

DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240814

УДК 618.14-005.1:618.17-008.811]-07-08-085.357-089

Корчинська О.О.¹, Созанська М.А.²

Сучасні аспекти ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна²Гінекологічне відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні, м. Ужгород, Україна

xena.0474@gmail.com, mariasozanskaya@gmail.com

Корчинская О.А.¹, Созанская М.А.²

Современные аспекты ведения пациенток с аномальными маточными кровотечениями

¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина²Гинекологическое отделение Ужгородской центральной городской клинической больницы, г. Ужгород, УкраинаKorchynska O.O.¹, Sozanska M.A.²

Modern aspects of the management of patients with abnormal uterine bleeding

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine²Gynecology Department of Uzhhorod Central City Clinical Hospital, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Аномальна маткова кровотеча (АМК) – узагальнювальне поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. До АМК не належать кровотечі з шийки матки і піхви, кровотечі, пов'язані з вагітністю. Особливу актуальність набуває проблема удосконалення методів лікування гінекологічних захворювань, які супроводжуються порушеннями репродуктивної функції організму жінки. До числа таких захворювань належать і аномальні маткові кровотечі (АМК). У теперішній час частота даної патології складає 48% всіх гінекологічних захворювань [1]. Відповідно сучасним уявленням, гемостаз у матці під час менструації – це результат тонкого збалансованого процесу між агрегацією тромбоцитів, утворенням фібрину та регенерацією тканин, з одного боку, та інгібуванням простагландінами тромбоцитів, вазодилатацією та фібринолізом – з іншого боку. За даними літератури, АМК обумовлені функціональними порушеннями у системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, в основі яких лежать порушення ритмічної секреції гормонів яєчника [2]. Зазначені гормональні зміни призводять до гіперплазії і секреторної трансформації ендометрія. Якщо проліферуючий ендометрій переповнює порожнину матки, то на окремих ділянках виникають порушення трофіки з подальшим локальним відторгненням і кровотечею. Кровотеча підтримується підвищеним утворенням простагландинів у тривало проліферуючому ендометрії [3]. Гармонійність процесів, що відбуваються в менструальному циклі, здійснюється за рахунок повноцінності гонадотропної стимуляції, адекватного функціонування яєчників, синхронної взаємодії периферичної та центральної ланок регуляції – зворотної

аферентації [4]. При порушенні гормональної функції головного мозку або яєчників відбуваються зміни в менструальному циклі. Порушення функції гіпофізу, аденома та дисбаланс в продукції його гормонів іноді приводять до гіперпролактинемії, яка, в свою чергу, може провокувати АМК. 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» [5]. Замість застарілих термінів рекомендується використовувати декілька нових. Аномальна маткова кровотеча – узагальнює поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. АМК можна розділити на кілька типів залежно від обсягу крововтрати, регулярності, частоти, тривалості менструації і у зв'язку з репродуктивним віком. Тяжка (рясна) менструальна кровотеча є найбільш поширеною скаргою при АМК. Її визначають як «надмірну менструальну крововтрату, що порушує фізичний стан, соціальні, емоційні та/або матеріальні умови життя жінки. Даний симптом може бути ізольованим або поєднуватися з іншими» [6]. Хронічна АМК: аномальна за обсягом, регулярністю та/або частотою маткова кровотеча, яка спостерігається протягом більшості з останніх 6 місяців. Гостра АМК являє собою епізод настільки рясної кровотечі, що вимагає термінового втручання лікаря з метою запобігання подальшій крововтраті. Гостра АМК може виникнути на фоні існуючої хронічної АМК або з'явитися вперше. За оновленою класифікаційною системою FIGO 2018

тривалість нормального менструального циклу становить від 24 до 38 днів, а тривалість менструальної кровотечі 4-8 днів. Варіабельність тривалості міжменструального періоду при регулярних менструаціях становить не більше 7-9 днів в залежності від віку. Окрім уніфікованої термінології (FIGO system1), у 2011 році була створена, а у 2018 році модифікована класифікаційна система АМК, яка враховує можливі взаємопов'язані причини кровотеч у кожному окремо взятому клінічному випадку (FIGO system2 – PALM-COEN). У цій класифікаційній системі представлено 9 основних категорій: P – polyp (поліп), A – adenomyosis (аденоміоз), L – leiomyoma (лейоміома), M – malignancy (злоякісні процеси), C – coagulopathy (коагулопатія), O – ovulatory dysfunction (овуляторна дисфункція), E – endometrial (ендометриальна патологія), I – iatrogenic (ятрогенні причини), N – not otherwise classified (некласифіковані причини). За першими літерами латинських назв цих категорій створена назва класифікації та мнемонічний прийом: PALM-COEN (PALM – долоня, COEN – співзвучно «монета»). Передбачається можливість співіснування декількох етіологічних факторів АМК: наприклад, міоми матки, поліпа ендометрія і овуляторної дисфункції. У цілому компоненти групи PALM належать до структурних причин, які можуть бути оцінені за допомогою методів візуалізації та/або патогістології. Група категорій COEN включає причини, не пов'язані зі структурною патологією, тобто функціонального характеру, для діагностики яких необхідні здебільшого лабораторні дослідження. Користуватись класифікацією PALM-COEN необхідно виключно з огляду на клінічну ситуацію [7]. Найбільш частими причинами АМК у репродуктивному віці є аденоміоз, міома матки, які нерідко поєднуються з транзиторними порушеннями овуляції. Найпоширенішою причиною хронічної ановуляції у репродуктивному віці є СПКЯ [8].

Мета дослідження: запропонувати сучасний алгоритм діагностично-лікувальних заходів при АМК у жінок репродуктивного віку для їх профілактики в майбутньому.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети на базі гінекологічного відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні нами були обстежені 90 пацієнок з АМК у віці від 25 до 40 років з порушеннями менструального циклу у вигляді тривалих кровотеч (>8 днів) з великою крововтратою (>80 мл). У процесі дослідження хворих було поділено на дві групи, першу групу склали 60 пацієнок, яким проводились діагностично-лікувальні заходи за розробленою нами схемою: анамнез захворювання, проводили тести функціональної діагностики, клінічний аналіз крові, сечі, ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів, гормональний стан, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом. Обстеження включало також проведення цитологічного дослідження аспірату із порожнини матки, гістологічне дослідження зішкрібів

ендометрію. Гінекологічний статус оцінювався на підставі ректо-абдомінального та вагінального досліджень. При дослідженні гормонального статусу було визначено концентрації лютеїнізуючого та фолікулоstimулюючого гормонів (ЛГ та ФСГ), прогестерону (ПРГ), естрадіолу (E2), пролактину (ПРЛ), тиреотропного гормону (ТТГ). Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом. До другої групи належали 30 жінок, яким проведено «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки, загальноприйнятні методи обстеження (загальний аналіз крові, сечі, кров на визначення групи, резус-фактор), гістологічне дослідження зішкрібів ендометрію. Методи лікування жінок першої групи: призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК) із вмістом дієногест+ естрадіол, використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів, прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом, для корекції анемії в схему лікування включали препарати заліза, хірургічні методи – гістероскопія, лапароскопія.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнок першої групи становив $32 \pm 1,5$, другої групи – 30 ± 2 . При надходженні усі жінки скаржились на порушення менструального циклу, рясні менструації, больовий симптом, також спостерігались: головний біль у першій групі 26 (43,3%) і 12 (40%) у другій групі, запаморочення – 18 (30%) і 10 (33,3%) випадках відповідно, масталгія – 12 (20%) і 5 (16,7%), порушення сну – 4 (6,7%) і 3 (10%). Вік менархе у 1-й групі в середньому становив $14,8 \pm 1,2$, у другій групі – $14,2 \pm 1,8$. Характеристика менструального циклу у групах відповідно: середня тривалість менструації дорівнювала $9,7 \pm 2,3$ і $9,6 \pm 2,4$ днів, середня тривалість менструального циклу – $38,7 \pm 2,3$ і $38,3 \pm 2,7$ днів. Жінок, які в анамнезі мали 1 пологи у першій групі було – 19 (31,7%), у другій – 8 (26,7%), 2 пологів – 21 (35%) і 9 (30%) відповідно, 3 і більше – 9 (15%) і 6 (20%). Жінки, які не народжували – 11 (18,3%) і 7 (23,3%) відповідно. У 1-й групі перенесли в минулому гінекологічні операції 42 (70%) пацієнтки, з них: поліпектомія – 17 (28,3%), консервативна міомектомія – 10 (16,7%), кесарів розтин – 7 (11,7%), із приводу кіст і полікістозних яєчників – 5 (8,3%), позаматкової вагітності (тубектомія) – 3 (5%). У 2-й групі перенесли в минулому гінекологічні операції 19 (63,3%) пацієнтки, з них: поліпектомія – 5 (16,7%), кесарів розтин – 4 (13,3%), консервативна міомектомія – 4 (13,3%), із приводу кіст і полікістозних яєчників – 3 (10%), позаматкової вагітності (тубектомія) – 3 (10%). Серед жінок переважали хворі з хронічними циклічними АМК. Характер порушень менструального циклу у пацієнок: циклічні – перша група – 19 (31,7%), друга група – 9 (30%), ациклічні – перша група – 11 (18,3%), друга група – 8 (26,7%), хронічні – перша група – 21 (35%), друга група – 10 (33,3%), гострі – перша група – 9 (15%), друга група – 9 (30%). У 45 (75%) жінок 1-ї групи діагностовано анемію (легкого або середнього ступеня), у 4 (6,7%) хворих – тяжкого ступеня. Трансвагінальне УЗД е

«золотим стандартом» діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні аномалії матки та ендометрія, а також виявити структурну патологію міометрія, шийки матки, маткових труб і яєчників. Збільшення розмірів матки у пацієнок першої групи спостерігали у 53 (88,3%) випадках, неоднорідна гіперехогенна структура – 49 (81,7%), нерівномірність товщини ендометрія – 47 (78,3%). Дані УЗД порожнини матки свідчать про гіперпластичні процеси ендометрію у 39 (65%) пацієнок з АМК (М-ехо – $14 \pm 3,5$). При їх доплерометричному дослідженні спостерігалось посилення кровотоку в ендометрії, що може бути пов'язане із збільшенням числа естрогенних рецепторів і посиленням дії естрадіолу. Під час кровотечі до крові домішуються зрушені клітини ендометрію, які перетворюють профібринолізин у фібринолізин та сприяють утворенню фібринових згортків, що підвищує кровотечу. У розвитку АМК відіграють роль також нейроендокринні і метаболічні порушення. Важливе значення має рутинне визначення індексу маси тіла (ІМТ), оскільки ожиріння є фактором ризику багатьох захворювань, у тому числі асоційованих із порушеннями менструального циклу. Ми виявили супутню патологію у 51 (85%) жінки першої групи, а саме: ожиріння у 21 (35%) пацієнтки, захворювання щитоподібної залози – 13 (21,7%), цукровий діабет та інсулінорезистентність – 10 (16,7%), гіпертонічну хворобу – 7 (11,6%). У 57 (95%) жінок першої групи виявлені хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів, а саме: ендометрит, кольпіт, вагініт, цервіцит, при цьому збудники найчастіше були: кандидоз – 23 (38,3%), уреаплазмоз – 15 (25%), хламідіоз – 12 (20%), мікоплазмоз – 7 (11,7%). В перегляді класифікаційної системи FIGO 2018 наголошується на необхідності приділення належної уваги запальним процесам ендометрія (хронічний ендометрит) у жінок з АМК. Визнається доцільність діагностики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), зокрема хламідійної інфекції [9]. В активному репродуктивному періоді провідна роль в патогенезі АМК належить зміні чутливості яєчникових рецепторів до дії гонадотропних гормонів, а також рецепторів ендометрію до естрогенів і прогестерону. У пізньому репродуктивному періоді, в зв'язку з поступовим зниженням чутливості гіпоталамічних центрів до стероїдних гормонів, посилюється продукція гіпофізом гонадотропнів, а яєчниками – статевих гормонів. Внаслідок поступового виснаження функції яєчників формується лютеїнова недостатність, що призводить до гіперестрогенії на тлі гіпопрогестеронемії. Вивчення гормонального статусу у обстежених жінок першої групи виявило зміни рівнів гормонів у другій фазі циклу, підвищення рівня естрадіолу і зниження рівня прогестерону. Таким чином, ми спостерігали гіперестрогенію у 47 (78,3%) випадках, гіпопрогестеронемію у 45 (75%) пацієнок. Порушення функції гіпофізу, аденома та дисбаланс в продукції його гормонів іноді приводять до гіперпролактинемії, яка в свою чергу може провокувати АМК. Гіперпролактинемія виявлена у 43 (71,7%) жінок першої групи. Підвищення ТТГ – 16 (26,7%), ЛГ – 17 (28,3%), та зниження ФСГ –

38 (63,3%). За даними гістологічного дослідження зіскрібу ендометрія у жінок 1-ї групи виявили: поліп ендометрію – 11 (18,3%), гіперплазія ендометрія – 17 (28,3%), поєднана патологія матки (гіперплазія ендометрія і поліп) – 32 (53,4%). У пацієнок другої групи: поліп ендометрію – 5 (16,7%), гіперплазія ендометрія – 9 (30%), поєднана патологія матки (гіперплазія ендометрія і поліп) – 16 (53,3%).

Лікування АМК у жінок першої групи залежало від етіологічного фактора, а також від характеру перебігу процесу. У жінок другої групи виконане «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки і цервікального каналу.

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієнок (якщо дозволяють клінічні обставини) і включало такі засоби: КОК із вмістом дієногест + естрадіол у 13 (21,7%) випадках. Єдиною комбінацією естрогену і прогестину, схваленою для лікування важких менструальних кровотеч у жінок без органічної патології, є естрадіол валерат + дієногест в режимі динамічних дозувань. Ефективність даного препарату була продемонстрована у двох великих рандомізованих 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. Використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів: етинілестрадіол 0,015 мг + гестоден 0,060 мг – 9 (15%) жінок. Було проведено рандомізоване дослідження за участю 45 жінок монофазні КОК, що містять 30 мкг етинілестрадіолу, зменшували менструальну крововтрату на 43% від початкового рівня протягом 2 циклів [6]. Прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, при застосуванні яких спостерігається зменшення росу вузлів міоми без дії на клітини нормального міометрію. Встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) 10 (16,7%) пацієнткам 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 [6]. Вибір на користь хірургічного лікування ґрунтувалось на наступних факторах: нестабільність клінічного стану жінки, наявність протипоказань до медикаментозного лікування, відсутність ефекту від медикаментозного лікування і

анамнестичні вказівки на неефективність всіх медикаментозних методів. Хірургічні методи включали: гістероскопія – при наявності поліпів ендометрія – 11 (18,3%) жінок. Лапароскопія – кісти, СПКЯ (дрілінг – пробивання, проколівання, сверління) – 5 (8,3%) пацієнок. Після досягнення контролю над гострою кровотечею обов'язковим є перехід до тривалої підтримуючої терапії. Для корекції анемії в схему лікування включали препарат заліза (II): сульфат заліза 247,25 мг + фолієва кислота 0,35 мг по 1 таб. двічі на добу під контролем результатів загального аналізу крові та рівня феритину в сироватці крові в динаміці. Після виписки зі стаціонару гемостимулююча терапія продовжувалась додатково ще 2–3 місяці до нормалізації рівня феритину в сироватці крові (відновлення депо заліза). Після досягнення контролю над гострою кровотечею обов'язковим є перехід до тривалої підтримуючої терапії. Після проведеного лікування у жінок I групи ми спостерігали: відновлення регулярного менструального циклу, відновлення овуляції, зменшення менструального болювого синдрому. Рецидиви АМК у першій групі мали місце лише у 3 (5%) жінок. У жінок другої групи рецидиви спостерігались у 23 (76,7%) випадках.

Перспективи подальших досліджень

Поглиблене вивчення патогенезу АМК з метою удосконалення існуючих методів діагностики та лікування

для зниження частоти рецидивів та покращення якості життя жінок.

Висновки

Сучасні технології ведення пацієнок повинні включати дообстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, і гормональний статус. Використання у лікуванні малоінвазивних органозберігаючих хірургічних технік повинно стати рутинною практикою. Призначення низькодозованих гормональних препаратів з місцевою дією, модуляторів рецепторів прогестерону потрібно включати у схему лікування АМК. 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. При виявленні структурної патології лікування повинно здійснюватися згідно з відповідними протоколами. Якщо причиною маткових кровотеч є системне захворювання, необхідно проводити його специфічне лікування у профільного спеціаліста (ендокринолог, гематолог та ін.). Після виключення злоякісних новоутворень та патології органів малого тазу в якості першої лінії терапії АМК слід розглядати медикаментозне лікування. Лікування ставить за мету наступне: корекція анемії, зменшення обсягу крововтрати при менструації, профілактика рецидивів, підвищення якості життя.

Література

1. Кузьміна О.О., Нагута Л.О., Ткачова О.В. «Комплексний підхід до лікування хворих з аномальними матковими кровотечами», Збірник тез I заочної науково-практичної конференції м. Харків, 12 квітня 2018 р. с. 46-49.
2. Вдовиченко Ю.П. Аномальные маточные кровотечения репродуктивного возраста – современное состояние проблемы, средства коррекции / Ю. П. Вдовиченко, Е. Н. Гопчук, Т. В. Герасимова // Здоровье женщины. – 2012. – № 9 (75). – С. 032–036.
3. Гулиева В.Н., Биштави А.Х., Костин А.Ю., и др. Особенности состояния эндометрия у больных с аномальными маточными кровотечениями // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – Том 1, №1. – С.12 – 14.
4. Подзолкова Н.М. Нарушения менструального цикла в репродуктивном периоде / Подзолкова Н.М., Данышина В.А. – Медицинский совет., 2014. – №9. – С. 44 – 48.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. (2019). Corrigendum to “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” [Int J Gynecol Obstet 143 (2018) 393-408.]. Int J Gynecol Obstet. 144 (2):237–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30609040>.
6. Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Бер А. «Національний консенсус щодо ведення пацієнок із аномальними матковими кровотечами» Репродуктивна ендокринологія №1 (21) / березень 2015, с – 7-14.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2016 № 353 (зі змінами 23.09.2016 № 994) «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги аномальні маткові кровотечі». С. 18.
8. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod.33 (9):160218.<https://academic.oup.com/humrep/article/33/9/1602/5056069>.
9. Бурка О.А., Тутченко Т.М., Шумицький А.В. «Роль лабораторних досліджень у діагностиці причин аномальних маткових кровотеч» Здоровье женщины №3 (139)/2019 с. 49-52.

References

1. Kuzmina O.O., Nahuta L.O., Tkachova O.V. «Kompleksnyi pidkhid do likuvannia khvorykh z anomalnyu matkovyumu krovotechamy», Zbirnyk tez I zaochnoi naukovo-praktychnoi konferentsii m. Kharkiv, 12 kvitnia 2018 r. s 46-49.
2. Vdovychenko Yu.P. Anomальные маточные кровотечения репродуктивного возраста – современное состояние проблемы, средства коррекции / Yu. P. Vdovychenko, E. N. Hopychuk, T. V. Herasymova // Zdorove zhenshchyny. – 2012. – № 9 (75). – S. 032–036.
3. Hulyeva V.N., Byshtavy A.Kh., Kostyn A.Iu., y dr. Osobennosti sostoiannya endometriya u bolnykh s anomalnyu matochnyu krovotechenyamy // Akusherstvo, hynekolohiya y reproduktsiya. – 2014. – Tom 1, №1. – S.12 – 14.
4. Podzolkova N.M. Narusheniya menstrualnogo tsykla v reproduktivnom peryode / Podzolkova N.M., Danshyna V.A. – Medytsynskiy sovet., 2014. – №9. – S. 44 – 48.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. (2019). Corrigendum to “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” [Int J Gynecol Obstet 143 (2018) 393-408.]. Int J Gynecol Obstet. 144 (2):237–237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30609040>.
6. Zaporozhan V.M., Tatarchuk T.F., Ber A. «Natsionalnyi konsensus shchodo vedennia patsientok iz anomalnyu matkovyumu krovotechamy» Reproduktyvna endokrynolohiia №1 (21) / berezen 2015, s – 7-14.
7. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy vid 13.04.2016 № 353 (zi zminamy 23.09.2016 № 994) «Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtrynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy anomalni matkovi krovotechi». s-18.
8. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod. 33 (9):160218.<https://academic.oup.com/humrep/article/33/9/1602/5056069>.
9. Burka O.A., Tutchenko T.M., Shumytskyi A.V. «Rol laboratornykh doslidzhen u diahnozytsi prychn anomalnykh matkovykh krovotekh» Zdorove zhenshchyny №3 (139)/2019 s 49-52.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.09.2021 р.

Мета дослідження: запропонувати сучасний алгоритм діагностично-лікувальних заходів при АМК у жінок репродуктивного віку для їх профілактики в майбутньому.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами були обстежені 90 пацієнок з АМК у віці 25 – 40 років з порушеннями менструального циклу у вигляді тривалих кровотеч (>8 днів) з великою крововтратою (>80 мл).

Результати. Серед жінок переважали хворі з хронічними циклічними АМК. У 57 (95%) жінок першої групи виявлені хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів: кандидоз – 23 (38,3%), уреоплазмоз – 15 (25%), хламідіоз – 12 (20%), мікоплазмоз – 7 (11,7%). Вивчення гормонального статусу у обстежених жінок першої групи виявило підвищення рівня естрадіолу і зниження рівня прогестерону. Таким чином, ми спостерігали гіперестрогенію у 47 (78,3%) випадках на фоні гіпопрогестеронемії – 45 (75%). Методи лікування жінок першої групи: призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК) із вмістом діногест+естрадіол, використання синтетичних прогестагенів з мікродозами гормонів, прийом модуляторів прогестеронових рецепторів, встановлення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом, для корекції анемії в схему лікування включали препарати заліза, хірургічні методи – гістероскопія, лапароскопія. У другій групі жінкам проведено «сліпе» вишкрібання стінок порожнини матки, загальноприйняті методи обстеження. Рецидиви у першій групі мали місце лише у 3 (5%) жінок. У жінок другої групи рецидиви спостерігались у 23 (76,7%) випадках.

Висновки. Сучасні технології ведення пацієнок повинні включати дообстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом і гормональний статус. Використання у лікуванні малоінвазивних органозберігаючих хірургічних технік повинно стати рутинною практикою. Призначення низькодозованих гормональних препаратів з місцевою дією, модуляторів рецепторів прогестерону потрібно включати у схему лікування АМК.

Ключові слова: аномальна маткова кровотеча, порушення менструального циклу, класифікація PALM-COEIN, гормональна терапія, негормональна терапія, хірургічне лікування.

Цель исследования: предложить современный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при АМК у женщин репродуктивного возраста для их профилактики в будущем.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 90 пациенток с АМК в возрасте 25–40 лет с нарушениями менструального цикла в виде длительных кровотечений (>8 дней) с большой кровопотерей (>80 мл).

Результаты. Среди женщин преобладали больные с хроническими циклическими АМК. В 57 (95%) женщин первой группы выявлены хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов: кандидоз у 23 (38,3%), уреоплазмоз – 15 (25%), хламидиоз – 12 (20%), микоплазмоз – 7 (11,7%). Изучение гормонального статуса у

обстежених жінок першої групи виявило підвищення рівня естрадіола і зниження рівня прогестерона. Таким образом, мы наблюдали гиперэстрогению в 47 (78,3%), гипопрогестеронемия – в 45 (75%) пациенток. Методи лечения женщин первой группы: назначение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих диеногест + эстрадиол, использование синтетических прогестагенов с микродозами гормонов, прием модуляторов прогестероновых рецепторов, установление внутриматочной системы с левоноргестрелом, для коррекции анемии в схему лечения включали препараты железа, хирургические методы – гистероскопия, лапароскопия. Во второй группе женщинам проведено «слепое» выскабливание стенок полости матки, общепринятые методы обследования. Рецидивы в первой группе имели место лишь в 3 (5%) женщин. У женщин второй группы рецидивы наблюдались в 23 (76,7%) случаях.

Выводы. Современные технологии ведения пациенток должны включать дообследование на инфекции, передающиеся половым путем, и гормональный статус. Использование в лечении малоинвазивных органосохраняющих хирургических техник должно стать рутинной практикой.

Ключевые слова: аномальное маточное кровотечение, нарушение менструального цикла, классификация PALM-COEIN, гормональная терапия, негормональная терапия, хирургическое лечение.

The purpose of the research: to propose a modern algorithm for diagnostic and therapeutic measures for AUB in women of reproductive age for its prevention in the future.

Materials and methods. To achieve this goal, we examined 90 patients with AUB at the age of 25–40 years with menstrual irregularities in the form of prolonged bleeding (>8 days) with excessive blood loss (80 ml).

Results. Patients with chronic cyclic AUB predominated among women. In 57 (95%) women of the first group, chronic inflammatory diseases of the internal genital organs were detected: candida – 23 (38.3%), ureaplasma – 15 (25%), chlamydia – 12 (20%), mycoplasma – 7 (11.7%). The study of the hormonal status in the examined women of the first group revealed an increasing in the level of estradiol and a decreasing in the level of progesterone. Thus, we observed hyperestrogenia in 47 (78.3%) cases, hypoprogesteronemia – 45 (75%). Methods of treatment for women in the first group: prescribing combined oral contraceptives (COCs) containing dienogest + estradiol, using synthetic progestogens with microdoses of hormones, taking progesterone receptor modulators, using an intrauterine system with levonorgestrel, iron supplementation was included in the treatment to correct anemia, surgical methods – hysteroscopy, laparoscopy. In the second group, women underwent "blind" scraping of the walls of the uterine cavity, conventional examination methods. Recidive in the first group occurred only in 3 (5%) women. In women of the second group, recidive was observed in 23 (76.7%) cases.

Conclusions. Modern technologies for managing patients should include additional examination for sexually transmitted infections and hormonal status. The use of minimally invasive organ-preserving surgical techniques in the treatment should become a routine practice.

Key words: abnormal uterine bleeding, menstrual irregularities, PALM-COEIN classification, hormone therapy, nonhormonal therapy, surgical treatment.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», акушер-гінеколог КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» жіночої консультації № 1.

+380 (50) 290-97-58, xena.0474@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-7265-4829.

Созанська Марія Андріївна – лікар-інтерн зі спеціальності «Акушерство та гінекологія» КНП УМПБ УМР; м. Ужгород, Україна.

+380 (96) 147-68-28, mariasozanskaya@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-1205-7915.