

MENORAGIJŲ DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO METODIKA

Moksliniais įrodymais pagrįsta medicinos praktika

1. Bendroji dalis.

1.1. *Ligos apibrėžimas.*

Menoragija (*TLK 10-AM kodas - N92.0*) – tai periodiškai trijų ar daugiau ciklų metu pasikartojantis per gausus ar per ilgai trunkantis reguliarus menstruacinis kraujavimas. Pastaruoju metu terminas „menoragija“ anglakalbėje literatūroje keičiamas į „*sunkus (per gausus) mėnesinių kraujavimas*“ (angl.: „*heavy menstrual bleeding*“), kuris apibrėžiamas kaip „toks menstruacinio kraujo kiekio netekimas, kuris blogina fizinę, socialinę, emocinę ir/ar materialinę moters gyvenimo kokybę“ (1).

1.2. *Problemos apžvalga, aktualumas.*

Per menstruacijas moterys netenka vidutiniškai 30-40 ml kraujo, o kai praranda daugiau kaip 80 ml kraujo, vystosi anemija. Todėl laikoma, kad 80 ml yra viršutinė per normalias menstruacijas netekto kiekio kraujo riba (2). Kiti tyrimai rodo, kad anemija vystosi tada, kai vienos moters per mėnesines netenka ne mažiau kaip 60 ml kraujo, o kitos - 120 ml kraujo (1,3).

Menoragijos yra dažna patologija. Kas dvidešimta 30-49 m. moteris kasmet dėl menoragijų kreipiasi į gydytojus (2).

1.3. *Į pacientę orientuota asmens sveikatos priežiūra bei lietuviškų metodinių rekomendacijų poreikio pagrindimas.*

Per gausus menstruacinis kraujavimas labai nepalankiai veikia moterų gyvenimo kokybę, todėl gydytojai turi atsižvelgti į moterų poreikius ir prioritetus. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi orientotis ne tiek į netekto kraujo kiekį, kiek į nenormalaus menstruacinio kraujavimo pablogintą pacientės gyvenimo kokybę, o visos gydymo procedūros turi būti orientuotos pirmiausia į prarastos gyvenimo kokybės atstatymą (C) (1).

Pavėluota diagnostika bei neadekvatus gydymas yra gana paplitę. **Lietuvoje vis dar naudojami pasenę, neefektyvūs ir jokiais objektyviais įrodymais nepagrįsti menoragijų gydymo būdai: gydymas etamsylatu (*Dicinone, Etamzylat*), gimdos gleivinės abrazijs, gestagenų preparatais vien liuteininėje fazėje** (1,2). Neefektyvus gydymas neretai sąlygoja anemiją ar dar rimtesnę sveikatos sutrikimą, pablogina savijautą ir gyvenimo kokybę, sumažina darbingumą. Todėl reikalingos moksliniais įrodymais grindžiamos menoragijų diagnostikos ir gydymo metodinės rekomendacijos.

Ši „Menoragijų diagnostikos ir gydymo metodika“ (*toliau – Metodika*) nėra originalus autorių darbas, kadangi visi teiginiai remiasi išnagrinėta literatūra, kuri pateikta literatūros sąrašė.

1.4.

1.5. *Naudojamos santrumpos.*

AIKT - atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas.

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

DUL – dubens uždegiminė liga.

GnRH – gonadotropinus atpalaiduojantis hormonas.

Hb – hemoglobino koncentracija kraujyje.

IUS su Cu – gimdinė (intrauterininė) kontraceptinė sistema su variu.

IUS su LNG – gimdinė (intrauterininė) kontraceptinė sistema su levonorgestreliu.

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės.

NVNU – nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo.

Pap tepinėlis – citologinis gimdos kaklelio tyrimas dėl ikivėžinių pokyčių ir vėžio pagal G. Papanicolaou.

1.5. Menoragijų diagnostikos ir gydymo metodikos tikslas - padėti praktikuojantiems šeimos gydytojams bei akušeriams ginekologams geriau diagnozuoti ir gydyti menoragijas savo kompetencijos ribose.

Pacientės turi dalyvauti priimant sprendimus dėl gydymo, kadangi būtina užtikrinti pacienčių teisę į saugias, kokybiškas ir savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas. Rekomendacijos turėtų padėti išvengti laiko ir lėšų eikvojimo nepagrįstiems ir nereikalingiems tyrimo bei gydymo metodams, tačiau jos neturėtų riboti gydytojų laisvės ten, kur kompetenciją galima užtikrinti aukšta kvalifikacija, reikiama profesinio darbo įgūdžiais kartu su atitinkama įranga.

Ši Metodika turėtų būti peržiūrėta ne vėliau kaip po penkerių metų, t.y. 2017 m.

1.6. Metodikų pagrindimas įrodymais. Šiuolaikinių diagnostikos ir gydymo metodų kliniškinis efektyvumas bei saugumas užtikrinamas eksperimentinių bei klininių tyrimų rezultatais. Kadangi metodikos bei metodinės rekomendacijos grindžiamos nevienodo stiprumo moksliniais įrodymais, jų efektyvumas bei klinikinė nauda yra skirtinga. Gydytojui praktikui tai gali būti svarbu, kai yra galimybė rinktis vieną iš kelių galimų variantų.

Šiose metodikose siūlomų menoragijų diagnostikos bei gydymo rekomendacijų kokybę remiasi įrodymais, kurie skirstomi į tokius lygius (1):

Lentelė 1. Intervencinių tyrimų, kaip įrodymų, lygiai.

Lygis	Įrodymų apibūdinimas.
1++	Aukštos kokybės (<i>angl.: high-quality</i>) metaanalizės, sisteminės atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų (AIKT) apžvalgos ar AIKT su labai maža metodologinių klaidų (<i>angl.: bias</i>) rizika (1).
1+	Geros kokybės (<i>angl.: well-conducted</i>) metaanalizės, sisteminės AIKT apžvalgos ar AIKT su maža metodologinių klaidų rizika (1).
1-	Metaanalizės, sisteminės AIKT apžvalgos ar AIKT su didele metodologinių klaidų rizika (1).
2++	Aukštos kokybės (<i>angl.: high-quality</i>) atvejų-kontrolės tyrimų arba kohortinių tyrimų sisteminės apžvalgos; aukštos kokybės atvejų-kontrolės tyrimai arba kohortiniai tyrimai su labai maža statistinių iškreipimų (<i>angl.: confounding</i>), metodologinių klaidų rizika, su dideliais šansais ar tikimybe, kad ryšys yra priežastinis (1).
2+	Geros kokybės (<i>angl.: well-conducted</i>) atvejų-kontrolės ar kohortiniai tyrimai su maža statistinių iškreipimų, metodologinių klaidų rizika ar su vidutiniais šansais ar tikimybe, kad ryšys yra priežastinis (1).
2-	Atvejų-kontrolės ar kohortiniai tyrimai su didele statistinių iškreipimų, metodologinių klaidų rizika ar su žymiais šansais ar tikimybe, kad ryšys yra ne priežastinis (1).
3	Neanalitiniai tyrimai (pvz.: atvejų aprašymai, klininių atvejų serijos) (1).
4	Ekspertų nuomonė, formalus sutarimas (1).

Lentelė 2. Tyrimų, kai vertinamas diagnostikos metodų patikimumas, įrodymų lygiai.

<i>Lygis</i>	<i>Įrodymų tipai</i>
Ia	Sisteminės homogeniškų 1 lygio tyrimų apžvalgos (1).
Ib	1 lygio tyrimai (1).
II	2 lygio tyrimai; 2 lygio tyrimų sisteminės apžvalgos (1).
III	3 lygio tyrimai; 3 lygio tyrimų sisteminės apžvalgos (1).
IV	Bendras sutarimas, ekspertų komitetų pranešimai ar nuomonė, neparemti išsamiau kritišku įvertinimu; įrodymai, paremti tik fiziologijos žiniomis ar/ir eksperimentų su laboratoriniais gyvūnais išvados (1).

Lentelė 3. Rekomendacijų klasifikacija.

<i>Rekomendacijų klasė</i>	<i>Kokio lygio intervencinių tyrimų ir kt. įrodymais pagrindžiama</i>
A	(Aukščiausios klasės) rekomendacijos, pagrįstos bent viena metaanalize, sistetine apžvalga ar atsitiktinių imčių kontroliuojamu tyrimu, įvertintais 1++ lygiu ir pan. (smulkiau žr. literatūros šaltinį - 1).
B	(Aukštos klasės) rekomendacijos, pagrįstos 2++ lygio tyrimais ir pan. (smulkiau žr. literatūros šaltinį - 1).
C	(Vidutinės klasės) rekomendacijos, pagrįstos 2+ lygio tyrimais ir pan. (smulkiau žr. literatūros šaltinį - 1).
D	Rekomendacijos, pagrįstos nelabai patikimais, 3 ar 4 lygio įrodymais arba ekstrapoliuotais įrodymais iš 2+ lygio tyrimų arba formaliu sutarimu (1) - žemiausios klasės rekomendacijos.
D, GPP	Geros praktikos požiūris – rekomendacija, paremta geros praktikos patyrimu.

2. Menoragijų diagnostikos rekomendacijos.

2.1. Diagnostikos veiksmai:

- 2.1.1. Anamnezė (D) (1,2).
- 2.1.2. Pilvo bei išorinė dubens organų apžiūra, apčiuopa (D) (1,2).
- 2.1.3. Bendras klinikinis kraujo tyrimas (C) (1,2).
- 2.1.4. Instrumentiniai tyrimai.
- 2.1.5. Netekto kraujo kiekio įvertinimas.

2.1.1. Anamnezė (žr. Algoritmą) (D) (1,2).

Tikslas: išsiaiškinti per gausaus kraujavimo pobūdį ir galimas priežastis, o taip pat moters nuomonę apie kraujavimą, jos baimes, viltis ir poreikius.

Paklausti moterį apie:

- *menarche* (menstruacijų atsiradimo) amžių,
- menstruacinio ciklo trukmę,
- reguliarumą,

- menstruacijų trukmę (dienomis),
- gausumą,
- kiek laiko menstruacijos yra per gausios,
- kokios menstruacijos buvo anksčiau,
- kaip tie pokyčiai paveikė jos gyvenimo kokybę.

Išsiaiškinti anamnezinius organinės patologijos požymius ir kitus gydymui svarbius dalykus:

- besikartojančius tarpmenstruacinius bei kontaktinius kraujavimus,
- šeimyninę anamnezę apie kraujo krešumo sutrikimus (*von Willebrand* ligą, kitus paveldimus kraujo krešumo sutrikimus),
- tromboembolines komplikacijas kraujo giminėms, įvykusias jaunesniame negu 50 metų amžiuje, ypač, jei planuojamas gydymas sudėtiniais hormoniniais kontraceptikais,
- hipo- ar hipertireoidizmo, endometriozės požymius ir pan. (žr. Algoritmą),
- Pap tepinėlio datą ir jo rezultatus,
- dubens skausmus, spaudimo į dubens organus požymius,
- informaciją apie kraujo, lėtines inkstų ir kepenų ligas, kitas lydinčias ligas ir vartojamus vaistus,
- informaciją apie kontracepcijos poreikį ir būdus, kuriems moteris teikia pirmenybę, nes tai turės įtakos gydymo pasirinkimui.

2.1.2. Pilvo bei išorinė dubens organų apžiūra ir apčiuopa per pilvo sieną.

- Jei gimdos dugnas ar dariniai pilvo ertmėje čiuopiami per pilvo sieną arba iš anamnezės duomenų įtariama organinė patologija, pacientę reikia nukreipti specialisto konsultacijai ar echoskopijai (D, GPP) (1,2).
- Jei dėl storos pilvo sienos ar kitų priežasčių neįmanoma patikrinti, ar gimdos dugnas išlenda iš už sąvaržos, pacientę reikia nukreipti specialisto konsultacijai ar echoskopijai (D, GPP) (1,2).

2.1.3. Bendras klinikinis kraujo tyrimas (C) (1,2).

Šis tyrimas leidžia įvertinti galimą (lėtinį) nukraujavimą bei kraujo formulės pokyčius.

3. Instrumentiniai tyrimai

3.1. Gimdos ir kitų vidinių lytinių organų anatominiams pokyčiams įvertinti pirmojo pasirinkimo metodas yra transvaginalinė echoskopija (A) (1).

3.1.1. Ultragarso skenavimas su fiziologinio tirpalo išvirkštimu į gimdą nėra pirmo pasirinkimo metodas menoragijų atvejais (A) (1).

3.2. Vien diliatacija ir kiuretažas neturi būti naudojami kaip menoragijos diagnostikos metodai (B) (1).

3.3. Histeroskopija menoragijų atvejais nėra rutininis diagnostikos metodas ir yra indikuotina tais atvejais, kai transvaginalinės echoskopijos diagnostikos galimybių

nepakanka gimdos ertmės patologijai nustatyti, pvz., kai yra įtariami gimdos ertmės polipai (A) (1).

3.4. Gimdos gleivinės biopsija indikuotina (D, GPP) (1):

- visoms moterims, vyresnėms kaip 45 metų;
- jaunesnėms kaip 45 metų, jei yra padidėjusi gimdos gleivinės vėžio rizika (žr. algoritmą 4) bei tada, kai (1):
 - tęsiasi tarpmenstruaciniai kraujavimai;
 - medikamentinis gydymas yra neefektyvus, o kraujavimas užsitęsia;
 - įtariama gimdos gleivinės atipinė hiperplazija ar vėžys.

3.5. Netekto kraujo įvertinimo būdai.

Tikslūs per menstruacijas prarasto kraujo kiekio nustatymo būdai klinikinėje praktikoje nėra svarbūs (1,2,4). Daug svarbiau - įvertinti, kaip kraujavimo gausumas paveikia konkrečios moters fizinį, emocinį, psichologinį, socialinį ar materialinį gerbūvį, todėl svarbiausia - subjektyvi pacientės nuomonė (1).

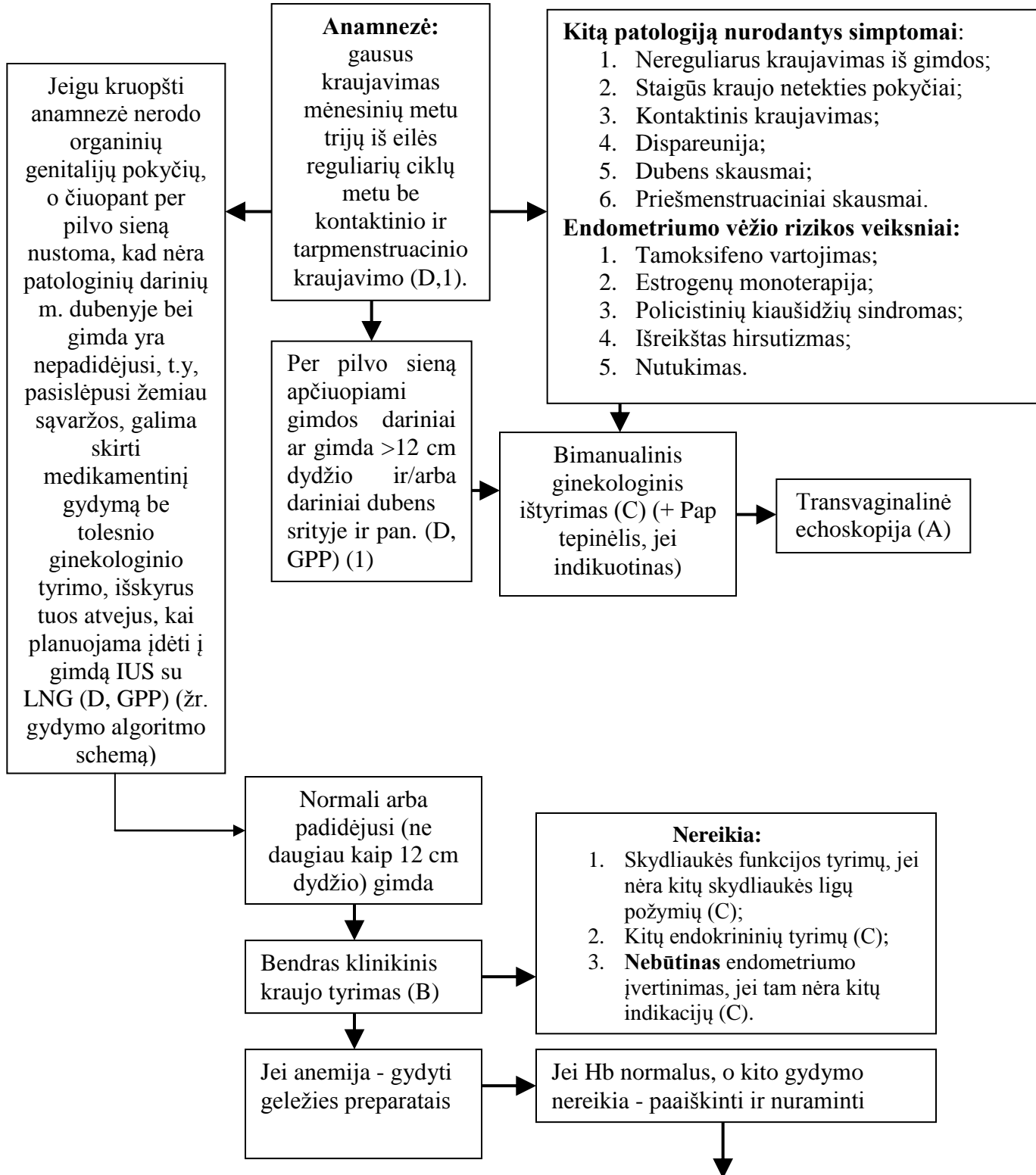
Apytiksliais diagnostiniais per gausaus nukraujavimo kriterijais gali būti:

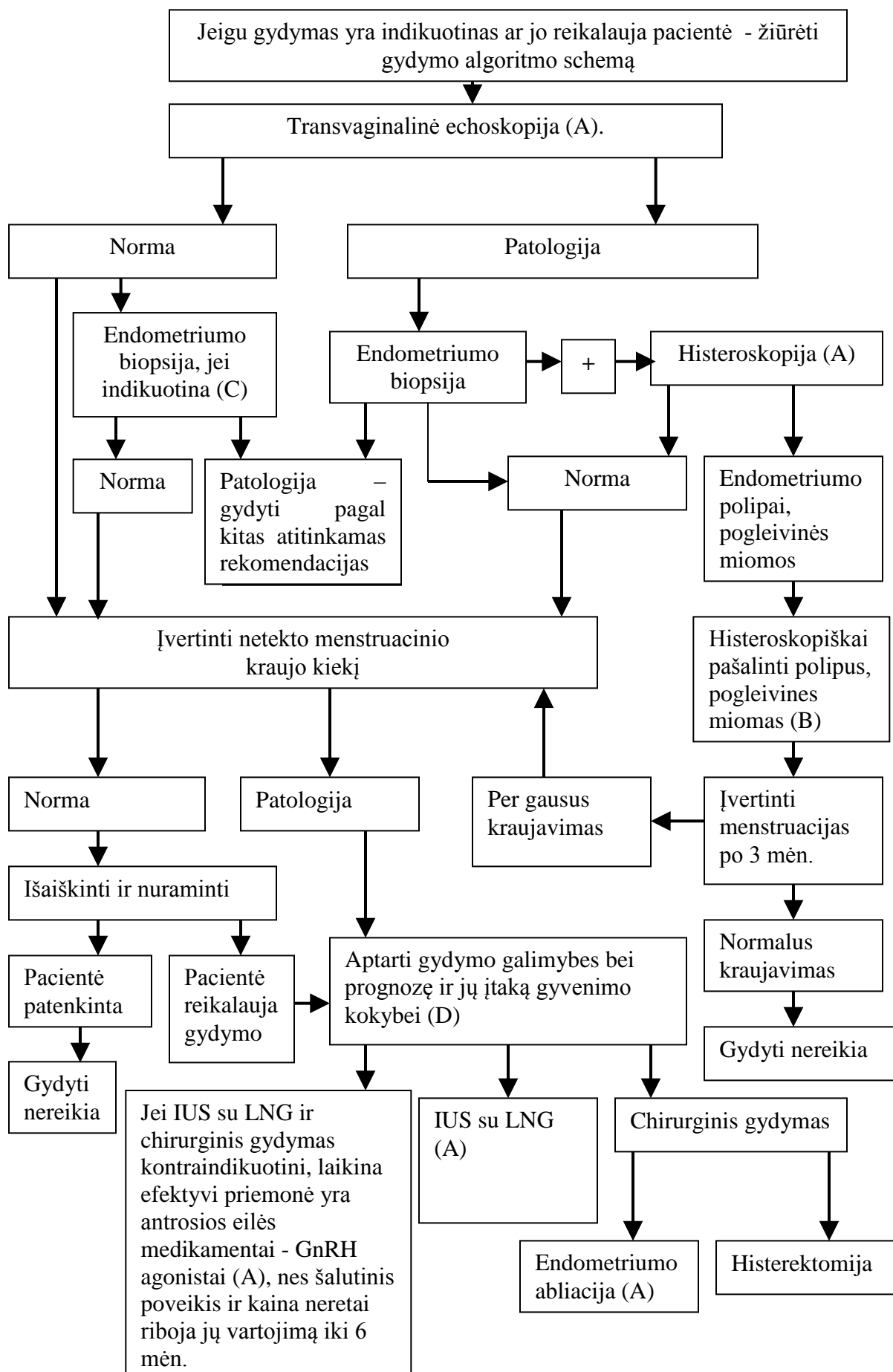
- a) kraujavimas mėnesinių metu ilgesnis kaip 7 dienos **arba toks, kai**
- b) moteris yra priversta keisti sanitarinius paketus ar tamponus dažniau kaip kas 2 val. **arba, kai**
- c) hemoglobino kiekis sumažėja po mėnesinių iki mažiau kaip 120 g/l, kai nėra kitų kraujavimo šaltinių, lėtinio gastrito ar kraujo ligos,
- d) grafinis netekto kraujo įvertinimo būdas. Jo esmė tokia: pacientė pati balais įvertina ir specialiaime lape pažymi įklotų ir pan. permirkimo krauju laipsnį, krešulių buvimą ar nebuvimą. Tai pusiau kiekybinis būdas, deja, **tyrimai nepatvirtina, kad jis tikrai turi tiesioginį ryšį su objektyviais kiekybiniais būdais** nustatyto netekto kraujo kiekiu (6);
- e) hematino šarmo metodas – pats tiksliausias kiekybinis būdas - kraujo prisigėrę sanitariniai paketai bei tamponai mirkomi žinomame kiekyje natrio hidroksido ir t.t., tačiau reikalinga atitinkama laboratorinė įranga, todėl praktikoje jis retai naudojamas (1,6).

3.6. Diagnostikos veiksmai, kurie yra nereikalingi arba nebūtinai menoringųjų diagnostikai.

- 3.6.1. Jei iš anamnezės ir iš pilvo bei išorinės dubens organų apžiūros ir apčiuopos nenustatoma, kad yra tikėtina organinė vidaus organų patologija, genitalijų apžiūra su ginekologiniais skėtikliais bei bimanualinis ginekologinis ištyrimas yra nebūtinai, išskyrus atvejus, kai planuojama įdėti IUS su LNG (D, GPP) (1) .
- 3.6.2. Skydliaukės funkcijos tyrimų nereikia, nebent būtų hipotireozės požymių (C) (1).
- 3.6.3. Jokių kitų endokrininių tyrimų nereikia, nebent menoringijos diagnozė būtų atmetama (C) (1).
- 3.6.4. Pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPI endometriumo įvertinimas bei biopsija nėra būtini (C) (1) .

4. Menoragijų diagnostikos algoritmas





5. Menoragijų gydymo rekomendacijos

5.1. Kai parenkamas gydymo metodas, pacientė turi gauti informaciją apie ligą, jos prognozę, gydymo eigą, galimas ligos bei gydymo komplikacijas bei įtaką gyvenimo kokybei, kad galėtų dalyvauti priimant sprendimą dėl gydymo (D, GPP) (1). Jei neįtariama, kad kraujavimą gali lemti organinė arba sisteminė patologija bei esančios gimdos miomos nedeformuoja gimdos ertmės ir yra mažesnės kaip 3 cm diametro, siūloma gydyti medikamentaisis tokia pasirinkimo tvarka:

5.2. Pirmo pasirinkimo priemonė – IUS su LNG (gimdinė gestagenus išskirianti kontraceptinė sistema - 20 mikrogramų/d. levonorgestrelio) (A) (1,2,4).

5.2.1. Jaunas amžius ir tai, kad moteris dar negimdžiusi, neturėtų būti kliūtis pasirinkti IUS su LNG, nes tyrimai rodo, kad DUL bei nevaisingumo rizika yra susijusi su *Chlamydia trachomatis* bei gonokokų sukeliama infekcija, o IUS su LNG ne skatina, bet netgi slopina DUL. Be to IUS su LNG įdėti į gimdą jaunoms ir negimdžiusioms moterims nėra nei sudėtingiau, nei skausmingiau, negu vyresnėms reprodukcinio amžiaus moterims (7).

5.2.2. Progestinus išskirianti gimdinė sistema efektyviai gydo sunkius menoraginius kraujavimus ir gali būti alternatyviu metodu chirurginiam gydymui (A) (1).

5.3. Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo¹ (NVNU) (*ibuprofen tabletėmis po 400 mg x 3 k./d. mėnesinių metu* arba *naproxen - tabletėmis po 250 mg kas 6-8 val.* nuo 1-os mėnesinių dienos, kol gausiai kraujuoja) (A), ypač tada, kai gimdoje yra IUS su Cu (A), (1,2,4) arba sudėtinės kontraceptinės tabletės (SKT) (B) (1,2,4,5).

5.4. Įstirta, kad SKT su levonorgestreliu ir etinilestradioliu apie 40 proc. sumažina gausias mėnesines (1). Lietuvoje 2012 m. tik SKT su estradiolio valeratu ir dienogestu yra registruotos menoragijos gydymui. Yra atsitiktinių imčių tyrimų, rodančių, kad jos efektyviau (iki 88 proc.) mažina menstruacijų gausumą (5).

5.4. Pastovus depo progestinų preparatų vartojimas gali sukelti amenorėją, todėl gali būti naudojamas menoragijų gydymui, pvz.: depo-medroksiprogesterono acetato po 150 mg – giliai į raumenis, kas 3 mėn. (A), (1,2,4).

5.5. Antrosios eilės preparatai - GnRH agonistai efektyviai sumažina kraujavimą, taip pat gydo endometriozę ir sumažina gimdos miomas, todėl gali būti naudojami kaip papildoma priemonė prieš pašalinant miomas arba kaip antro pasirinkimo priemonė, kai kiti būdai dėl šalutinio poveikio rizikos (pvz., pacientėms po kepenų, inkstų ir kt. organų transplantacijos) negali būti taikomi.

5.5.1. Jei GnRH agonistus tenka vartoti ilgiau kaip 6 mėn., klimakso simptomų profilaktikai kartu rekomenduojama skirti pakaitinę lytinių hormonų terapiją (A) (1). Ilgalaikį GnRH agonistų vartojimą neretai apriboja jų kaina (1,2).

5.6. Chirurginis gydymas:

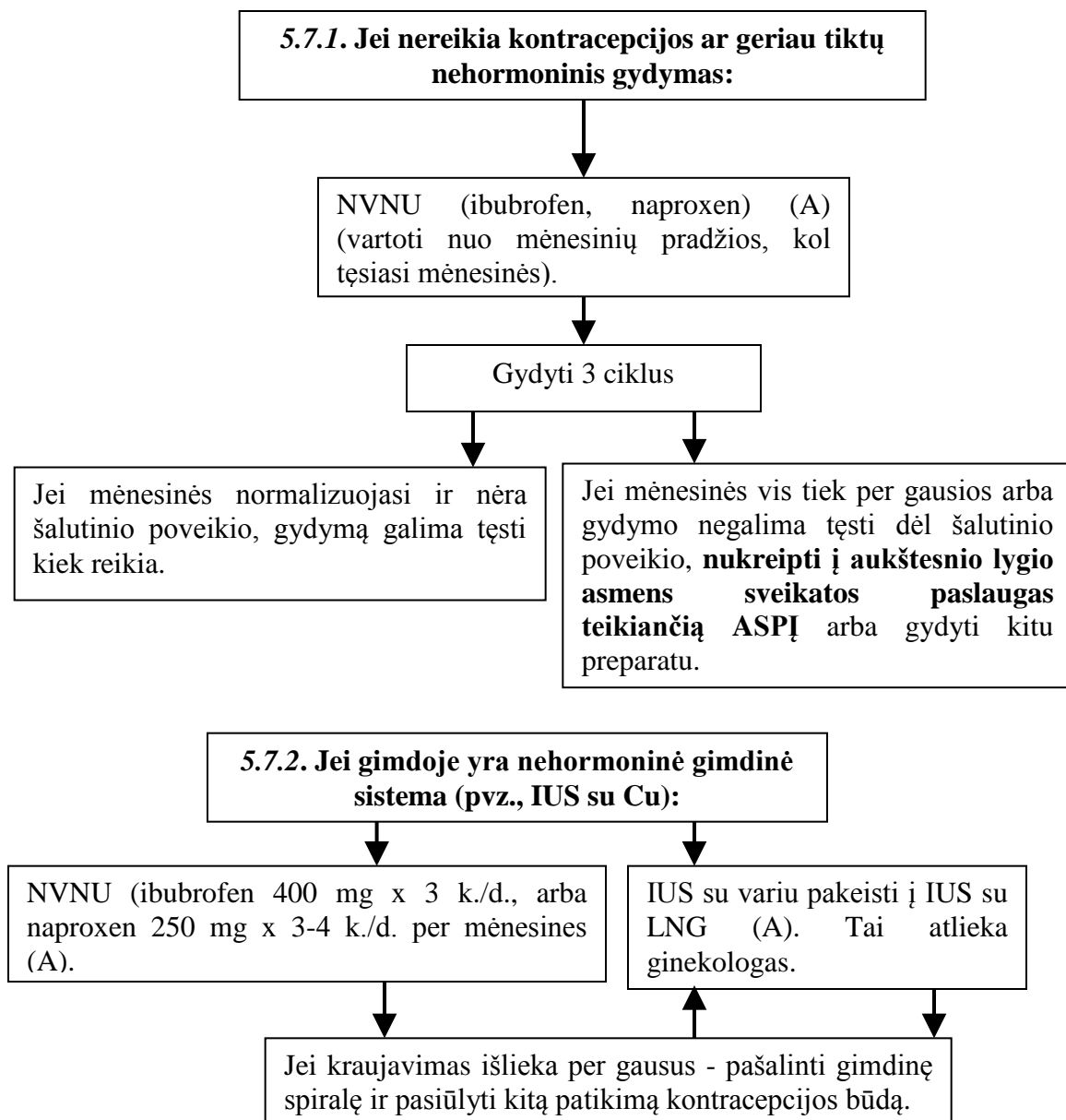
5.6.1. Submukozines miomas bei endometriumo polipus geriausia šalinti histeroskopiškai (B) (3,5).

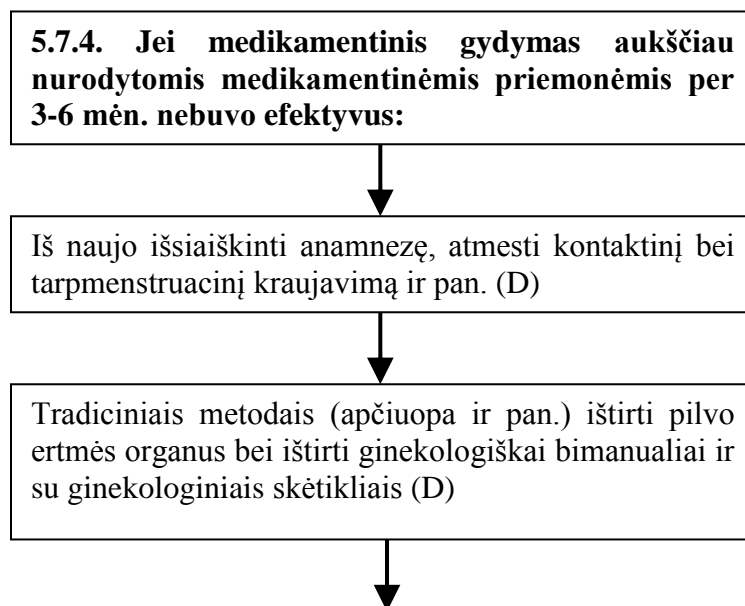
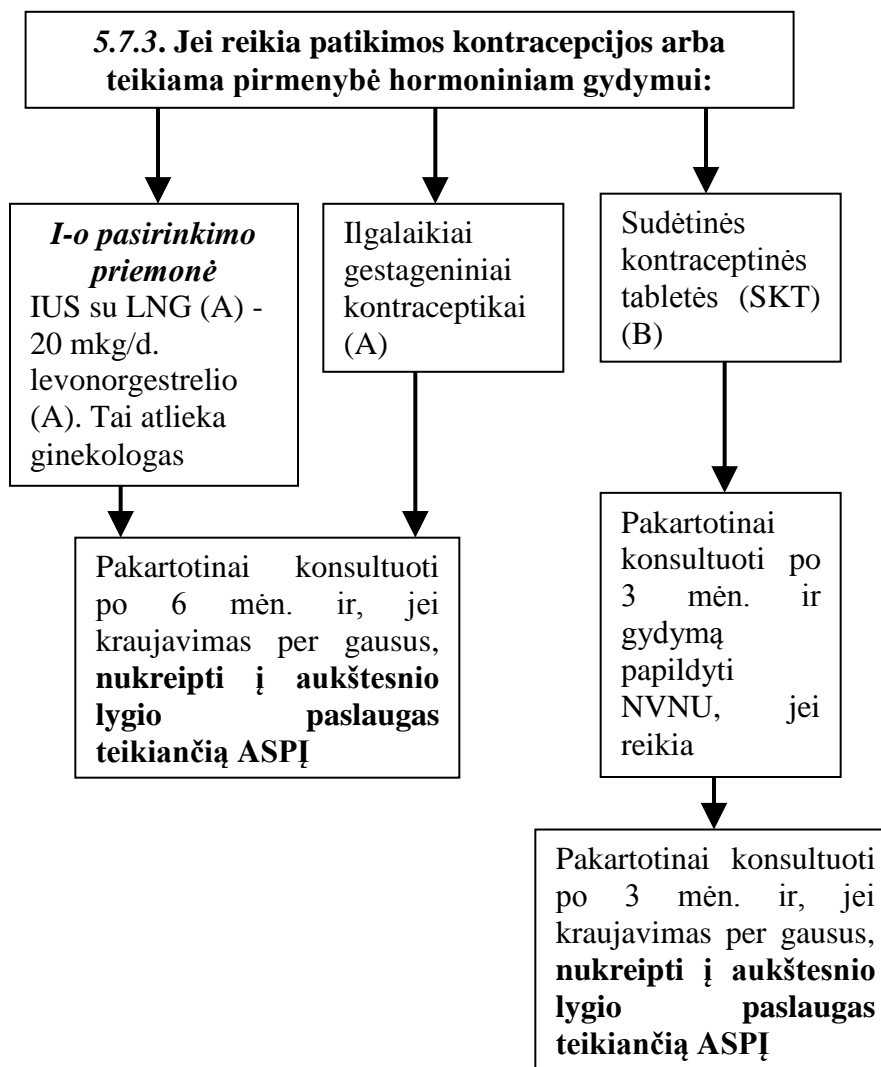
¹ Literatūroje nurodoma, kad tinka neselektyvūs ciklooksigenazės inhibitoriai: ibuprofen, naproxen. Tuo tarpu kitų preparatų, taip pat ir selektyvių ciklooksigenazės-II inhibitorių, naudojimas menoragijų gydymui daugelyje Vakarų šalių nėra įteisintas (1).

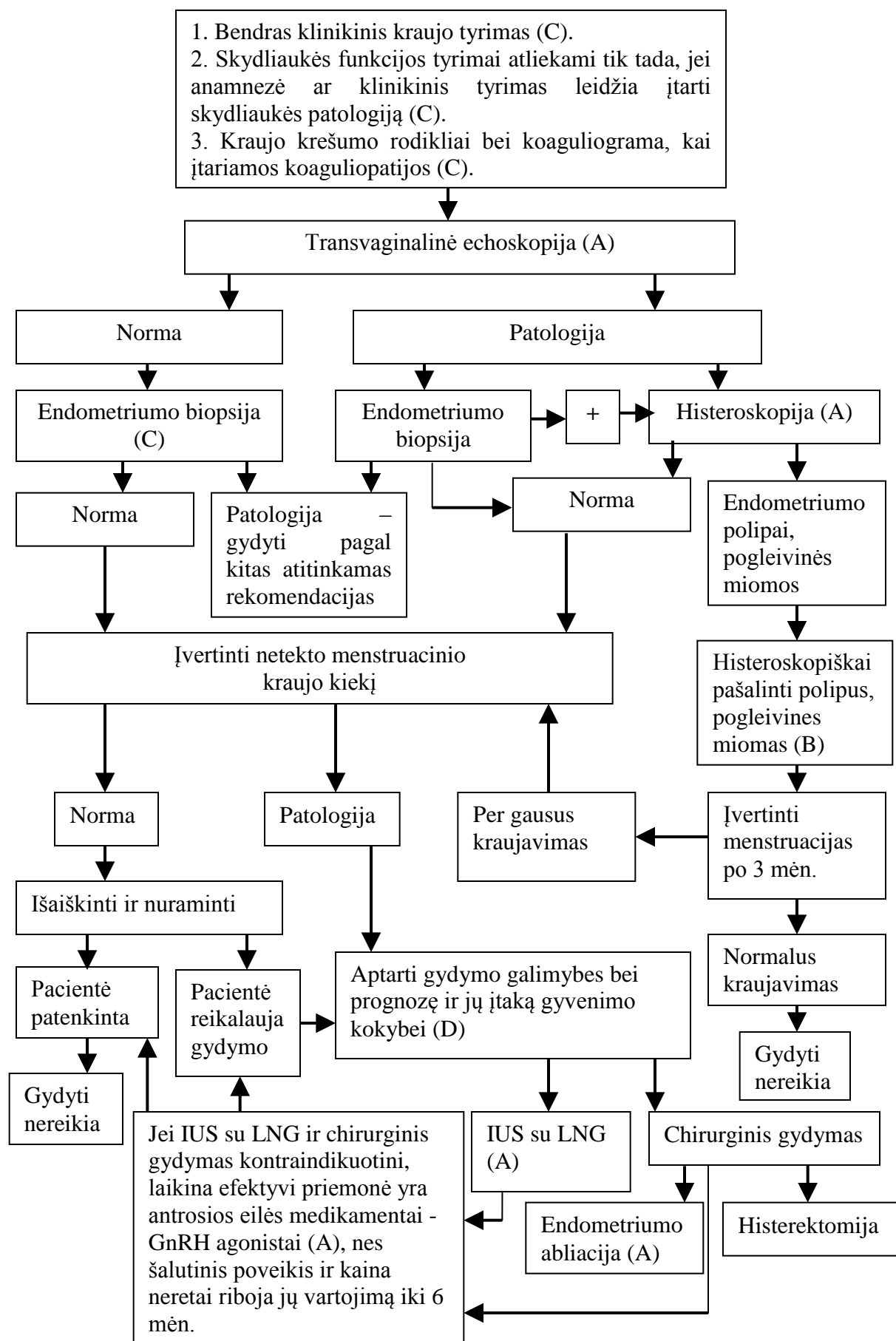
5.6.2. Endometriumo abliacija efektyviai gydo menoragijas ir gali būti pradinio chirurginio gydymo metodas po to, kai su paciente buvo aptarti jo privalumai, trūkumai, šalutinis poveikis bei alternatyvūs gydymo metodai (A) (1).

5.6.3. **Histerektomija tinka menoragijoms gydyti tik tais atvejais, kai visos kitos gydymo galimybės buvo išnaudotos, bet nebuvo gauta pageidaujamo efekto**, nes tai susiję su rimtų komplikacijų rizika, santykinai didesnėmis gydymo išlaidomis, laikinu darbingumo netekimu (D, GPP). Jeigu reikalinga histerektomija, pirmo pasirinkimo operacija yra vaginalinė histerektomija. Nesant sąlygų jai atlikti, pasirenkama laparoskopinė operacija, o jei šios atlikti nėra galimybių ar yra kontraindikacijų, rekomenduojama atlikti laparotominę histerektomiją.

5.7. Menoragijų gydymo algoritmas







5.8. Nerekomenduojami ir nenaudotini gydymo metodai, nes tyrimais įrodytas jų neefektyvumas (deja, iki šiol Lietuvoje vis dar populiarūs):

5.8.1. Gestagenų vartojimas klinikinėmis dozėmis liuteininės fazės metu, pvz., didrogesterono, medroksiprogesterono acetato ir pan. **liuteininės fazės metu (t.y. 2-oje menstruacinio ciklo pusėje) nėra efektyvus menoragijų gydymo būdas (A) (1,2).**

5.8.2. Etamsylato (Dicinone, Etamzylat) vartojimas klinikinėmis dozėmis **nėra efektyvus menoragijų gydymo būdas (A) (1,2).**

5.8.3. Gimdos gleivinės abraziija nėra menoragijų gydymo būdas (A) (1,2).

5.8.4. Danasol vartojimas nėra įprastas menoragijų gydymo būdas (A) (1,2).

5.9. Pacientę privalu nukreipti į aukštesnio lygio paslaugas teikiančią ASPĮ specializuotai pagalbai, kai:

5.9.1. Konservatyvus gydymas medikamentais per 3 mėn. nebuvo veiksmingas.

5.9.2. Sunki anemija (Hb<100 g/l) išlieka išnykus menoragijai.

5.9.3. Yra kontaktinis arba tarpmenstruacinis kraujavimas.

5.9.4. Įtariama onkologinė, hematologinė ar kt. ekstragenitalinė patologija.

5.9.5. Pacientės su menoragijomis visais atvejais nukreipiamos į aukštesnio lygio paslaugas teikiančias ASPĮ, kai yra (D, GPP):

5.9.5.1. Koagulopatijos.

5.9.5.2. Sunki širdies ir kraujagyslių sistemos organų patologija.

5.9.5.3. Sunki kepenų ir/ar inkstų patologija.

5.9.5.4. Endokrininės sistemos patologija (hipotireozė, cukrinis diabetas, III-IV laipsnio nutukimas).

5.9.5.5. Pastoviai vartoja antikoaguliantus.

5.10. Menoragijų gydymo šalutinio poveikio įvertinimas (1).

5.10.1. Pacientėms turi būti suprantamai pateikta informacija apie galimai neigiamą menoragijų įtaką sveikatai bei gyvenimo kokybei. Dalyvaudamos priimant sprendimą dėl gydymo, jos taip pat turi būti supažindintos su menoragijų gydymo metodų šalutinio poveikio rizika (D, GPP) (1).

5.10.2 Menoragijų gydymo šalutinis poveikio dažnumo įvertinimas (1):

- *dažnas*, jei pasitaiko bent 1 iš 100 gydomų moterų;
- *nelabai dažnas*, kai pasitaiko 1 iš 1000 gydomų moterų;
- *retas*, kai pasitaiko 1 iš 10 000 gydomų moterų;
- *labai retas*, kai pasitaiko 1 iš 100 000 gydomų moterų.

5.10.3. Lentelė. Menoragijų gydymo metodų šalutinio poveikio dažnumas (1)

Gydymo metodas	Gydymo šalutinis poveikis	
	Dažnis	Aprašymas
NVNU	Dažnas	Virškinimo sutrikimai, viduriavimas.
	Retas	Astmos eigos pablogėjimas. Peptinės opos su kraujavimu ar/ir peritonitu.
SKT	Dažnas	Nuotaikos svyravimai, pykinimas, galvos skausmai, skysčių susilaikymas, krūčių jautrumas.
	Retas	Giliųjų venų trombozė, trombembolija, insultai,

		infarktai.
<u>Injekciniai progestinai</u>	Dažnas	Svorio padidėjimas, neregulius kraujavimas, amenorėja, pabrinkimai, skysčio susilaikymas, krūčių jautrumas.
	Nelabai dažnas	Nežymus kaulų mineralinio tankio sumažėjimas, didžiaja dalimi grįžtantis į normą gydymą nutraukus.
IUS su LNG	Dažnas	Nereguliarūs, negausūs kraujavimai pirmųjų mėnesių po įdėjimo metu, praeinantis krūčių jautrumas, laikinas spuogų padaugėjimas, nestiprūs praeinantys galvos skausmai.
	Nelabai dažnas	Amenorėja.
	Retas	Gimdos perforacija spiralės įdėjimo metu.
GnRH agonistai	Dažnas	Menopauzės simptomai (karščio priplūdimai, prakaitavimas, makšties sausumas ir kt.).
	Nelabai dažnai	Osteoporozė su trabekulinio kaulo audinio plonėjimu, kai vartojami ilgiau kaip 6 mėn.
Endometriumo abliacija	Dažnas	Išskyros iš makšties, skausmai ir skausmingi gimdos spazmai net, jei mėnesinių nebėra, pakartotinės operacijos būtinybė.
	Nelabai dažnas	Pooperacinė infekcija.
	Retas	Gimdos perforacija. Pasitaiko labai retai, jei abliacija atliekama vartojant II kartos techniką.
Miomektomija	Nelabai dažnas	Pilvaplėvės sąaugos, sukeliančios skausmus ir/ar nevaisingumą, pakartotinių operacijų poreikis, miomų atkryčiai, gimdos perforacijos, kai operuojama per histeroskopą; pooperacinė infekcija.
	Retai	Kraujavimas.
Histerektomija	Dažnas	Pooperacinė infekcija.
	Nelabai dažnas	Kraujavimas operacijos metu, kitų pilvo organų (šlapimo takų, žarnų) sužalojimas, šlapinimosi sutrikimai, šlapimo nelaikymas.
	Retas	Giliųjų venų trombozė, plaučių kraujagyslių trombembolijos.
	Labai retas	Mirtis.

6. Menoragijų diagnostikos ir gydymo metodikos sukūrimas, paskirtis bei naudojimas

Metodiką parengė Lietuvos akušerių ginekologų draugijos valdybos sudaryta specialistų grupė (abėcėlės tvarka):

1. **Dr. Žaneta Kasilovskienė - grupės narė** (Metodikos teksto vertinimas ir tikslinimas).
2. **Dr. Vytautas Klimas - grupės vadovas** (temos ir tikslų suformulavimas, literatūros apžvalga bei atranka, Metodikos tekstas bei galutinio Metodikos algoritmų varianto sudarymas ir suderinimas, Metodikos pristatymas).
3. **Doc. Dr. Valdemaras Kruminis - grupės narys** (pirminiai gydymo algoritmų variantai, indikacijos ir kontraindikacijos).
4. **Gyd. Heraldas Stankevičius - grupės narys** (Metodikos teksto vertinimas ir tikslinimas).
5. **Gyd. Laima Senkienė – grupės narė** (Metodikos teksto vertinimas).

Metodika patvirtinta naudojimui Lietuvos Akušerių ginekologų draugijos valdybos posėdyje 2011-12-21 protokolo **Nr. 2011/03**.

Oficialūs recenzentai:

Prof. Dr. Laima Maleckienė (Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas).

Doc. Dr. Jonas Ališauskas (Vilniaus Universiteto medicinos fakultetas).

7. Literatūra:

1. NICE clinical guideline 44//Heavy menstrual bleeding. – 2007, January – <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG44NICEGuideline.pdf>
2. Shaw J.A., Shaw H.A. Menorrhagia. Medscape 2011. – <http://emedicine.medscape.com/article/255540-overview#a0199>
3. Warner P.E., Critchley H.O., Lumsden M.A., Campbell-Brown M. et al. Menorrhagia II: is the 80-mL blood loss criterion useful in management of complaint of menorrhagia? (abstract). *Am J Obstet Gynecol* 2004, vol. 190, iss. 5, p. 1224-1229. - <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937803020362>
4. Clinical Knowledge Summaries: Previous version. Menorrhagia 2011 - http://www.cks.nhs.uk/clinical_knowledge/clinical_topics/previous_version/menorrhagia.pdf.
5. Jensen J.T., Parke S., Mellinger U., Machlitt A., Fraser I.S. Effective treatment of heavy menstrual bleeding with estradiol valerate and dienogest: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011, vol.117, no. 4, p. 777-787.
6. Reid P.C., Coker A., Coltart R. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart: a validation study. *BJOG* 2000, vol. 107, no. 3, p. 320-322.
7. Marions L, Lövkvist L, Taube A, Johansson M, Dalvik H, Øverlie I. Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women - a non-interventional study in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011 Apr;16(2), p.126-34.