**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ 02 Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 0204 Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме**

**Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний**

Фоновые заболевания, предраковые состояния, эндометриоз, доброкачественные и злокачественные опухоли женской половой сферы

**Цель занятия:** изучить теоретические аспекты фоновых заболеваний, предраковых состояний, эндометриоза, доброкачественных и злокачественных опухолей женской половой сферы

**План лекции**

1.Вирус папилломы человека.

2.Киста бартолиновой железы и гартнерова хода.

3.Доброкачественные опухоли вульвы и влагалища. Диагностика.

4.Фоновые и предраковые заболевания вульвы. Клиническая картина. Диагностика

5.Внутриматочная патология. Клиническая картина. Диагностика, прогноз

6.Миома матки. Клиническая картина. Диагностика, прогноз

7.Эктопия шейки матки

8.Эктропион шейки матки

9.Лейкоплакия шейки матки

10.Дисплазия шейки матки

11.Кисты яичника. Доброкачественные опухоли яичника.

12.Эндометриоз. Классификация. Этиология и патогенез.

13.Клиническая картина. Принципы лечения

**Слайд 2**

**Термины и определения**

**Вирус папилломы человека (ВПЧ)** - возбудитель аногенитальных (венерических) бородавок, антропонозный ДНК-содержащий вирус, относится к роду папилломавирусов *(РарИ1отт1гш)* семейства папававирусов *(Рарах'ах1п<1ае).*

**Клинические рекомендации** Аногенитальные (венерические) бородавки 2021г

**Клинические рекомендации МЗ РФ*:*** «Миома матки», 2020 г**.**

**Клинические рекомендации** «Гиперплазия эндометрия», 2021 г**.**

**Клинические рекомендации** «Диагностика и лечение доброкачественных

новообразований яичников с позиции профилактики рака», 2018 г.

**СанПиН 3.3686 -21** Санитарно –эпидемические требования по профилактике инфекционных болезней**.**

***1.Вирус папилломы человека.***

***Вирус папилломы человека (ВПЧ)-*** относятся к онковирусам, передается преимущественно половым путём. Вирус поражает слизистые оболочки. При осмотре можно увидеть множественные бородавки белесоватого цвета в области наружных половых органов. ***Диагноз*** ставится на основании результатов биопсии. ***Лечение:*** криотерапией с применением интерферона.

**Слайд 3**

***Остроконечные кондиломы*** – доброкачественные разрастания верхнего слоя кожи промежности, вызванные вирусом. Встречаются преимущественно на поверхности больших и малых губ, в области промежности, наружного отверстия прямой кишки, паховых складок, во влагалище и на шейке матки.

Кондиломы имеют вид узелков на длинной ножке, состоящих из нескольких долек. Внешне они напоминают бородавчатые разрастания, могут располагаться раздельно или сливаться в скопления, напоминающие цветную капусту, вызывая неприятное ощущение инородного тела.

**Слайд 4**

Кондиломы легко подвергаются инфицированию, что приводит к омертвению отдельных узелков, появлению обильного гнойного отделяемого с резким зловонным запахом, изъязвлениям на месте отторгшихся тканей. Могут самопроизвольно исчезнуть при устранении способствующих их возникновению причин. В противном случае они удаляются электрокоагуляцией в стационаре

**Слайд**

***2.Киста бартолиновой железы и гартнерова хода.***

***Киста бартолииовой железы*** развивается в результате заращения выводного протока железы. Это эластическое образование круглой или овальной формы, локализующееся в нижней трети большой половой губы. Иногда наблюдается нагноение кисты, сопровождающееся нарушением общего состояния, повышением температуры, болями, гиперемией.

***Лечение*** оперативное.

***Кисты влагалища*** чаще всего развиваются из гартенеровских ходов. Располагаются поверхностно, имеют круглую или овальную форму, туго-эластическую консистенцию.

***Лечение*** оперативное.

**Слайд**

***3.Доброкачественные опухоли вульвы и влагалища.***

***Диагностика.***

***Фиброма вульвы*** развивается из соединительной ткани больших и малых половых губ. ***Миома вульвы*** встречается реже фибромы, развивается из гладкой мускулатуры круглых маточных связок, выходящих из брюшной полости наружу через паховый канал в толщу больших половых губ. Обычно эти опухоли небольших размеров, хотя могут достигать нескольких килограммов.

По мере роста опухоль растягивает ткани половых губ и выпячивается наружу в виде округлого плотного бугра или обширного полиповидного разрастания. В опухоли могут наблюдаться нарушения кровообращения (отек, кровоизлияния и даже некроз). В таких случаях появляется болезненность в области наружных половых органов. При значительных размерах опухоли у пациенток возникает ощу­щение инородного тела в области вульвы, мешающего ходить, сидеть.

***Диагностика фибромы и миомы вульвы*** не представляет трудностей.

***Лечение*** оперативное. Опухоль вылущивают из окружающих ее тканей, ложе ушивают многорядными швами (во избежание оставления свободной полости, в которой может образоваться гематома). Прогноз благоприятный. Злокачественное перерождение неудаленных фибром и миом вульвы является большой редкостью.

**Слайд**

***Фиброма (фибромиома) влагалища*** — доброкачественная опухоль влагалища, в основе возникновения которой лежит пролиферация гладкомышечной и соединительной ткани. Фиброма влагалища может клинически проявляться тянущими болями во влагалище или контактными болями. При небольших размерах опухоли клинических проявлений может не быть.

Фиброму влагалища обнаруживают чаще всего при двуручном гинекологическом исследовании — определяется образование с четкими контурами, плотной консистенции, связанное со стенкой влагалища, ограниченно подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища над образованием не изменена, при осмотре в зеркалах фиброму влагалища небольших размеров можно увидеть не всегда.

**Слайд**

***Диагностика.*** УЗИ трансвагинальным датчиком. При эхографии фиброма имеет четкие границы, солидное строение (в отличие от кист), среднюю или пониженную звукопроводимость, аналогичную миоматозным узлам матки.

***Лечение.*** При бессимптомной фиброме влагалища небольшого диаметра, которая не имеет тенденции к росту, можно воздержаться от вмешательства. Опухоль большого диаметра либо имеющую те или иные клинические проявления удаляют оперативным путем.

**Слайд**

***4.Фоновые и предраковые заболевания вульвы. Клиническая картина. Диагностика, прогноз***

***Крауроз вульвы*** — патологический процесс, характеризующийся прогрессирующей атрофией наружных половых органов с последующим развитием склеротических процессов, а также симптомами нейроэндокринных и психоэмоциональных расстройств.

***Этиология и патогенез крауроза вульвы*** в основном связаны с нейроэндокринными нарушениями. Крауроз вульвы возникает чаще в возрасте, когда происходит возрастная перестройка функций гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

**Слайд**

***Клиническая картина крауроза***  характеризуется сглаживанием и потерей складчатости, снижением эластичности, сухостью, легкой ранимостью, белесоватым или желтоватым оттенком окраски кожных покровов деформации вульвы, уплотнению, уплощению и постепенному сглаживанию (исчезновению) клитора и малых губ, сужению входа во влагалище и нередко наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Все эти явления сопровождаются зудом вульвы, чаще приступообразного характера, усиливающимся в ночное время, при физической нагрузке и перегревании организма. Зуд бывает продолжительным, временами нестерпимым. Крауроз вульвы нередко наблюдается в сочетании с лейкоплакией.



**Слайд**

Течение крауроза вульвы длительное, прогрессирующее. Попытки к половым контактам вызывают резкую боль, поэтому половая жизнь становится невозможной. Эти расстройства усиливают интенсивность эмоционально-невротических синдромов. У больных снижается трудоспособность.

**Слайд**

***5.Внутриматочная патология. Клиническая картина. Диагностика, прогноз***

***Железистая гиперплазия эндометрия*** проявляется обычно разрастанием в нём желез и стромы, нарушением их правильного распределения. Эндометрий утолщается до 15 мм и более. Гиперплазия эндометрия разделяется на гиперплазию без клеточной атипии и гиперплазию с клеточной атипией (***аденоматоз)***. ***Гиперплазия эндометрия без атипии*** переходит в рак в 1% случаев, ***Атипическая гиперплазия*** без лечения переходит в рак у 8% - 29% больных.

**Слайд**

***Полипы эндометрия*** — наиболее частый вид гиперпластического процесса в эндометрии представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из базального слоя эндометрия. В зависимости от гистологического строения различают ***железистые, железисто-фиброзные, фиброзные и аденоматозные*** полипы эндометрия.



**Слайд**

Для ***аденоматозных*** полипов характерна интенсивная пролиферация, поэтому они относят ***к предраковым*** состояниям слизистой оболочки матки. Особого внимания заслуживает рецидивирующая форма полипов эндометрия.

Однако риск малигнизации гиперпластических процессов эндометрия зависит не только от морфологической формы заболевания, но и от сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии (синдром поликистозных яичников, феминизирующие опухоли яичников, миома матки, ожирение, сахарный диабет и др.).

**Слайд**

***Основные клинические проявления гиперпластических процессов*** эндометрия — ***маточные кровотечения***, чаще ациклические в виде метроррагий, реже меноррагии. При больших полипах эндометрия нередко наблюдаются схваткообразные боли внизу живота. Иногда полипы эндометрия остаются бессимптомными, особенно в постменопаузе. Так как патогенетическую основу гиперпластических процессов эндометрия составляет ановуляция, ведущим симптомом у больных репродуктивного возраста является бесплодие, как правило, первичное

**Слайд**

***6. Миома матки. Клиническая картина.***

***Диагностика, прогноз***

***Миома (фибромиома, фиброма) матки*** — доброкачественная опухоль из мышечных и соединительнотканных элементов. Встречается у 15—17% женщин старше 30 лет, наблюдается также в более молодом возрасте. Миома является дисгормональной опухолью, развивается на фоне преобладающего воздействия эстрогенов и недостатка прогестерона.

**Слайд**

Опухоль обычно состоит .из единичного или множественных узлов. Узлы могут располагаться в толще мышечного слоя (***интерстициальная миома***), под серозным покровом матки (***субсерозная миома***), под слизистой оболочкой (***субмукозиая миома***). Реже миома развивается в шейке матки (***шеечная миома***), в круглой и широкой маточных связках.

Миомы матки иногда развиваются совершенно бессимптомно и обнаруживаются только при профилактическом осмотре.

**Слайд**

***Подслизистые***, а иногда и интерстициальные миомы вызывают обильные и длительные кровотечения и как следствие — анемию. При подслизистой миоме может произойти отшнуровывание узла и его рождение. Наличие схваткообразных болей, раскрытой шейки матки и узла, определяющегося в шейке или во влагалище, дает основание поставить диагноз рождающейся миомы матки Течение миомы, как правило, медленное. В редких случаях может иметь место злокачественное перерождение.

**Слайд**

При ***интерстицнальной*** миоме, отмечается увеличение матки (от небольших до огромных размеров, соответствующих доношенной беременности), при исследовании шейка матки сразу переходит в опухоль, перемещение опухоли передается шейке, тело матки отдельно не пальпируется. Поверхность опухоли гладкая

**Слайд**

С***убсерозная миома*** матки имеет бугристую поверхность и плотную консистенцию. Количество узлов и их форма разнообразны.

При больших размерах опухоли могут возникать расстройства мочеиспускания и дефекации, боли (в результате сдавливания соседних органов).



**Слайд**

***Осложнения миомы:***

* Перекрут ножки фибромиоматозного узла – нередкое осложнение фибромиомы, которое вызывает резкие схваткообразные боли в низу живота и пояснице, признаки раздражения брюшины (такие как рвота, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки), повышение температуры, изменения в анализах крови (увеличение числа лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов).

**Слайд**

* Омертвение и инфицирование узлов, связанного с нарушением ее питания, вследствие чего происходит расплавление и нагноение, иногда образуются полости, наполненные жидким или полужидким содержимым (киста матки).
* Злокачественное перерождение.
* Острое кровотечение, при которых ухудшается общее состояние больных, появляются соответствующие осложнению клинические симптомы, что нередко требует оказания неотложной помощи в стационаре.

**Слайд**

***Диагностика.*** Гинекологический осмотр. УЗИ. КТ. МРТ. Гистероскопия. Гидросонография. Раздельное диагностическое выскабливание +гистология

***Лечение.*** Больные с бессимптомными миомами небольших размеров (до 8недель беременности) нуждаются только в систематическом наблюдении. Молодым женщинам с миомой небольших размеров. можно проводить лечение гестагенами во второй фазе менструального цикла. Лечение проводит врач.

При больших размерах опухоли, субмукозной миоме, перекручивании ножки субсерозного узла, шеечной миоме, а также быстрорастущей опухоли показана операция.

**Слайд**

***7.Эктопия шейки матки***

Наличие цилиндрического эпителия за границей наружного зева на влагалищной порции шейки матки называется ***эктопией****.* При врожденной или "физиологической" эктопии у девочек, девушек и молодых женщин стык цилиндрического и многослойного плоского эпителия может располагаться снаружи от наружного зева. Некоторые авторы считают подобные изменения шейки матки вариантом нормы, не требующим какого-либо специального лечения.

У женщин более старшего возраста такое расположение цилиндрического эпителия является следствием гормональных расстройств. Область замещения одного эпителия другим получила название **"*зоны трансформации*"** или **"*зоны превращения*".** Именно в ней, как правило, происходит формирование будущего атипического процесса

**Слайд**

Цилиндрический эпителий, обладая высокой регенеративной способностью, проникает вглубь ткани шейки матки и образует ветвящиеся ходы, которые в процессе эпидермизации могут перекрываться многослойным плоским эпителием, в результате чего образуются ретенционные кисты.



**Слайд**

***8.Эктропион шейки матки***

Э***ктропион***выворот слизистой оболочки цервикального канала в результате неполного заживления травм шейки матки. Изменение барьерных функций шейки матки способствует заселению вывернутой слизистой оболочки микроорганизмами, содержащимися во влагалище, и развитию воспалительного процесса.

Считается, что родовые травмы шейки матки и **эктропион** являются основной причиной возникновения предраковых заболеваний и рака шейки матки.

**Слайд**

***Диагностика включает в себя: гинекологический осмотр (***деформация шейки разной степени, характер поверхности вывернутой слизистой оболочки, рубец и др) и ***расширенную кольпоскопию*** (псевдоэрозии, лейкоплакии и др.),

***Лечение заключается в коррекции строения шейки матки*.**

* ***диатермокоагуляция*** эрозированного эктропиона при нерезко выраженной деформации шейки.
* ***реконструктивно-пластические операции*** при значительных рубцах и выраженной деформации шейки матки после излечения всех патологических процессов (эндоцервицит, псевдоэрозия и др.).
* ***конизация шейки*** и более ***радикальное вмешательство*** (при наличии дисплазии и других предраковых процессов).

Устранение **эктропиона** важно для: восстановления ее физиологических функций (барьерная, участие в репродуктивной функции), предупреждения предраковых заболеваний и рака шейки матки.

***Истинная эрозия шейки матки и псевдоэрозия***

Общепризнанными являются следующие правила:

- врожденные эрозии подлежат наблюдению; в проведении лечения необходимости нет;

- лечение истинных эрозий и псевдоэрозий шейки матки проводится одновременно с заболеваниями, способствующеми их возникновению   или длительному течению псевдоэрозий;

- при воспалительной этиологии эрозии (псевдоэрозии) выясняется характер возбудителя и проводится курс лечения трихомоноза,   хламидиоза, гонореи и других инфекций;

- истинную эрозию и псевдоэрозию с выраженной воспалительной реакцией в окружающих тканях рекомендуется лечить щадящими   методами. К пораженной поверхности шейки матки бережно прикладывают тампоны, обильно пропитанные облепиховым или вазелиновым   маслом, рыбьим жиром, эмульсиями, содержащими антибактериальные средства;

В последние годы широко практикуется использование методов, суть которых сводится к деструкции патологических субстратов псевдоэрозии, их отторжению и последующей регенерации поверхности бывшей псевдоэрозии. Применяется также диатермокоагуляция. Производят коагуляцию не только всей поверхности псевдоэрозии, но и слизистой оболочки нижней трети канала шейки матки. Заживление коагулированной поверхности происходит после отторжения некротизированных тканей, эпителизация образовавшегося дефекта завершается через 1,5-3 месяца.

Клинический эффект достигается у 75-98 % больных, осложнения развиваются редко. Клинический опыт показывает, что ***диатермокоагуляция нередко является причиной развития эндометриоза.*** С целью предупреждения эндометриоза диатермокоагуляцию рекомендуется производить во второй фазе менструального цикла.

**Слайд**

***Криокоагуляция*** (криодеструкция) в последние годы занимает видное место в терапии псевдоэрозий. К достоинствам этого метода относятся: безболезненность вмешательства, бескровный его характер, отсутствие риска образования рубцового сужения цервикального канала, сравнительно быстрая эпителизация поверхности шейки матки после отторжения некротизированной ткани псевдоэрозии.                                                                   ***Лазеровапоризация*** лучом успешно применяется для лечения псевдоэрозий шейки матки. В течение недели перед вмешательством проводится санация шейки и влагалища. Процедура проводится на 5-7 день цикла. После удаления патологически измененной ткани шейки формируется зона поверхностного коагуляционного некроза глубиной 0,5-0,7 мм.

Так как зона некроза образуется в пределах здоровых тканей, это способствует быстрому отторжению коагуляционной пленки и раннему началу регенерации. Рубцевания и стеноза шейки не наблюдается. Очищение поверхности шейки происходит на 4-5 день после лазеровапоризации. Эпителизация заканчивается на 3-4 недели.

**Слайд**

Диатермокоагуляцию, криодеструкцию и лазерное излучение применяют после расширенной кольпоскопии и биопсии (по показаниям) для исключения процессов выраженной дисплазии и малигнизации. При налачии признаков дисплазии проводят более радикальные методы лечения (конусовидное иссечение, ампутация шейки и др.).

      После применения указанных методов лечения женщины находятся под тщательным диспансерным наблюдением

**Слайд**

***8.Лейкоплакия шейки матки***

***Лейкоплакия*** *-* патологический процесс многослойного плоского эпителия, сопровождающийся повышенным ороговением.. Определение лейкоплакии при визуальном осмотре зависит от степени ороговения. При полном ороговении лейкоплакия выглядит как белый налет с матовым оттенком или плотные белые бляшки. По литературным данным, выраженная лейкоплакия в 17,5% случаев сочетается с дисплазией и в 31,6% - с внутриэпителиальной и микроинвазивной карциномой.

**Слайд**

***9.Дисплазия шейки матки***

***Дисплазия шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия – CIN)*** *—* наиболее серьёзное изменение структуры эпителия шейки матки, а именно нарушение дифференцировки клеток. Процесс, занимающий нижнюю треть эпителиального пласта соответствует дисплазии лёгкой степени. Поражение нижней и средней трети – дисплазия средней степени тяжести. Изменения, захватывающие весь эпителиальный пласт соответствуют дисплазии тяжёлой степени - по сути своей это начинающийся рак шейки матки. Следующей стадией может быть уже инвазивный рак

**Слайд**

***Диагностика*** – прицельная ножевая биопсия и соскоб из цервикального канала (гистологическое исследование полученного материала). Мазки на онкоцитологию.

**Слайд**

***10.Кисты яичника.***

***Киста -*** это патологическая полость, заполненная каким-либо жидким содержимым. Кисты яичника не являются истинными опухолями, а возникают в результате воспаления придатков матки или нарушения процесса развития фолликула и желтого тела.

***Фолликулярная киста*** — однокамерное тонкостенное образование с прозрачным содержимым, диаметром до 8—10 см. Встречается у женщин любого возраста. Обычно располагается сбоку или спереди от матки, обладает подвижностью, имеет тугоэластическую консистенцию.

***Лечение оперативное***: резекция или удаление яичника.

**Слайд**

***Параовариальная киста*** — однокамерное образование, исходящее из надъяичникового придатка. Имеет тугоэластическую консистенцию, гладкую поверхность. В отличие от кисты яичника обладает малой подвижностью, так как располагается между листками широкой маточной связки. Однако по мере увеличения кисты один из листков широкой связки может вытягиваться, и появляется «ножка», благодаря которой образование становится подвижным. ***Диагноз*** ставят на основании гинекологического осмотра.

***Лечение*** оперативное: вылущивание кисты.

**Слайд**

***Доброкачественные опухоли яичника.***

***Фиброма яичника*** — доброкачественная опухоль, развивающаяся из соединительной ткани; В большинстве случаев поражается один яичник. В течение длительного времени может не быть никаких симптомов. Иногда опухоль сопровождается триадой Мейгса (асцит, гидроторакс, анемия). Наиболее часто наблюдается только асцит. При гинекологическом исследовании обнаруживается плотная подвижная опухоль, по форме напоминающая яичник..

***Лечение*** оперативное.

**Слайд**

***Кистома яичника*** — часто встречающаяся доброкачественная истинная (тканевое образование) опухоль яичника. Различают цилиоэпителиальные и псевдомуцинозные кистомы яичников.

***Цилиоэпителиальные кистомы*** делятся на серозные (гладкостенные) и папиллярные (с сосочковыми разрастаниями по поверхности капсулы).

**Слайд**

***Серозные кистомы*** чаще односторонние; однокамерные могут достигать значительных размеров. При росте опухоли отмечается увеличение живота, могут появиться симптомы сдавливания соседних органов. При гинекологическом исследовании определяется туго-эластическая опухоль с гладкой поверхностью, располагающаяся сбоку или позади матки, безболезненная.

***Лечение*** оперативное: удаление опухоли. Прогноз благоприятный.

**Слайд**

***Папиллярные кистомы.*** . В зависимости от расположения сосочков их разделяют на инвертирующие (сосочки только внутри опухоли), эвертирующие (сосочки только снаружи) и смешанные (разрастание сосочков по внутренней и наружной поверхностям капсулы). Эти кистомы называются пролиферирующими и особенно часто перерождаются в рак. Папиллярные кистомы встречаются преимущественно у женщин детородного возраста. Характерно двустороннее поражение яичников

***Лечение*** оперативное. В детородном возрасте удаляют опухоль, в периоде климактерия и менопаузы удаляют матку с придатками. Прогноз после удаления кистом благоприятный.

**Слайд**

***Псевдомуцинозная кистома*** — доброкачественная эпителиальная опухоль, чаще односторонняя, с неровной поверхностью вследствие многокамерного строения. Может достигать очень больших размеров. В полости опухоли содержится слизеобразная жидкость — псевдомуцин, являющийся секретом эпителия. Для псевдомуцинозной кистомы характерны боли внизу живота, чувство тяжести, нарушения функции соседних органов.

***Лечение*** оперативное: в молодом возрасте — удаление пораженного яичника, в пожилом — удаление матки с придатками. Прогноз благоприятный.

**Слайд**

***Осложнения*** кист и кистом яичников,

* Озлокачествление истинной опухоли.
* Перекрут ножки опухоли.
* Разрыв капсулы кисты или кистомы.
* Нагноение опухоли.

**Слайд**

***11.Эндометриоз. Классификация. Этиология и патогенез.***

***Эндометриоз*** чаще возникает в период половой зрелости женщины и делится на: ***генитальный*** (внутренний и наружный) и ***экстрагенитальный*** (расположенный вне половых органов). Нередко наблюдаются сочетания разных форм. ***Этиология и патогенез*** эндометриоза не установлены и является до сих пор предметом изучения.



**Слайд**

***Клиническая картина.***

* ***длительное, нередко прогрессирующее течение***, самопроизвольное исчезновение возможно только после наступления менопаузы.
* ***боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальный период и во время менструации***; при длительном и тяжелом течении эндометриоза болевые ощущения беспокоят и после ее окончания.
* ***увеличение размеров пораженного органа*** (матки, яичника) или эстрагенитальных (вне половой системы) очагов накануне и во время менструации.

**Слайд**

* ***нарушения менструальной функции, выражающиеся чаще всего в болезненных менструация, но могут наблюдаться постменструальные кровянистые выделения, нарушение ритма менструаций и др***.
* ***бесплодие*** часто сопутствует внутреннему и наружному эндометриозу. Причины различны: отсутствие овуляции, спаечный процесс (нарушение проходимости маточных труб и др.), изменения в слизистой оболочке матки и др.

***Диагностика***: рентгенографическое и инструментальное исследования матки.

**Слайд**

***Эндометриоз шейки матки.*** Заболевание проявляется кровянистыми темными тягучими выделениями из шейки матки до и после менструации. Поражение шейки матки – единственная локализация эндометриоза, которая не сопровождается болью.

***Диагностика:*** осмотр в зеркалах, кольпоскопия, биопсия.

**Слайд**

***Эндометриоз яичника***  Основные проявления этой формы – бесплодие и боль различной интенсивности внизу живота накануне и во время менструации. Формируются «шоколадные» кисты яичника. Диагностируется данная форма эндометриоза при лапароскопии и биопсии.

**Слайд**

***Экстрагенитальный эндометриоз****.* Наиболее частой локализацией экстрагенитального (внеполового) эндометриоза являются пупок и послеоперационный рубцы на брюшной стенке и в области промежности. При осмотре пупка или рубца обнаруживаются синие образования различной величины, откуда во время менструации может выделяться кровь

***Принципы лечения эндометриоза***

***Комбинированный метод***: хирургическое лечение, гормональные препараты, лечение лазером, криодеструкция, применение иммуномодуляторов, витаминотерапия в зависимости от локализации и распространённости эндометриоидного процесса.  В комбинированной терапии генитального эндометриоза ведущая роль принадлежит хирургическому лечению

 Для гормональной терапии применяют:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты – фемоден, микрогинон, марвелон, ановлар, ригевидон, диане-35 и др.

- прогестины – дюфастон, премолют-нор, норколут.

- антигонадотропины – даназол (дановал, даноген).

- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона – золадекс.

- антиэстрогены – тамоксифен.

**Слайд**

 Наиболее перспективными являются прогестагены, антигонадотропные препараты в сочетании с агонистами ГнРГ. Эстроген-гестагенные препараты можно принимать для профилактики эндометриоза и для регуляции менструальной функции.

     Важным компонентом консервативной терапии является нормализация нарушенного иммунного статуса. С этой целью применяют иммунномодуляторы: декарис, тималин, тимоген, циклоферон.

     С целью купирования болевого синдрома и в качестве противовоспалительной терапии применяют нестероидные противовоспалительные препараты (бруфен, индометацин идр.). Возможно применение спазмолитиков и анальгетиков (баралгин, галидор, но-шпа и др.).

**Слайд**

    Неврологические проявления и последствия устраняют рефлексотерапией в сочетании с транквилизаторами и седативными препаратами (тазепам, элениум, седуксен, феназепам, рудотель)

    Постгеморрагическая терапия требует применения препаратов железа (фенюльс, ферроплекс идр.).

    Используются физиотерапевтические методы: электрофорез с тиосульфатом натрия, йодистым калием, лидазой, трипсином. Используются родоновые ванны в виде общих ванн, влагалищных орошений и клизм.

     Эффективность лечения зависит от правильно подобранной гормональной терапии и своевременно проведенного хирургического лечения.

***Прогноз***. Эндометриоз – рецидивирующее заболевание, частота составляет до 20% в год, через 5 лет – 74%. У пациенток перенесших радикальные операции, процесс не возобновляется

**Задания к практическим занятиям:**

Заполнить таблицу, установив соответствие

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Удаление полипа** | **Криодеструкция** | **Диатермокаогуля**  **ция** | **Симптоматическое лечение** | **Имеются метастазы** | **Быстрый рост** | **Желание женщины** | **Электроконизация** |
| **Псевдо**  **эрозии** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Истинная эрозия** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Полип шеечного канала** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4 ст рака** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Показания к операции при миоме матки** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Азот** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дисплазия ш\м** |  |  |  |  |  |  |  |  |