



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (77) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.02.2025, Accepted: 09.03.2025, Published: 14.03.2025

УДК 616/17-089.017

АНОВУЛЯТОРНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (Обзор литературы)

Рахмонкулова Н.Г. <https://orcid.org/0009-0002-2941-6977> E-mail: raxmonqulova.nargiza@bsmi.uz
Парпиева Ш.О. <https://orcid.org/0009-0006-0887-1793> E-mail: shakhlobegim@mail.ru
Якубова О.А. <https://orcid.org/0000-0003-1316-1359> E-mail: oltinoy62@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Аномальное маточное кровотечение, вызванное ановуляторной дисфункцией, вызывает нерегулярные и часто обильные менструации. Это состояние, если его не лечить, может оказать значительное негативное влияние на качество жизни пациентки. В связи с чем рассматриваются патофизиология, оценка и лечение аномального маточного кровотечения, связанного с ановуляторной дисфункцией, и роль персонала в правильном ведении пациентов с этим состоянием.

Ключевые слова: маточные кровотечения, овуляция, гинекология, ановуляторное кровотечение у женщин.

ANOVULATORY BLEEDING IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (Literature review)

Rakhmonkulova N.G. <https://orcid.org/0009-0002-2941-6977> E-mail: raxmonqulova.nargiza@bsmi.uz
Parpieva Sh.O. <https://orcid.org/0009-0006-0887-1793> E-mail: shakhlobegim@mail.ru
Yakubova O.A. <https://orcid.org/0000-0003-1316-1359> E-mail: oltinoy62@mail.ru

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

Abnormal uterine bleeding caused by anovulatory dysfunction causes irregular and often heavy menstrual periods. This condition, if left untreated, can have a significant negative impact on the patient's quality of life. In this regard, the pathophysiology, assessment, and treatment of abnormal uterine bleeding associated with anovulatory dysfunction and the role of personnel in the proper management of patients with this condition are discussed.

Keywords: uterine bleeding, ovulation, gynecology, anovulatory bleeding in women.

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА АНОВУЛЯТОР ҚОН КЕТИШ (Адабиётлар шарҳи)

Рахмонкулова Н.Г. <https://orcid.org/0009-0002-2941-6977> E-mail: raxmonqulova.nargiza@bsmi.uz
Парпиева Ш.О. <https://orcid.org/0009-0006-0887-1793> E-mail: shakhlobegim@mail.ru
Якубова О.А. <https://orcid.org/0000-0003-1316-1359> E-mail: oltinoy62@mail.ru

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий
кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1 Тел: (0-374) 223-94-60.
E.mail: info@adti

✓ **Резюме**

Ановулятор дисфункциядан келиб чиққан гайритабиий бачадон қон кетиши тартибсиз ва кўпинча озир ҳайз кўришини келтириб чиқаради. Бу ҳолат, беморнинг ҳаёт сифатига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Шу муносабат билан, ановулятор дисфункцияси билан боғлиқ бўлган аномал бачадондан қон кетишининг патофизиологияси, баҳолаши ва даволаши ва ушбу касалликка чалинган беморларни тегшли бошқаришда гамхўрлик қилувчиларнинг роли муҳокама қилинади.

Калит сўзлар: бачадондан қон кетиши, овуляция, гинекология, аёлларда ановулятор қон кетиши.

Актуальность

Аномальное маточное кровотечение, связанное с овуляторной дисфункцией (АМК-О) или ановуляторное кровотечение, является нециклическим маточным кровотечением, характеризующимся нерегулярными, длительными и часто обильными менструациями [1]. Оно представляет собой одну из выявленных причин аномального маточного кровотечения (АМК), часто встречающейся основной жалобой в первичной медицинской помощи, затрагивающей до одной трети женщин детородного возраста [2]. Хотя оно обычно наблюдается во время менархе и перименопаузы, оно может проявиться на любой стадии репродуктивной жизни. АМК является диагнозом исключения; другие структурные и физиологические этиологии АМК следует исключить с помощью анамнеза, физического осмотра или лабораторного анализа и визуализации, в зависимости от ситуации [3].

Этиология АМК, как полагают, коренится в нарушении в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Физиологическая ановуляция распространена в начале репродуктивной жизни, когда гипоталамо-гипофизарно-яичниковая ось еще не созрела. Вблизи менопаузы набор фолликула может произойти рано, в лютеиновой фазе, за которой следует преждевременное созревание фолликула. Это «событие лютеиновой нефазы» затем приводит к высоким уровням циркулирующего эстрадиола и увеличению менструального объема. Физиологическая ановуляция также может происходить во время лактации. Патологическая ановуляция часто возникает вторично по отношению к эндокринной дискразии, при этом наиболее часто вовлеченным процессом является синдром поликистозных яичников (СПКЯ) [2,4,5]. АМК также может быть связана с потерей или набором веса, психологическим стрессом, чрезмерными физическими упражнениями или приемом лекарств, которые влияют на метаболизм дофамина [5, 8].

АМК может возникнуть в любой момент репродуктивной жизни пациентки. После установления регулярных менструаций АМК составляет большинство случаев АМК. В одном исследовании ановуляция была выявлена у 3,4% - 18,6% менструирующих женщин, в зависимости от используемых диагностических критериев [9, 10, 11].

Фолликул является основной функциональной единицей в яичнике, отвечающей за развитие половых клеток и выработку стероидов. Пик созревания фолликулов приходится на середину овуляторного цикла. В это время повышение уровня эстрогена, сопровождаемое всплеском ЛГ и ФСГ из гипофиза, приводит к овуляции [6, 7, 10, 11]. Фолликулярные клетки впоследствии реорганизуются, образуя желтое тело. Желтое тело поставляет гормон прогестерон, который служит для стабилизации эндометрия до тех пор, пока не произойдет имплантация. При отсутствии овуляции желтое тело не образуется; это приводит к снижению уровня прогестина, что приводит к сохранению пролиферативного эндометрия. Эта нестабильная эндометриальная ткань склонна к нерегулярному и сильному отторжению. Кроме того, считается, что наличие высоких уровней эстрогена, не встречающихся сопротивления со стороны прогестерона, способствует повышению хрупкости сосудов и снижению сосудистого тонуса в эндометрии, что приводит к увеличению объема кровопотери. Аномальный синтез простагландина и повышение регуляции рецепторов простагландина, локальное повышение фибринолитической активности и повышение активности тканевого активатора плазминогена рассматриваются как механизмы аномального маточного кровотечения, вторичного по отношению к овуляторной дисфункции. Наиболее распространенными клиническими признаками являются обильные менструальные кровотечения, нерегулярные менструации и межменструальные кровотечения [2, 3, 10, 11, 14].

Как и при любом заболевании, подробный анамнез и физический осмотр могут значительно сузить дифференциальную диагностику и помочь в выборе соответствующих тестов и визуализации для оценки АМК [2, 3, 14]. Для пациентов подросткового возраста важно собрать анамнез как в присутствии родителей пациента, так и в их отсутствие, поскольку пациенты подросткового возраста могут быть не готовы откровенно обсуждать свои симптомы и сексуальные практики в присутствии родителей. Нерегулярные кровотечения, связанные с АМК, обычно проявляются фазами аменореи, которые могут длиться месяцами, и фазами либо обильного кровотечения, либо кровянистых выделений. Типичные предменструальные симптомы обычно отсутствуют. АМК следует подозревать у женщин, особенно на крайних стадиях репродуктивного возраста, у которых наблюдается нерегулярный характер кровотечений.

Оценка анамнеза должна включать:

Характер кровотечения. Частота, регулярность и продолжительность кровотечений. Объем кровопотери [15,15,17].

Исследования показали, что восприятие пациентом потери крови во время менструации ненадежно [18,19]. Оценка объема менструации лучше всего осуществляется с помощью таких вопросов: Выделялись ли у вас сгустки крови? Как часто вы меняете прокладки или тампоны? Они полностью или частично пропитываются при каждой смене? Нужно ли вам менять гигиенические средства на ночь? Наличие/отсутствие посткоитального кровотечения. Наличие посткоитального кровотечения скорее указывает на внематочную причину (например, полипы шейки матки).

Кровотечение со стулом. Наличие этого симптома указывает на желудочно-кишечную этиологию, что может исказить восприятие потери крови.

Сопутствующие признаки/симптомы. Лихорадка, озноб, тазовая боль, выделения из влагалища, дисфункция кишечника или мочевого пузыря

Признаки/симптомы, связанные с известными причинами АМК. СПКЯ: ожирение, гирсутизм по мужскому типу или быстро прогрессирующий гирсутизм, угри, акне.

Дисфункция щитовидной железы: учащенное сердцебиение, тахикардия, непереносимость горячего/холодного, утомляемость, увеличение веса.

Гиперпролактинемия: галакторея, спонтанная или выраженная лактация при осмотре.

Коагулопатия: положительный семейный анамнез, легкое образование синяков, петехии.

Семейная история с особым акцентом на:

- Менструальный анамнез матери и братьев и сестер
- Коагулопатии (например, болезнь Виллебранда, дефицит фактора VIII)
- Гормонально-чувствительные виды рака (например, рак молочной железы, рак яичников)

Физическое обследование должно включать оценку:

• Жизненно важные показатели: жизненно важные показатели, включая ортостатическое артериальное давление, если есть опасения по поводу гиповолемии или анемии.

• Общие сведения: оценка ИМТ/состава тела

• Голова и шея: бледность конъюнктивы или слизистых оболочек, обследование щитовидной железы

• Живот: болезненность, уплотнения, вздутие.

• Таз/промежность: осмотр вульвы, влагалищное исследование, осмотр в зеркалах, мазок Папаниколау и посев цервикальной слизи, если есть подозрение на ИППП. Ректальное исследование, если есть подозрение на ректальный источник кровотечения [3,15,16].

В случаях острого АМК, когда наблюдается отдельный эпизод кровотечения, требующий немедленной медицинской помощи, врач должен сначала стабилизировать состояние пациентки, затем провести обследование с помощью трансвагинальной ультрасонографии для выявления патологии матки и соногистерографии для выявления патологии эндометрия.

Визуализация может использоваться как инструмент оценки первой линии, если это оправдано историей или симптомами. Она также может использоваться вторично у пациентов, которым не помогает медикаментозное лечение. Наиболее распространенными методами являются гистероскопия, трансвагинальная ультрасонография, магнитно-резонансная томография (МРТ) и соногистерография с инфузией физиологического раствора [3].

Аномальное маточное кровотечение, сопровождающее овуляторную дисфункцию, является диагнозом исключения. Дифференциальный диагноз включает все этиологии АМК. Международная федерация гинекологии и акушерства (FIGO) создала систему PALM-COEIN в 2011 году для выявления распространенных причин АМК у небеременных женщин. Группа PALM представляет структурные аномалии, которые можно измерить с помощью визуализации или гистопатологии и которые часто подлежат хирургическому лечению. Группа COEIN представляет неструктурные этиологии, которые обычно требуют медицинского лечения.

П: Полип

А: Аденомиоз

Л: Лейомиома

М: Злокачественность

С: Коагулопатия

О: Овуляторная дисфункция

Е: Эндометрий

У: Ятрогенный

N: Пока не классифицировано

Конкретные причины овуляторной дисфункции, заслуживающие рассмотрения, включают:

- Беременность (неосложненная, угроза выкидыша, неполный выкидыш, внематочная беременность)
- Менархе, перименопауза, преждевременное угасание функции яичников
- Лактация
- Эндокринопатия (дисфункция щитовидной железы, гиперпролактинемия, расстройство гипофиза)
- Использование лекарств

Особенно антипсихотики, антидепрессанты (трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), верапамил, противорвотные средства

Внематочные причины вагинального кровотечения включают вагинит, травму половых органов, инородное тело, неоплазию вульвы и неоплазию влагалища.

Лечение АМК определяется этиологией ановуляции и терапевтическими целями пациентки. Необходимо скорректировать основные эндокринные нарушения. Нормализация расстройств пищевого поведения или стресса, хотя это и сложно, может быть достигнута. Если лекарства вызывают овуляторную дисфункцию, пациентка должна получить консультацию относительно показаний к применению этих лекарств, рисков/преимуществ любых альтернатив и любых способов смягчения эффектов препарата. Выбор лечения часто зависит от репродуктивных желаний пациентки. В конечном счете, безопасность пациентки имеет первостепенное значение, поскольку овуляторная дисфункция может привести к гиперплазии эндометрия или злокачественным новообразованиям.

Медикаментозное лечение является основой лечения АМК. Варианты медицинского лечения включают терапию только прогестинном и комбинированную гормональную контрацепцию. Прогестинная терапия доступна в нескольких формах, включая внутриматочное средство (ВМС), внутримышечные инъекции и оральные гормональные таблетки, содержащие только прогестин. Неконтрацептивные прогестины могут назначаться циклически (от 7 до 10 дней в месяц) для стимуляции регулярных кровотечений отмены. ВМС, выделяющая левоноргестрел, подходит для лечения во всех возрастных группах. Комбинированная гормональная контрацепция доступна в виде оральных таблеток, трансдермального пластыря и интравагинального кольца. Все эти варианты могут защитить эндометрий от гиперплазии или злокачественности. Циклические прогестины или комбинированные гормональные контрацептивы также могут улучшить регулярность кровотечений у пациенток, если они этого хотят.

Если пациентка желает фертильности, контрацептивы больше не соответствуют целям ее лечения. Краткосрочные курсы вышеперечисленных средств могут быть стратегией, пока пациентка не будет готова попытаться активно достичь беременности. Коррекция основных нарушений, опять же, имеет важное значение. Для женщин с синдромом поликистозных яичников потеря веса, как было показано, снижает циркулирующие андрогены. Снижение массы тела всего на 5% может привести к спонтанному возобновлению нормальных

менструаций. Фармакологические средства для снижения веса также могут улучшить функцию яичников у пациенток с СПКЯ. К ним относятся орлистат, ингибитор абсорбции липидов в кишечнике, и сибутрамин, который является анорексичным средством. Индукция овуляции с помощью таких лекарств, как летрозол или кломифен цитрат, также может быть вариантом для пациенток с ановуляцией и желанием забеременеть. Кломифен цитрат традиционно использовался в качестве первой линии для индукции овуляции. В зависимости от популяции исследования показали, что частота живорождений в течение 6 месяцев составляет от 20% до 40% при применении кломифена. Однако более поздние исследования показали, что летрозол может быть более эффективным, чем кломифен, у пациентов с СПКЯ, с более высокой частотой живорождений (коэффициент шансов 1,64) и более высокой частотой клинической беременности (коэффициент шансов 1,4). Инсулиносенсибилизирующие агенты, такие как метформин, также использовались у женщин с СПКЯ. В частности, у женщин с ожирением сочетание метформина с кломифеном может повысить частоту наступления беременности по сравнению с одним кломифеном [20,21,22].

Хирургическое лечение АМК-О показано в случаях неэффективности медикаментозного лечения и/или противопоказаний к приему лекарств. Лапароскопическое бурение яичников было вариантом для пациенток с СПКЯ, которые хотели бы иметь фертильность, но были устойчивы к таким лекарствам, как кломифен цитрат. К сожалению, нет убедительных доказательств того, что эта процедура значительно улучшает клинические показатели беременности, показатели живорождения или показатели выкидышей у этих пациенток. Кроме того, есть некоторые опасения относительно долгосрочных эффектов этой процедуры на функцию яичников. С другой стороны, существуют исследования, которые показывают, что бурение яичников снижает показатель многоплодной беременности. Было показано, что для женщин с патологическим ожирением и СПКЯ операция желудочного шунтирования нормализует репродуктивные и метаболические нарушения у многих пациенток [24,25].

Из-за риска гиперплазии и злокачественности забор эндометриальной ткани, например, биопсия эндометрия или дилатация и выскабливание, следует проводить в качестве теста первой линии у женщин с АМК старше 45 лет. Забор также следует проводить у молодых женщин, если у них в анамнезе есть непреодолимое воздействие эстрогена, если медикаментозное лечение не дало результата или если у них наблюдается постоянное аномальное кровотечение. У пациенток, завершивших деторождение, гистерэктомия является окончательным методом лечения аномального кровотечения и лечения/профилактики гиперплазии эндометрия. Преимущество гистерэктомии в том, что она дает немедленный эффект и является постоянной [3, 10].

Альтернативно, абляция эндометрия является хирургической процедурой, которая может помочь многим пациентам с аномальным маточным кровотечением. Однако абляция эндометрия не рекомендуется пациентам с гиперплазией эндометрия или злокачественными новообразованиями [23,24]. Также были зарегистрированы случаи, когда пациенты имели рак эндометрия после процедуры абляции, поэтому необходимо проявлять осторожность при рекомендации этой процедуры пациентам, таким как пациенты с АМК, у которых уже может быть повышенный риск развития внутриматочной злокачественности [25,26]. В одном исследовании при 1-летнем успехе лечения (как определено по шкале оценки крови на картинке, составляющей менее или равной 75) наблюдался у 88,3% пациенток, прошедших радиочастотную абляцию эндометрия, и у 81,7% пациенток, прошедших резектоскопическую резекцию эндометрия. Частота аменореи в этом исследовании за один год составила 41% для радиочастотной абляции и 35% для абляции эндометрия с помощью резектоскопа. Что касается неудач, в одном исследовании со средним периодом наблюдения 39 месяцев 13,4% женщин, перенесших абляцию эндометрия, впоследствии перенесли гистерэктомию [27, 28].

Общий прогноз для пациентов с АМК хороший. Симптомы, как правило, можно контролировать медикаментозно, что приводит к значительному улучшению качества жизни пациента. Даже в худшем случае прогноз рака эндометрия относительно хороший по сравнению с другими гинекологическими злокачественными новообразованиями. Индукция овуляции также может быть очень успешной у пациентов, желающих сохранить фертильность. В одном обзоре летрозол достиг показателя живорождения 27,5%, а кломифен цитрат достиг показателя живорождения 19,1% [15].

Аномальное маточное кровотечение с овуляторной дисфункцией является частой жалобой как в первичной медицинской помощи, так и в клиниках акушерства и гинекологии. Поскольку существует множество причин, крайне важно иметь междисциплинарную команду, занимающуюся этой проблемой со здоровьем. Большинство пациенток изначально обращаются к врачу первичной медицинской помощи или медсестре.

Направление к гинекологу должно быть сделано как можно скорее, чтобы предотвратить задержки в диагностике и лечении. Пока пациентка находится под наблюдением специалиста, врачи первичной медицинской помощи должны поощрять ее поддерживать здоровый вес тела, отказаться от курения, придерживаться здоровой диеты и регулярно заниматься спортом.

Заключение

Таким образом, учитывая множество лекарственных препаратов, доступных для лечения, разумно включать фармаколога на каждом этапе пути для выбора препарата, дозировки, проверки взаимодействия лекарств и консультирования пациентов. Возможность быстрой диагностики состояния позволяет быстрее начать лечение и направить к специалисту, если необходимо. Было показано, что соответствующее междисциплинарное командное лечение АМК улучшает качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Busfield R.A., Farquhar C.M., Sowter M.C., Lethaby A., Sprecher M., Yu Y., Sadler L.C., Brown P., Johnson N. Рандомизированное исследование, сравнивающее внутриматочную систему с левоноргестрелом и термическую баллонную абляцию при обильном менструальном кровотечении. *BJOG*. 2006 март; 113 (3):257-63.
2. Cooper J., Gimpelson R., Laberge P., Galen D., Garza-Leal J.G., Scott J., Leyland N., Martyn P., Liu J. Рандомизированное многоцентровое исследование безопасности и эффективности системы NovaSure при лечении меноррагии. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002 ноябрь; 9 (4):418-28.
3. Creanga A.A., Bradley H.M., McCormick C., Witkop C.T. Использование метформина при синдроме поликистозных яичников: метаанализ. *Obstet Gynecol*. 2008 апрель; 111 (4):959-68.
4. Escobar-Morreale H.F., Botella-Carretero J.I., Alvarez-Blasco F., Sancho J., San Millán J.L. Синдром поликистозных яичников, связанный с патологическим ожирением, может разрешиться после потери веса, вызванной бариатрической хирургией. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2005 Декабрь; 90 (12):6364-9.
5. Фрэнк С., Кремер Дж.А., Нейн В.Л., Фаркуар С. Ингибиторы ароматазы для женщин с повышенной фертильностью и синдромом поликистозных яичников. *Cochrane Database Syst. ред.* 2014 г., 24 февраля;(2):CD010287.
6. Gupta J., Kai J., Middleton L., Pattison H., Gray R., Daniels J., ECLIPSE Trial Collaborative Group. Внутриматочная система с левоноргестрелом против медикаментозной терапии меноррагии. *N Engl J Med*. 2013 10 января; 368 (2):128-37.
7. Hale G.E., Hughes C.L., Burger H.G., Robertson D.M., Fraser I.S. Атипичные паттерны секреции эстрадиола и овуляции, вызванные событиями лютеиновой нефазы (LOOP), лежащими в основе нерегулярных овуляторных менструальных циклов в менопаузальном переходе. *Менопауза*. 2009 Январь-Фев; 16 (1):50-9.
8. Хейнс П.Дж., Ходжсон Х., Андерсон А.Б., Тернбулл А.С. Измерение менструальной кровопотери и пациентов, жалующихся на меноррагию. *Бр. Дж. Обстет. Гинекол.* 1977 октябрь; 84 (10): 763-8.
9. Kjerulff K.H., Erickson B.A., Langenberg P.W. Хронические гинекологические заболевания, о которых сообщают женщины в США: результаты Национального опроса о состоянии здоровья, 1984-1992. *Am J Public Health*. 1996 февраль; 86 (2):195-9.
10. Legro R.S., Brzyski R.G., Diamond M.P., Coutifaris C., Schlaff W.D., Casson P., Christman G.M., Huang H., Yan Q., Alvero R., Haisenleder D.J., Barnhart K.T., Bates G.W., Usadi R., Lucidi S., Baker V., Trussell J.C., Krawetz S.A., Snyder P., Ohl D., Santoro N., Eisenberg E., Zhang H., NICHD Reproductive Medicine Network. Летрозол против кломифена при

- бесплодии при синдроме поликистозных яичников. *N Engl J Med.* 2014 10 июля; 371 (2):119-29.
11. Lynch K.E., Mumford S.L., Schliep K.C., Whitcomb B.W., Zarek S.M., Pollack A.Z., Bertone-Johnson E.R., Danaher M., Wactawski-Wende J., Gaskins A.J., Schisterman E.F. Оценка ановуляции у женщин с эменореей: сравнение алгоритмов определения овуляции. *Fertil Steril.* 2014 август; 102 (2):511-518.e2.
 12. Morrell M.J., Hayes F.J., Sluss P.M., Adams J.M., Bhatt M., Ozkara C., Warnock C.R., Isojärvi J. Гиперандрогения, овуляторная дисфункция и синдром поликистозных яичников при применении вальпроата по сравнению с ламотриджином. *Ann Neurol.* 2008 август; 64 (2):200-11.
 13. Mu L., Zhao Y., Li R., Lai Y., Chang H.M., Qiao J. Распространенность синдрома поликистозных яичников среди метаболически здоровой популяции с ожирением. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2019 август; 146 (2):164-169.
 14. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., Fraser I.S., FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Система классификации FIGO (PALM-COEIN) причин аномального маточного кровотечения у небеременных женщин репродуктивного возраста. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Апрель; 113 (1):3-13.
 15. Shaaban M.M., Zahera M.S., El-Nashar S.A., Syed G.H. Внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел, в сравнении с низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами при идиопатической меноррагии: рандомизированное клиническое исследование. *Контрацепция.* 2011 Январь; 83 (1):48-54.
 16. Shavell V.I., Diamond M.P., Senter J.P., Kruger M.L., Jones D.A. Гистерэктомия после эндометриальной абляции. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012 июль-авг.; 19 (4):459-64.
 17. Wise M.R., Gill P., Lensen S., Thompson J.M., Farquhar C.M. Индекс массы тела важнее возраста при принятии решения о проведении биопсии эндометрия: когортное исследование симптоматических женщин в пременопаузе. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 ноябрь; 215 (5):598.e1-598.e8.
 18. Wortman M., Vilos G.A., Vilos A.G., Abu-Rafea B., Dwyer W., Spitz R. Постаблационная эндометриальная карцинома. *JSLs.* 2017 Апрель-Июнь; 21 (2).
 19. Wouk N., Helton M. Аномальное маточное кровотечение у женщин в пременопаузе. *Am. Fam. Physician.* 2019 Apr 01; 99 (7):435-443.
 20. Брэдли Л.Д., Гейе Н.А. Медицинское лечение аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Январь; 214 (1):31-44.
 21. Бюллетени практики Комитета АСОГ. Бюллетень практики АСОГ. Клинические рекомендации по ведению для акушеров-гинекологов. Номер 81, май 2007 г. *Obstet Gynecol.* 2007 май; 109 (5):1233-48.
 22. Комитет Американской коллегии акушеров и гинекологов по практическим бюллетеням — Гинекология. Практический бюллетень АСОГ № 194: Синдром поликистозных яичников. *Obstet. Gynecol.* 2018 июнь; 131 (6):e157-e171.
 23. Комитет по практическим бюллетеням — Гинекология. Практический бюллетень № 128: диагностика аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста. *Obstet Gynecol.* 2012 июль; 120 (1):197-206.
 24. Мадхусуданан С., Париди С., Хименес К. Гиперпролактинемия, связанная с психотропными препаратами — обзор. *Hum Psychopharmacol.* 2010 июнь-июль; 25 (4):281-97.
 25. Практический бюллетень № 136: лечение аномальных маточных кровотечений, связанных с овуляторной дисфункцией. *Obstet Gynecol.* 2013 июль; 122 (1):176-185.
 26. Скрининг и лечение нарушений свертываемости крови у подростков с обильными менструальными кровотечениями: Мнение комитета АСОГ, номер 785. *Obstet Gynecol.* 2019 сентябрь; 134 (3):e71-e83.
 27. Фаркуар К., Браун Дж., Марджорибанкс Дж. Лапароскопическое сверление с помощью диатермии или лазера для индукции овуляции при ановуляторном синдроме поликистозных яичников. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jun 13;(6):CD001122.
 28. Элмаогуллары С., Айкан З. Аномальное маточное кровотечение у подростков. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2018 31 июля; 10 (3):191-197.

Поступила 20.02.2025