ZU_2014_ACU_2_full.qxd 07.07.2014 17:31 Page 23

«Гармонія гормонів»: впевнений крок у майбутнє

Починаючи з 2006 р., у м. Києві в рамках школи ендокринної гінекології регулярно проводяться науково-практичні конференції «Гармонія гормонів», на яких своїм досвідом з українськими лікарями діляться науковці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». 15-16 травня в столиці України вперше відбувся черговий науково-практичний форум «Гармонія гормонів» з міжнародною участю. На пленарних та секційних засіданнях вітчизняні фахівці мали нагоду прослухати лекції провідних вчених з України, США, Німеччини, Швейцарії та Ізраїлю. До уваги читачів пропонуються доповіді із секцій «Планування сім'ї», «Нове в діагностиці та лікуванні ендометріозу», «Аномальні маткові кровотечі – від менархе до менопаузи».

Член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», доктор медичних наук, професор Тетяна Феофанівна Татарчук акцентувала увагу присутніх на ролі планування сім'ї у репродуктивному здоров'ї населення.

– Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, розумового, соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювань репродуктивної системи або порушень її функції. На сьогодні ВОЗ визначає репродуктивне здоров'я як здатність до відтворення та можливість планування, право на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї, доступність медичних послуг, які надають можливість безпечного батьківства.

Проблеми репродуктивного здоров'я жінки відображено в Цілях розвитку тисячоліття, серед яких принаймні дві – зменшення дитячої смертності та поліпшення системи охорони здоров'я матерів – є цілями, за які безпосередньо відповідальна система охорони здоров'я. Традиційно індикатором успішності надання медичної допомоги матерям є показник материнської смертності (МС), який вважається інтегральним показником, що відображає популяційний підсумок взаємодії економічних, екологічних, соціальних, санітарно-гігієнічних, медико-організаційних та інших факторів. Попри те що за період з 1990 по 2013 рік показник МС у світі знизився майже на половину, абсолютні його значення залишаються тривожними – щодня на планеті від причин, пов'язаних з вагітністю, помирають близько 800 жінок. Не додає оптимізму й суттєве зниження динаміки МС за останні роки.

Уже стало звичним, що зусилля стосовно зниження показників МС спрямовуються на покращення організації та надання планової і невідкладної акушерської допомоги, однак світовий досвід доводить, що не останню роль у збереженні репродуктивного здоров'я відіграють суспільно-медичні заходи, спрямовані на планування народжуваності. Про це свідчать результати масштабного дослідження з проблем МС, проведеного у 172 країнах світу, яке продемонструвало, що планування сім'ї може знизити цей інтегральний показник якості медичної допомоги на 44%. При цьому одночасно показано, що відсутність програми з планування сім'ї та невикористання сучасних ефективних методів контрацепції збільшує МС на 77%.

Одним з останніх важливих кроків у напрямі медично-правового забезпечення планування сім'ї в Україні є затвердження у 2013 році відповідного наказу МОЗ України, у якому наведено перелік хвороб, при яких вагітність та пологи загрожують життю матері. Дотримання положень цього наказу може сприяти суттєвому зменшенню смертності жінок від екстрагенітальної патології. Значно раніше, у 2006 році, в Україні було прийнято державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», яка мала знизити рівень МС на 20% і безкоштовно забезпечити контрацептивами жінок з тяжкими захворюваннями, унаслідок яких вагітність та пологи є загрозливими для життя. Загалом медичні працівники в нашій країні мають достатньо повноважень, закріплених нормативно-правовими актами, які дають можливість знизити показник МС.

В Україні створено розгалужену мережу центрів планування сім'ї, 107 відділень і кабінетів якої розташовані в поліклінічно-амбулаторних закладах 25 областей. Функції державного центру планування сім'ї здійснює Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», яка проводить методичну, аналітичну, навчально-інформаційну, консультативну, лікувально-діагностичну і міжнародну роботу.

Вжиті заходи з планування сім'ї дозволили суттєво зменшити кількість абортів в Україні з 1995 року. При цьому частота абортів у дівчат віком 15-17 років на 1 тис. відповідного населення з 2009 по 2013 рік незначно знизилася – з 3,44 до 2,38. Викликає стурбованість наявність випадків абортів (54) та пологів (127) у дівчаток віком до 14 років, які зафіксовані за минулий рік. З метою зменшення частоти небажаних вагітностей у цій віковій категорії в Україні розроблено низку нормативних документів, які набули чинності, останній з яких – уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої),

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї» (затверджено наказом МОЗ України від 21 січня 2014 р.). Також МОЗ України та НАМН України підготовлено низку освітньої літератури: навчальні посібники з планування сім'ї, збірник критично оцінених тем з питань контрацепції (USAID, НМАПО), «Методи контрацепції відповідно до періодів життя».

З метою реалізації державної медичної політики у сфері планування сім'ї в Україні у 2007 році було проведено медико-демографічне дослідження щодо інформованості жінок стосовно методів контрацепції. Його результати спростували думку про низьку інформованість респондентів: 99,1% опитаних мають відомості про будь-який метод контрацепції та будь-який сучасний метод запобігання небажаній вагітності. Водночас на запитання щодо можливих ризиків протизаплідних таблеток і способів їх уникнення знали лише третина жінок від загальної кількості опитаних. Значно кращу обізнаність (2/3 жінок) було продемонстровано щодо внутрішньоматкової контрацепції.

Цікавими виявилися дані, які стосувалися джерела отримання інформації. Незважаючи на наявність нормативних документів, які мають обов'язковий характер, лише 73 жінки з 696 отримали інформацію про контрацепцію в пологовому будинку. Понад третина жінок (234) отримали відповідну інформацію від лікарів жіночої консультації. Примітно, що найбільший обсяг інформації про контрацепцію в Україні отримується в аптеках (290 опитаних).

Що стосується жінок, які використовують контрацептиви загалом, то їх частка становить 67%, проте лише 47,5% коли-небудь застосовували один із сучасних методів контрацепції, найпопулярнішим з-поміж яких виявився бар'єрний метод контрацепції (55%), найменш популярними – внутрішньоматкова спіраль (5%) та протизаплідні таблетки (15%). Таким чином, низький рівень використання сучасних методів контрацепції в Україні неможливо пояснити виключно інформованістю жінок, яка є достатньою. Мабуть, вирішення цієї проблеми залежить не лише від медичної пропаганди. Очевидно, що перш ніж виходити до аудиторії, лектору необхідно розібратися в багатьох проблемних моментах та зняти всі приховані запитання, пов'язані з контрацепцією. Без спеціальної підготовки медичного персоналу цього досягнути не вдасться. Про серйозні проблеми з інформаційно-просвітницькою діяльністю в напрямі гормональної контрацепції свідчить зменшення частки незаміжніх жінок, які застосовували протизаплідні засоби, з 6,5% у 2007 році до 3,8% у 2012 році. На противагу цьому частка жінок, які не використовували жодного методу, збільшилася з 12,3 до 16,2%. Позитивна динаміка щодо гормональної контрацепції спостерігається лише у заміжніх жінок.

Значною мірою проблема із застосуванням контрацептивних препаратів пов'язана з певними міфами, найпоширенішими серед яких є переконання про необхідність перерви у прийомі таблеток та розуміння гормональної контрацепції як методу, що показаний жінкам із гінекологічною патологією. Про важливість використання гормональної контрацепції свідчать статистичні дані, які вказують на зменшення частоти інструментальних абортів при підвищенні відсотка застосування гормональної контрацепції.

З метою покращення репродуктивного здоров'я жіночого населення МОЗ України та Національною академією медичних наук України розроблено і затверджено наказ «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» від 29.11.2013 р. № 1030/102, у якому зазначається, що заходи з планування дозволяють:

- знизити рівень материнської захворюваності та МС;
- знизити рівень смертності новонароджених і дитячої захворюваності та смертності;
- знизити частоту незапланованих вагітностей;
- попередити рівень ВІЛ-інфікування завдяки правильному та послідовному використанню контрацептивів;
- зменшити кількість абортів без зниження рівня фертильності завдяки використанню сучасних контрацептивів.

Керівник відділення планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», доктор медичних наук, професор Ірина Борисівна Вовк

доповіддю «Планування сім'ї, контрацепція та здоров'я – складові одного ланцюга» продовжила тему репродуктивного здоров'я жінки, детально зупинившись на контрацептивних та не контрацептивних властивостях комбінованих оральних контрацептивів (КОК).

– Позитивні зрушення у вирішенні проблеми планування сім'ї, яка тривалий час вважалася ненауковою, сприяли зниженню одного із стратегічних показників – кількості абортів.

Продовження на стор. 24.

ZU_2014_ACU_2_full.qxd 07.07.2014 17:31 Page 24

«Гармонія гормонів»: впевнений крок у майбутнє

Продовження. Початок на стор. 23.

Запровадження концепції охорони репродуктивного здоров'я є пріоритетним напрямком державної політики у багатьох країнах світу. Така політика дає можливість впливати на демографічну ситуацію, зниження МС і дитячої смертності, частоти абортів.

Реальним кроком, спрямованим на зменшення кількості абортів та їх ускладнень, є розширення можливостей контрацепції. Одним з найбільш надійних методів запобігання небажаній вагітності у світі справедливо вважається застосування КОК. Окрім контрацептивних властивостей, КОК мають низку неконтрацептивних ефектів, важливих для здоров'я жінки. Відповідно до сучасних поглядів стосовно ризику розвитку раку доведено, що прийом КОК не асоціюється з ризиком виникнення неопластичних процесів, за винятком раку шийки матки (ш/м) у жінок з персистенцією HPV, ризик розвитку якого зростає у 2 рази через 5 років застосування КОК і в 4 рази – після 10 років. Окрім того, прогестагенний компонент КОК може стимулювати прогресування цервікальної дисплазії на фоні інфікування. Прийом КОК не впливає на ризик розвитку раку піхви та вульви на відміну від HPV. Порівняно з ш/м використанням прийом КОК запобігає розвитку раку яєчників, знижуючи смертність від цього захворювання на 30-50% і зберігаючи захисний ефект протягом 15-20 років після застосування КОК. Однак при цьому слід ураховувати, що протекторний ефект не поширюється на ембріональні пухлини.

Використання КОК упродовж не менше 12 міс знижує ризик розвитку трьох основних гістологічних підтипів раку ендометрія: аденокарциноми, аденосквамозної карциноми і аденоакантоми. Ризик розвитку раку ендометрія знижується зі збільшенням тривалості прийому КОК: на 20% – через 1 рік застосування, на 40% – через 2 роки та на 60% – через 4 і більше років.

Що стосується грудної залози (ГЗ), то прийом КОК сприяє зниженню частоти доброякісних захворювань ГЗ через 1-2 роки використання зі збереженням ефекту до 1 року: фіброзно-кістозних змін – на 30%, фіброаденом – на 60%. Численні дослідження показали відсутність підвищення ризику розвитку раку ГЗ. Відносний ризик становить 0,98. Цей показник є низьким навіть у жінок з мутаціями BRCA1 та BRCA2.

Два проспективні дослідження продемонстрували достовірне зниження частоти доброякісних захворювань ГЗ на тлі застосування комбінацій, які містили мінімальні дози естрогенів та прогестинів з вираженим прогестагенним впливом. Профілактична дія спостерігалася при всіх формах мастопатії.

Проривом року визнано відкриття генетичних варіацій і поліморфізм цитохромальних ензимів. Це досягнення дало змогу зрозуміти індивідуальні побічні ефекти КОК.

На сьогодні досить детально вивчено неконтрацептивні ефекти етинілестрадіолу та деяких прогестинів при окремих гінекологічних синдромах. Доведено, що при первинній аменореї найбільш ефективними є КОК будь-якої комбінації, тоді як при вторинній аменореї КОК ефективні лише в 40% випадків. КОК не мають лікувальних властивостей при запальних захворюваннях та ендометріозі, але можуть попереджати ці хвороби. Для лікування передменструального синдрому та передменструальних дисфоричних розладів ефективність усіх КОК становить не більше 30%. Причому доведеною є ефективність лише тих препаратів, які містять етинілестрадіол у комбінації з дросперіноном. При акне та гірсутизмі найбільш ефективними є КОК з антиандрогенними прогестинами (ципротерону ацетат). Усі КОК ефективні при овуляторних кровотечах, однак існує недостатньо доказів ефективності при ановуляторних аномальних маткових кровотечах, особливо на тлі міоми та коагулопатії. Деякі комбінації етинілестрадіолу та прогестинів офіційно схвалені за неконтрацептивними показаннями. Це положення стосується лікування акне, себореї, адреногенетичної алопеції та гірсутизму (ципротерону ацетат); лікування тяжких та/або тривалих менструальних кровотеч (естрадіолу верат + дієногест); лікування акне, себореї у пацієнток, що потребують контрацепції, особливо при естрогензалежній затримці рідини; лікування передменструальних дисфоричних розладів у пацієнток, які потребують контрацепції; у разі необхідності відновлення фолатного статусу.

Голова комітету мініінвазивної хірургії Асоціації акушерів-гінекологів України, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського державного медичного університету Ігор Зіновійович Гладчук представив доповідь, присвячену комбінованим підходам до лікування зовнішнього ендометріозу.

– Ендометріоз є загальновизнаною проблемою, про що свідчать світові статистичні дані, які підтверджуються власним досвідом. Так у нашій клініці в останні роки кількість прооперованих пацієнток з приводу тяжких форм цього захворювання невпинно збільшується. Пояснювати таку стрімку динаміку лише підвищенням якості діагностики ендометріозу – неправильно. Роль генетичних факторів, безсумнівно, є важливою, але причини формування різних клінічних форм хвороби залишаються незрозумілими.

Ендометріоз є специфічною нозологією, тактика лікування якої визначається клінічними проявами захворювання. Нерідко морфологічні ознаки хвороби виявляють випадково за тих чи інших обставин, вони не мають клінічних проявів і не потребують активного лікарського втручання – доволі часто можна обмежитися тактикою спостереження, не вдаючись до будь-яких методів лікування. Водночас наявність значного переліку лікувальних підходів свідчить про істотні труднощі при обранні лікувальної тактики. Як показує практика, у хворих на симптомний ендометріоз найчастіше доводиться комбінувати консервативний та оперативний методи лікування.

Гормональні препарати при комбінованому лікуванні можуть використовуватися як до операції, так і після втручання (тривалістю від 3 до 6 міс). Проте дані щодо їх ефективності при лікуванні ендометріозу залишаються суперечливими. Поряд з повідомленнями про сприятливий вплив застосування гормонотерапії для профілактики рецидивів (частота рецидивів після проведення постопераційної медикаментозної терапії виникає достовірно рідше порівняно з плацебо) чимало авторів вказують на відсутність переконливих доказів доцільності проведення гормональної терапії з метою підвищення ефективності усунення больового синдрому перед хірургічним втручанням (рівень IA, RCOG, 2006). Незважаючи на те що передопераційна гормонотерапія сприяє покращенню показників ендометріозу за переглянутою шкалою Американського товариства репродуктивної медицини, доказів позитивного впливу на клінічні показники, такі як больовий синдром, немає (рівень IA, ESHRE, 2008). Таким чином, недолік медикаментозної терапії полягає у її дії лише в період прийому. Говорячи про медикаментозну гормонотерапію, слід вказати на неефективність післяопераційного застосування КОК у лікуванні больового синдрому.

Окрім того, призначення комбінованої терапії передбачає розуміння недоліків і переваг як передопераційного, так і післяопераційного застосування гормональних препаратів.

Так передопераційне використання терапевтичних засобів полегшує проведення хірургічних маніпуляцій та зменшує інтраопераційну крововтрату, однак асоціюється з ризиком розвитку побічних ефектів, іноді реєструють відсутність ефективності, недостатню інформативність гістологічного дослідження (загроза «недодіагностики» онкологічних процесів) та непевний діагноз. Післяопераційне призначення медикаментів є більш вмотивованим, оскільки здійснюється після верифікації діагнозу і має більш вірогідний прогноз. Недоліками його є труднощі, пов'язані із проведенням хірургічних маніпуляцій; післяопераційні спайки.

Хірургічне лікування ендометріозу традиційно поділяється на радикальне та консервативне. Можливості консервативного лікування включають адгезіолізис, ексцизію, резекцію яєчника, однобічну аднексектомію, апендектомію, резекцію кишки, пресакральну невректомію. Опціями радикальної хірургії ендометріозу є вагінальна гістеректомія, лапароскопічна гістеректомія, абдомінальна гістеректомія. Перевагу в такому разі слід віддавати лапароскопічним методам; показаннями до відкритих абдомінальних втручань є тяжкі форми ендометріозу. Ризик розвитку рецидивів ендометріоїдних гетеротопій та відновлення больового синдрому залежить від якості виконання хірургічного втручання.

Задовільні результати хірургічні методи забезпечують при лікуванні ендометріозу маткових зв'язок. Глибока ексцизія вузлів однозначно покращує віддалені наслідки: у 61% сприяє повному зникненню симптомів; у 86% – редукції симптомів, зменшенню потреби у медикаментозній терапії в післяопераційному періоді і є абсолютно виправданою в тому разі, коли у пацієнтки яскраво виражений саме больовий синдром.

Ураження стінки сечовидільних шляхів реєструють в 1-6% випадків. Показаннями до хірургічного лікування ендометріоїдних вузлів цієї локалізації є больовий синдром або гематурія. З хірургічних методик використовують «бриття», часткову резекцію стінки сечового міхура, часткову цистектомію.

Хірургічне лікування ретроцервікального ендометріозу полягає у виваженій дисекції та подальшій енуклеації з мінімальною резекцією яєчникової тканини або абляцією ендометріом. Після вивільнення ендометріом проводять білатеральну фіксацію яєчників, візуалізацію сечоводу та дисекцію в режимі перитонектомії, яка може бути або частковою, або тотальною (при значному поширенні ендометріозу). Необхідною умовою оперативного втручання є візуалізація сечоводу, оскільки зберігається ризик його пошкодження при ексцизії складних форм ендометріоїдних гетеротопій. У разі латеральної експансії процесу ексцизію вогнищ здійснюють білатерально або центрально. Видаленню підлягає весь комплекс тканин разом з ендометріоїдними вузлами.

Зниження рівня антимюллерового гормона після оперативного лікування є абсолютно пояснюваним фактом, який відбувається внаслідок втрати певної кількості примордіальних фолікулів при видаленні псевдокапсули ендометріоми. За даними T. Var (2011), спостерігається статистично більше зниження кількості антральних фолікулів та об'єму яєчника після цистектомії порівняно із застосуванням техніки коагуляції. Частота рецидивів ретроцервікального ендометріозу протягом 4 років становить 24,6%, через 8 років – 42%. Подальша персистенція ендометріоми призводить до її збільшення та руйнування тканини яєчника.

Таким чином, на сьогодні визнано, що хірургія ендометріозу дійсно знижує оваріальний резерв яєчника і є проблемою сучасної гінекології. Проте більшою проблемою є персистенція захворювання, яка також нерідко спричиняє зниження рівня антимюллерового гормона.

Окремою проблемою є ендометріоз кишечнику, який спостерігається в 3-34% випадків. Частота ураження прямої кишки становить 70-88%, апендиксу – 0,05-8%. Хірургічне втручання на кишечнику виконують за показаннями – наявність ендометріозного

ZU_2014_ACU_2_full.qxd 07.07.2014 17:31 Page 25

вузла в стінці кишки не є підставою для активної операції. У рамках хірургічного лікування розроблено метод дисковидної резекції циркулярним степлером, який дає можливість здійснювати резекцію вогнищ діаметром до 3 см. S. Landi з колегами (2008) виконали 35 дисковидних резекцій, які не викликали жодних ускладнень протягом місяця. Аналогічну методику використав Fanfani (2010) у 48 пацієнток. Частота ускладнень у цій групі становила 12,5%, рецидиви захворювання протягом 33 міс спостерігалися у 10,4% випадків.

Резекцію кишки при ендометріозі проводять у випадках обструкції, стенозу, наявності великих або множинних вогнищ, тяжкої ректальної кровотечі, глибокого залучення стінки кишки. Такі операції можуть відновлювати фертильність, покращувати якість життя, але водночас можуть призводити до розвитку таких ускладнень, як функціональні післяопераційні порушення функції кишки. Ранніми післяопераційними ускладненнями можуть бути неспроможність анастомозу, формування ректовагінальної фістули. Ці операції складні для технічного виконання, тому фахівець-початківець має віддавати перевагу комбінованому методу лікування з попереднім застосуванням медикаментозних засобів.

Незважаючи на певні успіхи в консервативному лікуванні ендометріозу, хірургічний метод залишатиметься актуальним. Його перспективи пов'язані з удосконаленням лапароскопічної техніки, використанням сучасних інструментів і впровадженням роботизованих систем хірургічного лікування ендометріозу.

Доктор J. Bitzer (Швейцарія) представив доповідь «Аномальні маткові кровотечі (АМК) – нові шляхи вирішення недооціненої медико-соціальної проблеми», зосередившись на хронічному перебігу АМК.

– Як правило, під АМК розуміють невідкладні стани, хоча цей патологічний стан часто має хронічний перебіг. Слід зазначити, що, окрім АМК, використовують терміни «тяжка менструальна кровотеча», «тяжка пролонгована кровотеча», «міжменструальна кровотеча» і «постменструальна кровотеча». FIGO запропонувала класифікацію симптомів АМК за регулярністю (регулярні, нерегулярні), частотою, тривалістю, інтенсивністю (легкі, нормальні, інтенсивні), аномальністю (проривні), пов'язаністю з менструальним циклом (міжменструальні, посткоїтальні, ациклічні, передменструальні) та репродуктивним періодом (передчасні, постменопаузальні).

У цьому повідомленні зупинимося на тривалості та інтенсивності кровотечі, які загалом формують таке поняття, як тяжка менструальна кровотеча (ТМК). ТМК – це надмірна менструальна крововтрата, яка впливає на фізичний стан жінки, емоційні, соціальні і матеріальні аспекти життя. Може бути самостійною або поєднуватися з іншими симптомами.

Ключовим моментом у АМК є об'єктивність оцінки крововтрати. Треба зазначити, що всі запропоновані методи для визначення об'єму втраченої під час менструації крові не є бездоганними. Окрім того, суттєве значення має суб'єктивна інтерпретація кількості крові, що втрачається, самими жінками: певна частина жінок схвально ставиться до значної крововтрати, вважаючи, що в такий спосіб відбувається «очищення організму», є частка жінок, які, навпаки, пред'являють скарги у разі меншої від встановленої норми крововтрати. Власне, саме остання категорія пацієнток докорінно змінила визначення ТМК, зорієнтувавши його на оцінку якості життя самою жінкою, а не на кількість втраченої крові, яка встановлена медичною спільнотою. Це дає змогу зосереджуватися не на хворобі, а на пацієнтці.

ТМК мають значний вплив на жіноче самопочуття. Багато пацієнток зазначають, що вплив ТМК на щоденну активність і засоби, які застосовуються для зменшення негативного впливу крововтрати, є значно більшою проблемою, аніж самі ТМК. За даними Van Eijkeren, крововтрата >80 мл за цикл спостерігається у 9-20% жінок. У Великій Британії щодня 5% пацієнток віком 30-49 років звертаються за допомогою з приводу надмірних кровотеч. З метою об'єктивізації оцінки крововтрати відома клініка MAYO

розробила шкалу симптомів менорагії: кров'янисті виділення просочують одну гігієнічну прокладку щогодини протягом декількох годин поспіль; виникає необхідність використовувати подвійний гігієнічний захист; необхідність заміни гігієнічного захисту вночі; тривалість менструальної кровотечі понад 7 днів, наявність великих кров'яних згустків у виділеннях; менструації впливають на звичайну щоденну активність; наявність симптомів анемії.

Розумною тактикою з боку лікаря під час діагностики ТМК буде системне опитування, яке дозволяє встановити об'єм крововтрати під час менструації. Перелік таких запитань також розроблено: «Як часто вам необхідно замінювати засоби гігієни під час менструації протягом дня в період найбільш активних виділень?»; «Яку кількість прокладок доводиться використовувати протягом одного менструального циклу?»; «Чи необхідно вам замінювати прокладку вночі?»; «Який розмір мають згустки крові під час менструації?»; «Чи встановлювали вам коли-небудь діагноз анемії?». Як правило, жінки з нормальними менструаціями замінюють прокладки кожні 3 години, використовуючи не більше 21 прокладки за цикл. Потреба у зміні гігієнічного засобу виникає рідко, а діаметр згустків крові не перевищує 2,5 см.

Причини АМК влучно відображені у класифікаційній системі причин АМК у невагітних жінок репродуктивного віку PALM-COEIN, яка була прийнята FIGO і включає 4 категорії нозологій, об'єднаних абревіатурою PALM, і 5 категорій, об'єднаних абревіатурою COEIN.

До групи PALM належать захворювання, які можна визначити візуально при виявленні структурних змін: поліп, аденоміоз, лейоміома, злоякісний розвиток і гіперплазія.

Група COEIN включає патології, які не пов'язані зі структурними змінами: коагулопатія, овуляторна дисфункція, ендометріальна дисфункція, ятрогенні фактори, а також порушення, які наявні, але поки що не піддаються класифікації (N).

У групі PALM серед хвороб, які є частими причинами АМК, слід приділити увагу лейоміомі, оскільки її вплив на розвиток АМК зумовлений прямою дією субмукозних вузлів на молекулярні механізми ендометріального гемостазу.

У групі COEIN найбільш частими причинами АМК є овуляторна та ендометріальна дисфункція. У свою чергу причинами овуляторної дисфункції є ожиріння, низька маса тіла, стрес, фізичні перевантаження, ендокринопатії (дисфункція щитовидної залози, синдром полікістозних яєчників, гіперпролактинемія, недостатність лютеїнової фази). Ендометріальну дисфункцію як можливу причину АМК розглядають лише після виключення інших. Цей варіант часто поєднується з безсимптомним варіантом перебігу поліпа ендометрія, аденоміозу, лейоміоми. Загалом ендометріальна дисфункція і є власне АМК, яка не пов'язана ані з овуляцією, ані з рівнем прогестерону. Однак на сьогодні необхідним є подальше вивчення молекулярних механізмів в ендометрії, що призводять до розвитку цієї патології.

Лікування АМК традиційно поділяється на хірургічне та медикаментозне. Хірургічне, у свою чергу, поділяється на абляцію/резекцію та гістеректомію (табл.).

З-поміж сучасних методів медикаментозної терапії використовують негормональні та гормональні (КОК, левоноргестрелова система, прогестагени) препарати.

З негормональних засобів широко застосовують транексамову кислоту, яка не впливає на фертильність, не чинить контрацептивного ефекту та не потребує сторонньої участі, проте не має достатньої доказової бази. Серед наявних досліджень можна навести лише Кокранівський огляд, який вказує на те, що результати антифібринолітичної терапії в редукції об'єктивних параметрів кращі порівняно із застосуванням плацебо та препаратів інших класів (НПЗП, етамзилат, оральні прогестини); використання фібринолітиків не пов'язане зі зростанням частоти побічних ефектів порівняно з плацебо, прийомом НПЗП, етамзилату, оральних прогестинів. З-поміж гормональних препаратів рекомендованими до застосування при АМК є група прогестинів (лінестринол, норетистерон, медроксипрогестерону ацетат, дидрогестерон, хлормадинон, прогестерон), ефективність яких залежить від дози та режиму прийому. При застосуванні препаратів відповідно до інструкції крововтрата знижується від 0 до 22%, на тлі використання лікарських засобів у вищій дозі та за більш тривалого режиму середнє зниження крововтрати більш суттєве – 37-87%. Що стосується КОК, то препарати цієї групи часто застосовуються не за показаннями. Ефективність КОК спостерігається лише у випадках гострих кровотеч у дівчат-підлітків при збільшенні дози у 2-4 рази. Однак дані про безпечність таких дозувань відсутні.

Таблиця. АМК: характеристика хірургічних підходів

	Абляція/резекція	Гістеректомія
Вплив на фертильність	Часткове зниження	Стерилізація
Контрацептивний ефект	Відсутній	Постійний
Частота лікування	Спорадична процедура (повторна маніпуляція у 20% пацієнток/6 років)	Рідкісне хірургічне втручання
Процедура	Госпіталізація (втручання з анестезією, може бути проведене амбулаторно)	Госпіталізація (втручання з використанням анестезії)
Зменшення кровотечі	98% початково	100%
Кількість пацієнтів з крововтратою <80 мл	≈100%	≈100%
Задоволеність пацієнтів	83%	93%
Рівень доказів клінічної ефективності	Декілька рандомізованих та обсерваційних досліджень	Декілька рандомізованих та обсерваційних досліджень
Результативність та надійність методу	Висока ефективність	Висока
Безпека (потенційні побічні реакції згідно з керівництвом NICE)	Вагінальний дискомфорт, посилення болю та спазмів (навіть за відсутності кровотечі), перфорація (рідко)	Інфекція, пошкодження органів черевної порожнини, дисфункція органів сечовидільної системи, тромбози

Підготував ***Анатолій Якименко***