

МЕНОРРАГИЯ: ЕСТЬ ЛИ ПУТИ РЕШЕНИЯ?

Основной принцип дифференциальной диагностики различных видов меноррагии состоит в исключении органических причин кровотечения, т. е. гинекологических и экстрагенитальных. Терапия меноррагии проводится в соответствии с этиологией, степенью кровопотери, общим состоянием пациентки и направлена на коррекцию выявленной органической патологии или восстановление нормального менструального цикла.

Ключевые слова: меноррагия, обильные менструации, анемия, пероральная контрацепция, эстрадиола валерат, диеногест.

Y.E. DOBROKHOTOVA, MD, Prof., D.M. IBRAGIMOVA, PhD in medicine, I.I. GRISHIN, MD
 Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow
MENORRHAGIA: ARE THERE ANY SOLUTIONS?

The basic principle of differential diagnosis of different types of menorrhagia is to eliminate organic causes of bleeding, i.e. gynecological and extragenital. Treatment of menorrhagia is conducted in accordance with the etiology, degree of blood loss, the general state of the patient and aimed at correcting the identified organic pathology or restore normal menstrual cycle.

Keywords: menorrhagia, heavy menstruation, anemia, oral contraception, of estradiol valerate, dienogest.

Как известно, меноррагия – это циклические, совпадающие по срокам с менструациями, длительные и обильные маточные кровотечения, оказывающие негативное влияние на физическое, социальное и эмоциональное качество жизни женщины [1]. Меноррагии могут встречаться в различные возрастные периоды жизни женщины, но наиболее часто – в репродуктивном возрасте и перименопаузе.

В обзоре Всемирной организации здравоохранения представлены данные по 14 странам мира, свидетельствующие о значительном распространении в клинической практике меноррагий, число которых составляет в целом 15–19% женской популяции. Следует отметить, что ввиду слабой корреляции между истинной кровопотерей во время менструации и субъективным ее восприятием, 30–40% женщин расценивают ее как физиологическую и не обращаются к врачу или обращаются уже при появлении жалоб, обусловленных анемией [1].

Нормальная длительность менструального кровотечения составляет 3–7 дней, общая кровопотеря колеблется в пределах от 40 до 80 мл. Таким образом, о меноррагии можно говорить при длительности кровяных выделений более 7 дней и кровопотере более 80 мл. При ежемесячных кровопотерях более 80–100 мл довольно быстро появляется отрицательный баланс железа в организме, снижается уровень гемоглобина и может развиваться анемия различных степеней тяжести [2, 3].

В зависимости от этиологии кровотечения проводят лечение органической патологии, в т. ч. и при помощи оперативного вмешательства. Первый этап – гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание, после получения результатов которых решается вопрос о выборе тактики лечения [4].

Одним из современных методов лечения меноррагии является применение пероральных контрацептивов, особенно контрацептивов на основе эстрадиола валерата и диеногеста. Диеногест представляет собой прогестаген, который характеризуется дополнительными антиандрогенными и антипролиферативными эффектами.

В связи с этим интересным представляется оценка эффективности и безопасности использования комбинированного перорального контрацептива, содержащего эстрадиола валерат и диеногест, у больных с обильной кровопотерей во время менструации без наличия органической патологии в контрацептивном режиме.

Материалы и методы. В исследование были включены 32 пациентки в возрасте 18–35 лет, с клинической картиной меноррагии, которым в качестве терапии обильных менструаций показана оральная контрацепция. Критериями исключения были пациентки, у которых имелась органическая патология, являющаяся причиной меноррагии, наличие противопоказаний к приему комбинированных оральных контрацептивов, а также категорический отказ от использования внутриматочной контрацепции.

Всем пациенткам назначался пероральный контрацептив, содержащий эстрадиола валерат и диеногест на 6 мес.

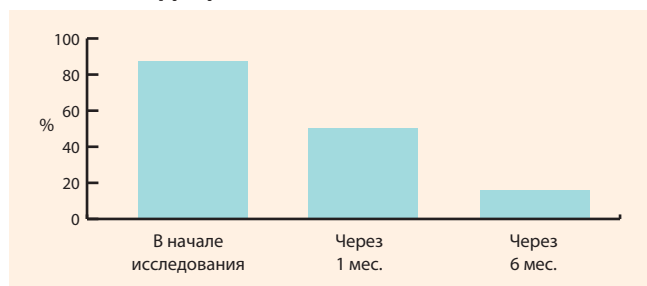
Обследование, проведенное до начала исследования, включало: сбор анамнеза и оценку жалоб – уточнялось количество используемых прокладок и тампонов во время менструации, результаты клинического (гемоглобин, эритроциты) и биохимического (сывороточное железо) анализов крови; данные эхографического исследования органов малого таза, кольпоскопическое и цитологическое исследование шейки матки.

Наблюдение за пациентками осуществляли на протяжении этих месяцев, оценивая жалобы, общее состояние и лабораторные данные. Повторный анализ клинико-лабораторных показателей осуществляли после лечения.

При оценке жалоб до лечения ведущими симптомами были обильные менструации со сгустками. Так, 24 (75%) пациентки использовали от 16 до 25 гигиенических прокладок одного производителя с одинаковой способностью впитывания жидкости, а 8 (25%) – от 25 до 38 гигиенических прокладок. Наиболее частыми жалобами были слабость, повышенная утомляемость, одышка при физической нагрузке.

По результатам клинического и биохимического анализов крови анемия I степени была выявлена у 25 (78,1%) пациенток, анемия II степени – у 7 (21,9%) женщин.

Рисунок. Число пациенток, жалующихся на общую слабость и быструю утомляемость



После проведенного эхографического исследования патологии со стороны эндо- и миометрия, а также со стороны яичников не выявлено.

Данные кольпоскопического и цитологического исследования позволили исключить наличие патологического процесса на шейке матки.

Результаты исследования. За время наблюдения у подавляющего большинства наблюдаемых положительная клиническая и гематологическая динамика была отмечена уже к концу первого месяца применения препарата.

Так, если жалобы на общую слабость и быструю утомляемость в начале исследования предъявляли 28 (87,5%) пациенток, то через 1 мес. число пациенток уменьшилось до 16 (50%), а через 6 мес. – до 5 (15,6%) (рис.). Жалобы на одышку при физической нагрузке уже через 1 мес. после начала лечения не предъявляла ни одна исследуемая.

При оценке объема кровопотери при использовании гигиенических прокладок с одинаковой степенью впитывания жидкости 22 (91,6%) пациентки из группы, использовавшие до 25 прокладок в сутки, снизили количество их использования до 14 за весь период менструальной

кровопотери в первый месяц и до 12 – через 6 мес. терапии. А в группе пациенток, использующих до 38 прокладок до начала терапии, использование гигиенических средств сократилось до 26 у 6 (75%), а через 6 мес. – до 16 прокладок у 8 (100%) наблюдаемых.

О значительной клинико-гематологической ремиссии, особенно к окончанию 6-го месяца лечения, можно судить и по полученным лабораторным данным, приведенным в сводной таблице. Видно, что в группе больных с исходной II степенью анемии (гемоглобин $84 \pm 5,2$ г/л) прирост гемоглобина через 1 мес. приема перорального контрацептива, содержащего эстрадиола валерат и диеногест, +28,5%, а через 6 мес. терапии +39,3%, что является статистически достоверным ($p = 0,001$). Прирост сывороточного железа составил +31,7% через 1 мес. и +36,7% через 6 мес. соответственно.

В группе женщин с исходной I степенью анемии (гемоглобин $106 \pm 7,4$ г/л) прирост гемоглобина через 6 мес. составил +17,9%, прирост сывороточного железа +41,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование перорального контрацептива, содержащего эстрадиола валерат и диеногест, в качестве терапевтического воздействия на меноррагию является высоконадежным и эффективным способом лечения данной патологии у пациенток. Полученные нами данные об эффективности использования данного перорального контрацептива совпадают с многочисленными рандомизированными двойными плацебо-контролируемыми исследованиями зарубежных коллег [5–9]. Контрацептив, содержащий эстрадиола валерат и диеногест, является препаратом выбора контрацепции при наличии обильных менструаций без органической патологии.

Таблица. Динамика изменений средних показателей гемоглобина, сывороточного железа и числа эритроцитов на фоне приема перорального контрацептива, содержащего эстрадиола валерат и диеногест через 1 и 6 мес.

Группы женщин	Степень анемии	Критерии анемии	Исходные параметры	Динамика изменений исходных показателей	
				Через 1 мес. лечения	Через 6 мес. лечения
Число больных (n = 32)	I степень	Гемоглобин	$106 \pm 7,4$ г/л	$113 \pm 6,3$ г/л (+6,6%)	$125 \pm 2,7$ г/л (+17,9%)
		Сывороточное железо	$2,9 \pm 1,4$ ммоль/л	$6,8 \pm 0,9$ ммоль/л (+30,2%)	$18,3 \pm 0,7$ ммоль/л (+41,8%)
		Эритроциты	$3,38 \cdot 10^{12} \pm 0,04$ /л	$3,5 \cdot 10^{12} \pm 0,06$ /л (+3,6%)	$3,7 \cdot 10^{12} \pm 0,06$ /л (+9,4%)
	II степень	Гемоглобин	$84 \pm 5,2$ г/л	$108 \pm 3,4$ г/л (+28,5%)	$117 \pm 1,4$ г/л (+39,3%)
		Сывороточное железо	$8,2 \pm 1,7$ ммоль/л	$10,8 \pm 1,4$ ммоль/л (+31,7%)	$12,1 \pm 0,9$ ммоль/л (+36,7%)
		Эритроциты	$3,45 \cdot 10^{12} \pm 0,06$ /л	$3,64 \cdot 10^{12} \pm 0,05$ /л (+5,5%)	$3,7 \cdot 10^{12} \pm 0,05$ /л (+7,2%)

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Летуновская А.Б. Меноррагии и внутриматочная гормональная релизинг-система (в помощь практикующему врачу). *Гинекология*, 2011, 05: 15–17. / Prilepskaya V.N., Letunovskaya A.B. Menorrhagias and intrauterine hormonal releasing-system (as help to the practitioner). *Ginekologia*, 2011, 05: 15–17.
2. Oehler MK, Rees MC. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003, 82: 405–422.
3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Железодефицитная анемия: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики. *Гинекология*, 2013, 05: 95–99. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Iron-deficient anemia: urgent issues of diagnostics, therapy and prevention. *Ginekologia*, 2013, 05: 95–99.
4. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В. Гиперплазия эндометрия, М, 2016. / Dobrokhotova Y.E., Saprykina L.V. Endometrial hyperplasia, M, 2016.
5. Яглов В.В. Железодефицитные состояния у больных с маточными кровотечениями. *Гинекология*, 2005, 01. / Yaglov V.V. Iron-deficient states in patients with uterine hemorrhages. *Ginekologia*, 2005, 01.
6. Fraser IS, Römer T, Parke S, Zeun S, Mellinger U, Machlitt A, Jensen JT. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding with an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest: a randomized, double-blind Phase III trial. *Hum Reprod*, 2011, Oct, 26(10): 2698–708. doi: 10.1093/humrep/der224. Epub 2011 Jul 21.
7. Micks EA, Jensen JT. Treatment of heavy menstrual bleeding with the estradiol valerate and dienogest oral contraceptive pill. *Adv Ther*, 2013 Jan, 30(1): 1–13. doi: 10.1007/s12325-012-0071-3. Epub 2012 Dec 12.
8. Borgelt LM, Martell CW. Estradiol valerate/dienogest: a novel combined oral contraceptive. *Clin Ther*, 2012 Jan, 34(1): 37–55. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.11.006. Epub 2011 Dec 14.
9. Fraser IS, Jensen J, Schaefer M, Mellinger U, Parke S, Serrani M. Normalization of blood loss in women with heavy menstrual bleeding treated with an oral contraceptive containing estradiol valerate/dienogest. *Contraception*, 2012 Aug, 86(2): 96–101. doi: 10.1016/j.contraception.2011.11.011. Epub 2012 Jan 10.