

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АБНОРМАЛНО МЕНСТРУАЛНО КРВАВЕЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при абнормално менструално крвање.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при абнормално менструално крвање е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при абнормално менструално крвање по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при абнормално менструално крвање („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2452/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АБНОРМАЛНО МЕНСТРУАЛНО КРВАВЕЊЕ

МЗД Упатства

21.3.2014 • Последна промена на 21.3.2014

Ritva Hurskainen

- Основни податоци
- Нормален менструален циклус
- Асоцирана терминологија
- Тешко регуларно крвање (Менорагија или хиперменореа)
- Ирегуларно утерино крвање
- Третман на дисфункционалното крвање
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Деталната анамнеза за менструалното крвање е често поважна отколку бимануелниот (пелвичен) преглед.
- Направи разграничување помеѓу органски и хормонални причини.
- Направи разграничување помеѓу ановулаторно и овулаторно крвање.

НОРМАЛЕН МЕНСТРУАЛЕН ЦИКЛУС

- Просечната возраст при менархата (првото менструално крвање) е 12,5 години
- Менструалниот циклус варира помеѓу 23-36 дена, обично од 26-30 дена.
- Крвавењето од матката обично трае 2-7 дена, а нормалниот губиток на крв за време на еден циклус е 25-40 мл, со горна граница од 80 мл.

АСОЦИРАНА ТЕРМИНОЛОГИЈА

- Аменореа
- Отсуство на менструално крвање
 - Примарна – никогаш немало менструално крвање.
 - Секундарна – отсуство на менструално крвање најмалку 6 месеци (претходно постоело).
- Олигоменореа
 - Менструален циклус на повеќе од 36 дена.
- Полименореа
 - Менструален циклус на помалку од 23 дена.
- Менорагија
 - Регуларно крвање, но попрофузно од нормално.
- Метрорагија
 - Ирегуларно крвање помеѓу менструациите.
- Овулаторно крвање
 - Крвање во средина на циклусот, во време на овулацијата.
- Пробојно крвање
 - Крвање во невообичаено време асоцирано со хормонска терапија или со хормонска контрацепција.

- Интернационалната федерација за гинекологија и акушерство (FIGO) препорачува менструалното крвање да се забележи како на пример. “тешко регуларно крвање” или “тешко ирегуларно пролонгирано крвање” МКБ-10 класификацијата сеуште ја користи старата номенклатура.

ОБИЛНО РЕГУЛАРНО КРВАВЕЊЕ (МЕНОРАГИЈА ИЛИ ХИПЕРМЕНОРЕА)

- Тоа е регуларно овулаторно менструално крвање, волумен > 80 ml
- Според мерењата на крвниот волумен, преваленцата кај жени во репродуктивен период е 9-14%. Сепак, околу една од три жени пати од ексцесивно крвање во некој период од животот.

Најчести причини

- Системски причини (5-15%).
 - Болест на Von-Willebrand.
 - Нарушена тироидна функција, неконтролиран дијабет.
 - Дебелина
 - Несоодветна антикоагулациона терапија.
- Утерини причини (40-50%)
 - Ендометријални полипи или субмукозни миоми.
 - Аденомиоза (инвазија на ендометриумот од ендометријално ткиво).
 - Стандардни интраутерини влошки.
 - Инфекција.
 - Ендометријален карцином (причина за менорагија само кај 0,08%).
- Есенцијална менорагија (околу 50%)
 - Не може да се одреди причината кај поединечен пациент со денешните дијагностички методи. Предизвикана од голем број механизми.

Анамнеза

- Количеството на изгубена крв е тешко, но важно да се процени. Објективно, само половина од оние кои се жалат на обемен губиток, губат повеќе од 80 мл. Илустрираниот дијаграм за процена на крвта - РВАС (pictoral blood assesment chart) може да се користи за да се процени губитокот на крв. Пациентката си дава поени преку споредба на сопствените влошки/тампони и загубата на крв/коагулумите со сликите од дијаграмот.
- Исто така, пациентката може да се праша дали крваењето интерферира со нејзината секојдневна работа и активности за време на одмор, дали сега користи повеќе влошки од порано или повеќе ги менува, дали ѝ треба промена на заштитата во тек на ноќта, дали постојат коагулуми и дали се чувствува уморно или ѝ се врти за време на крваењето (проценката) е остане прилично груба).
- Скорешниот почеток на симптомите може да укаже на утерина причина, додека долготрајни симптоми се посугерирачки за системска болест или есенцијално потекло.

Испитувања

- Пелвичен (бимануелен преглед)
 - Големина на утерус, болна осетливост, миоми.
- Базична крвна слика (хемоглобин, хематокрит, еритроцити, леукоцити) и тромбоцити
 - Хемоглобинот корелира релативно слабо со количеството на изгубената крв. Ако жена која се жали на менорагија има хемоглобин под 120 г/л, постои веројатност од околу 70% дека количината на губиток на крв е повеќе од 80 мл по циклус. Ако концентрацијата е над 120 г/л, веројатноста е околу 18%. Ако хемоглобинот е под 80 г/л, испратете ја на специјалист за натамошно иследување.

- Ултразвучен преглед
 - Вагиналната сонографија е додатно иследување од прв ред.
 - Доколку имало драстична промена во крвавењето или тоа предизвикало анемија, ултразвучен преглед мора да се направи пред пробниот третман.
 - Полипи и субмукозни миоми се откриваат во 70-90% од случаите.
 - Сонохистерографијата може да даде поконкретни информации (споредлива е со хистероскопијата).
- Хистероскопија, ако не се добие јасна дијагноза со ултразвук
- ПАП тест (ако не бил земен последната година)
- Ако е неопходно (само ако е поткрепено со други наоди)
 - Параметри за инфекција.
- Фактори на коагулација (активност на факторот von Willebrand, активност на кофакторот ristocetin (vWF:Rco), коагулационен фактор VIII)
 - ТСХ и слободен Т4.
- Ендометријалната киретажа ретко дава повеќе информации
- Ендометријална биопсија треба да се земе предвид за да се исклучи малигнитет ако пациентката има крвавење во средината на циклусот или други фактори на ризик (возраст, дебелина, дијабетес, дебел ендометриум).

Третман

- Системски причини
 - Болест на: Von-Willebrand
 - Орални контрацептиви, дезмопресин, хормон ослободувачки интраутерини влошки (ннд-А↑↑), ендометријална аблација со термален балон (ннд-А)
 - Третман на основната болест.
- Утерини причини
 - Хистероскопска полипектомија
 - Хистероскопска ресекција на субмукозни миоми (поретко отстранување на интрамурални мयोми со лапароскопија или лапаротомија) или хистеректомија
 - Емболизација на утерини артерии
 - Опција (ннд-А) која понекогаш може да се земе во предвид во третман на абнормално крвавење предизвикано од големи симптомарски миоми. Емболизацијата може да го намали крвавењето и симптомите од притисок за 60–90%.
 - Аденомиоза.
 - Медикаментозна терапија (види подолу под третман на есенцијална менорагија)
 - Ендометријална аблација
 - Хистеректомија
 - Отстранување на интраутерина влошка.
 - Транексамична киселина или НСАИЛ ако пациентката сака да ја задржи интраутерината влошка.
- Есенцијална менорагија
 - Транексамична киселина (ннд-А) 2-3 таблети (1-1,5 г) 3 пати дневно во текот на 2-3 дена, давана кога крвавењето е најобилно, ќе го редуцира за 20-60%.
 - НСАИЛ (ннд-А) (не аспирин), земени во нормална доза кога крвавењето е најобилно ќе го намали крвавењето за околу 20-50% и ќе ја ублажи менструалната болка. Запомнете дека е контраиндикација можноста од хеморагично нарушување.
 - Комбинирани орални контрацептиви (ннд-А) го намалуваат крвавењето за 40-60%.,. Ја ублажуваат, исто така, менструалната болката и гарантираат добра контрацепција. Мислете на пушењето и обезноста.
 - Хормон-ослободувачка интраутерина влошка (ннд-А↑↑) ќе го редуцира крвавењето за повеќе 80-98% кај повеќе од 90% од пациентките. Таа, исто така, ја ублажува

менструалната болка, предменструалните симптоми и гарантира контрацепција до ниво на стерилизација.

- Ендометриумот може да се ресецира или да се уништи со термална аблација (ннд-А). Ратата на успешност е 70-97%. Во тек на 4 години следење, потребата од понатамошно лекување е 38%. Веројатноста за бременост после интервенцијата е ниска (под 1%), но потребата за контрацепција и без тоа треба да се земе предвид.
- Хистеректомија (ннд-А) треба да се земе предвид кога терапијата со лекови е неуспешна или не може да се употреби. Хистеректомијата (ннд-А) може да се изведе трансвагинално, лапароскопски или со отворена хирургија. Пациентката треба да се информира за потребата од операција и треба да и' се даде време да размисли.
- Со оглед на тоа дека лековите имаат различни механизми на дејство, тие може да се комбинираат ако единечен лек не даде доволен тераписки одговор.

ИРЕГУЛАРНО УТЕРИНО КРВАВЕЊЕ

- Ирегуларното утерино крвање е многу често. Тоа ги опфаќа метрорагијата, менометрорагијата, полименореата, олигоменореата, спотинг, пробојно крвање и овулаторно крвање. Кај млади жени е обично функционално, освен ако не е во прашање инфекција или со проблеми поврзани со бременост. Можноста за органска причина се зголемува со возраста.

Причини

- Функционални причини
 - Нарушување на хормонската регулацијата на хипоталамусот, хипофизата и овариумите.
 - Лутеален дефицит.
 - Овулаторно крвање.
- Утерини причини
 - Проблеми поврзани со бременост.
 - Инфекција, како ендометритис и салпинго-оофоритис.
 - Субмукозни миоми.
 - Аденомиоза, ендометриоза.
 - Цервикални и ендометријални полипи.
 - Цервикални и утерини малигноми.
- Останати причини
 - Интраутерина влошка.
 - Дисфункција на тиреоидната жлезда, хиперпролактинемија, дијабетес, обезност, системска инфекција или болест на сврзното ткиво.
 - Хепатална цироза
 - Кардиоваскуларни болести кои предизвикуваат срцева слабост или венска стаза.
 - Дисфункција на коагулациони фактори или антикоагулантен третман.
 - Некои медикаменти, како доксициклин, метоклопрамид, психофармаци, високи дози на ацетилсалицилна киселина, спиронолактон, кетоконазол, антиепилептици, антиестрогени.
 - Хормонска контрацепција.

Функционално абнормално утерино крвање

- Овулаторни крваења
 - Млади жени, леснонатхранети, може да имаат чести (<23 дена), но регуларни крваења. Изгледа дека нема хормонално нарушување и не е потребен третман.
 - Ниска концентрација на естрогени рано во циклусот може да предизвика “spotting” по менструацијата.

- Пременструален “spotting” може да се јави заради функционално нарушување на жолтото тело. Хистолошкиот наод од ендометријалната биопсија ќе покаже “irregular shedding” и “irregular ripening”.
- Некои жени имаат регуларно крвање поврзано со овулацијата. Ова крвање трае од неколку часа до 1-2 дена и не е потребно да се третира. Причина за ова крвање е наглиот пад на естрогени по овулацијата.
- Бакарните интраутерини влошки го зголемуваат ризикот од во средината на циклусот и посткоитално крвање крвање.
- Ановулаторни крваења
 - Ановулацијата е најчестата причина за функционални крваења.
 - Типично, постои минимален “spotting” по кратки циклуси и пролонгирани, профузни крваења по долги циклуси.
 - Хипоталамични нарушувања се обично прижинскиот фактор за времена ановулација кај млади жени (на пример, ексесивен стрес, напорна физичка активност, слабеење, системска болест или полицистични овариуми).
 - Дисфункција на овариумите е вообичаената причина по репродуктивната возраст.
 - Ако оваа состојба е пролонгирана, може да води кон ендометријална хиперплазија.
 - Синдромот на полицистични овариуми (ПЦОС) и обезност се често асоцирани со неправилни крваења заради резистенција на инсулин.
- Пробојно крвање, асоцирано со хормонска контрацепција
 - Менструалните нарушувања се многу чести за време на првите месеци на примање пилули кои содржат само прогестоген, контрацептивни импланти и хормон-ослободувачки интраутерини влошки.
 - Кај кориснички на комбинирани контрацептивни пилули, менструалните нарушувања се должат најчесто на нерегуларното земање на пилулите, но фактори кои влијаат на концентрациите на хормоните и функцијата на ендометриумот се исто така можни причини.

Дијагноза и иследувања

- Внимателната анамнеза и прегледот се најважни
- Изборот на дијагностички методи зависи од анамнезата и од возраста на пациентот
 - Да се исклучи бременост и инфекција.
 - тест за бременост (крв или урина).
 - брисеви за бактеријална култура или PCR (хламидија, гонореја, ако е потребно), CRP и крвна слика.
 - Вагинален ултразвук треба да се изврши кај сите пациенти ако е возможно. Тој е многу точен во дијагнозата на субмукозни миоми, ендометријални полипи и хиперплазија, но не ја заменува ендометријалната биопсија.
 - Инфузија на физиолошки раствор во шуплината на утерусот ја подобрува точноста на ултразвукот.
 - Ендометријална биопсија треба да се земе кај постари жени (> 45 год), особено ако има фактори на ризик за канцер на матката (возраст, обезитет, дијабетес).
 - ПАП тест, ако не е земен во последните 12 месеци.
 - Хистероскопија, ако дијагнозата остане нејасна по ултразвукот или ако е потребна биопсија од конкретна ареа.
 - Лабораториски тестови, како што е потребно: ТСХ, пролактин, фактори на коагулација.

ТРЕТМАН НА ДИСФУНКЦИОНАЛНОТО КРВАЕЊЕ

- Ако не се најде органска причина за да се објасни абнормалното крвање, а симптомите се транзиторни, не е потребен третман.
- Интраутерината влошка може да се извади (запамети контрацепција) или ако пациентот така сака – внимателно следење треба да се започне, ако не е пронајдена органска причина.

- Крвавењето обично може да се запре со прогестагени, најмногу одговараат – норетистерон (5 мг три пати дневно), норетистерон ацетат (10 мг два пати дневно), и линестренол (10 мг два пати дневно). Тие треба да се примаат 10 дена. По прекинувањето на медикаментот, пациентката ќе има крвавење заради престанок на земање на лековите (withdrawal bleeding), за што треба да биде информирана.
- Ефективна опција за долгорочен третман е хормон-ослободувачка интраутерина влошка (ннд-А↑↑). Кога се спречува растот на ендометриумот, се намалуваат количината и времетраењето на крвавењето, се намалува менструалната болка, а контрацепцијата е гарантирана со еднаква ефикасност како стерилизација.
- Естроген и прогестаген, дадени заедно за време од 7-14 дена, е најнефективниот начин да се сопре хормонално крвавење кај двата екстрема на репродуктивното доба. Оралните контрацептиви (монофазни) – три таблети дневно за време од една недела треба да се препишат за млади жени. Ако пациентката не се чувствува добро, дозата треба да се редуцира. Естрадиол валерат 2 мг дневно, комбиниран со прогестаген, треба да се препише на постари жени и на оние кои имаат контраиндикација за синтетски естроген. Крвавење ќе следи по стопирањето на медикаментот. Ако тоа е профузно, може да се третира со простагландин инхибитор или транексамична киселина.
 - Дневната доза на оралниот контрацептив треба да се даде според инструкциите на пакетчето. Инаку, третманот на дисфункционалното крвавење може да се продолжи со цикличен прогестаген од 15.-24. ден на циклусот за време од 3-6 месеци. може да се користат помалку потентни прогестагени и помали дози.
- Нарушувањата кај жени со херeditарна хеморагична болест (блага до умерена von Willebrand-ова болест, носители на хемофилија А) може да се третираат со дезмопресин. Лекот се дава супкутано или како интраназален спреј (една доза од 150 микрограми дневно за време на крвавењето кај жени со тежина под 50 кг, а две дози кај оние со тежина над 50 кг).
- Ако ирегуларното крвавење е профузно, може да се даде транексамична киселина (1-1.5 гр, три пати дневно (ннд-А) или НСАИЛ (пр. ибупрофен 400-600 мг, три пати дневно (ннд-А)).
- Киретажа на ендометриумот обично не е потребна. Ендометријалната хиперплазија како резултат на ановулација побарува киретажа ако крвавењето е профузно и анемизирачко. Инаку, цикличен прогестаген или хормон-ослободувачка интраутерина влошка се користат во текот на 6 месеци, а ендометријална биопсија се врши потоа. Полипите и субмукозните миоми треба да се отстранат хистероскопски. Во некои случаи киретажата е од дијагностичка важност, но во најголем број случаи може да се замени со ендометријална биопсија која има висока точност.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

11.4.2007

Ова упатство е создадено и ажурирано од тимот на едитори на EBMG

Кохранови прегледи

- Прогестоген-ослободувачки интраутерин систем може да ја намали менструалната крвозагуба кај пременопаузални жени со утерине миоми во споредба со оралните контрацептиви (ннд-**D**).
- Заради оскудни податоци не може да се донесат заклучоци за ефективноста на оралните контрацептиви, наспроти другите модалитети на третман за обилно менструално крвавење (ннд-**A**).
- Даназолот е ефективен третман за обилно менструално крвавење, спореден со други медикаментозни третмани, но неговата употреба може да е ограничена заради несаканите ефекти и ограничената прифатливост (ннд-**B**).

- Операцијата, особено хистеректомијата, го редуира крвавењето (по една година) повеќе од медикаментозните методи, но хормон-ослободувачката интраутерина влошка изгледа е со еднаков бенефит во подобрувањето на квалитетот на животот (ннд-А).

Литература

- Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivelä A, Kujansuu E, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet* 2001 Jan 27;357(9252):273-7. [PubMed](#)
- Ferenczy A. Pathophysiology of endometrial bleeding. *Maturitas* 2003 May 30;45(1):1-14. [PubMed](#)
- Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update* 2003 Sep-Oct;9(5):493-504. [PubMed](#)

Article ID: rel00256 (025.013)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. 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. [PubMed](#)
2. 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. [PubMed](#)
3. 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. [PubMed](#) 1

Последен пат прегледано за ажурирање на 21.3.2014 • Последна промена на 21.3.2014

Article ID: ebm00536 (025.013)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines**, 21.3.2014, www.ebm-guidelines.com
2. **Упатството треба да се ажурира по 2 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. К. Зафировска
Координатор: Проф. Др. К. Зафировска