ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
02 жовтня 2026 року № 1496

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

2026

Загальна частина

Діагноз: Аномальна маткова кровотеча

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

N92. Надмірна, часта та нерегулярна менструація
N92.0 Надмірна та часта менструація з регулярним циклом
N92.1 Надмірна та часта менструація з нерегулярним циклом
N92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання
N92.3 Овуляційна кровотеча
N92.4 Надмірна кровотеча в передменопаузальний період
N92.5 Інша уточнена нерегулярна менструація
N92.6 Нерегулярна менструація, неуточнена
N93. Інші патологічні кровотечі з матки та піхви
N93.8 Інша уточнена патологічна кровотеча з матки та піхви
N93.9 Патологічна маткова та піхвова кровотеча, неуточнена

Розробники

БУЛАВЕНКО Ольга Василівна	завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, голова робочої групи;
ТАТАРЧУК Тетяна Феофанівна	заступник генерального директора, завідувач відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
БУЛЬДА Володимир Іванович	завідувач кафедри внутрішньої медицини Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка (за згодою);
ГУК Микола Олександрович	головний науковий співробітник відділу нейроонкології та нейрохірургії дитячого віку державної установи «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
ДУБОССАРСЬКА Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету;
ЄФІМЕНКО Ольга Олексіївна	старший науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я державної наукової установи «Центр інноваційних медичних

	технологій Національної академії наук України» (за згодою);
КАЛУГІНА Людмила Вадимівна	провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» (за згодою);
КОСЕЙ Наталія Василівна	завідувачка відділу репродуктивного здоров'я державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України» (за згодою);
ЛУЦЕНКО Лариса Андріївна	старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» (за згодою);
МІЩЕНКО Лариса Анатоліївна	завідувачка відділу артеріальної гіпертензії та коморбідної патології державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» (за згодою);
МНЕВЕЦЬ Руслан Олександрович	асистент кафедри внутрішньої медицини Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка (за згодою);
МОЛОЧЕК Наталія Володимирівна	завідувач кафедри педіатрії, акушерства і гінекології Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка (за згодою);
ПЕДАЧЕНКО Наталія Юріївна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров’я України імені П.Л. Шупика;
ПИРОГОВА Віра Іванівна	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»;
СОКОЛОВА Любов Костянтинівна	керівник відділу діабетології державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України» (за згодою);
ТУТЧЕНКО Тетяна Миколаївна	старший науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я державної наукової установи «Центр інноваційних медичних

	технологій Національної академії наук України» (за згодою);
ЧАЙКІВСЬКА Еліна Флавіанівна	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти

Бойчук Алла Володимирівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров’я України, д.мед.н., професор;
Камінський В’ячеслав Володимирович	ректор Національного університету охорони здоров’я України імені П. Л. Шупика, академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор.

Дата оновлення стандарту – 2031 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

АВМ	артеріовенозні мальформації
АМК	аномальні маткові кровотечі
в/в	внутрішньовенно
ВМС	внутрішньоматкова система
ГнРГ	гонадотропін-рилізинг-гормон
ЗОЗ	заклад охорони здоров’я
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КОК	комбіновані оральні контрацептиви
ЛНГ-ВМС	левоноргестрел-вивільняюча внутрішньоматкова система
МПА	медроксипрогестерону ацетат
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
ПАК	пероральні антикоагулянти
ТМК	тяжкі менструальні кровотечі
УЗД	ультразвукове дослідження
ЧПОК	чисто прогестинові оральні контрацептиви
ХГЛ	хоріонічний гонадотропін людини
Hb	гемоглобін

Форма № 025/о	форма первинної медичної документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № _», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975

Розділ І. Організація надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнтки із підозрою на аномальні маткові кровотечі (далі – АМК) повинні бути направлені до закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу. Діагностика, консервативне або оперативне лікування, та подальше спостереження за пацієнтками здійснюються лікарем-акушером-гінекологом та у випадку дівчат та підлітків – лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку. За необхідності до лікування можуть залучатися інші спеціалісти (лікар-гематолог, лікар-гематолог-онколог дитячий, лікар-ендокринолог, лікар-ендокринолог дитячий, лікар-хірург, лікар-хірург дитячий, лікар-терапевт, лікар-педіатр, лікар загальної практики-сімейний лікар) залежно від встановленої етіології кровотечі.

Ведення пацієнток, у яких діагностовано хронічні АМК без гемодинамічних порушень, здійснюється в амбулаторних умовах. Показаннями до госпіталізації є: гостра АМК, що супроводжується масивною крововтратою та/або ознаками гемодинамічної нестабільності, хронічна АМК в разі потреби проведення інвазивних втручань та/або інфузійної терапії.

2. Обґрунтування

АМК є однією з провідних причин звернення за медичною допомогою, особливо серед жінок репродуктивного віку.

АМК – це будь-яке відхилення менструального циклу від норми, що включає зміну регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості втраченої крові. Критерії нормального менструального циклу визначаються такими параметрами: частота в межах 24-38 днів, тривалість кровотечі ≤8 днів, регулярність із варіабельністю ≤7-9 днів та відсутність міжменструальних або нерегулярних кровотеч. Обсяг крововтрати визначається суб'єктивно за оцінкою пацієнтки. Таким чином, АМК є широким поняттям, що об'єднує як гіпер-, так і гіпоменструальний синдром і аменорею.

Залежно від перебігу у випадку гіперменструального синдрому АМК поділяють на хронічні та гострі.

Хронічна АМК – це негестаційна кровотеча з тіла матки, що є аномальною за об'ємом, тривалістю, частотою та/або регулярністю і спостерігається протягом більшої частини останніх 6 місяців.

Гостра АМК – це епізод інтенсивної маткової кровотечі, що потребує негайного втручання для запобігання подальшій значній крововтраті та порушенню гемодинаміки.

Окремим різновидом АМК є тяжкі менструальні кровотечі (далі – ТМК) – надмірні менструальні крововтрати, які негативно впливають на фізичну, емоційну, соціальну якість життя і можуть виникати як самостійно, так і в поєднанні з іншими симптомами.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) наявність узгодженого клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП), що координує медичну допомогу, для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнток з АМК;

2) наявність задокументованого індивідуального плану медичної допомоги пацієнткам з ознаками АМК, що містить інформацію щодо діагнозу, плану обстеження, лікування та моніторингу її стану, доступного мультидисциплінарній команді, та узгоджений з пацієнткою та/або членами сім'ї/законними представниками;

3) забезпечення у доступній формі інформацією пацієнтки щодо її стану з акцентом на довгострокові наслідки для здоров'я, плану обстеження, лікування та подальшого спостереження, переваг і недоліків, пов'язаних із кожним методом, що застосовується при веденні АМК, контактів для отримання додаткової інформації та консультації;

4) у випадках обґрунтованої підозри на наявність спадкових коагулопатій (особливо у дівчат із АМК/ТМК від моменту менархе, позитивним сімейним анамнезом або рецидивуючими кровотечами іншої локалізації), тромбоцитопатій або тромбоцитопеній, забезпечується направлення пацієнтки на консультацію до лікаря-гематолога дитячого для подальшого мультидисциплінарного ведення;

5) під час виписки зі стаціонару (після зупинки гострої АМК або хірургічного втручання) пацієнткам і, за згодою, членам сім'ї/законним представникам, надається інформація щодо показань для звернення за невідкладною допомогою у разі виникнення рецидиву АМК або ускладнень лікування і, за необхідності, рекомендацій щодо відновлення статевого життя та підбору безпечних методів контрацепції;

Бажані:

6) проведення медичними працівниками просвітницької роботи щодо параметрів нормального менструального циклу з метою своєчасної ідентифікації жінками наявних відхилень;

7) ЗОЗ, що надають допомогу пацієнткам із АМК, розміщують інформаційні матеріали щодо факторів ризику АМК, методів самостійної оцінки крововтрати, важливості модифікації способу життя.

Розділ ІІ. Діагностична тактика при аномальних маткових кровотечах

1. Положення стандарту медичної допомоги

Усі пацієнтки, які звертаються за медичною допомогою зі скаргами на прояви АМК, підлягають фізикальному і, за відповідної клінічної ситуації, лабораторному та інструментальному обстеженню.

2. Обґрунтування

На етапі встановлення діагнозу слід насамперед виключити вагітність (виконати тест на хоріонічний гонадотропін людини (далі – ХГЛ) за необхідності), патологію шийки матки та піхви як причину кровотечі.

Збір анамнезу та фізикальне обстеження допомагають встановити причину АМК, скерувати жінку на подальше обстеження, визначити/уточнити тактику

ведення пацієнтки. Оцінка об’єму крововтрати насамперед ґрунтується на самозвіті пацієнтки та, за необхідності, може бути об’єктивізована за допомогою візуально-аналогових інструментів (таких як графічна шкала оцінки крововтрати за цикл), що дозволяє уникнути гіподіагностики ТМК.

Під час фізикального огляду необхідно звертати увагу на прояви системних захворювань, які можуть викликати АМК, а також потрібно оцінювати стан статевих шляхів та органів малого таза, щоб виявити джерело кровотечі і виключити його анатомічні причини.

Дослідження щодо наявності структурних змін включає ультразвукове дослідження (далі – УЗД) органів малого таза. Для детальнішої візуалізації внутрішньопорожнинної патології можливе застосування діагностичної гістероскопії. Отримання зразків тканин для гістологічного дослідження здійснюється шляхом сліпої аспіраційної біопсії з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу або діагностичної гістероскопії з прицільною біопсією залежно від клінічної ситуації.

За результатами проведених фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження встановлюється етіологічний діагноз АМК відповідно до класифікації PALM-COEIN, що включає структурні (група PALM, де P – поліп, A – аденоміоз, L – лейоміома матки, M – малігнізація або гіперплазія ендометрія) та функціональні причини АМК (група COEIN, де C – коагулопатії, O – овуляторна дисфункція, E – ендометріальна дисфункція, I – ятрогенні причини, N – ще не класифіковані причини). Можливе поєднання кількох причин з однієї або різних груп (наприклад, АМК-O,L: овуляторна дисфункція, лейоміома матки).

У випадку визначення овуляторної причини АМК (частіше стосується гіпоменструального синдрому) подальший діагностичний пошук варто проводити з використанням класифікаційної системи HyPO-P. Діагностичний пошук має підтвердити або виключити ураження на рівні гіпоталамуса (зокрема, функціональні розлади через втрату ваги чи стрес, генетичні мутації, запальні процеси), аденогіпофіза (у тому числі гормонально-активні пухлини, травми), яєчників (зокрема передчасна недостатність яєчників, лютеїнізація неовульованого фолікула), а також синдром полікістозних яєчників (поліендокринний метаболічний оваріальний синдром).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов’язкові:

1) у пацієнток із проявами АМК збір анамнезу й оцінка обсягу крововтрати проводиться відповідно до додатку 1 до цього Стандарту;

2) під час збору анамнезу та огляду пацієнток із підозрою на АМК проводиться виявлення ознак дефіциту заліза відповідно до галузевого стандарту медичної допомоги, затвердженого МОЗ;

3) для визначення причин АМК застосовується класифікаційна система PALM-COEIN; у пацієнток із нерегулярними або незначними кровотечами, а також затримками менструацій, проводиться оцінка розладів овуляції за системою HyPO-P, що наведено у додатку 2 до цього Стандарту;

4) первинний клінічний скринінг на наявність коагулопатій проводиться всім пацієнткам із ТМК відповідно до додатку 3 до цього Стандарту;

5) всім пацієнткам з АМК надається направлення на лабораторне обстеження: загальний аналіз крові (за допомогою автоматичного геманалізатора з визначенням гемоглобіну (далі – Hb), еритроцитів, еритроцитарних індексів, гематокриту, лейкоцитів, лейкоцитарної формули, тромбоцитів, швидкості осідання еритроцитів), а також визначення концентрації сироваткового феритину;

6) у разі підозри на вагітність, пов'язаної з кровотечею з верхніх відділів статевих шляхів, проводиться оцінка концентрації ХГЛ в плазмі крові;

7) для підтвердження або деталізації діагнозу при підозрі на розлади овуляції проводиться визначення концентрації пролактину та тиреотропного гормону;

8) для підлітків з АМК, а також для дорослих пацієнток із позитивним клінічним скринінгом на коагулопатії або з АМК нез'ясованої етіології, проводиться лабораторна оцінка системи коагуляційного гемостазу (протромбіновий час, активований частковий тромбопластиновий час, фібриноген, міжнародне нормалізоване відношення);

9) інструментальна візуалізація для виявлення патологій групи PALM здійснюється за допомогою УЗД органів малого таза (оптимально на 5-10 день менструального циклу) пацієнткам:

з підвищеним ризиком злоякісних новоутворень на основі анамнезу (наприклад, фактори ризику, такі як похилий вік, особистий або сімейний анамнез раку ендометрію або колоректального раку, застосування естрогенів або тамоксифену без додавання прогестагенів, ожиріння, раннє менархе або пізня менопауза, відсутність вагітності, цукровий діабет або гіперплазія ендометрію);

з ознаками, що вказують на патологію при огляді (наприклад, збільшена або горбиста матка, що свідчить про наявність лейоміоми);

з симптомами глибокої диспареунії, тяжкої дисменореї;

які не реагували на симптоматичне лікування;

необхідність УЗД перед введенням левоноргестрел-вивільняючої внутрішньоматкової системи (далі – ЛНГ-ВМС) залежить від віку пацієнтки та ймовірності патології або структурних аномалій, які можуть вплинути на правильне розташування внутрішньоматкової системи (далі – ВМС);

10) за наявності показань слід направити пацієнтку на трансвагінальне УЗД як метод першої лінії візуалізації; якщо трансвагінальне УЗД недоречне (для підлітків та дорослих пацієнток, які не ведуть статеве життя, пацієнток з анамнезом сексуального насильства, пацієнток з анамнезом пологової травми або пацієнток, які відмовляються з культурних причин) або пацієнтка відмовляється від проведення трансвагінального УЗД, пропонується лише трансабдомінальне УЗД;

11) у пацієнток із рубцем на матці для виключення ятрогенної причини АМК УЗД-протокол включає оцінку наявності ніші (істмоцеле) та, за її

наявності, повинен містити дані про її глибину (не менше 2 мм), довжину, ширину та залишкову товщину міометрія;

12) аспіраційна біопсія ендометрію з патоморфологічним дослідженням виконується у жінок з АМК при товщині ендометрію понад 15 мм або при порушенні його структури, а також у пацієнток із наявними факторами ризику гіперплазії та раку ендометрію відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 869; Стандарту медичної допомоги «Злоякісні новоутворення тіла матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2023 року № 1713;

13) проведення діагностичної гістероскопії рекомендується у разі наявності обґрунтованих підозр на внутрішньопорожнинну патологію (поліпи ендометрію або субмукозні лейоміоми матки 0-2 типу) для підтвердження діагнозу та уточнення їх локалізації згідно зі Стандартами медичної допомоги "Лейоміома матки", затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 147;

14) при підозрі на кровотечу з прямої кишки або при ризику наявності супутньої патології виконується ректальне обстеження та огляд інших можливих джерел кровотечі (уретра, промежина);

15) при підозрі на наявність у пацієнтки запальних захворювань органів малого таза діагностичне обстеження проводиться відповідно до Стандарту медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2023 року № 928;

Бажані:

16) лабораторне дослідження на визначення коагулопатій може включати тестування на фактор фон Віллебранда;

17) у випадках раптової, масивної кровотечі для виключення некласифікованих причин АМК протокол УЗД органів малого таза включає доплерівську оцінку міометрію з вимірюванням пікової систолічної швидкості для виключення маткових артеріовенозних мальформацій (далі – АВМ);

18) за наявності складної архітектоніки АВМ або на етапі планування їх ендоваскулярного лікування може бути доцільним додатково застосовувати комп'ютерну томографічну ангіографію або цифрову субтракційну ангіографію;

19) проведення магнітно-резонансної томографії органів малого таза призначається за показаннями:

для детального передопераційного мапування лейоміом 2-го (або вищого) типу за FIGO перед міомектомією чи емболізацією;

у випадках значних клінічних сумнівів щодо діагнозу аденоміозу.

Розділ ІІІ. Лікування пацієнток з аномальними матковими кровотечами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування АМК призначається лікарем-акушером-гінекологом або лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку, лікарем-гематологом або лікарем-гематологом-онкологом дитячим); лікування ускладнень та супутньої патології призначається відповідними фахівцями залежно від клінічної ситуації.

2. Обґрунтування

Тактика ведення пацієнток з АМК враховує встановлену етіологію захворювання, вік жінки, інтенсивність крововтрати та її репродуктивні плани. Лікування спрямоване на зупинку гострої кровотечі, зменшення обсягу крововтрати при хронічних АМК, профілактику рецидивів, довгостроковий контроль менструального циклу, корекцію анемії та підвищення якості життя. Вибір алгоритмів лікування та подальшого спостереження повинен враховувати оцінку наявних факторів ризику та репродуктивних планів пацієнтки.

При ідентифікації етіології кровотечі вибір тактики ведення відбувається відповідно до визначеної причини АМК (класифікація PALM-COEIN). При веденні пацієнток, які отримують терапію антикоагулянтами, лікувальна тактика враховує ризики як тромбоутворення, так і кровотечі. У разі виявлення розладів овуляції (за класифікацією НуРО-Р) першочерговим є усунення функціональних або ендокринних першопричин стану.

Хірургічні методи як остаточне лікування розглядаються для жінок, які мають рефрактерні до інших видів лікування форми АМК і реалізували свої репродуктивні плани.

У дівчат та підлітків пріоритетною є консервативна зупинка кровотечі з уникненням інвазивних втручань. Лікування хронічних АМК у дівчат і підлітків базується на тих самих принципах, що й у жінок активного репродуктивного віку.

3. Критерії якості надання медичної допомоги

Обов’язкові:

1) при виявленні структурних патологій матки (група PALM – поліп ендометрія, аденоміоз, лейоміома матки, гіперплазія ендометрія та злоякісні пухлини) лікування здійснюється відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 05 травня 2021 року № 869; Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 06 квітня 2016 року № 319; Стандарту медичної допомоги «Лейоміома матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 25 січня 2023 року № 147; Стандарту медичної допомоги «Злоякісні новоутворення тіла матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров’я України від 30 вересня 2023 року № 1713;

2) при підтвердженні коагулопатій (АМК-С) лікування проводиться спільно з лікарем-гематологом або лікарем-гематологом-онкологом дитячим; пацієнткам, які планують вагітність, призначається симптоматичне лікування із застосуванням транексамової кислоти, за відсутності у найближчий час репродуктивних планів застосовується комбінація транексамової кислоти та гормональної терапії;

3) у разі встановлення розладів овуляції як причини АМК (АМК-О) лікування передбачає усунення першопричини відповідно до рівня за системою НуРО-Р; жінкам із АМК-О, які не потребують тривалої контрацепції або планують вагітність найближчим часом, для контролю менструального циклу та підтримки лютеїнової фази у випадку її недостатності перевага надається метаболічно нейтральним гестагенам з мінімальною взаємодією з рецепторами, відмінними від прогестеронових, у режимах і дозуваннях, передбачених інструкціями для медичного застосування до відповідних лікарських засобів; жінкам із АМК-О, які потребують контрацепції, може призначатися ЛНГ-ВМС або комбіновані оральні контрацептиви (далі – КОК);

4) при встановленні ендометріальних функціональних причин (АМК-Е) тактика визначається репродуктивними планами: жінкам, які планують вагітність найближчим часом, призначається негормональна терапія (транексамова кислота або нестероїдні протизапальні засоби (далі – НПЗЗ)); жінкам без репродуктивних планів з урахуванням клінічної ситуації та віку може бути запропоновано встановлення ЛНГ-ВМС, а в окремих випадках проведення абляції ендометрію;

5) КОК у циклічному, пролонгованому або безперервному режимі, залежно від потреби в досягненні аменореї, розглядаються для пацієнток з АМК-О, АМК-Е, ТМК або для тих, хто потребує контрацепції та не має протипоказань до естрогенів; при виборі КОК для лікування хронічної АМК перевага надається лікарським засобам, що мають в інструкції для медичного застосування ТМК як показання для їх призначення;

6) при діагностуванні ятрогенних кровотеч (АМК-І) на тлі використання контрацептивів тактика визначається алгоритмом, що наведено в додатку 4 до цього Стандарту;

7) для пацієнток, які отримують терапію пероральними антикоагулянтами (далі – ПАК), тактика ведення АМК визначається тривалістю прийому антикоагулянтів відповідно до додатку 5 до цього Стандарту;

8) при виявленні некласифікованих причин (АМК-N), зокрема маткових АВМ, застосовується гормональна терапія при легкому перебігу стану; у разі гемодинамічної нестабільності, неефективності консервативної терапії або високої швидкості кровотоку розглядається питання емболізації маткових артерій; гістеректомія застосовується за життєвими показаннями;

9) у разі виявлення ніші рубця на матці (істмоцеле) консервативне лікування передбачає пригнічення менструацій за допомогою ЛНГ-ВМС; за неефективності медикаментозної терапії проводиться хірургічне ремоделювання

(гістероскопічний доступ при товщині міометрія ≥3 мм; лапароскопічний чи вагінальний доступ при товщині <3 мм);

10) у випадку встановлення залізодефіцитної анемії та/або дефіциту заліза (у тому числі перед плановими хірургічними втручаннями з приводу АМК) лікування цих станів проводиться відповідно до галузевого стандарту медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ;

11) при лікуванні АМК, асоційованих з лейоміомами матки та аденоміозом, у якості передопераційної підготовки або альтернативи хірургічному втручанню розглядається призначення агоністів гонадотропін-рилізинг-гормону (далі – ГнРГ) або антагоністів ГнРГ із терапією прикриття; пацієнтки повинні бути проінформовані про можливі побічні дії цих лікарських засобів, а також про переваги використання антагоністів ГнРГ порівняно з агоністами;

12) дівчатам і підліткам лікування функціональної гіпоталамічної аменореї, гострих і хронічних АМК проводиться залежно від тяжкості кровотечі відповідно до алгоритму, що наведено у додатку 6 до цього Стандарту;

13) надання допомоги дорослим пацієнткам із гострою АМК проводиться відповідно до алгоритму, що наведено у додатку 7 до цього Стандарту; у разі гострої маткової кровотечі, що супроводжується ознаками гіповолемічного шоку, або коли швидкість крововтрати перевищує можливості консервативної амбулаторної терапії, викликається бригада екстреної медичної допомоги;

14) пацієнткам із АМК надаються рекомендації щодо способу життя та харчування відповідно додатку 8 до цього Стандарту.

Бажані:

15) для профілактики залізодефіцитної анемії та дефіциту заліза всім жінкам репродуктивного віку із менструаціями рекомендується саплементація заліза, при цьому вживання таких лікарських засобів один, два або три рази на тиждень у не послідовні дні, а також під час менструацій, є ефективною альтернативою щоденному прийому.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1) наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з АМК;

2) наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з АМК;

3) відсоток пацієнток із АМК, яким проведено загальний аналіз крові та визначення сироваткового феритину.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з АМК

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Джерелом даних для обчислення індикатора є знеособлені дані електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ). У разі якщо необхідні для обчислення індикатора дані в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми, використовуються знеособлені дані, надані закладами охорони здоров'я, у яких працюють лікарі загальної практики – сімейні лікарі та які розташовані на відповідній території.

За потреби такі дані надаються закладами охорони здоров'я до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій в електронній формі або в інший визначений спосіб.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом обробки та узагальнення знеособлених даних, отриманих з ЕСОЗ, а в частині даних, що в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми для обчислення індикатора, – знеособлених даних, отриманих від закладів охорони здоров'я.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

Знаменник індикатора становить загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зареєстрованих на відповідній території.

Джерелом інформації для визначення знаменника є знеособлені дані ЕСОЗ, а у разі відсутності або недостатності таких даних – інформація структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, сформована на підставі даних, отриманих від закладів охорони здоров'я.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із АМК (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з АМК

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Джерелом даних для обчислення індикатора є знеособлені дані ЕСОЗ. У разі якщо необхідні для обчислення індикатора дані в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми, використовуються знеособлені дані, надані закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу та розташовані на відповідній території.

За потреби такі дані надаються закладами охорони здоров'я до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій в електронній формі або в інший визначений спосіб.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом обробки та узагальнення знеособлених даних, отриманих з ЕСОЗ, а в частині даних, що в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми для обчислення індикатора, – знеособлених даних, отриманих від закладів охорони здоров'я.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

Знаменник індикатора становить загальна кількість лікарів закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу та зареєстровані на відповідній території.

Джерелом інформації для визначення знаменника є знеособлені дані ЕСОЗ, а у разі відсутності або недостатності таких даних – інформація структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, сформована на підставі даних, отриманих від закладів охорони здоров'я.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із АМК (наданий екземпляр КМП).

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає спеціалізовану медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3) Відсоток пацієнтів із АМК, у яких проведено загальний аналіз крові і визначення сироваткового феритину

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Аналіз індикатора дозволить виявити питання, пов'язані з диференційною діагностикою та визначенням тяжкості АМК.

Бажаний рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом обробки та узагальнення знеособлених даних, отриманих з ЕСОЗ, а в частині даних, що в ЕСОЗ не містяться або є недостатніми для обчислення індикатора, - знеособлених даних, наданих закладами охорони здоров'я.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій на підставі знеособлених даних ЕСОЗ та, за потреби, знеособлених даних, отриманих від закладів охорони здоров'я, що надають первинну та спеціалізовану медичну та розташовані на відповідній території.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток з діагнозом АМК, встановленим впродовж звітного періоду.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнток з АМК, у яких проведено загальний аналіз крові та визначення сироваткового феритину.

Джерелом інформації для визначення чисельника та знаменника є знеособлені дані ЕСОЗ, а у разі відсутності або недостатності відповідних відомостей в ЕСОЗ – дані медичної документації, зокрема форми первинної облікової документації № 025/о та № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел і нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні маткові кровотечі», 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 вересня 2025 року № 1408 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Планування сім'ї»».

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2015 року № 916 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при медикаментозній алергії, включаючи анафілаксію».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 квітня 2016 року № 319 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при генітальному ендометріозі».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2018 року № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800.

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»».

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2022 року № 1039 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної

допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді»».

12. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25 січня 2023 року № 147 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»».

13. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 18 травня 2023 року № 928 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»».

14. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 30 вересня 2023 року № 1713 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Злоякісні новоутворення тіла матки»».

15. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 18 липня 2024 року № 1259 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)», «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)»».

16. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 05 серпня 2024 року № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2024 року за № 1273/42618.

17. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 26 березня 2025 року № 537 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гемофілія А»».

18. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 02 травня 2025 року № 763 «Деякі питання реалізації донорської крові та компонентів крові», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 травня 2025 року за № 749/44155.

19. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 27 липня 2026 року № 1021 «Про затвердження вісімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

20. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 12 лютого 2026 року № 170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гемофілія В»».

В.о. директора Департаменту
медичних послуг **Олена ГАРМАТА**

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

ЗБІР АНАМНЕЗУ ПРИ АМК ТА ОЦІНКА ОБ'ЄМУ МЕНСТРУАЛЬНОЇ КРОВОВТРАТИ

При зборі анамнезу слід використовувати запитання, що дозволяють виявити контингент пацієнток, котрі потребують додаткового обстеження на предмет наявності АМК та визначення її причини:

Чи впливає менструація на Вашу щоденну активність (роботу, заняття спортом, спілкування з родиною)?

Чи доводиться Вам міняти засоби гігієни вночі?

Чи наявні у виділеннях великі згустки крові (більше 1 см)?

Чи відчуваєте Ви слабкість, задишку, підвищену стомлюваність або Вам ставили коли-небудь діагноз анемія?

При позитивній відповіді на одне і більше питань є підстави припускати у пацієнтки наявність АМК та направлення до лікаря-акушера-гінеколога або лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку.

Детальний збір анамнезу за наявності скарг на АМК і ТМК передбачає інформацію щодо:

характеру кровотечі, включаючи тривалість, частоту, інтенсивність та характер (регулярна чи нерегулярна), при цьому посткоїтальні, міжменструальні та постменопаузальні кровотечі потребують спеціального обстеження;

впливу кровотеч на якість життя, включаючи вплив на психічне здоров'я та обмеження в роботі, фізичних вправах та соціальному функціонуванні;

пов'язаних симптомів (біль або тиск у ділянці таза);

симптомів, що свідчать про дефіцит заліза – відчуття втоми, сонливість, озноб, запаморочення, задишка, шум у вухах, блідість, прискорене серцебиття, синдром неспокійних ніг, головний біль, а також сухість волосся або шкіри, койлоніхію та атрофічний глосит;

репродуктивного анамнезу, включаючи паритет, бажання майбутньої фертильності, використання контрацепції, ймовірність вагітності або викидня, ризик інфекцій, що передаються статевим шляхом, та статус скринінгу шийки матки;

наявності симптомів, що свідчать про системні причини кровотечі, такі як порушення згортання крові, синдром полікістозних яєчників (поліендокринний метаболічний овариальний синдром) або захворювання щитоподібної залози;

сімейного анамнезу (порушення згортання крові, ендометріоз, рак ендометрія, колоректальний рак);

поточних лікарських засобів і використання безрецептурних дієтичних добавок, які можуть бути пов'язані з порушенням овуляції або кровотечею (зокрема, антитромбоцитарні препарати, антикоагулянти, спіронолактон);

інших факторів, які можуть вплинути на варіанти лікування (супутні захворювання або попереднє лікування рясних менструальних кровотеч).

Оцінка крововтрати за менструальний цикл проводиться насамперед суб'єктивно (за скаргами пацієнтки).

Для об'єктивізації та моніторингу лікування може використовуватись **графічна шкала оцінки крововтрати за цикл (Pictorial Blood Assessment Chart):**

БАЛИ	**Прокладка**	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7	День 8
1									
5									
20									
1-5 / 5	Згустки/ кровотечі								

БАЛИ	**Тампон**	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7	День 8
1									
5									
10									
1-5 / 5	Згустки/ кровотечі								

Інформація для пацієнтки: після завершення менструації підрахуйте суму балів. Бал 100 або більше може свідчити про те, що у Вас рясні менструації, і вам слід звернутися до лікаря. Однак, якщо Ваш бал менше 100 і у вас є занепокоєння щодо менструації, Вам все одно слід звернутися за медичною допомогою.

_____

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

КЛАСИФІКАЦІЯ РОЗЛАДІВ ОВУЛЯЦІЇ FIGO (2022)

Система розгортається від анатомічної локалізації до конкретного молекулярного чи нозологічного діагнозу.

Рівень 1: анатомічна локалізація – **HyPO-P**, який включає 4 основні типи:

Тип I: Hy (Hypothalamus) – гіпоталамус.

Тип II: P (Pituitary) – гіпофіз.

Тип III: O (Ovary) – яєчники.

Тип IV: -P (PCOS) – синдром полікістозних яєчників (найменування з 2026 року – поліендокринний метаболічний оваріальний синдром), що є системним, гетерогенним та багатофакторним ендокринним розладом, який неможливо звести до суто яєчникової чи центральної патології, консенсус виділив його в окремий самостійний тип IV. Для встановлення цієї категорії рекомендується використовувати поточні міжнародні діагностичні критерії.

Гіпоталамус	**Гіпофіз**	**Яєчники**	**Синдром полікістозних яєчників (поліендокринний метаболічний оваріальний синдром)**
Hy	**P**	**O**	**P**
Генетичні Аутоімунні Ятрогенні Неоплазії Функціональні Інфекційні/ Запальні Травма та судинні Фізіологічні Ідіопатичні Ендокринні	Генетичні Аутоімунні Ятрогенні Неоплазії Функціональні Інфекційні/ Запальні Травма та судинні Фізіологічні Ідіопатичні Ендокринні	Генетичні Аутоімунні Ятрогенні Неоплазії Функціональні Інфекційні/ Запальні Травма та судинні Фізіологічні Ідіопатичні Ендокринні	Роттердамські критерії (2 із 3): - Аменорея або рідкі/нерегулярні кровотечі - Гіперандрогенія - УЗ-ознаки полікістозного морфотипу яєчників

Рівень 2: патофізіологічний механізм – **GAIN-FIT-PIE.**

Для перших трьох анатомічних типів (I, II, III) застосовується мнемонічна матриця з 9 категорій етіологічних механізмів, які для зручності згруповані у три блоки:

GAIN:

G – Genetic (генетичні): синдром Каллманна, варіанти синдрому Тернера чи інші хромосомні аномалії, що викликають первинну яєчникову недостатність (для АМК-О).

A – Autoimmune (аутоімунні): аутоімунний оофорит, а також системні аутоімунні захворювання, що опосередковано пригнічують гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову вісь.

I – Iatrogenic (ятрогенні): наслідки медичних втручань, що включають хіміотерапію, променеву терапію на ділянку малого таза чи голови, хірургічні резекції, а також фармакоіндуковані розлади (наприклад, гіперпролактинемія на тлі прийому нейролептиків).

N – Neoplasm (неоплазії): краніофарингіоми (для гіпоталамічного рівня/тип 1), пролактиноми чи інші аденоми гіпофіза (тип 2), гормонально-активні пухлини яєчників (для рівня ячників/тип 3) тощо.

FIT:

F – Functional (функціональні): порушення без первинного структурного дефекту, викликані зовнішніми стресорами. Найчастіше застосовується до гіпоталамуса – функціональна гіпоталімічна аменорея/олігоовуляція на тлі хронічного стресу, енергетичного дефіциту (анорексії або надмірних фізичних навантажень.

I – Infectious and Inflammatory (інфекційні та запальні): інфекційне ураження яєчників (оофорит при запальних захворюваннях органів малого таза), тяжкі системні інфекційні процеси, що тимчасово блокують гонадотропну регуляцію.

T – Trauma and Vascular (травми та судинні ураження): черепно-мозкові травми, хірургічне пошкодження ніжки гіпофіза, судинні інсульти або синдром Шихана.

PIE:

P – Physiological (фізіологічні): періоди життя жінки, коли незрілість або згасання репродуктивної функції є нормою (період менархе/пубертату та період менопаузального переходу).

I – Idiopathic (ідіопатичні): категорія виключення – використовується, коли факт овуляторної дисфункції доведений, але рутинний і поглиблений діагностичний пошук не виявив жодної з відомих патологій.

E – Endocrine (ендокринні/негонадальні): патологія інших ендокринних органів, що вторинно змінює функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи (гіпотиреоз, тиреотоксикоз, гіперкортицизм, пухлини надниркових залоз з андрогенсекрецією).

Продовження додатка 2

Гіпоталамус		**Гіпофіз**		**Яєчники**	
Генетичні	Синдром Каллмана Мутації генів Інші	Генетичні	Гіпопітуїтаризм Поліморфізми рецепторів Інші	Генетичні	Синдром Тернера (у тому числі мозаїцизм) Інша дисгенезія гонад
Аутоімунні	—	Аутоімунні	—	Аутоімунні	Антиовариальні антитіла Аутоімунний полігландулярний синдром Інші
Ятрогенні	Фармакологічні Опромінення Хірургічні	Ятрогенні	Фармакологічні Опромінення Хірургічні Інші	Ятрогенні	Фармакологічні Опромінення Хірургічні Судинні
Неоплазії	Краніофарингіома Гліома Інші	Неоплазії	Гормонально-активні пухлини Гормонально-неактивні пухлини	Неоплазії	Доброякісні Злоякісні (первинні або вторинні)
Функціональні	Пубертатна або конституційна затримка Стрес Пов’язані з вагою Надмірні фізичні навантаження	Функціональні	Відсутність піку ЛГ	Функціональні	Лютеїнізація неовульованого фолікула Інші
Інфекційні/ Запальні	Саркоїдоз Туберкульоз Інші	Інфекційні/ Запальні	Саркоїдоз Туберкульоз Інші	Інфекційні/ Запальні	Бактеріальні Вірусні Інші
Травма та судинні	Черепно-мозкова травма	Травма та судинні	Інфаркт (синдром Шихана) Гостре порушення мозкового кровообігу Черепно-мозкова травма Інші	Травма та судинні	Хірургічні (ятрогенні)
Фізіологічні	Вагітність Грудне вигодовування Інші	Фізіологічні	Гіперпролактинемія (вагітність, грудне вигодовування)	Фізіологічні	Менопауза
Ідіопатичні		Ідіопатичні		Ідіопатичні	
Ендокринні	Дисфункція щитоподібної залози Гіперандрогенія (не синдром полікістозних яєчників) Хвороба Кушинга Інші	Ендокринні	Гіперпролактин-емія Гіпотиреоз	Ендокринні	Ідіопатична (передчасна) яєчникова недостатність

Рівень 3: конкретна нозологія. Найнижчий рівень класифікації призначений для внесення конкретного діагнозу, результатів генетичного секвенування, гістологічного висновку пухлини тощо.

Для практичного використання пропонується матричний запис через комбінацію анатомічної літери та механізму:

Ну_F – функціональна гіпоталамічна ановуляція (стрес, втрата ваги).

P_N – пухлина гіпофіза (наприклад, мікропролактинома).

O_I – ятрогенне виснаження яєчників (після хіміотерапії).

O_G – генетична патологія яєчників (дисгенезія гонад).

Система розроблена як «живий документ» – експерти FIGO заклали в її основу принцип періодичного перегляду, що дозволить додавати нові підтипи в міру розвитку сучасної молекулярної генетики та репродуктивної імунології.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

ПЕРВИННИЙ СКРИНІНГ КОАГУЛОПАТІЙ ПРИ ЗБОРІ АНАМНЕЗУ В ПАЦІЄНТОК З АМК

Первинний клінічний скринінг коагулопатій у пацієнток із надмірною менструальною кровотечею повинен бути структурований на підставі анамнезу. Позитивний результат скринінгу складається з таких чинників:

1. Рясні менструальні кровотечі після менархе.
2. Одне з нижченаведеного:
   післяпологова кровотеча;
   кровотеча, пов'язана з хірургічним втручанням;
   кровотечі, пов'язані зі стоматологічними втручаннями.
3. Два або більше із симптомів:
   синці один-два рази на місяць;
   носова кровотеча (епістаксис) один-два рази на місяць;
   часті кровотечі з ясен;
   сімейний анамнез симптомів кровотечі.

_____

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 6 пункту 3 розділу III)

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЯТРОГЕННИХ АМК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОНТРАЦЕПТИВНИХ ЗАСОБІВ

Якщо пацієнтка бажає видалення або припинення використання гормональної контрацепції, видаліть засіб (якщо це ВМС або імплантат), запропонуйте консультування щодо альтернативних методів контрацепції та розпочніть інший метод за бажанням.				
Якщо пацієнтка бажає продовжити використання гормонального контрацептиву, заспокійте її та порадьте звертатися до лікаря при зміні характеру скарг.				
Якщо пацієнтка бажає отримати лікування у зв'язку з порушенням менструального циклу на під час прийому гормональної контрацепції, можна розглянути такі варіанти дій залежно від вподобань пацієнтки, цілей лікування та типу контрацептиву.				
Носії мідної ВМС	**Носії ЛНГ-ВМС**	**Носії імплантату**	**Використання ін'єкційних препаратів медроксипрогестерону ацетат (далі - МПА)**	**Прийом КОК (пролонгований або безперервний режим)**
Для мазання, легких, сильних або тривалих кровотеч: НПЗЗ протягом 5-7 днів	Можна запропонувати прийом транексамової кислоти або НПЗЗ	Тимчасове усунення кровотечі забезпечує: гормональне лікування (наприклад, КОК із 20-30 мкг етинілестрадіолу); антифібринолітичні засоби (наприклад, транексамова кислота) протягом 5 днів Ефекти, які можуть зберігатися деякий час після припинення терапії, забезпечують: НПЗЗ (наприклад, целекоксиб, ібупрофен),	Для мазання або легких кровотеч застосовують НПЗЗ протягом 5-7 днів Для сильних або тривалих кровотеч застосовують: НПЗЗ протягом 5-7 днів; гормональне лікування (наприклад, низькодозовані КОК або препарати естрогену) протягом 10-20 днів	Відміна КОК, формування безгормонального інтервалу протягом 3-4 послідовних днів, що має такі обмеження: не рекомендується протягом перших 21 днів пролонгованого або безперервного використання КОК; не рекомендується частіше ніж один раз на місяць, оскільки

		протягом 5-7 днів.		ефективність контрацепції може бути знижена. Рекомендації щодо зменшення нерегулярних кровотеч на фоні прийому КОК надаються відповідно до Стандарту медичної допомоги «Планування сім'ї», затвердженого наказом МОЗ України від 09 вересня 2025 №1408.
Зміни в характері менструальних кровотеч в перші місяці використання гормональних контрацептивів не є ознаками хвороби та зазвичай вони зменшуються після перших місяців їх застосування.				

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 7 пункту 3 розділу III)

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ АМК У ЖІНОК, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ТЕРАПІЮ ПЕРОРАЛЬНИМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Тактика	**До початку терапії ПАК**	**Якщо залишається >1 місяця терапії ПАК**	**Якщо залишається <1 місяця терапії ПАК**
Перший вибір	Продовження попередньої терапії на тлі ПАК, застосування ЛНГ-ВМС або перехід на ПАК з меншим ризиком	ЛНГ-ВМС або перехід на ПАК з меншим ризиком	ЛНГ-ВМС або спостереження із підтримуючою терапією
Другий вибір	Чисто прогестинові оральні контрацептиви (далі – ЧПОК), КОК, МПА	ЧПОК, МПА або КОК	Перехід на ПАК з меншим ризиком
При тяжких чи рефрактерних АМК	–	Можуть розглядатися методи абляції чи емболізації маткових артерій, а також застосування транексамової кислоти	Можливе застосування транексамової кислоти
На будь-якому етапі ведення: доцільно звертати увагу на необхідність гінекологічного обстеження (насамперед для жінок з АМК до ініціації терапії ПАК, а також за наявності факторів ризику міоми матки чи раку ендометрія), моніторингу рівня феритину з можливим призначенням препаратів заліза за потреби, а також важливо обговорювати питання контрацепції.			

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 12 пункту 3 розділу III)

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ АМК У ДІВЧАТ І ПІДЛІТКІВ

А. Тактика ведення дівчат і підлітків із функціональною гіпоталамічною аменореєю.

<table>
<tr><td colspan="2">Функціональна гіпоталамічна аменорея часто асоціюється із швидкою втратою маси тіла та вираженим стресом. Також до групи ризику належать спортсменки, танцівниці, пацієнтки із жорстким контролем маси тіла.
При цьому стані спостерігається відсутність овуляції за низьких або нормальних показників фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів. Проведення тесту з ГнРГ зазвичай не є необхідним за наявності типової клінічної картини гіпоталамічної дисфункції, оскільки відповідь гіпофіза очікувано збережена.
Необхідно враховувати, що тривалий дефіцит естрогенів може негативно впливати на здоров’я кісткової тканини, когнітивний розвиток і психологічний стан пацієнток.</td></tr>
<tr><td>Немедикаментозна терапія (перший етап)</td><td>корекція харчування;
психологічна підтримка;
зменшення інтенсивності фізичних навантажень;
підвищення індексу маси тіла або відсотка жирової тканини для відновлення менструацій.
Менструація може відновитися, коли маса тіла досягає щонайменше 90% від преморбідної (до захворювання) і підтримується на цьому рівні 6-12 місяців або довше.</td></tr>
<tr><td>Психологічна терапія</td><td>Рекомендована когнітивно-поведінкова терапія для зниження рівня стресу, корекції харчової поведінки, покращення прихильності до лікування.</td></tr>
<tr><td>Профілактика втрати кісткової тканини</td><td>Важливий компонент лікування через ризик остеопенії/остеопорозу. Рекомендації:
препарати кальцію: 1200-1500 мг/добу;
вітамін D у якості саплементації.
Водночас лише кальцій і вітамін D недостатні для повної профілактики або лікування втрати кісткової щільності.</td></tr>
<tr><td>Естроген-прогестагенна терапія</td><td>Якщо немедикаментозні методи не відновлюють менструацію протягом 1 року, рекомендується циклічна гормональна терапія. Ранній початок лікування може</td></tr>
</table>

	бути показаний пацієнткам із низькою кістковою щільністю та наявним анамнезом переломів. Рекомендована схема: естрадіол 1-2 мг/добу; дидрогестерон 10-20 мг/добу впродовж 10 днів у лютеїновій фазі циклу. **Не рекомендується** призначати КОК у цього контингенту пацієнток, оскільки можуть негативно впливати на кісткову щільність у цій групі пацієнток. Також не рекомендується застосування бісфосфонатів, деносумабу, тестостерону для корекції кісткової щільності у підлітків з аменореєю.

Б. Оцінка стану дівчат і підлітків з АМК/ТМК і обрання тактики лікування

Незначно або помірно збільшений обсяг менструальних виділень Нормальний рівень гемоглобіну **Пропоноване лікування:** якщо немає потреби в контрацепції, розгляньте негормональне лікування, таке як регулярний прийом НПЗЗ та транексамової кислоти під час менструації саплементація препаратами заліза за потреби консультування щодо нормального перебігу менструального циклу	Помірно подовжені або часті менструації Помірно збільшені менструальні виділення Рівень гемоглобіну 100-110 г/л та гемодинамічна стабільність **Пропоноване лікування:** транексамова кислота під час менструації гормональна терапія: лише прогестероном або комбінована пероральна естроген-прогестеронова терапія (**врахувати тромботичні ризики!**) саплементація препаратами заліза за потреби	Гостра тяжка кровотеча з рівнем гемоглобіну менше ніж 100 г/л та/або гемодинамічна нестабільність **Пропоноване лікування:** таблиця наведена нижче (пункт В)

	консультування щодо нормального перебігу менструального циклу	

В. Тактика ведення дівчат і підлітків при тяжкій гострій АМК

Первинна реанімація	Відповідно до Стандартів медичної допомоги «Серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)», «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)», затверджених наказом МОЗ України від 18 липня 2024 року № 1259.
Оцінка гемодинамічної нестабільності	Клінічні ознаки гемодинамічної нестабільності включають: змінений психічний стан або рівень свідомості тахікардію артеріальну гіпотензію постуральну тахікардію (збільшення частоти серцевих скорочень понад 20 уд/хв) постуральну гіпотензію (зниження артеріального тиску понад 20 мм рт. ст.) тахіпное блідість інтенсивне потовиділення зниження діурезу низьку температуру тіла
Лікування гемодинамічної нестабільності	Першочергові кроки інтенсивної терапії: перевести пацієнтку до відділення анестезіології та інтенсивної терапії організувати терміновий огляд лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку виключити вагітність забезпечити 2 внутрішньовенні (далі - в/в) доступи великого діаметра ввести транексамову кислоту: навантажувальна доза 15 мг/кг в/в (максимум 1 г), далі розглянути тривалу інфузію 15 мг/кг протягом 8 годин волюмокорекція – ввести болюс рідини: наприклад, 10 мл/кг 0,9% розчину натрію хлориду

	при тривалій гіпотензії та сильній кровотечі діяти відповідно до КМП, наявного у ЗОЗ, залучити лікаря-гематолога або лікаря-гематолога-онколога дитячого та розглянути трансфузію
Контроль та зупинка кровотечі	Медикаментозна терапія активної кровотечі: норетистерон: 5-10 мг перорально 3 рази на день до зупинки кровотечі, потім знизити до 5-10 мг перорально 1 раз на день або КОК з 30 мкг етинілестрадіолу: 1 таблетка кожні 8 годин до зупинки кровотечі, далі 1 таблетка кожні 12 годин впродовж 3 днів, потім перехід на 1 таблетку щодня якщо у пацієнтки відоме порушення згортання крові: негайно звернутися за консультацією до гематолога
Стратегія гемотрансфузії	При стабілізації гемодинаміки дотримуватись обмежувального підходу: рівень Hb <70 г/л: трансфузія еритроцитарної маси зазвичай є доцільною (проте може не знадобитися при добрій компенсації стану та відсутності активної кровотечі) рівень Hb 70-90 г/л: рішення щодо трансфузії еритроцитів приймається на основі клінічних ознак та симптомів рівень Hb >90 г/л: трансфузія еритроцитів зазвичай не потрібна та є недоцільною
Саплементація препаратами заліза	Корекція залізодефіциту: за наявності клінічних показань забезпечити своєчасне в/в введення препаратів заліза відповідно до галузевого стандарту медичної допомоги, затвердженого МОЗ розглянути можливість тривалої пероральної терапії препаратами заліза
Подальший нагляд та ведення	стаціонарне лікування та моніторинг життєвих показників до стабілізації стану проведення навчання щодо менструального циклу продовження планової гормональної або негормональної терапії

	рекомендувати пригнічення менструацій до усунення анемії та відновлення запасів заліза (після консультації з експертом) організація подальшого нагляду

Г. Довгострокове ведення дівчат і підлітків з АМК

Після досягнення гемостазу необхідне тривале медикаментозне лікування для регуляції менструального циклу та профілактики рецидивів кровотеч.

Можливі терапевтичні опції:

1) Монотерапія прогестинами. На етапі підтримувального лікування перевага надається застосуванню прогестинів у дозах, близьких до фізіологічних, зокрема натурального прогестерону або дидрогестерону. Після нормалізації рівня гемоглобіну перша кровотеча відміни після припинення лікування часто буває рясною та може супроводжуватися дисменореєю. У пацієнток із потовщеним ендометрієм можливе відходження децидуальних зліпків. Надалі регулярна терапія сприяє зменшенню об'єму менструальної крововтрати.

Підтримувальна терапія може проводитися за двома схемами.

Терапія у лютеїнову фазу менструального циклу. Лікування починають із 15-го дня менструального циклу та продовжують впродовж 10-14 днів. Рекомендовані добові дози відповідають схемам, що застосовуються при методі десквамації ендометрія. Дидрогестерон у дозі 10-20 мг/добу не пригнічує дозрівання та функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової осі.

Безперервна (повноциклічна) терапія. Якщо надмірні кровотечі зберігаються, лікарські засоби призначають безперервно впродовж 20-22 днів, починаючи з 5-го дня циклу.

2) Комбіновані оральні контрацептиви. Низькодозовані КОК, що містять 20-30 мкг етинілестрадіолу, призначаються відповідно до інструкції по 1 таблетці на добу пацієнткам, які потребують контрацепції або з проявами гіперандрогенії.

3) Послідовна естроген-гестагенна терапія. Якщо після завершення курсу прогестинів не виникає кровотеча відміни, слід запідозрити дефіцит ендогенних естрогенів. У таких випадках може бути показана послідовна терапія естрогенами та прогестинами.

Рекомендація: після досягнення контролю над кровотечею медикаментозне лікування слід продовжувати щонайменше впродовж 3-6 місяців для регуляції менструального циклу.

4) Зменшення менструальної крововтрати.

КОК спричиняють атрофію ендометрія, що призводить до зменшення менструальної крововтрати. Крім циклічного застосування, безперервний прийом КОК може сприяти зменшенню дисменореї.

ЛНГ-ВМС може бути рекомендована пацієнткам:

з протипоказаннями до КОК;

із системним червоним вовчаком, що супроводжується порушенням функції печінки або нирок;
з антифосфоліпідним синдромом;
з вродженим або набутим дефіцитом факторів згортання крові;
з тромбоцитопенією або порушенням функції тромбоцитів;
які не можуть приймати КОК.

Агоністи та антагоністи ГнРГ здатні викликати тимчасову аменорею.

5) Лікування основного захворювання.

6) Навчання пацієнток. Пацієнтки та члени їхніх сімей повинні бути поінформовані щодо:

перебігу захворювання;
необхідності лікування;
важливості дотримання рекомендацій;
заходів профілактики рецидивів.

Максимальна прихильність до лікування та довгострокового спостереження є ключовою умовою досягнення оптимальних результатів.

7) Подальше спостереження та моніторинг.

При тривалому лікуванні рекомендовано не рідше одного разу на рік проводити:

загальний клінічний огляд;
оцінку функції печінки;
оцінку функції нирок;
дослідження ліпідного профілю;
оцінку вуглеводного обміну;
УЗД матки, молочних залоз за показаннями.

_____

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 13 пункту 3 розділу III)

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ГОСТРОЇ АМК У ДОРОСЛИХ

Для зупинки гострої АМК можуть бути використані наступні лікарські засоби.

Препарат	Рекомендована доза	Схема дозування	Примітки
КОК	Монофазний комбінований оральний контрацептив, що містить 30 мікрограмів етинілестрадіолу	Три рази на день впродовж 7 днів, або 1 таблетка кожні 8 годин до зупинки кровотечі, далі 1 таблетка кожні 12 годин впродовж 3 днів, потім перехід на 1 таблетку щодня до 21 доби від 1 дня лікування	Необхідно враховувати тромботичні ризики Інші дозування та схеми застосування також можуть бути ефективними
Транексамова кислота	1,5 г перорально або 10 мг/кг внутрішньовенно (максимум 600 мг/дозу)	Три рази на день протягом 5 днів (кожні 8 годин)	Інші дозування та схеми застосування також можуть бути ефективними

За відсутності ефекту від медикаментозної терапії або за наявності структурної причини АМК питання щодо хірургічного лікування вирішується відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 869; Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 квітня 2016 року № 319; Стандарту медичної допомоги «Лейоміома матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 147; Стандарту медичної допомоги «Злоякісні новоутворення тіла матки», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2023 року № 1713.

_____

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Аномальні маткові кровотечі»
(підпункт 14 пункту 3 розділу III)

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ХАРЧУВАННЯ:

профілактика залізодефіцитної анемії та дефіциту заліза за допомогою саплементації залізом;

оптимізація дієти з урахуванням фазоспецифічної потреби в мінералах (залізо, цинк, кальцій, магній, йод, селен);

мінімізація впливу хронічного стресу, підтримуюча антистресорна терапія, використання фітотерапевтичної нутритивної підтримки;

контроль маси тіла та уникнення високого індексу маси тіла для зниження ризику розвитку гіперплазії та раку ендометрія;

уникнення значних коливань маси тіла;

дозовані фізичні навантаження, уникнення гіподинамії та надмірних фізичних навантажень.
