

Актуальні питання сучасного акушерства та гінекології

На науково-практичній конференції з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: від науки до клінічної практики», що проходила 1-2 жовтня в онлайн-форматі, виступили з доповідями провідні експерти цієї галузі медицини. Увагу було акцентовано на ключових підходах до менеджменту здорової вагітності, проблеми екстрагенітальної патології в акушерстві, актуальних питань ендокринної гінекології тощо.



Із доповіддю на тему «“Фізіологічні симптоми” вагітності — можливості корекції» виступив член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Володимир Ісаакович Медведь. Назва доповіді була обрана не випадково,

хоч і здається парадоксальною на перший погляд: якщо зміни фізіологічні, то вони не можуть називатися симптомами, бо такі, у свою чергу, обов'язково є хворобливим станом. Проте у рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 2017 р. з надання допологової допомоги вагітним зазначено наступне: «Організм жінки зазнає значних змін під час вагітності, які зумовлені як гормональними, так і механічними причинами. Ці зміни призводять до різноманітних розповсюджених симптомів, які викликають тяжкий дискомфорт у деяких жінок і негативно відбиваються на їхньому досвіді вагітності». До таких фізіологічних симптомів належать:

- нудота і блювання;
- печія;
- судоми в ногах;
- біль у попереку і тазовий біль;
- закрепи;
- варикозне розширення вен і набряки.

Дані доказової медицини переконливо доводять, що у подоланні цих проблем перше місце посідають немедикаментозні засоби. Для зменшення нудоти на ранніх термінах вагітності рекомендовано вживання імбиру, ромашки, препаратів вітаміну B₆ та/або акупунктура — залежно від доступності зазначених засобів і преференцій вагітної (рекомендація D.1).

Робоча група коментує дане положення таким чином:

- малоімовірно, що немедикаментозні методи чинять несприятливу дію на плід;
- жінки мають бути поінформовані, що нудота і блювання зазвичай зникають у другій половині вагітності;
- медикаментозні методи лікування нудоти і блювання, такі як доксиламін або метоклопрамід, мають застосовуватися за наявності виражених симптомів, які не зникають при використанні немедикаментозних методів, і під наглядом лікаря.

Підставою для цих рекомендацій є Кокранівський огляд, що охоплює 41 дослідження, в якому загалом брали участь 5449 жінок. Втручання включали акупресуру, акустимуляцію, акупунктуру, вживання імбиру, ромашки, масла лимону та м'яти, вітаміну B₆, протиблювотних препаратів. Були зроблені висновки:

- вживання продуктів імбиру може бути корисним для жінок;
- існують докази користі прийому вітаміну B₆ вагітними у добовій дозі 10-50 мг.

Також було вивчено вплив лікарських засобів порівняно із плацебо:

- доксиламін у поєднанні з вітаміном B₆ зменшує бальну оцінку нудоти і блювання;
- метоклопрамід (10 мг) зменшує бальну оцінку нудоти і блювання;
- ондансетрон — дані щодо відносної ефективності порівняно з метоклопрамідом та доксиламіном непевні.

Переконливим також є той факт, що в 2019 р. у США було доведено тератогенність ондансетрону, змінено інструкцію до його застосування, і тепер цей засіб заборонений у I триместрі вагітності. Було відзначено збільшення кількості вад розвитку, зокрема з боку серця, у дітей, матері яких застосовували даний препарат при нудоті та блюванні під час вагітності. Натомість метоклопрамід, що його не рекомендовано у I триместрі, насправді широко застосовується. При аналізі 81,7 тис. одноплодових вагітностей (Ізраїль) не було виявлено значущої різниці у частоті тяжких вад, низької маси новонароджених та перинатальної смертності. Це дало підстави застосовувати препарат обмежено й за чіткими медичними показаннями.

Слід мати на увазі, що прийом антигістамінних засобів супроводжується частою побічною дією — сонливістю.

У рекомендації D.2 йдеться про те, що для попередження та зменшення печії під час вагітності необхідне консультування щодо корекції харчування та способу життя. Якщо, незважаючи на ці зміни, зберігаються виразні симптоми, можуть бути призначені антациди. Члени робочої групи прокоментували, що модифікація способу життя задля профілактики та зменшення печії включає відмову від великих порцій їжі, жирних продуктів, спиртних напоїв, куріння, а також сон із піднятим узголів'ям ліжка.

Антациди у середніх дозах не є небезпечними (сучасні антацидні препарати не всмоктуються зі шлунково-кишкового тракту, а отже, їхні компоненти не впливають безпосередньо на плід), проте вони можуть погіршувати всмоктування інших лікарських засобів. На даний час Кокранівська бібліотека містить лише 9 досліджень за участю 725 вагітних (остаточний аналіз — 358 жінок), у яких порівнювалися ефекти медикаментів і плацебо. Повне усунення печії частіше досягається при застосуванні гідроксиду магнію/гідроксиду алюмінію/симетикону в рідкому вигляді або у таблетках (відносний ризик [BR] 2,04; 95% довірчий інтервал [ДІ]: 1,44-2,89). Тобто ліки продемонстрували свою перевагу.

При порівнянні ефекту медикаментозних засобів і рекомендацій щодо харчування та способу життя було продемонстровано, що повне усунення печії частіше досягається у разі прийому сукральфату, ніж при виконанні даної рекомендації (BR 2,41; 95% ДІ: 1,42-4,07).

Акупунктура порівняно з відсутністю лікування не довела своєї ефективності. Докази зменшення печії відсутні. Акупунктура може покращувати сон (BR 2,80; 95% ДІ: 1,14-6,86) та апетит (BR 2,40; 95% ДІ: 1,11-5,18), не зменшуючи відчуття печії. Також відсутні в Кокранівських оглядах дані щодо ефективності омепразолу та ранітидину, хоча ці засоби є безпечними під час вагітності.

Професор В.І. Медведь зауважив, що у своїй практиці широко застосовує омепразол як найбільш апробований препарат у вагітних.

Згідно з рекомендацією D.3, для зменшення судом у ногах можуть застосовуватися препарати магнію, кальцію або немедикаментозні методи — залежно від доступності зазначених засобів та преференцій вагітної. Проте огляд експертної комісії не виявив доказів, що стосуються ефектів немедикаментозних заходів, таких як розтягнення м'язів, релаксація, прогрівання, тильне згинання стопи і масаж.

Докази ефективності препаратів кальцію та магнію мають низький рівень, однак несприятливі наслідки їх застосування у вивчених дозах малоімовірні. Необхідні подальші дослідження етіології судом у ногах під час вагітності, а також ефективності препаратів кальцію та магнію. Результати вивчених оглядів (6 досліджень, 390 жінок) є досить суперечливими через малу вибірку. Застосування препаратів магнію в дозі 300-360 мг/добу (у перерахунку на магній) проти плацебо продемонструвало зменшення кількості епізодів судом на 50% (BR 1,42; 95% ДІ: 1,09-1,86).

Тут варто пам'ятати про можливий розвиток побічних ефектів — нудоти, діареї, метеоризму. Препарати кальцію в дозі 2 г/добу впродовж 2 тиж вплинули на припинення судом (BR 8,59; 95% ДІ: 1,19-62,07), хоча достовірність результатів залишається низькою. Не показали суттєвого впливу та переваг препарати кальцію порівняно з вітаміном С, як і вітаміни B₁ (100 мг) та B₆ (40 мг).

У рекомендації D.4 зазначається, що для запобігання болю у попереку й тазовому болю рекомендуються регулярні фізичні вправи впродовж усієї вагітності. Залежно від доступності та преференцій вагітної можуть застосовуватися фізіотерапія, бандаж та акупунктура. Доповідач підкреслив, що саме цю рекомендацію найважче реалізувати на практиці.

Експерти робочої групи коментують це наступним чином:

- Фізичні вправи для профілактики болю в попереку й тазового болю під час вагітності можна виконувати на землі або у воді. Водночас фізичні вправи можуть

посилити біль, зумовлений дисфункцією симфіза, тому не рекомендовані у цьому випадку.

- Вагітних, які скаржаться на біль у попереку, слід попередити, що симптоми зазвичай зменшуються впродовж декількох місяців після пологів.

- Жінки мають бути поінформовані, що через брак доказів залишається невідомим, чи мають побічні ефекти альтернативні методи лікування.

У Кокранівський бібліотеці міститься огляд 34 досліджень за участю 5121 жінки. На основі порівняння фізичних вправ (плюс стандартна допомога) зі стандартною допомогою було зроблено висновок, що вправи: індивідуальні та групові, йога й аквааеробіка, навчання з використанням компакт-дисків та буклетів тривалістю 8-12 тиж — все ж таки не довели свого ефекту у зменшенні цих симптомів. Спостерігалось поліпшення бальної оцінки непрацездатності й отримано певний профілактичний ефект (BR 0,76; 95% ДІ: 0,62-0,94).

Акупунктура може зменшувати біль у попереку (BR 4,16; 95% ДІ: 1,77-9,78), хоча ці результати не є переконливими. Основний ефект від акупунктури (плюс стандартна допомога) проти індивідуалізованої фізіотерапії — задоволеність жінок процесом лікування, хоча вплив на біль при цьому є непевним. Остеопатична маніпуляційна терапія може зменшувати біль та покращувати бальну оцінку працездатності більше, ніж стандартна, але так само, як ультразвук у якості плацебо. Слабкі докази ефективності щодо болю та працездатності спостерігались у випадку комбінованих втручань та носіння бандажів. Тож можна зробити висновок, що на даний час немає немедикаментозних інструментів, які б полегшували цей симптом. Дані щодо транскутанної електронейростимуляції, прогресивної міорелаксації за допомогою музики, краніосакральної терапії теж виявились вкрай неоднозначними. Малоефективною була і стандартна допомога, яка включала відпочинок, грілки або холодні компреси, а також застосування парацетамолу. Але не варто забувати, що фізичні вправи мають інші сприятливі наслідки для вагітних, зокрема запобігають збільшенню маси тіла.

Рекомендація D.5 стосується такої проблеми, як **закрепи у вагітних**. Якщо закрепи під час вагітності зберігаються незважаючи на зміни харчування, можна призначати пшеничні висівки або інші джерела харчових волокон, залежно від доступності зазначених засобів і преференцій вагітної. Рекомендації щодо харчування мають включати достатнє споживання води та харчових волокон (містяться в овочах, горіхах, фруктах та цільному зерні). У жінок із тяжкими закрепками, що не усуваються дієтою та додатковим споживанням харчових волокон, може бути розглянуто періодичний прийом проносних засобів, які практично не всмоктуються. Із результатів огляду (2 дослідження, 180 жінок) виявилось, що додаткове споживання харчових волокон, застосування стимулюючих проносних не продемонстрували помітних переваг.

У вагітних можна застосовувати такі безрецептурні проносні засоби:

- що збільшують об'єм кишкового вмісту (пшеничні та висівні висівки, стеркулія, метилцелюлоза, подорожник);
- стимулюючі (сена);
- осмотичні (лактuloза).

Необхідно пам'ятати, що проносні засоби можуть порушувати всмоктування вітамінів та мінералів.

В останній важливій рекомендації йдеться про те, що **при варикозному розширенні вен і набряках під час вагітності** можна застосовувати немедикаментозні засоби, такі як компресійний трикотаж, підняте положення ніг, ножні ванни — залежно від доступності зазначених засобів і преференцій вагітної. Жінок слід поінформувати, що прояви варикозу вен можуть посилюватися зі збільшенням терміну вагітності, але після пологів впродовж кількох місяців у більшості настає деяке покращення стану. Варто зауважити, що відпочинок, підняте положення ніг та ножні ванни є доступними й нешкідливими заходами. Щодо медикаментозної терапії (огляд включає 7 досліджень, 326 жінок), то позитивний ефект проявив рутозид.

Він зменшував хворобливі прояви варикозного розширення вен (нічні судоми, парестезії, відчуття втоми) порівняно із плацебо (ВР 1,89; 95% ДІ: 1,11-3,22).

Немедикаментозні засоби проти плацебо довели, що рефлексотерапія (ВР 9,09; 95% ДІ: 1,41-58,54) та ножні ванни (ВР 0,43; 95% ДІ: 0,22-0,83) можуть зменшувати набряки. Слабкий ефект продемонстрували масаж ніг та періодична пневматична компресія. Серед додаткових міркувань важливим є той факт, що компресійний трикотаж у поєднанні з піднятим положенням ніг — найчастіше використовуваний метод нехірургічного лікування варикозу та набряків, проте Кокранівський огляд не містить даних щодо його застосування під час вагітності.



Доповідь «**Перегляд допомоги у пологах на підставі сучасного досвіду**» представив заслужений професор гінекології та акушерства Університету Нікосії, почесний професор Лондонського університету Св. Георгія Сабарнатнам Арулкумаран (Велика Британія). Провідною темою його доповіді було покращення менеджменту акушерської допомоги з метою запобігання кесаревому розтину (КР).

Зокрема, спікер зазначив: якщо вдається попередити оперативне розродження при перших пологах, то наступні, як правило, також будуть вагінальними. Натомість, перший досвід пологів шляхом КР із дуже великою ймовірністю повториться в кожному наступному випадку вагітності. Така практика на сьогодні існує в багатьох країнах. Найчастішими причинами стають аномалії пологової діяльності, невдала спроба індукції пологів тощо.

Згідно із класифікацією Робсона, найбільша частота КР спостерігалась у групах: 1) перші пологи з гестаційним терміном >37 тиж, одноплідна вагітність, головне передлежання, спонтанні пологи; 2) перші пологи з гестаційним терміном >37 тиж, одноплідна вагітність, головне передлежання, індуковані пологи чи плановий КР; 3) повторні пологи у жінок із щонайменше одним рубцем на матці, із гестаційним терміном >37 тиж, одноплідна вагітність, головне передлежання. Доповідач наголосив, що в останньому випадку можливе розродження природним шляхом за відсутності протипоказань.

Уже багато років поспіль на основі численних досліджень виявляються розбіжності в інтерпретації результатів партограм щодо того, на якому етапі визначати неефективність пологової діяльності. Zhang et al. (2010) репрезентували своє дослідження, до якого були залучені 62 415 жінок з одноплідною доношеною вагітністю, терміновими природними пологами. Головним питанням в обговоренні цього випробування було те, чи можливо змістити розмежування латентної та активної фаз пологів до 5-6 см розкриття шийки матки. Незабаром з'явилося ще одне дослідження, яке також продемонструвало прогрес розкриття шийки в часі після 5-6 см дилатації. У рекомендаціях Американської колегії акушерів і гінекологів (ACOG) щодо безпечної профілактики первинного КР зазначено про умовний перехід в активну фазу пологів від 6 см розкриття шийки матки. Зважаючи на розбіжності цього показника, у 2013 році BOO3 розпочала велике проспективне дослідження BOLD Project для детального аналізу зазначених відмінностей, при цьому взявши до уваги, чого хочуть самі жінки. Основною метою дослідження стала розробка спрощеного, ефективного інструменту моніторингу в пологах (SELMA). У ньому не було диференціації латентної та активної фаз, тільки ретельне спостереження за динамікою пологової діяльності без будь-яких втручань. Варто зауважити, що це стосувалося жінок, які народжували вперше. Прогресуюче розкриття шийки матки в більшості випадків починається від 5 см: швидкість розкриття 1 см/год розпочиналася від 5-6 см дилатації шийки. При повторних пологах така швидкість спостерігається на межі 4-5 см. Не слід забувати, що раннє введення окситоцину може стати провокуючим тригером КР.

Кожна жінка хоче народжувати у спокійній атмосфері, з відчутною психологічною та практичною підтримкою з боку медперсоналу. Це є цілком можливим за дотримання наступних принципів:

- піклування з повагою, емпатія та емоційна підтримка;
- чітка, зрозуміла, некваплива комунікація;
- партнерські пологи;
- необхідні фізичні ресурси (комфортна зона очікування, чистий санвузол);
- максимально доступна інформація.

Отже, можна сміливо стверджувати, що в сучасному акушерстві відбувається переоцінка надання допомоги у пологах, особливо з якісної сторони. BOO3 створила новий гайдлайн для ведення пологів, який активно впроваджується у клінічну практику. Такі важливі зміни допоможуть уникнути небажаних розроджень оперативним шляхом,

щоб для кожної вагітної жінки цей досвід став легким і максимально природним.



Актуальні проблеми, пов'язані з пандемією коронавірусної інфекції, і шляхи їх вирішення висвітлювала у доповіді «**Сучасні реалії життя із COVID: клінічний портрет пацієнтки у гінекології член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор Тетяна Феопанівна Татарчук.**

Вона зазначила, що фактор пандемії вплинув на життя кожного із нас, тому, так чи інакше, необхідно пристосовуватися до змін. Умови, у яких ми перебуваємо зараз, потребують серйозного ставлення. Авторитетними органами охорони здоров'я на сьогодні розроблені правила, які диктують, що дозволено в межах їхньої юрисдикції і що заборонено, на підставі аналізу даних щодо захворюваності та пропускної здатності лікарень. Однак окремі програми, лікарі та інші медичні працівники повинні бути гнучкими й повністю готовими оцінити ресурси та ризики надання медичних послуг, навіть якщо клінічна діяльність дозволена законом.

Фонд народонаселення заявив, що пандемія COVID-19 може мати серйозні наслідки для здоров'я жінок. Враховуючи той факт, що 70% медичного персоналу у світі становлять саме жінки, їх підтримка, визнання ризику, якому вони піддаються, надзвичайно важливі й необхідні для забезпечення задовільного самопочуття (у тому числі репродуктивного здоров'я).

Головними принципами консультування на час COVID-19 стали: дистанція, простір, мінімізація часу, засоби індивідуального захисту. А консультування в режимі онлайн — прерогатива багатьох клініцистів на даний час. Якщо до карантину профілактичні огляди посідали перше місце, то охоплення ними на сьогодні зменшилося вдвічі. Статистика вже відображає реальну картину щодо планування вагітності: понад 60% пар відклали її через пандемію коронавірусу.

Якщо розглядати безпосередній вплив SARS-CoV-2 на репродуктивну систему, то інфікування може мати такі наслідки:

- атакування клітин яєчників і гранульозних клітин, зниження їхньої функції та якості яйцеклітин, що призведе до жіночого безпліддя або викидня;
- ураження епітеліальних клітин ендометрію та вплив на ранню імплантацію ембріона.

Жінкам, які не планують вагітність, наполегливо рекомендовано наголошувати на необхідності контрацепції під час протівірусної терапії COVID-19 та продовжити її використання протягом певного періоду після лікування. Слід додати, що наразі немає змін до існуючих рекомендацій з оцінки ризику венозної тромбоемболії та пов'язаних із цим застережень щодо призначення комбінованих гормональних контрацептивів (КГК).

Визначити потреби жінки в контрацепції допоможуть наступні питання:

- Коли ви плануєте народити дитину?
- Наскільки для вас важливо не завагітніти зараз?
- Який метод контрацепції ви використовуєте на даний момент?
- Наскільки ви задоволені методом контрацепції, який використовуєте зараз? Чи є якісь проблеми?
- Чи хотіли б ви, щоб змінився характер ваших менструацій?
- Чи є ще щось, про що ваш лікар повинен знати або що ви хотіли б обговорити?

Забезпечення ефективної контрацепції під час пандемії коронавірусу є пріоритетною медичною послугою (FSRH, Велика Британія, 2020). Жінкам, які вже використовують метод гормональної контрацепції, раціонально дозволити в онлайн-режимі подальше застосування КГК і чисто прогестинових оральних контрацептивів на наступні 6-12 міс. Соціальне дистанціювання й обмеження мобільності говорять про нагальну проблему розширення послуг із планування сім'ї у післяпологовому періоді, особливо при використанні контрацептивів тривалої дії, таких як імплантати, внутрішньоматкові системи, ін'єкції (FIGO, 2020). Віддавати перевагу слід таким гестагеном контрацептивам, які допустимі при лактації, зокрема левоноргестрелвмісній внутрішньоматковій системі.

Таким чином, дистанційне консультування пацієнток в умовах нових реалій (незважаючи на обмеження у здійсненні фізикального огляду) можна проводити з питань контрацепції із планом повторної оцінки артеріального тиску при наступному особистому візиті, а також із приводу дисменореї, тяжких маткових кровотеч, олігоменореї із додатковими візитами для задачі аналізу крові або ультразвукового дослідження.

Кожен із нас усвідомлює важливість правильно підібраних контрацептивів, які здатні забезпечити більш стабільний рівень естрадіолу, знизити ризик випадкової овуляції в разі пропуску прийому таблеток. Тому у здорових жінок доцільно віддавати перевагу комбінованим оральним контрацептивам (КОК) із коротким безгормональним інтервалом (24+4, 26+2). Комбінація 20 мкг етинілестрадіол/дроспіренон/левомефолат кальцію є оптимальним вибором для тих, хто вперше починає прийом КОК. Окрім того, наявність у складі препарату активного фолату, звичайно, має додаткові переваги, зумовлені участю в метаболічному процесі: знижує рівень гомоцистеїну, зменшує ризик дефектів нервової трубки у плода, перешкоджає жировій інфільтрації печінки та фотостарінню. Тому для збереження репродуктивного здоров'я та поліпшення якості життя жінки загалом важливо використовувати ефективні методи контрацепції.



Із доповіддю «**Виклик 21-го століття: діагностика та менеджмент аномальних маткових кровотеч**» виступила завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор Юліанна Олександрівна Дубоссарська.

У сучасному світі проблема тяжкої менструальної кровотечі (ТМК) надзвичайно поширена, але разом із тим рівень обізнаності жінок із нею є низьким. Дослідження з опитуванням близько 33 тис. жінок продемонструвало зниження їх працездатності на 33% через присутність симптомів, пов'язаних із менструацією.

У зв'язку із цим було розроблено менеджмент аномальних маткових кровотеч (АМК) під час пандемії COVID-19 (об'єднані рекомендації RCOG, BSGE, BGCS, Велика Британія, 2020), що включає наступні настанови.

- Розглянути можливість дистанційної комунікації з пацієнтками для запобігання поширенню вірусу SARS-CoV-2.
- Детальний збір анамнезу для оцінки тяжкості симптомів та діагностування можливого розвитку анемії:
 - очна консультація жінок необхідна у випадку: наявності рясної/тривалої менструальної кровотечі; підозри на анемію.
 - Гінекологічний огляд може бути необхідний у разі:
 - обстеження органів малого таза для виявлення причини кровотечі, лейоміоми та гінекологічних ракових захворювань;
 - біопсії ендометрію для виключення раку/атипічної гіперплазії ендометрію;
 - загального аналізу крові для діагностики анемії.

Медикаментозне лікування хронічної АМК поділяють на гормональне (внутрішньоматкова система з левоноргестрелом [ЛНГ-ВМС], КОК, пероральні прогестини, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормона) та негормональне (нестероїдні протизапальні препарати [НПЗП], інгібітори фібринолізу). Проте в контексті пандемії, коли прямий контакт із лікарем часто неможливий, жінкам із ТМК можуть бути запропоновані антифібринолітики (транексамова кислота, НПЗП і КОК. Слід наголосити, що пацієнтки повинні з'явитися для повноцінного обстеження, коли можливість очного візиту стане доступною.

Анемія часто супроводжує АМК з усіма негативними наслідками. Крім того, жінки загалом мають більш високий ризик розвитку залізодефіцитної анемії при об'ємі крововтрати >60-80 мл під час менструації, а також у післяпологовому періоді. Позитивний вплив на показники метаболізму заліза, зокрема приросту гемоглобіну, гематокриту та феритину, продемонстрував препарат клайра з комбінацією естрадіолу валерату (Е2В) та дієногесту (ДНГ). Це єдиний КОК, у показаннях до застосування якого зазначено лікування ТМК. У дослідженні було доведено, що Е2В/ДНГ зменшує об'єм менструальної кровотечі на 88% від вихідного рівня впродовж 6 циклів лікування. Варто зауважити, що в дослідженні брали участь жінки віком 18-50 років. Проте, як наголошують сучасні рекомендації, у віці 35 років гормональні контрацептиви потребують відміни, якщо жінка зловживає курінням.

Ще однією опцією для лікування ТМК є місцеве застосування гормонів (ЛНГ-ВМС мірена). У 2011 р. було представлено результати дослідження, в якому порівнювали вплив на зменшення крововтрати ЛНГ-ВМС із оральними контрацептивами, що містять комбінацію ЛНГ/етинілестрадіол. Результати становили 87% проти 35% відповідно.

Раннє виявлення АМК, залізодефіциту й асоційованої анемії необхідне для своєчасного ефективного лікування й покращення якості життя жінки. Про це необхідно пам'ятати усім практикуючим спеціалістам, зокрема сімейним лікарям, щоб разом долати цю проблему сучасної гінекології.

Підготувала **Наталія Довбенко**