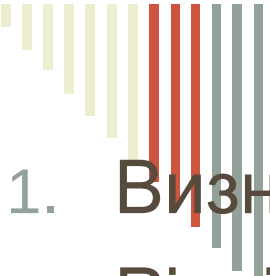


Полтавський державний медичний університет
Кафедра АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №1

Тема лекції:

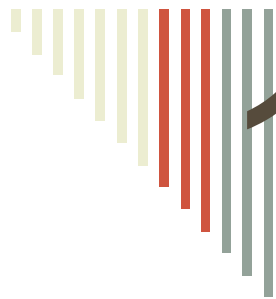
**«ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ
РЕПРОДУКТИВНОЇ
СИСТЕМИ. АМЕНОРЕЯ.
АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ
КРОВОТЕЧІ»**

Лектор — д.мед.н., проф. **ГРОМОВА А.М.**

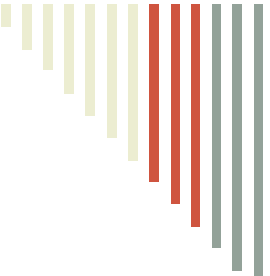


План Лекції.

1. Визначення поняття «Менструальний цикл».
 2. Рівні регуляції менструального циклу.
 3. Фази менструального циклу.
 4. Термінологія окремих форм порушень менструального циклу.
 5. Поняття «Аменорея».
 6. СПКЯ(синдром склерополікістозних яєчників).
 7. Маткова форма аменореї.
 8. Аномальна маткова кровотеча (АМК).
-



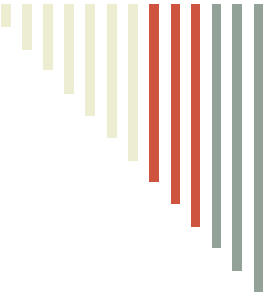
1. Визначення поняття «Менструальний цикл»



Менструальний цикл

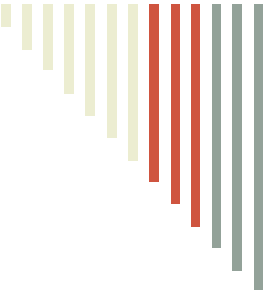
– це прояв складного біологічного процесу в організмі жінки, який виражається в закономірних циклічних змінах функції статеві системи, що готують організм жінки до можливого запліднення та виношування вагітності





Клінічні параметри нормального менструального циклу

- ❑ Менархе – 12-14 років (від 11 до 16 років)
 - ❑ Менструація – 4,5-8 дні , крововтрата - 50-80 мл, практично безболісна.
 - ❑ Менструальний цикл – 28 днів (від 24 до 38 днів)
 - ❑ Менопауза – 48-50 років (від 42 до 56 років)
-

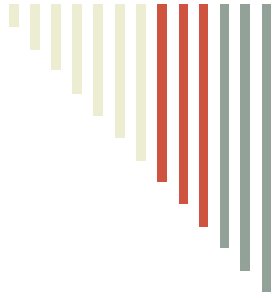


Основна фізіологічна характеристика нормального менструального циклу –

двофазність: фаза
дозрівання фолікула з
послідуючою овуляцією і фаза
жовтого тіла тривалістю не
менше 10 днів



2. Рівні регуляції менструального циклу.



Рівні регуляції РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

кора головного мозку

гіпоталамус

гіпофіз

яєчники

органи мішені

Регуляція менструального циклу

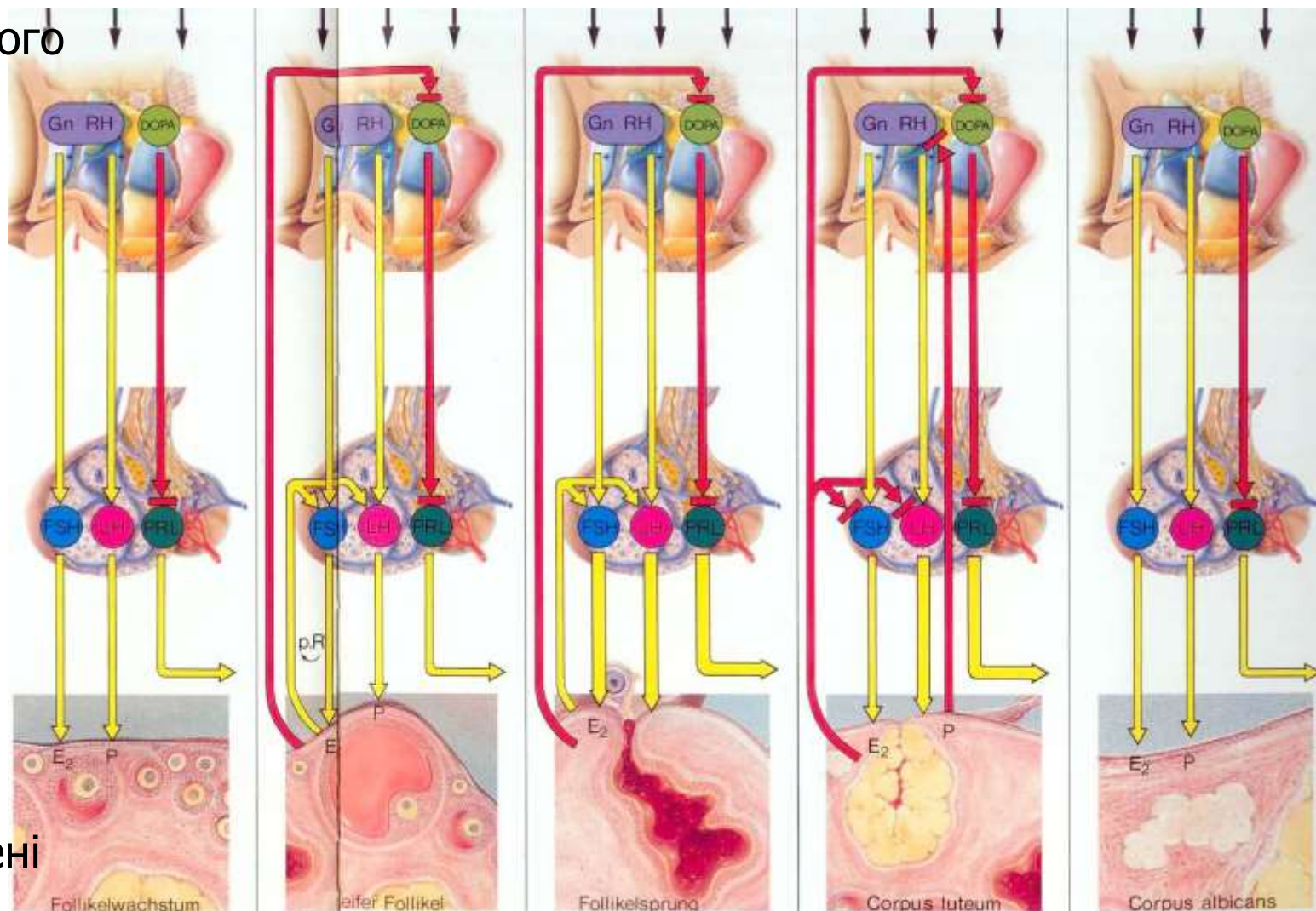
Кора головного мозку

Гіпоталамус

Гіпофіз

Яєчники

Органи-мішені



Дозрівання фолікула

Зрілий фолікул

Овуляція

Жовте тіло

Біле тіло

5 день

13 день

14 день

20 день

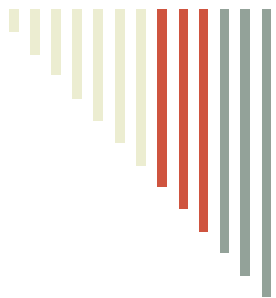
28 день



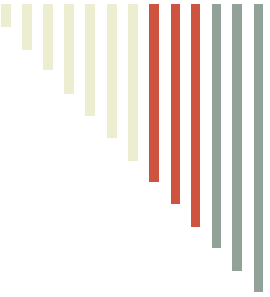
стимуляція



пригнічення



3. Фази менструального циклу.



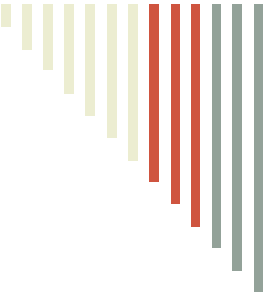
Яєчниковий цикл

- I фаза – фолікулінова

Ріст і дозрівання фолікула завершується овуляцією

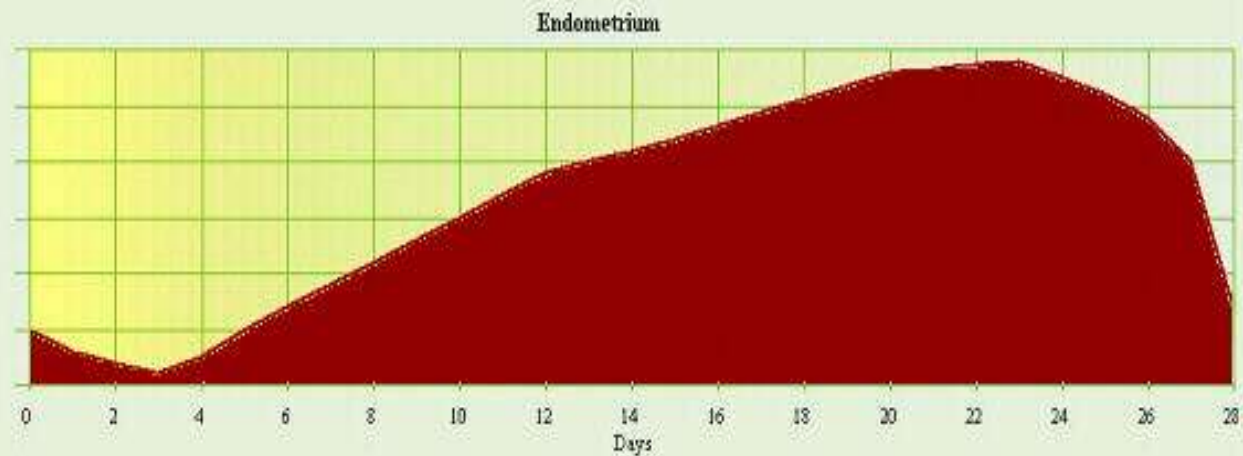
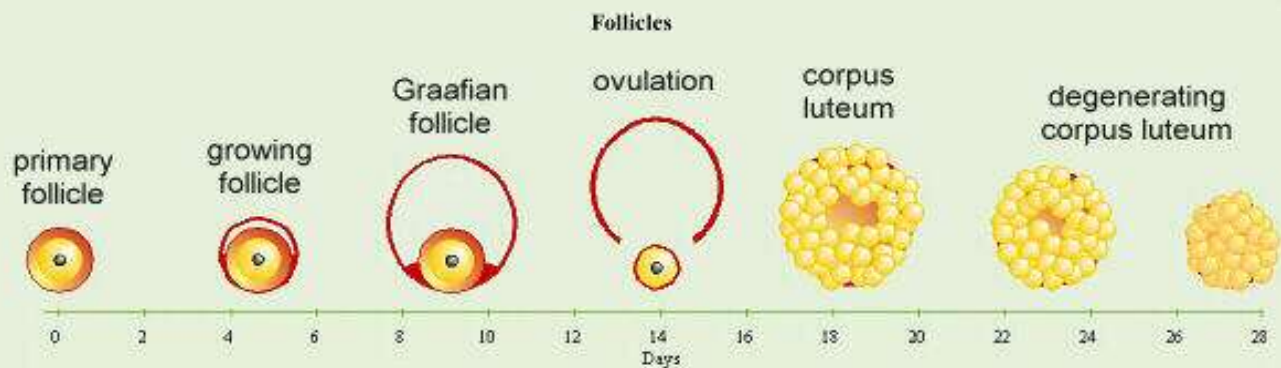
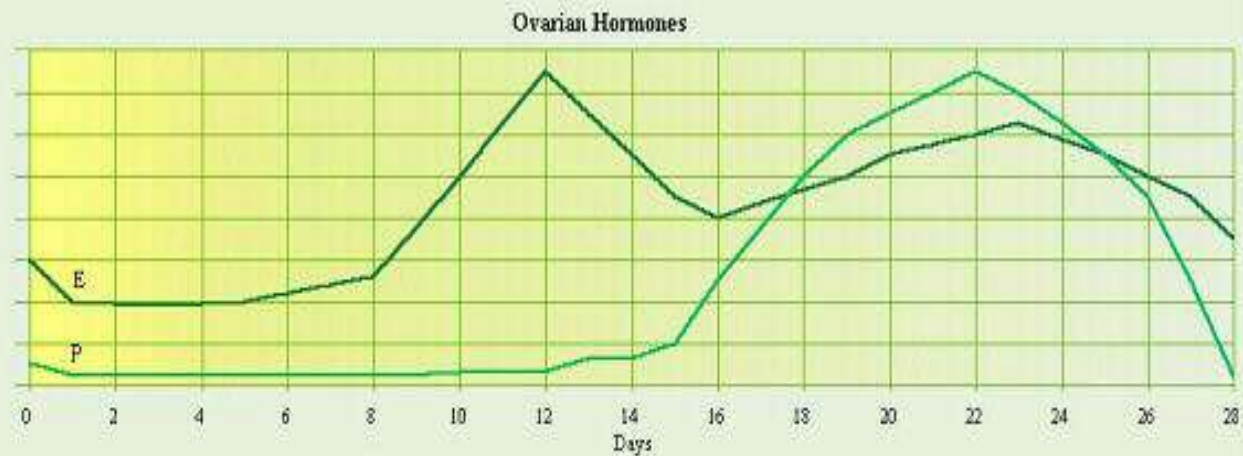
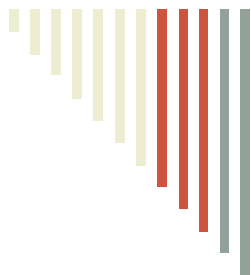
- II фаза – лютеїнова

Формування та функціонування жовтого тіла

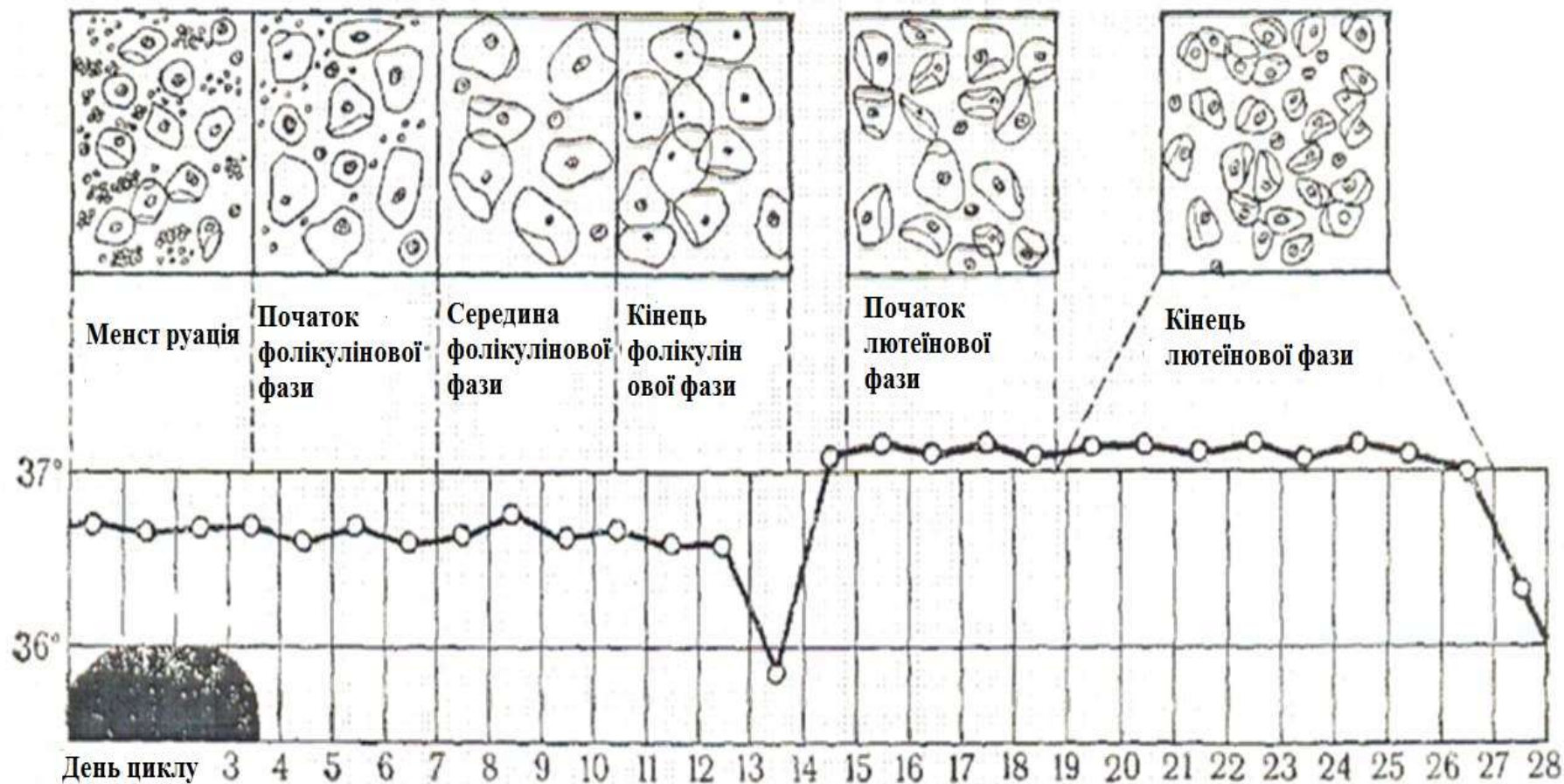


Матковий цикл

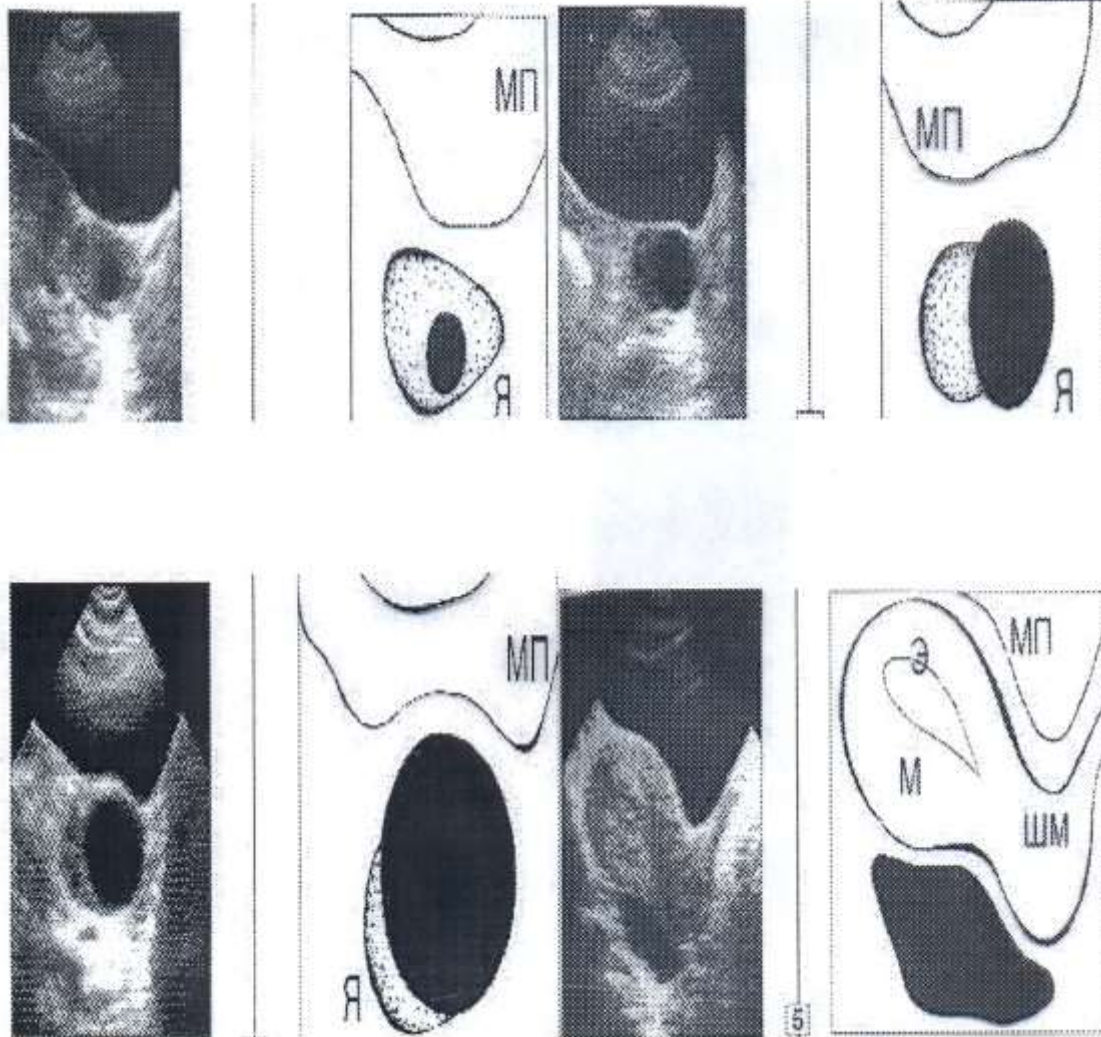
- I фаза – проліферативна
(відповідає фолікуліновій фазі в яєчнику)
 - II фаза – секреторна
(відповідає лютеїновій фазі в яєчнику)
-



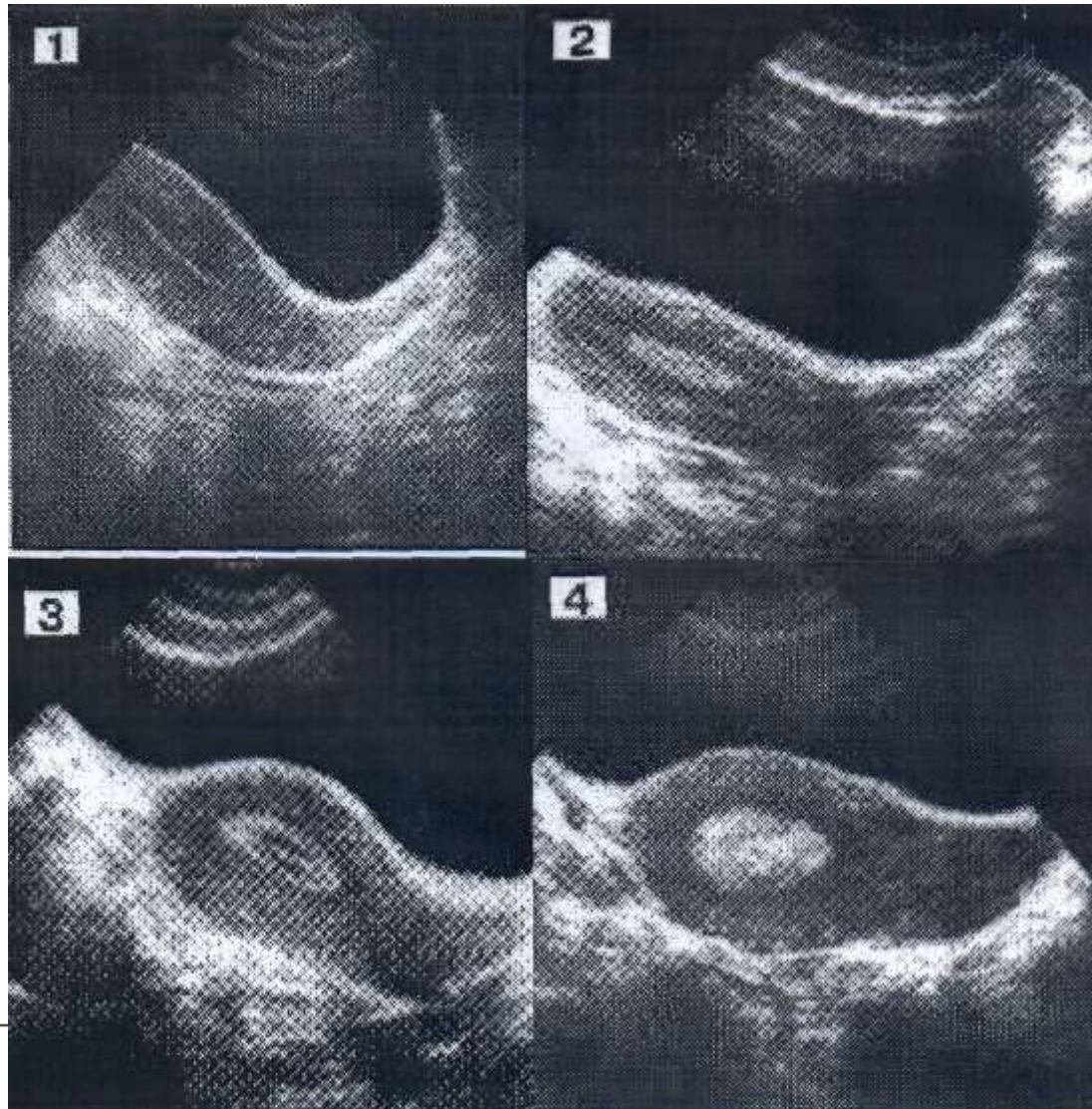
Цитологічна картина піхви та базальна температура під час оваріально-менструального циклу

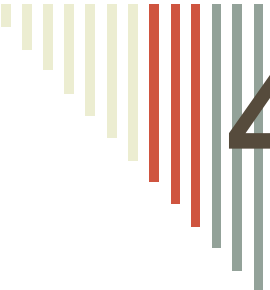


Ріст, дозрівання фолікула та овуляція (УЗД)

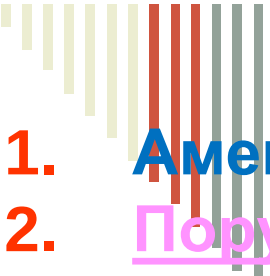


Циклічні зміни ендометрія





4. Термінологія окремих форм порушень менструального циклу.



Термінологія окремих форм порушень менструального циклу

1. **Аменорея** - відсутність менструацій.

2. Порушення ритму менструацій:

➤ **опсоменорея** - менструації настають надто рідко (через 6-8 тижнів);

➤ **спаніменорея** - надто тривалі менструальні цикли, менструації настають 2-4 рази на рік;

➤ **пройменорея** (тахіменорея) - вкорочені менструальні цикли, менструації настають через 10-15 днів.

3. Зміна кількості крові, що виділяється під час менструацій:

➤ **гіперменорея** - надмірна кількість крові (понад 100-150 мл);

➤ **гіпоменорея** - зменшена кількість крові (менше 50 мл).

4. Порушення тривалості менструацій:

➤ **поліменорея** - тривалість менструації 7-12 днів;

➤ **олігоменорея** - тривалість менструації менше 2 днів.



Термінологія окремих форм порушень менструального циклу

5. Болючі менструації:

- **альгоменорея** - біль під час менструації у ділянці статевих органів;
- **дисменорея** - загальні порушення під час менструацій (головний біль, нудота, відсутність апетиту, підвищена дратівливість);
- **альгодисменорея** - поєднання місцевого болю та загального порушення самопочуття.

6. Аномальні маткові кровотечі

(**менорагія** - циклічні маткові кровотечі, пов'язані з менструальним циклом, тривалістю понад 12 днів.

метрорагія - ациклічні маткові кровотечі, не пов'язані з менструальним циклом.

гіпоменструальний синдром (опсоменорея, олігоменорея, гіпоменорея).

гіперменструальний синдром (пройоменорея, гіперменорея, поліменорея).)



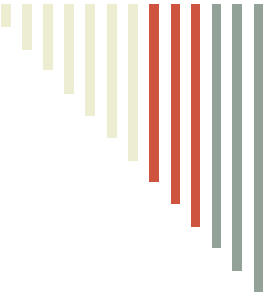
КЛІНІЧНІ ФОРМИ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ТЕРМІНОЛОГІЯ

10. За віком класифікують кровотечі:

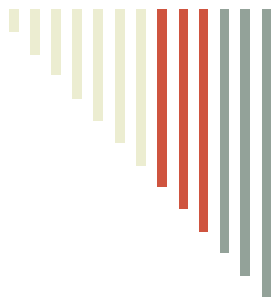
- **ювенільні** - у дитячому віці та у період статевого дозрівання;
- **кровотечі репродуктивного або дітородного періоду** - у жінок віку статевої зрілості;
- **клімактеричні кровотечі** - в клімактеричному періоді.

11. За циклічністю виділяють:

- **овуляторні** (циклічні, двофазні) порушення менструального циклу;
 - **ановуляторні** (однофазні).
-



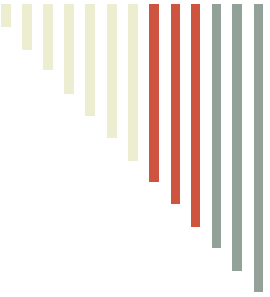
5. Понятия «Аменорея»



АМЕНОРЕЯ – відсутність
менструацій у дорослої жінки
протягом 6 місяців і більше.

ФОРМИ АМЕНОРЕЇ

- **Фізіологічна аменорея** - відсутність менструацій до пубертатного періоду, під час вагітності та лактації, в період менопаузи.
- **Патологічна аменорея** може бути викликана багатьма причинами, зокрема загальними, найчастіше ендокринними захворюваннями.
- **Справжня** - відсутність циклічних змін в організмі жінки, пов'язана найчастіше з різкою недостатністю статевих гормонів.
- **Несправжня аменорея** (*криптоменорея* - прихована менструація) - відсутність виділення менструальної крові за наявності в організмі циклічних змін. Несправжня аменорея є клінічним проявом аномалій розвитку статевих органів - атрезії дівочої пліви чи піхви, коли кров, не маючи виходу назовні, скупчується у піхві, матці, маткових трубах.
- **Первинна аменорея** відсутність менструальної функції з пубертатного віку.
- **Вторинна аменорея** - припинення менструальної функції у жінки, яка раніше менструвала.



За рівнем ураження репродуктивної системи

- ✓ **Центрального генезу:**
 - гіпоталамічна**
 - гіпофізарна**
 - ✓ **Периферичного генезу:**
 - яєчникава форма**
 - маткова форма**
-

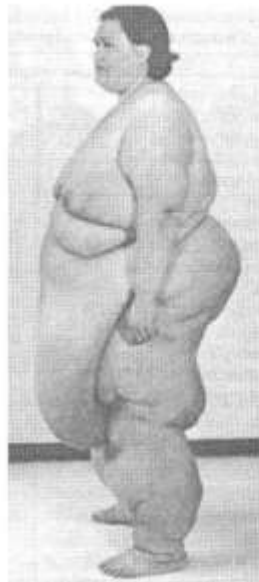
Гіпоталамічна аменорея

- **Психогенна аменорея** виникає внаслідок стресових ситуацій та психічних травм (зокрема, «студентська» аменорея під час іспитів, аменорея воєнного періоду).
 - **Аменорея при несправжній вагітності** виникає у жінок, які дуже хочуть або дуже бояться завагітніти.
 - **Аменорея при нервовій анорексії** зустрічається у дівчат та молодих жінок з нестійкою нервовою системою у період статевого дозрівання, при нервовому або фізичному перевантаженні, як наслідок нераціональних дієт, спрямованих на схуднення, при безконтрольному вживанні препаратів, що знижують апетит.
 - **Аменорея при адипозогенітальній дистрофії (синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха)** - розвивається до періоду статевого дозрівання. Характерне ожиріння з відкладанням жиру на стегнах, животі, обличчі, затримка росту, гіпоплазія статевих органів, зниження інтелекту.
-

Гіпоталамічна аменорея

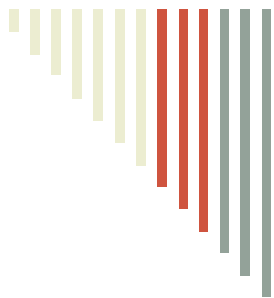
- **Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта.**
Зустрічається рідко. В патогенезі - ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки внаслідок відкладання солей кальцію в ділянці турецького сідла (внутрішній фронтальний гіперостоз). Клінічні прояви: біль голови, напади судом, порушення психіки, ожиріння, вірилізм.

Синдром Морганьї-Стюарта - Мореля (діабет бородатих жінок)



Спостерігається у молодих жінок та частота випадків збільшується до клімактеричного періоду.

1. Ожиріння
2. Патологічне оволосіння (зростання бороди і вусів).
3. Потовщення внутрішньої пластинки лобової кістки (основна і найбільш часта скарга хворих - головний біль в ділянці чола потилиці, інтенсивність якого не залежить від ступеня гіперостозу).
4. Артеріальна гіпертензія.
5. Порушення вуглеводного обміну (діабет).



Аменорея при синдромі персистуючої лактації (синдром Кіарі-Фроммеля). Основними симптомами є галакторея, що розпочинається після пологів, і аменорея, що приєднується пізніше. Виділення молока продовжується, розвивається гіпертрофія молочних залоз із вираженим судинним рисунком, статеві органи зазнають атрофії. Розвиваються розлади вуглеводного та жирового обмінів.

Аменорея при гігантизмі та акромегалії. Захворювання зумовлені гіперпродукцією соматотропіну, продукція гонадотропних гормонів знижена. Аменорея носить вторинний характер.

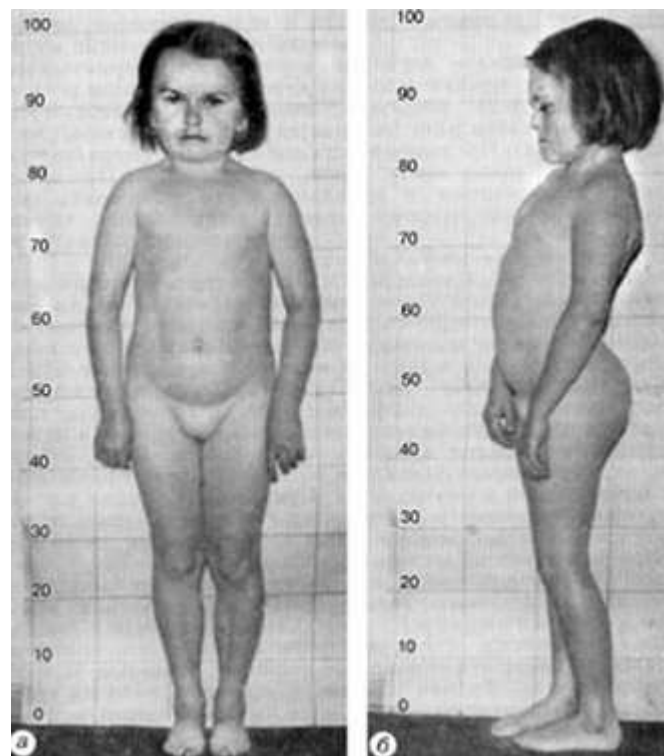
Гіпофізарна аменорея

- Аменорея при хворобі Іценко-Кушинга викликана надмірною продукцією кортикотропіну. Найбільш раннім симптомом є збільшення маси тіла з розподілом жиру переважно на обличчі, шиї, тулубі. Виникають зміни шкіри та скелета, підвищується артеріальний тиск.



Аменорея при гіпофізарному нанізмі.

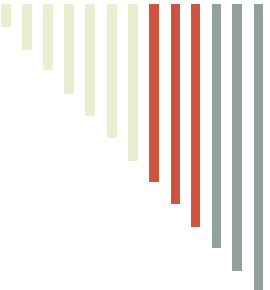
Захворювання
розвивається
внутрішньоутробно або в
перші місяці життя
внаслідок інфекційних
захворювань чи
травматичних
пошкоджень передньої
частки гіпофізу, тому
виникає недостатність
усіх її гормонів -
соматотропіну в тому
числі.





Аменорея при синдромі Шихана -

розвивається після патологічних пологів або септичних захворювань і пов'язана із крововиливами у гіпофіз і наступним некрозом його передньої, а, інколи, і задньої його частки. У породіллі виникає головний біль, запаморочення, слабкість, анорексія. Далі розвивається астенія, зменшення ваги, аменорея, мікседема. Випадає волосся на голові, на лобку. Знижується артеріальний тиск, температура тіла.



Найбільш часті форми функціональної гіпоталамічної аменореї

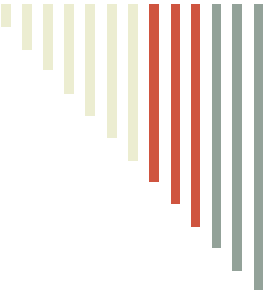
- ☐ Психогенна аменорея
 - ☐ Нервова анорексія
 - ☐ Харчова аменорея
 - ☐ Аменорея надзвичайних фізичних навантажень
 - ☐ Синдром гіпергальмування після тривалого прийому КОК, агоністів ЛГ-Рг
-



Діагностика функціональної гіпоталамічної аменореї

- ☐ Анамнез
 - ☐ Загальний огляд з визначенням інтенсивності і типу овоłosіння, індекса маси тіла, стадії розвитку молочних залоз і т.д.
 - ☐ Ультразвукове дослідження органів малого тазу
 - ☐ Гормональні дослідження: ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, естрадіол, андрогени – за показаннями
 - ☐ Прогестеронова, циклічна естроген-гестагенна проба
 - ☐ Проба з ЛГ-Рг
 - ☐ Комп'ютерна чи магнітно-резонансна томографія
-





Лікування функціональної гіпоталамічної аменореї

- ☐ Усунення етіологічного фактору
 - ☐ Психотерапія
 - ☐ Симптоматична терапія
 - ☐ ЗГТ в циклічному режимі
 - ☐ Стимуляція овуляції: гонадотропіни (метродін, пурегон, хоріогонін і т.д.) і ЛГ-РГ в імпульсному режимі (декапептил)
-



Яєчникова аменорея

Причинами яєчникової аменореї є:

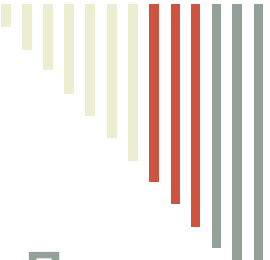
- **вроджена дисгенезія гонад** (хромосомна аномалія);
 - **синдром Шерешевського-Тернера;**
 - **синдром Штейна-Левентала** (синдром склерополікістозних яєчників).
-



Діагностика гормональної недостатності яєчників

- I – основні клінічні прояви захворювання (непліддя, гірсутизм, лакторея і т.д.)
 - II – встановлення факту гормональної недостатності яєчників: ановуляція чи НЛФ
 - III – визначення рівня пошкодження гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи; ключевий момент – визначення базального рівня гонадотропінів
 - IV – виявлення конкретного захворювання, що спричинило гормональну недостатність яєчників
-

Гіпергонадотропна недостатність яєчників



Причини

- ❑ Хромосомні аберації і генні захворювання
- ❑ Синдроми передчасного виснаження та резистентних яєчників
- ❑ Інфекційні, гонадо- та овотоксичні фактори
- ❑ Аутоімунне ураження яєчників
- ❑ Ятрогенні причини (опромінення, видалення яєчників)

Лікування

- ❑ ЗГТ естрогенами і гестагенами в циклічному режимі
- ❑ Лікування непліддя – ЕКЗ з використання донорських яйцеклітин



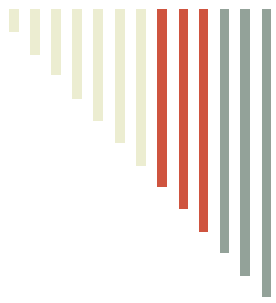
Гіпогонадотропна недостатність яєчників

Причини — порушення центральної регуляції

- 5% первинногіпофізарна патологія: *аденома (пролактинома) гіпофізу, аутоімунний гіпофізит, променеве ураження гіпофізу, післяпологовий некроз гіпофізу*
- Первинногіпоталамічна патологія: *вроджене порушення секреції ЛГ-РГ, пухлини, ЧМТ, дієнцефаліт, судинні порушення і т.д.*

Лікування

- Медикаментозні, променеві, хірургічні методи
- ЗГТ
- Індукція овуляції: *при гіпофізарних формах — гонадотропіни, при гіпоталамічних формах — імпульсне введення ЛГ-РГ чи гонадотропіни*



Нормогонадотропна недостатність яєчників

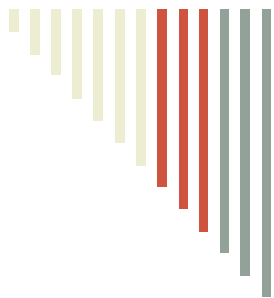
Причини

- ☐ Генітальний ендометріоз
- ☐ Хронічний аднексит
- ☐ Аутоімунний оофорит
- ☐ Гіперпролактинемія
- ☐ Гіпотиреоз
- ☐ СПКЯ
- ☐ Декомпенсований ЦД та ін.
- ☐ Ожиріння

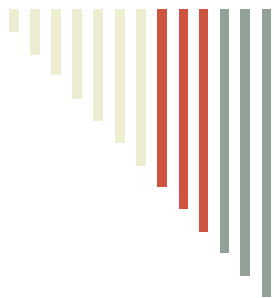
Лікування

- ☐ Антигонадотропіни та агоністи ЛГ-РГ
- ☐ Протизапальне
- ☐ Системна ензимотерпія
- ☐ Алкалоїди спорині
- ☐ Тиреоїдні гормони
- ☐ КОК, прогестини та ін.
- ☐ Інтенсивна інсулінотерапія
- ☐ Низькокалорійна дієта

Індукція овуляції в більшості
випадків кломіфенцитратом



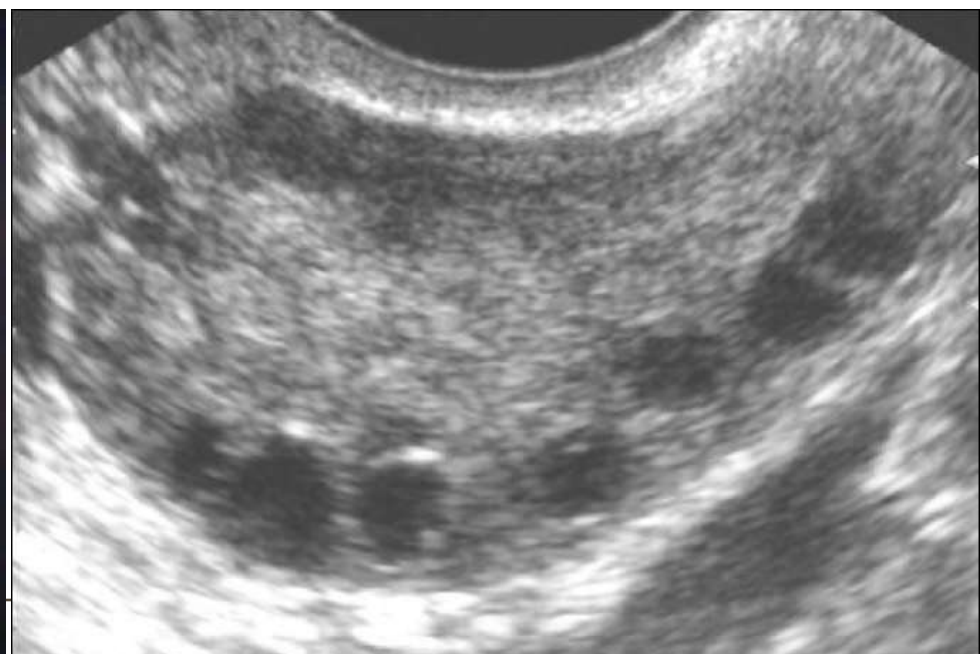
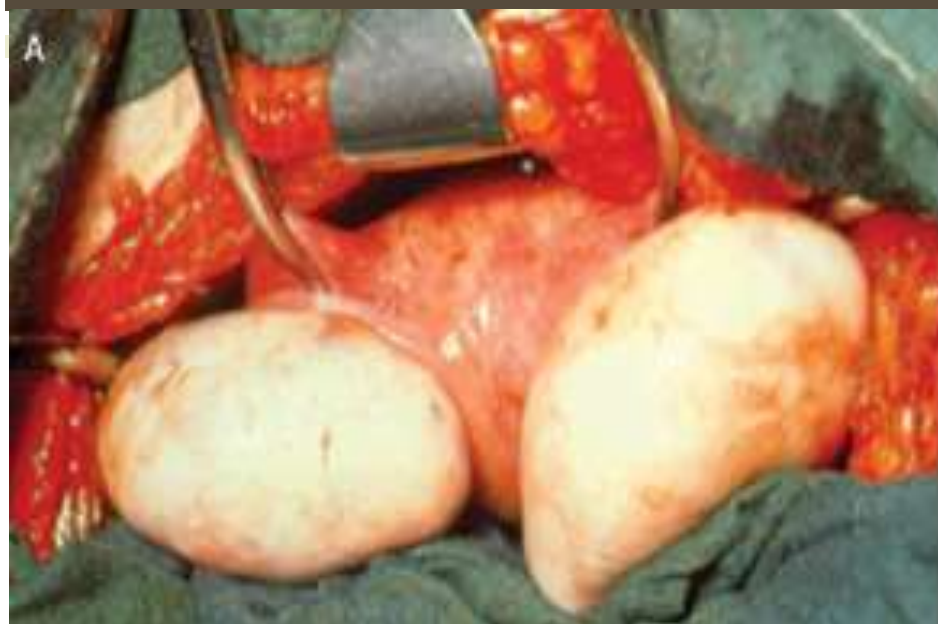
6. СПКЯ(синдром склерополікістозних яєчників)

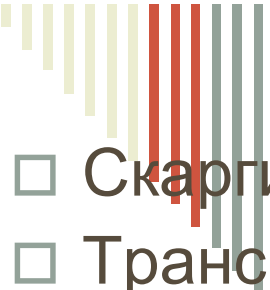


СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ
ЯЄЧНИКІВ (СПКЯ) – синдром
хронічних ановуляції і оваріальної
гіперандрогенії при виключенні
інших причин.

Клініка СПКЯ

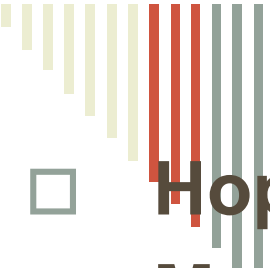
- ☐ **Порушення менструального циклу, аж до аменореї**
- ☐ **Ановуляторне неплоддя, частіше первинне**
- ☐ **Гірсутизм різного ступеня на фоні жіночого фенотипу**
- ☐ **Двобічне збільшення яєчників**
- ☐ **Підвищення маси тіла**
- ☐ **При інсулінорезистентності - андроїдний тип ожиріння**





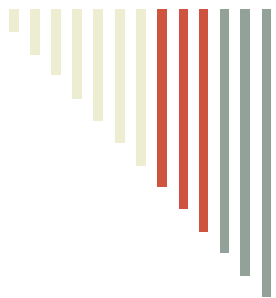
Діагностика СПКЯ

- Скарги та анамнез, об'єктивний огляд
 - Трансвагінальне УЗД - обсяг яєчників більше 9 см³, гіперплазована строма складає 25% об'єму, більше 10 атретичних фолікула діаметром до 10 мм, розміщених по периферії під потовщеною капсулою
 - Підвищення рівня ЛГ, співвідношення ЛГ/ФСГ більше 2,5; збільшення рівня загального та вільного Т при нормальному вмісті ДЕА-С і 17-ОНП; підвищення рівня інсуліну і зниження ССЗГ в крові.
 - Негативна або сумнівна проба з дексаметазоном, негативна проба з АКТГ
 - Цукрова крива
 - При ДМК – біопсія ендометрія
-

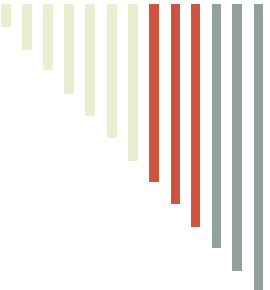


Лікування СПКЯ

- ☐ Нормалізація маси тіла
 - ☐ Медикаментозна терапія метаболічних порушень (метформін)
 - ☐ КОК, гестагени
 - ☐ Антиандрогени: ципротерона ацетат, спіронолактон, флутамід, фінастерид
 - ☐ Агоністи ЛГ-РГ (золадекс, бусерелін)
 - ☐ Стимуляція овуляції: кломіфен, гондотропіни (чистий ФСГ+ХГЧ)
 - ☐ Хірургічні методи: термокаутеризація, клиновидна резекція
-
- ☐ ЕКЗ



7. Маткова форма аменореї.

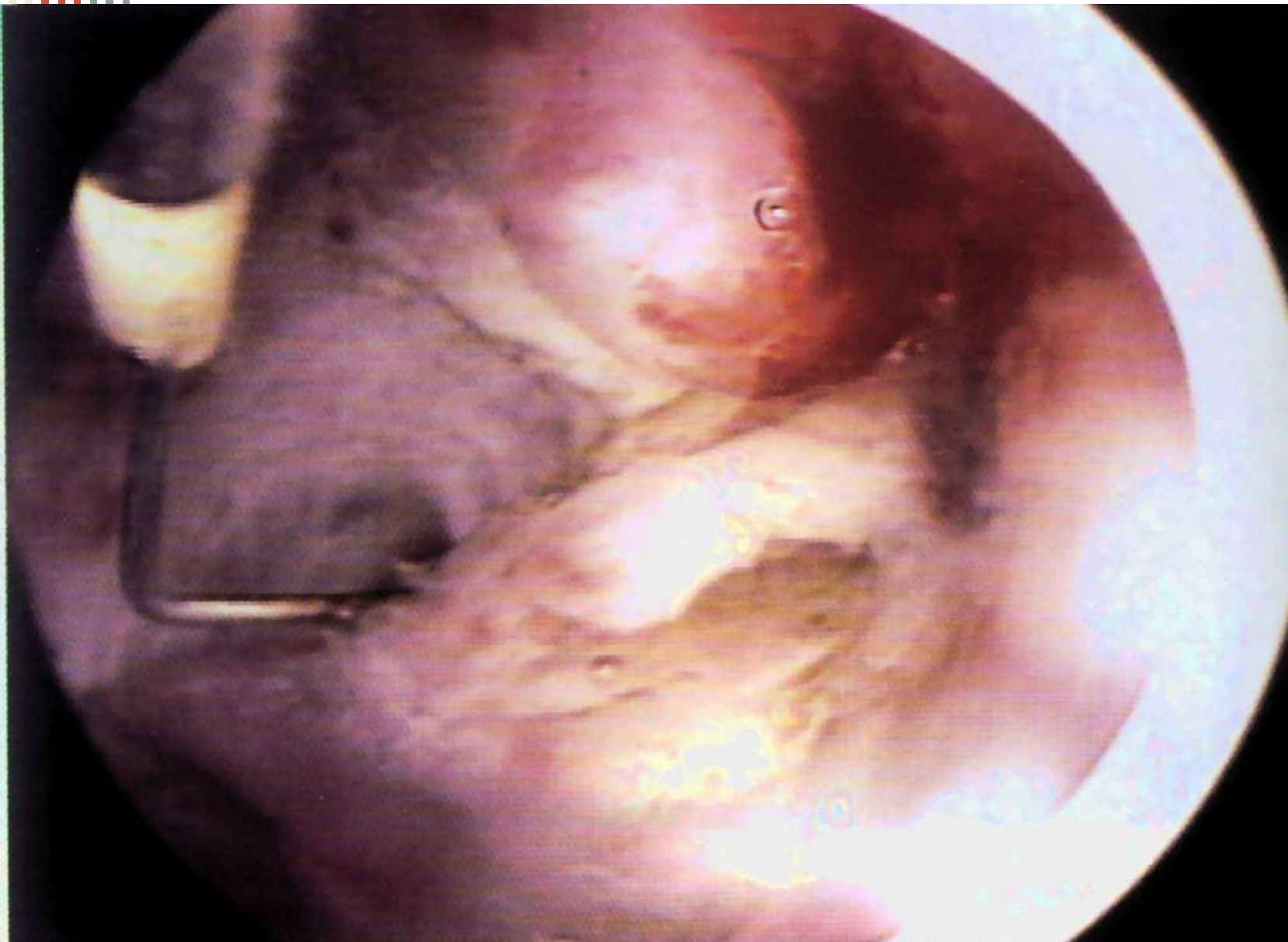


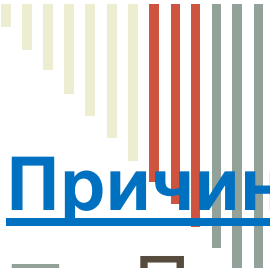
Маткова форма аменореї

Може бути:

- **первинною** (аномалії розвитку матки);
 - **вторинною** (запальний процес з утворенням синехій (зрощень) у матці; травма ендометрію під час абортів або вишкрібання з порушенням базального шару; після туберкульозу або введення в матку йоду).
-

Синехії в порожнині матки





Маткова аменорея

Причини:

- ☐ Пороки розвитку матки
- ☐ Ізольована гіпоплазія матки
- ☐ Тотальне ураження базального шару ендометрію

Діагностика:

- ☐ Негативна проба з прогестероном і ОК
 - ☐ Нормальний вміст гормонів у плазмі крові
 - ☐ УЗД, гістероскопія, біопсія ендометрія, визначення гормональних рецепторів у ендометрії
-

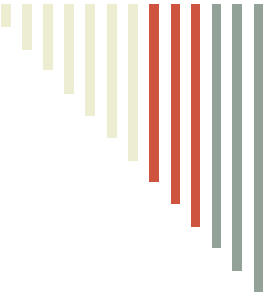


8. Аномальна маткова кровотеча (АМК)



□ Аномальна маткова кровотеча –
узагальнююче поняття для будь-
якого відхилення менструального
циклу від норми, що включає зміни
регулярності і частоти менструацій
або кількості крові, що втрачається

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України 13.04.2016 № 353



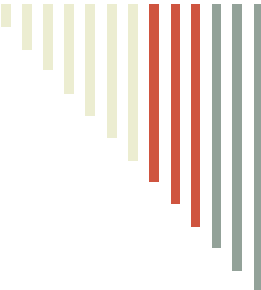
Аномальна маткова кровотеча (АМК)

заміщення таких застарілих термінів, як
«менорагія», «метрорагія», «поліменорея» і
«дисфункціональні маткові кровотечі»

Гострі АМК – це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові.

Хронічні АМК – це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та/або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців.

Тяжка менструальна кровотеча (ТМК) – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та/або матеріальні аспекти її життя. ТМК може проявлятися самостійно або в поєднанні з іншими симптомами.



Класифікація причин АМК (PALM\COEIN)

Структурні	Неструктурні
Р-поліпи А-Аденоміоз L-Лейоміома М-Злоякісні пухлини, гіперплазія	С- Коагулопатія О-порушення овуляції Е- Патологія ендометрію І-Ятрогенні N-некласифіковані

Категорія лейоміома (L) розділяється на два підтипи:

- L_{SM} для пацієток з, принаймні, однією підслизовою міомою
- L_O для пацієток, у яких міоми не змінюють порожнину матки

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

Піктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

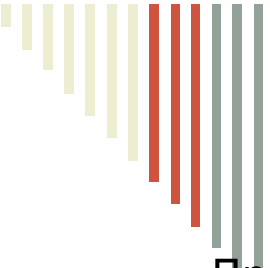
Гігієнічна прокладка	Тип	Об'єм, мл	Тампон	Тип	Об'єм, мл	Виділення в туалеті	Тип	Об'єм
	Денна	1		Легкий	0,25		Незначні	1 мл
	Нічна	1		Середній	0,5			
				Тяжкий	1,0			
				Надважкий	1,0			
	Денна	2		Легкий	0,5		Помірні	3 мл
	Нічна	3		Середній	1,0			
				Тяжкий	1,5			
				Надважкий	2,0			
	Денна	3		Легкий	1,0		Виразні	5 мл
	Нічна	6		Середній	1,5			
				Тяжкий	3			
				Надважкий	4			
	Денна	4		Легкий	3,0		Виразні	5 мл
	Нічна	10		Середній	4,0			
				Тяжкий	8,0			
				Надважкий	12,0			

Діагностика

- Детальний збір анамнезу з використанням опитувальника
- Фізикальне обстеження
- Призначення теста на вагітність.
- Надання консультацію щодо заповнення жінкою піктограми.
- Перед направленням до спеціаліста (лікар-акушер-гінеколог, лікар-гінеколог дитячого і підліткового віку) ознайомити жінку з інформацією щодо АМК



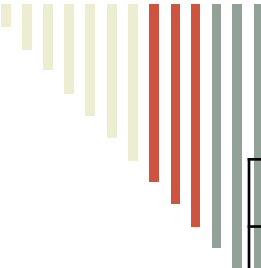
Перед направленням до спеціаліста (лікар-акушер-гінеколог, лікар-гінеколог дитячого і підліткового віку) пацієнтку ознайомлюють (надають друковану інформацію) щодо АМК, направляють на проведення загального аналізу крові. В направленні зазначається інформація щодо анамнезу, проведеного фізикального огляду, індексу маси тіла, супутньої патології



Інструментальні методи обстеження

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

- **УЗД з вагінальним датчиком** є «золотим стандартом» діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні особливості 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 матки, 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** може бути методом вибору.
-



Лікування

Гостра АМК

Препарат	Разова доза	Режим
КОК	Монофазні (30–35 мкг етинілестрадіолу)	3 рази на добу протягом 7 днів або до 4-5-ти разів на добу 3-5 днів, потім зменшення кожні 2 дні на 1 таблетку, загальний термін застосування КОК не менше 20 днів
Транексамова кислота	1,5 г перорально або 10 мг/кг внутрішньовенно (максимум до 600 мг)	3 рази на добу впродовж 5 днів, кожні 8 годин
Медоксіпрогестерона ацетат*	20 мг перорально	3 рази на добу протягом 7 днів

*інші прогестини з іншими режимами застосування також можуть бути ефективними



Лікування Гостра АМК

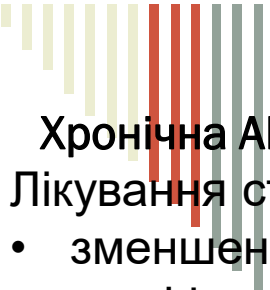
Вибір на користь хірургічного лікування розглядається у разі:

- нестабільності клінічного стану жінки
- наявності протипоказань до медикаментозного лікування
- відсутності ефекту від медикаментозного лікування

Серед хірургічних методів застосовуються:

- абляція/резекція ендометрію
- емболізація маткових артерій
- Гістеректомія
- специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (згідно відповідних протоколів)

Дилатація та кюретаж не є методом вибору, за винятком випадків тяжкого стану, зумовленого гострою АМК, що не піддається контролю за допомогою медикаментозної терапії і відсутня можливість проведення інших методів хірургічного втручання.

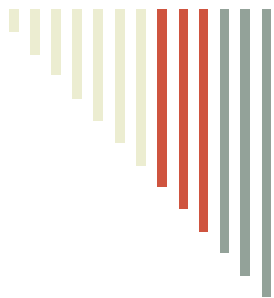


Лікування

Хронічна АМК

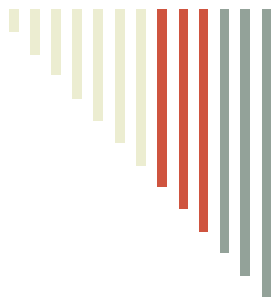
Лікування ставить за мету наступне:

- зменшення обсягу крововтрати при менструації,
 - профілактика рецидивів,
 - корекція анемії,
 - підвищення якості життя.
 - Перед призначенням лікування з'ясовуються репродуктивні плани жінки та потреба в гормональній контрацепції.
 - Для медикаментозного лікування АМК не застосовується етамзилат.
 - Питання щодо застосування хірургічного лікування розглядається лише після неефективного використання зазначених методів консервативної терапії або у разі виникнення клінічної ситуації, що потребує хірургічного втручання.
 - У разі призначення для лікування АМК лікарського засобу, в інструкції якого не зазначене згадане показання, лікар надає відповідну інформацію жінці (або батькам дитини).
-



Гормональні методи лікування хронічних АМК

- ***Внутрішньоматкова система з прогестином***
за відсутності значної структурної патології істотно
знижує менструальні крововтрати, сприяє
підвищенню рівней гемоглобіну та феритину.



- **Комбіновані оральні контрацептиви**

єдиною комбінацією естрогену і прогестерону є естрадіолу валерат + дієногест у режимі динамічного дозування.

що містять етинілестрадіол (єдиний препарат в Україні – Клайра ефективність 88% після 6 циклів, а звичайні КОК – 43%).

- **Пероральні прогестини**

з 5-го до 25-го дня менструального циклу (не менше 20 днів у циклі)

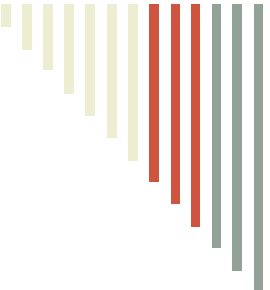
- **Контрацептивні пластирі та вагінальні кільця**

не вивчалися спеціально як засоби для лікування АМК, але було встановлено, що вони здатні зменшити обсяг менструальної крововтрати.

- **Агоністи гонадотропін-рилізінг гормону**

коли всі інші методи лікування) протипоказані або пов'язані з високим ризиком ускладнень або пацієнтка відмовляється від їх застосування.

Комбіновані оральні контрацептиви, що містять етинілестрадіол, можуть застосовуватись при лікуванні хронічної АМК як в циклічному так і переважно в безперервному режимах, з урахуванням тромботичних ризиків.



Негормональні методи лікування хронічних АМК

Якщо АМК супроводжується дисменореєю, то перевага надається нестероїдним протизапальним лікарським засобам (НПЗП), а не транексамовій кислоті

НПЗП пригнічують синтез простагландинів, змінюючи співвідношення між простагландинами і тромбоксаном, що сприяє вазоконстрикції в матці. У плановому порядку терапію НПЗП слід починати за день до менструації і продовжувати до припинення кровотечі (3–5 днів). Істотні відмінності ефективності між різними НПЗП не виявлені.

Інгібітори фібринолізу. У жінок із АМК в ендометрії підвищений рівень активаторів плазміногену з більш вираженою місцевою фібринолітичною активністю. Транексамова кислота (інгібітор активатора плазміногену) є антифібринолітиком, який зворотно зв'язується з плазміногеном, зменшуючи місцевий розпад фібрину без зміни параметрів згортання крові.



Хірургічні методи:

- гістероскопічна абляція/резекція з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- дилатація і кюретаж (вишкрібання порожнини матки) з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- абляція ендометрію;
- емболізація маткових артерій;
- гістеректомія;
- хірургічні методи лікування структурної патології матки (див. відповідні протоколи).

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

ДЯКУЮ

ЗА УВАГУ!