

**1-ТОМ, 10-СОН
СОВРЕМЕННОЕ ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ
МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

**Асадова Мухабат Икромовна
Ташкентская медицинская академия
Кахорова Висола
Ташкентская медицинская академия**

Аномальное маточное кровотечение (АМК) является широко распространенным гинекологическим заболеванием и составляет от 5 до 53% в разные периоды жизни женщины. Международная федерация по гинекологии и акушерству. (FIGO) в 2011 г. предложила классификационную систему PALM-SOEIN, выделяющую 2 группы АМК, связанные и нет с органической патологией матки. I группа (PALM) включает 4 категории структурных нарушений: полип, аденомиоз, лейомиома и малигнизация /гиперплазия; II группа (SOEIN) - 4 категории нарушений, обусловленных коагулопатией, овуляторной дисфункцией, эндометриальными изменениями функционального характера или ятрогенными, и категорию с не классифицированными нарушениями. Классификация «PALM-SOEIN» в менопаузе не применяется, так как любые маточные кровотечения в постменопаузе, по определению, всегда аномальные и основной задачей является морфологическое (гистологическое, цитологическое) исследование с целью исключения рака эндометрия. Более чем у половины больных, страдающих АМК, выявляются врожденные нарушения системы гемостаза со склонностью к геморрагиям (51-73%). И выявляются также у пациенток с разнообразной гинекологической патологией: миомой матки, гиперплазией эндометрия, сочетанной гинекологической патологией, эндометритом. Определение оптимального объема диагностических процедур у больных с АМК является актуальной задачей. Трансвагинальное УЗИ органов малого таза является процедурой 1-й линии. Соногистерография проводится при недостаточной информативности трансвагинального УЗИ для уточнения очаговой внутриматочной патологии. Гистероскопия и биопсия эндометрия считается «золотым» стандартом диагностики, для исключения предрака и рака эндометрия. МРТ рекомендуется при наличии множественной миомы матки для уточнения топографии узлов, а также при подозрении на аденомиоз. Выбор метода лечения определяется тяжестью анемизации, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний и противопоказаний. После исключения



1-ТОМ, 10-СОН

органических причин АМК, назначается медикаментозное лечение. Для женщин репродуктивного возраста целью терапии является не только уменьшение кровопотери, а также восстановление репродуктивной функции. Лечение различных клиничко-патогенетических вариантов АМК должно быть строго индивидуальным и состоит их 2-х этапов. I этап – остановка кровотечения(гемостаз): негормональный (антифибринолитики: транексамовая кислота; нестероидные противовоспалительные препараты: напроксен, мефенаминовая кислота, нимесулид, ибупрофен); гормональный (комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с содержанием 30–35 мкг этинилэстрадиола, пероральные прогестины, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, препараты применяются в течение 3 менструальных циклов); хирургический гемостаз («золотой» стандарт) достигается путем проведения гистероскопии с биопсией эндометрия и раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с патогистологическим исследованием. II этап – противорецидивная терапия, задачей которой является восстановление работы гипоталамо-гипофизарнояичниковой системы, восстановление овуляции и дефицита половых гормонов. Что достигается назначением либо монофазных КОКов, либо гестагенов в циклическом режиме, либо установлением внутриматочной спирали «МИРЕНА» на 5 лет, рекомендовано для женщин старше 35 лет, не заинтересованных в беременности, либо назначением растительных препаратов на основе экстракта плодов прутняка обыкновенного в дозировке - 20 мкг (Префемин) на 3-6 циклов. Что способствует снижению возможных рецидивов и частоты радикальных оперативных вмешательств в будущем.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. — СПб.: СпецЛит, 2005. - 459 с.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. — М., Медицина, 1998.- 317 с.
3. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. — Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: Медкни-га, 2001.-416 с.
4. Айламазян Э.К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — М., 1997. — С. 6—30.
5. Арнопольская, Д. И., & Мухамедова, М. Г. (2019). Опыт применения



1-ТОМ, 10-СОН

ривароксабана у онкологических больных. Research'n Practical Medicine Journal, 6(Спецвыпуск), 48-48.

6. Балан В.Е. Использование препаратов фирмы Шеринг АГ в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. — СПб, 2001. — № 3. — С. 44-46.

7. Балахонов А.В. Преодоление бесплодия. — СПб.: «Элби-СПб», 2000. - 256 с.

8. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной функции у женщин при эндометриозе // Проблемы репродукции. — М., 1995. - № 2. - С. 15-17.

9. Mukhamedova, M. G., & Nasirova, G. A. (2019). Pharmacological Treatment Strategies In Metabolic Syndrome. British Journal of Medical & Health Sciences (BJMHS), 1(3).

