

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10. від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ  
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Аномальні маткові кровотечі</b> (код курсу 7.2.2)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### **I. Актуальність теми**

За останні роки в практичній гінекології відбулося ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги жінкам з ДМК на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу становлення репродуктивної функції, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань дисфункціональних маткових кровотеч.

### **II. Об'єм повторної інформації**

1. Тести функціональної діагностики яєчників.
2. Оцінка ступеню розвитку дівчинки.
3. Нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції.
4. Характеристика нормального менструального циклу.

### **III. Об'єм нової інформації**

1. Які маткові кровотечі називають аномальними?
2. Що таке персистенція і атрезія фолікула?
3. Як виникає кровотеча при персистенції фолікула?
4. Як виникає кровотеча при атрезії фолікула?
5. Які виділяють форми двофазних маткових кровотеч?
6. Як діагностувати порушення менструального циклу при двофазних кровотечах?
7. Як діагностувати скорочення лютеїнової фази?
8. Як діагностувати подовження лютеїнової фази?
9. Як діагностувати відсутність овуляції?
10. Лікування хворих з матковими кровотечами у різному віці.

### **IV. План проведення заняття**

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

### **V. Умови для проведення заняття**

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних, пологове відділення.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

### **Методичні і ілюстративні матеріали**

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
4. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок.

### **VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Перерахуйте рівні регуляції менструального циклу.		+	
2.	Визначити роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу. .		+	
3.	Назвати гормони гіпофіза та вказати їх значення.		+	
4.	Вкажіть зміни, які відбуваються в яєчниках, слизовій оболонці матки та опишіть їх взаємозв'язок.		+	
5.	Вимірювання і інтерпретація даних базальної температури.		+	+
6.	Техніка забору мазків для кольпоцитології.		+	+
7.	Симптоми «зіниці» та «листя папороті», техніка виконання. Значення.		+	+

## VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### *Питання*

1. Які маткові кровотечі називають дисфункціональними?
2. Що таке персистенція і атрезія фолікула?
3. Як виникає кровотеча при персистенції фолікула?
4. Як виникає кровотеча при атрезії фолікула?
5. Які виділяють форми двофазних маткових кровотеч?
6. Як діагностувати порушення менструального циклу при двофазних кровотечах?
7. Як діагностувати скорочення лютеїнової фази?
8. Як діагностувати подовження лютеїнової фази?
9. Як діагностувати відсутність овуляції?
10. Який результат гістологічного дослідження ендометрію при геморагічній метрорпатії Шредера?
11. Лікування хворих з матковими кровотечами у різному віці.

### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

1. Зібрати і оцінити гінекологічний анамнез;
- 2.Визначити індекс маси тіла пацієнтки.
- 3.Провести загальний огляд пацієнтки.
4. Провести гінекологічне обстеження.
- 5.Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
6. Призначити консервативні методи лікування аменорей та ДМК в залежності від віку жінки, репродуктивних планів.

### *Тестові завдання*

1. Які маткові кровотечі називають дисфункціональними?

- а) кровотечі з матки, які викликані порушенням циклічного виділення гормонів, що регулюють менструальний цикл називають дисфункціональними;
- б) кровотечі з матки, які викликані порушенням виділення естрогенів, називають дисфункціональними;
- в) кровотечі з матки, які викликані порушенням процесу відторження ендометрію, називаються дисфункціональними.
- г) кровотечі з матки в період менструального циклу називають дисфункціональними

**2. В якому періоді життя жінки спостерігаються дисфункціональні маткові кровотечі?**

- а) в періоді становлення, в дітородному віці, в клімактеричному віці;
- б) в ювенільному віці;
- в) в репродуктивному віці;
- г) в клімактеричному періоді;
- д) в будь-якому періоді життя жінки.

**3. Які фактори сприяють виникненню дисфункціональних маткових кровотеч?**

- а) часті аборти, патологічні пологи, екстрагенітальні захворювання;
- б) аборти;
- в) патологічні пологи;
- г) ускладнений перебіг вагітності;
- д) екстрагенітальні захворювання.

**4. Який основний механізм виникнення дисфункціональних маткових кровотеч?**

- а) відсутність овуляції;
- б) порушення процесу дозрівання фолікула;
- в) порушення процесу формування жовтого тіла;
- г) гіперестрогенія;
- д) гіпоестрогенія.

**5. З якими скаргами звертаються хворі, що страждають на дисфункціональні маткові кровотечі?**

- а) на кровотечі з матки в середині менструального циклу;
- б) на кровотечі з матки після затримки менструації;
- в) на кровотечі з матки;
- г) всі відповіді вірні;
- д) на загальну слабкість, головокружіння, зниження працездатності.

**6. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику дисфункціональних маткових кровотеч?**

- а) з позаматковою вагітністю;
- б) з раком ендометрію;
- в) з поліпозом ендометрію;
- г) всі відповіді вірні;
- д) з субмукозною фіброміомою матки.

**Ситуаційні задачі :**

**Задача 1.** Хвора 28 р. поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'яні виділення, які з'явилися на 10 днів раніше строку після важкої психічної травми і продовжуються 2 тижні. Піхове дослідження: зовнішні статеві органи розвинуті нормально. Шийка матки циліндричної форми, чиста, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки нормальних розмірів, безболісне, рухоме, щільної консистенції з рівною поверхнею. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення із піхви кров'яні, рясні.

**Запитання :**

1. Попередній діагноз ?
3. Яке лікування слід призначити?

**Задача 2.** У жіночу консультацію звернулась хвора віком 36 років зі скаргами на підвищену дратівливість, плаксивість, головний біль, серцебиття, набряки на руках і ногах, зменшення сечовиділення, нагрубання молочних залоз. Ці прояви виникають і поступово зростають за кілька днів до менструації і зникають з її початком. Менструальний цикл без порушень. Перераховані скарги почала відмічати на протязі останнього року.

**Запитання :**

1. Попередній діагноз ?
3. Яке лікування слід призначити?

**Задача 3.** Хвора 18 років скаржиться на болючість і нагрубання молочних залоз, головні болі, подразливість, набряклість нижніх кінцівок. Дані симптоми турбують з початку менархе, з'являються за 3-4 до початку чергової менструації. При гінекологічному огляді патології не виявлено.

**Запитання :**

1. Попередній діагноз ?
3. Яке лікування слід призначити?

## **VIII. Методичні матеріали до практичного заняття**

### **1.1. Діагноз: Аномальна маткова кровотеча**

#### **1.2. Код за МКХ-10:**

#### **N 92. Надмірна, часта та нерегулярна менструація**

N 92.0 Надмірна і часта менструація з регулярним циклом

N 92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом

N 92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання

N 92.3 Овуляційна кровотеча

N 92.4 Надмірна кровотеча в пременопаузальний період

N 92.5 Інша уточнена нерегулярна менструація

N 92.6 Нерегулярна менструація, не уточнена

N 92.8 Дисфункціональна маткова кровотеча

#### **N 93. Інші патологічні кровотечі із матки та вагіни**

N 93.0 Кровотеча після і під час статевого контакту

N 93.8 Інша уточнена аномальна маткова і вагінальна кровотеча

N 93.9 Аномальна маткова та вагінальна кровотеча, не уточнена

### **ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**

Робочою групою з порушень менструального циклу Міжнародної федерації гінекологів і акушерів (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) розроблені нові підходи до термінології, пов'язаної з АМК. Запропонована номенклатура АМК спрямована на спрощення опису клінічної картини і заміщення таких застарілих термінів, як «менорагія», «метрорагія», «поліменорея» і «дисфункціональні маткові кровотечі»

**Аномальні маткові кровотечі (АМК)** – це будь-яка маткова кровотеча, що не відповідає параметрам нормальної менструації у жінки репродуктивного віку.

**Хронічна АМК** – аномальна за об'ємом, регулярністю та частотою маткова кровотеча, яка спостерігається протягом останніх 6 місяців поспіль.

**Гостра АМК** – це епізод настільки масивної кровотечі, що дає лікарю достатні підстави для термінового втручання з метою попередження подальшої крововтрати.

**Тяжка менструальна кровотеча (ТМК)** – це менструальна крововтрата, об'єм якої перевищує 80 мл протягом одного менструального циклу, та впливає на фізичний та емоційний стан жінки, а також соціальні та матеріальні аспекти життя. ТМК може бути самостійною або поєднуватись з іншими симптомами.

### **Фактори ризику аномальних маткових кровотеч**

Згідно з наявними доказами, наявність фіброміом матки, старший вік та расова приналежність пов'язані з вірогідністю розвитку ТМК у жінок (хоча не виключений зв'язок цих факторів між собою). Вплив на збільшення обсягу МК мають також спадкові захворювання крові, такі як Хвороба Фон Віллебранда (ХфВ), наявність ендметріозу та шкідливі звички, зокрема тютюнопаління а також ожиріння. Докази також свідчать, що фактори психологічного благополуччя можуть пом'якшити реакцію жінки на МК. Однак, роль цих факторів у причинно-наслідковий зв'язку та ефект їхньої зміни ще слід з'ясувати.

## **Діагностика.**

### **4.2.1. Анамнез**

**Збір анамнезу** та фізикальне обстеження допомагають встановити причину АМК, направити жінку на подальше обстеження, визначити/уточнити тактику ведення пацієнтки.

*Анамнез* включає такі відомості:

- сексуальний і репродуктивний анамнез (метод контрацепції, ймовірність вагітності, вірогідність інфекцій, які передаються статевим шляхом, планування майбутньої вагітності, наявність неплідності, проходження жінкою цервікального скринінгу)
- прояви хвороб, які вказують на системні причини кровотечі (гіпотиреоз, гіперпролактинемія, порушення згортання крові, синдром полікістозних яєчників)
- сімейний анамнез і наявність спадкових захворювань У разі гострої кровотечі додаткові методи виявлення не потрібні, оскільки жінка переважно сама змушена звернутися до лікаря по допомогу. Однак у разі хронічного перебігу АМК пацієнтки рідко звертають увагу на характер менструальних кровотеч і не завжди вважають за необхідне обговорювати це питання з лікарем, часто звертаються за медичною допомогою через інші проблеми (анемію або інші захворювання). Ці обставини потребують впровадження чітких нормативно детермінованих рекомендацій щодо опитування пацієнтки з метою виявлення АМК. Аналіз опитувальників дав можливість виділити питання, які на рівні первинної консультації дозволяють виявити контингент пацієнток, котрі потребують додаткового обстеження на предмет діагностики АМК.

### **Фізикальне обстеження**

Метою фізикального обстеження жінки є визначення основної патології з метою вибору лікування та потреби у проведенні досліджень. У ході фізикального огляду необхідно звертати увагу на прояви системних захворювань, які можуть викликати АМК, а також потрібно оцінити стан статевих шляхів та органів малого тазу, щоб виявити джерело кровотечі і виключити його анатомічні причини, такі як лейоміома або поліпи матки. Важливе значення має рутинне визначення індексу маси тіла (ІМТ), оскільки ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, у тому числі асоційованих із порушеннями менструального циклу.

### **4.2.3. Лабораторна діагностика**

Для виявлення захворювання, що спричинило або могло спричинити розвиток ТМК, досліджується:

- загальний аналіз крові (скринінг анемії), при нормальному вмісті гемоглобіну — визначення рівня феритину (стан депо заліза);
- хоріонічний гонадотропін людини ( $\beta$ -субодиниця) в сироватці або сечі (виключення вагітності);
- тиреотропний гормон (ТТГ) і вільний тироксин (Т4 віль.), пролактин(скринінг латентного гіпотиреозу і мікроаденоми гіпофіза);- у разі наявності в анамнезі тяжких кровотеч, починаючи з менархе;післяпологових кровотеч або кровотеч в результаті видалення зубів; інших видів кровотеч або ознак порушення коагуляції в сімейному анамнезі – консультація гематолога.

Не існує доказів на користь того, що вимірювання рівня сироваткових гонадотропінів (фолікулостимулюючого гормону і лютеїнізуючого гормону), естрадіолу або прогестерону

може допомогти у виборі тактики ведення пацієнтки з АМК, тому рутинне застосування даних методів не рекомендовано.

### **Інструментальні методи обстеження**

Призначаються при підозрі на наявність структурних причин кровотечі; неефективності консервативного лікування; ризику малігнізації.

Трансвагінальне УЗД (далі УЗД) є «золотим стандартом» діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні аномалії матки та ендометрія, а також виявити структурну патологію міометрія, шийки матки, маткових труб і яєчників. Цей метод дослідження може допомогти в діагностиці поліпів ендометрія, аденоміозу, лейоміоми, потовщення ендометрія, пов'язаного з гіперплазією і злоякісними новоутвореннями. При непереконливих результатах УЗД, а також за наявності ризику злоякісного процесу необхідно проведення гістероскопії з гістологічним дослідженням ендометрія. Сліпа аспіраційна біопсія є методом вибору *Стани, при яких слід надавати перевагу гістероскопії з біопсією ендометрія*

*у жінок з АМК:*

- вік > 40 років;
- фактори ризику розвитку раку ендометрія (ожиріння, відсутність пологів в анамнезі, цукровий діабет, синдром полікістозних яєчників, колоректальний рак у сімейному анамнезі);
- попереднє неефективне лікування АМК;
- міжменструальні кровотечі.

Метод дилатації і вишкрібання нині не є стандартом початкової оцінки ендометрія. Це «сліпа» процедура, ризик ускладнень якої є ідентичним до ризику при гістероскопії. Застосовувати даний метод з метою оцінки стану ендометрія варто лише за відсутності інших діагностичних можливостей.

### **Формулювання діагнозу**

У зв'язку з необґрунтованістю і суперечливістю багатьох причин АМК, деякі з яких можуть поєднуватись у однієї і тієї ж жінки, FIGO прийняла нову систему класифікації (PALM – COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю

### **Класифікація причин АМК (PALM\COEIN)**

#### **Структурні Неструктурні**

P-поліпи

A-Аденоміоз

L-Лейоміома

M-Злоякісні пухлини,  
гіперплазія

C- Коагулопатія

O-порушення овуляції

E- Патологія ендометрію

I-Ятрогенні

N-некласифіковані

Категорія лейоміома (L) розділяється на два підтипи:

- LSM для пацієнток з, принаймні, однієї міомою слизистої.
- LO для пацієнток, у яких міоми не вражають порожнину ендометрію.

«N» відповідає категорії («некласифіковані»), яка дозволяє відкрити нові причини під час майбутніх досліджень.

Після виключення органічних причин, більшість випадків ТМК зумовлені порушенням гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової осі, порушенням овуляції. При хронічних порушеннях овуляції ендометрій зазнає тривалого естрогенного стимулювання без належної протидії прогестерону, що зумовлює неконтрольований (збільшення залоз і утворення кровоносних судин) і погано структурований ріст, призводячи до того, що

ендометрій стає слабким. Згідно з цією точкою зору ТМК, викликана порушеннями овуляції, також супроводжується структурними аномаліями ендометрію.

#### **4.4. Диференційна діагностика**

При визначенні діагнозу ТМК необхідно виключити наявність структурних патологій, а також кровотечу, пов'язану з вагітністю. Діагностування і лікування аномальних маткових кровотеч органічного походження мають свою специфіку і описані в інших протоколах. Диференційна діагностика АМК проводиться з урахуванням віку, в якому знаходиться пацієнтка: ювенільний, репродуктивний, перименопаузальний або постменопаузальний період. При цьому враховуються фактори ризику АМК, які є притаманні різним віковим періодам життя жінки: • в підлітковому віці причиною аномальних маткових кровотеч переважно виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю осі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (АМК-О)

• для перименопаузального та постменопаузального періоду притаманна висока частота структурної патології матки та патологія ендометрію (АМК-PALM)

#### **4.5. Лікування**

##### **4.5.1. Схеми лікування**

##### **4.5.1.1. Гостра тяжка маткова кровотеча**

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієнток (якщо дозволяють клінічні обставини) і може включати такі засоби: кон'юговані еквінні естрогени внутрішньовенно (станом на 01.01.2015 в Україні не зареєстровані), комбіновані оральні контрацептиви (КОК), пероральні прогестини і транексамову кислоту. Вибір методу лікування проводять з урахуванням анамнезу пацієнтки і наявності протипоказань. Препарат Разова доза Режим КОК Монофазні (30–35 мкг етинілестрадіолу) 3 рази на добу протягом 7 днів або до 4х разів на добу 3-5 днів, потім зменшення кожні 2 дні на 1таблетку, всього 20 днів\*\*

Транексамова кислота 1,5 г *per os* або 10 мг/кг внутрішньовенно(максимум до 600 мг)3 рази на добу впродовж 5 днів,кожні 8 годин. Медроксипрогестерону ацетат\*20 мг *per os* 3 рази на добу протягом 7 днів

\* інші прогестини з іншими режимами застосування також можуть бути ефективними

\* \* інші режими застосування монофазних КОК також можуть бути ефективні

#### **Хронічна АМК**

Якщо причиною маткових кровотеч є системне захворювання, необхідно проводити його специфічне лікування у профільного спеціаліста (ендокринолог, гематолог та ін.). При виявленні структурної патології лікування повинно здійснюватися згідно з відповідними протоколами.

Після виключення злоякісних новоутворень та патології органів малого тазу в якості першої лінії терапії АМК слід розглядати медикаментозне лікування. Лікування ставить за мету наступне:

- зменшення обсягу крововтрати при менструації,
- профілактика рецидивів,
- корекція анемії,
- підвищення якості життя.

Жінки з анемією повинні негайно почати прийом препарату заліза. Медикаментозне лікування залізодефіцитної анемії проводиться оральними формами препаратів заліза (таблетки, рідкі форми). В разі гострої ТМК можуть бути застосовані препарати внутрішньовенного заліза.

Про ефективність медикаментозного лікування свідчить збільшення рівнів гемоглобіну через 21 день на 20 г/л від початку медикаментозного лікування. Якщо реакція на лікування позитивна — лікування триває; щомісяця робиться загальний аналіз крові; лікування триває протягом 3 місяців після нормалізації рівня гемоглобіну і феритину (протокол ведення хворих із залізодефіцитною анемією).

Слід зазначити, що особливо у пацієнок з гіперпроліферативними процесами ендометрія, важливо уникати гіпоксії та оксидативного стресу.

### **Медикаментозне лікування АМК.**

#### **4.5.2.1 Негормональні методи лікування АМК**

*Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)* пригнічують синтез простагландинів шляхом інгібування циклооксигенази, змінюючи співвідношення між простагландинами і тромбоксаном, що сприяє вазоконстрикції в матці. У Кокранівському огляді, до якого увійшли 17 рандомізованих досліджень, було показано, що НПЗП зменшують менструальну крововтрату на 33–55% порівняно з плацебо, без істотної різниці в частоті несприятливих ефектів [2]. У плановому порядку терапію НПЗП слід починати за день до менструації і продовжувати протягом 3–5 днів або до припинення кровотечі. Істотні відмінності ефективності між різними НПЗП не виявлені.

*Антифібринолітики.* У жінок із АМК порівняно з жінками з нормальними менструаціями в ендометрії підвищено рівень активаторів плазміногену з більш вираженою місцевою фібринолітичною активністю. Транексамова кислота (інгібітор активатора плазміногену) є антифібринолітиком, який оборотно зв'язується з плазміногеном, зменшуючи місцевий розпад фібрину без зміни параметрів згортання крові. У плацебо-контрольованих дослідженнях показана ефективність транексамової кислоти в зниженні менструальної крововтрати на 40–59% від початкового рівня. Найчастіше призначається схема лікування, яка включає 1 г транексамової кислоти перорально кожні 6 годин під час менструації. Також встановлено ефективність одноразового прийому добової дози у 4 г.

#### **4.5.2.2 Гормональні методи лікування АМК**

*Комбіновані оральні контрацептиви*, що містять етинілестрадіол, досить широко використовуються в клінічній практиці для лікування АМК, незважаючи на відсутність схвалення більшості препаратів цієї групи за даним показанням через брак рандомізованих досліджень, які б підтверджували їх ефективність при АМК. Подібне ж поліпшення було відзначено і в групах жінок, які отримували даназол, транексамову кислоту і напроксен.

Комбінацією естрогену і прогестину, схваленою для лікування важких менструальних кровотеч у жінок без органічної патології, є естрадіолу валерат + діеногест в режимі динамічних дозувань.

Ефективність даного препарату була продемонстрована у двох великих рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях за участю 47 центрів у Північній Америці і 34 в Австралії та Європі, в тому числі в Україні. Згідно з результатами даних широкомасштабних досліджень зниження обсягу менструальної крововтрати склало до 88% після 6 циклів лікування. При цьому покращення спостерігалось вже після першого циклу лікування і супроводжувалося значним поліпшенням параметрів метаболізму заліза. Відновлення овуляції при АМК, пов'язаних з овуляторною дисфункцією, необхідно тільки в разі бажання пацієнтки завагітніти найближчим часом. У випадку, коли пацієнтка вагітність не планує, застосування КОК в лікуванні АМК забезпечить значне зменшення обсягу менструальної крововтрати і поліпшення якості життя. Комбінація з естрогеном, ідентичним натуральному, має мінімальний вплив на метаболічні та гемостатичні параметри, що може бути додатковою перевагою у жінок після 40 років, які часто страждають на маткові кровотечі внаслідок овуляторної дисфункції.

*Контрацептивні пластирі та вагінальні кільця* не вивчалися спеціально як засоби для лікування

АМК, але було встановлено, що вони здатні зменшити обсяг менструальної крововтрати.

*Оральні прогестини.* Мета-аналіз семи рандомізованих досліджень показав, що прогестини, які

приймаються циклічно лише в лютеїнову фазу циклу, не є ефективним засобом для лікування АМК. Однак ефективність оральних прогестинів збільшується при пролонгованому прийомі (не менше 20 днів у циклі) і більш високих дозах. Застосування

прогестинів в режимі з 5-го до 25-го дня менструального циклу (20 днів у циклі) супроводжується скороченням обсягів менструальної крововтрати до 87%.

*Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС)* за відсутності значної структурної

патології істотно знижує менструальні крововтрати. Зменшення менструальної кровотечі на 86%

через 3 місяці і на 97% через 12 місяців було продемонстровано в дослідженні з використання ЛНГ-ВМС у жінок з менорагією. Також виявлено збільшення рівня гемоглобіну і сироваткового феритину після введення ЛНГ-ВМС жінкам із анемією, що виникла внаслідок АМК. Мета-аналіз 8 досліджень, який порівнює ефективність і прийнятність ЛНГ-ВМС у порівнянні з хірургічним лікуванням АМК, включаючи абляцію і гістеректомію, продемонстрував, що ЛНГ-ВМС забезпечувала таке ж поліпшення якості життя жінки, що і хірургічні методи.

*Даназол і агоністи гонадотропного рилізінг-гормону* ефективно зменшують менструальні кровотечі, однак їх використання обмежується вираженими побічними ефектами. Тому дані

препарати використовують у випадках, коли інші медичні або хірургічні методи лікування неефективні або протипоказані.

Ідеальний підхід до терапії полягає в підборі методів лікування, починаючи з менш інвазивних і закінчуючи більш інвазивними.

**Абляція** ендометрія є мінімально інвазивним хірургічним способом лікування важкої менструальної кровотечі. Вона рекомендована жінкам, у яких була неефективною медикаментозна терапія. Абляцію проводять за наявності показань до хірургічного лікування і жінка не планує вагітність для реалізації репродуктивних планів.

#### **Показання для проведення абляції ендометрію:**

- для початкового лікування ТМК після повного обговорення із жінкою ризиків, користі і інших видів лікування;- у жінок, які мають нормальну матку, без деформацій та розміром що не перевищує 10 тижнів вагітності;- за відсутності структурних або гістологічних аномалій. Нині застосовують два методи абляції ендометрія. Перший включає гістероскопічну резекцію та/або абляцію. Негістероскопічні методи чи техніки «другого покоління» включають низку різних методів, які руйнують ендометрій без прямої візуалізації. Порівняння гістероскопічних і негістероскопічних методів абляції ендометрія демонструє схожу задоволеність пацієнок лікуванням. Абляція ендометрія при порівнянні з ЛНГ-ВМС має однакову ефективність відносно припинення кровотечі у жінок з менорагіями. Негістероскопічні методи абляції є методом вибору через високу ефективність та безпеку таких методів.

#### **Ведення післяопераційного періоду:**

1. Жінкам слід радити уникати наступної вагітності і за необхідності, після абляції ендометрію застосовувати ефективні методи контрацепції.
2. Застосування ЛНГ-ВМС відразу після гістероскопічної абляції

**Видалення ендометрію-резекція ендометрію.** Видалення ендометрію полягає в хірургічному руйнуванні ендометрію різними методами. Резекція ендометрію полягає в його екстирпації. Принципова різниця пов'язана з можливістю отримання матеріалу для гістологічного дослідження.

#### **Умови проведення видалення – резекції ендометрію:**

- товщина шару міометрію має бути від 1 до 3 мм з метою руйнування базового шару ендометрію.

#### **Техніки видалення – резекції ендометрію:**

1) *Техніки першого покоління* або резектоскопічного видалення ендометрію здійснюються під безпосереднім оглядом ендометріальної порожнини. Проводять шляхом

ендометріального випарювання за допомогою круглої кулі, резекції ендометрію за допомогою однополярної або біполярної петлі, або ж поєднанням обох методик

2) **Техніки другого покоління** - видалення ендометрію без резектоскопії є методами руйнування ендометрію за допомогою апарату, що міститься в порожнині, що звільняє енергію, яка рівномірно руйнує ендометрій.

Перед застосуванням **видалення – резекції ендометрію** необхідно зробити попереднє дослідження ендометрію з метою виключення злоякісної або передзлоякісної патології ендометрію.

Метод **дилатації і кюретажу**, за винятком випадків важкої гострої кровотечі, що не піддається медикаментозній корекції, повинен розглядатися як діагностична методика, котру застосовують у разі неможливості відбору зразку ендометрія або виконання гістероскопії.

Емболізація маткових артерій проводиться у разі кровотечі, спричиненої наявністю артеріо-венозної мальформації матки.

**Гістеректомія** є радикальним методом лікування аномальних маткових кровотеч. Гістеректомія застосовується у жінок з АМК як остаточний метод терапії.

#### **Показання до проведення гістеректомії:**

- неефективні, протипоказані або відхилені пацієнткою інші способи лікування

#### **Види гістеректомій:**

При АМК перевага віддається лапароскопічній або вагінальній гістеректомії

##### **1. вагінальна гістеректомія**

-- лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (ЛВГ), де вагінальна гістеректомія асистується лапароскопічними процедурами, які не включають лігування артерії матки;

##### **2. лапароскопічна гістеректомія (ЛГ):**

- лапароскопічна гістеректомія (ЛГ(а)), де лапароскопічні процедури включають лігування артерії матки;

- повна лапароскопічна гістеректомія (ПЛГ), де немає ніякого вагінального компоненту і склепіння піхви зашивають лапароскопічно;

- лапароскопічна супрацервікальна гістеректомія.

#### **Рішення про те, який шлях використовувати, залежить:**

- від розміру матки,
- рухливість матки і розмір і форма піхви,
- стану шийки матки.

#### **Рекомендації по гістеректомії**

Жінки, яким запропонована гістеректомія:

- повинні мати повне обговорення імплікації операції, перш ніж буде прийнято рішення. Обговорення має включати в себе: сексуальні почуття, вплив фертильності, функції сечового міхура, необхідність подальшого лікування, ускладнення лікування, очікування жінки, альтернативні операції і психологічний вплив;

- повинні бути інформованими про підвищений ризик серйозних ускладнень (таких як кровотечі, пов'язані з операцією, або пошкодження інших органів черевної порожнини), пов'язаних з гістеректомією, коли має місце виражений злуковий процес

- повинні бути поінформовані про ризик можливої втрати функції яєчників і його наслідки, навіть якщо їх яєчники зберігаються протягом гістеректомії.

#### **АМК у дівчаток та дівчат-підлітків**

При наявності вагінальної кровотечі у дівчаток до 9 років, за умови виключення структурної патології матки, вульви та вагіни обстеження та лікування проводиться на предмет діагностики передчасного статевого розвитку і лікування згідно відповідного протоколу.

В ході диференціальної діагностики АМК у дітей та підлітків також використовується класифікація PALM –COIEN.

Слід зазначити, що в данній віковій групі необхідно виключати наявність артеріо-венозної мальформації матки. Діагностика мальформацій проводиться за допомогою УЗД з застосування ефекту Доплера та ангіографічного дослідження. У якості специфічного лікування зазначеної патології проводиться емболізація маткових артерій. Принципи та методи лікування як гострої, так і хронічної АМК у дітей та підлітків відповідають зазначеним вище у данному протоколі відносно жінок репродуктивного віку.

При лікуванні дівчат - підлітків з хронічним АМК переважання надається тактиці, спрямованій на формування двохфазного менструального циклу шляхом виявлення та усунення причин його порушення. У всіх невідкладних випадках у дівчат з АМК необхідно дотримуватись загальних принципів проведення екстрених реанімаційних заходів. Оцінка основних показників життєдіяльності (вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, блідість шкіри та ін.) дозволяє виявити пацієнток з тяжкими менструальними кровотечами (ТМК). У дівчат з ознаками гіповолемії, що спричинена ТМК, необхідно негайно розпочати внутрішньовенну інфузійну терапію з використання збалансованого кристалоїдного розчину та, за потреби, переливання крові та її компонентів.

У дівчат-підлітків, які мають тяжкі менструальні кровотечі на початку або одразу після початку менархе, зокрема при необхідності надання невідкладної допомоги, госпіталізації або переливання крові, в майже 48 % випадків спостерігаються гематологічні розлади. Дівчата зі спадковими геморагічними розладами (хвороба фон Віллебранда, на яку припадає близько 70% випадків,

менш поширені - дефіцит факторів згортання крові XI, VII або XIII, носійство гену гемофілії А або В та ін.), у яких спостерігаються значні тяжкі менструальні кровотечі або у яких традиційна медикаментозна терапія виявилась неефективною, потребують міждисциплінарного підходу до лікування із залученням лікарів-гематологів. При неефективності традиційних гормональних

та негормональних методів лікування маткових кровотеч у пацієнток з геморагічними розладами може бути розглянута можливість застосування спеціальних засобів, в тому числі десмопресину, який вивільнює фактор фон Віллебранда з тромбоцитів, замісної терапії карантинізованою

## **ІХ. Основна література для опрацювання**

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых ДО.С.Зайнулина и др/Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.
3. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
4. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
5. Кулаков В.И. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 384 с.
6. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

8. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. 756 с.
9. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
10. Нагнибеда А.Н., Павлова Л.П. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе: Справочник /Под ред. Э.К.Айламазяна. - СПб: СпецЛит,2003. - 58 с.