



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

## Аномальные маточные кровотечения

Кодирование по Международной статистической  
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **N92, N93, N95**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Пересмотр не позднее: **2026**

ID: **645**

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

---

# Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

# Список сокращений

аГн-РГ – агонисты гонадотропин релизинг гормона (АТХ – Аналоги гонадотропин-релизинг гормона);

АМК – аномальное маточное кровотечение;

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации);

ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (левоноргестрел в форме системы внутриматочной терапевтической);

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра;

ММК – межменструальное кровотечение;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

МГТ – менопаузальная гормональная терапия;

НПВП – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты;

ОМК – обильное менструальное кровотечение;

РЭ – рак эндометрия;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ХГЧ – хорионический гонадотропин человека.

# Термины и определения

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

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

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

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

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

**1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

Согласно определению NICE: обильное менструальное кровотечение (ОМК) — это чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины [4], [5].

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

## **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Причиной ОМК может быть, как органическая патология, так и неорганическая. В 2011 году была разработана «Классификационная система FIGO (PALM-COEIN) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста», которая в 2018 году была пересмотрена [2]. В 2022 году FIGO разработана Классификация нарушений овуляции [3].

В рамках системы PALM-COEIN 4 категории органических причин АМК (полип, аденомиоз, миома, малигнизация или гиперплазии), 4 категории АМК без визуально определяемых структурных нарушений (коагулопатия, овуляторная дисфункция, нарушения функции эндометрия, ятрогенная категория) и 1 категория неклассифицированных причин.

В классификации нарушений овуляции 2022 года АМК-О рассматривается, как следствие овуляторной дисфункции, проявляющейся любым изменением нормальной частоты, регулярности, продолжительности или объема менструальных кровотечений в репродуктивном возрасте, не связанным с беременностью, органической или ятрогенной патологией матки, а также нарушениями коагуляции [3].

ММК на фоне регулярного цикла более характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овуляторной дисфункции. Нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций, более характерны для гиперплазии и рака эндометрия (РЭ).

## **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Частота встречаемости АМК составляет примерно 30% среди пациенток репродуктивного возраста и может достигать 70% в перименопаузальный период [2].



# **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

**N92** – обильные, частые и нерегулярные менструации:

**N92.0** – обильные и частые менструации при регулярном цикле (менорагия, полименорея);

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

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

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

**N92.4** – обильные кровотечения в предменопаузном периоде (меноррагия или метроррагия: климактерическая, в менопаузе, предклимактерическая, в предменопаузе)

**N93** – другие аномальные кровотечения из матки;

**N93.8** – другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища (дисфункциональные или функциональные маточные или влагалищные кровотечения БДУ)

**N93.9** – Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное

**N95.0** – постменопаузальные кровотечения.

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

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

Терминология и параметры нормального менструального цикла и характеристики АМК (пересмотр FIGO 2018 г.) представлены в таблице 1 и 2 Приложения А3.1.

# 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

См. раздел «Жалобы и анамнез».

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз аномального маточного кровотечения устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования и инструментальных методов.

## 2.1 Жалобы и анамнез

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

## 2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** всем пациенткам с АМК проведение сбора гинекологического и репродуктивного анамнеза, физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования с целью выявления причины кровотечения [5], [7], [8].

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

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

- **Рекомендуется** получить информацию у пациентки с АМК о приеме лекарственных препаратов целью исключения ятрогенной причины кровотечения [7], [9], [10], [11], [12], [13].

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

**Комментарии:** *Лекарственные средства, которые могут провоцировать АМК:*

— *препараты половых гормонов (по АТХ - Половые гормоны и модуляторы функции половых органов): эстрогены, гестагены, в т. ч. лекарственные средства, влияющие на их синтез или являющиеся аналогами;*

— *нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (НПВП), могут вызывать овуляторные расстройства;*

— *препараты, влияющие на метаболизм допамина, включая фенотиазины (АТХ антипсихотические средства) и трициклические антидепрессанты (АТХ неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов);*

— *антитромботические средства - прямые оральные антикоагулянты (такие как апиксабан\*\*) и низкомолекулярные гепарины (по АТХ – Группа гепарина) больше влияют на объем менструального кровотечения, антикоагулянт непрямого действия (варфарин\*\*) – по АТХ - Антагонисты витамина К и др.*

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

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

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

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

- При признаках гипотиреоза пациенткам с АМК **рекомендуется** определение содержания антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови в целях оценки функции щитовидной железы [15].

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

**Комментарии:** Нет убедительных доказательств, подтверждающих обоснованность определения уровня гонадотропинов, эстрадиола или прогестерона на фоне АМК.

- **Рекомендуется** проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с АМК для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза (при наличии условий) [3], [8], [17], [18], [19].

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

- **Рекомендуется** проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки пациенткам с АМК с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии (при наличии условий) [20].

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

- **Рекомендуется** при подозрении на врожденные нарушения системы гемостаза прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный и тестирование на наличие наследственных коагулопатий [1], [14], [15], [21].

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

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

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

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



## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациенткам с АМК проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) для верификации диагноза [22], [23].

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

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

- **Рекомендуется** проведение МРТ органов малого таза для дифференциальной диагностики сочетанной патологии эндо- и миометрия (миома, узловатая форма аденомиоза, объемные образования и др.,) в качестве дополнительного метода диагностики при АМК [15], [24].

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

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

- **Рекомендуется** у пациенток с АМК проведение патолого-анатомического исследования биопсийного материала матки (эндометрия) для верификации диагноза [25], [26].

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

**Комментарии:** Биопсию тканей матки (эндометрия) необходимо проводить у женщин с АМК старше 40 лет, а также у более молодых женщин с факторами риска РЭ или при неэффективности медикаментозной терапии. При подозрении на очаговую патологию (полип эндометрия, миома матки) биопсию следует проводить под гистероскопическим контролем [25], [26].

- **Рекомендуется** проведение гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала при АМК и указании на внутриматочную патологию по данным УЗИ для верификации диагноза [23].

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

## 2.5 Другие диагностические исследования

- **Рекомендуется** консультация смежных специалистов (Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный, Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный, Прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога первичный, Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта подросткового первичный, Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный и др.) при АМК и наличии сопутствующих заболеваний: эндокринопатии (гипо- или гипертиреоз, метаболический синдром, врожденная дисфункция коры надпочечников), патология гемостаза и др. в целях выбора тактики и непосредственно лечения сопутствующего заболевания [14], [16], [27].

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

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1 Консервативное лечение**

- **Рекомендуется** использовать у взрослых пациенток с АМК в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту\*\* для снижения объема кровопотери [28].

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

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

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

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

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

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

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

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

**Для детей: Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Для взрослых: Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

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

- **Рекомендуется** назначение комбинированных гормональных контрацептивов (по АТХ – Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) для снижения величины менструальной кровопотери у взрослых пациенток с ОМК, нуждающихся в контрацепции [32].

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Монофазные комбинированные гормональные контрацептивы (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) снижают объем менструальной кровопотери на 40-50%, тогда как комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации, в состав которых входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования – до 88% [33].*

- **Рекомендуется** назначение гестагенов перорально в пролонгированном циклическом режиме для снижения величины менструальной кровопотери у пациенток с ОМК [34].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

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

- **Рекомендуется** у взрослых пациенток проводить гормональный гемостаз как метод остановки острого АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [32].

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

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

- **Рекомендуется** использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ – по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) у пациенток с АМК при неэффективности других медикаментозных препаратов и/или при наличии сочетанной патологии (миома матки, эндометриоз и др.) [34].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

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

При наличии АМК и органической патологии (миома матки, эндометриоз, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия и др.) см. соответствующие клинические рекомендации.

### 3.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендуется** проведение хирургического лечения у взрослых пациенток с АМК при неэффективности медикаментозной терапии, противопоказаниях к ней [14], [35].

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

**Комментарии:** Выбор объема и доступа хирургического лечения зависит от этиологического фактора АМК, возраста, репродуктивных планов, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Хирургическое лечение проводится согласно протоколу соответствующих клинических рекомендаций. Следует рассмотреть возможность применения абляции эндометрия у пациенток с АМК, завершивших репродуктивную функцию, при отсутствии органической патологии эндо- и миометрия. При неэффективности или невозможности использования других методов возможно применение эмболизации маточных артерий - эндоваскулярная эмболизация сосудов при новообразованиях матки (маточных артерий) - при отсутствии противопоказаний. Окончательным способом лечения АМК является тотальная гистерэктомия.

### 3.3 АМК у подростков

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

**Лечение:**

**Консервативное лечение**

**Медикаментозная терапия** является методом выбора у подростков с АМК при отсутствии органической патологии органов малого таза [13], [16], [39].

- **Рекомендуется** использовать в качестве первой линии негормональной терапии транексамовую кислоту\*\* для снижения объема кровопотери [13], [16].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Применение транексамовой кислоты\*\* в дозе 25 мг/кг (максимальная разовая доза 1 г) 2-3 раза в сутки в течение 4 дней (внутривенно при острых АМК) уменьшает объем кровопотери на 25-50% [13], [40].

- **Рекомендуется** в качестве негормональной терапии у пациенток с АМК и дисменореей использовать НПВП для купирования ассоциированной с менструацией боли и опосредованного снижения объема кровопотери [13], [16],

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** НПВП за счет подавления циклооксигеназы и изменения соотношения простагличина и тромбосана снижают кровопотерю на 20-60% и являются препаратами первой линии выбора при лечении овуляторных АМК без патологии эндометрия или системы гемостаза [41], [37], [42], [43], [44]. Препараты применяют за 1 день до начала или в 1 день менструации в течение 3-5 дней, либо до остановки АМК, при отсутствии противопоказаний.

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

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Низкодозные (30 мкг этинилэстрадиола) монофазные КОК – по АТХ - гестагены и эстрогены фиксированные комбинации, применяют каждые 8 часов для остановки АМК с последующим постепенным снижением суточной дозы [43], [51], [52]. Применение КОК у нуждающихся в контрацепции пациенток с АМК позволяет снизить объем менструальной кровопотери на 43-69% [44], [49], [50], [53].

В ряде случаев для лечения АМК в качестве альтернативы КОК (по АТХ – гестагены и эстрогены фиксированные комбинации) при ановуляторных кровотечениях с целью обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия возможно применение гестагенов (по АТХ – гестагены) [54], [37], [41], [46], [51], [55], [56].

#### **Хирургическое лечение**

- **Рекомендуется** применять раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (под контролем гистероскопии – по возможности) у подростков с АМК

при отсутствии эффекта от гемостатической терапии, аспирационной эвакуации по жизненным показаниям [37], [46], [42], [43], [51].

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

### 3.4 АМК в период постменопаузы

Постменопаузальное кровотечение – появление кровянистых выделений из половых путей, возникшее через 12 месяцев после последней менструации [57], [58].

Первичной целью диагностического поиска при АМК в постменопаузе, независимо от объема кровотечения, является исключение органической патологии эндометрия (полипы, гиперплазия, РЭ и др.), гормонопродуцирующие опухоли яичников [59], [60]. Атрофические изменения эндометрия также могут быть причинами АМК в постменопаузе.

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

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

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

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

**Комментарий:** проведение диагностической гистероскопии позволяет визуально оценить состояние полости матки и выполнить прицельную биопсию тканей матки (эндометрия) / или удаление очаговой патологии эндометрия. Гистероскопия не заменяет выскабливание полости матки, но дополняет его [63].

### 3.5 АМК на фоне терапии тамоксифеном\*\*.

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

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

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**

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

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

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)**

### **3.6 Кровотечения в постменопаузе на фоне МГТ**

Наиболее частыми причинами кровотечений на фоне МГТ являются низкая приверженность терапии, лекарственные взаимодействия, доброкачественные новообразования (полипы эндометрия), а также экстрагенитальная патология [70]. Кровотечения на фоне приема МГТ требуют обследования.

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

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

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1)**

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



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

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**

**Комментарий:** в ходе проведения УЗИ необходимо оценить толщину и структуру эндометрия и эндоцервикса, структуру миометрия и яичников для исключения патологии органов малого таза. При толщине эндометрия  $\leq 4$  мм у женщин в пери- и постменопаузе по данным ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного) МГТ не противопоказана, поскольку вероятность РЭ составляет менее 1% [65]. В постменопаузе с единичным эпизодом АМК при толщине эндометрия  $\leq 4$  мм, его однородной структуре и отсутствии факторов риска РЭ (возраст, отягощенный семейный анамнез по РЭ, коморбидность (ожирение, СД 2 типа, артериальная гипертензия и др.)) дополнительное обследование или вмешательство не требуется. В случае повторяющихся эпизодов АМК, а также при толщине эндометрия М-эхо  $>4$  мм, его неоднородной структуре и имеющихся дополнительных факторах риска РЭ у женщин в постменопаузе требуется проведение гистероскопии с биопсией тканей матки (эндометрия) [73], [74] [79].

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

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

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

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

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

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

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

Специфическая профилактика АМК у подростков не разработана.

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

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

## 6. Организация оказания медицинской помощи

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

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

Показания к выписке пациентки из гинекологического стационара: остановка АМК и стабилизация состояния пациентки.

**7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

# Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе размещены рекомендуемые Рабочей группой критерии оценки качества медицинской помощи при АМК (Таблица 2).

Таблица 2. Критерии оценки качества медицинской помощи при АМК

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

# Список литературы

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

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



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

42. Primary care management of abnormal uterine bleeding // K.E. Hartmann [et al.] // Comparative effectiveness review No.96. AHRQ. Agency for healthcare research and quality. – 2013.
43. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Committee Opinion No. 557. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013.
44. Non-surgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review / K.A. Matteson [et al.] // Obstet Gynecol. 2013. – vol.121. – N 3. – P. 632-643.
45. Adams Hillard, P. J. Menstruation in Adolescents / P.J. Adams Hillard // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2008. – 1135. – P. 29-35.
46. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 March 2018 Last updated: 2020.
47. De Silva N 2019, Abnormal uterine bleeding in adolescents: Management [Internet]. UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-adolescents-management>.
48. Н.М. Веселова, Е.В. Уварова // Патент на изобретение RU 2327462 С1 «Способ лечения маточных кровотечений пубертатного периода».
49. Heikinheimo, O. The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2017. – vol.40. – P. 111-120.
50. Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study / L.V. Srivaths [et al.] // J Pediatr Adolesc Gynecol. – 2015. – vol.28. – N 4. – P. 254-257.
51. Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding. ACOG Committee Opinion No. 785 / American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. – 2019. – vol.134. – P. 71-83.
52. Imaoğulları S., Ayçan Z. Abnormal uterine bleeding in adolescents // Journal of clinical research in pediatric endocrinology. – 2018. – T. 10. – №. 3.
53. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding / A. Lethaby [et al.] // Cochrane Database Sys Rev. – 2019. – Issue 2.
54. 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.
55. Karakus, S. Efficacy of micronised vaginal progesterone versus oral dydrogesterone in the treatment of irregular dysfunctional uterine bleeding: a pilot randomised controlled trial / S.

56. Kakarla, N. The use of micronized progesterone for dysfunctional uterine bleeding in adolescent females / N. Kakarla, H.B. Boswell, R.K. Zurawin // Journal of pediatric & adolescent gynecology. – 2006. – vol.19. – N 2. – P. 151-152.
57. Munro M.G.; Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working Group. Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations. Perm. J. 2014; 18(1): 55-70.
58. Astrup K, Olivarius N de F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:203–7.
59. Bradshaw KD, Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshburn PB, Hurst BS (Eds.) Disorders of Menstruation. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011;29: 2247-52.
60. Baber R. J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. № 2 (19). C. 126–127.
61. Prospective temporal validation of mathematical models to calculate risk of endometrial malignancy in patients with postmenopausal bleeding. Sladkevicius P, Opolskiene G, Valentin L Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(5):649.
62. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brölmann HA, Heintz AP Cancer. 2000;89(8):1765.
63. Management of endometrial precancers. Trimble CL, Method M, Leitao M, Lu K, Ioffe O, Hampton M, Higgins R, Zaino R, Mutter Obstet Gynecol. 2012;120(5):1160. GL, Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee.
64. Variation in endometrial thickening in women with amenorrhea on tamoxifen. Chang J, Powles TJ, Ashley SE, Iveson T, Gregory RK, Dowsett M Breast Cancer Res Treat. 1998;48(1):81.
65. Association of tamoxifen and uterine sarcoma. Wickerham DL, Fisher B, Wolmark N, Bryant J, Costantino J, Bernstein L, Runowicz CD J Clin Oncol. 2002;20(11):2758.
66. Time-dependent effect of tamoxifen therapy on endometrial pathology in asymptomatic postmenopausal breast cancer patients. Cohen I, Altaras MM, Shapira J, Tepper R, Rosen DJ, Cordoba M, Zalel Y, Figer A, Yigael D, Beyth Y Int J Gynecol Pathol. 1996;15(2):
67. Steven R Goldstein, MD Jamie N Bakkum-Gamez, MD Abnormal uterine bleeding and uterine pathology in patients on tamoxifen therapy All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current th.
68. Sadro CT. Imagine the Endometrium: A Pictorial Essay. Can Assoc Radiol J. 2016; 67 (3): 254-262.

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

# **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

Адамян Лейла Владимировна - Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является Президентом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора - директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово), является членом президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов».

Абсатарова Юлия Сергеевна - старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии» Минздрава России, к.м.н., член международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Беженарь Виталий Федорович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист

Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

Думановская Мадина Равилевна - к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», член исполнительного комитета РОСГЭМ

Иванов Илья Андреевич - к.м.н., научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», член исполнительного комитета РОСГЭМ

Сальникова Ирина Александровна - кандидат медицинских наук, научный сотрудник 2 гинекологического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Сутурина Лариса Викторовна – д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Сметник Антонина Александровна - зав. отделением гинекологической эндокринологии, к.м.н., является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе (РОСГЭМ).

Тоноян Нарине Марзпетуновна – кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.

Уварова Елена Витальевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2 гинекологическим отделением (детей и подростков) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ

Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины.

Чернуха Галина Евгеньевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, президент Ассоциации гинекологов-эндокринологов, член Российского общества акушеров-гинекологов.

Шереметьева Екатерина Викторовна - Ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии» Минздрава России, к.м.н., член международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Юренева Светлана Владимировна, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Института онкогинекологии и маммологии, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДПО ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российской ассоциации акушеров-гинекологов, вице-президент Межрегиональной ассоциации гинекологов-эндокринологов.

Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов, член правления Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.

**Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

## Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1. Врачи акушеры-гинекологи, терапевты, врачи общей практики;
- 2. Студенты, ординаторы, аспиранты;
- 3. Преподаватели, научные сотрудники.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций и достоверности доказательств в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (Таблица 3, Таблица 4, Таблица 5).

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

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

**Таблица 4.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

**Таблица 5.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
-----	-------------



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

## Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

# Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых и иных документов:

- 1) Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).
- 2) Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
- 3)-National Guideline Alliance (UK). Evidence reviews for management of heavy menstrual bleeding: Heavy menstrual bleeding (update). London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); March 2018. Last updated: 24 May 2021.

## Приложение А3.1 Классификация FIGO (PALM-COEIN)

Таблица 1. Классификация FIGO (PALM-COEIN), модификация 2018 г:

Категория	Изменение
<b>АМК-А</b>	Представлены критерии ультразвуковой диагностики аденомиоза
<b>АМК-L</b>	Определение 3 типа узла как субмукозная миома матки Введены определение и отличия между узлами: <ul style="list-style-type: none"><li>• Типа 0 и 1; 6 и 7</li><li>• Типа 2 и 3; 4 и 5</li></ul>
<b>АМК-С</b>	Исключены АМК, связанные с приемом антикоагулянтов
<b>АМК-I</b>	Включены АМК, связанные с любой ятрогенией, в том числе с использованием антикоагулянтов – по АТХ - Антитромботические средства
<b>АМК-О</b>	Исключены овуляторные расстройства ятрогенного генеза
<b>АМК-N</b>	Название категории было изменено с «Еще не классифицированы» на «Не относятся ни к какой из категорий»

Категории, не связанные с визуально определяемыми структурными изменениями:

*Коагулопатия:* болезнь или синдром Виллебранда, тромбоцитопатии (болезни Гланцмана и Бернара-Суллье), тромбоцитопении, в том числе идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) и болезнь Гоше; реже — острая лейкемия.

*Овуляторная дисфункция:* вследствие дефицита прогестерона и избыточной секреции эстрогенов. Эти формы АМК могут встречать в подростковом возрасте, перименопаузе, при лактации, состояниях, сопровождающихся гиперандрогенией (синдром поликистозных

яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников или андроген-продуцирующие опухоли), гипоталамической дисфункции, высоком уровне пролактина, тиреоидной патологии, преждевременной недостаточности яичников, ятрогенных причинах (воздействие радиации или химиотерапия).

*Нарушения функции эндометрия:* чаще является диагнозом исключения, возникает, как правило, на фоне регулярного ритма менструаций, в результате активации ангиогенеза, повышения продукции провоспалительных цитокинов, увеличения локального фибринолиза и дисбаланса простагландинов.

*Ятрогенная категория:* использование гестагенов/КОК в непрерывном режиме или внутриматочной системы, что может влиять на эндометрий, процессы коагуляции и овуляцию, лечение антибактериальными препаратами системного действия рифампицином\*\* и гризеофульвином, антидепрессантами, тамоксифеном\*\*, кортикостероидами системного действия, прием антитромботических средств (антикоагулянтов).

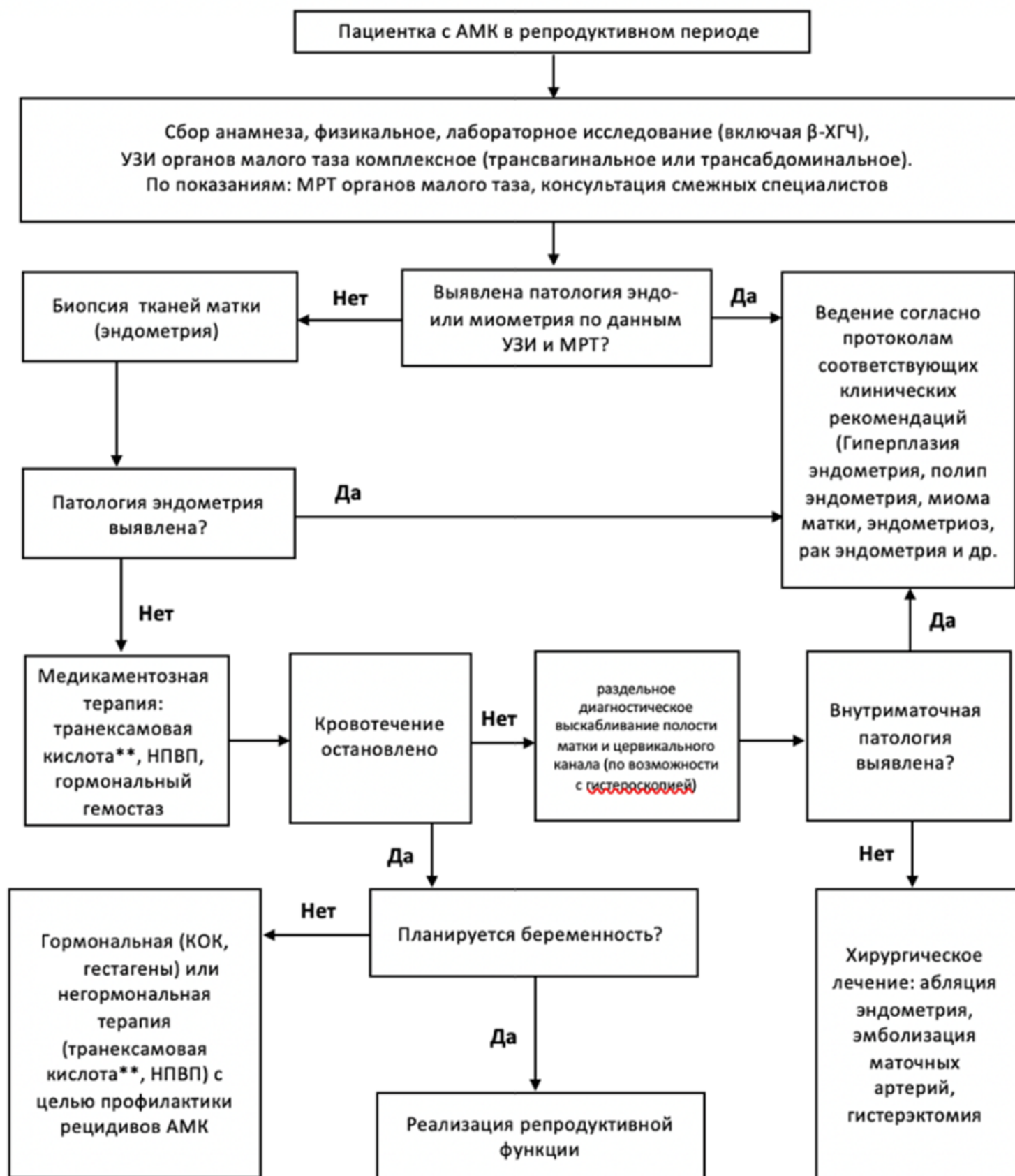
*Не относятся ни к одной из категорий АМК:* артериовенозные мальформации, гипертрофия миометрия, ниша после кесарева сечения, а также другие нарушения состояния эндометрия, которые в настоящее время нельзя установить с помощью стандартных методов диагностики [2].

Таблица 2. Нормальное и аномальное маточное кровотечение: пересмотр FIGO 2018 г.

Категория	Характеристика
Частота	Отсутствие менструации или кровотечений – аменорея Частые (<24 дней) Нормальные (от 24 до 38 дней) Редкие (> 38 дней)
Регулярность	<ul style="list-style-type: none"><li>Регулярные (вариабельность цикла ≤9 дней)</li><li>Нерегулярные (вариабельность цикла &gt;9 дней)</li></ul>
Длительность	<ul style="list-style-type: none"><li>Нормальная: ≤8 дней</li><li>Длительная: &gt;8 дней</li></ul>
Объём	Определение обильности <ul style="list-style-type: none"><li>Обильные</li><li>Нормальные</li><li>Скудные</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>Согласно рекомендации NICE, ОМК - объём кровотечений, которое оказывает негативное влияние на качество жизни женщины</li></ul>
Межменструальное кровотечение	Определение симптомов межменструальных кровотечений <ul style="list-style-type: none"><li>Беспорядочные</li><li>Циклические (начало, середина или конец цикла)</li></ul>

# Приложение Б. Алгоритмы действий врача

## Алгоритмы ведения пациенток с АМК в репродуктивном периоде



## Алгоритмы ведения пациенток с АМК в подростковом возрасте



## Алгоритмы ведения пациенток с АМК в постменопаузе



# Приложение В. Информация для пациента

Маточное кровотечение — это выделение крови из матки, которое может быть, как физиологическим (обычная менструация), так и аномальным. В норме длина менструального цикла составляет 24-38 дней, кровопотеря за один менструальный цикл — от 5 до 80 мл, количество менструальных дней — от 4,5 до 8.

Причины аномальных маточных кровотечений: полипы — образования в полости матки или в цервикальном канале, аденомиоз, миома, атипическое перерождение клеток эндометрия в полости матки, утолщение эндометрия, заболевания свёртывающей системы крови, например, при болезни Виллебранда, гемофилии, тромбоцитопении (исключая приём препаратов, нарушающих свёртывающую систему крови), нарушения овуляции из-за синдрома поликистозных яичников, ожирения, анорексии, стресса, резкой потери веса, тяжёлых физических нагрузок, заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии, воспаление эндометрия или инфекции. Выявлена связь между заражением *Chlamydia trachomatis* и аномальным маточным кровотечением.

Кровотечения могут появиться вследствие приёма лекарств, влияющих на эндометрий, а также после приёма препаратов, изменяющих свёртывание крови (антикоагулянты) — по АТХ - Антитромботические средства или влияющих на овуляцию (комбинированные оральные контрацептивы — по АТХ - Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации, гестагены).

Острое маточное кровотечение — эпизод сильного кровотечения, требующий срочного медицинского вмешательства для предотвращения дальнейшей обильной кровопотери. Может возникать на фоне хронического маточного кровотечения.

Хроническое маточное кровотечение — отличается от нормальной менструации объёмом, регулярностью и/или продолжительностью и присутствует в течение последних 3 месяцев и более. Не требует немедленного медицинского вмешательства, но может перейти в острое кровотечение.

## *Диагностика маточного кровотечения*

При маточном кровотечении следует в первую очередь обратиться к врачу-акушеру-гинекологу для проведения гинекологического осмотра. Измеряют артериальное давление. Проводят УЗИ органов малого таза (комплексное); общий (клинический) анализ крови; исследование уровня ферритина в крови; определение уровня ХГЧ (исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови). Гистероскопию с биопсией тканей матки (эндометрия) проводят в следующих ситуациях: при острых маточных кровотечениях и изменениях эндометрия на УЗИ (полипы, гиперплазии эндометрия, миомы матки, менопаузальное кровотечение). МРТ органов малого таза позволит получить более детальное изображение и чёткие очертания тазовых органов при их объёмных образованиях.

## *Лечение маточного кровотечения*

Лечение маточного кровотечения делят на хирургическое и медикаментозное. Медикаментозное лечение может быть гормональным (комбинированные оральные контрацептивы - по АТХ - Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации; вагинальные кольца – по АТХ - Интравагинальные контрацептивы; гестагены; внутриматочные системы с высвобождением гестагена) и негормональным (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, транексамовая кислота\*\*).

При остром маточном кровотечении и для женщин от 40 лет предпочтительно хирургическое лечение: гистероскопия с биопсией тканей матки (одновременно является и диагностическим методом исследования), диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, абляция эндометрия — полное разрушение эндометрия.

# **Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Не требуются.