GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY
Том 27. Приложение 1/ Декабрь 2011

Специальный номер, посвященный новым данным по ведению женщин с менометроррагией в пременопаузе
Special Issue: An Update on the Management of Menometrorrhagia in Premenopause

Менометроррагия в пременопаузе: обзор
Menometrorrhagia during the premenopause: an overview

Gynecol Endocrinol 2011 ;27 (Suppl.1): 1114-1119 (doi:10.3109/09513590.2012.637341)
Jacques Donnez

Менометроррагия – это чрезмерное и длительное маточное кровотечение, наступающее с нерегулярными и/или более частыми интервалами, встречается у 24% женщин в возрасте 40–50 лет. Существует множество причин для развития менометроррагии. Изучение гистологических различий эндометрия у женщин в возрасте моложе 45 лет и у женщин в возрасте 48–50 лет выявило, что для последних характерна более высокая частота миом, аденомиоза и так называемого «дисфункционального эндометрия» (дисфункциональное маточное кровотечение, гиперплазия и неоплазия), что подчеркивает важность точной постановки диагноза и необходимость адекватного ведения женщин этой возрастной группы. Следует признать, что у женщин с менометроррагией иногда не удается поставить точный диагноз и выявить ее причины именно из-за их множественности. Главное, при постановке диагноза необходимо исключить беременность и рак, тогда как дополнительные исследования (включая ультразвук с инстилляцией физиологического раствора, гистероскопия с биопсией эндометрия и магнитно-резонансной томография) могут помочь в точном диагностировании первопричины менометроррагии в каждом конкретном случае.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2012.637341

Настоящее и будущее лечения менометроррагии в пременопаузе
Current and future medical treatments for menometrorrhagia during the premenopause

Gynecol Endocrinol 2011 ;27 (Suppl.1): 1120-1125 (doi:10.3109/09513590.2012.638754)
Philippe Bouchard

Чрезмерное менструальное кровотечение может отражать существование добавочного ангиогенеза, вызванного наличием субмукозной миомы и полипов эндометрия, наблюдаться при долгосрочной контрацепции содержащими только прогестины средствами, при расстройствах гемостаза и гормональных нарушениях. Хирургическое лечение (гистерэктомия, аблация эндометрия) используется слишком часто. Эмболизация маточной артерии является методом лечения миом. Возможное лечение включает также комбинированные оральные контрацептивы, прогестины и левоноргестрел-выделяющую внутриматочную систему. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона обеспечивают существенное снижение кровотечении в случае миом, но также снижают секрецию эстрогена, в связи с чем, появляются такие симптомы эстрогенного дефицита, как приливы, снижение массы кости. Прогестины, хотя и используются довольно широко, но могут быть недостаточно эффективными, поскольку могут вызывать рост миомы. Недавно было показано, что селективные прогестерон-рецепторные модуляторы (СПРМ), способны вызвали аменорею, поддерживая достаточную эндогенную секрецию эстрогена. Исследования Фазы II также продемонстрировали уменьшение размера фибромы у женщин, получавших лечение СПРМ. Хотя механизм аменореи, наблюдаемой после

лечения СПРМ, все еще недостаточно ясен, по-видимому, они могут снижать маточные кровотечения благодаря прямому влиянию на кровеносные сосуды эндометрия. Супрессия кровотечения у женщин с фиброзными опухолями матки, получающих СПРМ, связана с умеренными снижением кровотока в маточной артерии без существенных изменений в уровне ангиогенных факторов и составе внеклеточного матрикса. Эти данные свидетельствуют о возможном значительном прогрессе в лечении чрезмерного менструального кровотечения.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2012.638754

Ведение дефицита железа при менометроррагии
The management of iron deficiency in menometrorrhagia
Gynecol Endocrinol 2011 ;27 (Suppl.1): 1126-1130 (doi:10.3109/09513590.2012.636916)
Santiago Palacios

Железодефицитная анемия – нарушение, при котором анемия развивается из-за нехватки железа, когда количество поступающего в организм железа недостаточно, чтобы поддержать нормальное образование эритроцитов. Дефицит железа и железодефицитная анемия очень распространены у женщин в пременопаузе и часто связаны с менометроррагией, которая является более чем двух третях случаев причиной железодефицитной анемии в этой возрастной группе женщин. Адекватная диагностика и лечение дефицита железа обязательна, поскольку он может вызвать важные специфические клинические проявления (включая усталость, атрофические изменения в эпителии различных тканей, в том числе повреждения в ротовой полости, дисфагию, поражения ногтей и снижение иммунного ответа). Добавки железа - наиболее распространенная стратегия, используемая для лечения этого состояния. Основываясь на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения, наиболее приемлемым лечением является пероральная форма солей железа с пролонгированным выделением, обеспечивающая дозу элементарного железа, эквивалентного 60 мг за один прием и может применяться в диапазоне от 60 до 120 мг/день в зависимости от тяжести железодефицитной анемии. Когда уровни гемоглобина возвращаются к нормальному показателю, лечение должно продолжаться в течение приблизительно 3 месяцев, чтобы пополнить депо железа. Было показано, что препараты с пролонгированным выделением сульфата железа с мукопротеазой связаны с более низким уровнем желудочно-кишечных отрицательных воздействий по сравнению с другими содержащими железо препаратами и содержащими трехвалентное железо солями.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2012.636916

Обновление ведения менометроррагии: новые хирургические подходы
Update on the management of menometrorrhagia: new surgical approaches
December 2011, Vol. 27, No. S1 , Pages 1131-1136 (doi:10.3109/09513590.2011.634261)
Hervé Fernandez

Гистерэктомия традиционно является радикальным хирургическим подходом в случае тяжелого менструального кровотечения. Однако, более современная концепция «сохранения матки» способствовала развитию новых хирургических подходов для лечения тяжелого менструального кровотечения, основанных на втором поколении методов деструкции эндометрия (ампутация/резекция), включая микроволновую аблацию эндометрия, термальную баллонную аблацию, радиочастотная электрохирургию, гидротермальную аблацию и криоаблацию. Поскольку беременность после аблации

эндометрия все еще возможна, авторы предложили сочетать абляцию эндометрия со стерилизацией с помощью с микро-вставок (micro-inserts) Essure® у женщин с подтвержденной меномотроррагией и их пожеланием или медицинскими показаниями для постоянной трубной стерилизации. Хотя резектоскопия большого диаметра обеспечивает превосходные результаты при хирургическом лечении миом, эта техника требует значительного расширения цервикального канала (затруднительного у нерожавших или менопаузальных пациенток), а также общей или перидуральной анестезии и поэтому должна быть выполнена в операционной. Успешными могут быть гистероскопические процедуры (с точки зрения, «вижу и лечу»), т.к. при выполнении первоначальной диагностический гистероскопии теперь возможно одновременно лечить выявленную патологию. Более новые методы, часто не требуют анестезии или аналгезии, включают OPPIuM (Office Preparation of Partially Intramural Myomas), когда возможно офисное удаление частично интрамуральной миомы с использованием мини-резектоскопа, что позволяет в амбулаторных условиях проводить диагностическую и одновременно оперативную гистероскопическую процедуру.

Read More: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09513590.2011.634261