

Клинические рекомендации

Аномальные маточные кровотечения: диагностика и тактика ведения

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): **N92/N95**

Возрастная группа: **Взрослые/дети**

Год утверждения (частота пересмотра): **2026** (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	2
Термины и определения	3
1. Краткая информация.....	3
1.1 Определение.....	3
1.2 Этиология и патогенез	3
1.3 Эпидемиология	5
1.4 Кодирование по МКБ 10	5
1.5 Классификация.....	6
1.6 Клиническая картина.....	7
2. Диагностика	7
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторная диагностика	9
2.4 Инструментальная диагностика	10
2.5 Иная диагностика	12
3. Лечение.....	12
3.1 Консервативное лечение	13
3.2 Хирургическое лечение.....	15
3.3 Иное лечение	16
4. Реабилитация	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	19
6. Организация медицинской помощи	19
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома.....	20
Критерии оценки качества медицинской помощи	23
Список литературы	24
Приложение А1. Состав рабочей группы	30
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.	32
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	34
Приложение В. Информация для пациента	36
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций.....	37

Список сокращений

- аГн-РГ – агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
- АД – артериальное давление
- АМК – аномальное маточное кровотечение
- АТХ – анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных средств
- АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
- ВДКН – врожденная дисфункция коры надпочечников
- ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
- КОК – комбинированные оральные контрацептивы
- ВМС-ЛНГ – внутриматочная система левоноргестрел-содержащая
- МГТ – менопаузальная гормональная терапия
- МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра
- ММК – межменструальное кровотечение
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- ОМК – обильное маточное кровотечение
- ПТВ – протромбиновое время
- РЭ – рак эндометрия
- СПКЯ – синдром поликистозных яичников
- СЭРМ – селективные эстроген-рецепторные модуляторы
- ТТГ – тиреотропный гормон
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ХГЧ – хорионический гонадотропин человека
- FDA – Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов
- FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics – Международная федерация по гинекологии и акушерству
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence – Национальный институт здравоохранения и передового опыта Великобритании
- PALM – polyp (АМК-Р), adenomyosis (АМК-А), leiomyoma (АМК-Л), malignancy (АМК-М)
- COEIN – coagulopathy (АМК-С), ovulatory dysfunction (АМК-О), endometrial (АМК-Е), iatrogenic (АМК-І), not yet classified (АМК-Н)

Термины и определения

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – это кровотечение, чрезмерное по продолжительности, объему кровопотери, частоте и/или регулярности [1].

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) – чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины [1].

Межменструальное кровотечение (ММК) – нерегулярное кровотечение в межменструальном периоде [1].

Острое АМК – эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери [1].

Хроническое АМК – кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, сохраняющееся более 3 циклов [1].

1. Краткая информация

1.1 Определение

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – кровотечения чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл), частоте (менее 24 дней или более 38 дней) и/или регулярности (вариабельность цикла >9 дней) [2], [3].

К АМК относятся кровотечения из тела и шейки матки, но не кровотечения из влагалища и вульвы.

Продолжительность нормального менструального цикла обычно составляет от 24 до 38 дней, а длительность менструального кровотечения – до 8 дней. Однако при диагностике АМК необходимо учитывать диапазон и естественную изменчивость менструального цикла у каждой конкретной женщины [2].

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) определяется как менструальная кровопотеря более 80 мл. Нарушения обмена железа обычно отмечаются уже на фоне ежемесячной кровопотери более 60 мл [2].

Устаревшие термины «менорагия», «метрорагия», «гиперменорея», «гипоменорея», «менометрорагия», «дисфункциональное маточное кровотечение» заменены на АМК, ОМК, и ММК [1], [2].

1.2 Этиология и патогенез

В 2011 году была разработана «Классификационная система FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста», которая в 2018 году была пересмотрена и основывается на этиологических факторах АМК. Причинами

АМК/ОМК (как острых, так и хронических) может быть как органическая патология, так и неорганическая [2].

К причинам, связанным со структурными изменениями матки, относятся (PALM):

- Полип;
- Аденомиоз;
- Лейомиома;
- Гиперплазия эндометрия;
- Малигнизация.

Наличие новообразований (полипа эндометрия, аденомиоза, миомы матки, гиперплазии эндометрия или малигнизации) увеличивает площадь поверхности эндометрия и деформирует полость матки. В результате нарушается сократительная способность миометрия и локальный гемостаз, что препятствует своевременной остановке кровотечения.

Категории, не связанные с визуально определяемыми структурными изменениями (COEIN):

- **Коагулопатия:** болезнь или синдром Виллебранда, тромбоцитопатии (болезни Гланцмана и Бернара-Сулье), тромбоцитопении, в том числе идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) и болезнь Гоше; реже – острая лейкемия.
- **Овуляторная дисфункция:** вследствие дефицита прогестерона и избыточной секреции эстрогенов. Эти формы АМК могут встречаться в подростковом возрасте, перименопаузе, при лактации, состояниях, сопровождающихся гиперандрогенией (синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников или андроген-продуцирующие опухоли), гипоталамической дисфункции, высоком уровне пролактина, тиреоидной патологии, преждевременной недостаточности яичников, ятрогенных причинах (воздействие радиации или химиотерапия).
- **Нарушения функции эндометрия:** чаще является диагнозом исключения, возникает, как правило, на фоне регулярного ритма менструаций, в результате активации ангиогенеза, повышения продукции провоспалительных цитокинов, увеличения локального фибринолиза и дисбаланса простагландинов.
- **Ятрогенная категория:** использование прогестагенов / КОК в непрерывном режиме, подкожного гестагенного имплантата или внутриматочной системы, что может влиять на эндометрий, процессы коагуляции и овуляцию, лечение

антибиотиками рифампицином и гризеофульвином, антидепрессантами, тамоксифеном, кортикостероидами, прием антикоагулянтов.

- **Не относятся ни к одной из категорий АМК:** артериовенозные мальформации, гипертрофия миометрия, ниша после кесарева сечения, а также другие нарушения состояния эндометрия, которые в настоящее время нельзя установить с помощью стандартных методов диагностики. Определение причины АМК имеет важное значение для выбора наиболее подходящего и эффективного лечения для конкретного пациента и достигается путем сбора анамнеза, физикального осмотра, лабораторных визуальных методов исследования.

1.3 Эпидемиология

Анализ структуры заболеваемости аномальными маточными кровотечениями (АМК) в Приднестровской Молдавской Республике за период 2023–2025 гг. демонстрирует волнообразную динамику с общим числом зарегистрированных случаев, равным 962. В 2023 году было зафиксировано 343 случая, после чего в 2024 году последовал рост до 384 случаев, а в 2025 году отмечено снижение до 235, что может быть обусловлено эффективностью внедренных мер первичной профилактики.

Распределение патологии по возрастным периодам показывает, что основная доля приходится на женщин репродуктивного возраста (41%), на втором месте находятся пациентки в климактерическом периоде (34%), а случаи кровотечений в менопаузе составляют 25%.

Данные показатели в целом коррелируют с общемировой статистикой, где АМК поражают от 10% до 30% женщин репродуктивного возраста и до 50% женщин в менопаузе. Отмечается более высокая доля кровотечений в менопаузе по сравнению со средними глобальными значениями (обычно до 10-15%), что диктует необходимость усиления онкологического скрининга и диагностической настороженности в данной возрастной группе [1], [2], [4].

1.4 Кодирование по МКБ 10

N92 – обильные, частые и нерегулярные менструации;

N92.0 – обильные и частые менструации при регулярном цикле;

N92.1 – обильные и частые менструации при нерегулярном цикле (нерегулярные кровотечения в межменструальном периоде, нерегулярные, укороченные интервалы между менструациями);

N92.2 – обильные менструации в пубертатном периоде (обильные кровотечения в начале менструального периода, пубертатные кровотечения);

N92.3 – овуляторные кровотечения (регулярные менструальные кровотечения);

N92.4 – обильные кровотечения в предменопаузном периоде;

N95.0 – постменопаузальные кровотечения.

1.5 Классификация

Классификация FIGO (PALM-COEIN) (2011 г., 2018 г.) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста (см. таблица 1):

- polyp (полип) (АМК-Р);
- adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);
- leiomyoma (лейомиома) (АМК-Л);
- malignancy (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasia (гиперплазия);
- coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);
- ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О);
- endometrial (эндометриальное) (АМК-Е);
- iatrogenic (ятрогенное) (АМК-І);
- not yet classified (еще не классифицированы) (АМК-Н) [2], [6].

Таблица 1.

Классификационная система FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста (модификация 2018 г.).



Таблица 2.

Модификация классификации FIGO (PALM-COEIN), 2018 г.

Категория	Изменение
АМК-А	Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза
АМК-L	Определение 3 типа узла как субмукозная миома матки Введены определение и отличия между узлами: - Типа 0 и 1; 6 и 7 - Типа 2 и 3; 4 и 5
АМК-С	Исключены АМК, связанные с приемом антикоагулянтов и других лекарственных средств, влияющих на свертывание крови
АМК-I	Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов и лекарственных средств, влияющих на овуляцию
АМК-О	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза, связанные с приемом лекарственных средств, влияющих на овуляцию
АМК-N	Название категории было изменено с "Еще не классифицированы" на "Не относятся ни к какой из категорий"

1.6 Клиническая картина

АМК проявляются:

- обильными менструальными, межменструальными кровотечениями, длительными и/или обильные кровянистыми выделениями;
- анемией;
- чувством усталости;
- болью или другими сопутствующими симптомами;
- снижением качества жизни вследствие не только неприятных симптомов, но и ограничения социальной активности и/или увеличения материальных затрат на покупку дополнительных санитарных средств, лекарств, а также потерь в заработной плате из-за временной нетрудоспособности.

Таким образом, АМК оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье и общее благополучие женщин.

2. Диагностика

Диагностика АМК включает жалобы, тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и визуальные тесты, а также учёт возрастных факторов. Первоначальная оценка пациентов с острой АМК должна включать быструю первичную оценку признаков гиповолемии и гемодинамической нестабильности.

Рассмотрите возможность пробного фармакологического лечения без диагностики

причины АМК (кроме случаев, когда выбранным методом лечения является ВМС-ЛНГ) у пациентов:

- без повышенного риска гиперплазии, рака эндометрия;
- с низким риском наличия миомы, аденомиоза или других структурных аномалий матки при изучении анамнеза.

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы на ОМК, ММК, длительные и/или обильные кровянистые выделения из половых путей [1], [2].

2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании пациента с острой АМК следует оценить признаки острой кровопотери (гиповолемия и анемия) и исключить возможные другие источники кровотечения, не связанные с маткой.

При осмотре пациентов с АМК следует обращать внимание на такие возможные сопутствующие признаки как:

- избыточный вес;
- признаки СПКЯ (например, гирсутизм и угри);
- признаки заболевания и дисфункции щитовидной железы (например, узелок щитовидной железы);
- признаки инсулинорезистентности (например, черный акантоз на шее);
- признаки, указывающие на нарушение свертываемости крови: петехии, экхимозы, бледность кожи или отечность суставов (хотя отсутствие этих признаков не исключает возможности дисфункции системы гемостаза).
- **Рекомендуется** всем пациенткам с АМК проведение сбора гинекологического и репродуктивного анамнеза, физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования с целью выявления причины кровотечения [5], [7], [8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Определение количества, частоты и регулярности кровотечения, наличия посткоитальных кровянистых выделений или ММК, АМК на фоне приема гормональной терапии и дисменореи, позволяет предположить причину АМК в том числе связанной с патологией шейки матки и влагалища.*

Рекомендуется получить информацию у пациентки с АМК о приеме лекарственных препаратов целью исключения ятрогенной причины кровотечения [7], [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:

- препараты половых гормонов (по АТХ - Половые гормоны и модуляторы функции половых органов): эстрогены, гестагены, в т. ч. лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;
- нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (НПВП), могут вызывать овulatory расстройства при длительном или непрерывном приеме, в высоких дозах, однако при коротком курсе, наоборот уменьшают кровопотерю за счет влияния на простагландины эндометрия;
- препараты, влияющие на метаболизм дофамина, включая фенотиазины (АТХ антипсихотические средства) и трициклические антидепрессанты (АТХ неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов);
- антитромботические средства - прямые оральные антикоагулянты (такие как апиксабан**) и низкомолекулярные гепарины (по АТХ – Группа гепарина) больше влияют на объем менструального кровотечения, антикоагулянт непрямого действия (варфарин**) – по АТХ - Антагонисты витамина К и др.

2.3 Лабораторная диагностика

- **Рекомендуется** исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), биохимический анализ крови (по показаниям), группа крови и резус-фактор, исследование уровня ферритина в крови у пациенток с АМК с целью уточнения причины кровотечения и диагностики анемии [8], [14], [15], [16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: При АМК необходимо исключить наличие беременности у женщин, живущих половой жизнью, оценить влияние кровопотери на уровень гемоглобина, запасы железа (сывороточный уровень ферритина вне воспалительного процесса отражает запасы железа в организме). Значения ферритина не меняются в случае приема препарата железа накануне исследования (в отличие от железа сыворотки), поэтому именно ферритин является основным тестом для выявления железодефицита.

- **Рекомендуется** проводить исследование уровня ТТГ у пациенток с АМК с признаками дисфункции щитовидной железы [16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: АМК могут быть связаны с дисфункцией щитовидной железы в виде гипотиреоза (чаще) или гипертиреоза (реже). Скрининг на заболевание щитовидной железы с измерением уровня ТТГ у женщин с АМК и признаками дисфункции щитовидной железы является разумным и недорогим методом исследования.

- Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза [2], [9], [18], [19], [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки пациенткам с АМК с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии [21].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуется при подозрении на врожденные нарушения системы гемостаза прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный и тестирование на наличие наследственных коагулопатий [1], [15], [16], [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Скрининг для выявления нарушений гемостаза у пациенток с обильными менструальными кровотечениями должен проводиться на основании наличия одного или нескольких следующих признаков:

- Обильные менструальные кровотечения с менархе;
- Одно из нижеперечисленных кровотечений: послеродовые, во время операции, кровотечение, связанное со стоматологическим вмешательством;
- Два или более из следующих симптомов: гематомы 1–2 раза в месяц, носовое кровотечение 1–2 раза в месяц, частая кровоточивость десен, случаи кровотечений в семейном анамнезе.

Врожденные коагулопатии имеют до 50% подростков и 10-20% женщин, имеющих ОМК с менархе. В 70% случаев выявляется болезнь Виллебранда, реже дефицит XI, VII, VIII факторов свертывания, носительство гемофилии А или В [1], [14].

2.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендуется** всем пациенткам с АМК проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для верификации диагноза [23], [24].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: *УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) проводят для оценки состояния эндометрия, миометрия, шейки матки, маточных труб, яичников, позволяет диагностировать полипы эндометрия, аденомиоз, миому матки, аномалии развития матки, диффузное утолщение эндометрия, связанное с гиперплазией и злокачественными новообразованиями, гормонопродуцирующие опухоли и образования в яичниках.*

- **Рекомендуется** проведение КТ органов малого таза для дифференциальной диагностики сочетанной патологии эндо- и миометрия (миома, узловая форма аденомиоза, объемные образования и др.) в качестве дополнительного метода диагностики при АМК [16], [25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *КТ органов малого таза не является информативным методом диагностики патологии эндометрия у пациенток с АМК.*

- **Рекомендуется** у пациенток с АМК проведение патолого-анатомического исследования биопсийного материала матки (эндометрия) для верификации диагноза [26], [27].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *Биопсию тканей матки (эндометрия) необходимо проводить у женщин с АМК старше 45 лет, а также у более молодых женщин с факторами риска РЭ или при неэффективности медикаментозной терапии. При подозрении на очаговую патологию (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует проводить под гистероскопическим контролем (при наличии условий).*

- **Рекомендуется** проведение гистероскопии или отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ для верификации диагноза [26], [27].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Гистероскопия позволяет напрямую визуализировать аномалии полости матки и проводить прицельную биопсию эндометрия. Гистероскопия очень точна при диагностике рака эндометрия, но менее полезна для выявления гиперплазии. Гистероскопию можно проводить в амбулаторных условиях или в операционной. Проведение гистероскопии в операционной имеет следующие преимущества: доступность общей анестезии, возможность проведения лапароскопии в случае возникновения осложнений. У пациентов с АМК при гистероскопии, даже если полость матки выглядит нормальной, следует взять образец эндометрия, поскольку одной только гистероскопии недостаточно для исключения новообразований эндометрия и карциномы.

2.5 Иная диагностика

- **Рекомендуется** консультация смежных специалистов:
 - Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный;
 - Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный;
 - Прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога первичный;
 - Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового первичный;
 - Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный и др.

При АМК и наличии сопутствующих заболеваний: эндокринопатии (гипо- или гипертиреоз, метаболический синдром, врожденная дисфункция коры надпочечников), патология гемостаза и др. в целях выбора тактики и непосредственно лечения сопутствующего заболевания [15], [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3. Лечение

По возможности, лечение не следует начинать до тех пор, пока не будет определена этиология АМК и исключено предраковое или злокачественное заболевание.

Эмпирическое лечение АМК без оценки причины может пропустить первичную этиологию, которая может быть скорректирована или скрыть симптомы неопластического заболевания.

При отсутствии возможности определения этиологии АМК рассмотрите возможность пробного фармакологического лечения без диагностики причины (кроме случаев, когда выбранным методом лечения является ВМС-ЛНГ) у пациентов:

- без повышенного риска гиперплазии, рака эндометрия;
- с низким риском наличия миомы, аденомиоза или других структурных аномалий матки при изучении анамнеза.

Пациент должен знать о рисках, преимуществах и противопоказаниях каждого предлагаемого метода лечения и сделать информированный и осознанный выбор. Предоставьте информацию обо всех возможных вариантах лечения и обсудите их с женщиной. Обсуждения должны охватывать:

- преимущества и риски различных вариантов лечения;
- подходящее лечение, если она пытается забеременеть;
- желание женщины сохранить свою фертильность и/или матку.

Степень удовлетворенности пациента может зависеть от эффективности, ожиданий, стоимости лечения и побочных эффектов.

Любое вмешательство при АМК/ОМК должно быть направлено на улучшение качества жизни женщины, а не на величину кровопотери (см. Приложение Б).

3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендуется** использовать у взрослых пациенток с АМК в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту** для снижения объема кровопотери [29].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Применение транексамовой кислоты** в дозе до 3 г/сут (в тяжелых случаях до 4г/сутки) в течение 4 дней, блокирует локальные фибринолитические процессы в эндометрии, снижает кровопотерю на 40-60%.

- **Рекомендуется** использовать у взрослых пациенток с АМК в качестве негормональной терапии НПВП для снижения объема кровопотери [30].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: НПВП снижают уровень простагландинов путем ингибирования циклооксигеназы, что способствует сужению сосудов. Снижение кровопотери на НПВП составляет 30-40%. Лечение начинают с 1 дня менструации или за несколько дней до, продолжают до остановки кровотечения согласно инструкции по применению, при отсутствии противопоказаний.

- **Рекомендуется** использовать терапию препаратами железа у пациенток с АМК и железодефицитной анемией или латентным дефицитом железа, согласно клиническим рекомендациям по анемии [7], [8], [13], [14], [30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы 52 мг ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) для снижения величины менструальной кровопотери у взрослых пациенток с ОМК, не заинтересованных в беременности [8], [13], [29], [31].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые гестагенсодержащие ВМС) – наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери, эффективность которого достигает 90% и может применяться в течение длительного времени [8], [13], [29].

- **Рекомендуется** назначение комбинированных гормональных контрацептивов (по АТХ – Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) для снижения величины менструальной кровопотери у взрослых пациенток с ОМК, нуждающихся в контрацепции [33].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Монофазные комбинированные гормональные контрацептивы (по АТХ– гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации, в состав которых входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования – до 88% [34].

- **Рекомендуется** назначение гестагенов перорально в пролонгированном циклическом режиме для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК [35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Эффективность 21-дневной схемы приема гестагенов (по АТХ - гестагены) сопоставимо с приемом КОК. Применение гестагенов в лютеиновую фазу цикла малоэффективно для снижения объема менструальной кровопотери и не должно использоваться в качестве метода лечения ОМК.

- **Рекомендуется** у взрослых пациенток проводить гормональный гемостаз как метод остановки острого АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [33].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: для проведения гормонального гемостаза в случаях острых АМК, а также для последующей противорецидивной терапии используют монофазные КОК - по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации. КОК применяют в дозе не более 100 мкг/сут до остановки АМК по 1 таблетке с равными интервалами, с последующим снижением дозы до 1 таб/сут, продолжительность терапии 21 день от начала лечения. После остановки АМК рекомендовано продолжить прием КОК по контрацептивной схеме в течение последующих нескольких месяцев.

- **Рекомендуется** использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ – по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз и др.) [35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: аГн-РГ эффективно снижают менструальную кровопотерю, обратимо блокируют стероидогенез и вызывают атрофию эндометрия. Чаще используют при сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия и др.). На фоне лечения уменьшается дисменорея и тазовая боль, связанные с эндометриозом. Пациенткам, получающим лечение аГн-РГ более 6 месяцев, должна быть назначена возвратная (add-back) терапия препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии (МГТ), если она не была начата ранее.

3.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендуется** проведение хирургического лечения у взрослых пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней [15], [36].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Медикаментозная терапия может быть неэффективна или пациентки могут желать процедуру, которая имеет долгосрочную эффективность или является радикальной терапией (гистерэктомия). Кроме того, пациентки могут пожелать хирургического вмешательства и избежать дальнейшего частого приема

медикаментов или побочных эффектов, связанных с лекарствами. Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, возраста, репродуктивных планов, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Хирургическое лечение проводится согласно протоколу соответствующих клинических рекомендаций. Специальные методы лечения, такие как раздельное диагностическое выскабливание с гистероскопией (по возможности), полипэктомия или миомэктомия, могут потребоваться при структурных изменениях/аномалиях матки. Абляция эндометрия должна рассматриваться только в том случае, если другие методы лечения оказались неэффективными или противопоказаны, пациентка не планирует беременность в будущем и исключен рак эндометрия как причина АМК. Рекомендуйте женщинам избегать последующей беременности и при необходимости использовать эффективные средства контрацепции после абляции эндометрия. В случае успеха абляцию эндометрия проводят однократно. Гистерэктомия – окончательный метод лечения АМК, может потребоваться пациентам, у которых другие виды хирургических вмешательств оказались неэффективными.

3.3 Иное лечение

АМК у подростков чаще всего обусловлены овуляторной дисфункцией или врожденными нарушениями свертывания крови, в связи с чем алгоритм обследования должен включать диагностику коагулопатий и прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный. Другие причины АМК аналогичны таковым в репродуктивном возрасте, которые диагностируются согласно классификации PALM-COEIN [2] (см. Приложение Б).

Консервативное лечение

Медикаментозная терапия является методом выбора у подростков с АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [14], [17], [40].

- **Рекомендуется** использовать в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту** для снижения объема кровопотери [14], [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Применение транексамовой кислоты** в дозе 25 мг/кг (максимальная разовая доза 1 г) 2-3 раза в сутки в течение 4 дней уменьшает объем кровопотери на 25-50%. При остром тяжелом АМК 1000-1300 мг 3 раза в день внутривенно [14], [41].

- **Рекомендуется** в качестве негормональной терапии у пациенток с АМК и дисменореей использовать НПВП для купирования ассоциированной с менструацией боли и опосредованного снижения объема кровопотери [14], [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: НПВП за счет подавления циклооксигеназы и изменения соотношения простагличлина и тромбоксана снижают кровопотерю на 20-60% и являются препаратами первой линии выбора при лечении овуляторных АМК без патологии эндометрия или системы гемостаза. Препараты применяют за 1 день до начала или в 1 день менструации в течение 3-5 дней, либо до остановки АМК, при отсутствии противопоказаний.

- **Рекомендуется** назначение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по АТХ – гестагены и эстрогены фиксированные комбинации) для снижения объема кровопотери у пациенток с АМК и отсутствием противопоказаний к приему эстрогенов [45], [38], [16], [46], [47], [43], [44], [48], [49], [50].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Низкодозные (30 мкг этинилэстрадиола) монофазные КОК – по АТХ – гестагены и эстрогены фиксированные комбинации, применяют каждые 8 часов для остановки АМК с последующим постепенным снижением суточной дозы. Возможно назначение КОК после наступления менархе, чаще всего с 12-13 лет, именно в этом возрасте ановуляторные циклы наиболее часты из-за незрелости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Применение КОК позволяет снизить объем менструальной кровопотери на 43-69%. В ряде случаев для лечения АМК в качестве альтернативы КОК (по АТХ – гестагены и эстрогены фиксированные комбинации) при ановуляторных кровотечениях с целью обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия возможно применение гестагенов (по АТХ – гестагены).

Хирургическое лечение

- **Рекомендуется** применять раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (под контролем гистероскопии – по возможности) у подростков с АМК при отсутствии эффекта от гемостатической терапии, аспирационной эвакуации по жизненным показаниям [37], [46], [42], [43], [51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Реабилитация

Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление менструальной функции, коррекцию постгеморрагической анемии, профилактику рецидива кровотечения, восстановление репродуктивной функции и улучшение качества жизни пациенток.

- Рекомендуется диспансерное наблюдение пациенток после перенесённого эпизода АМК с контролем характера менструального цикла, оценкой эффективности проводимой терапии и своевременным выявлением рецидива заболевания. Рекомендуется ведение менструального календаря [1], [2].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: динамическое наблюдение позволяет своевременно выявлять нарушения овуляторной функции, рецидивы ановуляторных кровотечений, а также контролировать эффективность проводимой гормональной и негормональной терапии.

- Рекомендуется проведение коррекции железодефицитных состояний и постгеморрагической анемии у пациенток с АМК [2].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: пациенткам рекомендуется контроль уровня гемоглобина, ферритина, сывороточного железа и назначение препаратов железа до восстановления показателей обмена железа. Продолжительность терапии препаратами железа определяется степенью выраженности железодефицита и лабораторными показателями.

- Рекомендуется проведение профилактики рецидивов АМК путём коррекции эндокринных и метаболических нарушений, лечения сопутствующих гинекологических заболеваний и применения гормональной терапии при наличии показаний [1], [2].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: профилактика рецидивов особенно важна у пациенток с хронической ановуляцией, синдромом поликистозных яичников, ожирением, коагулопатиями и в раннем постменопаузальном периоде.

- Рекомендуется осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации после уточнения причины [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

С целью профилактики АМК рекомендуется ежегодное диспансерное наблюдение у врача-акушера-гинеколога для своевременного обнаружения органической патологии (миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия) [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: В случае уточнения причин АМК необходим тщательный контроль за лекарственными препаратами, которые принимает пациентка. При овуляторных дисфункциях рекомендована терапия, направленная на лечение основного заболевания. Немаловажным фактором является профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза, которые в большинстве случаев развиваются вследствие инфекций, передаваемых половым путем. При выявлении данных заболеваний, пациентка относится к группе здоровья диспансерного наблюдения IIIa [36].

Специфическая профилактика АМК у подростков не разработана.

В целях предупреждения развития АМК целесообразно выделение групп девочек-подростков, имеющих риск длительного сохранения ановуляторных менструальных циклов. В их числе:

- раннее наступление менструации (до 10 лет);
- наследственный анамнез по коагулопатиям;
- наличие в анамнезе геморрагического синдрома неясного генеза.

6. Организация медицинской помощи

Показанием для экстренной госпитализации в гинекологический стационар является наличие острого АМК, требующего оказания срочной медицинской помощи.

Показание для плановой госпитализации: наличие органической патологии, вызывающей хронические АМК и требующей хирургического лечения.

Показания к выписке пациентки из гинекологического стационара: отсутствие продолжающегося кровотечения из половых путей, достижение клинического гемостаза (кровянистые выделения скудные либо отсутствуют), стабильные показатели гемодинамики (артериальное давление в пределах возрастной нормы, частота сердечных сокращений менее 90-100 уд/мин, отсутствие признаков гемодинамической нестабильности и ортостатических реакций), отсутствие признаков острой

постгеморрагической анемии, уровень гемоглобина, не требующий дальнейшей экстренной гемотрансфузионной терапии, с тенденцией к стабилизации, удовлетворительное общее состояние пациентки, пациентке назначена поддерживающая гормональная и/или негормональная терапия, даны рекомендации по амбулаторному наблюдению, определены сроки контрольного осмотра врача акушера-гинеколога и контрольных лабораторных исследований.

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

АМК в период постменопаузы

Постменопаузальное кровотечение – появление кровянистых выделений из половых путей, возникшее через 12 месяцев после последней менструации. Первичной целью диагностического поиска при АМК в постменопаузе, независимо от объема кровотечения, является исключение органической патологии эндометрия (полипы, гиперплазия, РЭ и др.), гормонопродуцирующие опухоли яичников. Атрофические изменения эндометрия также могут быть причинами АМК в постменопаузе (см. Приложение Б).

Ятрогенные факторы, вызывающие АМК в постменопаузе, ассоциированы с приемом МГТ, селективного модулятора эстрогеновых рецепторов тамоксифена**, антикоагулянтов – по АТХ - Антитромботические средства и др [58], [61].

Факторами риска развития РЭ являются: ожирение, отсутствие родов в анамнезе, раннее менархе, поздняя менопауза (старше 55 лет), СПЯ, а также отягощенная наследственность: синдром Линча, РЭ у родственников 1-ой степени родства, носители мутации генов BRCA 1/2 и др.

- **Рекомендуется** проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия), полученного путем биопсии тканей матки или раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов УЗИ и наличия факторов риска развития РЭ), для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности) [62].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: проведение диагностической гистероскопии позволяет визуально оценить состояние полости матки и выполнить прицельную биопсию тканей матки

(эндометрия) / или удаление очаговой патологии эндометрия. Гистероскопия не заменяет выскабливание полости матки, но дополняет его [63].

АМК на фоне терапии тамоксифеном**

У женщин в постменопаузе адъювантная терапия тамоксифеном** может стимулировать пролиферацию эндометрия, что ведет к повышению риска развития полипов, гиперплазии и рака эндометрия, реже саркомы матки. Частота внутриматочной патологии на фоне терапии тамоксифеном** повышается по мере увеличения длительности лечения [64], [65], [66].

- **Рекомендуется** проведение УЗИ органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) всем пациенткам на фоне терапии тамоксифеном** с АМК в постменопаузе с целью исключения патологии эндометрия [67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: УЗ-признаками тамоксифен**- индуцированной альтерации эндометрия являются: увеличение толщины эндометрия за счет стромальной пролиферации, возникновение субэндометриальных кист, неравномерность границы эндометрий/миометрий, эндометрий в виде «пчелиных сот». В ходе проведения УЗИ необходимо оценить толщину и структуру эндометрия и эндоцервикса, структуру миометрия и яичников для определения объема оперативного вмешательства. Ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) является скрининговым методом диагностики в этой группе пациенток, но не обладает информативностью для диагностики патологии эндометрия [68], [69].

- **Рекомендуется** проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) всем пациенткам с АМК на фоне приема тамоксифена** для исключения патологии эндометрия [65], [66], [69], [70], [71].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

АМК в постменопаузе на фоне МГТ

Наиболее частыми причинами кровотечений на фоне МГТ являются низкая приверженность терапии, лекарственные взаимодействия, доброкачественные новообразования (полипы эндометрия), а также экстрагенитальная патология. Кровотечения на фоне приема МГТ требуют обследования. У женщин в постменопаузе

кровянистые выделения (чаще скудные) могут отмечаться в первые 6 месяцев начала приема монофазной комбинированной МГТ [71].

- **Рекомендуется** проведение ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне МГТ [71], [72].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: толщина эндометрия 4 мм у пациенток с АМК на фоне непрерывного комбинированного режима МГТ у женщин в постменопаузе без факторов риска РЭ является порогом, свидетельствующим о низкой вероятности патологии эндометрия. При отсутствии факторов риска РЭ и М-эхо 4 мм допустима выжидательная тактика [72].

- **Рекомендовано** всем пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ при толщине эндометрия >4 мм проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия), полученного путем биопсии тканей матки или отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала (в зависимости от результатов ультразвукового исследования и наличия факторов риска развития РЭ) для исключения патологии эндометрия под контролем гистероскопии (при возможности) [73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: в ходе проведения УЗИ необходимо оценить толщину и структуру эндометрия и эндоцервикса, структуру миометрия и яичников для исключения патологии органов малого таза. При толщине эндометрия ≤ 4 мм у женщин в пери- и постменопаузе по данным ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного) МГТ не противопоказана, поскольку вероятность РЭ составляет менее 1%. В постменопаузе с единичным эпизодом АМК при толщине эндометрия ≤ 4 мм, его однородной структуре и отсутствии факторов риска РЭ (возраст, отягощенный семейный анамнез по РЭ, коморбидность (ожирение, СД 2 типа, артериальная гипертензия и др.)) дополнительное обследование или вмешательство не требуется. В случае повторяющихся эпизодов АМК, а также при толщине эндометрия М-эхо >4 мм, его неоднородной структуре и имеющихся дополнительных факторах риска РЭ у женщин в постменопаузе требуется проведение отдельного диагностического выскабливания с гистероскопии (по возможности) с биопсией тканей матки (эндометрия) [73], [74] [79].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательства	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнены исследование уровня хорионического гонадотропина в крови, общий (клинический) анализ крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня ферритина в крови у пациенток с АМК	5	C
2	Выполнено микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК	5	C
3	Выполнено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	2	B
4	Выполнена биопсия тканей матки (эндометрия) или раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (при возможности под контролем гистероскопии) при подозрении на патологию эндометрия	2	B
5	Выполнено хирургическое лечение при наличии показаний	3	B

Список литературы

- [1] Аномальные маточные кровотечения. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Москва, 2024 г.
- [2] Аномальные маточные кровотечения: диагностика и ведение. Клинические протоколы. Узбекистан 2023 г.
- [3] Munro M.G. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017 Apr;40:3-22.
- [4] Munro M.G et al. FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.
- [5] Munro M.G., Balen A.H., Cho S, et al. The FIGO Ovulatory Disorders Classification System†. *Hum Reprod.* 2022.
- [6] National Institute for Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88]. 2018. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88>. Accessed 25 Feb 2020.
- [7] Evidence reviews for management of heavy menstrual bleeding: Heavy menstrual bleeding (update). NICE, March 2018. Last updated: 24 May 2021.
- [8] Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., et al. The FIGO classification system ("PALM-COEIN") for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. *Int J Gynaecol Obstet* 2011.
- [9] Elmaoğulları, S. Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents / S.Elmaoğulları, Z. Aycan // *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* – 2018. 8. Yaşa C., Güngör Uğurlucan F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2020.
- [10] Damsa C., Bumb A., Bianchi-Demicheli F., et al. "Dopamine-dependent" side effects of selective serotonin reuptake inhibitors: a clinical review. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1064–8.
- [11] Thangavelu K., Geetanjali S. Menstrual disturbance and galactorrhea in people taking conventional antipsychotic medications. *Exp Clin Psychopharmacol* 2006;144:459–60.
- [12] Kelly D.L., Conley R.R. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2004;767–79.
- [13] Kabalak A.A., Soyol O.B., Urfalioglu A., et al. Menometrorrhagia and tachyarrhythmia after using oral and topical ginseng. *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13:830–3, 1071.
- [14] The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Clinical Practice Guideline on Adolescent gynaecology - Heavy menstrual bleeding [Internet, last updated August 2020.
- [15] Singh S., Best C., Dunn S., Leyland N., Wolfman W.L. No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 May;40(5):e391-e415.

- [16] ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2013 Apr;121(4):891-896.
- [17] Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):e71-e83.
- [18] Munro M.G., Critchley HOD, Fraser I.S., FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions.
- [19] Toth M., Patton D.L., Esquenazi B., Shevchuk M., Thaler H., Divon M. Association between Chlamydia trachomatis and abnormal uterine bleeding. *Am J Reprod Immunol.* 2007 May;57(5):361-6.
- [20] Whitaker L., Critchley H.O. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016 Jul;34:54-65.
- [21] Unim B. et al. Role of pap-test in cervical cancer prevention: a systematic review and meta-analysis Brigid Unim //European Journal of Public Health. – 2014. – T. 24.
- [22] Kouides P.A., Conard J., Peyvandi F., et al. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005;84:1345–51.
- [23] Grimbizis G.F., Tsolakidis D., Mikos T. A prospective comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of endometrial pathology. *Fertil Steril.* 2010 Dec;94(7):2720-5.
- [24] Kaveh M., Sadegi K., Salarzaei M., Parooei F. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review .
- [25] Bazot M., Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. *Fertil Steril* 2018;109:389-97.
- [26] Dueholm M., Lundorf E., Hansen E.S., Ledertoug S., Olesen F. Evaluation of the uterine cavity with magnetic resonance imaging, transvaginal sonography, hysterosonographic examination, and diagnostic hysteroscopy. *Fertil Steril.* 2001 Aug;76(2):350-7.
- [27] Narice B.F., Delaney B., Dickson J.M. Endometrial sampling in low-risk patients with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract* 2018 30;19:135.
- [28] Серов В. Н. и др. Гинекология: руководство для врачей/под ред //ВН Серова, ЕФ Кира. М.: Литтерра. – 2020. Литтерра. Москва;28. Lukes A. S. et al. Tranexamic acid treatment

- for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial // *Obstetrics & Gynecology*. – 2010. – T. 116. – №. 4. – С. 865-875. [Internet].
- [29] Lethaby A., Duckitt K., Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;1:CD000400.
- [30] Douglass L.A., Davis A.M. Assessment and Management of Heavy Menstrual Bleeding. *JAMA*. 2020 Jan 21;323(3):270-271. 31. Gupta J, Kai J, Middleton L, et al. Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. *N Engl J Med* 2013;368:128–37.
- [31] Munro M.G., Mainor N., Basu R., et al. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:924–9.
- [32] Fraser I. S. et al. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of oestradiol valerate and dienogest. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. – 2011. – T. 16. – №. 4. – С. 258-269.;
- [33] Laufer M. R., Rein M. S. Treatment of abnormal uterine bleeding with gonadotropin-releasing hormone analogues // *Clinical obstetrics and gynecology*. – 1993. – T. 36. – №. 3. – С. 668-678.
- [34] Fergusson R.J., Lethaby A., Shepperd S., et al. . Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD000329.
- [35] Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н “Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения” (Зарегистрировано в Минюсте России 24.04.2019 N 54495).
- [36] Mullins, T.L. Evaluation and management of adolescents with abnormal uterine bleeding / T.L. Mullins, R.J. Miller, E.S. Mullins // *Pediatr Ann*. – 2015. – vol.44. – N 9. – P. 218-222.
- [37] Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign / ACOG Committee Opinion No. 651 American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet Gynecol*. – 2015. – vol.126. – P. 143-146.
- [38] Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 136: management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2013.
- [39] Naoulou B. Efficacy of tranexamic acid in the treatment of idiopathic and non-functional heavy menstrual bleeding: a systematic review // B. Naoulou M.C. Tsai // *Acta Obstet Gynecol Scand*. – 2012. – vol.91. – N 5. – P. 529-537.

- [40] Deligeoroglou, E. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology / E. Deligeoroglou, V. Karountzos, G. Creatsas // *Gynecol Endocrinol.* –2013. – vol.29. – N 1. – P. 74-78.
- [41] Primary care management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al.] // *Comparative effectiveness review No.96. AHRQ. Agency for healthcare research and quality.* – 2013.
- [42] Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Committee Opinion No. 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013.
- [43] Non-surgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review / K.A. Matteson [et al.] // *Ostet Gynecol.* 2013. – vol.121. – N 3. – P. 632-643.
- [44] Adams Hillard, P. J. Menstruation in Adolescents / P.J. Adams Hillard // *Annals of the New York Academy of Sciences.* – 2008. – 1135. – P. 29-35.
- [45] Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 March 2018 Last updated: 2020.
- [46] Н.М. Веселова Е.В. Уварова // Патент на изобретение RU 2327462 C1 «Способ лечения маточных кровотечений пубертатного периода».
- [47] Heikinheimo, O. The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* – 2017. – vol.40. – P. 111-120.
- [48] Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study / L.V. Srivaths [et al.] // *J Pediatr Adolesc Gynecol.* – 2015. – vol.28. – N 4. – P. 254-257.
- [49] Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. ACOG Committee Opinion No. 785 / American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol.* – 2019. – vol.134. – P. 71-83.
- [50] Imaoğlu S., Aycan Z. Abnormal uterine bleeding in adolescents // *Journal of clinical research in pediatric endocrinology.* – 2018. – T. 10. – №. 3.
- [51] Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // *Cochrane Database Sys Rev.* – 2019. – Issue 2.
- [52] Hickey M. Higham J.M. Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD001895.
- [53] Karakus S. Efficacy of micronised vaginal progesterone versus oral dydrogesterone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomised controlled trial / S.Karakus G. Kiran H. Ciralik // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* – 2009.

- [54] Kakarla, N. The use of micronized progesterone for dysfunctional uterine bleeding in adolescent females / N. Kakarla, H.B. Boswell, R.K. Zurawin // *Journal of pediatric & adolescent gynecology*. – 2006. – vol.19. – N 2. – P. 151-152.
- [55] Munro M.G.; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations. *Perm. J.* 2014; 18(1): 55-70.
- [56] Astrup K., Olivarius N de F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:203–7.
- [57] Bradshaw K.D., Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshburn P.B., Hurst B.S. (Eds.) *Disorders of Menstruation*. Chicester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011;29: 2247-52.
- [58] Baber R. J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // *Climacteric*. 2016. № 2 (19). C. 126–127.
- [59] Prospective temporal validation of mathematical models to calculate risk of endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding. Sladkevicius P., Opolskiene G., Valentin L. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;49(5):649.
- [60] The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. Dijkhuizen F.P., Mol BW, Brölmann H.A., Heintz A.P. *Cancer*. 2000;89(8):1765.
- [61] Management of endometrial precancers. Trimble C.L., Method M., Leitao M., Lu K., Ioffe O., Hampton M., Higgins R., Zaino R., Mutter Obstet Gynecol. 2012;120(5):1160. GL, Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee.
- [62] Variation in endometrial thickening in women with amenorrhea on tamoxifen. Chang J., Powles T.J., Ashley S.E., Iveson T., Gregory R.K., Dowsett M *Breast Cancer Res Treat*. 1998;48(1):81.
- [63] Association of tamoxifen and uterine sarcoma. Wickerham D.L., Fisher B., Wolmark N., Bryant J., Costantino J., Bernstein L., Runowicz C.D. *J Clin Oncol*. 2002;20(11):2758.
- [64] Time-dependent effect of tamoxifen therapy on endometrial pathology in asymptomatic postmenopausal breast cancer patients. Cohen I., Altaras M.M., Shapira J., Tepper R., Rosen D.J., Cordoba M., Zalel Y., Figer A., Yigael D., Beyth Y. *Int J Gynecol Pathol*. 1996;15(2):
- [65] Steven R. Goldstein, M.D. Jamie N Bakkum-Gamez, M.D. Abnormal uterine bleeding and uterine pathology in patients on tamoxifen therapy All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current th.
- [66] Sadro C.T. Imagine the Endometrium: A Pictorial Essay. *Can Assoc Radiol J*. 2016; 67 (3): 254-262.69. Society and College of Radiographes and British CB. Et al. Evaluation of the

- woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologist in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med.* 2001; 20 (10):1025-1036.
- [67] Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women J. Carugno Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences Department, Minimally Invasive Gynecology Unit, Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, FL, USA.
- [68] Sathiyathan S., Kannapar J. Unscheduled bleeding on HRT- do we always need to investigate for endometrial pathology? *Int.J. Report Contracept.Obstet. Gyn.*2017.6(10).4174.
- [69] Chien PFW, Voit D, Clark TJ. Ultraconographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. *Acta Obstet Gyn Scand.* In press.2002.
- [70] Manley K. et al. Management of unscheduled bleeding on HRT: A joint guideline on behalf of the BMSociety, RCOG, BGCS, BSGE, FSRH, RCGP and Getting it Right First Time. *Post Reprod Health.* 2024

Состав рабочей группы

Председатель:

Кендигелян Елена Михайловна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач первой квалификационной категории;

Члены:

Звягин Марк Эдуардович – заведующий гинекологическим отделением государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач первой квалификационной категории;

Гыза Игорь Петрович – заведующий родовым отделением государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач высшей квалификационной категории;

Рудейчук Елена Ульяновна – врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач первой квалификационной категории;

Бобрицкая Диана Николаевна – врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач первой квалификационной категории;

Гыза Лилиана Борисовна – врач-акушер-гинеколог государственного учреждения «Бендерский центр амбулаторно-поликлинической помощи», врач высшей квалификационной категории;

Серета Борис Валентинович – врач ультразвуковой диагностики государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка», врач высшей квалификационной категории;

Карчевский Вадим Михайлович – врач функциональной диагностики ОАО «Тираспольская физиотерапевтическая поликлиника», врач высшей квалификационной категории;

Романовский Олег Юрьевич – врач-лаборант первой квалификационной категории клинико-диагностической лаборатории государственного учреждения «Рыбницкая центральная районная больница»;

Василега Виктория Викторовна – врач-лаборант высшей квалификационной категории клинико-диагностической лаборатории государственного учреждения «Рыбницкая центральная районная больница».

Секретарь:

Райчева Эвелина Николаевна – врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка», врач первой квалификационной категории;

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел эксперт по клиническому направлению (специальности) «Акушерство и гинекология» Чебан Оксана Сергеевна – заведующая Центром репродуктивного здоровья и планирования семьи государственного учреждения «Республиканский центра матери и ребенка», кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского института им. Н. В. Склифосовского.

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.

В Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику ведения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых документов:

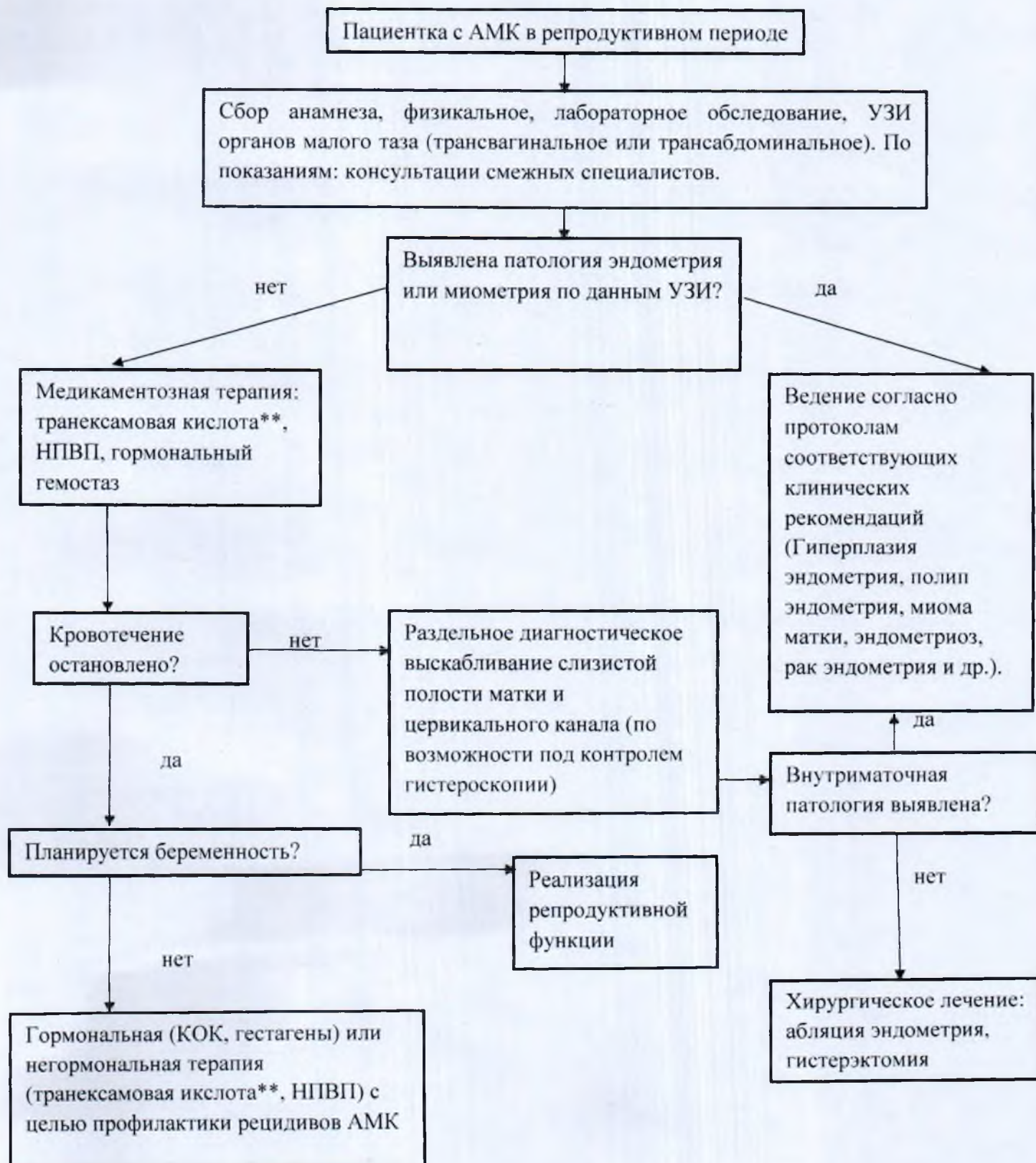
- Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 2 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
- Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 9 февраля 2026 года № 27 «Об утверждении Программы государственных гарантий

оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 26-5);

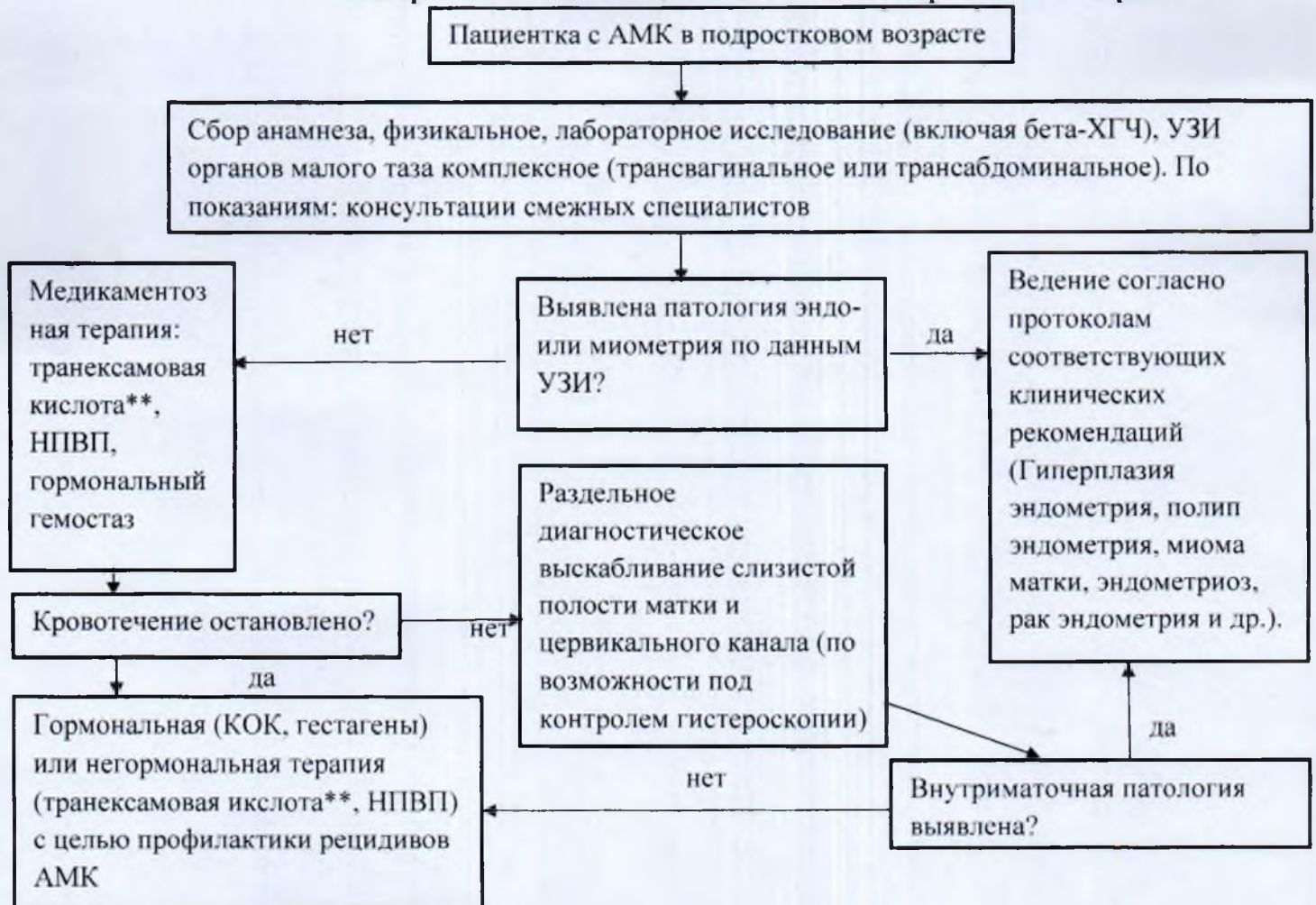
- Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 3 октября 2024 года № 696 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи» (регистрационный № 12790 от 25 октября 2024 года) (САЗ 24-43)
- Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный №10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22);
- Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской от 28 января 2026 года № 68 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 13754 от 12 февраля 2026 года) (САЗ 26-5)

Алгоритмы действий врача

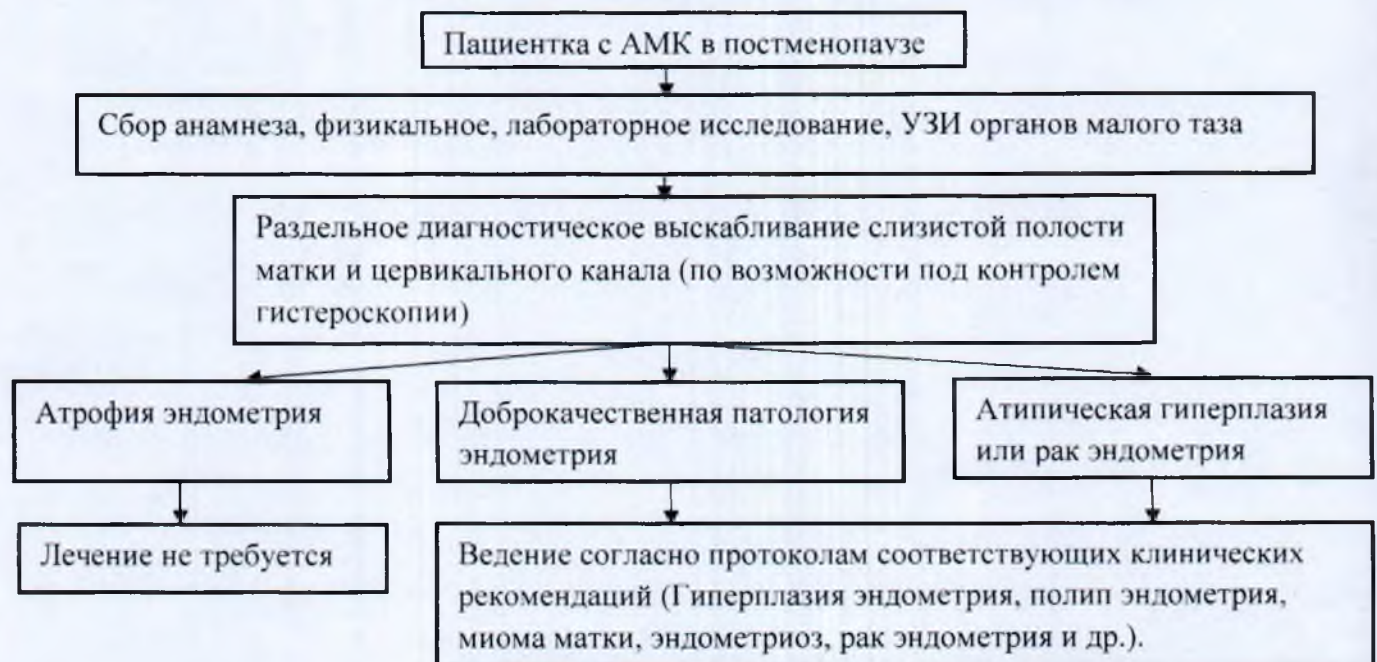
Алгоритмы ведения пациенток с АМК в репродуктивном периоде



Алгоритмы ведения пациенток с АМК в подростковом возрасте



Алгоритмы ведения пациенток с АМК в постменопаузе



Информация для пациента

Маточное кровотечение — это выделение крови из матки, которое может быть как физиологическим (обычная менструация), так и аномальным. В норме длительность менструального цикла составляет 24–38 дней, объём кровопотери за один цикл — от 5 до 80 мл, а продолжительность менструации — от 4 до 8 дней.

Причинами аномальных маточных кровотечений могут быть различные изменения в полости матки, гормональные нарушения, заболевания системы свёртывания крови, нарушения работы эндокринной системы, воспалительные процессы и инфекции. Также кровотечения могут возникать на фоне стресса, резкой потери веса, чрезмерных физических нагрузок или приёма некоторых лекарственных средств.

Острое маточное кровотечение — это выраженное кровотечение, требующее срочного медицинского вмешательства для предотвращения значительной кровопотери. Оно может возникать как самостоятельно, так и на фоне хронического процесса.

Хроническое маточное кровотечение отличается от нормальной менструации объёмом, регулярностью или продолжительностью и наблюдается в течение трёх месяцев и более.

При маточном кровотечении необходимо обратиться к врачу-акушеру-гинекологу. Для диагностики проводят гинекологический осмотр, измерение артериального давления, ультразвуковое исследование органов малого таза и лабораторные анализы крови. При необходимости могут выполняться дополнительные диагностические процедуры с исследованием тканей слизистой оболочки матки.

Лечение маточного кровотечения может быть медикаментозным или хирургическим и подбирается индивидуально в зависимости от причины, возраста пациентки и тяжести состояния.

Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ* с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ* и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ*, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

*РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Персональный состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов
клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи**

- а) Председатель экспертной группы: Дяченко Анжела Григорьевна - начальник Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;
- б) заместители председателя экспертной группы:
 - 1) Окушко Ростислав Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича», главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;
 - 2) Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи г. Бендеры»;
- в) члены экспертной группы:
 - 1) Кравцова Алина Геннадьевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т.Г. Шевченко»;
 - 2) Гарбузняк Анастасия Андреевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат биологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с циклом инфекционных заболеваний Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т.Г. Шевченко»;
 - 3) Коваленко Татьяна Николаевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-невролог (кабинета электромиографии) государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;
 - 4) Монул Светлана Георгиевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-хирург государственного учреждения «Республиканская клиническая больница».