

## АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20583787>

*Автор:* Ахмаджонова Мухайёжон Акрамжоновна;  
Асқарова Зебо Лазиз қизи.

*Учреждение:* Кафедра акушерства и гинекологии, магистрант 2 курса,  
Ташкентского государственного медицинского университета, Узбекистан.

*Студентка 3-го курса педиатрического отделения Ташкентского  
государственного медицинского университета, Узбекистан.*

*E-mail:* [muhayyoakramjonovna18@gmail.com](mailto:muhayyoakramjonovna18@gmail.com) [askarovazebo@gmail.com](mailto:askarovazebo@gmail.com)

### **Аннотация**

Аномальные маточные кровотечения (АМК) остаются одной из наиболее частых гинекологических проблем, составляя около 50% всех случаев маточных кровотечений. Этиология АМК многофакторна и включает гормональные нарушения функции яичников, структурные патологии матки (аденомиоз, миома, полипы, гиперплазия или злокачественные процессы эндометрия), коагулопатии, заболевания печени и щитовидной железы, а также ятрогенные причины, связанные с приемом гормональных препаратов. Данная статья рассматривает патогенез, клиническую картину, методы диагностики и современные подходы к терапии АМК в подростковом, репродуктивном и перименопаузальном возрастах. Особое внимание уделено этапам лечения: гемостазу и профилактике рецидивов кровотечения, а также использованию гормональных препаратов, ВМС и аГнРГ.

### **Ключевые слова**

Аномальные маточные кровотечения, ановуляторные кровотечения, ювенильный возраст, репродуктивный возраст, перименопауза, гормональная терапия, гиперплазия эндометрия, гемостаз.

**Введение.** АМК (ранее «дисфункциональные маточные кровотечения») являются следствием нарушения гормональной функции яичников и встречаются во всех возрастных периодах:

- Ювенильный (пубертатный) возраст: 12–18 лет
- Репродуктивный возраст: 18–45 лет
- Перименопауза: 45–55 лет

Основной механизм — нарушение образования и выделения гонадотропных гормонов, что приводит к ановуляции, персистенции фолликулов и гиперэстрогении. В пубертатном возрасте функция гипофиза нестабильна, а в перименопаузе преобладает повышение ФСГ и ЛГ. В

репродуктивном возрасте причиной АМК могут быть стрессы, эндокринные нарушения (СПКЯ, СД, гипотиреоз) и прием гормональных препаратов.

**Патогенез.** АМК обусловлены сочетанием системных и местных факторов:

1 Гормональная дисфункция: нарушение циклической секреции ФСГ и ЛГ приводит к ановуляции и относительной или абсолютной гиперэстрогении.

2 Эндометриальные факторы: простагландины ( $PGE_2$ ,  $PGF_{2\alpha}$ ,  $TXA_2$ ) регулируют сосудистый тонус, тромбообразование и фибринолитическую активность, влияя на интенсивность кровотечения.

3 Фибринолитическая активность: усиление местного фибринолиза увеличивает кровопотерю.

Продолжительное действие эстрогенов при ановуляторных циклах приводит к гиперплазии эндометрия и повышает риск эндометриальных патологий.

**АМК в пубертатном возрасте.** Частота АМК у подростков достигает 10% среди всех АМК. Клинически проявляется задержкой менструации на 1,5–3 месяца с последующим обильным кровотечением более 7 дней.

**Диагностика:**

- Общий анализ крови, коагулограмма, определение тромбоцитов и антитромбина.

- Исключение коагулопатий, таких как болезнь Верльгофа.

- УЗИ при подозрении на СПКЯ.

Лечение:

**1 Гемостаз:**

- Хирургический (эндометриальное выскабливание) при тяжелой анемии ( $Hb < 7,5$  г/л).

- Гормональный: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с 0,03 мг ЭЭ, затем постепенное снижение дозы.

- Эстрогенные препараты (Эстрофем, Прогинова) при непереносимости КОК.

**2 Профилактика рецидивов:**

- Курс КОК 3–6 месяцев, далее – гестагены (Дюфастон 10–20 мг) с 16–25-го дня цикла.

- Контроль УЗИ за толщиной эндометрия и ростом доминантного фолликула.

**АМК в репродуктивном возрасте.** Частота АМК составляет 10–50%. Основной механизм – ановуляторная дисфункция с гиперэстрогенией и гиперплазией эндометрия.

**Диагностика:**

- УЗИ, гистероскопия, кольпоскопия, гистология эндометрия.

- Гормональные исследования информативной ценности не имеют.

Лечение:

1 Гемостаз: хирургический (выскабливание) предпочтительнее для исключения гиперплазии или злокачественных процессов.

2 Профилактика:

- Кломифен для восстановления овуляции, контроль УЗИ.
- КОК и прогестагены для стабилизации эндометрия.
- ВМС «Мирена» при рецидивирующих кровотечениях.
- аГнРГ (Бусерелин, Диферелин) при сопутствующих миоме или аденомиозе с add-back терапией.

Характеризуются ановуляторными кровотечениями, увеличением интервалов между менструациями и высокой частотой органической патологии (миома, аденомиоз, полипы, аденокарцинома).

**Лечение:**

- Лечебно-диагностическое выскабливание эндометрия.
- Гистологическая оценка для определения возможности гормональной терапии.
- КОК последнего поколения до среднего возраста менопаузы (51 год).
- Прогестагены (Дюфастон, Утрожестан, Норколут при миоме).
- аГнРГ с add-back терапией при рецидивах или сочетанной патологии.
- Гистерэктомия – крайняя мера при противопоказаниях к гормонотерапии или сочетании с миомой/аденомиозом.

**Заключение.** АМК – многофакторное заболевание, требующее дифференцированного подхода к диагностике и лечению. Основные задачи терапии:

- 1 Быстрый и эффективный гемостаз.
- 2 Профилактика рецидивов и гиперпластических процессов эндометрия.
- 3 Индивидуальный выбор гормональной терапии с учетом возраста и планов на беременность.

Эффективная диагностика и комплексное лечение АМК позволяют снизить риски анемии, гиперплазии эндометрия и нарушений репродуктивной функции.

### ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1 Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO Classification System (PALM-COEIN) for Causes of Abnormal Uterine Bleeding in Non-Pregnant Women of Reproductive Age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):1-5.

2 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *Practice Bulletin No. 128.* 2012.

3 Fraser IS, Critchley HO, Broder MS, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies, definitions, and diagnostic workup for abnormal uterine bleeding in women of reproductive age. *Fertil Steril.* 2011;95(7):2204-2208.

4 Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

5 Cunnington M, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine*. 2014;24(2):46–52.

6 Nelson AL, Lawrie TA, Helmerhorst TJ. Hormonal therapy for abnormal uterine bleeding in women of reproductive age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; Issue 10.