



ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ: ОТ СИМПТОМА К СИНДРОМУ — ВЫЗОВЫ ДЛЯ КЛИНИЦИСТА

Джалилова Дилноза Джураевна

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Клиническая ординатура

Научный руководитель: С.З. Юлдашева

Аннотация: Вторичная аменорея – отсутствие менструаций у ранее менструировавших женщин на срок от 3 (при регулярном цикле) до 6 месяцев (при нерегулярном). Это симптом, указывающий на широкий спектр нарушений — гипоталамо-гипофизарных, яичниковых, маточных, психоэндокринных, системных заболеваний. Настоящее исследование проводилось с целью анализа долгосрочных исходов вторичной аменореи и оценки эффективности современных алгоритмов диагностики и лечения в трех клинических центрах. Включены 250 пациенток репродуктивного возраста с диагнозом вторичной аменореи. Применялся системный подход: клинико-биохимический анализ, инструментальная визуализация, гормональный профиль и оценка качества жизни. Выявлены ведущие этиологические факторы, оптимизированы диагностические и лечебные пути. Средний срок восстановления менструальной функции составил 4–9 месяцев. Описаны ключевые риски — остеопороз, бесплодие, метаболические осложнения. Алгоритм ранней диагностики и спецкурсы терапии позволили снизить частоту осложнений на 30%.

Ключевые слова: вторичная аменорея, гипоталамо-гипофизарная дисфункция, поликистоз яичников, гиперпролактинемия, функциональная аменорея, диагностика, лечение

Введение

Проблема вторичной аменореи представляет собой сложную междисциплинарную задачу, в которой пересекаются гинекология,



эндокринология, психология и даже диетология. По определению, вторичной аменореей считается отсутствие менструаций в течение не менее трёх месяцев у женщин с ранее регулярными циклами, либо шести месяцев при ранее нерегулярных менструациях.

По данным ВОЗ, распространённость состояния среди женщин репродуктивного возраста колеблется от 3 до 12%, в зависимости от популяции и факторов риска. Наиболее частыми причинами являются синдром поликистозных яичников (СПКЯ), гипоталамическая дисфункция, гиперпролактинемия, органические поражения матки (например, синдром Ашермана), преждевременная недостаточность яичников, опухоли гипофиза и др.

Вторичная аменорея является одним из наиболее актуальных и сложных нарушений репродуктивной функции у женщин репродуктивного возраста. Это состояние определяется как прекращение менструаций у женщин, у которых ранее уже был менструальный цикл. С точки зрения клинической практики, вторичная аменорея рассматривается в тех случаях, когда менструации отсутствуют на протяжении трёх и более месяцев при ранее регулярных менструациях, или в течение шести месяцев при нерегулярном цикле. Проблема приобретает всё большую значимость из-за роста числа случаев, связанных с нарушениями питания, стрессами, изменениями образа жизни, ростом числа гинекологических и эндокринных заболеваний, а также увеличением продолжительности жизни женщин и возраста вступления в беременность.

Материалы и методы

Проведено многоцентровое клиническое исследование с участием 280 женщин, обратившихся за медицинской помощью в три крупных гинекологических центра: Ташкент (Узбекистан), Казань (Россия), Берлин (Германия) в период с января 2020 по апрель 2025 года.

Критерии включения

- Возраст: 18–45 лет



- Отсутствие менструации ≥ 3 месяцев
- Отсутствие беременности (исключено с помощью β -ХГЧ)
- Информированное согласие
- Отказ от гормональных препаратов за последние 12 месяцев

Этиология вторичной аменореи многофакторная. Наиболее частыми причинами являются гипоталамическая дисфункция, синдром поликистозных яичников, гиперпролактинемия, преждевременное истощение яичников, органические поражения матки, тиреоидные дисфункции и опухоли гипофиза. Часто аменорея возникает на фоне выраженных стрессов, резкой потери массы тела, изнуряющих физических нагрузок и психоэмоциональных нарушений. Также важную роль играют ятрогенные факторы, в частности – хирургические вмешательства на матке, особенно диагностическое и лечебное выскабливание, аборт, а также последствия внутриматочных инфекций.

С целью выявления клинико-диагностических особенностей и совершенствования лечебных подходов было проведено обширное исследование, в которое вошли женщины в возрасте от 18 до 45 лет, обратившиеся с жалобами на отсутствие менструаций. Исследование включало сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные гормональные тесты, ультразвуковое исследование органов малого таза, при необходимости магнитно-резонансную томографию гипофиза, а также оценку психоэмоционального статуса. Гормональное обследование включало определение уровня фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, эстрадиола, пролактина, тиреотропного гормона, антимюллера гормона, кортизола. Применялись диагностические пробы с прогестероном и эстрогенами, что позволяло определить уровень поражения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси.

Результаты

Распределение по причинам

- Гипоталамическая дисфункция — 33%



- СПКЯ — 29%
- Гиперпролактинемия — 16%
- Синдром Ашермана — 6%
- Другие причины (тиреопатии, опухоли, стрессы) — 16%

Среднее время восстановления менструального цикла

- Гипоталамическая форма: 4,2 месяца
- СПКЯ: 6,1 месяца
- Гиперпролактинемия: 5,3 месяца
- Синдром Ашермана: 8,7 месяца

В ходе анализа было установлено, что наибольший удельный вес занимали гипоталамические формы вторичной аменореи, на втором месте находился синдром поликистозных яичников, далее следовала гиперпролактинемия. Клинически гипоталамическая аменорея проявлялась на фоне снижения массы тела, хронического стресса, нарушений сна и аппетита. У таких пациенток часто выявлялись пониженные уровни гонадотропинов и эстрадиола. Женщины с синдромом поликистозных яичников чаще имели избыточную массу тела, признаки гиперандрогении, инсулинорезистентность. У пациенток с гиперпролактинемией преобладали жалобы на галакторею, снижение либидо, эмоциональную лабильность. Значительное число женщин страдали также от депрессии и тревожности, что подтверждалось шкалой Бека и другими психологическими опросниками.

Лечение подбиралось строго индивидуально, в зависимости от выявленного патогенеза. Пациенткам с гипоталамической формой рекомендовалось восстановление питания, психологическая поддержка, умеренная физическая активность и в ряде случаев физиологическая заместительная гормональная терапия. При синдроме поликистозных яичников применялись инсулинсенситайзеры, оральные контрацептивы, антиандрогены, при планировании беременности — стимуляция овуляции. Гиперпролактинемия успешно поддавалась лечению агонистами дофамина. У женщин с органическими поражениями матки применялись



гистероскопические методы восстановления полости матки с последующим гормональным сопровождением. Тиреоидные дисфункции устранялись с помощью заместительной терапии левотироксином. На фоне комплексного лечения в значительном проценте случаев отмечалось восстановление менструального цикла, а у части пациенток — наступление беременности. Также отмечалось улучшение общего соматического и психоэмоционального состояния пациенток, уменьшение проявлений тревоги и депрессии, повышение удовлетворённости качеством жизни.

Обсуждение

Результаты подтверждают, что вторичная аменорея — полиэтиологическое состояние. СПКЯ и гипоталамическая форма составляют большинство случаев. Эффективность терапии выше у пациентов с функциональными нарушениями (гипоталамическая, СПКЯ), тогда как органические формы (синдром Ашермана, опухоли) требуют инвазивного вмешательства и обладают меньшей прогнозируемостью.

Особую роль играет комплаентность пациентки, наличие поддержки, соблюдение режима лечения и модификация образа жизни. Диетические коррекции, физическая активность и психотерапия оказываются ключевыми факторами успеха в ряде случаев.

Таким образом, вторичная аменорея представляет собой гетерогенное состояние, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению. Важным моментом является необходимость исключения беременности и органических причин, после чего проводится поэтапное гормональное и инструментальное обследование. Основу успешной терапии составляет выявление и устранение первопричины, восстановление гормонального баланса и психоэмоционального состояния женщины. Прогноз в большинстве случаев благоприятный, особенно при функциональных формах аменореи, однако при органических поражениях репродуктивных органов требуется длительное и часто многоэтапное лечение. Практика показала, что мультидисциплинарный подход с участием гинеколога,



эндокринолога, психотерапевта и диетолога даёт наилучшие клинические результаты.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Klein D.A., Paradise S.L., Reeder R.M. Secondary amenorrhea: Pathophysiology, evaluation, and management. Am Fam Physician. 2019;100(1):39–48.
2. ACOG Practice Bulletin No. 194: Polycystic Ovary Syndrome. Obstet Gynecol. 2018;131:e157–e171.
3. Makarova M.A., Kravchenko S.A. Клинико-лабораторные аспекты вторичной аменореи. Акушерство и гинекология. 2021;6:45–52.
4. World Health Organization. Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: WHO; 2020.
5. Zhdanova T.P. Психоэмоциональные аспекты нарушений менструального цикла у женщин репродуктивного возраста. Российский журнал гинекологии. 2022;4(12):22–26.