

Межрегиональная научно-практическая конференция «Неделя Женского Здоровья – 2019».

«Современные методы диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии»
12–13 ноября 2019г, Нижний Новгород.

The background of the slide is a photograph of a city, likely Nizhny Novgorod, featuring a wide river in the foreground, a dense urban area with various buildings in the middle ground, and a prominent hill with a large church and a tall apartment building in the background under a clear blue sky.

«Оптимизация диагностики и лечения
МИОМ и АМК с позиции
современных классификаций.
Рекомендация клинициста».

Зиновьев А.Н.,
к.м.н., доцент кафедры акушерства и
гинекологии ПИМУ, Нижний Новгород.

«Миома» матки — термин впервые использовал Virchow R.L.

- Доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Возникает у 20 — 40% женщин репродуктивного возраста.

Клинические симптомы

- Маточные кровотечения и анемия
- Боль
- Нарушения функции соседних органов
- Бесплодие
- Невынашивание беременности
- Снижение качества жизни

МКБ 10:

- Д25 – Лейомиома матки
- Д25.0 Подслизистая лейомиома матки
- Д25.1 Интрамуральная миома матки
- Д25.2. Субсерозная лейомиома матки
- Д25.9. Лейомиома неуточненная

Клинико-анатомическая классификация

Основана на принципе локализации миом в различных отделах матки и росте опухоли по отношению к мышечному слою:

- **Интрамуральные** — м б боль и кровотечение
- **Субмукозные** — всегда кровотечение и, часто, боль по типу схваток
- **Субсерозные** — бессимптомные, реже боль, частое мочеиспускание
- **Межсвязочные** - боль
- **Шеечные и перешеечные** — боль, нарушение функции соседних органов

- **В теле матки — 95% (типичные), в шейке — 5% (атипичные)**
- **Одиночная миома и множественная (2 и более узлов), узлы до 5 см - небольшие, узлы > 5 см — большие.**

Клинико-анатомическая классификация

- Позволяет по расположению узлов предполагать клиническую картину и, наоборот, по клинической картине предполагать расположение узлов
- Чем точнее мы знаем расположение узлов, тем более точным и правильным будет принятие решения о выборе метода дополнительной диагностики (при необходимости, например - ГС) и выборе методики лечения.

С развитием новых методов диагностики и лечения (УЗИ, эндоскопия) классификация изменялась и становилась более совершенной и конкретной

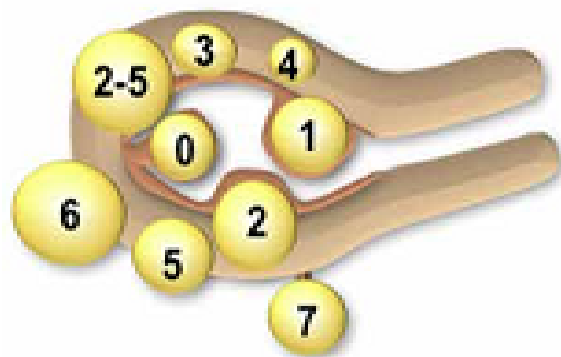
Гистероскопическая классификация

Субмукозных узлов в зависимости от интрамурального компонента принята Европейской ассоциацией гистероскопистов в 1995 г, предложена Wamsteker (1993г):

- **0 тип** - узлы на ножке (без интрамурального компонента),
- **1 тип** - узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50% (большая часть узла в полости),
- **2 тип** - узлы на широком основании с интрамуральным компонентом более 50% (меньшая часть в полости).

Для субмукозных узлов, деформирующих полость матки **типичны** периодическая **схваткообразная боль, АМК по типу ОМК и ММК** – межменструальных маточных кровотечений.

С учетом развития УЗИ-диагностики

Leiomyoma
Subclassification System

Тип	Код в классификации	Характеристика
Субмукозный	0	Подслизистая миома на ножке, локализованная полностью в матке
	1	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки более 50%
	2	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки менее 50%
Другой	3	Интрамуральная миома, контактирующая с эндометрием; полностью внутристеночная
	4	Интрамуральная
	5	Субсерозно-интрамуральная миома, выступающая в полость брюшины менее 50%
	6	Субсерозно-интрамуральная миома, выступающая в полость брюшины более 50%
	7	Субсерозная миома на ножке
	8	Специфическая миома (например, цервикальная)
Гибридный	Вовлечены как эндометрий, так и серозная оболочка. В коде указывают две цифры через «дефис». Первая цифра отображает связь с эндометрием, вторая — с серозной оболочкой	

По клиническим проявлениям:

- бессимптомная миома матки (50-80% случаев) – без клинических проявлений;
- симптомная миома матки (20-50% случаев) – с клиническими проявлениями.

- Знание классификации необходимо не только клиницисту, но и врачу УЗИ. Сегодня клиницист не может принять правильное решение по формированию диагноза и определению тактики лечения без УЗИ матки и придатков.
- К сожалению, многие клиницисты и врачи УЗИ не знают современной классификации FIGO и не используют ее в повседневной практике, что приводит к многочисленным ошибкам как диагностики так и выбора рациональной терапии для конкретного пациента.
- Преимущество классификации FIGO еще и в том, что описание расположения узлов в матке становится не только более адекватным, но и более коротким, что облегчает «писательский» труд врача.

Пример, Б-я Т., 41 год

- **Жалобы:** на обильные менс в течение 1,5 лет, последнее время усиливаются боли, слабость, недомогание, головокружение, снижение Нв. **Отправления в норме.**
- **Анамнез:** наблюдается регулярно по поводу миомы матки небольших размеров, получала антианемическую терапию, гормонального лечения не было, по УЗИ узлы стали определять с 2017г (2,5 года), отмечается **рост узлов в динамике. Нв – 100 г/л**(на фоне антианемической терапии). Оперативное лечение как вариант рассматривать не хочет.
- **В зеркалах:** эпителий ш/м без повреждений, стенки розовые
- **Бимануально:** матка в антэ-, увеличена до 9 нед бер, бугристая за счет множественных узлов, подвижная, придатки не опр-ся.

Пример, Б-я Т., 41 г.

• **Клинический д-з:** О.З. Множественная миома матки (9 нед)

О.О.З. АМК – ОМК – L?. Болевой с-м. Анемия 1 ст.

С.З. Состояние после Д/к ш/м в анамнезе.

Без УЗИ сложно принять решение о необходимости ГС, лечении. Как описывается УЗИ с учетом клинико-морфологической классификации:

УЗИ на 10д – антэ-, 87х75х99мм, в передней стенке опр-ся 4 узла субсерозно-интерстициальной локализации – 6,8,9,12 мм, по правому ребру у перешейка узел 42 мм интерстициальной локализации, расстояние до полости 5 мм, в дне узел 60х50 мм прилежит к эндометрию, не деформируя полость матки, в задней стенке узел 25 мм, субмукозный, более чем на ½ выступает в полость, энд 5 мм, яичники 4 см³ и 8 см³, содержат по 5-6 фол до 10 мм.

Пример, Б-я Т., 41 г.

- А вот как может быть описано УЗИ с учетом классификации FIGO:

УЗИ – 10д – антэ-, 87х75х99 мм, в передней стенке опр-ся 4 узла 5-6 типа – 6,8,9,12 мм, по правому ребру у перешейка узел 42 мм 4 типа, в дне узел 50х60 мм 3 типа, из задней стенки исходит узел 25 мм 1 типа, энд 5 мм, яичники 4 см³ и 8см³, по 5-6 фол до 10мм.

В первой записи **346 символов** и менее ясная картина, во второй – четкая картина и всего **200 символов!**

Можно более четко сформировать диагноз и принять решение о тактике.

Пример 1, Б-я Т., 41 г.

- **Окончательный д-з:**

О.З. Множественная миома матки (9 нед, 7 узлов) с наличием узла 1 типа 25 мм, узла 3 типа 60 мм.

О.О.З. АМК – ОМК – L_{1,3}. Болевой с-м. Анемия 1 ст.

С.З. Состояние после Д/к ш/м в анамнезе.

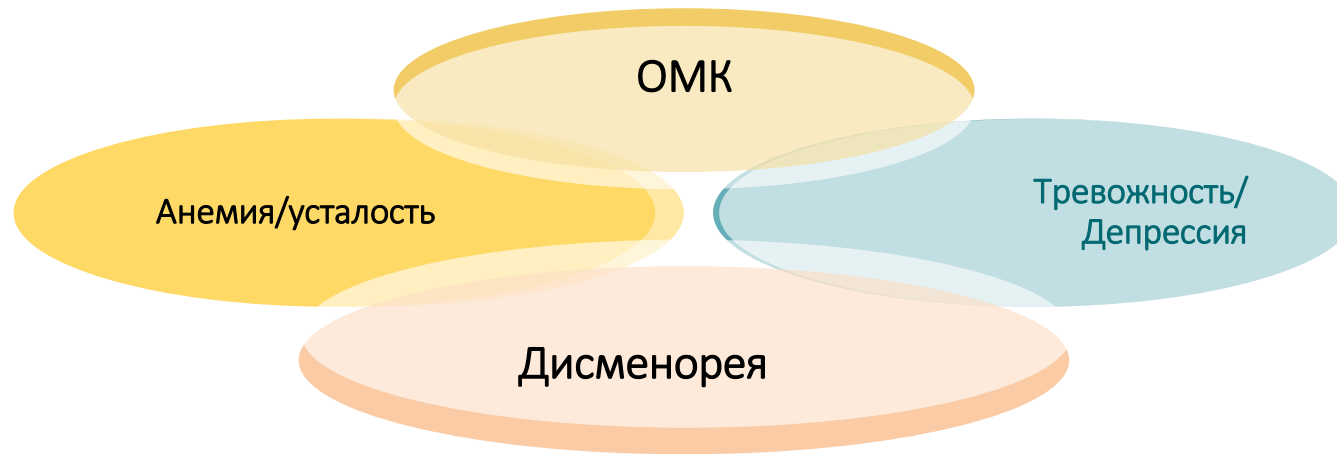
Можно обсуждать с пациенткой варианты лечения:

ЭМА, аГН-РГ, СМРП – Улипристал,

затем ГС-резекция или наоборот,

сначала ГС, затем – гормональная терапия

АМК - ОМК, анемия, усталость и депрессия взаимосвязаны



Решение в предотвращении!

ОМК - Обильные менструальные кровотечения

Новость в гинекологии 2018

В конце 2018 года вышел пересмотр 2х классификаций FIGO*:



Изменение
терминологии для
нормального и
аномального
кровотечения



Изменение
классификации
PALM-COEIN

FIGO SPECIAL ARTICLE
Gynecology

WILEY

International
Gynecology
Obstetrics
FIGO

The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions

Malcolm G. Munro^{1,2,*} | Hilary O.D. Critchley³ | Ian S. Fraser⁴ | for the FIGO Menstrual Disorders Committee

*FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics; Международная Федерация Акушерства и Гинекологии

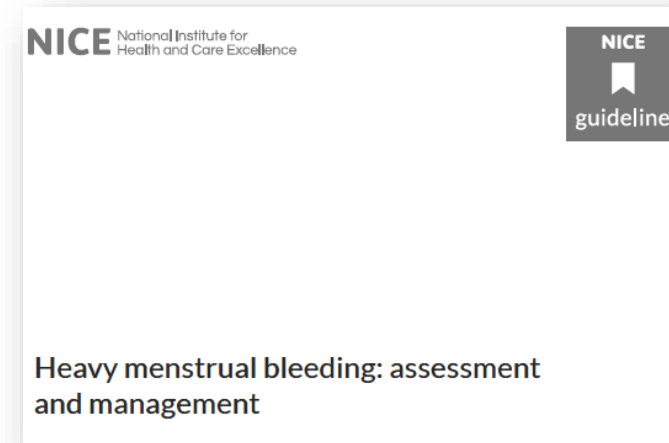
Категория	Нормальное	Аномальное	☐
Частота	Отсутствие (нет менструаций или кровотечений) = аменорея		☐
	Частые (<24 дней)		☐
	Нормальные (от 24 до 38 дней)		☐
	Редкие (>38 дней)		☐
Длительность	Длительные (>8 дней)		☐
	Нормальные (≤ 8 дней)		☐
Регулярность	Регулярное изменение (от самого короткого до самого длинного ≤ 9 дней)		☐
	Нерегулярные (от самого короткого до самого длинного больше 10 дней)		☐
Объём выделений	Обильные		☐
	Нормальные		☐
	Скудные		☐
Межменструальное кровотечение (ММК) <i>Кровотечение между циклически регулярным началом менструации</i>	Отсутствует		☐
	Беспорядочное		☐
	Циклическое (предсказуемое)	Начало цикла	☐
		Середина цикла	☐
		Конец цикла	☐
Неплановое кровотечение во время гормональной терапии (например, оральные контрацептивы, контрацептивные кольцо или пластырь)	Не применимо (не применяет гормональную терапию)		☐
	Отсутствует (применяет гормональную терапию)		☐
	Наблюдается		☐

Характеристика нормального и аномального кровотечения

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) определяются их влиянием на качество жизни женщины

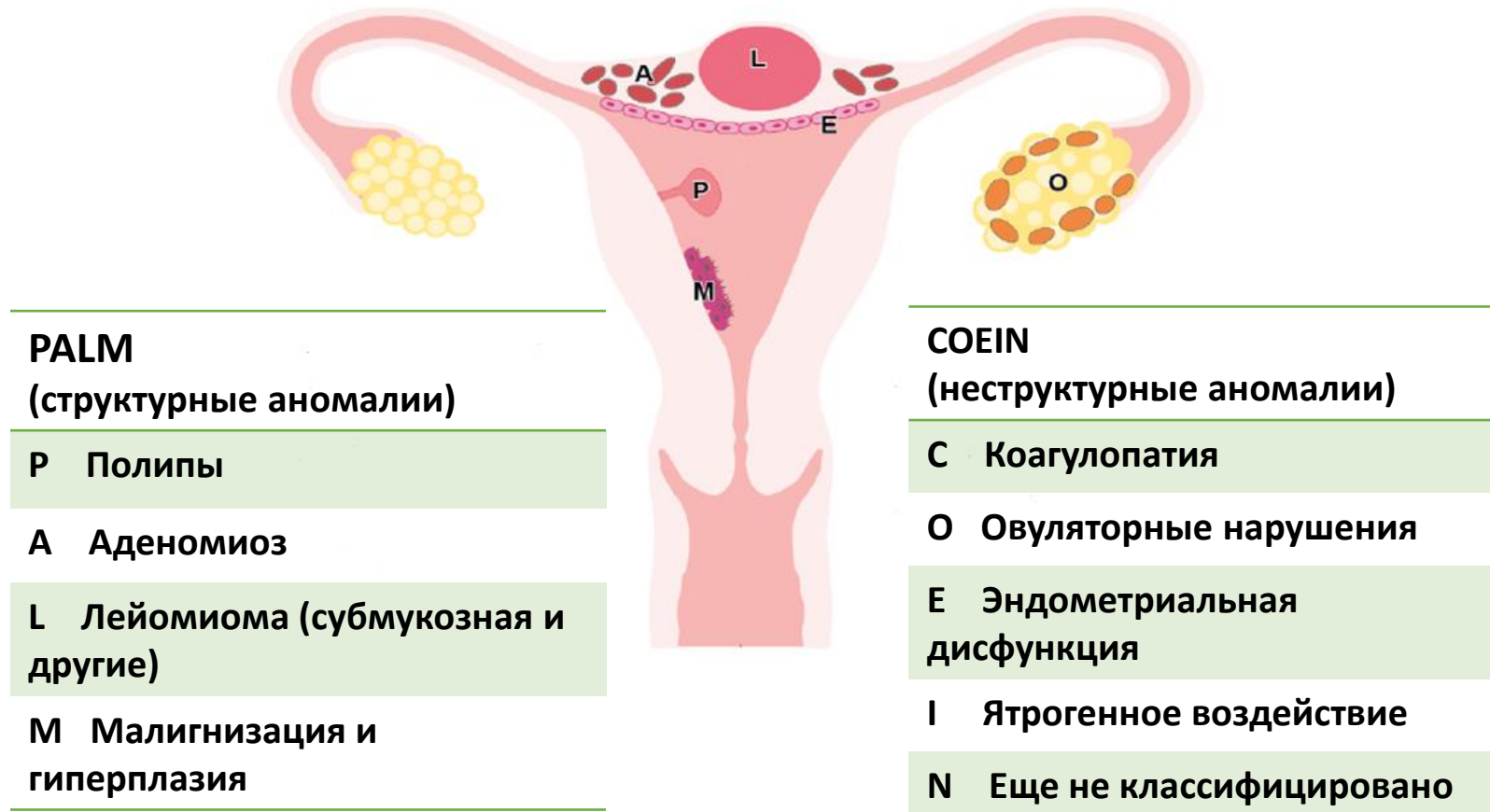
... не нужно уделять большого внимания вопросу точного
определения кровопотери¹

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) определяются как избыточная менструальная кровопотеря, которая влияет на **физическое, эмоциональное, социальное и материальное качество жизни женщины**, которое может проявляться как единственный симптом, либо в сочетании с другими симптомами¹



Н.В.! Целью любого вмешательства должно быть
повышение качества жизни женщины (С)

Классификация **PALM-COEIN** выделяет 9 причин АМК и разделяет их на *структурные (органические)* и *неструктурные (неорганические)*



Классификация FIGO причин АМК, адаптировано из Rohan Chodankar et al.

АМК – аномальные маточные кровотечения

Rohan Chodankar et al., Biomarkers in Abnormal Uterine Bleeding

Downloaded from <https://academic.oup.com/biolreprod/advance-article-abstract/doi/10.1093/biolre/boy231/5154908> by Bayer AG / Bayer Business Services user on 14 November 2018

После соответствующего обследования выставляется диагноз в соответствии с PALM-COEIN

Например, доктор выявил 2 причины кровотечения – миома и овуляторная
дисфункция :

**AUB – аномальное маточное
кровотечение**

**L – миома
O – овуляторная дисфункция**

В соответствии с классификацией, необходимо :
1) засвидетельствовать сам факт аномального кровотечения
2) присвоить одну/несколько из 9 причин кровотечения

Клинический пример

Оценка менструального цикла

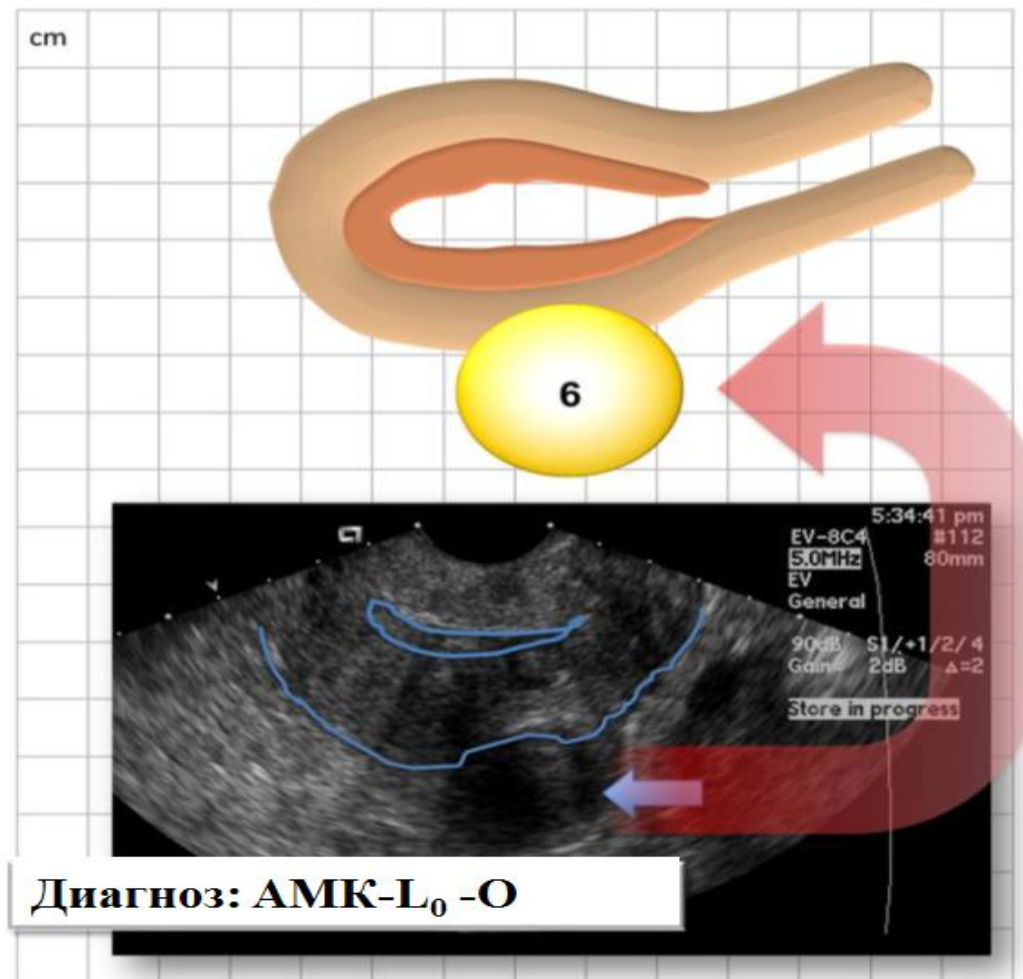
- Частота: 33 дня
- Регулярность: ± 3 дня
- Длительность менс: 9 дней
- Объём: обильные/нормальные
- Межменструальные кровотечения: -

Классификация PALM-COEIN

- Миома: 6 тип узла
- Овуляторная дисфункция

	Да	Нет	?
P		X	
A		X	
L ₀	X		
M		X	

C		X	
O	X		
E		X	
I		X	
N		X	



Диагноз: АМК-L₀-O

Оценка менструального цикла

- Частота: 30 дней
- Регулярность: ± 2 дня
- Длительность: 10 дней
- Объем: обильные
- Межменструальное кровотечение: -

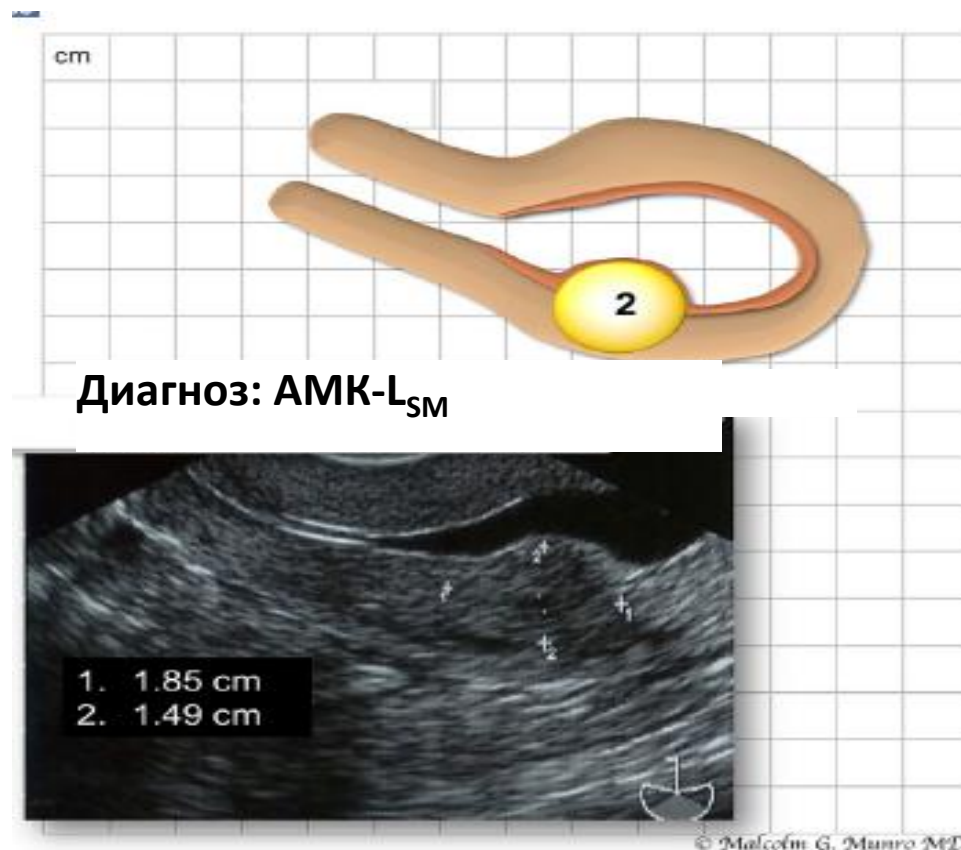
Классификация PALM-COEIN

- Лейомиома: Тип 2

	Да	Нет	?
Р		X	
А		X	
L _{SM}	X		
М		X	

С		X	
О		X	
Е		X	
І		X	
N		X	

Клиническая задача №1



Оценка менструального цикла

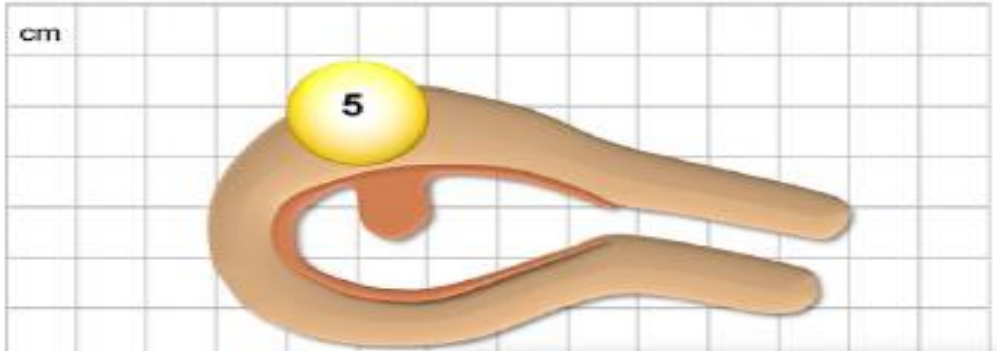
- Частота : 31 день
- Регулярность: ± 3 дня
- Длительность: 4 дня
- Объем: нормальный
- Межменструальное кровотечение: +

Классификация PALM-COEIN

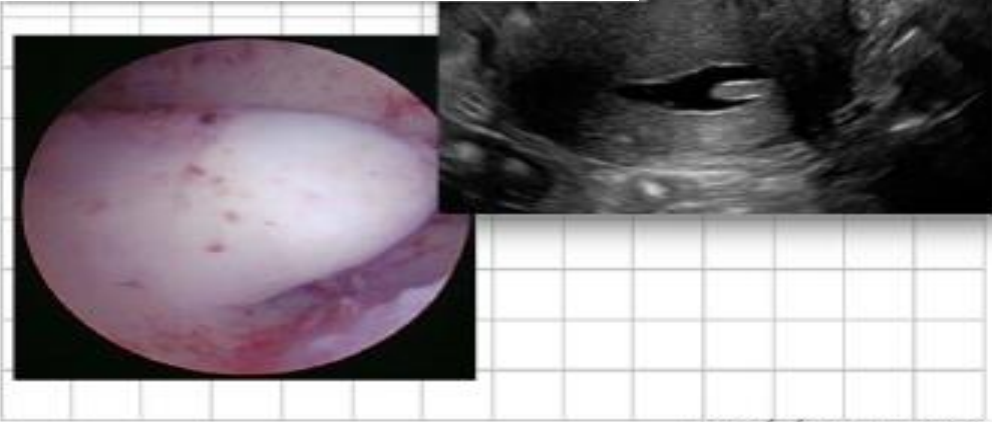
- Полип: эндометриальный
- Лейомиома: Тип 5

	Да	Нет	?
Р	X		
А		X	
L ₀	X		
М		X	
С		X	
О		X	
Е		X	
І		X	
N		X	

Клиническая задача №2



Диагноз: АМК-Р; -L₀



© Malcolm G. Munro MD

Оценка менструального цикла

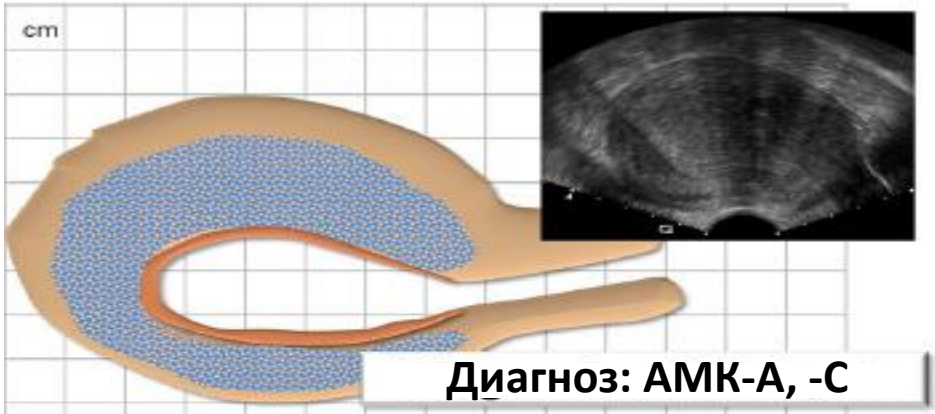
- Частота: 33 дня
- Регулярность: ± 3 дня
- Длительность: 9 дней
- Объем: обильные
- Межменструальное кровотечение: -

Классификация PALM-COEIN

- Аденомиоз
- Коагулопатия (болезнь фон Виллебранда, тип 1)

	Да	Нет	?
Р		X	
A	X		
L		X	
M		X	
C	X		
O		X	
E		X	
I		X	
N		X	

Клиническая задача №3



Диагноз: АМК-А, -С

Тест	Результат	Норма	Интерпретация
Фактор фон Виллебранда	45%	55-200%	+
Ристоцетин кофактор	17 МЕ/дЛ	50-200 МЕ/дЛ	+
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	45 сек	28-38 сек	+
Протромбиновое время (ПВ)	17 сек	9.5-13.8 сек	+
Фактор VIII	36	55-200%	+

Основные изменения в классификации PALM-COEIN: пересмотр FIGO 2018 г

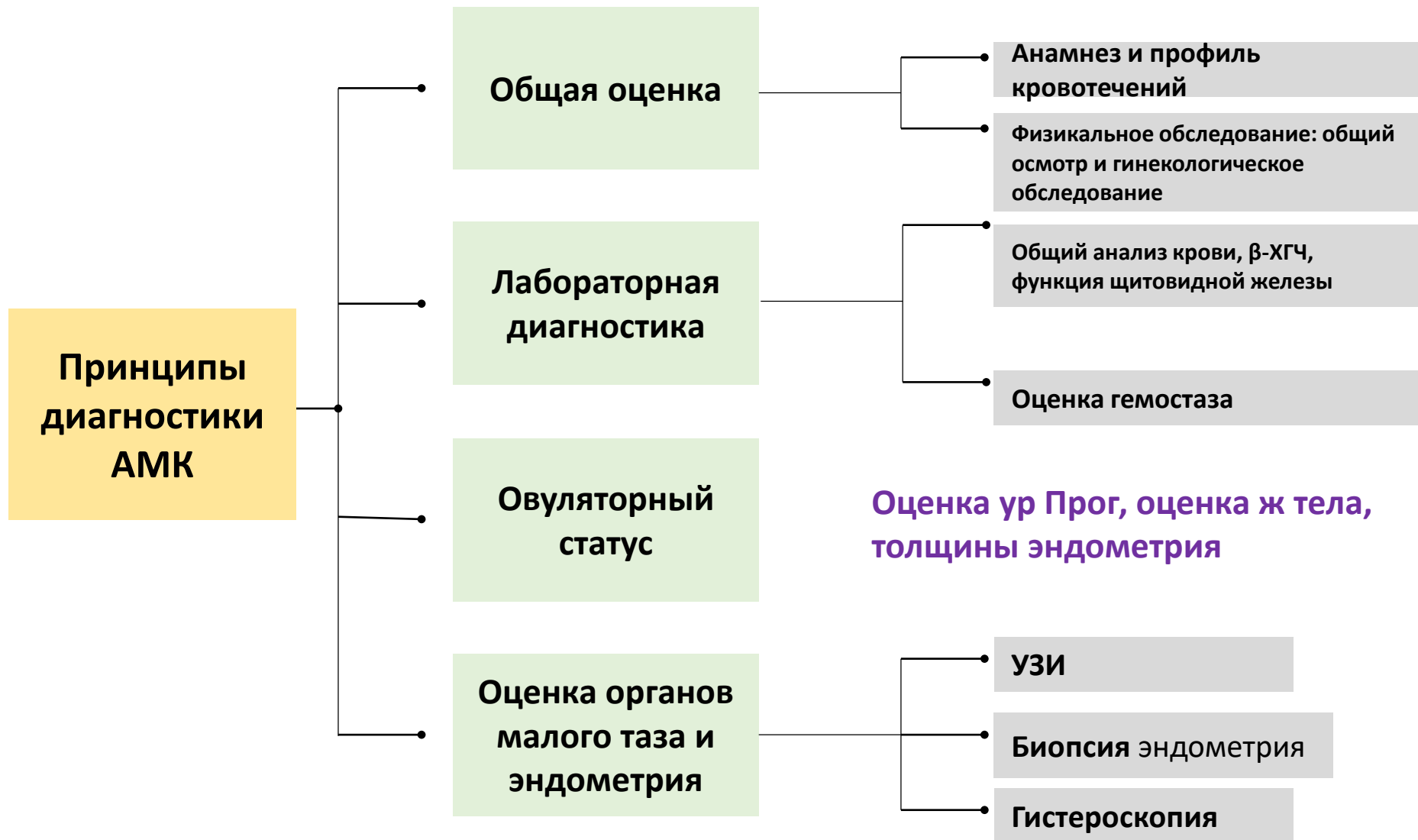
Категория	Изменение
АМК-А	Улучшенные критерии ультразвуковой диагностики
АМК-L	Определение 3 типа узла как субмукозная миома матки Введены определение и отличия между узлами: • Типа 0 и 1; 6 и 7 • Типа 2 и 3; 4 и 5
АМК-С	Больше не содержит АМК, связанные с препаратами, которые нарушают свёртывание крови и теперь они включены в АМК-I
АМК-I	Теперь содержит АМК, связанные с любой ятрогенией , включая использование антикоагулянтов и препаратов, влияющих на овуляцию
АМК-О	Введены новые диагностические пороговые изменения характеристик нормального кровотечения и цикла, описанные ранее Больше не включает в себя овуляторные расстройства, связанные с лекарствами, известными или подозреваемыми в нарушении овуляции
АМК-N	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий» Кратко обсуждается потенциально новая причина АМК - так называемая «ниша» или истмоцеле нижнего сегмента матки после кесарева сечения

АМК – аномальное маточное кровотечение

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics; Международная Федерация Акушерства и Гинекологии

Согласно решению Международной Федерации Акушеров Гинекологов (FIGO), такие термины как **дисфункциональные кровотечения, меноррагия, метроррагия, гиперменорея, менометроррагия и олигоменорея** должны быть признаны устаревшими и заменены **АМК - аномальными маточными кровотечениями**





АМК – аномальное маточное кровотечение; ХГЧ – хорионический гонадотропин; УЗИ – ультразвуковое исследование

Диагностика АМК



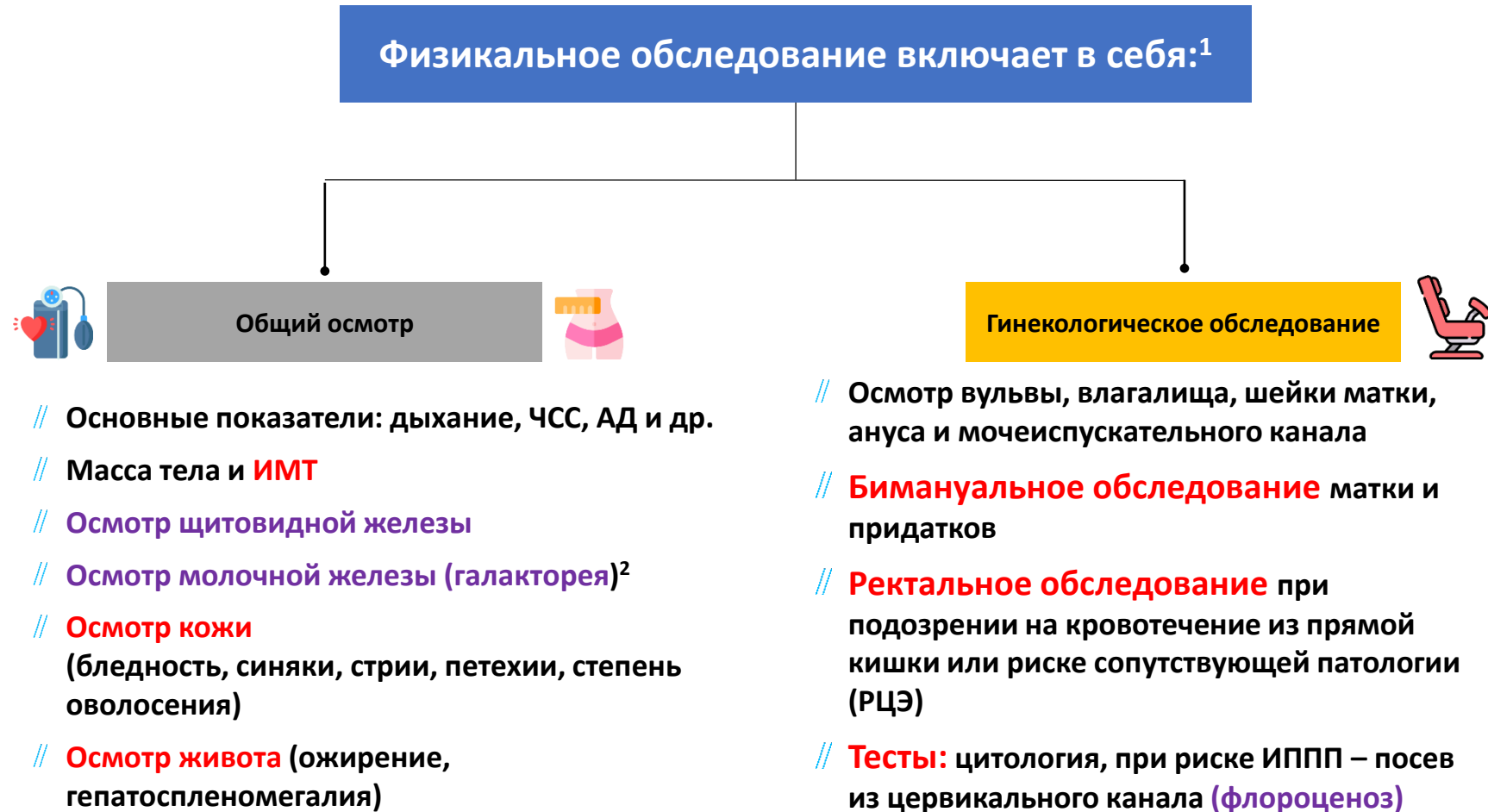
Гинеколог при оценке АМК в первую очередь должен быть уверен, что кровотечение **не связано с беременностью** (подтверждается **β-ХГЧ** в крови/моче)¹



Женщина должна описать, как изменился ее профиль кровотечений за последнее время: **объем, продолжительность, частоту, регулярность, наличие боли, ПМС, посткоитальных или межменструальных кровотечений**. Это помогает дифференцировать овуляторные от ановуляторных кровотечений. **Например:** овуляторные обычно регулярные и ассоциированы с дисменореей и ПМС^{2,3}

ХГЧ – хорионический гонадотропин; АМК – аномальное маточное кровотечение; ПМС – предменструальный синдром

Тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование часто позволяют выявить причину АМК и выбрать тактику дальнейшего обследования и лечения¹



ЧСС – частота сердечных сокращений; АД – артериальное давление; ИМТ – индекс массы тела;

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

Визуализационные методы диагностики и ГС дают врачу дополнительную информацию для оценки состояния пациентки и выбора тактики лечения¹

Рекомендации:

// при АМК, трансвагинальное УЗИ должно быть первым диагностическим методом выбора (I-A)

// Солевая инфузионная соногистерография(?) и диагностическая гистероскопия должны применяться для диагностики и описания дискретных внутриматочных аномалий, таких как субмукозная миома (I-A)

УЗИ

- ☐ Желательно проводить с 4 по 6 день цикла
- ☐ Толщина эндометрия варьирует от цикла к циклу: в фолликулярную фазу 4-8 мм, 8-14 мм в лютеиновую фазу

Солевая инфузионная соногистерография

- ☐ Схожая диагностическая точность с гистероскопией (81,3% vs 87,5%), но менее болезненная! ²
- ☐ **Полезный метод(?)** визуализации перед запланированной гистероскопией/лапароскопией при миомах, полипах, аномалиях матки для обеспечения безопасного хирургического вмешательства
- ☐ Может устранить необходимость проведения МРТ

МРТ

- ☐ Используется редко
- ☐ Может быть полезным для выявления точного расположения миомы при планировании операции, а также перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки
- ☐ **Альтернатива при невозможности проведения УЗИ/гистероскопии** (при врожденных аномалиях)

Гистероскопия

- ☐ **Прямая биопсия** под контролем зрения является основным преимуществом перед «слепой» дилатацией и выскабливанием полости матки
- ☐ **Может выполняться в амбулаторных условиях (Офисная ГС)** с/без анестезии или в операционной под местной/общей анестезией

АМК – аномальное маточное кровотечение; УЗИ – ультразвуковое исследование; МРТ – магнитно-резонансная томография

Оценка эндометрия и биопсия:

Дилатация ЦК и выскабливание больше не является стандартом первоначальной оценки эндометрия

Рекомендации

- Биопсия эндометрия при кровотечении показана **женщинам старше 40 лет** или при отсутствии эффекта медикаментозной терапии, **а также молодым женщинам** с факторами риска рака эндометрия (II-2A,
- **при неэффективности лечения,**
- **значительных межменструальных кровотечениях,**
- целесообразность проведения биопсии эндометрия рассматривается **у ж-н с редкими менструациями при ановуляторных циклах**
- **Офисная биопсия (Пайпель) эндометрия должна заменить дилатацию ЦК и выскабливание полости матки** в качестве начальной оценки состояния эндометрия для этих женщин (II-2A)
- Биопсию очаговых поражений эндометрия следует выполнять под контролем гистероскопии (II-2A)

Факторы риска рака эндометрия

Возраст
Ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м ²)
Отсутствие родов в анамнезе
Синдром поликистозных яичников
Сахарный диабет
Неполипозный колоректальный рак в семейном анамнезе

ГС + Биопсия позволяет выявить
90% случаев рака



Алгоритм оценки матки при АМК

- Гинекологический осмотр
- УЗИ, а далее, **при отсутствии структурных изменений**, в зависимости от факторов риска рака – Пайпель-биопсия или ГС – прицельная биопсия или тотальная;
- При подтверждение неоплазии – лечение М.
- при исключении предрака и рака – лечение АМК, предположительно – Е или О.
- **При наличии структурных изменений** – ГС – офисная или стационарная в зависимости от выраженности изменений по УЗИ (**размер полипа, миомы и т д**) – лечение структурных изменений – АМК -Р, А, L.

После исключения злокачественных новообразований и патологии органов малого таза **в качестве первой линии терапии АМК следует рассматривать медикаментозное лечение**

Эффективные лекарственные препараты для терапии АМК

Лекарственные препараты

Негормональные

- НПВП
- Антифибринолитики

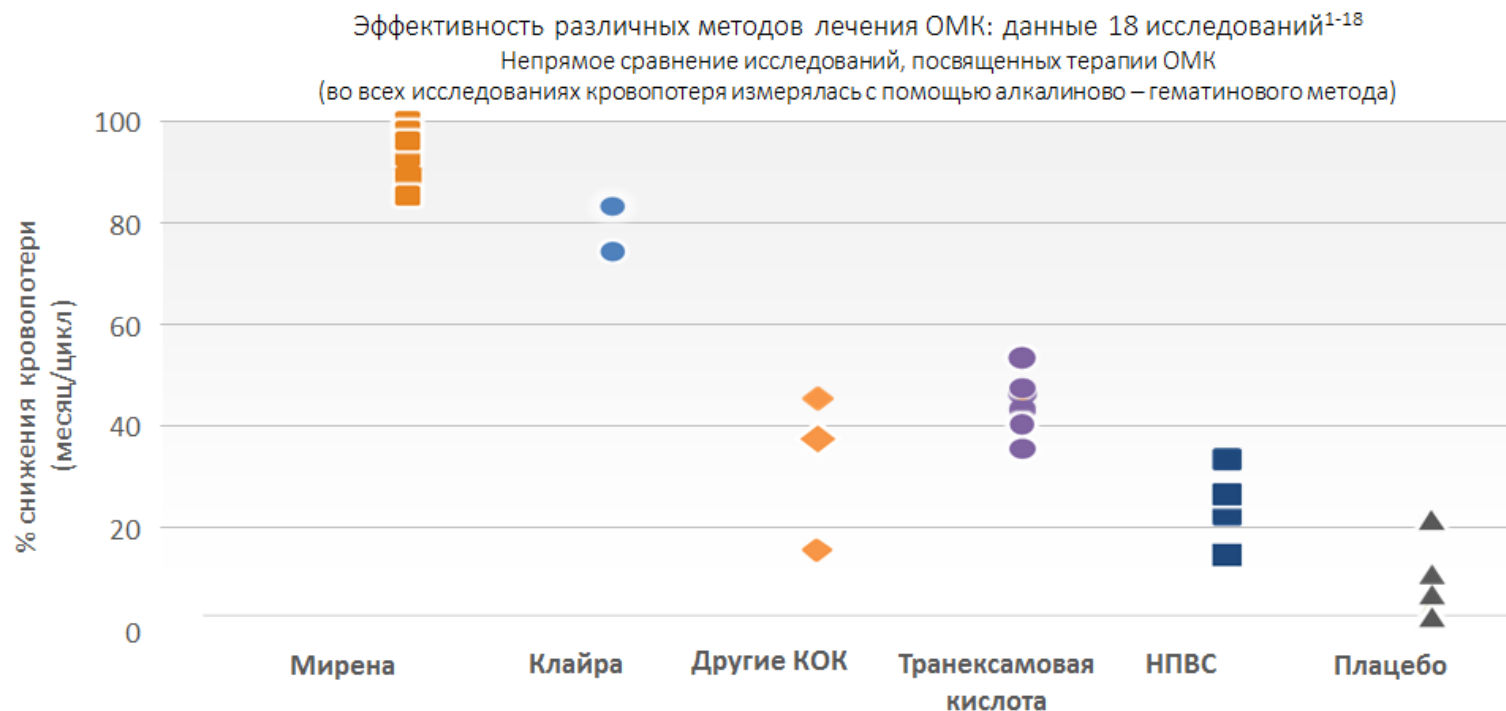
Гормональные

- КОК
- ЛНГ-ВМС
- Оральные **прогестины** (пролонгированный прием, с 5 по 26 день цикла)
- Депо **медروксипрогестерона ацетата** (ДМПА)
- **Даназол**
- **Агонисты** гонадотропных релизинг-гормонов (**аГнРГ**)

Лечение следует проводить с учетом терапевтических целей конкретной женщины, ее желания использовать контрацепцию, сопутствующих заболеваний и переносимости побочных эффектов. Учет этих факторов будет содействовать соблюдению пациенткой лечения и максимизирует вероятность терапевтического успеха (III)

ЛНГ - левоноргестрел; ВМС - внутриматочная система; АМК - аномальные маточные кровотечения, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, КОК- комбинированные оральные контрацептивы

Препараты Клайра® и Мирена® зарегистрированы и продемонстрировали наиболее значимый эффект в снижении кровопотери при лечении ОМК



- // Эффективность, приемлемость и качество жизни при использовании ЛНГ-ВМС сходны с таковыми при хирургическом лечении АМК, включая аблацию эндометрия и гистерэктомию (I-A)¹⁹
- // Комбинация эстрадиола с диеногестом в динамическом режиме обеспечивает значимое, быстрое и устойчивое снижение величины кровопотери (I-A).¹⁹

ЛНГ - левоноргестрел; ВМС - внутриматочная система; АМК/ОМК - аномальные /обильные маточные кровотечения, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, КОК- комбинированные оральные контрацептивы

1. Sayed GH, et al. Int J Gynecol Obstet 2011;112:126–30; 2. Anderson FD, et al. BJOG 1990;97:690–4; 3. Tan SL, et al. Contraception 1995;51:231–5; 4. Xiao B, et al. Fertil Steril 2003;79:963–9; 5. Shabaan MM, et al. Contraception 2011;83:48–54; 6. Freeman EW, et al. AJOG 2011;205:319.e1–7; 7. Kaunitz A, et al. Obstet Gynecol 2010; 116:625–32; 8. Edlund M, et al. BJOG 1995;102:913–7; 9. Fraser IS, et al. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1991;31:66–70; 10. Lukes AS, et al. Obstet Gynecol 2010; 16:865–75; 11. Reid PC, et al. BJOG 2005;112:1121–5; 12. Milsom I, et al. AJOG 1991;164:879–83; 13. Irvine GA, et al. BJOG 1998;105:592–8; 14. Preston JT, et al. BJOG 1995;102:401–6; 15. Bonnar J, et al. BMJ 1996;313:579–82; 16. Andersch B, et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 1988;67:645–8; 17. Nilsson L, et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 1967;46:572–80; 18. Fraser IS, et al. Contraception 2012;86:96–101; 19. Е.Н. АНДРЕЕВА Обильные менструальные кровотечения: современный подход к проблеме и пути ее решения Проблемы репродукции, 6, 2015

Выводы

**Использование современных классификаций
миом и АМК в повседневной практике
позволяют:**

- наиболее точно и конкретно формировать
диагноз у пациентов**
- принимать наиболее рациональную лечебную
тактику,**
- облегчают труд врача за счет возможности
более краткого изложения «описательной»
части.**

Спасибо

