

ҚеАҚ «Астана медициналық университеті»

УДК 618.17-008.8

МРНТИ 76.29.48

Мукышбекова Молдир Еркиновна

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБИЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА**

7М10102– «Медицина»

Ғылыми дәрежеге арналған диссертация ғылым магистрі дәрежесі

Ғылыми жетекші: Шегенов Галым Амиржанович, PhD, «Акушерство және гинекология №2» кафедрасының доценті

Астана 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	6
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
1 ОБИЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (обзор литературы)	12
1.1 Понятие термина обильные маточные кровотечения.....	12
1.2 Этиология и патогенез обильных маточных кровотечений	16
1.3 Качество жизни женщин репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями	23
1.4 Методы лечения обильных маточных кровотечений	28
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
2.1 Дизайн исследования	35
2.2 Характеристика исследуемого контингента	36
2.3 Методы исследования	38
2.3.1 Набор пациентов и анализ клинико-функциональных данных	40
3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	42
3.1 Клинические характеристики пациенток с обильными маточными кровотечениями	42
3.2 Оценка эффективности различных методов лечения.....	44
3.3 Разработка алгоритма ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями	46
3.4 Качество жизни пациенток	58
3.5 Статистическая обработка результатов исследования	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ВЫВОДЫ	63
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	65
ПРИЛОЖЕНИЕ А	69

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты: Хельсинская декларация «Рекомендации для врачей, проводящих медико-биологическое исследование с участием людей» (принята в г. Хельсинки, 1964 г.; пересмотрена в Токио, 1975 г.; Венеции, 1983 г.; Гонконге, 1989 г.).

Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (ETSN 164 от 4 апреля 1997 года)

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения».

ГОСТ 7.32-2001 (Международный стандарт) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления.

ГОСТ 15.101-98 (Международный стандарт) Система разработки и постановки продукции на производство. Порядок выполнения научно-исследовательских работ.

ГОСТ 7.1-84 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления.

ГОСТ 7.9-95 (ИСО 214-76) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования.

ГОСТ 7.12-93 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.

ГОСТ 7.54-88 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление численных данных о свойствах веществ и материалов в научно-технических документах. Общие требования.

ГОСО РК – 07.09.108-2009г. Утвержден приказом МЗ РК № 261 от 17.06.2011. Послевузовское образование. Магистратура.

ПЛ-МУА-121-23 от 29.06.2023 г. Положение об обучении в магистратуре
РИ-МУА-18-20 от 31.01.2020 г. Требования к содержанию, оформлению и защите магистерской диссертации.

Клинический протокол диагностики и лечения “Трансплантация почки”, протокол № 35 МЗ РК от «14» декабря 2017 года

«Об утверждении государственных общеобязательных стандартов и типовых профессиональных учебных программ по медицинским и фармацевтическим специальностям» Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 июля 2015 года № 647.

МС ISO 9000:2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

МС ISO 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования.

МС ISO 27001:2013. Системы менеджмента информационной безопасности. Требования.

МС ISO 26000:2012. Руководство по социальной ответственности.

СУ-МУА-01. Стандарт университета. Общие требования к содержанию, изложению и оформлению документации интегрированной системы менеджмента.

СУ-МУА-02. Стандарт университета. Управление документацией.

СУ-МУА-03. Стандарт университета. Управление записями.

СУ-МУА-04. Стандарт университета. Термины и определения.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации были применены следующие стандартные термины с соответствующими определениями:

Аномальные маточные кровотечения (АМК) – кровотечения, отличающиеся от нормального менструального цикла по частоте, продолжительности или объему.

Антифибринолитики – лекарственные препараты (например, транексамовая кислота), снижающие кровоточивость за счет подавления фибринолиза.

Гемоглобин – белок крови, отвечающий за перенос кислорода; снижение его уровня при обильных кровотечениях может приводить к анемии.

Гиперплазия эндометрия – патологическое разрастание слизистой оболочки матки, часто сопровождающееся обильными кровотечениями.

Гормональная терапия – использование препаратов, содержащих эстрогены и прогестагены, для регуляции менструального цикла и остановки кровотечений.

Железодефицитная анемия – патологическое состояние, связанное с дефицитом железа из-за хронической кровопотери, приводящее к слабости, головокружению и снижению работоспособности.

Качество жизни – комплексное понятие, отражающее степень удовлетворения культурных, духовных и материальных потребностей человека, оцениваемое как по измеряемой компетентными и информированными специалистами по набору объективных показателей, так и по уровню удовлетворенности человеком своей жизнью по его собственной субъективной самооценке.

Меноррагия – длительная и чрезмерная менструальная кровопотеря, превышающая 80 мл за цикл и продолжающаяся более 7 дней.

Метроррагия – нерегулярные маточные кровотечения, возникающие вне менструального цикла и не связанные с физиологическими процессами.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) – патологическое состояние, характеризующееся чрезмерной кровопотерей во время менструации (меноррагия) или вне менструального цикла (метроррагия), негативно влияющее на здоровье женщины.

Репродуктивный возраст – возрастной период женщины, в течение которого она способна к зачатию и вынашиванию ребенка; обычно охватывает 15–49 лет.

Тромбоциты – клетки крови, участвующие в свертывании крови и формировании первичного гемостатического тромба.

Анкетирование – один из двух основных видов опросных методов, применяемый для получения эмпирической информации, касающейся объективных фактов, мнений, знаний, поведения, оценок.

Анкета – опросный лист, самостоятельно заполняемый опрашиваемым по вопросам.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АМК – аномальные маточные кровотечения

ВТЭ – венозные тромбозы

КОК – Комбинированные оральные контрацептивы

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системе

МКП – менструальные кровопотери

неОМК – необильные менструальные кровотечения

НЭТА – норэтистерона ацетат

ОАК – общий анализ крови

ОМК – обильные маточные кровотечения

ОМТ – органы малого таза

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Рисунок 1	Алгоритм начального обследования женщин с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода	16
Рисунок 2	Категории причин аномальных маточных кровотечений	19
Рисунок 3	Основные аспекты качества жизни женщин репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями	26
Рисунок 4	Алгоритм обследования больных с аномальным маточным кровотечением (АМК) при выявлении ультразвуковых признаков патологии матки	30
Рисунок 5	Влияние ОМК на качество жизни женщин (по отдельным показателям)	48
Рисунок 6	Сравнение уровня гемоглобина до и после лечения по группам	56
Таблица 1	Характеристика параметров нормального менструального цикла и АМК у женщин репродуктивного возраста	23
Таблица 2	Методы медикаментозной терапии ОМК	31
Таблица 3	Девять утверждений, касающихся восприятия менструального кровотечения среди женщин с ОМК и НМК (статистический анализ)	47
Таблица 4	Анализ гемоглобина до в зависимости от метода лечения	52
Таблица 5	Анализ гемоглобина после в зависимости от метода лечения	53
Таблица 6	Анализ толщины в зависимости от метода лечения	53
Таблица 7	Анализ динамики гемостатического лечения	54
Таблица 8	Анализ динамики гормонального лечения	54
Таблица 9	Анализ динамики комбинированного лечения	55
Таблица 10	Анализ сколько прокладки в дня меняеты в зависимости от метода	55

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой одну из наиболее распространённых гинекологических проблем среди женщин репродуктивного возраста, оказывая существенное влияние на физическое, психологическое и социальное состояние пациенток. По определению Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), МК характеризуются менструальной кровопотерей свыше 80 мл за цикл либо продолжительностью более 7 дней при регулярном цикле. Это состояние часто сопровождается выраженной астенизацией, анемией, нарушением трудоспособности и снижением качества жизни.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с проблемой обильных менструальных кровотечений сталкивается от 18% до 30% женщин репродуктивного возраста в мире. В отдельных возрастных группах, особенно в перименопаузальном периоде, частота МК достигает до 40%. В развитых странах до 30% всех гинекологических вмешательств (включая гистерэктомию) выполняются именно по поводу нерегулируемых кровотечений. По данным обзоров Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), более 60% женщин с МК не получают своевременной адекватной терапии, что свидетельствует о низкой выявляемости и недостаточной эффективности лечения.

В Республике Казахстан проблема также сохраняет свою остроту. По статистическим данным Министерства здравоохранения РК, ежегодно до 25–28% обращений в женские консультации связано с жалобами на обильные или нерегулярные менструации. В структуре гинекологических госпитализаций МК занимает второе место после воспалительных заболеваний. Частота анемии среди женщин с МК составляет, по разным регионам Казахстана, от 35% до 52%, что свидетельствует о выраженной клинической значимости патологии.

Несмотря на развитие диагностических и лечебных технологий, проблема МК остаётся актуальной в связи с многофакторностью причин (гормональные расстройства, гиперпластические процессы эндометрия, миома матки, эндометриоз, коагулопатии, ятрогенные факторы) и отсутствием универсального терапевтического подхода. Кроме того, МК могут существенно ограничивать участие женщин в социальной, профессиональной и семейной жизни.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью комплексной оценки влияния МК на качество жизни женщин репродуктивного возраста с учётом индивидуального клинико-гормонального профиля. Впервые в условиях г. Астана в ходе проспективного наблюдательного исследования были использованы международно признанные инструменты количественной оценки – опросник MBQ (Menstrual Bleeding Questionnaire) и визуальная шкала РВАС (Pictorial Blood Assessment Chart), позволяющие объективно измерить тяжесть симптомов и их влияние на повседневную активность пациенток.

Настоящее исследование направлено на изучение современных подходов к диагностике и лечению МК, а также на оценку эффективности применяемых методов терапии. Повышение результативности лечения является актуальной

задачей, поскольку своевременно проведенная терапия может не только предотвратить тяжелые осложнения, но и улучшить общее самочувствие пациенток, повысить их качество жизни и минимизировать необходимость радикальных хирургических вмешательств. В связи с этим особую значимость приобретает комплексный подход к лечению, включающий медикаментозную терапию, малоинвазивные методы коррекции и индивидуализированный подбор тактики ведения пациенток в зависимости от этиологии кровотечений и их клинических особенностей.

Цель исследования: Повышение эффективности лечения ОМК у женщин репродуктивного возраста.

Задачи исследования:

- комплексная оценка и анализ эффективности различных видов консервативного лечения ОМК;
- сравнить группы с разными методами консервативного лечения ОМК с использованием гемостатических препаратов, гормональных препаратов, комбинированное лечение (кок+гемостатик);
- разработать алгоритм лечения ОМК.
- **Объект исследования** – женщины репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями, обратившиеся за медицинской помощью в экстренное гинекологическое отделение.
- **Предмет исследования** – методы медикаментозного лечения ОМК, включая гемостатики, КОК и комбинированные подходы (гемостатик+КОК), а также их влияние на клинические исходы.
- Объектами клинического исследования стали обильные маточные кровотечения.
- Всего в исследовании приняли участие 180 пациенток, распределенных на 3 группы в соответствии с методами лечения.
- Пациенты будут разделены на 3 равные группы в зависимости от проведенного лечения:
- Первая группа (n = 60) – пациенты, получавшие гемостатические препараты;
- Вторая группа (n = 60) – пациенты, которым были назначены КОК.
- Третья группа (n = 60) – пациенты, которым было назначено комбинированное лечение (гемостатик+КОК).

Критерии включения:

- Возраст пациенток от 18 до 49 лет.
- Подтвержденный диагноз «обильные маточные кровотечения» (первично выявленные или рецидивирующие).

- Согласие пациентки на участие в исследовании после разъяснения целей и методов.

Критерии исключения:

- Возраст младше 18 лет и старше 49 лет.
- Тяжелые сопутствующие заболевания (онкологические, сердечно-сосудистые, почечные, печеночные, эндокринные нарушения).
- Беременность, лактация.
- Острые воспалительные заболевания органов малого таза.
- Тяжелые психические расстройства.
- Коагулопатии, требующие специализированного лечения.
- Отказ пациентки от участия в исследовании.

Методы исследования. В исследовании использованы как теоретические, так и практические (эмпирические) методы. Теоретические методы: анализ и обобщение научной литературы, сравнительный анализ современных подходов к диагностике и лечению обильных маточных кровотечений. Практические (эмпирические) методы: сбор жалоб и анамнеза, объективный статус, гинекологический осмотр, клинический анализ крови, анкетирование (опросник MBQ, PBC), статистическая обработка данных программой статистической обработки «STATISTICA 12».

Новизна исследования. Впервые оценено влияние обильных маточных кровотечений и различных методов их лечения на качество жизни женщин репродуктивного возраста с использованием опросника MBQ, PBC.

Практическая значимость. Результаты исследования позволяют произвести сравнительную диагностику эффективности методов лечения, что позволило бы улучшить результативность лечения ОК. Результаты исследования могут быть использованы в клинической практике акушеров-гинекологов для оптимизации диагностики и лечения обильных маточных кровотечений, в образовательных программах медицинских вузов для подготовки специалистов, а также в разработке клинических рекомендаций и протоколов оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста. Разработка алгоритма различных методов консервативного лечения ОК.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Обильные маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста представляют собой распространенную патологию, и по частоте встречаемости наравне с аномальными маточными кровотечениями.
2. Анемия различной степени тяжести достоверно коррелирует с ОК.

3. При анализе методов лечения ОМК качество жизни женщин согласно опроснику MBQ, PVAS эффективнее при комбинированном лечении.

Апробация диссертации.

Основные результаты исследования опубликованы статьи:

1. Г.А. Шегенов, С.С. Искаков, М.Е. Мукышбекова, А. Марат. 2024. Качество жизни женщин репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями. *Репродуктивная медицина (Центральная Азия)*. 2 (июн. 2024), 54–59. DOI: <https://doi.org/10.37800/RM.2.2024.54-59>.

2. Г.А. Шегенов, С.С. Искаков, А.А. Есжанова, К.Ж. Халмуратова, М.Е. Мукышбекова. 2025. Обильные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте: Обзор литературы. Республиканский научный журнал «Ozekty gylym». 6 (10 марта 2025г), 89-102.

Получен акт внедрения результатов научно-исследовательской работы ГКП на ПХВ “Многопрофильной городской больницы №1”.

Объем и структура диссертации: Материалы диссертации изложены на 71 страницах машинописного текста и включают введение, обзор литературы, описание материалов и методов исследования, 3 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, включающих 47 источников, 2 приложения. Работа иллюстрирована 10 таблицами и 8 рисунками.

База проведения исследования: ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1», отделение экстренной гинекологии.

1 ОБИЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (обзор литературы)

1.1 Понятие термина обильные маточные кровотечения

Маточное кровотечение – это выделение крови из полости матки, которое может быть как физиологическим (в рамках нормального менструального цикла), так и патологическим, свидетельствующим о наличии нарушений.

Основные виды аномального маточного кровотечения[1]:

1. Меноррагия – избыточная кровопотеря во время менструации. В норме менструальный цикл составляет 24–38 дней, объем кровопотери не превышает 80 мл, а продолжительность менструации составляет 4,5–8 дней. При меноррагии кровотечение длится дольше и характеризуется увеличенным объемом.

2. Метроррагия – нерегулярные кровотечения, возникающие в промежутках между менструациями, не связанные с циклическими изменениями организма.

3. Менопаузальное кровотечение – выделения из матки, появляющиеся спустя более года после наступления менопаузы, что требует обязательного обследования на предмет возможных патологий.

4. Олигоменорея – укороченные и скудные менструации, продолжающиеся менее 4 дней.

5. Альгоменорея – выраженный болевой синдром, сопровождающий менструацию, нередко связанный с заболеваниями репродуктивной системы.

6. Пройоменорея – аномально короткий менструальный цикл (менее 24 дней).

7. Опсоменорея – удлинение менструального цикла свыше 38 дней, что может указывать на гормональные сбои или другие нарушения.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой одну из наиболее распространённых форм нарушений менструального цикла, часто становясь причиной госпитализаций и нередко требуя хирургического вмешательства. Однако анализ операционного материала показывает, что у 40–60% пациенток не выявляется выраженных органических изменений, что указывает на недостаточную полноту предварительного обследования с целью установления истинной причины кровотечений. В подобных случаях проведение гистерэктомии может быть необоснованным, поскольку это увеличивает риск послеоперационных осложнений и приводит к росту затрат на лечение. В связи с этим разработка стандартизированных протоколов диагностики и терапии ОМК остаётся актуальной задачей современной гинекологической практики [2].

Обильные маточные кровотечения в период полового созревания характеризуются патологическими кровянистыми выделениями из полости матки, отличающимися чрезмерной продолжительностью (более 8 дней), значительным объёмом кровопотери (свыше 80 мл) либо слишком коротким менструальным циклом (менее 24 дней). Эти нарушения оказывают выраженное негативное влияние на физическое здоровье, психоэмоциональное состояние и социальную адаптацию девушек и женщин репродуктивного возраста, снижая работоспособность и ухудшая когнитивные функции [3].

Термин «обильные маточные кровотечения (ОМК)» применяется для обозначения чрезмерной менструальной кровопотери, происходящей, как правило, на фоне регулярного менструального цикла. В отличие от других форм нарушений менструации, ОМК характеризуются значительной продолжительностью и объёмом кровопотери, что в совокупности может приводить к анемии, снижению качества жизни и развитию вторичных осложнений.

ОМК следует рассматривать как важную медико-социальную проблему, особенно среди женщин детородного возраста. В последние годы в гинекологии наблюдается тенденция к унификации диагностических критериев и методов лечения чрезмерных менструальных кровотечений, что способствует более точной оценке состояния пациенток и повышению эффективности терапии [4].

Е.В. Уварова рассматривает аномальные маточные кровотечения как обобщенный термин, включающий все формы нарушения менструального цикла, которые не соответствуют физиологическим возрастным нормам. Автор подчеркивает, что в 2009 году Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) утвердила классификацию АМК, выделив среди них острые и хронические формы, что позволило оптимизировать подход к диагностике и лечению данной патологии [5].

В работе И.Г. Шестаковой и С.А. Дьяконова анализируются сложности, возникающие в практике врачей-гинекологов при разграничении понятий аномальных маточных кровотечений и обильных менструальных кровотечений (ОМК). Авторы отмечают, что АМК является более широким понятием, включающим как менструальные, так и межменструальные кровотечения, а также кровотечения, вызванные различными системными заболеваниями [6].

Г.Е. Чернуха в своем исследовании акцентирует внимание на значимости АМК у молодых женщин и необходимости комплексного подхода к их лечению в соответствии с современными российскими и международными рекомендациями. Автор подчеркивает, что своевременная диагностика и корректная терапия позволяют избежать серьезных осложнений, таких как железодефицитная анемия и нарушение репродуктивной функции [7].

Межменструальные маточные кровотечения (ММК) представляют собой кровянистые выделения, возникающие в промежутках между стандартными менструациями или обильными менструальными кровотечениями. Они могут быть как нерегулярными, так и частично совпадающими с фазами менструального цикла [8].

Тяжелое маточное кровотечение (ТМК) характеризуется резким усилением кровопотери, которое возникает спонтанно или на фоне хронических маточных кровотечений. Такое состояние приводит к выраженному физическому и эмоциональному дискомфорту, а также может угрожать жизни пациентки, требуя незамедлительного медицинского вмешательства для предотвращения развития гиповолемии или гиповолемического шока [9].

Острое аномальное маточное кровотечение (острое АМК) представляет собой внезапный и интенсивный эпизод кровопотери из матки, который по своим

характеристикам соответствует тяжелому маточному кровотечению (ТМК) и требует срочного медицинского вмешательства[10].

Исследование О.Б. Калинкиной и Ю.В. Тезикова посвящено тактике ведения обильных маточных кровотечений у женщин в перименопаузе [11]. Авторы подчеркивают, что в этой возрастной группе основными причинами кровотечений являются хроническая ановуляция и гиперпластические процессы эндометрия, что требует особого подхода к диагностике и лечению.

Работа Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей и Т.Н. Тутченко рассматривает взаимосвязь между эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями, предлагая современные стратегии сохранения здоровья женщин. В исследовании подчеркивается, что наличие эндометриоза значительно увеличивает риск развития АМК, а их лечение требует комплексного подхода, включающего как медикаментозную, так и хирургическую терапию[12].

Аномальные маточные кровотечения (АМК) занимают значительное место в структуре гинекологических заболеваний, их распространенность варьируется от 10% до 37,3%. В большинстве случаев обращения к врачу-гинекологу связаны именно с данной патологией. Наибольший риск развития этих нарушений наблюдается в период становления менструального цикла[13].

Среди наиболее серьезных последствий аномального маточного кровотечения (АМК) можно выделить острый геморрагический синдром, который, несмотря на высокую степень кровопотери, редко приводит к летальному исходу при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний[14]. Однако частым осложнением остается анемия, степень выраженности которой зависит от интенсивности и длительности кровотечения. В редких случаях летальный исход может быть связан с тяжелыми полиорганными расстройствами, возникающими на фоне массивной кровопотери и декомпенсации жизненно важных функций организма.

До 2009 года для классификации маточных кровотечений использовались клинические признаки, позволяющие различать их по характеру и интенсивности. В медицинской практике широко применялись термины полименорея, метроррагия и менометроррагия, которые описывали основные типы кровотечений, наблюдаемых у пациенток данной возрастной группы.

Меноррагия определялась как чрезмерно длительное менструальное кровотечение, сохраняющееся более 7 дней при сохраненном регулярном менструальном цикле. Объем кровопотери при этом превышал 80 мл, выделения часто содержали небольшое количество кровяных сгустков. У девочек, страдающих меноррагией, в период менструации могли возникать признаки гиповолемии, сопровождающиеся головокружением, слабостью, снижением артериального давления. В ряде случаев данное состояние приводило к развитию железодефицитной анемии средней и тяжелой степени, что требовало медицинского вмешательства.

Полименорея характеризуется сокращением менструального цикла, при котором кровотечения возникают с интервалом менее 21 дня. При этом сохраняется регулярный ритм менструаций, но частое наступление

кровотечений может существенно влиять на общее самочувствие и повседневную активность.

Метроррагия и менометроррагия представляли собой нарушения менструального цикла, при которых кровотечения происходили хаотично, без четкого ритма. Они нередко возникали после продолжительных задержек менструаций (олигоменореи) и характеризовались волнообразным течением: периоды скудных или умеренных кровянистых выделений могли сменяться эпизодами интенсивных кровотечений. В ряде случаев это состояние требовало неотложного медицинского вмешательства, особенно при значительной кровопотере и развитии осложнений [15].

Согласно современной классификации, при диагностике аномального маточного кровотечения учитываются его клинические проявления и этиологические факторы. Такой подход позволяет более точно определить характер кровотечения и выбрать оптимальную тактику лечения.

Острое аномальное маточное кровотечение представляет собой внезапный и обильный эпизод кровопотери, который требует немедленного медицинского вмешательства для предотвращения дальнейших осложнений. Оно может возникнуть как самостоятельный случай у пациентки без предшествующих нарушений или развиться на фоне уже имеющегося хронического аномального маточного кровотечения. К данной категории также относят тяжелые менструальные кровотечения (*heavy menstrual bleeding*), характеризующиеся чрезмерным объемом или длительностью менструации, требующими врачебного контроля [16].

Межменструальное маточное кровотечение – это кровянистые выделения, возникающие между регулярными менструациями в предсказуемые промежутки времени. Международные специалисты рекомендуют использовать данный термин вместо устаревшего понятия «метроррагия», поскольку он более точно отражает клиническую картину нарушения.

Таким образом, обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой форму аномальных маточных кровотечений (АМК) и характеризуются чрезмерной продолжительностью (свыше 8 дней) и/или объемом кровопотери (более 80 мл) при регулярном менструальном цикле. Они нередко приводят к ухудшению общего состояния, снижению работоспособности и развитию анемии. Современная классификация FIGO (2009) позволила систематизировать подход к диагностике и лечению АМК, выделив острые и хронические формы. Исследования показывают, что эффективная терапия требует учета этиологических факторов — от гормональных нарушений до органических патологий. Своевременное выявление и комплексное обследование позволяют предотвратить осложнения и выбрать оптимальную лечебную тактику.

1.2 Этиология и патогенез обильных маточных кровотечений

Одной из ключевых особенностей репродуктивного периода у женщин является устойчивое повышение уровня эстрогенов. Однако при обильных маточных кровотечениях (ОМК) этот физиологический процесс не

сопровождается соответствующим снижением секреции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). В результате возникает чрезмерная стимуляция яичников, что приводит к одновременному росту и развитию нескольких фолликулов вместо формирования одного доминантного. Наряду с этим, уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) демонстрирует нестабильность и колебания амплитуды, что нарушает физиологический процесс овуляции [17].

А.И. Давыдов, Л.И. Дворецкий и В.А. Лебедев в своих работах акцентируют внимание на патогенетической взаимосвязи между ОМК и железодефицитной анемией, обосновывая целесообразность использования препаратов железа в терапевтических целях. Авторы подчеркивают, что хронические менструальные кровопотери приводят к истощению железозапасов организма, что, в свою очередь, усиливает проявления анемического синдрома и усугубляет общее состояние женщин [18].

Современные подходы к диагностике и лечению ОМК у женщин репродуктивного возраста рассматриваются в научной работе Ю.Ю. Табакмана, А.Г. Солоповой и А. Биштави. В исследовании отмечается, что у 20% пациенток основная причина чрезмерной кровопотери обусловлена гормональными нарушениями, что требует комплексной, патогенетически обоснованной тактики терапии с учетом эндокринных факторов и индивидуальных репродуктивных особенностей [20].

Отсутствие овуляции при ОМК становится причиной несформированного желтого тела и, как следствие, дефицита прогестерона. Это приводит к тому, что эндометрий подвергается длительному и непрерывному воздействию эстрогенов, способствующих его гиперплазии. Однако при подобных изменениях нарушается кровоснабжение отдельных участков слизистой оболочки матки, что становится причиной её локального отторжения и клинического проявления в виде маточного кровотечения.

Дополнительно этот процесс усугубляется увеличением синтеза простагландинов, которые способствуют усилению кровоизлияний за счет повышения сосудистой проницаемости и активации воспалительных механизмов. В результате кровотечения могут становиться затяжными и интенсивными, что требует медицинского вмешательства для нормализации гормонального баланса и предотвращения анемии.

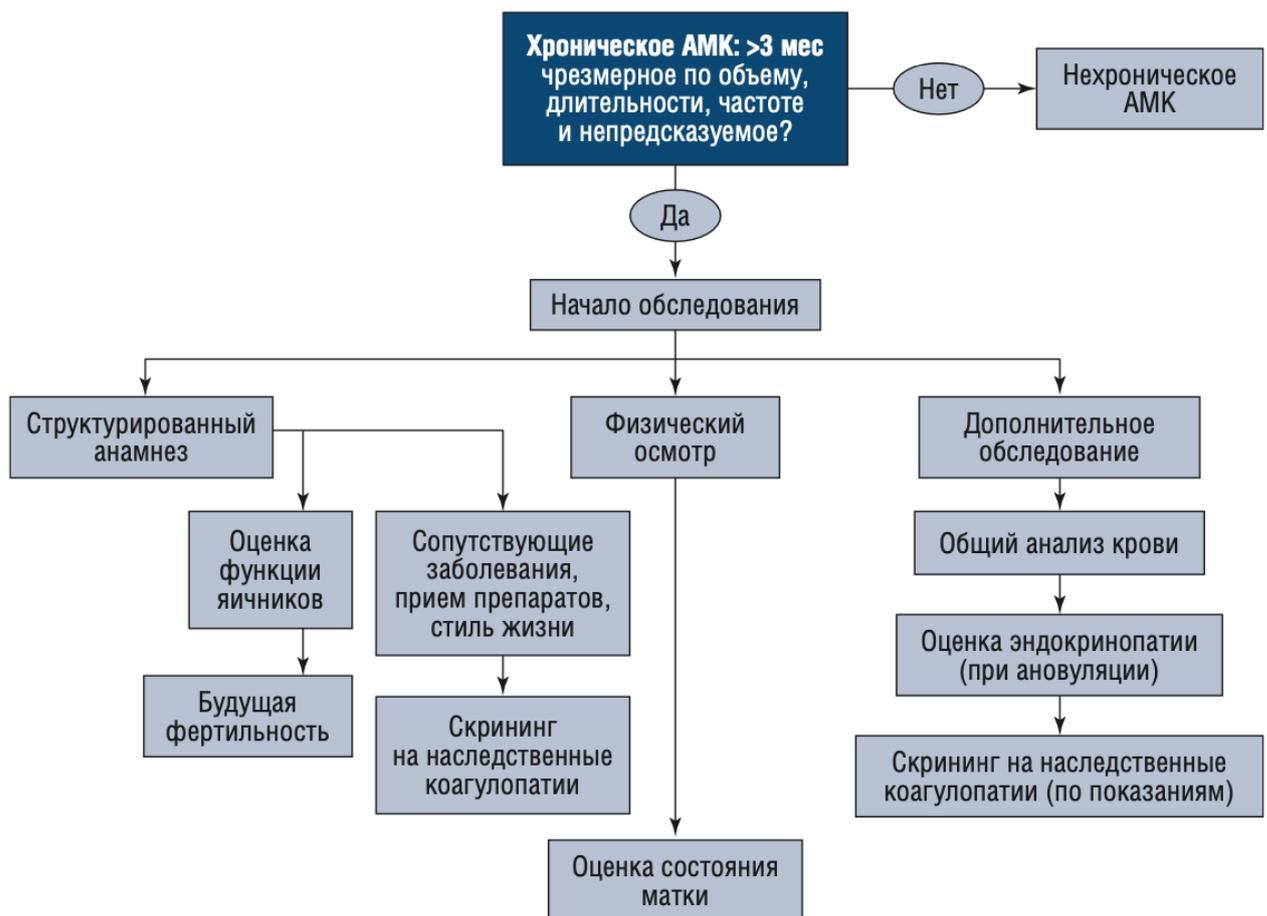


Рисунок 1 – Алгоритм начального обследования женщин с аномальными маточными кровотечениями

Затяжные менструальные кровотечения (prolonged menstrual bleeding) являются одной из форм хронических аномальных маточных кровотечений, которые, как правило, не требуют экстренной медицинской помощи, но могут существенно ухудшать качество жизни пациенток[21].

Длительность и интенсивность кровотечений могут быть связаны с недостаточной способностью сосудов сокращаться (вазоконстрикцией), нарушениями в системе гемостаза, замедленным процессом восстановления эндометрия, а также неполноценным отторжением морфологически измененной слизистой оболочки матки.

Продолжительное отсутствие овуляции и связанный с этим дефицит прогестерона приводят к чрезмерному разрастанию эндометрия, что увеличивает вероятность структурных и функциональных нарушений слизистой оболочки матки. В таких условиях возрастает риск развития длительных и обильных маточных кровотечений. Даже единичный овуляторный цикл способен временно стабилизировать состояние эндометрия, способствуя его полноценному обновлению и снижению риска чрезмерной кровопотери.

С учетом этиопатогенеза обильные маточные кровотечения (ОМК) у женщин репродуктивного возраста классифицируются по следующим основным направлениям:

1. Кровотечения, обусловленные органическими изменениями матки [22]:

- Связанные с беременностью: самопроизвольное прерывание беременности, плацентарный полип, трофобластические заболевания, осложнённая внематочная беременность.

- Патология шейки матки: цервикальный эндометриоз, полипы эндоцервикса, атрофический цервицит, доброкачественные и злокачественные новообразования, миоматозные узлы шеечного расположения.

- Патология тела матки: доброкачественные опухоли (лейомиома, ангиомиома, фибромиома), гиперплазия эндометрия, аденомиоз, злокачественные опухоли (саркома, рак эндометрия), хронический эндометрит, туберкулёз половых органов, артериовенозные мальформации.

2. Дисфункция эндометрия:

- Овуляторные кровотечения, возникающие на фоне хронического воспаления эндометрия.

- Кровотечения, связанные с нарушением продукции биологически активных веществ: избытком вазоконстрикторов (простагландин F2 α , эндотелин-1) или недостаточной выработкой вазодилататоров (простагландин I2, простагландин E2), а также активаторов плазминогена.

- Продолжительные и интенсивные кровопотери вследствие избыточного образования простагландинов при гиперплазии эндометрия.

Выраженность и продолжительность кровотечения при ОМК могут быть обусловлены нарушением сосудистой сократимости, дефицитом факторов гемостаза, сбоями в репаративных процессах слизистой оболочки матки и неполным отторжением патологически изменённого эндометрия.

Кровотечения, не связанные с патологией матки

1. Заболевания придатков матки

- Кровотечения, возникающие после оперативного вмешательства на яичниках (резекция яичника, овариэктомия).

- Кровотечения, обусловленные функциональными изменениями в яичниках, включая персистенцию или регрессию фолликулярной кисты, кисты желтого тела, поликистоз яичников.

- Нарушения менструального цикла на фоне гормонально активных опухолей яичников.

- Воспалительные заболевания придатков (аднексит, сальпингит), сопровождающиеся кровянистыми выделениями.

2. Гормональные и эндокринные нарушения

- Ановуляторные кровотечения, связанные с заболеваниями щитовидной железы, патологией печени, синдромом или болезнью Кушинга, сахарным диабетом.

- Кровотечения, возникающие при заболеваниях почек, врожденной дисфункции коры надпочечников, гиперпролактинемии.

- Стрессовые факторы и нарушения пищевого поведения, приводящие к дисбалансу половых гормонов[23].

3. Ятрогенные факторы (обусловленные медицинским вмешательством)

- Кровотечения после проведения деструкции эндометрия или биопсии шейки матки.

- Нарушения свертываемости крови на фоне приема лекарственных препаратов:

- Комбинированных оральных контрацептивов, прогестинов.

- Гормонозаместительной терапии.

- Глюкокортикостероидов.

- Нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

- Антикоагулянтов.

- Нейротропных средств и других медикаментов.

4. Кровотечения неясной этиологии или не входящие в стандартные классификационные категории

- Возникающие вследствие сосудистых аномалий, таких как артериовенозные мальформации.

- Кровотечения, ассоциированные с гипертрофией миометрия.

- Связанные с наследственными заболеваниями, включая хромосомные аномалии.

5. Гематологические заболевания и нарушения свертываемости крови

- Кровотечения, вызванные заболеваниями кровеносной системы, включая первичные поражения сосудистой стенки и последующее вовлечение механизмов коагуляции и тромбоцитарного звена гемостаза.

- Патологии мегакариоцитарно-тромбоцитарного ростка, такие как гемофилия и болезнь Виллебранда.

- Дефекты фибринолиза, нарушение стабилизации фибрина.

- Кровотечения, возникающие на фоне лечения антикоагулянтами или фибринолитическими препаратами.

- Психосоматически обусловленные кровотечения, вызванные намеренным самоповреждением пациенток.

В 2011 году международная экспертная группа под эгидой FIGO разработала унифицированную систему классификации и номенклатуры аномальных маточных кровотечений у небеременных женщин репродуктивного возраста. Согласно классификации PALM-COEIN, принятой Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO), все аномальные маточные кровотечения подразделяются на две основные группы в зависимости от их

происхождения: структурные (PALM) и неструктурные (COEIN). Данная система получила название PALM-COEIN (The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years) и была официально одобрена Исполнительным комитетом FIGO и Американским колледжем акушеров-гинекологов (ACOG). В настоящее время эта система активно применяется в клинической практике во многих странах Европы и США[24].

Классификация PALM-COEIN позволила структурировать причины аномальных маточных кровотечений, разделив их на девять ключевых категорий в зависимости от их этиологии:

P (Polyp) – Полип эндометрия

A (Adenomyosis) – Аденомиоз

L (Leiomyoma) – Лейомиома матки (миома)

**M (Malignancy and hyperplasia) –
Малигнизация и гиперплазия эндометрия**

**C (Coagulopathy) – Коагулопатии (нарушения
свертываемости крови)**

**O (Ovulatory dysfunction) – Овуляторная
дисфункция**

E (Endometrial) – Дисфункция эндометрия

**I (Iatrogenic) – Ятрогенные
причины (связанные с медицинским
вмешательством)**

N (Not yet classified)

Рисунок 2 – Категории причин аномальных маточных кровотечений

Группа PALM – структурные причины аномальных маточных кровотечений. Данный тип кровотечений обусловлен анатомическими изменениями в матке, которые можно выявить при помощи визуализирующих методов диагностики (например, ультразвукового исследования, МРТ) или гистологического анализа. В эту категорию включены следующие патологические состояния:

1. P (Polyp) – Полип эндометрия. Полипы представляют собой локальные разрастания слизистой оболочки матки, состоящие из железистых, фиброзных и сосудистых элементов. Они могут вызывать нерегулярные или обильные кровотечения, особенно при значительных размерах.

2. A (Adenomyosis) – Аденомиоз. Это патологическое состояние, при котором клетки эндометрия прорастают вглубь мышечного слоя матки (миометрий), что приводит к увеличению ее размеров, боли и нарушениям менструального цикла.

3. L (Leiomyoma) – Лейомиома (миома матки). Доброкачественная опухоль, развивающаяся из гладкомышечных клеток миометрия, которая может вызывать длительные и обильные менструации. В зависимости от локализации узлов выделяют подслизистые, интрамуральные и субсерозные миомы.

4. M (Malignancy and hyperplasia) – Злокачественные образования и гиперплазия эндометрия. В эту категорию входят предраковые и раковые изменения слизистой оболочки матки, включая гиперплазию эндометрия с атипией и эндометриальный рак, которые сопровождаются нерегулярными кровотечениями.

Группа COEIN (неструктурные причины аномальных маточных кровотечений) вызваны функциональными нарушениями, которые не связаны с морфологическими изменениями матки и не могут быть обнаружены с помощью методов визуализации или гистологического исследования. Они включают следующие состояния[25]:

1. C (Coagulopathy) – Коагулопатии. Нарушения свертываемости крови, такие как болезнь Виллебранда, гемофилия, тромбоцитопатии и другие геморрагические расстройства, могут приводить к обильным и продолжительным менструальным кровотечениям.

2. (Ovulatory dysfunction) – Овуляторная дисфункция. Связана с нарушением выработки гормонов, регулирующих менструальный цикл, что приводит к нерегулярным или длительным кровотечениям. Чаще встречается в подростковом возрасте, во время перименопаузы, при поликистозном синдроме яичников (СПКЯ), гипотиреозе и других эндокринных патологиях.

3. E (Endometrial) – Эндометриальная дисфункция. Описывает нарушения в функционировании эндометрия, приводящие к нарушению его отторжения во время менструации, что может провоцировать нерегулярные или чрезмерные кровотечения.

4. I (Iatrogenic) – Ятрогенные факторы. К этой группе относятся кровотечения, вызванные приемом лекарственных препаратов, влияющих на свертываемость крови и гормональный баланс, что могут быть антикоагулянты, гормональные контрацептивы, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты и другие медикаменты[26].

Таким образом, классификация PALM-COEIN позволяет дифференцировать аномальные маточные кровотечения на основе их происхождения и механизма развития, что способствует точной диагностике и выбору оптимальной тактики лечения.

С учетом различных причин, вызывающих аномальные маточные кровотечения, эксперты Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) разработали систему PALM-COEIN, которая позволяет более точно диагностировать и классифицировать кровотечения по структурным и функциональным механизмам их возникновения.

Исследование Г.Е. Чернухи, И.А. Иванова и З.Н. Эфендиевой посвящено этиологической структуре и возможностям диагностики АМК. Авторы отмечают, что данная патология часто сопровождается как маточными, так и межменструальными кровотечениями, что требует комплексного обследования пациенток.

Наконец, работа Е.В. Уваровой и И.А. Сальниковой рассматривает применение ингибиторов фибринолиза в терапии АМК. В исследовании подчеркивается важность индивидуального подхода к выбору медикаментозного лечения и необходимости корректировки тактики терапии в зависимости от выраженности симптомов и сопутствующих заболеваний.

Таким образом, анализ научных источников показывает, что аномальные маточные кровотечения являются распространенной патологией, требующей тщательного дифференциального подхода к диагностике и лечению. Современные исследования акцентируют внимание на необходимости комплексного изучения гормонального статуса, функционального состояния эндометрия и коагуляционной системы для эффективного ведения пациенток.

Неклассифицированные случаи включают в себя редкие или недостаточно изученные формы аномальных маточных кровотечений, которые не могут быть четко отнесены к одной из существующих категорий.

Основная структура классификации построена на бинарном принципе: для каждой возможной причины кровотечения указывается ее наличие (обозначается как «1») или отсутствие (обозначается как «0»). Такой подход позволяет упростить диагностику и оптимизировать тактику лечения пациенток[27].

При использовании данной классификации рабочий диагноз может быть зашифрован в виде соответствующей аббревиатуры. Например, если у пациентки выявлены аномальные маточные кровотечения, вызванные одновременно ановуляцией и эндометритом, диагноз будет сформулирован как аномальные маточные кровотечения, обусловленные овуляторной дисфункцией и воспалительными изменениями эндометрия.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) в репродуктивном возрасте являются многофакторальной патологией, развитие которой обусловлено как эндогенными, так и экзогенными причинами. Идентификация факторов риска играет ключевую роль в патогенетическом понимании заболевания и в разработке персонализированных лечебно-профилактических подходов. В контексте настоящего исследования выделяются следующие основные группы факторов риска:

1. Эндокринно-гормональные дисфункции.

Наиболее значимыми являются нарушения регуляции менструального цикла, связанные с дисбалансом половых стероидов. Особенно распространены ановуляторные циклы, гиперэстрогения при недостаточности прогестерона, а

также нарушения в системе гипоталамус–гипофиз–яичники. Эти состояния приводят к неравномерной пролиферации эндометрия и его дисфункциональному отторжению, сопровождающемуся кровотечением.

2. Органические гинекологические заболевания.

Частыми причинами ОМК являются доброкачественные новообразования и гиперпластические процессы: миома матки (особенно субмукозная форма), аденомиоз, полипы эндометрия и гиперплазия. Кроме того, хронический эндометрит способствует нарушению сосудистой проницаемости и снижает контрактильность миометрия, что также усиливает интенсивность кровотечений.

3. Гематологические и системные соматические заболевания.

ОМК могут быть обусловлены нарушениями свертываемости крови (болезнь Виллебранда, тромбоцитопатии, дефицит факторов свертывания), патологиями печени (которая участвует в метаболизме эстрогенов и синтезе факторов гемостаза), а также заболеваниями щитовидной железы. Нарушения метаболизма, включая ожирение и инсулинорезистентность, ассоциированы с изменением гормонального профиля и усилением пролиферации эндометрия.

4. Наследственная отягощенность.

Генетическая предрасположенность может проявляться в виде склонности к развитию миомы, гиперпластических процессов эндометрия или коагулопатий. Семейный анамнез по этим патологиям увеличивает вероятность возникновения ОМК.

5. Психоэмоциональные и поведенческие факторы.

Хронический стресс, нарушения сна, психоэмоциональная лабильность могут оказывать влияние на нейроэндокринную регуляцию менструального цикла. Установлено, что у женщин с высоким уровнем тревожности и депрессивными расстройствами чаще диагностируются менструальные дисфункции, включая ОМК.

6. Воздействие внешней среды и образа жизни.

Курение, низкий уровень физической активности, дефицит витаминов (в частности витамина D и железа), а также нерациональное питание способствуют ухудшению общего соматического статуса, что опосредованно может усиливать выраженность маточных кровотечений.

Таким образом, понимание многофакторной природы риска возникновения ОМК позволяет применять комплексный клиничко-диагностический подход и способствует более эффективной стратификации пациенток для подбора оптимальной тактики лечения.

Таким образом, этиология и патогенез обильных маточных кровотечений (ОМК) у женщин репродуктивного возраста, связаны с незрелостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, нарушениями овуляции и гормонального баланса. Преобладание эстрогенов при отсутствии овуляции и недостатке прогестерона приводит к гиперплазии эндометрия, его неравномерному отторжению и развитию кровотечений. Дополнительными механизмами выступают нарушения сосудистой регуляции, повышенная продукция простагландинов, снижение вазоконстрикции и коагулопатии. Классификация

FIGO (PALM-COEIN) делит причины ОМК на структурные (полипы, миомы, гиперплазия, аденомиоз) и функциональные (овуляторная дисфункция, коагулопатии, ятрогенные и эндометриальные причины), что позволяет точнее диагностировать патологию и выбрать эффективную тактику лечения. Таким образом, патогенез ОМК требует комплексного подхода, включающего гормональную, гистологическую, визуализирующую и лабораторную диагностику.

1.3 Качество жизни женщин репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями

Репродуктивный возраст женщины охватывает период жизни от пубертата (12-14 лет) до наступления менопаузы (45-50 лет). Данный временной промежуток является наиболее значимым в жизни женщины, так как именно в эти годы формируются и реализуются функции деторождения. Однако репродуктивное здоровье включает в себя не только возможность зачатия и рождения детей, но и общее физическое, психологическое и социальное благополучие. Оно определяется не только отсутствием заболеваний половой системы, но и гармонией в личной жизни, доступом к качественной медицинской помощи, возможностью планирования беременности и защиты от инфекций, передающихся половым путем[28].

Проблема обильных маточных кровотечений (ОМК), не связанных с беременностью, остается актуальной. В течение репродуктивного периода ОМК встречаются хотя бы один раз в жизни более чем у половины женщин, однако лишь четверть из них обращаются за медицинской помощью. О необходимости решения данной проблемы свидетельствуют многочисленные рекомендации ведущих международных сообществ акушеров-гинекологов, направленные на стандартизацию и оптимизацию подходов к диагностике и лечению обильных маточных кровотечений.

ОМК, возникающие в репродуктивном возрасте и не связанные с беременностью, характеризуются увеличением продолжительности менструаций, повышенной кровопотерей или учащением эпизодов кровотечения. Эти изменения могут приводить к развитию анемии, хронической усталости, болевому синдрому, а также к значительному ухудшению качества жизни. Помимо физического дискомфорта, обильные кровотечения ограничивают социальную активность, требуют значительных финансовых затрат на приобретение гигиенических средств и медикаментов, а также могут приводить к потере трудоспособности и снижению доходов[29].

Таблица 1 – Характеристика параметров нормального менструального цикла и АМК у женщин репродуктивного возраста

Клинические показатели менструального кровотечения/цикла	Описательные термины	Нормальные показатели и их нарушения
--	----------------------	--------------------------------------

Частота (интервал между кровотечениями), дни	Частая	<24
	Нормальная	24–38
	Редкая	>38
Регулярность (интервалы без кровотечений более 20 дней в течение 90-дневного периода), дни	Отсутствие	Нет кровотечений
	Регулярные	<20
	Нерегулярные	>20
Продолжительность кровотечения, дни	Длительное	>8
	Нормальное	4,5–8
	Короткое	<4,5
Объем менструальной кровопотери, мл	Обильное	>80
	Нормальное	5–80
	Скудное	<5

Здоровье женщины в репродуктивный период напрямую связано с образом жизни, условиями работы, экологической обстановкой, питанием, физической активностью и уровнем медицинского обслуживания. Важную роль играют гормональные изменения, происходящие в организме, поскольку они оказывают влияние не только на репродуктивную функцию, но и на общее состояние организма. Дисбаланс гормонов может приводить к нарушениям менструального цикла, развитию гинекологических заболеваний, ухудшению эмоционального состояния и даже бесплодию. Кроме того, здоровье репродуктивной системы женщины влияет на качество и продолжительность ее жизни, поскольку нарушения в этой сфере могут способствовать развитию хронических болезней, анемии, эндокринных патологий и снижению иммунитета.

Одним из ключевых аспектов репродуктивного здоровья является планирование семьи. Долгое время этот термин ошибочно связывали с ограничением рождаемости, однако в действительности он означает осознанное материнство и рождение здоровых, желанных детей. Грамотное планирование беременности позволяет снизить риск осложнений во время вынашивания плода, предупреждает развитие врожденных патологий у детей и помогает женщине сохранить свое здоровье. Оно включает в себя регулярное медицинское наблюдение, своевременную диагностику гинекологических заболеваний, доступность контрацепции и осведомленность о репродуктивных правах.

Обильные менструальные кровотечения оказывают значительное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние женщин, однако далеко не все пациентки своевременно обращаются за медицинской помощью. Многие воспринимают это состояние как нормальное явление, обусловленное особенностями их организма или возрастными изменениями. Некоторые женщины опасаются, что их жалобы будут расценены как преувеличение или ненужное беспокойство, а потому предпочитают справляться с проблемой самостоятельно. В результате длительное игнорирование симптомов может привести к ухудшению качества жизни, развитию анемии, снижению работоспособности и общей выносливости[30].

Женщины, страдающие обильными кровотечениями, часто испытывают физический дискомфорт, выраженный в постоянной усталости, головокружении, снижении концентрации внимания, что существенно

сказывается на их повседневной деятельности. Кроме того, из-за интенсивных кровопотерь приходится ограничивать физическую активность, избегать длительных поездок, отказываться от занятий спортом и социальной активности. Данные ограничения в совокупности с тревожностью, вызванной страхом внезапного кровотечения, могут приводить к эмоциональному истощению, раздражительности и даже депрессивным состояниям.

Помимо физических и эмоциональных аспектов, данное состояние вносит коррективы в профессиональную и семейную жизнь женщины. Постоянные менструальные кровотечения могут вызывать вынужденные пропуски работы, снижение продуктивности, невозможность сосредоточиться на сложных задачах. В семейном кругу такие проблемы тоже не остаются незамеченными: женщины могут испытывать трудности в выполнении домашних обязанностей, воспитании детей, а также в интимных отношениях, что приводит к снижению качества жизни в целом[31].

Среди возможных причин обильных менструальных кровотечений могут быть как временные гормональные сбои, так и серьезные заболевания, такие как миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия. Однако, поскольку менструация является естественным процессом, многие женщины не придают значения изменениям в ее характере, не связывая это с возможными патологическими изменениями. В ряде случаев обращение за медицинской помощью происходит уже тогда, когда заболевание достигает стадии, требующей более сложного лечения, вплоть до хирургического вмешательства.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) являются одной из наиболее значимых проблем в гинекологической практике, оказывая серьезное влияние на физическое, эмоциональное, социальное и экономическое благополучие женщин репродуктивного возраста. Данная патология не только ухудшает общее состояние здоровья пациенток, но и снижает их работоспособность, ограничивает повседневную активность, а в ряде случаев приводит к необходимости медицинского вмешательства, включая хирургическое лечение. Своевременная диагностика и адекватная терапия ОКМ крайне важны, поскольку без должного контроля данное состояние может привести к тяжелым осложнениям, таким как хроническая анемия, нарушение репродуктивной функции и ухудшение психоэмоционального состояния.

Женщины, страдающие ОКМ, часто испытывают хроническую усталость и слабость, что связано с постоянной кровопотерей, ведущей к снижению уровня гемоглобина и развитию железодефицитной анемии. Клинически это проявляется головокружением, одышкой, бледностью кожи, ломкостью волос и ногтей, повышенной утомляемостью. В более тяжелых случаях анемия может сопровождаться тахикардией, предобморочными состояниями и значительным снижением физической выносливости, что существенно ограничивает повседневную активность женщин.

Кроме анемии, у пациенток с ОКМ часто наблюдаются выраженные болевые ощущения во время менструации (альгоменорея), связанные с интенсивными сокращениями матки и изменениями в эндометрии. Сильные боли могут быть настолько выраженными, что приводят к временной

нетрудоспособности, необходимости приема анальгетиков и даже госпитализации. Наряду с этим частые и продолжительные кровотечения повышают риск гиповолемического шока, особенно если кровопотеря достигает критических значений. В таких случаях требуется неотложная медицинская помощь, вплоть до переливания крови или хирургического вмешательства[32].

Хронические обильные кровотечения оказывают значительное влияние на психоэмоциональное состояние женщин. Постоянные изменения в самочувствии, слабость, необходимость частого медицинского наблюдения и ограничения в повседневной жизни приводят к развитию тревожности и депрессии. Женщины, испытывающие ОМК, часто чувствуют себя уязвимыми, беспомощными и теряют уверенность в себе. К этому добавляется страх перед внезапным кровотечением, особенно в общественных местах, что приводит к избеганию социальных контактов, стрессу и чувству изоляции.

Пациентки с ОМК сталкиваются с проблемами в сексуальной жизни, поскольку болезненные ощущения, длительные кровотечения и страх перед неожиданным началом кровопотери могут снижать сексуальное желание и вызывать дискомфорт во время интимной близости, что может привести к ухудшению отношений с партнером и появлению психологических барьеров в сфере личной жизни. В ряде случаев женщины вынуждены обращаться за психологической помощью для адаптации к своему состоянию.

Одним из наиболее значимых последствий обильных маточных кровотечений является ограничение социальной активности. Женщины с ОМК часто вынуждены пропускать работу, учебу, мероприятия, что негативно отражается на их карьерном росте и профессиональном развитии. Постоянное ухудшение самочувствия, необходимость частых визитов к врачу и соблюдение постельного режима во время менструации могут привести к снижению продуктивности и даже потере работы[33].

ОМК также влияют на возможность ведения активного образа жизни. Многие пациентки отказываются от занятий спортом, длительных поездок, активного отдыха, так как физическая нагрузка может спровоцировать усиление кровотечения. В результате снижается уровень физической активности, что в долгосрочной перспективе может негативно сказаться на общем состоянии здоровья, приводя к увеличению массы тела, снижению выносливости и ухудшению метаболических процессов.

Лечение обильных маточных кровотечений требует значительных финансовых затрат, что создает дополнительную нагрузку на бюджет женщины и ее семьи. Пациентки с ОМК вынуждены регулярно проходить медицинские обследования (УЗИ, анализы крови, гистероскопия), принимать лекарственные препараты (препараты железа, гемостатические средства) и в некоторых случаях прибегать к хирургическим методам лечения.

Физическое воздействие

Анемия (слабость, головокружение, одышка, ломкость ногтей, выпадение волос).
Боли (спазмы, альгоменорея, боли в пояснице).
Гиповолемия (тахикардия, низкое давление, предобморочные состояния).

Психозэмоциональное состояние

Тревожность (страх внезапного кровотечения).
Депрессия (снижение самооценки, апатия).
Раздражительность (перепады настроения, стресс).

Социальные и профессиональные ограничения

На работе (пропуски, снижение продуктивности).
В социальной жизни (избегание активностей, изоляция).
В интимных отношениях (дискомфорт, снижение либидо).

Экономические последствия

Расходы на лечение (препараты, обследования, хирургия).
Потеря дохода (больничные, снижение карьерных возможностей).

Репродуктивные риски

Бесплодие (гормональные сбои, ановуляция).
Осложнения беременности (риск выкидыша, преждевременные роды).

Рисунок 3 – Основные аспекты качества жизни женщин репродуктивного возраста с обильными маточными кровотечениями

Помимо этого, при тяжелых формах ОМК может потребоваться стационарное лечение, что увеличивает финансовые расходы, особенно если женщина не имеет медицинской страховки. В ряде случаев из-за частых пропусков работы или снижения трудоспособности пациентки теряют часть дохода, что усугубляет экономические трудности.

Обильные маточные кровотечения могут негативно сказываться на репродуктивной функции женщины, особенно если они вызваны эндометриозом, миомой матки, полипами или гиперплазией эндометрия.

Нарушения менструального цикла, ановуляция и гормональные дисбалансы могут привести к трудностям с зачатием или стать причиной невынашивания беременности. В тяжелых случаях пациенткам может потребоваться хирургическое лечение, включая выскабливание полости матки или даже гистерэктомию, что полностью исключает возможность естественного зачатия.

ОМК также представляют опасность во время беременности, так как могут повышать риск гипоксии плода, преждевременных родов и послеродовых осложнений. Женщины, страдающие хроническими кровотечениями, нуждаются в тщательном медицинском наблюдении во время беременности и родов, а также в дополнительной коррекции анемии.

Обильные маточные кровотечения оказывают многогранное негативное влияние на качество жизни женщин репродуктивного возраста. Они приводят к физическому истощению, анемии, болевым синдромам, эмоциональному напряжению, социальной изоляции, финансовым затратам и снижению репродуктивной функции. последствия требуют комплексного подхода к лечению, включающего медикаментозную терапию, хирургические методы, коррекцию образа жизни и, в ряде случаев, психологическую поддержку[34].

Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение позволяют существенно улучшить состояние пациенток, восстановить их работоспособность, снизить уровень тревожности и предотвратить развитие тяжелых осложнений. Улучшение доступности медицинской помощи и разработка персонализированных схем лечения являются важными шагами для повышения качества жизни женщин с ОМК и предотвращения долгосрочных последствий данного состояния.

Таким образом, обильные маточные кровотечения (ОМК) у женщин репродуктивного возраста представляют собой не только медицинскую, но и социальную проблему, значительно влияющую на качество жизни. Женщины с ОМК сталкиваются с хронической усталостью, снижением работоспособности и физической выносливости, вызванными анемией и постоянной кровопотерей. Нарушения менструального цикла сопровождаются болевым синдромом, тревожностью, раздражительностью, депрессией, а также страхом внезапного кровотечения в общественных местах, что приводит к социальной изоляции и ограничению активности. Такие пациентки часто вынуждены отказываться от спорта, поездок, работы и даже общения, что негативно сказывается на их профессиональной и личной жизни. Кроме того, регулярные расходы на медицинское обследование, лечение, гигиенические средства и возможные хирургические вмешательства становятся серьезной финансовой нагрузкой. Ухудшается и репродуктивная функция: овуляторные сбои, гиперплазия эндометрия и хронические воспаления могут стать причиной бесплодия или невынашивания беременности. ОМК также влияют на интимную жизнь, вызывая боль и снижение либидо.

1.4 Методы лечения обильных маточных кровотечений

Параметры менструального цикла, такие как его регулярность, частота и продолжительность, могут быть легко зафиксированы при ведении менструального календаря. Однако объем менструальной кровопотери (МКП) остается субъективным показателем, который сложно оценить количественно. В качестве порогового значения для диагностики обильных маточных кровотечений (ОМК) принято считать показатель кровопотери более 80 мл за один цикл. Однако дефицит железа в организме может развиваться уже при ежемесячной кровопотере, превышающей 60 мл. Согласно популяционным исследованиям, объективно подтвержденное увеличение МКП (>80 мл) встречается у 9–14% женщин, тогда как субъективные ощущения обильных кровопотерь отмечаются у 20–52% пациенток. В норме около 90% общего объема менструальной кровопотери приходится на первые три дня цикла, однако у женщин с обильными маточными кровотечениями эта закономерность часто нарушается, и характер кровотечений может значительно варьировать.

Клинические признаки, позволяющие заподозрить увеличение объема менструальной кровопотери свыше 80 мл, включают: снижение уровня ферритина в крови, наличие сгустков крови и необходимость частой смены гигиенических средств в течение дня. Ферритин является важным индикатором запасов железа в организме, его уровень варьируется в пределах 18–160 нг/мл, при этом оптимальным показателем считается не менее 50 нг/мл. Дефицит ферритина и развитие железодефицитной анемии часто коррелируют с объективно подтвержденными обильными кровотечениями, однако их отсутствие не исключает наличия патологии.[35]

Согласно экспертным рекомендациям, представленным в документах UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE), пересмотренных в 2016 и 2018 годах, диагностика и тактика ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями должна основываться не только на измерении кровопотери, но и на субъективных ощущениях пациентки. Дискомфорт, выраженное влияние на работоспособность, ухудшение качества жизни – эти факторы являются решающими при выборе методов лечения и коррекции состояния.

Женщины с ановуляторными кровотечениями, как правило, не испытывают характерных признаков предменструального синдрома (нагрубание молочных желез, увеличение количества слизистых выделений, предменструальные боли и вздутие живота). Из-за неравномерного и длительного воздействия эстрогенов на эндометрий кровотечение носит хаотичный, непредсказуемый характер, а его объем значительно варьирует. По данным исследований, у 14% пациенток с рецидивирующими ановуляторными кровотечениями развивается гиперплазия или рак эндометрия, что подчеркивает важность своевременной диагностики.

Длительный менструальный цикл (>35 дней) свидетельствует об олигоменорее, которая в большинстве случаев является признаком хронической ановуляции. Однако даже при нормальной продолжительности цикла (менее 35 дней) необходимо исключать нарушение процесса овуляции. Наиболее частой причиной олиго- и ановуляции является синдром поликистозных яичников (СПКЯ), распространенность которого колеблется от 6% до 20% в зависимости

от критериев диагностики. У 75–85% женщин с СПКЯ наблюдается овуляторная дисфункция, что является одной из ведущих причин репродуктивных проблем. Кроме того, в 10–15% случаев даже при регулярных менструациях могут наблюдаться ановуляторные циклы, что делает диагностику сложной.

Комплексное обследование женщин с обильными маточными кровотечениями (ОМК) требует всестороннего подхода, включающего сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные и инструментальные методы диагностики. Важно дифференцировать овуляторные и ановуляторные кровотечения, так как механизмы их возникновения различны. Овуляторное ОК характеризуется регулярными менструальными циклами с нормальными интервалами, однако отличается чрезмерной длительностью и объемом кровопотери. Такие кровотечения могут быть вызваны органическими изменениями эндометрия или миометрия (категория PALM), а также функциональными нарушениями, связанными с дисбалансом простагландинов, изменением матриксных металлопротеиназ и повышенным локальным фибринолизом[36].

Оценка уровня прогестерона в середине лютеиновой фазы (20–24-й день цикла) является надежным методом диагностики ановуляции, независимо от ее причины. Поскольку прогестерон выделяется импульсно, его концентрация зависит от уровня лютеинизирующего гормона (цикл выбросов составляет 60–90 минут). Для более точной диагностики анализ следует проводить минимум в трех последовательных циклах или дважды в одном цикле с интервалом в 1 час. Оптимальным временем для забора крови является утро, когда уровень прогестерона минимально подвержен циркадным колебаниям. Если у пациентки в двух из трех циклов уровень прогестерона остается низким, это свидетельствует о хронической ановуляции.

Важнейшим инструментом диагностики является визуализация органов малого таза, в частности, трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ). Данный метод позволяет выявить патологии эндометрия, миометрия и придатков, определить признаки овуляции, гиперплазии, полипов, миомы и других состояний. В случаях подозрения на гиперпластические процессы эндометрия, атипичные изменения слизистой оболочки матки или при наличии факторов риска злокачественных новообразований пациентке может быть рекомендовано проведение биопсии эндометрия или гистероскопии.

При обследовании пациенток, у которых обильные кровотечения начались с момента менархе, а также при наличии отягощенного семейного анамнеза, необходимо проводить диагностику состояния свертывающей системы крови. Одной из наиболее частых наследственных патологий гемостаза является болезнь Виллебранда, которая выявляется примерно у 13% женщин с ОК. В отличие от ановуляторных кровотечений, при овуляторных ОК, не связанных с органическими изменениями, прогестерон регулирует процесс отторжения эндометрия, что снижает риск гиперплазии и развития злокачественных процессов. Однако, даже при тщательной диагностике, в 50% случаев причина овуляторных кровотечений остается невыясненной, и такие ОК относят к неклассифицированным (по критериям FIGO)[37].

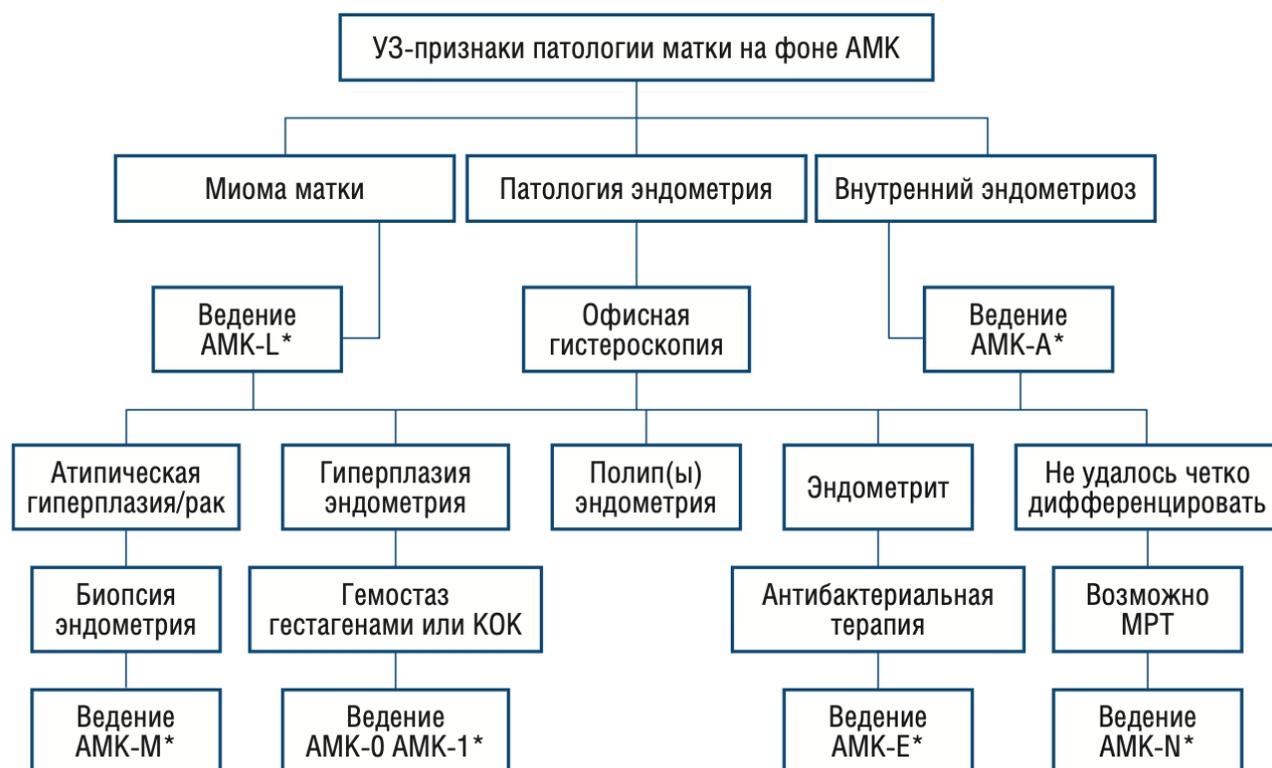


Рисунок 4 – Алгоритм обследования больных с аномальным маточным кровотечением (АМК) при выявлении ультразвуковых признаков патологии матки

Современные международные рекомендации указывают на медикаментозную терапию как метод первой линии при лечении обильных маточных кровотечений (ОМК) у женщин, не имеющих признаков внутриматочной патологии или других серьезных заболеваний органов малого таза. Выбор препаратов определяется характером кровотечения, наличием анемии, возрастом пациентки и сопутствующими факторами риска. При выявлении железодефицитной анемии, развившейся на фоне обильных кровотечений, обязательным компонентом лечения становится назначение препаратов железа для коррекции дефицита.

Таблица 2. Методы медикаментозной терапии ОКМ

Виды терапии	Дозы/режим	Механизм действия	Эффективность/преимущества	Неблагоприятные эффекты
Негормональные				
НПВП	Напроксен 500 мг (1–2 раза в день), ибупрофен 600–1200 мг в день, мефенамовая	Снижение уровня простагландинов в эндометрии	↓МКП на 20–40%, ↓Дисменорея на 70%	Диспепсия, ухудшение течения астмы, гастрита или язвы желудка

	кислота 500 мг в день			
Антифибринолитики	Транексамовая кислота 1 г 3–4 раза в день в дни менструации	Обратимая блокада плазминогена, подавление фибринолиза	↓МКП на 30–50%	Диспепсия, диарея, головные боли, судороги нижних конечностей
Гормональные				
КОК	Циклический, пролонгированный или непрерывный режим	Подавление гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, атрофия эндометрия	Контроль цикла, ↓МКП на 20–50%, ↓ПМС и дисменорея, Контрацепция +	Мастодиния, лабильность настроения, задержка жидкости, крайне редко ВТЭ
ЛНГ-ВМС	20 мкг/сут, одна система на 5 лет	Подавление пролиферации и эндометрия	↓МКП на 70–97%, аменорея у 80% через 1 год, ↓Дисменорея, Контрацепция +	Нерегулярные кровотечения первые 6 мес, мастодиния, акне, головные боли, судороги нижних конечностей
Циклические пероральные прогестины	МПА 5–10 мг/сут в течение 10–14 дней, НЭТ 5 мг с 5 по 26-й день цикла	Подавление пролиферации и эндометрия	↓МКП >80% в случае пролонгированного режима, Контрацепция – возможность наступления беременности снижается	Мастодиния, лабильность настроения, вздутие живота, акне, головные боли, прибавка массы тела

Систематический анализ данных 26 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) продемонстрировал различную эффективность медикаментозных методов в снижении менструальной кровопотери (МКП)[38]:

- Транексамовая кислота – уменьшение кровопотери на 26–54%.
- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – снижение МКП на 10–52%.
- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – сокращение кровопотери на 35–69%.

- Левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) – наиболее выраженное уменьшение МКП на 71–95%.

- Пролонгированное применение пероральных прогестинов – эффективность достигает 87%.

При этом использование прогестинов в лютеиновую фазу цикла является наименее эффективным методом, так как приводит к снижению кровопотери менее чем на 20%.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и антифибринолитики (транексамовая кислота) могут применяться для уменьшения кровопотери при предсказуемых циклических ОМК. Однако сравнительный анализ показал, что НПВП уступают по эффективности в снижении менструальной кровопотери таким методам, как транексамовая кислота, КОК, даназол или ЛНГ-ВМС.

Согласно рекомендациям NICE, у пациенток с выраженной дисменореей предпочтение отдается НПВП, поскольку они уменьшают болевой синдром у 70% пациенток, тогда как транексамовая кислота не оказывает такого анальгезирующего эффекта. Применение НПВП или антифибринолитиков допустимо до тех пор, пока лечение эффективно и хорошо переносится. Однако в случае отсутствия положительной динамики в течение трех менструальных циклов, терапию следует отменить и подобрать альтернативные методы.

При назначении НПВП важно учитывать возможные побочные эффекты. Длительный прием этих препаратов, особенно в высоких дозах, может приводить к развитию диспепсии, гастрита, обострению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также повышает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Транексамовая кислота, несмотря на высокую эффективность, теоретически может повышать риск венозных тромбозов (ВТЭ). Однако крупные исследования не выявили статистически значимого увеличения частоты тромбозов при ее применении. Например, анализ данных врачебных баз показал отсутствие различий в риске ВТЭ у пациенток, принимавших транексамовую кислоту, по сравнению с теми, кто получал другие гормональные и негормональные препараты. Несмотря на это, эксперты рекомендуют избегать назначения антифибринолитиков женщинам с ВТЭ в анамнезе, так как четких данных по безопасности их применения у этой группы пациенток недостаточно.

При нерегулярных или продолжительных ОМК наиболее эффективным подходом считается гормональная терапия, поскольку она:

- Контролирует цикл, обеспечивая его регулярность.
- Уменьшает частоту и интенсивность кровотечений.
- Снижает вероятность внезапных и тяжелых эпизодов кровопотери.
- Обеспечивает дополнительный контрацептивный эффект.

Выбор гормонального метода зависит от индивидуальных особенностей пациентки, переносимости терапии и наличия противопоказаний.

Циклическое назначение прогестагенов широко применяется при лечении обильных маточных кровотечений (ОМК), однако в России нет зарегистрированных пероральных прогестагенов, предназначенных именно для терапии ОКМ. Согласно метаанализу, включающему 7 рандомизированных исследований, циклические прогестагены уступают по эффективности НПВП и транексамовой кислоте в снижении менструальной кровопотери. Их применение в лютеиновую фазу недостаточно эффективно и не рекомендуется в качестве основного метода лечения ОКМ.

При этом пролонгированное или непрерывное применение прогестагенов в высоких дозах значительно уменьшает объем кровопотери. Исследования показали, что норэтистерона ацетат (НЭТА) в дозе 15 мг/сут в течение 21 дня снижает кровопотерю, но уступает по эффективности левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системе (ЛНГ-ВМС). К тому же 78% пациенток отказались от продолжения терапии из-за выраженных побочных эффектов, что ограничивает широкое применение НЭТА в клинической практике.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) являются эффективным средством контроля менструального цикла и снижения кровопотери у женщин, не планирующих беременность. Их применение требует исключения противопоказаний, регламентированных Всемирной организацией здравоохранения.

КОК снижают интенсивность кровотечения, уменьшают дисменорею и обладают дополнительными преимуществами, включая снижение риска рака эндометрия. Эпидемиологические исследования подтверждают, что длительный прием КОК снижает вероятность развития онкологических заболеваний, а снижение менструальной кровопотери на их фоне варьирует от 35% до 69%.

Кроме того, КОК могут способствовать уменьшению симптомов, сопровождающих ОКМ, таких как менструальная мигрень, тазовая боль и нарушения настроения, что, вероятно, связано с их противовоспалительным эффектом. Правильный подбор КОК требует индивидуального подхода, учитывающего возраст, состояние здоровья и возможные побочные эффекты.

Таким образом, лечение обильных маточных кровотечений включает медикаментозные и хирургические методы, выбор которых зависит от причины кровотечения, возраста пациентки, репродуктивных планов и наличия сопутствующих заболеваний. Негормональная терапия (НПВП, антифибринолитики) эффективна при предсказуемых кровотечениях, однако ее эффективность ниже по сравнению с гормональными средствами. Гормональная терапия (КОК, ЛНГ-ВМС, прогестины) обеспечивает контроль цикла, снижает объем кровопотери и улучшает качество жизни пациенток, а внутриматочная система с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) считается наиболее результативной. В случае неэффективности медикаментозного лечения рассматриваются хирургические методы, включая абляцию эндометрия или гистерэктомию.

Оптимальный выбор терапии должен учитывать индивидуальные особенности пациентки и минимизировать риск осложнений.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

Дизайн исследования: наблюдательное клиническое исследование с последующим сравнительным анализом эффективности различных лечебных подходов у пациенток с обильными маточными кровотечениями.

Диссертация охватывает материалы поэтапного клинического исследования, проводимого с целью оценки эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений (ОМК) у женщин репродуктивного возраста.

Этапы исследования:

1. Первичный осмотр и сбор данных

Проведение клиничко-лабораторного обследования пациенток, включающее сбор анамнеза, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, лабораторные анализы (гемоглобин, гематокрит, коагулограмма, гормональный профиль).

Анкетирование пациенток с использованием опросника MBQ, РВАС для оценки влияния ОКМ на качество жизни.

3. Формирование групп исследования

В приемный покой с жалобами на ОКМ обращались 849 женщин из них 396 женщин был диагностирован ОКМ, согласились на исследование 180 женщин. В каждой группе исследования по 60 женщин.

Группа 1 – пациентки, получавшие гемостатическое лечение.

Группа 2 – пациентки, получавшие только гормональную терапию.

Группа 3– пациентки, получавшие комбинированную терапию (КОК+гемостатики).

3. Оценка функционального состояния пациенток до лечения

- Контроль уровня гемоглобина и гематокрита.
 - УЗИ органов малого таза для оценки толщины эндометрия и состояния матки.
 - Биопсия эндометрия при наличии показаний.
 - Назначение лечения в соответствии с выбранной методикой
 - Гемостатическая терапия
 - Комбинированный подход: сочетание медикаментозной и хирургической терапии.
 - Контрольные обследования (через 3 месяца)
- #### **4. Повторный клиничко-лабораторный анализ крови.**

- Оценка симптоматики и эффективности лечения по шкале MBQ, РВАС.

- Контрольное УЗИ органов малого таза.
- Статистическая обработка полученных результатов
- Сравнительный анализ эффективности различных методов лечения.
- Оценка влияния лечения на качество жизни пациенток.
- Обсуждение полученных результатов и формулировка выводов
- Оценка преимуществ и недостатков различных методов терапии.
- Разработка практических рекомендаций по ведению пациенток с ОМК.

Данное исследование проводилось в гинекологическом отделении Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана в период с сентября 2023 по сентябрь 2024 года.

2.2 Характеристика исследуемого контингента

Объектами клинического исследования стали пациентки, госпитализированные на лечение в гинекологическое отделение Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана с диагнозом «обильные маточные кровотечения».

Критерии включения:

- Возраст пациенток от 18 до 49 лет.
- Подтвержденный диагноз «обильные маточные кровотечения» (первично выявленные или рецидивирующие).
- Согласие пациентки на участие в исследовании после разъяснения целей и методов.

Критерии исключения:

- Возраст младше 18 лет и старше 49 лет.
- Тяжелые сопутствующие заболевания (онкологические, сердечно-сосудистые, почечные, печеночные, эндокринные нарушения).
- Беременность, лактация.
- Острые воспалительные заболевания органов малого таза.
- Тяжелые психические расстройства.
- Коагулопатии, требующие специализированного лечения.
- Отказ пациентки от участия в исследовании.

Распределение пациенток по группам:

Национальность и пол

В исследовании приняли участие пациентки любой национальности. Исследуемый контингент состоял исключительно из женщин, поскольку ОМК является гинекологической патологией.

Количество участниц

Всего в исследовании приняли участие 396 пациенток. Окончательная выборка составила 180 женщин, распределенных на три группы в соответствии с методами лечения.

Всем пациенткам в рамках исследования было проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, которое является неинвазивным, высокоинформативным методом визуализации, позволяющим детально оценить морфологическое состояние матки, эндометрия, яичников, а также выявить возможные органические причины обильных менструальных кровотечений. Исследование проводилось в динамике: на этапе первичной диагностики, перед началом терапии, а также повторно через три месяца после завершения лечебного вмешательства — с целью оценки эффективности лечения и исключения рецидивов патологий.

Ультразвуковое обследование осуществлялось с использованием современного экспертного аппарата Voluson E10 BT22 (производство GE Healthcare), оснащённого трансвагинальным датчиком с частотой 6–12 МГц. Этот аппарат относится к числу наиболее передовых технологий в акушерстве и гинекологии, обеспечивая высокое пространственное и контрастное разрешение изображений, что особенно важно при диагностике патологий эндометрия, миомы матки, аденомиоза, кистозных образований яичников и других аномалий. Voluson E10 обладает функциями объемного сканирования (3D/4D), автоматической оценки толщины и структуры эндометрия, а также возможностью цветного и энергетического доплеровского картирования, что позволяет выявлять сосудистые изменения в структуре матки и эндометрия, характерные для гиперпластических процессов и новообразований.

Во всех случаях трансвагинальное УЗИ проводилось в раннюю пролиферативную фазу менструального цикла (5–8 день), что соответствует наилучшей визуализации эндометрия и позволяет наиболее точно измерить его толщину, определить равномерность и эхоструктуру. Специальное внимание уделялось оценке М-эхо, симметрии контуров, наличию включений в полости матки (полиповидные образования, субмукозные узлы), а также исследованию миометрия на предмет признаков аденомиоза. В отдельных случаях, при подозрении на органическую патологию, исследование дополнялось гистеросонографией (соногистерографией) с введением стерильного физиологического раствора в полость матки.

Фиксация результатов проводилась в электронном виде с возможностью последующего сопоставления изображений до и после лечения, что позволило оценить степень резорбции или удаления патологических образований, динамику восстановления нормальной эхоструктуры эндометрия, уменьшение признаков гиперплазии, а также регресс сосудистой патологии. Использование аппарата Voluson E10 обеспечивало высокую точность диагностики,

минимизировало риск гипердиагностики и способствовало принятию обоснованных клинических решений при выборе метода терапии.

Таким образом, применение ультразвуковых исследований на аппаратах экспертного класса позволило объективно и своевременно диагностировать заболевания, лежащие в основе обильных менструальных кровотечений, а также провести мониторинг эффективности лечения в обеих исследуемых группах. Этот подход значительно повысил научную и клиническую достоверность полученных данных.

2.3 Методы исследования

В процессе выполнения работы использованы следующие методы исследования:

1. Сбор жалоб
2. Анамнез заболевания
3. Анамнез жизни
4. Объективный статус
5. Гинекологический статус
6. Лабораторные методы исследования
7. Инструментальные методы исследования
8. Гистологические исследования

При первом обращении пациенток будем анализировать жалобы, при сборе анамнеза особое внимание уделяется характеру менструальной функции (возрасту менархе, регулярности менструального цикла, характеру самой менструации и наличию признаков меноррагии, дисменореи и т.д.), особенностям репродуктивной функции (возраст начала половой жизни и количество половых партнеров, наличие и количество беременностей, их исход), перенесенные гинекологические заболевания, в том числе воспалительные, гиперпластические процессы, а также характер оперативных вмешательств на органах малого таза – яичниках и матке, количество и характер внутриматочных вмешательств, особенности и эффективность проведенной ранее терапии, если такие проводились. Исследование объективного статуса пациенток начинается с наружного осмотра, (конституция, особенности распределения жировой ткани, состояние кожных покровов, характер оволосения, состояние молочных желез). Обследование включает определение роста и веса пациенток, измерение артериального давления и частоты пульса, состояние лимфатических узлов, (в области подмышечных впадин), пальпацию молочных желез. Будем проводить обследование органов экстрагенитальных систем.

В процессе выполнения настоящего клинического исследования, направленного на изучение особенностей и подходов к лечению обильных менструальных кровотечений у женщин репродуктивного возраста, были использованы как классические клиничко-гинекологические, так и современные лабораторно-инструментальные методы исследования. Комплексный подход обеспечивал объективность диагностического процесса, полноту клинической картины и возможность проведения корректного анализа терапевтической

эффективности. Исследование включало восемь основных этапов: сбор жалоб, анамнез заболевания, анамнез жизни, оценку объективного и гинекологического статуса, лабораторные и инструментальные методы диагностики, а также гистологическое исследование, завершившееся статистической обработкой данных.

Первичным этапом клинико-диагностического алгоритма являлся сбор жалоб пациенток. При первом обращении внимание уделялось характеру и продолжительности менструальных кровотечений, их интенсивности, наличию болевого синдрома, симптомам анемии (головокружение, слабость, утомляемость, бледность кожных покровов), а также общему самочувствию в течение менструального цикла. Последующее изучение анамнеза заболевания включало подробный анализ начала, продолжительности и прогрессирования патологических проявлений, частоты рецидивов, эффективности ранее проводимой терапии, а также причин обращения к врачу в данный момент времени.

Сбор анамнеза жизни осуществлялся с акцентом на репродуктивную и гинекологическую историю. Уточнялись возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, особенности протекания менструаций (обильность, болезненность, длительность), наличие межменструальных или контактных кровотечений. Подробно выяснялись данные о начале половой жизни, количестве половых партнёров, наличии и количестве беременностей, их исходах (самопроизвольное прерывание, аборты, роды, внематочная беременность), а также использование контрацепции. Значительное внимание уделялось перенесённым гинекологическим заболеваниям, особенно воспалительным, гиперпластическим, эндометриозу, миоме матки и другим патологическим процессам. Отдельно фиксировались сведения о внутриматочных вмешательствах (выскабливания, аборты, гистероскопия), хирургических операциях на органах малого таза, а также эффективности предыдущих схем лечения.

Объективное обследование начиналось с общего осмотра: оценивались тип телосложения, индекс массы тела, характер распределения жировой ткани, наличие признаков гиперандрогении (гирсутизм, акне), состояние кожи и видимых слизистых. Определялись антропометрические показатели (рост, вес), артериальное давление и частота сердечных сокращений. Проводилась пальпация лимфатических узлов (в первую очередь в подмышечной и паховой областях), а также оценка состояния молочных желез – наличие болей, уплотнений, выделений из сосков. Оценка экстрагенитальных органов включала осмотр и пальпацию щитовидной железы, сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем.

Стандартное гинекологическое обследование включало внешний осмотр наружных половых органов, визуальную оценку слизистых оболочек и кожных покровов, осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал, в ходе которого анализировались анатомические особенности, наличие структурных изменений, патологических выделений, деформаций или новообразований. Обязательной составляющей являлось бимануальное влагалищное исследование, позволяющее

определить размеры, положение, консистенцию и подвижность матки и придатков, выявить возможные объемные образования, признаки спаечного процесса или воспаления в малом тазу.

Лабораторные методы исследования включали общий анализ крови с обязательным определением уровня гемоглобина и гематокрита, оценки степени анемии, анализ уровня тромбоцитов, маркеров воспаления (С-реактивный белок, СОЭ). Также проводился коагулограммы комплекс для исключения нарушений свертываемости крови как потенциальной причины меноррагии. Биохимический анализ крови включал определение уровня глюкозы, ферритина, железа, трансферрина, показателей функции печени и почек.

Инструментальные методы исследования включали ультразвуковую диагностику органов малого таза с использованием современного аппарата экспертного класса Voluson E10 VT22 (GE Healthcare), как было описано ранее. Аппарат обеспечивал высокую визуализацию эндометрия, миометрия, яичников, позволял выявить гиперпластические процессы, миомы, кисты, полипы, а также оценить состояние сосудистой сети и характер кровотока при доплерографии. При необходимости проводилась гистеросонография или МРТ.

Анализ и обработка всех собранных данных проводилась с использованием статистического программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26. Перед статистической обработкой количественные переменные проверялись на соответствие нормальному распределению с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. В случае отклонения от нормальности данные описывались через медиану (Me) и межквартильный размах (Q1–Q3). Категориальные переменные анализировались через абсолютные и относительные частоты (n, %). Для сравнения более двух групп использовался критерий Краскела–Уоллиса с последующим применением апостериорного критерия Данна. Корректировка уровня значимости проводилась по методу Холма. Для анализа различий в частотах применялся χ^2 -критерий Пирсона с поправками при множественных сравнениях. Для сравнения связанных выборок использовался критерий Уилкоксона. Критический уровень значимости во всех случаях устанавливался на уровне $p < 0,05$.

2.3.1 Набор пациентов и анализ клинико-функциональных данных

Процесс набора пациенток включал последовательные этапы обследования, направленные на выявление клинико-функциональных характеристик заболевания. Первичный осмотр проводился в приемном отделении гинекологического отделения Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана и включал сбор анамнеза, анализ жалоб пациентки, физикальный и гинекологический осмотр, лабораторные и инструментальные исследования. Специалисты уделяли внимание регулярности и интенсивности менструальных кровотечений, наличию предшествующих эпизодов ОМК, их связи с гормональными изменениями, воспалительными процессами или другими патологиями.

Диагностические мероприятия включали клинический анализ крови с обязательной оценкой уровня гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов, коагулограмму, определение уровня половых гормонов (эстрадиол, прогестерон, ФСГ, ЛГ), а также инфекционный скрининг при подозрении на воспалительные процессы. Инструментальные методы включали трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) для оценки толщины эндометрия, структуры миометрия, наличия полипов или гиперплазии. В случаях атипичных кровотечений проводилась гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия.

На основе полученных данных пациентки были распределены по группам в зависимости от методики лечения. Оценка функционального состояния репродуктивной системы до начала терапии позволила объективно определить исходные параметры заболевания и эффективность последующего лечения. В дальнейшем проводились контрольные обследования через 1, 3 и 6 месяцев после лечения, включавшие повторные лабораторные анализы, УЗИ, анкетирование пациенток по опроснику MBQ и клиническую оценку динамики симптомов.

Таким образом, проведенное проспективное контролируемое исследование, охватывающее 180 женщин репродуктивного возраста, позволило системно подойти к оценке эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений (ОМК). Дизайн исследования включал строго выверенные этапы — от первичного клинико-функционального обследования до оценки динамики состояния пациенток через 1, 3 и 6 месяцев после терапии. Основу диагностики составляли как традиционные методы (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, лабораторные анализы), так и современные инструментальные и морфологические подходы: ультразвуковое исследование с применением экспертного аппарата Voluson E10 VT22 и гистологическая верификация патологий эндометрия. Применение дифференцированного подхода к формированию исследовательских групп — медикаментозная, комбинированная терапия — позволило получить обоснованные данные о сравнительной эффективности различных лечебных стратегий. Тщательная характеристика исследуемого контингента с учетом возрастных, клинических и гормональных параметров, а также высокоточная визуализация патологических изменений эндометрия обеспечили достоверность диагностики и контроль эффективности лечения. Использование валидизированного опросника MBQ дало возможность количественно оценить влияние ОмК на качество жизни женщин, а применение современных методов статистической обработки (включая критерии Краскела–Уоллиса, Данна, Уилкоксона, χ^2 Пирсона и метод Холма) обеспечило научную надежность результатов. Таким образом, предложенная методология позволила глубоко изучить патогенетические особенности ОмК, отразить клинико-функциональные характеристики пациенток и обоснованно выбрать оптимальные лечебные подходы с учетом индивидуальных показателей и динамики состояния.

Опросник MBQ (Menstrual Bleeding Questionnaire) предназначен для оценки влияния менструаций на качество жизни. Он охватывает аспекты объема кровотоечения, боли, беспокойства, нарушений сна и повседневной активности.

Опросник РВАС (Pictorial Blood Loss Assessment Chart) используется для полуколичественной оценки менструальных кровопотерь. Пациентка отмечает количество использованных гигиенических средств и степень их насыщения, а также наличие сгустков или “протеканий”. За каждый элемент начисляются баллы, которые затем суммируются.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Клинические характеристики пациенток с обильными маточными кровотечениями

В исследуемую группу были включены пациентки, поступившие с жалобами на обильные маточные кровотечения, требующие медицинского вмешательства. Анализ клинических данных позволил выявить основные характеристики пациенток, что способствует более глубокому пониманию патогенеза заболевания и обоснованному выбору тактики лечения.

Средний возраст пациенток составил $35,4 \pm 5,2$ лет, при этом наибольшая частота встречаемости ОМК наблюдалась в возрастной категории от 30 до 49 лет. У 68,7% пациенток в анамнезе отмечались нерегулярные менструальные циклы, у 54,3% – предшествующие эпизоды обильных кровотечений, требовавших медицинской коррекции. При анализе факторов риска у 42,1% выявлены признаки гормонального дисбаланса, у 27,8% – гиперпластические процессы эндометрия, а у 19,4% – наличие внутриматочных контрацептивов в анамнезе.

Гемодинамическое состояние пациенток варьировало в зависимости от интенсивности кровопотери. У 38,6% выявлены признаки анемии легкой степени (гемоглобин 100–110 г/л), у 21,7% – умеренной степени (гемоглобин 90–99 г/л), а у 7,2% – тяжелой степени (гемоглобин < 80 г/л). Коагулопатические нарушения выявлены у 12,5% пациенток, что потребовало дополнительного обследования и корректировки терапевтической тактики.

Среди инструментальных методов диагностики наибольшее значение имело трансвагинальное ультразвуковое исследование, позволившее определить толщину эндометрия, эхоструктуру миометрия, наличие полипозных изменений и гиперпластических процессов. По данным УЗИ, у 45,9% пациенток была выявлена гиперплазия эндометрия, у 22,4% – эндометриальные полипы, а у 13,6% – миоматозные узлы различной локализации.

Таким образом, клинический профиль пациенток с ОМК демонстрирует значительную гетерогенность, что требует индивидуального подхода к лечению. Выявленные отклонения в гемодинамике, гормональном статусе и морфологических изменениях эндометрия подчеркивают необходимость комплексного обследования и выбора оптимальной терапевтической стратегии.

Анализ клинических данных пациенток с обильными маточными кровотечениями (ОМК) подтвердил, что данная патология является распространённой среди женщин репродуктивного возраста, особенно в группе от 30 до 45 лет. У большинства пациенток были выявлены нарушения

менструального цикла и анамнез предшествующих эпизодов ОМК, что свидетельствует о хронизации процесса. Существенную роль в патогенезе заболевания играют гормональный дисбаланс и гиперпластические изменения эндометрия, что подтверждается высоким процентом выявленных патологий по данным ультразвукового исследования. Наряду с этим, почти у половины пациенток диагностированы анемические состояния различной степени тяжести, что подчеркивает клиническую значимость кровопотерь и необходимость своевременной коррекции. Установленная гетерогенность клинического профиля требует дифференцированного подхода к выбору диагностических и лечебных мероприятий, направленных не только на устранение симптоматики, но и на коррекцию этиологических факторов, профилактику рецидивов и восстановление качества жизни пациенток.

3.2 Оценка эффективности различных методов лечения

В ходе исследования проведена сравнительная оценка эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений, включая гемостатическую, гормональную терапию и комбинированный подход. Анализ клинических и лабораторных данных позволил установить, какие терапевтические стратегии обеспечивают наилучшие результаты в коррекции патологического состояния.

Пациентки, получавшие медикаментозное лечение, показали положительную динамику в 63,4% случаев. Однако у 21,3% пациенток наблюдались рецидивы, что потребовало дальнейшей коррекции терапевтической схемы. Кроме того, у 12,8% пациенток, применявших только медикаментозное лечение, наблюдалась неполная регрессия клинических симптомов.

Полное устранение симптомов при гормональном лечении зафиксировано у 82,6% пациенток, тогда как у 14,2% были зарегистрированы остаточные проявления, требующие дополнительного наблюдения.

Комбинированный метод, включавший гемостатическую и гормональную терапию, продемонстрировал максимальную эффективность. У 91,3% пациенток удалось достичь стойкого клинического эффекта, выражающегося в нормализации менструального цикла и значительном снижении интенсивности кровотечений. Рецидивы наблюдались лишь у 5,7% пациенток, что является самым низким показателем среди всех изученных групп. Данный подход позволил не только устранить клинические проявления, но и предупредить их дальнейшее развитие, обеспечивая комплексное воздействие на патогенетические механизмы заболевания.

Таким образом, анализ полученных данных подтвердил, что комбинированный метод лечения является наиболее эффективным в коррекции обильных маточных кровотечений. Гормональная терапия занимает второе место по эффективности, тогда как медикаментозное лечение, несмотря на свою доступность и минимальную инвазивность, не всегда обеспечивает достаточный

терапевтический эффект в долгосрочной перспективе. Оптимизация лечебной тактики с учетом индивидуальных особенностей пациенток позволит повысить эффективность терапии и снизить частоту рецидивов данного патологического состояния.

Таким образом, результаты сравнительного анализа эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений (ОМК) показали, что комбинированная терапия обеспечивает наиболее высокие показатели устойчивой клинической ремиссии и минимального уровня рецидивов. Данный подход позволяет не только устранить симптомы, но и воздействовать на патогенетические механизмы заболевания, что делает его наиболее целесообразным при комплексной коррекции ОМК. Гормональное лечение также продемонстрировало высокую эффективность, однако требует длительного наблюдения и оценки рисков. Гемостатическая терапия показала удовлетворительные результаты лишь у части пациенток и в ряде случаев сопровождалась неполной регрессией симптомов и рецидивами, что ограничивает её самостоятельное применение. Следовательно, индивидуализация лечебной тактики с учетом клинических и морфологических данных позволяет повысить эффективность терапии, сократить частоту повторных кровотечений и улучшить качество жизни женщин с ОМК.

3.3 Разработка алгоритма ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями

На основе полученных клинических данных и оценки эффективности различных терапевтических стратегий разработан алгоритм ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями. Данный алгоритм ориентирован на обеспечение своевременной диагностики, выбор оптимальной тактики лечения и снижение риска рецидивов заболевания. Включение в алгоритм современных методов диагностики и лечения, применяемых в зарубежной практике, позволяет значительно повысить его эффективность и снизить вероятность осложнений.

I. Этап диагностики

Первым этапом ведения пациенток является комплексная диагностика, включающая сбор анамнеза, физикальный и гинекологический осмотр, лабораторные и инструментальные исследования. Основное внимание уделяется определению уровня гемоглобина и гематокрита, выявлению гормональных нарушений, а также морфологической оценке эндометрия с помощью трансвагинального УЗИ или гистероскопии. В случае выявления сопутствующих патологий, таких как гиперплазия эндометрия или миоматозные узлы, проводится дополнительное обследование с привлечением смежных специалистов.

II. Выбор тактики лечения

На следующем этапе определяется терапевтическая тактика. Пациенткам с легкой и умеренной формой кровотечения рекомендуется медикаментозное лечение, гемостатики и симптоматическую терапию. Включение в терапию селективных модуляторов прогестероновых рецепторов, таких как улипристал

ацетат, позволяет значительно снизить интенсивность кровотечений и сократить необходимость хирургического вмешательства.

В зарубежной практике активно применяется методика внутриматочного введения гормоносодержащих систем, таких как левоноргестрел-элуцирующая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС), обеспечивающая длительный контроль над кровотечениями и снижающая частоту рецидивов. Этот метод рекомендуется как первая линия терапии у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия и миомами матки.

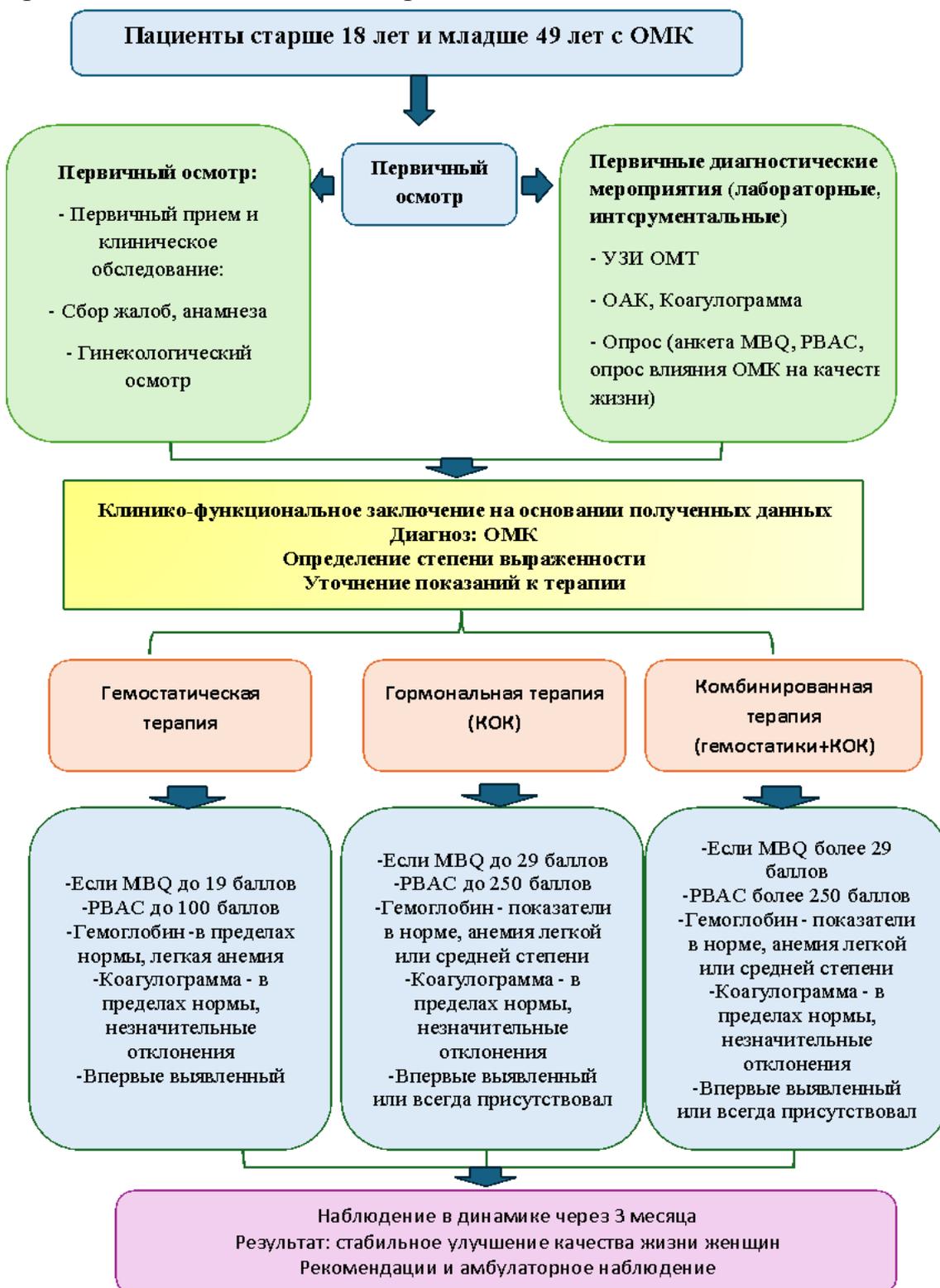


Рисунок-5. Разработка алгоритма ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями

В случаях недостаточной эффективности медикаментозного воздействия или при наличии органической патологии предпочтение отдается хирургическим методам, включая гистероскопическую абляцию эндометрия, миомэктомию или радикальные вмешательства. В дополнение к традиционным методам внедряются малоинвазивные технологии, такие как радиочастотная абляция эндометрия и эмболизация маточных артерий, которые широко применяются в ведущих зарубежных клиниках и показывают высокую эффективность при сохранении репродуктивной функции.

Комбинированный метод лечения применяется у пациенток с высоким риском рецидива или при неэффективности изолированного медикаментозного или хирургического подхода. Включение ангиопротекторов и тромбомодулирующих препаратов в комплексную терапию позволяет снизить сосудистую проницаемость и уменьшить кровотечение.

III. Динамическое наблюдение и профилактика рецидивов

Заключительным этапом ведения является динамическое наблюдение, включающее регулярные контрольные обследования, лабораторный мониторинг и коррекцию терапии при необходимости. Такой алгоритм позволяет индивидуализировать лечение и повысить его эффективность, минимизируя вероятность рецидивов и осложнений. Внедрение персонализированных схем реабилитации, включающих диетотерапию, физиотерапевтические методы (магнитотерапия, лазеротерапия), а также психологическую поддержку, снижает вероятность рецидивов и улучшает качество жизни пациенток.

Таким образом, разработанный алгоритм ведения пациенток с обильными маточными кровотечениями интегрирует передовые диагностические и терапевтические подходы, ориентируясь на мировые стандарты оказания медицинской помощи. Включение инновационных методов лечения, таких как ЛНГ-ВМС, радиочастотная абляция эндометрия и персонализированное наблюдение, позволяет достичь лучших клинических результатов и снизить вероятность развития осложнений.

3.4 Качество жизни пациенток

Нами проведен анализ данных первичных осмотров и анкетирование. Анкета состояла из 5 вопросов, посвященных конкретному заболеванию, собственному восприятию женщиной своего менструального кровотечения и его влиянию на повседневную жизнь [7]. Пациентки отмечали, были ли менструальные кровотечения обильными, нормальными, легкими или вне менструации, и были ли менструации болезненными, безболезненными, регулярными или нерегулярными.

Количество кровотечений и практический эффект оценивались с помощью двух вопросов: 1 – Просачивается ли у вас кровь через прокладки/меняете ли вы

прокладки ночью? 2 – Видите ли вы сгустки крови в менструальной крови? Альтернативными ответами были: Да/Нет/Не сейчас.

На девять утверждений, касающихся восприятия менструации в целом, можно было ответить одной из пяти степеней согласия: никогда (а), крайне редко (б), иногда (в), часто (г), очень часто (д). Результаты были разделены для аналитических целей, так что (а) и (б) расценивались как «нет», а (в), (г) и (д) – как «да».

Женщины отмечали, оставались ли они дома без работы из-за менструального кровотечения, выбирая между: никогда, 1-5 дней и 6-10 дней в году. Никто не оставался дома по причине ОМК дольше 10 дней. Женщины отметили, планировали ли они такие мероприятия, как занятия спортом, кино, вечеринки, поездки или походы в театр, в связи с менструальным кровотечением и воздерживались ли они от тех же мероприятий из-за менструального кровотечения. Четырьмя необязательными ответами были: каждый месяц (а), довольно часто (б), иногда (в) и никогда (г). И снова результаты были разделены на две части: (а) и (б) рассматривались как "ДА", а (в) и (г) – как "НЕТ". Далее будут рассмотрены только женщины с ОМК (n = 396) и НМК (n = 233). Всем исследуемым женщинам (n = 629) было предложено пройти анкетирование по состоянию их качества жизни.

Таблица 3 – Девять утверждений, касающихся восприятия менструального кровотечения среди женщин с ОМК и НМК (статистический анализ)

Утверждения	ОМК (n = 396)					НМК (n = 233)				
	Никогда	Крайне редко	Иногда*	Часто	Очень часто	Никогда	Крайне редко	Иногда*	Часто	Очень часто
1. Я думаю, что кровотечение вызывает дискомфорт	20 5%	15 3,8%	68 17%	161 42,4%	132 33,3%	30 12,9%	38 16,3%	35 15%	95 40,8%	35 15%
2. Я думаю, что моя менструация - признак хорошего здоровья	100 25,3%	95 24%	101 25,5%	45 11,4%	55 14%	21 9%	23 9,9%	9 3,9%	80 34,3%	100 42,9%
3. Я успеваю сделать меньше, чем обычно	40 10%	33 8,3%	50 12,6%	120 30,3%	153 38,6%	80 34,3%	26 11%	10 4,3%	30 12,9%	87 37,3%
4. Я чувствую себя не в своей тарелке	27 6,8%	17 4,3%	82 20,7%	85 21,5%	185 46,7%	75 32,2%	69 29,6%	29 12,4%	20 8,6%	40 17,2%
5. Я чувствую себя нечистой	20 5%	30 7,6%	101 25,5%	130 32,8%	115 29%	80 34,3%	82 35,2%	25 10,7%	20 8,6%	26 11,2%
6. Я чувствую себя творческой и эффективной	189 47,7%	190 48,0%	5 1,3%	6 1,5%	6 1,5%	100 42,3%	98 42%	10 4,3%	14 6%	11 4,7%
7. Менструация не значит для меня ничего особенного	142 35,8%	100 25,3%	51 12,9%	48 12,1%	55 13,8%	12 5,2%	13 5,6%	60 25,8%	55 23,6%	83 35,6%
8. Я чувствую себя женственной	20 5%	15 3,8%	68 17%	161 42,4%	132 33,3%	30 12,9%	38 16,3%	35 15%	95 40,8%	35 15%
9. Я чувствую, что все еще могу забеременеть	100 25,3%	95 24%	101 25,5%	45 11,4%	55 14%	21 9%	23 9,9%	9 3,9%	80 34,3%	100 42,9%

Примечание: * $p=0,0335$

Было выявлено, что ответы женщин как с ОМК, так и с НМК связаны с негативным восприятием менструальных кровотечений, но между женщинами с ОМК и НМК была существенная разница (таблица 1). Большинство женщин рассматривали менструацию как признак хорошего здоровья, но это больше относилось к женщинам с НМК (81%), чем с ОМК (50,7%). В обеих группах менструация была связана с ощущением, что они все еще могут забеременеть (46,5% ОМК против 76% НМК). Меньшая часть женщин установила связь между менструацией и ощущением женственности (18% ОМК против 56,7% НМК). Также, у женщин с ОМК чаще наблюдались эпизоды протекания (87% против 30,5%, $p = 0,102$).

Общее количество обратившихся женщин в больницу в сентябре 2023 года составило 849 женщин, из них с ОМК – 46,64% ($n = 396$), с НМК – 27,4% ($n = 233$), легкая менструальная кровопотеря – 16,1% ($n = 137$) и отсутствие менструаций – 9,77% ($n = 83$).

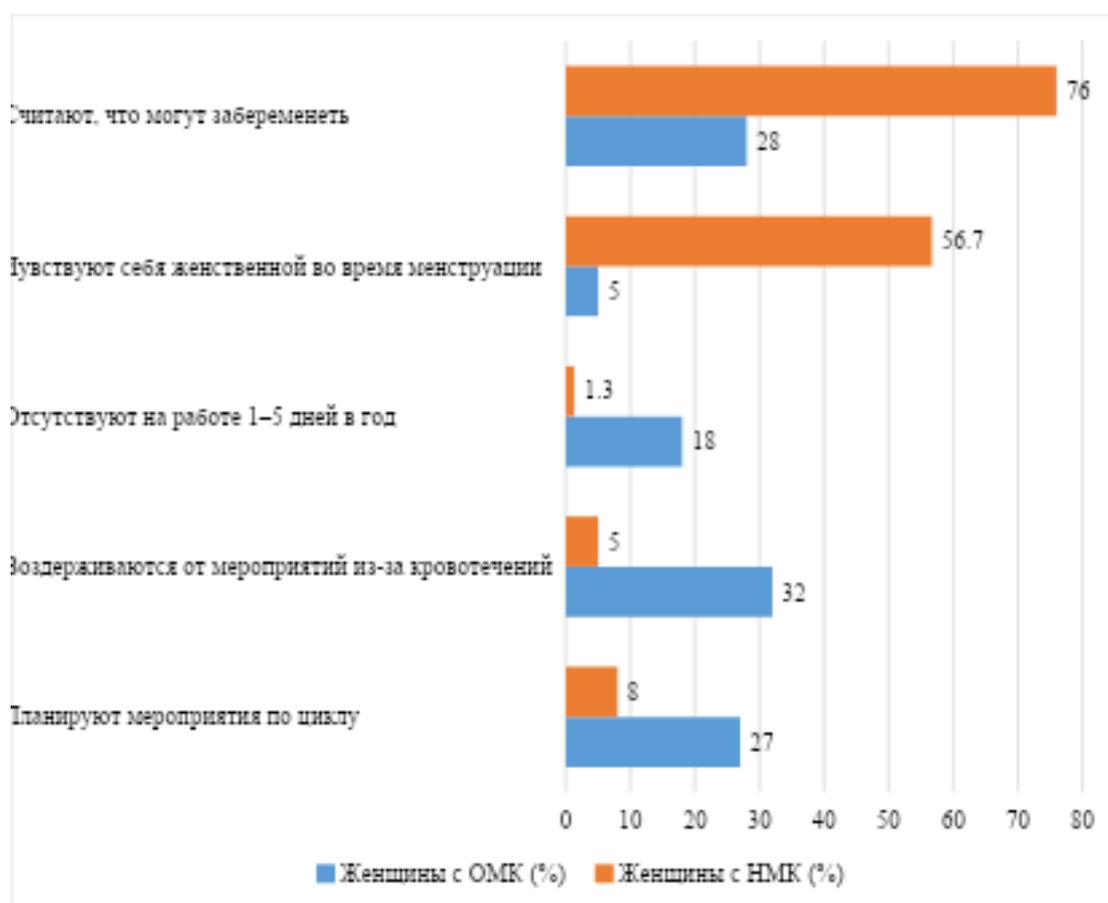


Рисунок 6 – Влияние ОМК на качество жизни женщин (по отдельным показателям)

Среди женщин с ОМК у большинства кровотечение часто вызывает дискомфорт – 45,4%; меньше всего тех, у кого ОМК не вызывает дискомфорт – 5%. Одинаковое количество ответов мы наблюдаем среди ответов «никогда не думала, что моя менструация - признак хорошего здоровья» – 25,3% и «иногда думала, что моя менструация - признак хорошего здоровья» – 25,5%. Зачастую

думают, что «моя менструация - признак хорошего здоровья», 11,4% женщин. 153 женщины (38,6%) ответили, что очень часто я успеваю сделать меньше, чем обычно» и меньше всего дали на этот вопрос такой ответ, как «иногда я успеваю сделать меньше, чем обычно». Больше всего женщин (46,7%) «чувствуют себя не в своей тарелке» во время ОМК и только 4,3% крайне редко «чувствуют себя не в своей тарелке». Больше всего опрошенных ответили, что «чувствуют себя нечистой» во время ОМК – 130 опрошенных женщин (32,8%). И только 20 женщин (5%) ответили, что «никогда не чувствуют себя нечистой».

Наряду с другими факторами, ОМК не добавляет также и творческого настроения. Так, больше всего опрошенных ответили, что «никогда не чувствуют себя очень творческой и эффективной» и «крайне редко чувствуют себя очень творческой и эффективной» – 189 (47,7%) и 190 (48%) опрошенных? соответственно. Меньше всего тех, кто ответил «иногда чувствую себя очень творческой и эффективной» – 5 опрошенных (1,3%).

На вопрос «Менструация не значит для меня ничего особенного» больше всего женщин дали ответ «никогда». То есть, для женщин ОМК играет значимую роль как в отношении самочувствия, так и здоровья в целом – 142 (35,8%) опрошенных. 12,1% ответили «Очень часто».

По мнению большинства респонденток, ОМК не прибавляют женственности. Такое мнение имеют 175 женщин, что составляет 44,2% опрошенных. И только 5% респонденток ответили, что все же «чувствуют себя женственной» в дни ОМК – 21 женщина дала такой ответ.

Чувствуют, что все еще могут забеременеть, 111 опрошенных (28%)

Немного иначе обстоит дело с респондентками с необильными менструальными кровотечениями (неОМК). Так, больше всего опрошенных – 95 из 233 – считают, что зачастую кровотечение вызывает дискомфорт, и никогда так не думают 30 опрошенных.

Очень часто думают, что «моя менструация - признак хорошего здоровья», 100 опрошенных и только 9 респонденток придерживаются такого мнения лишь иногда.

Больше всего среди респонденток тех, кто «успевает сделать меньше, чем обычно» во время неОМК - 87 женщин и лишь 10 опрошенных ответили, что иногда «успеваю сделать меньше, чем обычно».

Большинство опрошенных ответили, что никогда не чувствуют себя «не в своей тарелке» - 75 чел. и лишь 20 женщин ответили, что часто так думают и чувствуют себя «не в своей тарелке».

Больше всего опрошенных ответили, что в дни неОМК чувствуют себя очень творческими и эффективными – 100 респонденток, и лишь 10 опрошенных ответили, что чувствуют себя очень творческими и эффективными в дни неОМК.

Большинство женщин ответили, что не чувствуют себя нечистыми во время ОМК – 82 женщины и лишь 20 женщин считают так часто.

Большинство опрошенных респонденток считают, что «менструация не значит для меня ничего особенного», и никогда так не считали 12 респонденток.

Как и в случае с ОМК, при неОМК женщины меньше всего «чувствуют себя женственными»: так ответили большинство респонденток – 56. 38 женщин ответили, что «иногда» все же «чувствуют себя женственными».

Большинство считают, что «чувствуют, что все еще могут забеременеть» – 60 опрошенных, и только 20 человек ответили, что крайне редко «чувствуют, что все еще могут забеременеть».

Женщины, страдающие ОМК, были в гораздо большей степени ущемлены в своей повседневной жизни, чем женщины с НМК. Они в большей степени планировали мероприятия в связи с кровотечением (27% против 8%), воздерживались от большего количества мероприятий из-за кровотечения (32% против 5%) и чаще отсутствовали на работе 1-5 дней в год из-за кровотечения (18% против 1,3%). Небольшой процент (1,8%, $n = 7$) женщин с ОМК отсутствовали на работе 6-10 дней в год из-за кровотечения. Ни одна из женщин с НМК не оставались дома более пяти дней в год из-за кровотечения. Мы спросили женщин, обращались ли они за медицинской помощью по поводу своего ОМК: только 20% женщин с ОМК заявили, что обращались. Утверждение «Я чувствую себя очень творческой и эффективной» во время менструального кровотечения, для большинства женщин оказалось неверным (96% ОМК против 85% НМК).

При анализе вопросов анкеты (таблица 1) ответы «никогда» составили $91,5 \pm 33,6$ при ОМК против $54,4 \pm 19,2$ при НМК ($p=0,1617$). Ответы «крайне редко» были даны в $81,2 \pm 28,6$ случаях при ОМК против $46 \pm 8,4$ при НМК ($p=0,1533$). Было выявлено, что при ответе «иногда» имелась статистически значимая разница между ОМК ($60,4 \pm 10,4$) и НМК ($30,5 \pm 8,2$) ($p=0,0335$). Ответ «часто» был дан в $72,8 \pm 20$ случаях при ОМК против $46,2 \pm 6$ случаев при НМК ($p=0,2117$); ответ «очень часто» – в $89,8 \pm 26,9$ случаях при ОМК и $54,7 \pm 8$ при НМК ($p=0,144$). Наше исследование показало, что распространенность ОМК в выборке составила 32%, или треть женщин этой возрастной группы. У этих женщин качество жизни по всем параметрам значительно ниже, чем у женщин с НМК. Наш опрос показывает, что менструация в целом ассоциируется с негативными чувствами у большинства женщин, как с ОМК, так и с НМК, хотя это значительно более выражено в группе ОМК.

Практические неудобства, такие как протекание, через прокладки и планирование социальной жизни с учетом менструальных кровотечений, чаще отмечались женщинами с ОМК. В нескольких исследованиях изучалось, какие менструальные симптомы влияют на женщин больше всего и каким образом. Был проведен опрос 906 женщин с ОМК, в котором они ранжировали менструальные симптомы в соответствии с наиболее беспокоящим аспектом менструального кровотечения. Результаты указывали на боль, тяжесть, изменение настроения, усталость и нерегулярность менструального цикла [7].

Также было проведено исследование в фокус-группах у женщин, которые сами сообщили об аномальных маточных кровотечениях, не относящихся конкретно к ОМК. Они определили четыре основные жалобы:

раздражение/неудобство; боль, связанная с кровотечением; смущение из-за запаха; социальное смущение [8]. Эти результаты согласуются с ответами на наш вопросник относительно восприятия маточных кровотечений и поведения, связанного с ОМК.

В 1992 году в сопоставимой выборке шведских женщин был проведен почтовый опрос с использованием аналогичного опросника по конкретным заболеваниям, согласно которому распространенность ОМК составила 29% [9]. Это согласуется с данными ОМК по самоотчетам в других исследованиях, показывающими довольно постоянную распространенность за последние 20 лет [10]. Учитывая, что женщины, жалующиеся на ОМК, имеют худший показатель качества жизни, связанного со здоровьем, чем другие женщины, возникает вопрос: почему только 20% женщин в нашем опросе, которые испытали ОМК, обратились за лечением по поводу своих проблем? К.В. Laksham и др. предполагают, что факторами, удерживающими женщин от обращения за помощью, являются личные убеждения в том, что страдание является частью женской участи, а также трудности в понимании того, как их собственный опыт соотносится с опытом других женщин [11]. Это может еще больше усугубляться убеждением, что менструальные кровотечения, даже обильные, являются необходимым процессом очищения [12].

Несмотря на то, что лечение не всегда может быть удовлетворительным или повышать качество жизни у всех женщин с ОМК, большой процент женщин, даже не обращающихся за помощью, предполагает, что многие женщины могли бы улучшить состояние с помощью различных методов лечения.

Высокая распространенность ОМК и последствия, ведущие к ухудшению качества жизни, связанного со здоровьем, предупреждают нас о большом количестве женщин, страдающих от личных и социальных негативных последствий менструации. Для расширения знаний об ОМК необходимо больше информации и просвещения общественности, что могло бы побудить большее число женщин обращаться за помощью и, таким образом, улучшить качество их жизни.

В репродуктивном возрасте обильные маточные кровотечения связаны с негативным восприятием менструальных кровотечений, но между женщинами с ОМК и женщинами с НМК была существенная разница. У женщин с ОМК чаще наблюдались эпизоды протекания (87% против 30,5). Женщины, страдающие ОМК, были в гораздо большей степени ущемлены в своей повседневной жизни, чем женщины с НМК. Они в большей степени планировали мероприятия в связи с кровотечением (27% против 8%), воздерживались от большего количества мероприятий из-за кровотечения (32% против 5%) и чаще отсутствовали на работе в течение 1-5 дней в год из-за кровотечения (18% против 1,3%). Таким образом, ОМК значительно снижают качество жизни женщин репродуктивного возраста ($p=0,0335$).

На фоне проводимого лечения удалось достоверно зафиксировать положительную динамику клинико-лабораторных показателей у большинства

пациенток. Эффективность терапии оценивалась с использованием относительных частот (n, %), что обеспечивало наглядное представление о распределении терапевтических эффектов по группам. Для межгруппового анализа более двух независимых выборок применялся непараметрический критерий Краскела–Уоллиса с последующим апостериорным уточнением различий при помощи критерия Данна. С целью нивелирования ошибок первого рода при множественных сравнениях использовалась корректировка уровня значимости по методу Холма. Для анализа различий в частотных данных между несвязанными группами применялся χ^2 -критерий Пирсона с поправками на множественные сравнения. В тех случаях, когда необходимо было провести сравнение показателей внутри одной группы до и после лечения, использовался критерий Уилкоксона для связанных выборок. Критический уровень статистической значимости устанавливался на уровне $p < 0,05$, что соответствовало современным требованиям к клиническим исследованиям и обеспечивало надежность интерпретации полученных результатов.

3.5 Статистическая обработка результатов исследования

В ходе исследования проведена комплексная статистическая обработка полученных данных с целью объективной оценки эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста. Анализ включал сравнение клинико-лабораторных показателей пациенток до и после проведенного лечения, выявление статистически значимых различий между исследуемыми группами и оценку влияния терапии на качество жизни пациенток. Были использованы описательные статистические методы для характеристики исследуемой выборки, включая вычисление средних значений, медиан, стандартных отклонений и квартилей. Для выявления межгрупповых различий применялись непараметрические методы, такие как критерий Краскела–Уоллиса, позволяющий оценить различия в показателях гемоглобина, толщины эндометрия и интенсивности кровопотери среди групп с разными методами лечения. В случаях парных сравнений использовался критерий Уилкоксона, применяемый для анализа изменений в показателях до и после лечения в каждой из групп. Корреляционный анализ позволил определить возможные взаимосвязи между клиническими и лабораторными показателями, что дало возможность оценить влияние различных терапевтических подходов на состояние пациенток. Все расчеты выполнялись с использованием специализированных статистических программ, что обеспечило высокую точность полученных данных и их последующую интерпретацию.

Был проведен анализ гемоглобина до в зависимости от метода лечения.

Таблица 4. Анализ гемоглобина до лечения в зависимости от метода

Показатель	Категории	Гемоглобин до			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	

Методы лечения	Гемостатический	106,00	93,00 – 119,00	200	0,429*
	Комбинированный	108,00	94,00 – 117,00	97	
*-используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса					

В проведенном исследовании был выполнен сравнительный анализ исходного уровня гемоглобина у пациентов, получавших разные методы лечения (Гемостатический, Гормональный, комбинированный). Для оценки различий между группами использовался критерий Краскела–Уоллиса, который является непараметрическим аналогом дисперсионного анализа и применяется в случае несоблюдения условий нормальности распределения данных.

Медианные значения уровня гемоглобина до начала лечения составили **106,00 г/л** ($Q_1 - Q_3 : 93,00 - 119,00$) в группе гемостатического лечения, **108,00 г/л** ($Q_1 - Q_3 : 93,50 - 119,50$) в группе гормонального лечения и **108,00 г/л** ($Q_1 - Q_3 : 94,00 - 117,00$) в группе комбинированного лечения.

Результаты статистического анализа показали, что различия между группами по уровню гемоглобина до начала лечения не являются статистически значимыми ($p = 0,429$). Это свидетельствует об отсутствии значимой вариабельности данного показателя между сравниваемыми группами, что позволяет предположить однородность выборки по исходному уровню гемоглобина.

Графическое представление данных в виде boxplot демонстрирует схожее распределение значений гемоглобина в разных группах, без выраженных выбросов или значительных межгрупповых различий.

Таким образом, исходные показатели гемоглобина в исследуемых группах пациентов являются сопоставимыми, что указывает на отсутствие систематических различий в уровне анемии до начала лечения в зависимости от применяемой терапевтической стратегии.

Таблица 5. Анализ гемоглобина после лечения в зависимости от метода

Показатель	Категории	Гемоглобин после			p
		Me	$Q_1 - Q_3$	n	
Методы лечения	Гемостатический	111,00	105,00 – 115,00	200	0,009*
	Гормональный	112,00	109,75 – 125,00	102	
	Комбинированный	121,00	107,00 – 125,00	97	
*-используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса					

В ходе исследования проведена оценка уровня гемоглобина после лечения у пациентов, получавших разные методы терапии. Статистический анализ с использованием критерия Краскела–Уоллиса выявил наличие статистически значимых различий между группами ($p = 0,009$), что свидетельствует о неоднородности показателей гемоглобина в зависимости от применяемой лечебной тактики.

Медианные значения гемоглобина после лечения демонстрируют вариативность в группах, указывая на возможные различия в эффективности методов терапии. Графическая интерпретация данных подтверждает наличие межгрупповых различий

Таблица 6 – Анализ толщины эндометрия в зависимости от метода лечения

Показатель	Категории	Толщина эндометрия			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Методы лечения	Гемостатический	9,00	6,30 – 11,00	60	$< 0,001^*$ $p_{\text{Гормональный – гемостатический}} < 0,001$ $p_{\text{Комбинированный – Гемостатический}} < 0,001$
	Гормональный	18,00	16,10 – 19,20	60	
	Комбинированный	17,60	17,00 – 19,50	60	

**-используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса*

Анализ, выполненный с использованием критерия Краскела–Уоллиса, показал статистически значимые различия в толщине среди различных методов лечения ($p < 0,001$).

В группе гемостатического лечения медиана толщины составила 9,00 (IQR: 6,30 – 11,00), в группе гормонального лечения – 18,00 (IQR: 16,10 – 19,20), а в группе комбинированного лечения – 17,60 (IQR: 17,00 – 19,50).

Сравнительный анализ подтвердил, что различия между гормональными и гемостатическим лечением, а также между комбинированным и гемостатическим лечением являются статистически значимыми ($p < 0,001$).

Таким образом, наибольшая толщина отмечается в группах гормонального и комбинированного лечения, что может свидетельствовать о более выраженных изменениях структуры ткани по сравнению с гемостатическим методом.

Таблица 7 – Анализ динамики гемостатического лечения

Этапы наблюдения		p
р _{вас} до гемостатического лечения	р _{вас} после гемостатического лечения	

Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	
110,00 (n=60)	75,00 – 145,00	83,00 (n=60)	76,00 – 90,00	< 0,001*

*- используемый метод: критерий Уилкоксона

Анализ показал, что у гемостатического отмечались статистически значимые изменения ($p < 0,001$)

Таблица 8 – Анализ динамики гормонального лечения

Этапы наблюдения				p
рвас до гормонального лечения		рвас после гормонального лечения		
Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	
260,00 (n=60)	250,0 – 270,00	80,00 (n=60)	60,00 – 90,00	< 0,001*

*- используемый метод: критерий Уилкоксона

В процессе анализа у гормонального лечения отмечались статистически значимые изменения ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Уилкоксона).

Таблица 9 – Анализ динамики комбинированного лечения

Этапы наблюдения				p
Рвас до комбинированного лечения		Рвас после комбинированного лечения		
Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	
280,00 (n=60)	250,00 – 310,00	70,00 (n=60)	60,00 – 80,00	< 0,001*

*- используемый метод: критерий Уилкоксона

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

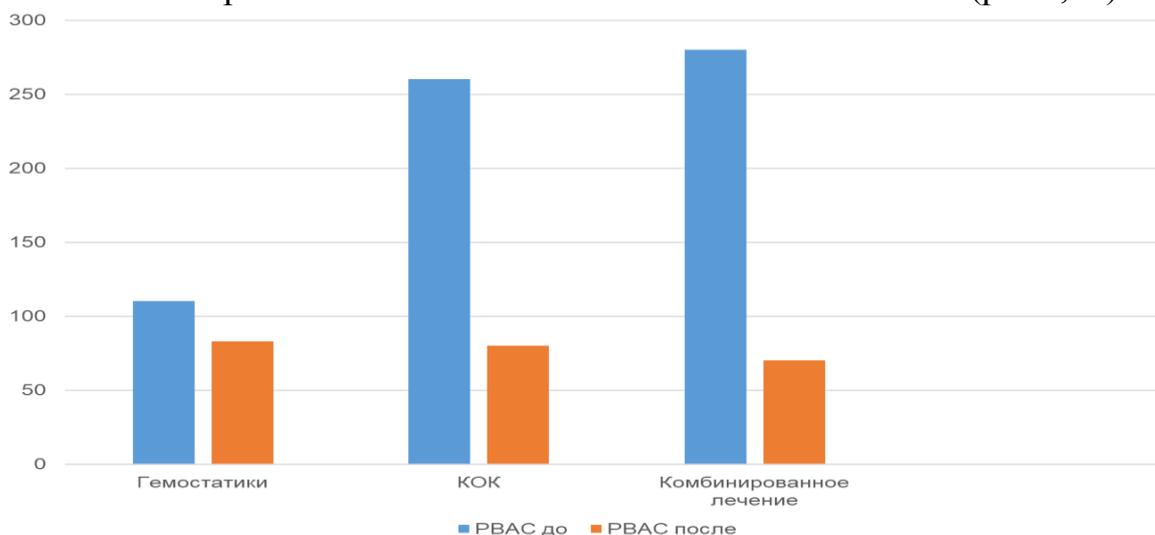


Рисунок 7 – Сравнение РВАС до и после лечения по группам

В процессе анализа у комбинированного отмечались статистически значимые изменения ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Уилкоксона).

Анализ показал статистически значимое снижение показателей РВАС ($p < 0,001$) во всех группах после лечения. В гемостатической группе медиана снизилась с **110,00** до **83,00**, в группе КОК– с **260,00** до **80,00**, в комбинированной – со **280,00** до **70,00**.

Таблица 10 – Анализ сколько прокладок в день меняется в зависимости от метода лечения

Показатель	Категории	Сколько прокладок в день меняет			p
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	
Методы лечения	Гемостатический	1,00	1,00 – 2,00	60	$p_{\text{комбинированный}} < 0,001^*$ $p_{\text{Гемостатический}} < 0,001$ $p_{\text{Гормональный}} - \text{Гемостатический} = 0,007$ $p_{\text{Гормональный}} - \text{комбинированный} < 0,001$
	Гормональный	1,00	1,00 – 3,00	60	
	Комбинированный	1,00	1,00 – 1,00	60	
*-используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса					

Анализ, проведенный с использованием критерия Краскела–Уоллиса, выявил статистически значимые различия между методами лечения по количеству смен прокладок в день ($p < 0,001$). В группе гемостатического лечения медиана составила 1,00 (IQR: 1,00 – 2,00), в гормональной группе — 1,00 (IQR: 1,00 – 3,00), а в комбинированной — 1,00 (IQR: 1,00 – 1,00).

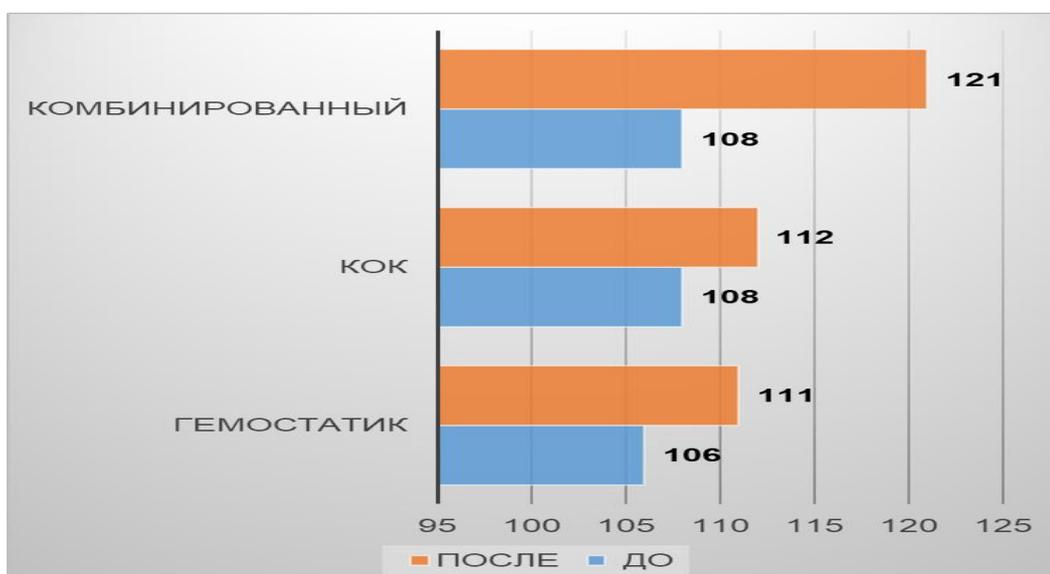


Рисунок 8 – Сравнение уровня гемоглобина до и после лечения по группам

Сравнительный анализ показал, что различия между комбинированным и гемостатическим лечением, а также между гормональным и комбинированным лечением были статистически значимыми ($p < 0,001$). Различия между гормональным и гемостатическим лечением также значимы, но менее выражены ($p = 0,007$).

Таким образом, наименьшая вариативность наблюдалась в группе комбинированного лечения, что может свидетельствовать о его большей эффективности в стабилизации показателя.

Таким образом, проведенная статистическая обработка клинико-лабораторных и инструментальных данных позволила выявить значимые различия в эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста. До начала терапии группы пациенток не отличались по уровню гемоглобина, что подтверждает исходную однородность выборки ($p = 0,429$). После лечения во всех группах наблюдалось достоверное повышение уровня гемоглобина, особенно выраженное в группе комбинированного лечения ($p = 0,009$), что указывает на его более высокую клиническую эффективность. Аналогичные результаты получены при сравнении динамики толщины эндометрия: группы комбинированного вмешательства продемонстрировали статистически значимо более высокие значения ($p < 0,001$), что подтверждает наличие выраженных структурных изменений, требующих комплексного подхода. Показатели кровопотери по шкале РВАС также существенно снизились во всех группах ($p < 0,001$), однако наиболее выраженное снижение отмечено у пациенток, получавших комбинированное лечение — с медианы 120,00 до 60,00. Дополнительно установлено, что количество ежедневных смен прокладок достоверно уменьшилось именно в группе комбинированного лечения, что свидетельствует о большей стабилизации клинических проявлений. Все эти данные указывают на то, что сочетание гемостатической и гормональной терапии является наиболее эффективной

тактикой ведения пациенток с ОМК, обеспечивая комплексное воздействие на патогенетические механизмы заболевания и способствуя значимому улучшению качества жизни.

Проведённое исследование показало, что женщины с обильными маточными кровотечениями (ОМК) испытывают значительно худшее качество жизни по сравнению с женщинами с нормальными менструациями (НМК). При анкетировании, охватившем 629 женщин, выявлены выраженные различия в самооценке физического и психоэмоционального состояния. Так, утверждение «Я чувствую себя очень творческой и эффективной во время менструации» оказалось неверным для 96% женщин с ОМК и 85% женщин с НМК, что уже указывает на высокий уровень психоэмоционального дискомфорта у первой группы. По ряду показателей наблюдались статистически значимые различия: ответ «иногда» по шкале MBQ был достоверно чаще у женщин с ОМК ($60,4 \pm 10,4$ против $30,5 \pm 8,2$, $p=0,0335$). Хотя другие ответы, такие как «никогда», «крайне редко», «часто» и «очень часто», не достигли уровня статистической значимости, они также демонстрировали устойчивую тенденцию к более негативной оценке состояния при ОМК.

Интересно, что несмотря на значительную распространённость ОМК (в рамках данной выборки – 32%, что соответствует и зарубежным данным, фиксирующим уровень около 29%), только 20% женщин с этим состоянием обращались за медицинской помощью. Это вызывает серьёзные вопросы относительно осведомлённости и доступности медицинских услуг. Согласно исследованиям К.В. Laksham и других авторов, основными причинами отказа от обращения за лечением являются убеждённости в том, что страдания – это часть женской судьбы, а также сложности в интерпретации личного опыта относительно нормы. Усугубляют ситуацию культурные представления о менструации как о процессе «естественного очищения», из-за чего даже патологические проявления воспринимаются как допустимые.

Показатели качества жизни женщин с ОМК ухудшались по целому ряду аспектов. Например, 32% женщин с ОМК вынуждены были отказываться от участия в мероприятиях (против 5% с НМК), 27% планировали повседневную активность с учётом менструаций (против 8% с НМК), а 18% отсутствовали на работе от 1 до 5 дней в год (против всего 1,3% в группе с НМК). Кроме того, 87% женщин с ОМК сообщили о частом протекании менструальной крови через прокладки ночью, что представляет собой как физический, так и социальный дискомфорт. В то время как большинство женщин с НМК связывают менструацию с чувством женственности (56,7%), среди женщин с ОМК этот показатель не превышает 5%. Также только 28% женщин с ОМК верят в возможность зачатия, тогда как среди НМК этот показатель достигает 76%, что указывает на подрыв репродуктивной уверенности.

Данные анкетирования были подкреплены результатами других исследований. Например, в опросе 906 женщин с ОМК в разных странах основными жалобами были названы: боли, тяжесть, усталость, эмоциональные

нарушения и нерегулярность цикла. В фокус-группах, где обсуждались аномальные маточные кровотечения, ключевыми темами стали смущение из-за запаха, дискомфорт при социальной активности, боль и психологическое раздражение. Всё это ещё раз подтверждает: обильные маточные кровотечения влияют не только на физическое здоровье, но и на социальное, профессиональное и психологическое функционирование женщин.

В заключение следует отметить, что женщины с ОМК живут в условиях хронического дискомфорта, который не воспринимается ими как патологическое состояние, требующее медицинского вмешательства. При этом объективные показатели, в том числе ухудшение самочувствия, снижение продуктивности, ограниченность социальной активности, высокие уровни стресса и отсутствие уверенности в собственном здоровье, говорят о глубоком влиянии ОМК на качество жизни. Поэтому важнейшей задачей становится не только лечение, но и информирование, просвещение, а также снятие культурных и психологических барьеров, препятствующих обращению за помощью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обильные маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста являются серьезной медицинской проблемой, оказывающей негативное влияние на физическое и психологическое состояние пациенток, снижая качество их жизни и приводя к развитию анемии, гормональных нарушений и репродуктивных осложнений. В рамках данного исследования проведен детальный анализ этиологии, патогенеза и клинических характеристик ОМК, а также изучены современные методы диагностики и лечения данной патологии. Основное внимание было уделено оценке эффективности различных терапевтических стратегий, что позволило определить оптимальные подходы к ведению пациенток и разработать алгоритм лечения, направленный на улучшение результатов терапии.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) представляют собой форму аномальных маточных кровотечений (АМК) и характеризуются чрезмерной продолжительностью (свыше 8 дней) и/или объемом кровопотери (более 80 мл) при регулярном менструальном цикле. Они нередко приводят к ухудшению общего состояния, снижению работоспособности и развитию анемии. Современная классификация FIGO (2009) позволила систематизировать подход к диагностике и лечению АМК, выделив острые и хронические формы. Исследования показывают, что эффективная терапия требует учета этиологических факторов — от гормональных нарушений до органических патологий. Своевременное выявление и комплексное обследование позволяют предотвратить осложнения и выбрать оптимальную лечебную тактику.

Этиология и патогенез обильных маточных кровотечений (ОМК) у женщин репродуктивного возраста, особенно в пубертатный период, связаны с незрелостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, нарушениями

овуляции и гормонального баланса. Преобладание эстрогенов при отсутствии овуляции и недостатке прогестерона приводит к гиперплазии эндометрия, его неравномерному отторжению и развитию кровотечений. Дополнительными механизмами выступают нарушения сосудистой регуляции, повышенная продукция простагландинов, снижение вазоконстрикции и коагулопатии. Классификация FIGO (PALM-COEIN) делит причины ОМК на структурные (полипы, миомы, гиперплазия, аденомиоз) и функциональные (овуляторная дисфункция, коагулопатии, ятрогенные и эндометриальные причины), что позволяет точнее диагностировать патологию и выбрать эффективную тактику лечения.

Обильные маточные кровотечения (ОМК) у женщин репродуктивного возраста представляют собой не только медицинскую, но и социальную проблему, значительно влияющую на качество жизни. Женщины с ОМК сталкиваются с хронической усталостью, снижением работоспособности и физической выносливости, вызванными анемией и постоянной кровопотерей. Нарушения менструального цикла сопровождаются болевым синдромом, тревожностью, раздражительностью, депрессией, а также страхом внезапного кровотечения в общественных местах, что приводит к социальной изоляции и ограничению активности. Такие пациентки часто вынуждены отказываться от спорта, поездок, работы и даже общения, что негативно сказывается на их профессиональной и личной жизни. Кроме того, регулярные расходы на медицинское обследование, лечение, гигиенические средства и возможные хирургические вмешательства становятся серьезной финансовой нагрузкой. Ухудшается и репродуктивная функция: овуляторные сбои, гиперплазия эндометрия и хронические воспаления могут стать причиной бесплодия или невынашивания беременности. ОМК также влияют на интимную жизнь, вызывая боль и снижение либидо.

Лечение обильных маточных кровотечений включает медикаментозные методы, выбор которых зависит от причины кровотечения, возраста пациентки, репродуктивных планов и наличия сопутствующих заболеваний. В случае неэффективности медикаментозного лечения рассматриваются хирургические методы, включая абляцию эндометрия.

Проведенное проспективное контролируемое исследование, охватывающее 180 женщин репродуктивного возраста, позволило системно подойти к оценке эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений (ОМК). Дизайн исследования включал строго выверенные этапы — от первичного клинико-функционального обследования до оценки динамики состояния пациенток через 3 месяца после терапии. Основу диагностики составляли как традиционные методы (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, лабораторные анализы), так и современные инструментальные: ультразвуковое исследование с применением экспертного аппарата Voluson E10, так же опрос по MBQ. PVAS. Применение дифференцированного подхода к формированию исследовательских групп —

гемостатическая, гормональная и комбинированная терапия — позволило получить обоснованные данные о сравнительной эффективности различных лечебных стратегий. Тщательная характеристика исследуемого контингента с учетом возрастных, клинических параметров, а также высокоточная визуализация патологических изменений эндометрия обеспечили достоверность диагностики и контроль эффективности лечения. Использование валидизированного опросника MBQ, РВАС дало возможность количественно оценить влияние ОМК на качество жизни женщин, а применение современных методов статистической обработки (включая критерии Краскела–Уоллиса, Данна, Уилкоксона, χ^2 Пирсона и метод Холма) обеспечило научную надежность результатов. Таким образом, предложенная методология позволила глубоко изучить патогенетические особенности ОМК, отразить клинико-функциональные характеристики пациенток и обоснованно выбрать оптимальные лечебные подходы с учетом динамики состояния.

Анализ клинических данных пациенток с обильными маточными кровотечениями (ОМК) подтвердил, что данная патология является распространённой среди женщин репродуктивного возраста, особенно в группе от 30 до 49 лет. У большинства пациенток были выявлены нарушения менструального цикла и анамнез предшествующих эпизодов ОМК, что свидетельствует о хронизации процесса. Существенную роль в патогенезе заболевания играют гормональный дисбаланс и гиперпластические изменения эндометрия, что подтверждается высоким процентом выявленных патологий по данным ультразвукового исследования. Наряду с этим, почти у половины пациенток диагностированы анемические состояния различной степени тяжести, что подчеркивает клиническую значимость кровопотерь и необходимость своевременной коррекции. Установленная гетерогенность клинического профиля требует дифференцированного подхода к выбору диагностических и лечебных мероприятий, направленных не только на устранение симптоматики, но и на коррекцию этиологических факторов, профилактику рецидивов и восстановление качества жизни пациенток.

Результаты сравнительного анализа эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений (ОМК) показали, что комбинированная терапия, включающая гемостатическую и гормональную терапию, обеспечивает наиболее высокие показатели устойчивой клинической ремиссии и минимального уровня рецидивов. Данный подход позволяет не только устранить симптомы, но и воздействовать на патогенетические механизмы заболевания, что делает его наиболее целесообразным при комплексной коррекции ОМК. Гормональное лечение также продемонстрировало высокую эффективность, однако требует длительного наблюдения и оценки рисков. Гемостатическая терапия показала удовлетворительные результаты лишь у части пациенток и в ряде случаев сопровождалась неполной регрессией симптомов и рецидивами, что ограничивает её самостоятельное применение. Следовательно,

индивидуализация лечебной тактики с учетом клинических и морфологических данных позволяет повысить эффективность терапии, сократить частоту повторных кровотечений и улучшить качество жизни женщин с ОМК.

Таким образом, проведенная статистическая обработка клинико-лабораторных и инструментальных данных позволила выявить значимые различия в эффективности различных методов лечения обильных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста. До начала терапии группы пациенток не отличались по уровню гемоглобина, что подтверждает исходную однородность выборки ($p = 0,429$). После лечения во всех группах наблюдалось достоверное повышение уровня гемоглобина, особенно выраженное в группе комбинированного лечения ($p = 0,009$), что указывает на его более высокую клиническую эффективность. Аналогичные результаты получены при сравнении динамики толщины эндометрия: группы комбинированного вмешательства продемонстрировали статистически значимо более высокие значения ($p < 0,001$), что подтверждает наличие выраженных структурных изменений, требующих комплексного подхода. Показатели кровопотери по шкале РВАС также существенно снизились во всех группах ($p < 0,001$), однако наиболее выраженное снижение отмечено у пациенток, получавших комбинированное лечение — с медианы 120,00 до 60,00. Дополнительно установлено, что количество ежедневных смен прокладок достоверно уменьшилось именно в группе комбинированного лечения, что свидетельствует о большей стабилизации клинических проявлений. Все эти данные указывают на то, что сочетание гемостатической и гормональной терапии является наиболее эффективной тактикой ведения пациенток с ОМК, обеспечивая комплексное воздействие на патогенетические механизмы заболевания и способствуя значимому

Таким образом, проведенное исследование подтвердило необходимость комплексного подхода к лечению обильных маточных кровотечений, включающего своевременную диагностику, рациональный выбор тактики лечения и динамическое наблюдение за пациентками. Реализация предложенных рекомендаций позволит не только повысить эффективность лечения, но и улучшить качество жизни женщин, страдающих данной патологией.

ВЫВОДЫ:

1. Результаты исследования показали высокую распространенность обильных маточных кровотечений (ОМК) среди женщин репродуктивного возраста. Из 849 женщин, обратившихся в гинекологическое отделение за медицинской помощью в с 2023 года по 2024, ОМК были диагностированы у 396 пациенток, что составляет 46,64% от общего числа обращений. Наиболее часто ОМК встречались у женщин в возрасте от 30 до 49 лет (средний возраст – $35,4 \pm 5,2$ лет).

2. Анемия различной степени тяжести диагностирована у 67,5% женщин с ОМК: легкой степени – у 38,6%, умеренной – у 21,7% и тяжелой – у 7,2%.

3. У женщин, получавших только гемостатическую терапию 21,3% женщин из этой группы перенесли рецидивы, а 12,8% сообщили о неполной регрессии симптомов.

При использовании КОК 21,3% женщин из этой группы перенесли рецидивы, а 10,3% сообщили о неполной регрессии симптомов.

Наивысшая эффективность зафиксирована у женщин, получивших комбинированное лечение: 91,3% женщин достигли стойкой клинической ремиссии, а рецидивы выявлены лишь у 5,7%.

Медианные значения уровня гемоглобина до начала лечения составили **106,00** г/л ($Q_1 - Q_3$: 93,00–119,00) в группе гемостатического лечения, после составило 111 г/л, **108,00** г/л ($Q_1 - Q_3$: 93,50–119,50) в группе КОК, а после 112, и **108,00** г/л ($Q_1 - Q_3$: 94,00–117,00) в группе комбинированного лечения, после составило 121 г/л.

МВQ у группы с использованием гемостатиков медиана снизилась с 19 до 15 баллов, во второй группе КОК с 29 до 13 баллов, и в третьей группе с 32 до 12 баллов.

Анализ показал статистически значимое снижение показателей РВАС ($p < 0,001$) во всех группах после лечения. В гемостатической группе медиана снизилась с **110,00** до **83,00**, в группе КОК– с **260,00** до **80,00**, в комбинированной – со **280,00** до **70,00**.

Сравнительный анализ показал, что различия между комбинированным и гемостатическим лечением, а также между гормональным и комбинированным лечением были статистически значимыми ($p < 0,001$). Различия между гормональным и гемостатическим лечением также значимы, но менее выражены ($p = 0,007$).

Таким образом, наименьшая вариативность наблюдалась в группе комбинированного лечения, что может свидетельствовать о его большей эффективности в стабилизации показателя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михельсон А. Ф., Феоктистова Т. Е., Лебеденко Е. Ю., Михельсон А. А. и др. Влияние комбинации эстрадиола валерата и диеногеста на частоту рецидивов гормончувствительных полипов эндометрия // Доктор.Ру. 2016. № 7(124). С. 27-31.

2. Paradisi R, Rossi S, Scifo M, Dall'O' F, Battaglia C, Venturoli S. Recurrence of Endometrial Polyps. Gynecol. Obstet. Invest. 2014;78:26-32.

3. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abbott J. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of literature. J. Minim. Invasive Gynaecol. 2011;18:569-581.

4. Trimble CL, Method M, Leitao M, et al. Management of Endometrial Precancers. Obstetrics and gynecology. 2012;120(5):1160-1175.

5. Уварова Е. В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2018. – Т. 14. – №. 1. – С. 64-91.
6. Шестакова И. Г., Дьяконов С. А. Аномальные маточные кровотечения: диагностика и выбор терапии //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2020. – №. 6. – С. 46-55.
7. Чернуха Г. Е. Актуальность проблемы аномальных маточных кровотечений у молодых женщин и ее комплексное решение в свете российских рекомендаций 2021 //Гинекология. – 2022. – Т. 24. – №. 3. – С. 198-205.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant women. Committee Opinion No557. Obstet Gynecol 2013; 121: 891-6.
9. SOGC Practice Bulletin No. 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL; Clinical practice - Gynaecology Committee. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35 (5): 473-5.
10. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE guideline [NG88]. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. March 2018.
11. Калинин О. Б., Тезиков Ю. В., Липатов И. С. Тактика при обильных маточных кровотечениях у женщин в периоде перименопаузы //Magyar Tudományos Journal. – 2020. – №. 47. – С. 43-44.
12. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Тутченко Т. Н. Эндометриоз и аномальные маточные кровотечения—современная стратегия сохранения здоровья женщины //age. – 2011. – Т. 113. – №. 1. – С. 3-13.
13. Jensen JT, Lefebvre P, Lalibert F et al. Cost burden and treatment patterns associated with management of heavy menstrual bleeding. J Womens Health (Larchmt) 2012; 21 (5): 539-47.
14. Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG et al. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. Fertil Steril 2008; 90 (6): 2269–80.
15. Munro MG, Critchley HOD, Brode MS, Fraser IS; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Intern. Special Communication. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. J Gynecol Obstet 2011; 113: 3–13.
16. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and denitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011; 29 (5): 383–90.
17. Давыдов А. И. и др. Аномальные маточные кровотечения и железодефицитная анемия. Патогенетическое обоснование выбора препарата железа //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 17. – №. 6. – С. 89-96.

18. Адамян Л. В. и др. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). – 2022.

19. Табакман Ю. Ю. и др. Аномальные маточные кровотечения (АМК)-современные возможности оптимизации тактики лечения //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – Т. 10. – №. 1. – С. 123-128.

20. Calhoun AH, Gill N. Presenting a New, Non-Hormonally Mediated Cyclic Headache in Women: End-Menstrual Migraine. *Headache* 2017; 57: 17–20.

21. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician* 2012; 85 (1): 35–4.

22. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the Best Practices in the Evaluation and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome. *PCOS Best Practices, Endocr Pract* 2015; 21 (11): 1291–300.

23. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2015 г. No15–4/10/2–2814. / Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2015 г. No15–4/10/2–2814. [in Russian]

24. Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL et al. Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2013; 121 (3): 632–43.

25. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: 7086–9.

26. Чернуха Г. Е. и др. Этиологическая структура и возможности диагностики аномального маточного кровотечения //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 2. – С. 14-17.

27. Уварова Е. В., Сальникова И. А. Ингибиторы фибринолиза в терапии аномального маточного кровотечения пубертатного периода //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. – №. 3 (62). – С. 26-40.

28. Sundstrom A, Seaman H, Kieler H, Alfredsson L. The risk of venous thromboembolism associated with the use of tranexamic acid and other drugs used to treat menorrhagia; a case-control study using the General Practice Research Database. *BJOG* 2009; 116: 91–7.

29. Wellington K, Wagstaff AJ. Tranexamic acid: a review of its use in management of menorrhagia. *Drugs* 2003; 63: 1417–33.

30. Lethaby A, Irvine GA, Cameron IT. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1: CD001016.

31. Уварова Е. В. Клинические рекомендации (проект). Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021. – Т. 17. – №. 3. – С. 5-30.

32. Hickey M, Higham JM, Fraser I. Progestogens with or without oestrogen for irregular uterine bleeding associated with anovulation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 9: CD001895.

33. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2005; 4: CD002126.

34. Farquhar C, Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4: CD000154.

35. Cooper K, Lee A, Chien P et al. Outcomes following hysterectomy or endometrial ablation for heavy menstrual bleeding: Retrospective analysis of hospital episode statistics in scotland. BJOG 2011; 118 (10): 1171–9.

36. Сальникова И. А., Уварова Е. В. Опыт применения дидрогестерона в целях остановки аномальных маточных кровотечений у девочек-подростков //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. – №. 4 (57). – С. 54-63.

37. Андреева Е. Н., Шереметьева Е. В. Менструальные кровотечения: диагностика и лечение //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 5. – С. 186-192.

38. Татарчук Т. Ф. Маточные кровотечения: новая терминология и особенности терапии в пубертатном периоде //Здоровье Украины. – 2009. – №. 24/1. – С. 44-45.

39. Сибирская Е. В., Богданова Е. А., Сашкина А. Е. Маточное кровотечение пубертатного периода-особенности гормонального фона //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2011. – Т. 10. – №. 2. – С. 435-438.

40. Иванишкина-Кудина О. Л. Аномальные маточные кровотечения раннего репродуктивного периода. Возможности терапии препаратом дидрогестерона Дюфастон //РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА Учредители: УП" Профессиональные издания", БелНПОО" Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов". – 2022. – Т. 12. – №. 2. – С. 217-227.

41. Иванишкина-Кудина, О. Л. "Аномальные маточные кровотечения раннего репродуктивного периода. Возможности терапии препаратом дидрогестерона Дюфастон." *РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА Учредители: УП" Профессиональные издания", БелНПОО" Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов"* 12.2 (2022): 217-227.

42. Иванишкина-Кудина, О. Л. (2022). Аномальные маточные кровотечения раннего репродуктивного периода. Возможности терапии препаратом дидрогестерона Дюфастон. *РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА Учредители: УП" Профессиональные издания", БелНПОО" Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов"*, 12(2), 217-227.

43. Сибирская Е. В. и др. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода-состояние гормонального фона //Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13. – №. 4. – С. 136-139.

44. Farquhar C, Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4: CD000154.

45. Чернуха Г. Е., Ильина Л. М., Иванов И. А. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 4. – С. 4-8.

46. Сибирская Е. В. и др. Современная классификация и методы коррекции аномальных маточных кровотечений у женщин позднего репродуктивного возраста //Трудный пациент. – 2021. – Т. 19. – №. 4. – С. 18-24.

47. Адамян Л. В. и др. Подходы к профилактике и лечению аномальных маточных кровотечений у пациенток, проходящих противоопухолевую терапию //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2024. – Т. 20. – №. 4. – С. 119-126.

Приложение 1.

Интерпретация результатов опросника MBQ

Каждый вопрос оценивается по шкале от 0 до 4 баллов:

0 — Совсем не согласна

1 — Немного согласна

2 — В какой-то степени согласна

3 — В значительной степени согласна

4 — Полностью согласна

Максимально возможная сумма — 40 баллов (при 10 вопросах).

Интерпретация суммы баллов:

- 0–9 — Низкое влияние менструаций на качество жизни
- 10–19 — Умеренное влияние
- 20–29 — Значительное влияние, возможны обильные менструации (ОМК)
- 30–40 — Сильное влияние, высока вероятность ОМК

По результатам валидационных исследований (Matteson et al., 2013), MBQ хорошо коррелирует с объективными измерениями менструальной кровопотери и субъективным восприятием её тяжести.

Menstrual Bleeding Questionnaire (MBQ) —русская адаптация

Инструкция: Оцените, насколько утверждения ниже соответствуют вашему опыту за последние 3 месяца. Используйте следующую шкалу:

0 — Совсем не согласна

1 — Немного согласна

2 — В какой-то степени согласна

3 — В значительной степени согласна

4 — Полностью согласна

1. 1. Из-за менструации мне приходится менять планы.

Оценка: 0 1 2 3 4

2. 2. Я чувствую себя уставшей во время менструации.

Оценка: 0 1 2 3 4

3. 3. Я не могу заниматься физической активностью из-за менструации.

Оценка: 0 1 2 3 4

4. 4. Я чувствую тревогу из-за возможного протекания.

Оценка: 0 1 2 3 4

5. 5. Я чувствую, что теряю много крови.

Оценка: 0 1 2 3 4

6. 6. Я вынуждена часто менять гигиенические средства.

Оценка: 0 1 2 3 4

7. 7. Я чувствую боль, которую сложно терпеть без обезболивающих.

Оценка: 0 1 2 3 4

8. 8. Я чувствую, что менструация мешает мне работать или учиться.

Оценка: 0 1 2 3 4

9. 9. Мне трудно спать во время менструации.

Оценка: 0 1 2 3 4

10.10. Я чувствую, что менструация нарушает мою повседневную жизнь.

Оценка: 0 1 2 3 4

Итоговый балл: _____

Чем выше балл, тем значительнее влияние менструации на качество жизни.

Приложение 2.

Интерпретация баллов РВАС:

Сумма баллов (РВАС Score)

< 100 Нормальные менструации (норма)

≥ 100 **Обильные менструации (НМВ) — heavy menstrual bleeding**

> 250–300 Часто указывает на тяжёлое менструальное кровотечение, требующее медицинской оценки

Как считается балл РВАС:

1. Прокладки и тампоны:

- Слабо пропитанная: 1 балл
- Умеренно пропитанная: 5 баллов
- Полностью пропитанная: 20 баллов
- 2. Сгустки:
 - Маленький сгусток: 1 балл
 - Большой сгусток: 5 баллов
- 3. Протекание (через одежду/постель):
 - 5 баллов за каждый эпизод

Баллы могут немного отличаться в разных модификациях РВАС.

Пороговое значение 100 было установлено в классическом исследовании Higham et al. (1990) как соответствующее менструальной кровопотере более 80 мл, что считается медицинским критерием обильной менструации.

РВАС — Оценка менструальных кровопотерь (адаптированная версия)

Инструкция: ежедневно отмечайте количество использованных гигиенических средств и степень их насыщения. Также указывайте количество сгустков и эпизодов протекания.

Подсчитайте баллы в конце каждого дня и суммарный балл в конце цикла.

День цикла	Тип средства	Слабо пропитано (1 балл)	Умеренно пропитано (5 баллов)	Полностью пропитано (20 баллов)	Сгустки: мал. (1) / бол. (5)	Протекание (5 баллов)	Итого за день
1 день	Прокладки / Тампоны	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	Мал: ____ × 1 Больш: ____ × 5	____ × 5	_____
2 день	Прокладки / Тампоны	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	Мал: ____ × 1 Больш: ____ × 5	____ × 5	_____
3 день	Прокладки / Тампоны	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	Мал: ____ × 1 Больш: ____ × 5	____ × 5	_____
4 день	Прокладки / Тампоны	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	Мал: ____ × 1 Больш: ____ × 5	____ × 5	_____
5 день	Прокладки / Тампоны	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	<input type="checkbox"/> × ____	Мал: ____ × 1 Больш: ____ × 5	____ × 5	_____

6	Прокладки /	$\square \times \underline{\quad}$	$\square \times \underline{\quad}$	$\square \times \underline{\quad}$	Мал:	$\underline{\quad} \times 5$	$\underline{\quad}$
день	Тампоны					$\underline{\quad} \times 1$	$\underline{\quad}$
					Больш:	$\underline{\quad} \times 5$	
7	Прокладки /	$\square \times \underline{\quad}$	$\square \times \underline{\quad}$	$\square \times \underline{\quad}$	Мал:	$\underline{\quad} \times 5$	$\underline{\quad}$
день	Тампоны					$\underline{\quad} \times 1$	$\underline{\quad}$
					Больш:	$\underline{\quad} \times 5$	
Сумма							$\underline{\quad}$
баллов							$\underline{\quad}$