сольового розчину в порожнину матки підвищує точність ультразвукового дослідження.
 - Біопсію ендометрію слід проводити старшим жінкам, (>45 років) [настанова 00533] Цитологічний скринінг на..., особливо за наявності факторів ризику раку матки [настанова 00544] Доброякісні ураження і п... (вік, ожиріння, діабет [настанова 01088] Злоякісні новоутворення ...).
 - Пап-тест, якщо не проводився впродовж останніх 12 місяців.
 - Гістероскопія, якщо результати ультразвукової діагностики не переконливі або якщо є потреба у біопсії певної зони ендометрію.
 - Необхідні лабораторні тести: ТТГ, пролактин, фактор згортання крові.

Лікування дисфункціональних кровотеч

- Якщо не було знайдено органічних причин для пояснення патологічної кровотечі і симптоми транзиторні, потреби в лікуванні немає.
- Можливе видалення ВМС (слід пам'ятати про контрацепцію) або, за бажанням пацієнтки, може бути обрана стратегія спостереження, за умови, що не було виявлено жодної органічної причини.
- Зазвичай, кровотеча може бути зупинена за допомогою гестагенів, найбільш придатним є норетистерон (5 мг тричі на день), норетистерону ацетат (10 мг двічі на день) і лінестренол (10 мг двічі на день). Їх слід призначати впродовж 10 днів. Після припинення лікування виникне кровотеча відміни (проінформуйте пацієнтку). У більшості випадків доцільно продовжувати циклічне лікування гестагенами у менших дозах впродовж 3 місяців.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу норетистерону ацетат - норетистерон

- Ефективною альтернативою довготривалого лікування є використання гормон-вивільняючих ВМС [доказ 02487] [A↑]. Вони дозволяють запобігти росту ендометрію, скоротити об'єм і тривалість кровотечі, полегшити менструальний біль, а також одночасно забезпечити контрацепцію, за ефективністю подібну до стерилізації.
- Одночасне призначення естрогену і гестагену впродовж 7–14 днів є найефективнішим методом зупинки гормональної кровотечі у кінці репродуктивного віку. Молодим жінкам слід призначати монофазні оральні контрацептиви по 3 таблетки на день впродовж тижня. За поганого самопочуття дозу слід знизити. Естрадіолу валерат 2 мг щоденно, у комбінації з гестагеном, слід призначати старшим жінкам і особам, що мають протипоказання до лікування синтетичними естрогенами. Припинення прийому препарату супроводжується кровотечею відміни. Якщо кровотечі відміни є профузними, за необхідності їх можна лікувати за допомогою транексамової кислоти та інгібіторів простагландинів.
 - Щоденне призначення оральних контрацептивів проводиться згідно з інструкцією. Тоді як лікування функціональних кровотеч продовжується циклічним прийомом гестагену з 15 по 24 дні циклу впродовж 3–6 місяців у менших дозах.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу естрадіолу валерат - естрадіол

- Кровотечі у жінок зі спадковими геморагічними розладами (хвороба фон Віллебранда, носії гемофілії А) можуть лікуватись десмопресином. Лікарський засіб призначається підшкірно чи як назальний спрей (одна доза 150 мкг щодня впродовж кровотечі для жінок з масою тіла меншою за 50 кг та 2 дози — якщо вага перевищує 50 кг).
- У випадку профузних нерегулярних кровотеч можливе призначення транексамової кислоти (1–1,5 г тричі на день) [Доказ 00245 | A↑↑] чи НППЗ (наприклад ібупрофену 400–600 мг тричі на день) [Доказ 02111 | A↑↑].
- Зазвичай у кюретажі ендометрію немає потреби. Гіперплазія ендометрію, як результат ановуляторних станів, потребує кюретажу, якщо кровотеча профузна і спричиняє анемію. У інших випадках, циклічні гестагени і гормон-вивільняючі ВМС застосовуються впродовж 6 місяців з наступною контрольною пайпель-біопсією ендометрію. За наявності неінформативного зразка чи неможливості проведення процедури, слід надати перевагу гістероскопії, а не кюретажу. Поліпи і субмукозні міоми слід видаляти шляхом гістероскопії.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [Пов'язані 00256 | Abnormal menstrual bleed...]
- Література [Пов'язані 00256 | Abnormal menstrual bleed...]

Джерела інформації

R1. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1992 Oct;46(4):327-34.

[PubMedID|1486771]

R2. Janssen CA, Scholten PC, Heintz AP. A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss. *Obstet Gynecol* 1995 Jun;85(6):977-82.

[PubMedID|7770270]

R3. Fraser IS, Critchley HO, Broder M et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med* 2011;29(5):383-90.

[PubMedID|22065325] [Веб|http://www.medscape.com/...]

Настанови

- [Настанова 00331](#). Спадковий дефіцит факторів згортання.
- [Настанова 00514](#). Hypothyroidism.

- [Настанова 00499](#). Оцінка пацієнта з ожирінням.
- [Настанова 00544](#). Доброякісні ураження і пухлини в гінекології.
- [Настанова 00997](#). Аденоміоз.
- [Настанова 00547](#). Запальні захворювання жіночих статевих органів.
- [Настанова 01088](#). Злоякісні новоутворення в гінекології.
- [Настанова 00551](#). Гінекологічне ультразвукове дослідження.
- [Настанова 00315](#). Залізодефіцитна анемія.
- [Настанова 00533](#). Цитологічний скринінг на рак шийки матки і біопсія ендометрію.
- [Настанова 00556](#). Позаматкова вагітність.
- [Настанова 00557](#). Кровотечі протягом вагітності (у першому і другому триместрах, до 28 тижнів).
- [Настанова 00545](#). Ендометріоз.
- [Настанова 00953](#). Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 07508](#). Daily iron supplementation for improving prevalence of anaemia and iron status in menstruating women.
Дата оновлення: 2016-12-27
Рівень доказовості: B
Резюме: Daily iron supplementation appears to be effective for reducing prevalence of anaemia and iron deficiency and raising haemoglobin and iron stores in menstruating women, but at the cost of gastrointestinal symptoms.
- [Доказовий огляд 07361](#). Tranexamic acid for treating heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in women with bleeding disorders.
Дата оновлення: 2017-01-08
Рівень доказовості: C↑
Резюме: Tranexamic acid may be effective and may be more effective than desmopressin for heavy menstrual bleeding in women with bleeding disorders.
Рекомендація: Tranexamic acid is recommended over desmopressin for the reduction of heavy menstrual bleeding in patients with bleeding disorders who do not accept or tolerate hormonal treatment.
- [Доказовий огляд 07362](#). Non-surgical interventions for treating heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in women with bleeding disorders.
Дата оновлення: 2017-01-08
Рівень доказовості: D
Резюме: Desmopressin might possibly be effective for heavy menstrual bleeding compared to placebo in women with bleeding disorders. Tranexamic acid may be more effective than desmopressin.

- [Доказовий огляд 02487](#). Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2017-01-24
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG IUS) is effective for heavy menstrual bleeding reducing menstrual blood loss by 80-95 percentage. LNG IUS is more effective than drug therapy, and appears to be as effective as endometrial ablation.
Рекомендація: Levonorgestrel-releasing intrauterine device is recommended for heavy menstrual bleeding as therapy of choice for patients who accept an intrauterine device.
- [Доказовий огляд 00846](#). Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2014-05-22
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Both hysterectomy and endometrial resection and ablation are effective treatments for heavy menstrual bleeding, but hysterectomy may be superior for permanency of the result.
Рекомендація: Endometrial resection or endometrial ablation are recommended over total hysterectomy for heavy menstrual bleeding when non-surgical treatments do not offer enough relief. Hysterectomy is more invasive and carries a risk of urinary incontinence.
- [Доказовий огляд 07215](#). Progestogen-releasing intrauterine system for uterine fibroids.
Дата оновлення: 2013-11-12
Рівень доказовості: D↑
Резюме: Progestogen-releasing intrauterine system might possibly reduce menstrual blood loss in premenopausal women with uterine fibroids compared with combined oral contraceptives.
Рекомендація: Progestogen-releasing intrauterine system is suggested over oral contraceptives for the reduction of heavy menstrual bleeding in patients with uterine fibroids who do not accept surgical treatment.
- [Доказовий огляд 05259](#). Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids.
Дата оновлення: 2015-08-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Uterine artery embolization (UAE) for symptomatic uterine fibroids offers a shorter hospital stay and a quicker return to routine activities as compared to hysterectomy or myomectomy but is associated with more minor complications.
- [Доказовий огляд 00245](#). Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2018-05-04
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Tranexamic acid is effective in heavy menstrual bleeding reducing blood loss up to 50 per cent compared with placebo and appears to be more effective than other medical therapies (NSAIDs, progestagens, and ethamsylate) but less effective than levonorgestrel intrauterine system.
Рекомендація: Tranexamic acid is recommended for the reduction of heavy menstrual bleeding in patients who do not accept or tolerate hormonal treatment.

- [Доказовий огляд 02111](#). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2014-04-15
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: NSAIDs are effective for heavy menstrual bleeding compared with placebo but are less effective than either tranexamic acid, danazol, or the levonorgestrel releasing intrauterine system.
Рекомендація: NSAIDs are recommended for patients with heavy menstrual bleeding and dysmenorrhea who do not accept or tolerate hormonal treatment and who do not have a bleeding disorder.
- [Доказовий огляд 02196](#). Combined oral contraceptives for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2013-05-29
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Combined oral contraceptives are effective for heavy menstrual bleeding compared with placebo.
Рекомендація: Combined oral contraceptives are recommended for heavy menstrual bleeding in patients with need for contraception and no contraindications for combined hormonal contraception, and who do not want levonorgestrel-releasing intrauterine system.
- [Доказовий огляд 04285](#). Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding.
Дата оновлення: 2016-10-27
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Surgery, especially hysterectomy, is more effective than medical treatment in reducing heavy menstrual bleeding at one year. Surgery and levonorgestrel-releasing intrauterine device are both effective in improving quality of life.
Рекомендація: Hysterectomy is recommended for heavy menstrual bleeding as a permanent relief only when other options have failed, since surgery is associated with potential adverse effects such as urinary incontinence.
- [Доказовий огляд 01679](#). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease.
Дата оновлення: 2015-08-21
Рівень доказовості: A
Резюме: Return to normal daily activities is shorter after vaginal hysterectomy compared to abdominal hysterectomy and may be shorter after vaginal hysterectomy compared to laparoscopic hysterectomy in benign gynaecological diseases. There may be no difference between the vaginal and laparoscopic hysterectomy. Compared to abdominal hysterectomy, laparoscopic approach appears to have shorter return to daily activities but the operation time may be longer and there may be a greater risk of urinary tract injuries.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00536 Ключ сортування: 025.013 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-08-31

Автор(и): Ritva Hurskainen Редактор(и): Heidi Alenius Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Gynaecology Endocrinology

Ключові слова індексу

mesh: anovulatory bleeding mesh: ovulatory bleeding disorder mesh: Metrorrhagia mesh: Menorrhagia
mesh: Menstruation Disturbances mesh: Gynaecological bleeding Gynaecological haemorrhage
mesh: dysfunctional uterine bleeding mesh: Corpus Luteum Hormones mesh: Progestins mesh: Menarche
mesh: Menstrual Cycle mesh: menorrhagia mesh: Estrogens mesh: endometrial ablation mesh: Uterus
mesh: ovulation bleeding mesh: Ovulation mesh: Adenomyoma mesh: Oligomenorrhea mesh: hormone-releasing IUD
mesh: polymenorrhea mesh: Ibuprofen mesh: Intrauterine Devices mesh: corpus luteum insufficiency
mesh: Mefenamic Acid mesh: Curettage mesh: norethindrone acetate mesh: Norethindrone mesh: Diclofenac
mesh: Amenorrhea mesh: Naproxen mesh: lynestrenol mesh: Tranexamic Acid mesh: spotting
mesh: Contraceptives, Oral, Combined mesh: von Willebrand Disease mesh: progestins, cyclic speciality: Endocrinology
speciality: Gynaecology icpc-2: X05 icpc-2: X06 icpc-2: X07 icpc-2: X08