Алексеева Елена Сергеевна

**СОВРЕМЕННОЕ ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Украина, Харьков

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Лазуренко В.В.

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-COEIN, выделяющую 2 группы АМК, связанные и нет с органической патологией матки. І группа (PALM) включает 4 категории структурных нарушений: полип, аденомиоз, лейомиома и малигнизация /гиперплазия; ІІ группа (COEIN) - 4 категории нарушений, обусловленных коагулопатией, овуляторной дисфункцией, эндометриальными изменениями функционального характера или ятрогенными, и категорию с не классифицированными нарушениями. Классификация «PALM-COEIN» 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 органических причин АМК, назначается медикаментозное лечение. Для женщин репродуктивного возраста целью терапии является не только уменьшение кровопотери, а также восстановление репродуктивной функции. Лечение различных клинико-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 етинилестрадиола, пероральные прогестины, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, препараты применяются в течение 3 менструальных циклов); хирургический гемостаз («золотой» стандарт ) достигается пктем 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.