

РЕЗОЛЮЦІЯ ІІІ УКРАЇНСЬКОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ З АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

18 ЧЕРВНЯ 2025 Р. У КИЄВІ ВІДБУВСЯ ІІІ ФОРУМ ЕКСПЕРТІВ З АНОМАЛЬНИХ
МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ, ПРИСВЯЧЕНИЙ РАЦІОНАЛЬНІЙ ТА ПЕРСОНАЛІЗОВАНІЙ
ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ. У ЗАХОДІ ВЗЯЛИ УЧАСТЬ
ПРОВІДНІ ЕКСПЕРТИ КРАЇНИ.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.79.8-16>

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професорка, член-кор. НАМН України, заступниця генерального директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5498-4143

О.В. БУЛАВЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
ORCID: 0000-0003-1207-9046

Н.Ю. ПЕДАЧЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-0821-2943

О.Л. ГРОМОВА

д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0003-3963-3940

Ю.О. ДУБОССАРСЬКА

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро
ORCID: 0000-0002-4040-227X

Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2934-3157

ВСТУП

Резолюція ІІІ Українського форуму експертів спрямована на оптимізацію клінічних підходів до ведення пацієнток з аномальними матковими кровотечами (АМК) і має на меті сприяння покращенню репродуктивного здоров'я жінок в Україні. Оновлення національної нормативної бази з урахуванням найновіших наукових даних забезпечить стандартизацію підходів та всебічний менеджмент жінок з АМК, що надзвичайно важливо в умовах демографічної катастрофи сьогодення.

Наказом МОЗ України від 28 березня 2025 року № 558 затверджено Персональний склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за напрямом «Гормональні розлади репродуктивної системи в жінок», яка станом на зараз розробляє нормативні документи за темою «Аномальні маткові кровотечі».

Ключові завдання Форуму:

- запропонувати доповнення до клінічних настанов щодо тактики ведення пацієнток з АМК з урахуванням коморбідності та впливу хронічного стресу в умовах сьогодення;
- впровадити в нормативні документи сучасні підходи до консультування, лікування та стратегії ведення пацієнток з АМК (включно з репродуктивною та соціальною реабілітацією).

РЕЗУЛЬТАТИ GRACE

Глобальна рада з вирішення поточних незадоволених потреб за порушень менструального циклу (Global board for Addressing Current unmet needs in menstrual disorders (GRACE)), яка об'єднала думки експертів з усього світу, оцінила поточні прогалини в настановах щодо лікування порушень овуляції та обговорила можливі стратегії вирішення цих незадоволених потреб.

Головними незадоволеними потребами в менеджменті овуляторних АМК (АМК-О) є: брак рекомендацій із лікування певних груп пацієнток, відсутність спільних підходів до послідовного плану лікування та

рекомендацій з урахуванням відмінностей між лікуванням різних типів кровотеч, наприклад, гострих, хронічних і нерегулярних, потреба врахування класових відмінностей профілю безпеки ліків, відсутність клінічного посібника з лікування зі сценаріями, спільними для всіх країн.

Певні групи пацієнток з АМК недостатньо охоплені наявними рекомендаціями. До них належать: підлітки, жінки пізнього репродуктивного віку, жінки, які хочуть завагітніти (зокрема, з ендометріозом), жінки з протипоказаннями до застосування естрогенів. Саме ці групи пацієнток можуть отримати користь від лікування циклічними прогестагенами. Глобальна спільнота повинна працювати разом над впровадженням керівних стратегій, що покращать життя осіб з АМК-О у всіх регіонах світу [1].

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ: ПОГЛЯД ЖІНКИ

Порушення менструального циклу (ПМЦ) – це не просто медичний діагноз, а реальна проблема, яка суттєво впливає на фізичне, емоційне та соціальне благополуччя жінок. За результатами дослідження, проведеного українською компанією UMG у 2023 році, 68% опитаних жінок повністю погоджуються з тим, що ПМЦ порушує їхній звичний ритм життя. Ще 79% вважають, що такі розлади можуть негативно позначитися на здатності завагітніти в майбутньому [2].

Жінки часто пов'язують ПМЦ із гормональними розладами – 70% респонденток вважають, що саме дисбаланс гормонів є основною причиною проблеми. Водночас 66% опитаних сприймають ПМЦ як серйозну проблему, яка потребує медичного втручання.

Страхи, що супроводжують ПМЦ

Проблема ПМЦ супроводжується низкою страхів, які глибоко вкорінені в жіночому сприйнятті здоров'я. Найбільше жінки бояться онкологічних захворювань – цей страх згадали 77% респонденток. Далі йдуть побоювання щодо кровотеч (53%), кіст (50%), ви-

далення жіночих органів (49%) та безпліддя (47%). Не менш тривожними є думки про ендометріоз (32%) та ранній клімакс (30%).

Поведінка до звернення до лікаря

Дослідження показало, що 28% жінок намагаються розв'язати проблему самостійно за допомогою фітотерапії, біологічно активних добавок або порад з інтернету. Часто першим джерелом допомоги стає не лікар, а фармацевт в аптеці.

Лише 25% жінок звертаються до гінеколога одразу після появи симптомів. Решта відкладають візит, сподіваючись, що проблема мине сама (42%), або через зовнішні обставини, як-от бойові дії (16%), страх перед лікарями (11%) чи банальну нестачу часу.

Очікування від лікування

Жінки очікують від терапії не лише ефективності, а й безпеки. Найважливішими критеріями є мінімізація побічних ефектів, можливість відновити менструальний цикл (МЦ) без контрацептивного ефекту та збереження здатності планувати вагітність.

Результати дослідження свідчать про те, що ПМЦ – це не лише медична, а й соціальна проблема, яка потребує комплексного підходу. Жінки прагнуть не просто лікування, а розуміння, підтримки та чіткого пояснення з боку медичних фахівців. Важливо, щоб лікарі враховували емоційні та психологічні аспекти, які супроводжують ПМЦ, адже страхи, невизначеність і недовіра до системи охорони здоров'я часто стають бар'єром на шляху до своєчасного звернення. Покращення комунікації між лікарем і пацієнткою, доступ до достовірної інформації та персоналізований підхід до терапії – ключові чинники, які можуть змінити ситуацію на краще.

ПРОТОКОЛИ АМК: НА ЩО ОРІЄНТУВАТИСЬ В УКРАЇНІ

Термін АМК охоплює не пов'язані з вагітністю ПМЦ, що стосуються частоти, регулярності, тривалості та обсягу кров'яних виділень [3].

Такі терміни, як «олігоменорея», «менорагія» та «дисфункціональні маткові кровотечі» тощо, світова науково-медична спільнота наразі замінила на уніфіковані терміни для опису характеру АМК [3].

Сьогодні слід послуговуватися двома системами класифікацій АМК Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)) (першу опубліковано у 2011 р. та оновлено у 2018 р.) з метою [4]:

- узгодження визначень симптомів нормальної кровотечі та АМК;
- класифікації та підкласифікації можливих першопричин АМК у репродуктивному віці;
- полегшення проведення досліджень, освітньої та лікувальної роботи.

На сьогодні, крім зазначених систем FIGO, в арсеналі вітчизняного лікаря акушера-гінеколога є кілька робочих документів із питань АМК: Наказ МОЗ України № 353 від 13.04.2016 про затвердження «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Аномальні маткові кровотечі"», керівництво Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) «Тяжкі менструальні кровотечі: оцінка та менеджмент» від 2021 р., класифікація порушень овуляції FIGO від 2022 р. та клінічні практичні рекомендації CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)) «Ведення жінок з аномальними матковими кровотечами» від 2023 р. [5–7].

ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ АМК-О ТА АМК-Е

В останній класифікації порушень овуляції FIGO від 2022 р. зазначається, що навіть поодинокі епізоди відсутності овуляції можуть призвести до затримки настання менструацій, а також тяжких маткових кровотеч (ТМК).

Порушення варіюються від епізодичної відсутності овуляції до хронічної ановуляції. Тому особливу увагу слід звертати на такі симптоми, пов'язані з менструаціями в разі порушень овуляції [6]:

- зміна частоти або регулярності менструацій;
- ТМК або аменорея.

Пацієнтки з порушеннями овуляції потребують ретельної уваги та діагностики. Для АМК, пов'язаної з порушенням овуляції (АМК-О) характерний дуже мінливий характер кровотечі, неконтрольований час, аменорея, олігоменорея або менорагія [4, 8].

Водночас відхилення від нормального МЦ виникають через порушення балансу чи незрілість гіпоталамо-гіпофізарної осі: відсутність овуляції є наслідком відсутності прогестерону → дія естрогену є вільною → тривала проліферація ендометрія без періодичного відшарування → зростання ендометрія перевищує його кровопостачання → нерегулярне відшарування ендометрія → кровотеча [9, 10].

Недостатність лютеїнової фази не дорівнює

О.О. ЄФІМЕНКО

д. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-1228-0911

Л.В. КАЛУГІНА

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2263-6627

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Н.М. РОЖКОВСЬКА

д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0001-7860-3272

Т.М. ТУТЧЕНКО

к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-3003-3650

В.І. ПИРОВА

д. мед. н., завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
ORCID: 0000-0002-1205-6365

О.Г. ЯШИНА

к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ
ORCID: 0000-0003-4972-749X

Д.М. СВІРСЬКИЙ

науковий співробітник Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України; флеболог, судинний хірург Медичного центру «Verum Expert Clinic», м. Київ
ORCID: 0009-0001-7702-9106

І.О. РОДІОНОВА

к. мед. н., лікарка-гематолог, доцент кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, м. Київ
ORCID: 0000-0002-7893-8563

Л.А. ЛУЦЕНКО

к. мед. н., лікарка-ендокринолог, старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-7587-0324

ранній недостатності яєчників, але в деяких випадках, особливо коли вона пов'язана з основною ендокринною дисфункцією або дисфункцією яєчників, вона може сприяти або сигналізувати про початок передчасної недостатності яєчників [11–13].

Овуляторна дисфункція підтверджується низкою діагностичних процедур [14]:

- вимірюванням рівня прогестерону в лютеїновій фазі МЦ;
- визначенням рівня прогестерону за 1 тиждень до початку менструації: концентрація > 3 нг/мл є достатнім доказом недавньої овуляції;
- визначенням рівня тиреотропного гормону;
- у разі нерегулярних менструацій – вимірюванням рівня пролактину;
- у жінок із регулярними МЦ (від 24 до 38 днів) додаткове тестування для підтвердження овуляції не потрібне, якщо пацієнтка не має ознак гірсутизму.

АМК, пов'язана з порушенням функції ендометрія (АМК-Е)

АМК-Е виникає під час передбачуваних циклічних менструальних кровотеч (овуляторних циклів) без визначення інших причин і, що особливо важливо, під час таких кровотеч на тлі запалення або інфекції ендометрія, патологічної локальної запальної реакції та порушень ангіогенезу ендометрія можуть виникати супутні захворювання. Зокрема, рясна менструальна кровотеча може свідчити про первинне порушення місцевого гемостазу ендометрія [15].

Основним патогенетичним чинником АМК-Е є збої в молекулярних і клітинних процесах, які контролюють кількість крові, що виділяється під час менструації. Вазоконстрикція може індукувати тимчасовий дефіцит надходження кисню в тканини й спровокувати стабілізацію білка HIF1A (гіпоксіє-індуцибельного фактора 1), який забезпечує відновлення ендометрія. Є дані, що цей процес відновлення є менш стійким в осіб з АМК-Е. У пацієток з АМК-Е також виникає і посилюється локалізована запальна реакція в межах ендометрія після падіння рівня прогестерону наприкінці МЦ, що призводить до протидії в зростанні рівня вазоактивних речовин, і, як наслідок, до сильного звуження спіралі артерій, які б могли обмежувати крововтрату [16].

Для діагностики АМК-Е не всім пацієнткам необхідний забір зразків ендометрія. Проведення цього дослідження ґрунтується на чинниках ризику передракових чи злоякісних змін, що становлять таку комбінацію [4]:

- вік (у дослідженнях висловлюється думка, що в жінок віком від 45 років необхідно проводити плановий забір зразків);
- особисті та генетичні чинники ризику;
- трансвагінальне УЗД для визначення товщини ендометрія.

Слід зазначити, що порушення овуляції та лютеїнової фази МЦ підвищують ризик розвитку гіперплазії ендометрія, безпліддя, невиношування вагітності та анемії в таких жінок [17, 18].

ІІС СПКЯ: ДОСЛІДЖЕННЯ, ІНІЦІЙОВАНЕ ДОСЛІДНИКАМИ

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – складна мультифакторіальна патологія з різними фенотиповими формами. За класифікацією FIGO (2022), СПКЯ виділений в окремий клас овуляторних дисфункцій. Механізми, які призводять до ановуляції, множинні й охоплюють різні рівні. Провідним є внутрішньо-яєчникове порушення фолікулогенезу внаслідок гіперінсулінемії та інсулінорезистентності – первинно через генетичні причини й вторинно через спосіб життя. Мають значення і певні механізми на центральному рівні – гіперактивність гонадотропних рилинг-гормонів.

На сьогодні є недостатньо даних щодо клінічних проявів АМК у пацієток зі СПКЯ та досліджень особливостей МЦ за СПКЯ. Згідно з обмеженими даними з джерел та клінічними спостереженнями вони можуть суттєво відрізнятися [4].

Слід зауважити, що ожиріння і метаболічний синдром (МС) є і факторами ризику патології ендометрія, й обмеженнями для прийому комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Тому важливою є роль циклічних гестагенів для попередження патології ендометрія внаслідок корекції овуляторної дисфункції і забезпечення секреторних змін ендометрія.

Сьогодні триває дослідницький проєкт, що ставить за мету виконати ретроспективний аналіз 2500 медичних записів щодо використання дидрогестерону пацієнтками зі СПКЯ та різними видами розладів МЦ. Попередні дані дають змогу з оптимізмом припустити, що дидрогестерон, який використовується в пацієток зі СПКЯ, може бути ефективним варіантом лікування ПМЦ у цієї категорії жінок; припускається його позитивний вплив на функцію гіпоталамо-гіпофізарно-яєчкової осі, що збільшить шанси на спонтанну овуляцію.

НА ЩО ЗВЕРТАТИ УВАГУ ЛІКАРЮ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ?

У межах Форуму експерти звернули пильну увагу на особливі групи пацієнток з АМК, а саме: із порушеннями гемостазу, дефіцитом заліза, ризиком венозних тромбоемболій та МС.

ПОРУШЕННЯ З БОКУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ

Пацієнтки з рясними менструальними кровотечами можуть мати спадкові порушення системи згортання крові, що призводитиме до повторних відвідувань лікаря, тривалих досліджень та кількох госпіталізацій. Серед таких порушень найчастіше діагностуються:

- імунна тромбоцитопенія (ІТП);
- хвороба фон Віллебранда;
- спадкові порушення функцій тромбоцитів;
- статус носійства X-зчепленої гемофілії А та В.

Імунна тромбоцитопенічна пурпура (ІТП, хвороба Верльгофа)

ІТП – аутоімунне захворювання, що характеризується зниженням кількості тромбоцитів ($< 100 \times 10^9/\text{л}$) та підвищеним ризиком кровотеч за відсутності інших причин, пов'язаних із тромбоцитопенією. Хвороба маніфестує як синці, маткові кровотечі та інші геморагічні прояви.

Діагноз ІТП – це діагноз виключення. Зазвичай єдиним відхиленням від норми в лабораторних дослідженнях є низька кількість тромбоцитів, тоді як протромбіновий час та активований частковий тромбопластиновий час знаходяться в межах норми.

Детальні рекомендації щодо ведення дорослих пацієнток з ІТП опубліковані Американським товариством гематологів (American Society of Hematology, ASH) у 2019 році й полягають у використанні кортикостероїдів коротким курсом (< 6 тижнів) у формі перорального преднізолону чи дексаметазону. У пацієнток з ІТП, які лікуються протягом ≥ 3 місяців і є кортикостероїдозалежними або не реагують на кортикостероїди, у рекомендаціях ASH від 2021 року прописано застосовувати агоніст рецепторів тромбопоетину, зокрема ельтромбопаг або ритуксимаб, або спленектомію.

Хвороба Віллебранда

Підґрунтям захворювання є дефіцит або функціональна неповноцінність фактора Віллебранда (vWF). Це призводить до порушення процесу адгезії тромбоцитів до колагену судинної стінки й зниження інтенсивності утворення комплексу vWF – фактора VIII. Проявляється екхімозами, рідше гематомними крововиливами, менорагіями, кровоточивістю слизових оболонок. Рецидивні маткові кровотечі, що тривають більше ніж 10 днів, супроводжуються постгеморагічною анемією, а із часом – залізодефіцитною анемією.

Діагноз хвороби фон Віллебранда ґрунтується на визначенні антигена vWF, рівня залежної від vWF адгезії тромбоцитів та коагуляційної активності фактора VIII.

Сьогодні немає високоякісних доказів, які б служили керівництвом для ведення жінок із ТМК за хвороби Віллебранда. Пацієнткам зазвичай жодного регулярного лікування не потрібно, хоча ризик кровотечі в них завжди підвищений.

За потреби вводять препарати, основою яких є концентрати фактора VIII в комплексі з vWF. Рекомендації ASH від 2021 року пропонують застосовувати гормональну терапію і транексамову кислоту.

Тромбоцитопатії

Це геморагічні діатези, що розвиваються внаслідок порушення первинної тромбоцитарної ланки гемостазу. Найбільш розповсюдженою є тромбастенія Гланцмана – рідкісне генетичне порушення згортання крові, успадковане за аутосомно-рецесивним типом.

Розвиток тромбоцитарної дисфункції обумовлюється відсутністю або дефектом мембранного рецептора до фібриногену і глікопротеїну типів IIb і IIIa. Це призводить до різкого зниження інтенсивності процесу зв'язування фібриногену з мембраною тромбоцита, внаслідок чого порушується агрегація тромбоцитів.

Діагностика хвороби полягає в оптичній агрегометрії, яка дає змогу визначити функціональні характеристики тромбоцитів. Гемостазіограма виявляє подовження часу кровотечі та тромбінового часу. Інші фактори згортання (vWF, активований частковий тромбопластиновий час, протромбін, фібриноген) знаходяться в межах норми. Тромбоеластограма вказує на порушення тромбоцитарного ланцюга гемостазу за незміненого плазматичного компонента. Методом підтверджувальної діагностики є молекулярно-генетичний аналіз.

У разі гінекологічних ускладнень застосовуються рекомбінантний фактор VIIa та гормональна терапія.

Носійство гемофілії А або В

Жінки-носії гемофілії А мають дефіцит фактора VIII, а жінки-носії гемофілії В мають дефіцит IX.

Діагностика передбачає визначення:

- рівня фактора V (слід виключити дефіцит фактора V та фактора VIII);
- зв'язування фактора VIII із vWF (слід виключити vWD типу 2N);
- інгібітора фактора VIII (оцінити на предмет можливої набутої гемофілії);
- зниження рівня фактора IX: фактора II, фактора VII, фактора X (виключити генетичний або набутий комбінований вітамін К-залежний дефіцит факторів згортання крові);
- інгібітор фактора IX (оцінити щодо можливої набутої гемофілії);
- панель фон Віллебранда.

Лікарі-гінекологи та гематологи повинні враховувати наявність порушення згортання крові в жінок із ТМК, оскільки деякі з них можуть страждати на ту чи іншу форму коагулопатії.

Пріоритетним є такий алгоритм збору анамнезу:

- наявність рясної кровотечі в анамнезі (чи зберігається історія протягом усього життя);
- болі / набряклість суглобів в анамнезі (наявність гемартрозу);
- історія хронічних захворювань (встановити негенетичні причини);

- репродуктивний анамнез (оцінка фертильності);
- сімейний анамнез (визначити закономірності успадкування).

Первинний клінічний скринінг основного порушення гемостазу в пацієнок із надмірною менструальною кровотечею повинен бути структурований на підставі анамнезу. Позитивний результат скринінгу складається з таких чинників [19]:

1. Рясні менструальні кровотечі після менархе.
2. Виконується одна з таких умов:
 - післяпологова кровотеча;
 - кровотеча, пов'язана з хірургічним втручанням;
 - кровотечі, пов'язані зі стоматологічними втручаннями.
3. Виконуються дві або більше з таких умов:
 - синці, один-два рази на місяць;
 - носова кровотеча один-два рази на місяць;
 - часті кровотечі з ясен;
 - сімейний анамнез симптомів кровотечі.

Дефіцит заліза

Ведення жінок із поєднанням ТМК та залізодефіциту / залізодефіцитної анемії потребує комплексного лікування (рис. 1) [7]. Спостереження за такими пацієнтками слід проводити до нормалізації показників заліза.

Втрата заліза та анемія призводять до системних порушень, зокрема в серцево-судинній системі, як-от [20–22]:

- тахікардії, аритмії;
- гіпертрофія лівого шлуночка;
- серцева недостатність (особливо в разі тяжкої хронічної анемії);
- ортостатична гіпотензія та запаморочення.

ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКОДНЕНЬ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТОК

Венозна тромбоемболія (ВТЕ) – поширене, небезпечне й водночас попереджуване ускладнення. У гінекологічних пацієнток ризик ВТЕ особливо високий [23].

Основні фактори ризику ВТЕ:

1. Пацієнтка: вік > 40 років, ожиріння, ВТЕ в анамнезі, тромбофілії, прийом гормональних препаратів.
2. Додаткові фактори: куріння, малорухливий спосіб життя (сидяча робота тощо).
3. Процедури: тривалі операції, положення Тренделенбурга, катетери.
4. Хвороби: онкопатологія, ендометріоз, інфекції, серцево-судинні захворювання.

На практиці найзручнішим інструментом для оцінки ризику ВТЕ є шкала Капріні (табл. 1). Це бальна система оцінювання ризику тромбозу, яка використовується перед операціями й охоплює такі категорії ризику: низький (0–1 бал), помірний (2 бали), високий (3–4 бали), дуже високий (≥ 5 балів).

Загалом методи профілактики ВТЕ розподіляються на механічні (компресійні панчохи, пневмокомпресія, активізація) та фармакологічні (низькомолекулярний гепарин, фондапаринукс, прямі оральні антикоагулянти).

Профілактична тактика залежить від категорії ризику за шкалою Капріні.

За низького ризику (0–1 бал) фармакологічна профілактика не показана. Основна увага зосереджується на ранній мобілізації вже через 6–8 годин після хірургічного втручання. Крім того, за потреби можна використовувати еластичні компресійні панчохи.

За помірному ризику (2 бали) першою лінією вважається механічна профілактика – це компресійні панчохи, пневмокомпресія, рання мобілізація. У разі супутніх факторів, як-от ожиріння, гіподинамія, продовжена операція, слід розглянути можливість фармакопрофілактики: еноксапарин 20 мг підшкірно раз на добу, або надропарин у дозі 2850 анти-Ха МОд підшкірно один раз на добу. В акушерстві краще використовувати еноксапарин, бо він не має протипоказань для застосування у вагітних. Таку профілактику слід проводити до повної мобілізації пацієнток.

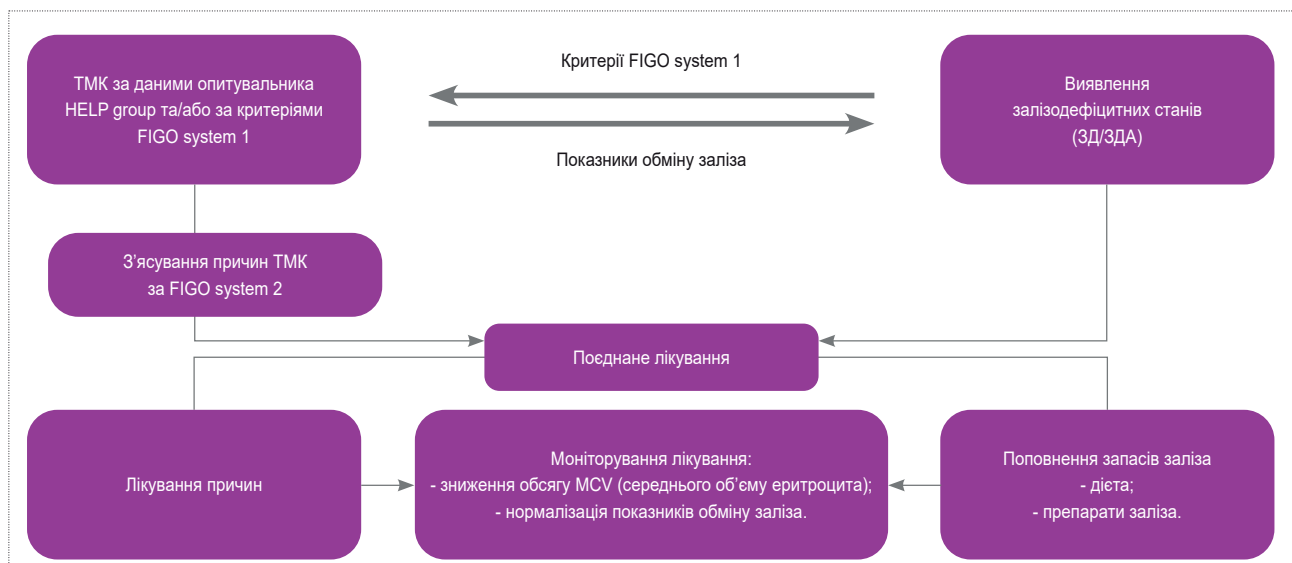


Рисунок 1. Ведення жінок із поєднанням порушень: ТМК + залізодефіцит (ЗД) / залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Таблиця 1. Шкала Капріні

Фактор ризику	Бали
Вік 41–60 років	1
Вік 61–74 роки	2
Вік ≥ 75 років	3
Ожиріння (індекс маси тіла $> 30 \text{ кг/м}^2$)	1
Варикоз	1
Вагітність / післяпологовий період	1
Онкологічне захворювання	2
Велика операція > 45 хв	2
Імобілізація > 72 год	1
Історія тромбозу глибоких вен / тромбоемболії легеневої артерії	3
Тромбофілія	3
Інсулти до 1 міс	5
Центральний венозний катетер	2
Гормональна терапія	1

За високого та дуже високого ризиків (≥ 3 бали) обов'язкова комбінація фармакологічної і механічної профілактики. Еноксапарин у такому разі вводиться підшкірно в дозі 40 мг один раз на добу, надпропарин у дозі 3800–5700 анти-X МОД залежно від маси тіла. Механічні засоби також обов'язково застосовуються: тобто рання мобілізація і, за можливості, використання еластичних панчіх. Тривалість профілактики – не менше ніж 7–10 днів. У пацієнток із супутнім онкологічним ризиком вона повинна тривати від 7–10 до 28 днів за наявності онкології.

Клінічні ситуації, що потребують особливої уваги:

- Пацієнтки з онкологічними захворюваннями мають високий ризик навіть без операції, їм показана продовжена тромбoproфілактика.
- Вагітність / післяпологовий період є фізіологічним гіперкоагуляційним станом, і за наявності додаткових чинників ризику (пreeклампсія, запланований кесарів розтин) тромбoproфілактика також є обов'язковою.
- **Гормональна терапія потребує попередньої оцінки тромботичних ризиків перед призначенням КОК / замісної гормональної терапії, що передбачає, зокрема, ретельний збір сімейного та особистого анамнезу.**
- Інші стани, як-от цукровий діабет (ЦД), серцево-судинні захворювання, обмежена рухливість, також є чинниками ризику та потребують обов'язкової тромбoproфілактики.

Важливо не ігнорувати набряки (особливо асиметричні), біль у ногах. Слід зробити оцінку ризику тромбозу щоденною практикою, адже профілактика дешевша й безпечніша за лікування. Необхідно розуміти, що профілактика ВТЕ – це не додатковий крок, а стандарт турботи про пацієнтку.

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ І АМК

МС – мультиплексний модифікований фактор ризику серцево-судинних захворювань, ЦД 2-го типу, ожиріння та інших негативних наслідків для здоров'я. Продовжує зростати

його глобальна поширеність, зумовлена урбанізацією, сидячим способом життя та змінами в харчуванні [24].

Найбільш адаптованими до клінічної практики є діагностичні критерії МС, рекомендовані експертами Національного інституту здоров'я США (National Institutes of Health (NIH)) та Комісією з лікування атеросклерозу, що діє в межах національної освітньої програми (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III)), зокрема (необхідна наявність трьох або більше ознак):

- абдомінальне ожиріння: окружність талії > 102 см у чоловіків і > 88 см у жінок;
- підвищений рівень тригліцеридів: $\geq 1,69$ ммоль/л;
- знижений рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності: $< 1,04$ ммоль/л у чоловіків і $< 1,29$ ммоль/л у жінок;
- підвищений артеріальний тиск: $\geq 130/85$ мм рт. ст.;
- підвищений рівень глюкози натщесерце: $\geq 6,1$ ммоль/л.

Скринінг на ЦД передбачає тестування на ЦД в осіб без симптомів, які не знають про свій стан. Скринінг на діабет також виявить осіб із підвищеним ризиком ЦД (предіабету) або осіб із менш важкими станами дисглікемії, які все ще можуть бути схильні до ризику ЦД 2-го типу.

Клінічні практичні рекомендації щодо профілактики та лікування діабету в Канаді (2018) рекомендують проводити скринінг на ЦД 2-го типу з визначенням глюкози в плазмі крові натщесерце та/або глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) кожні 3 роки в осіб віком ≥ 40 років та в осіб, які мають фактори ризику [25].

Критерії скринінгу на діабет / предіабет у дорослих, які не мають симптомів, Американської діабетичної асоціації (American Diabetes Association (ADA)) від 2023 року такі:

- вік > 35 років для всіх людей;
- незалежно від віку в дорослих із надмірною масою тіла чи ожирінням, які мають один або декілька факторів ризику предіабету / ЦД 2-го типу.

До факторів ризику ЦД 2-го типу належать [26]:

- родичі першої лінії із ЦД;
- расова / етнічна приналежність високого ризику (наприклад, афроамериканці, латиноамериканці);
- анамнез серцево-судинних хвороб;
- артеріальна гіпертензія ($\geq 140/90$ мм рт. ст. або антигіпертензивне лікування);
- ліпопротеїди високої щільності $< 0,90$ ммоль/л та/або рівень тригліцеридів $> 2,82$ ммоль/л
- наявність СПКЯ;
- відсутність фізичної активності;
- інші клінічні стани, пов'язані з резистентністю до інсуліну (тяжке ожиріння, чорний акантоз).

Критерії скринінгу на діабет / предіабет у дорослих, які не мають симптомів, за рекомендаціями ADA (2023):

- особи з предіабетом (HbA1c $> 5,7\%$, порушення глікемії натще, пероральний глюкозотолерантний тест) – тестування має бути розглянуте раніше;
- жінки з гестаційним діабетом в анамнезі – тестування слід виконувати кожні 3 роки.

Якщо результати нормальні, тестування слід повторювати щонайменше кожні 3 роки, розглядаючи більш часте тестування залежно від початкових результатів і статусу ризику [26].

Жінки з МС та АМК потребують ретельного підбору гормональної терапії з метою уникнення негативного впливу на метаболічні параметри.

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МЦ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Безпека пацієнтки – наріжний камінь будь-яких призначень лікаря. Особливо важливо враховувати коморбідну патологію, яка є у 70% пацієток, і практично в кожній жінки віком старше ніж 40 років. Гормональна фармакотерапія є основою лікування, оскільки дає змогу контролювати симптоми та значно покращити якість життя [27].

Ретельного підбору методу лікування і перегляду призначеної терапії потребують:

- пацієнтки з ризиком тромбозу, МС, ЦД, мігренню, епілепсію;
- жінки, у яких раніше призначене гормональне лікування виявилось неефективним (через побічні ефекти, погану переносність, недостатню комплаєнтність тощо);
- особливі групи жінок: підлітки (бажано досягнути контролю АМК без застосування КОК у разі відсутності необхідності в тривалій контрацепції), жінки з репродуктивними планами, пацієнтки, які мають культурні особливості, що обмежують вибір терапії тощо.

У рекомендаціях NICE від 2021 р. щодо менеджменту рясних маткових кровотеч (ТМК) важливе місце посідають пероральні гестагени в циклічному режимі як ефективна терапія. Як гормональна терапія також можуть використовуватися КОК. Серед засобів негормональної терапії також рекомендується застосовувати транексамову кислоту та нестероїдні протизапальні засоби [5].

Гестагени для лікування порушень МЦ позитивно впливають на ендометрій, а саме [28]:

- припиняють індукований естрогенами ріст ендометрія;
- стабілізують судинну мережу ендометрія та блокують необмежений ріст судин;
- запускають каскад згортання крові;
- проявляють гемостатичну та антифібринолітичну дію через інгібітор активатора плазміногена 1-го типу;
- гальмують активність матриксних металопротеїназ.

Біологічна активність прогестагенів залежить від їхньої хімічної структури. Внутрішньоклітинні дії переважно опосередковані прогестероновими рецепторами, але багато гестагенів зв'язуються з іншими рецепторами (на-

приклад, андрогеновими, глюкокортикоїдними та мінералокортикоїдними) [29].

Усі прогестагени зумовлюють характерні зміни в ендометрії. Їх використання в клінічній практиці зумовлено їхньою специфічною біологічною дією. У цьому контексті особливу увагу привертає дидрогестерон (табл. 2), оскільки йому притаманна висока селективність до рецепторів прогестерону, що знижує ризик побічних реакцій. Дидрогестерон не блокує овуляцію в терапевтичному дозуванні, не має естрогенного та андрогенного ефектів, не має глюкокортикоїдної активності [30–32].

Таблиця 2. Біологічні ефекти дидрогестерону

Фактор ризику	Бали
Прогестагенний ефект	+
Антигонадотропний ефект	–
Антиестрогенний ефект	+
Естрогенний ефект	–
Андрогенний ефект	–
Антиандрогенний ефект	±
Глюкокортикоїдний ефект	–
Антимінералокортикоїдний ефект	±

Дидрогестерон має високу селективність до рецепторів прогестерону, що знижує ризик побічних реакцій, пов'язаних з іншими рецепторами (табл. 3) і не протипоказаний за ВТЕ в анамнезі; це зумовлює можливість його призначення в деяких випадках АМК у пацієток із коморбідністю [30].

Задля оптимізації ведення хворих з АМК експертами III Форуму був поліпшений розроблений у 2023 році алгоритм менеджменту АМК. Головною відмінністю є уточнення строку, на який у пацієнтки є запит і готовність приймати контрацептиви. А саме, якщо цей термін < 6 місяців, тобто прийом контрацептивів буде нетривалим, рекомендовано відразу призначити дидрогестерон у циклічному режимі (з 11-го по 25-й день МЦ) (рис. 2).

Таблиця 3. Показання до застосування гормональних препаратів за супутньої патології [30, 33–35]

Стан	Дидрогестерон	КОК (етинілестрадіол / дроспіренон)	Прогестерон
ВТЕ зараз або в анамнезі	Не протипоказаний.	Протипоказаний.	Протипоказаний за тромбоемболічних порушень або тромбофлебиту.
Артеріальні тромбози зараз або в анамнезі	Не протипоказаний.	Протипоказаний.	Протипоказаний за тромбоемболічних порушень.
ЦД	Не протипоказаний.	Протипоказаний (ЦД із судинними ускладненнями).	Не протипоказаний, використовувати з обережністю.
Мігрень	Не протипоказаний.	Протипоказаний (мігрень із вогнищевими неврологічними симптомами в анамнезі).	Не протипоказаний, використовувати з обережністю.

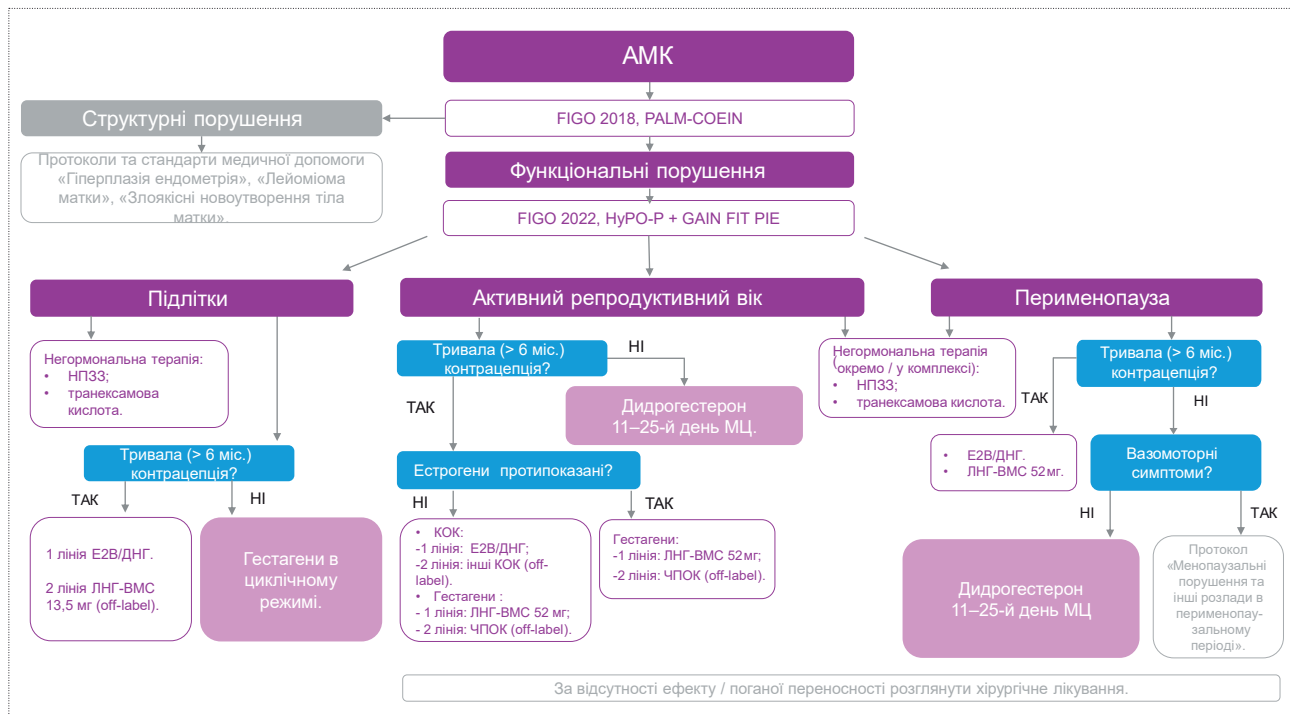


Рисунок 2. Алгоритм індивідуалізації терапії АМК

ЧПОК — чисто прогестинні оральні контрацептиви;
НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби;
ДНГ — дієногест;

Е2В — естрадіолу валерат;
ЛНГ-ВМС — левоноргестрелвмісна внутрішньоматкова система,
off-label — застосування поза показаннями, зазначеними в медичній інструкції до препарату.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Simoncini T, Arab H, Pedachenko N, et al. Unmet needs in abnormal uterine bleeding due to ovulatory dysfunction. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Dec;40(1):2362244. DOI: 10.1080/09513590.2024.2362244
- Results of the qualitative-quantitative study: Duphaston® — the role of the drug in MC disorders and Endometriosis. UMG, 2023.
- Mikes BA, Vadakekut ES, Sparzak PB. Abnormal Uterine Bleeding. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532913/>
- Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. 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 Gynaecol. Obstet*. 2018; 143:393–408. DOI: 10.1002/ijgo.12666
- NICE guideline. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Internet]. NICE. 14 March 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>
- Munro MG, Balen AH, Cho S, et al. The FIGO Ovulatory Disorders Classification System. *Fertil Steril*. 2022;118(4):768–86. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.07.009
- Brun JL, Plu-Bureau G, Huchon C, et al. Management of women with abnormal uterine bleeding: Clinical practice guidelines of the French National College of Gynaecologists and Obstetricians (NGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023;288:90–107. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2023.07.001
- Dangal G. Menstrual disorders in adolescents [Internet]. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2004; 4:1. Available from: <https://pub.com/ijgo/4/1/7501>
- Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 175:766–9. DOI: 10.1016/S0002-9378(96)80082-2
- Farrell E. Dysfunctional uterine bleeding. *Aust Fam Physician*. 2004; 33:906–8
- Boutzios G, Karalaki M, Zapanti E. Common pathophysiological mechanisms involved in luteal phase deficiency and polycystic ovary syndrome. Impact on fertility. *Endocrine*. 2013; 43(2):314–7. DOI: 10.1007/s12020-012-9778-9
- Gautray JP, Colin MC, Viel JP, de Brux J. Luteal insufficiency: Endometrial and Endocrine Correlates. In: de Brux J, Gautray JP, eds. *The Endometrium*. New York, NY: Plenum Press; 1981:109–122. DOI: 10.1007/978-1-4684-3977-9_8
- Conforti A, Yousif A, Hong L, Chetetz I. Premature ovarian insufficiency: pathogenesis and therapeutic potential of stem cell therapy. *J Mol Med*. 2021; 99(5):645–62. DOI: 10.1007/s00109-021-02055-5
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2021 Nov;116(5):1255–65 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.038
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Apr;113(1):3–13. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011
- Leal CRV, Vannuccini S, Jain V, et al. Abnormal uterine bleeding: The well-known and the hidden face. *J Endometr Uterine Disord*. 2024 Jun;6:100071. DOI: 10.1016/j.jeud.2024.100071
- Деміна ТН, Гошкодеря ІЮ. Недостатність лютеїнової фази: нові підходи до вирішення старих проблем. *Здоров'я жінки*. 2004;34(20):63–9.
- Demina TN, Goshkoderya IY. Luteal phase deficiency: new approaches to solving old problems. *Women's Health*. 2004;34(20):63–9.
- Carp HJA, ed. Recurrent pregnancy loss: causes, controversies, and treatment. CRC press, 2014.
- Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, et al. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005;84:1345–51.
- Shamsi A, Cannata A, Piper S, et al. Treatment of iron deficiency in heart failure. *Curr Cardiol Rep*. 2023;25:649–61. DOI: 10.1007/s11886-023-01889-4
- Provenzano R, Lerma EV, Szczech L, eds. Management of Anemia: A Comprehensive Guide for Clinicians. Springer; 2018. DOI: 10.1007/978-1-4939-7360-6
- Sikka M, Kumar HB. Iron Metabolism and Iron Deficiency Anemia. *Hematopathology*. 2019;27–47. DOI: 10.1007/978-1-13-7713-6_2
- Essam AEN, Sharif G, Al-Hamed F, et al. Venous thromboembolism-related mortality and morbidity in King Fahd General Hospital, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia. *Ann. Thorac. Med*. 2011 Oct;6(4):193–8. DOI: 10.4103/1817-1737.84772
- Neeland JJ, Lim S, Tchernof A, et al. Metabolic syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Oct 17; 10(1):77. DOI: 10.1038/s41572-024-00563-5
- Lipscombe L, Booth G, Butalia S, et al. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Family Physician*. 2019 Jan; 65(1):14–24.
- ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023 Jan 1; 46(Suppl 1): S1–S4. DOI: 10.2337/dc23-Sint.
- Jones K, Sung S. Anovulatory Bleeding. 2021 Jun 26. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549773/>
- Lockwood CJ. Mechanisms of normal and abnormal endometrial bleeding. *Menopause*. 2011 Apr;18(4):408–11. DOI: 10.1097/GME.0b013e31820bf288
- Stanczyk FZ, Hapgood JP, Winer S, Mishell DR Jr. Progestogens used in postmenopausal hormone therapy: differences in their pharmacological properties, intracellular actions, and clinical effects. *Endocr Rev*. 2013 Apr; 34(2): 171–208. DOI: 10.1210/er.2012-1008
- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, et al. Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas*. 2003; 46 Suppl 1: S7–S16. DOI: 10.1016/j.maturitas.2003.09.014
- Rizner TL, Brožić P, Doucette C, et al. and potency of the retroprogesterone dydrogesterone in vitro. *Steroids*. 2011; 76(6): 607–15. DOI: 10.1016/j.steroids.2011.02.043
- Schindler AE. Progestational effects of dydrogesterone in vitro, in vivo and on the human endometrium. *Maturitas*. 2009;65 Suppl 1: S3–S11. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.10.011
- Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дупхастон®. [Internet]. Доступно: <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15524> Instructions for medical use of the drug Duphaston®. [Internet]. Available from: <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15524>
- Інструкція для медичного застосування мікронізованого прогестерону (вагінальні таблетки 100 або 200 мг). [Internet]. Режим доступу: [https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?\[28690\]](https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?[28690]) Instructions for medical use of micronized progesterone (vaginal tablets 100 or 200 mg) [Internet]. Available from: [https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?\[28690\]](https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?[28690])
- Інструкція для медичного застосування комбінації етинілестрадіол 0,03 мг/дропіренон 3 мг (таблетки, вкриті оболонкою) [Internet]. Режим доступу: [https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?\[42208\]](https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?[42208]) Instructions for medical use of the combination ethinylestradiol 0.03 mg/drospirenone 3 mg (film-coated tablets) [Internet]. Available from: [https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?\[42208\]](https://likicontrol.com.ua/%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F/?[42208])

РЕЗОЛЮЦІЯ ІІІ УКРАЇНСЬКОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ З АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

18 червня 2025 р. у Києві відбувся ІІІ Форум експертів з аномальних маткових кровотеч, присвячений раціональній та персоналізованій терапії порушень менструального циклу. У заході взяли участь провідні експерти країни.

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, член-кор. НАМН України, заступниця генерального директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

О.В. Булашенко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Н.Ю. Педаченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, м. Київ

О.Л. Громова, д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Ю.О. Дубоссарська, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

О.О. Єфіменко, д. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

Л.В. Калугіна, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

Н.В. Косей, д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

Н.М. Рожковська, д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса

Т.М. Тутченко, к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «ЦІМТ НАН України», м. Київ

В.І. Пирогова, д. мед. н., завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів

О.Г. Яшина, к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ

Д.М. Свірський, науковий співробітник Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України; флеболог, судинний хірург Медичного центру «Verum Expert Clinic», м. Київ

І.О. Родіонова, к. мед. н., лікарка-гематолог, доцент кафедри внутрішньої медицини ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, м. Київ

Л.А. Луценко, к. мед. н., лікарка-ендокринолог, старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Аномальні маткові кровотечі (АМК) є основною причиною звернення до лікаря серед жінок віком від 30 до 50 років. З огляду на демографічну кризу, у якій нині опинилася Україна, виникає нагальна потреба в розробці стратегії зі збереження репродуктивного здоров'я населення та оновленні національної нормативної бази. Це має відбуватися з урахуванням сучасних наукових досягнень для уніфікації клінічних підходів.

Резолюція цього Форуму має на меті удосконалення клінічних підходів до ведення пацієнток із порушеннями менструального циклу та АМК, впровадження персоналізованого лікування, що покликане сприяти поліпшенню репродуктивного здоров'я українок у умовах повномасштабної війни.

У резолюції узагальнені рекомендації міжнародних асоціацій, висвітлені переваги використання гестагенів у лікуванні АМК, застосовано міждисциплінарний підхід в обговоренні менеджменту АМК — з гематологічних та ендокринологічних позицій, розглянуто питання профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень у гінекологічних пацієнток.

З метою оптимізації ведення хворих з АМК експертами Форуму був поліпшений алгоритм менеджменту АМК. Головною відмінністю стало уточнення терміну, на який у пацієнтки є запит, і готовність приймати контрацептиви.

Основним напрямом фармакотерапії АМК є застосування гормональних препаратів — комбінованих оральних контрацептивів та гестагенів. Серед останніх доведена висока ефективність та безпечність дидрогестерону.

З урахуванням того, що пацієнтки з АМК здебільшого мають супутню патологію, важливою є міждисциплінарна співпраця та інтеграція пацієнт-орієнтованого підходу, що водночас є запорукою збереження репродуктивного потенціалу українських жінок.

Ключові слова: аномальні маткові кровотечі, резолюція, Український форум експертів з аномальних маткових кровотеч.

RESOLUTION OF THE III UKRAINIAN FORUM OF EXPERTS ON ABNORMAL UTERINE BLEEDING

On June 18, 2025, the 3rd Ukrainian Forum of Experts on Abnormal Uterine Bleeding was held in Kyiv. It was dedicated to rational and personalized therapy of menstrual cycle disorders. The event was attended by leading experts of the country.

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy general director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine», chief researcher, Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

O.V. Bulavenko, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

N.Y. Pedachenko, MD, professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, P.L. Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv

O.L. Gromova, MD, assistant professor, Obstetrics and Gynecology Department of Postgraduate Education, Bogomolets National Medical University, Kyiv

Y.O. Dubossarska, MD, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education of the Dnipro State Medical University, Dnipro

N.F. Zakharenko, MD, professor, leading research fellow, Department of Reproductive Health, SI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

O.O. Yefimenko, PhD, senior researcher, Department of Reproductive Health, SI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

L.V. Kalugina, MD, professor, chief researcher, Endocrine Gynecology Department, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», chief researcher, Department of Reproductive Health of the SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

N.V. Kosei, MD, professor, head of the Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

N.M. Rozhkovska, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department, Odesa National Medical University, Odesa

T.M. Tutchenko, PhD, senior researcher, Endocrine Gynecology Department, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine», senior researcher, Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

V.I. Pyrohova, MD, head of the Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

O.G. Yashina, PhD, leading specialist, Medikom Clinic, Kyiv

D.M. Svirsky, researcher, V.K. Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery of the NAMS of Ukraine; phlebologist, vascular surgeon, Medical Center «Verum Expert Clinic», Kyiv

I.O. Rodionova, PhD, hematologist, associate professor, Department of Internal Medicine, SSC «Institute of Biology and Medicine» of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

L.A. Lutsenko, PhD, endocrinologist, senior researcher, Department of Endocrine Gynecology, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

Abnormal uterine bleeding (AUB) is the leading reason for seeking medical attention among women aged 30 to 50. Given the demographic crisis that Ukraine is currently facing, there is an urgent need to develop a strategy to preserve the reproductive health of the population and update the national regulatory framework. This should take into account modern scientific achievements to unify clinical approaches.

The resolution of this Forum aims to improve clinical approaches to the management of patients with menstrual disorders and AUB, to implement personalized treatment, which is designed to improve the reproductive health of Ukrainian women in conditions of full-scale war.

The resolution summarizes the recommendations of international associations, highlights the advantages of using gestagens in the treatment of AUB, applies an interdisciplinary approach to discussing AUB management - from hematological and endocrinological perspectives, and considers the issue of prevention of venous thromboembolic complications in gynecological patients.

In order to optimize the management of patients with AUB, the Forum experts improved the AUB management algorithm. The main difference was the clarification of the period for which the patient has a request and willingness to take contraceptives.

The main direction of AUB pharmacotherapy is the use of hormonal drugs such as combined oral contraceptives and gestagens. Among gestagens, high efficacy and safety of dydrogesterone has been proven.

Given the fact that most patients with AUB have concomitant pathology, interdisciplinary cooperation and integration of a patient-oriented approach are important, which is the key to preserving the reproductive potential of Ukrainian women.

Keywords: abnormal uterine bleeding, resolution, Ukrainian Forum of Experts on Abnormal Uterine Bleeding.