



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

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.14-005.1-053.6-07-08-036.82 (075.8)

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Ходжаева А.С., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7046>

Акрамова Н.А., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7048>

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Узбекистана, 100077, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, улица Паркентская, № 51.

Тел.: +998 71 268-17-44. E-mail: info@tipme.uz

✓ Резюме

В статье рассмотрены особенности преморбидного фона (ПФ) и звенья механизма возникновения маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) с целью оптимизации патогенетической терапии.

Цель: Дифференцированный подход к лечению МКПП с учетом клинко-патогенетических вариантов.

Материал и методы: Обследовано 120 девочек-подростков (средний возраст $14,3 \pm 1,9$ года) с МКПП. Лечение традиционное, стандартное и альтернативное.

Результаты: Выявлены основные клинко-патогенетические варианты развития МКПП. На основании этого предложен дифференцированный подход к их лечению, что позволит оптимизировать тактику ведения и избежать рецидивов.

Ключевые слова: маточные кровотечения пубертатного периода, преморбидный фон, факторы риска, клинко-патогенетические варианты, рецидивы, недостаточность лютеиновой фазы, дефицит прогестерона.

ACTUAL ASPECTS OF THE UTERINE BLEEDINGS OF THE PUBERTAL PERIOD

Xodjayeva A.S., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7046>

Akramova N.A., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7048>

Center for Professional Development of Medical Personnel Uzbekistan, 100077, Tashkent, Mirzo-Ulugbek District, Parkentskaya Street, 51 phone: +998 71) 268-17-44 e-mail: info@tipme.uz

✓ Resume

The article discusses the features of the premorbid background (PB) and the links in the mechanism of uterine bleeding during puberty (UBDP) in order to optimize pathogenetic therapy.

Purpose: A differentiated approach to the treatment of uterine bleeding during puberty (UBDP), taking into account clinical and pathogenetic variants. Material and methods: 120 adolescent girls (average age 14.3 ± 1.9 years) with UBDP were examined. The treatment is traditional, standard and alternative.

Results: The main clinical and pathogenetic variants of the development of UBDP have been identified, on the basis of which a differentiated approach to their treatment has been proposed, which will optimize management tactics and avoid relapses.

Key words: uterine bleeding during puberty, premorbid background, risk factors, clinical and pathogenetic variants, relapses, luteal phase insufficiency, progesterone deficiency.

PUBERTAT DAVRDA BACHADONDAN QON KETISHINING MUAMMOLI JIHATLARI.

Xodjayeva A.S., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7046>

Akramova N.A., <https://orcid.org/0009-0000-4125-7048>

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, O'zbekiston, 100077, Toshkent shahri, Mirzo Ulug'bek tumani, Parkent ko'chasi, 51-son tel: +998 71) 268-17-44 e-mail: info@tipme.uz

✓ **Rezyume**

Maqolada patogenetik terapiyani optimallashtirish uchun premorbid fon (PF) va balog'at yoshidagi bachadondan qon ketish (BYBQK) mexanizmining xususiyatlari muhokama qilinadi.

Maqsad: klinik va patogenetik variantlarni hisobga olgan holda balog'at yoshidagi bachadondan qon ketish (BYBQK)ni davolashga differentsial yondashuv. Materiallar va usullar: balog'at yoshidagi bachadondan qon ketishi (BYBQK) bo'lgan 120 o'smir qiz (o'rtacha yoshi $14,3 \pm 1,9$ yosh) tekshirildi. Davolash an'anaviy standart va muqobildir. Natijalar: balog'at yoshidagi bachadondan qon ketish (BYBQK)ni rivojlantirishning asosiy klinik va patogenetik variantlari aniqlandi, buning asosida ularni davolashga tabaqalashtirilgan yondashuv taklif etiladi, bu esa boshqarish taktikasini optimallashtiradi va takrorlanishlarni oldini oladi.

Kalit so'zlar: balog'at yoshidagi bachadondan qon ketish, premorbid fon, xavf omillari, klinik va patogenetik variantlar, relapslar, luteal faza yetishmovchiligi, progesteron yetishmovchiligi.

Актуальность

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) продолжают оставаться актуальной проблемой детской гинекологии, существенно снижают репродуктивный потенциал подрастающего поколения, негативно влияют на репродуктивное здоровье женщины фертильного возраста. Главной причиной возникновения маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) является незрелость репродуктивной системы девочки-подростка, частота колеблется от 19% до 36%, рецидивы до 43% и не имеют тенденции к снижению. Факторами риска возникновения МКПП исследователями подчеркивается значимая роль бактериально-вирусной инфекции, гиповитаминозов, вторичные нарушений в системе гемостаза, которые воздействуя на организм девочки-подростка в период гормональной перестройки (отдельно взятые или совместно) в итоге приводят к нарушению метаболизма эстрогенов, дисгормонозу, появлению состояния относительной и/или абсолютной гиперэстрогемии [1,3,4,7]. Вместе с тем, имеющиеся сегодня многочисленные методы лечения девочек-подростков с МКПП несовершенны, о чем свидетельствует высокая частота их рецидивов (до 43%). Поэтому поиск клиницистами оптимальных патогенетически обоснованных методов лечения девочек-подростков, страдающих МКПП и их рецидивами, продолжается.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-патогенетических вариантов возникновения МКПП для оптимизации их дифференцированной коррекции и прогноза.

Материал и методы

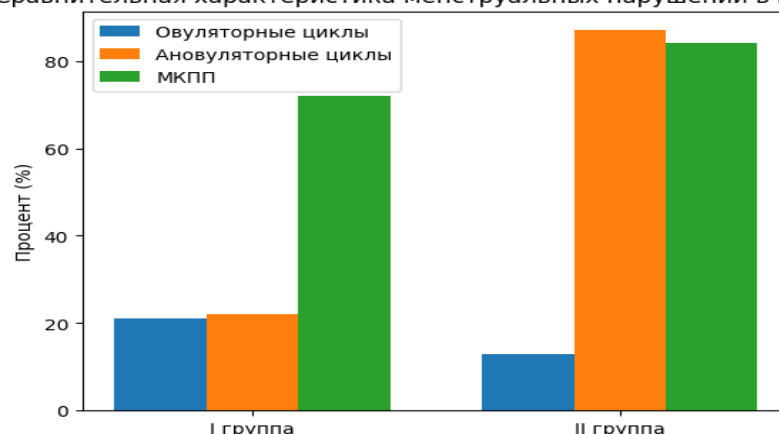
В статье представлены результаты профосмотров ($n=1200$), ретроспективного ($n=150$) и проспективного ($n=150$) обследований за период 2022-2025гг. девочек-подростков с МКПП в возрасте 13-16 лет (средний возраст $14,3 \pm 1,9$). Пациентки были разделены на две сравнительные группы: 1-я группа – первичные МКПП ($n=60$), 2-я группа - рецидивы МКПП ($n=60$). Контрольную группу составили девочки-подростки с нормальным менструальным циклом ($n=20$). Критерии включения в исследование и исключения из него соответствовали общепринятым в гинекологической практике при пубертатных маточных кровотечениях. Все исследования проводились с учетом требований Хельсинской декларации Всемирной Ассоциации «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека», ведомственных нормативных документов, согласно принципам доказательной медицины.

Результат и обсуждения

Период полового созревания, как известно, является наиболее уязвимым ввиду незрелости механизмов адаптации, в связи с чем был проведен детальный сравнительный анализ преморбидного фона (ПФ) обследованных пациенток. Наибольшее отягощение преморбидного фона заболеваниями ЖКТ отмечено у 62% обследованных пациенток II группы, анемией 1-2-степени (53%), патологией щитовидной железы (46%), воспалительными заболеваниями верхнего отдела дыхательного тракта (хроническими тонзиллитами и частыми ОРЗ)- (45%). У пациенток 1-й группы ПФ оказался менее отягощённым вышеперечисленными соматическими заболеваниями (до 30%) по сравнению с пациентками II группы (до 70%). Следовательно, преморбидный фон у

пациенток обеих групп с МКПП оказался отягощён множественными разно системными соматическими заболеваниями. Изучение гинекологической заболеваемости среди обследованных пациенток выявило воспалительные заболевания гениталий (вульвовагиниты, аднекситы) в 65% у пациенток 2-й группы, 31% - у пациенток 1-й группы. Бактериологическое изучение влагалищных выделений выявило моно возбудитель лишь в 11%, в остальных 89% случаях обнаружена ассоциация микроорганизмов с преобладанием хламидийно-грибково-кокковой (аэробной-анаэробной) флоры.

Сравнительная характеристика менструальных нарушений в группах



К моменту обследования нарушения менструального цикла наблюдались у всех пациенток обеих сравниваемых групп (n=120). Длительность нарушения менструального цикла составила от трёх месяцев до трёх лет. За этот период 78% больных не обращались к врачу, 22% больных получали лечение, которое оказалось неэффективным. Возраст менархе у обследованных больных составил $14,9 \pm 0,6$ лет. Ритм менструального цикла установился через 3-6 месяцев у 75,4% пациенток, через год – 24,6%. В первой группе МКПП возникли после непродолжительного периода олигоменореи (5-6 мес) в 72%, у пациенток второй группы МКПП появились после нерегулярного ритма менструального цикла через 1.5-2 года (84%). В наших исследованиях частота овуляторных циклов у обследованных больных составила I группа - 21%, II группа - 13%, ановуляторных - 22% и 87% соответственно. Нарушения ритма менструаций (72%-84%), увеличение объёма кровопотери (частые обильные менструации) наблюдались у всех обследованных пациенток. Овуляторный менструальный цикл сопровождался недостаточностью лютеиновой фазы преимущественно по типу преждевременной атрезии желтого тела (16%), персистенцией зрелого/незрелого желтого тела (15%). При ановуляторных циклах преимущественно наблюдалась атрезия зрелого/незрелого фолликула (72%) и персистенция фолликула 15%. Эпизоды первично возникших МКПП – 62%, рецидивы - 38% случаев. Детальный анализ клинико-патогенетических

особенностей становления и нарушений менструального цикла у обследованных пациенток с МКПП выявил наличие двух основных патогенетических варианта: ановуляторный (87%) с преимущественной атрезией фолликулов и овуляторный тип (20%) с преимущественной персистенцией фолликула.

Всем обследованным пациенткам были проведены неоднократные эхографические исследования состояния матки и яичников в процессе лечения. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

УЗИ- характеристика менструального цикла обследованных больных (n=120)

	Овуляторный м.цикл	Ановуляторный м.цикл
Преждевременная атрезия ж.т.	12.5 ± 2.9	--
Персистенция незрелого фолликула	15.6 ± 4.8	37.9 ± 5.4
Персистенция зрел фол	14.6 ± 8.1	39.5 ± 4.9
Пепсистенция ж.т.	16.7 ± 8.5	28.9 ± 5.2
Атрезия зрел фол	--	57.9 ± 1.8
Атрезия незрел фол	--	24.8 ± 3.3

Эхографические характеристики фолликулогенеза в яичниках до лечения свидетельствовали о яичниковой недостаточности по типу НЛФ. Преобладание ановуляторных менструальных циклов в дальнейшем отразилось на гормональном дисбалансе эстрогенов и прогестерона. Результаты определения концентрации половых стероидных гормонов в крови обследованных женщин представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Концентрации стероидных гормонов у обследованных больных (n=120)

Фаза м.ц.	ЛГ МЕ/л	ФСГ МЕ/л	Е2 пмоль/л	Прогестерон Нмоль/л	Тестостерон Нмоль/л
	До лечения				
1 фаза	6.6 (5.7-7.7)	3.5 (3.1-4.0)	260(225-280)	2.1(2.0-2.3)	1.2(1.6-1.9)
2 фаза	6.8 (5.6-7.8)	2.8 (2.3-3.1)	569 (520-622)	2.4 (2.2-3.1)	1.8 (1.6-1.9)
	После лечения				
1 фаза	6.5 (5.6-6.9)	3.4 (3.2-3.9)	241 (234-583)	2.3(2.1-2.5)	1.2(1.6-1.9)
2 фаза	6.7(5.8-7.4)	3.3(3.2-3.5)	547(537-621)	2.8(2.6-2.9)	1.7(1.4-1.9)

Исходный уровень тропных гормонов аденогипофиза у пациенток основных групп в процессе лечения соответствовал референсным нормативным значениям (ФСГ $3,6 \pm 0,14$ МЕ/л; ЛГ $2,97 \pm 0,11$ МЕ/л) ($p < 0,001$). Однако в основных группах была повышена концентрация эстрадиола, что свидетельствовало о неконтролируемой относительной гиперэстрогении в результате дефицита прогестерона (НЛФ).

Общее состояние тематических больных оценивалось как удовлетворительное с учётом объективного статуса и показателей гемодинамики. После проведённого курса противовоспалительной терапии пациентки 1-й группы (n=60) получали гемостатическую терапию традиционно половыми стероидными гормонами ((этинилэстрадиол 30мкг+дезогестрел 0.75мкг), входящих в состав КОК, первоначально с целью остановки кровотечения, затем с целью нормализации менструального цикла в циклическом режиме 3-6 мес.

Пациентки II группы (n=60), также после курса противовоспалительной терапии, получали альтернативное лечение с целью коррекции недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла лекарственным препаратом, содержащим микронизированный прогестерон.

Обоснованием выбора препарата явилось преимущественное нарушение менструального цикла по типу недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ, гиполютеинизм), механизм развития которой многокомпонентный, приводит к дефициту выработки гормона жёлтого тела – прогестерону (прогестерон дефицитное состояние). Для коррекции гормональных нарушений – прогестерон дефицитных состояний мы использовали микронизированный прогестерон содержащий препарат Гиножестан у девочек-подростков, страдающих рецидивирующими маточными кровотечениями. Схема лечения включала приём микронизированного прогестерона во вторую фазу менструального цикла в дозе 200 мг/с перорально в течение 1-2-3 месяцев (курс индивидуален). Во II группе пациенток восстановился ритм и характер менструального цикла ко 2-му месяцу лечения у 50-ти больных, т.е. значительно быстрее, чем в I группе. Ни в одном случае не было рецидива маточного кровотечения. Показатели гормонального профиля по окончании лечения показали положительную динамику в уровнях половых гормонов: снижение уровня эстрадиола до референсных значений и повышение концентрации прогестерона.

Клиническое течение коррелировало с инструментально-лабораторными показателями. Результаты УЗИ в контрольной группе соответствовали возрастной норме. Однако до лечения у всех пациенток основных групп на фоне нормативных размеров матки М-эхо на 2-3 день цикла визуализировалось в виде гиперплазированной линии (гиперплазия эндометрия). $15,2 \pm 0,09$ мм, несколько единичных фолликулов (1-2) диаметром 2-3 мм и мелкие точечные фолликулы в количестве 6-8 диаметром 1-2 мм. Признаки овуляции отсутствовали.

УЗИ результаты после лечения у всех пациенток основных групп свидетельствовали о позитивных изменениях в органах малого таза (матке и яичниках): уменьшение величины

гиперплазированного эндометрия - тонкую линию эндометрия 5.2 ± 0.02 мм, повышенную эхогенность эндометрия матки, что свидетельствовало о появлении полноценной секреции; в яичниках появились здоровые ранние антральные фолликулы в количестве 4-5, исчезла мелкозернистость, появилась двухфазность цикла - овуляция. Визуально налицо имелись признаки уменьшения яичниковой и маточной недостаточности, появившейся яичниковой состоятельности.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных методах исследования, наблюдалось улучшение клинической симптоматики, остановка маточного кровотечения – восстановился ритм менструаций, появилась двухфазность менструального цикла - овуляция (75%).

Выводы: Основным клинко-патогенетическим механизмом возникновения МКПП является ановуляторный тип в результате атрезии фолликулов и реже овуляторный тип с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы, что приводит к относительной гиперэстрогемии и гиперплазии эндометрия на фоне дефицита прогестерона.

Заключение

Применение прогестерон содержащего препарата, содержащего микронизированный прогестерон, высокоэффективно при лечении нарушений менструального цикла на фоне прогестерон дефицитного состояния при недостаточности лютеиновой фазы у девочек-подростков. Такой подход к лечению маточных кровотечений у девочек-подростков патогенетически оправдан, улучшает прогноз и является «питательной» поддержкой гормональной и иммунной системам, что весьма важно для формирования здоровой репродуктивной системы в дальнейшем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (VANCOUVER)

1. Gurkin YuA. Gynecology of adolescents. Saint Petersburg: Foliant; 2019. 574 p. (In Russian).
2. Karakhalis LYu, Fedorovich OK. Treatment of dysmenorrhea in women of early reproductive age. Consilium Medicum. 2020;9(6):13–16. (In Russian).
3. Karacus S, Kiran G, Ciralik H. Efficacy of micronized vaginal progesterone versus oral dydrogesterone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomized controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019;49:685–688.
4. Prilepskaya VN, Yaglov VV. Inflammatory diseases of the pelvic organs. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. (In Russian).
5. Pinkerton JV. Pharmacological therapy for abnormal uterine bleeding. Menopause. 2022;18(4):446–453.
6. Uvarova EV. Uterine bleeding in puberty. In: Savelyeva GM, Serov VN, Sukhikh GT, editors. Obstetrics and gynecology. 4th ed. Moscow; 2022. p. 678–703. (In Russian).
7. Uvarova EV. Pediatric and adolescent gynecology. Moscow: Littera; 2022. 375 p. (In Russian).
8. Khodjaeva AS. Reproductive health of adolescent girls. Tashkent; 2023. 239 p. (In Russian).
9. Khodjaeva AS. Dysmenorrhea in adolescent girls in the context of COVID-19. Methodical guidelines. Tashkent; 2023. 54 p. (In Russian).

Поступила 20.01.2026