**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .04 Профилактическая деятельность**

**МДК 04.01 Профилактика заболеваний и санитарно- гигиеническое образование населения**

**Раздел № 5 Организация и проведение профилактики акушерской и гинекологической патологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №5.2 «Профилактика гинекологической патологии»**

**Лекция 5, 6**

**Тема: Факторы риска развития гинекологических заболеваний**

**Цель занятия**: освоить понятия "факторы риска", ознакомить студентов с возможными воспалительными заболеваниями, нарушением менструального цикла, доброкачественных и злокачественных опухолей молочных желез, изучить методы профилактики.

**Место занятия**: учебная комната, женская консультация.

**Наглядные пособия**: таблицы, рисунки и слайды.

**Основные вопросы темы**:

1.Дать понятие **гинекологических заболеваний**

## 2. Факторы риска, приводящие к ним

3. Определение риска нарушений менструального цикла

4.Риск возникновения доброкачественных и злокачественных опухолей молочных желез

**Содержание занятия**.

**Сл 2**

Гинекологические заболевания у женщин – одна из самых частых причин посещения ими поликлиник. В современном мире стало слишком много факторов, оказывающих пагубное влияние на женское здоровье: стрессы, недосыпания, плохая экология и рафинированные продукты, появление новых вирусов, и патологии при беременности и родах.

Факторов того, что половая сфера женщин стала настолько уязвима, много, поэтому лучше заранее знать, какие гинекологические заболевания наиболее распространенные, как их лечить, а главное – проводить профилактику их развития.

**Сл 3**

В структуре гинекологических заболеваний ВЗОМТ занимают первое место, составляя 60–65%. Наибольший пик заболеваемости наблюдают у лиц в возрасте от 15 до 24 лет; после 30 лет частота ВЗОМТ значительно уменьшается, что может быть обусловлено как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в канале шейки матки. Острое начало воспалительного процесса в современных условиях наблюдают редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению.

**Сл 4**

Болезнь – это следствие, причина которого часто кроется в неправильном образе жизни, вредных привычках, легкомысленном отношении к своему здоровью и других факторах. Ниже приведем таблицу, в которой показано, чем вызваны те или иные патологии и способы их профилактики.

**Сл 5 и 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип заболевания | Причина | Профилактика |
| Нарушение менструального цикла у женщин | * стрессы;
* диеты;
* лишний вес;
* недосыпания;
* алкоголь и наркотические вещества.
 | * отказ от вредных привычек;
* корректировка питания;
* умеренные физические нагрузки.
 |
| Эрозия шейки матки | * процессы, связанные с абортами или родами;
* ранние или грубые половые акты;
* инфекции мочеполовых путей.
 | * защита от переохлаждения;
* избегание грубых половых актов;
* соблюдение правил гигиены.
 |
| Инфекции и воспаления | * нарушение гигиены половых органов;
* незащищенные контакты с зараженными партнерами.
 | Всегда пользоваться средствами защиты при половом акте |
| Эндометриоз | Занятия спортом и сексом во время менструального цикла | Воздержаться от половых актов на это время и применять контрацептивы |
| Миома | * аборты;
* не долеченные воспалительные процессы.
 | * не допускать повреждений тканей матки;
* заниматься только безопасным сексом, чтобы избегать абортов.
 |
| Полипы | Запущенное хроническое воспалительное заболевание | Вовремя обращаться к врачу при любых проявлениях воспаления |
| Злокачественные образования | * нездоровый образ жизни;
* запущенная истинная эрозия шейки матки.
 | * посещение гинеколога дважды в год;
* прием гормональных средств или природных антиоксидантов.
 |

**Сл 7**

Любых гинекологических проблем у женщин можно избежать, если уделять должное внимание своему здоровью. При этом выбор метода лечения (народными средствами или медикаментозными) определяется врачом. **Следует помнить, что операция является наиболее радикальным методом терапии, который применяется в крайних случаях, когда консервативное лечение не приносит результата.**

**Сл 8**

**Профилактика ВЗОМТ**

■ Первичная — предупреждение возникновения воспалительного процесса.

■ Вторичная — предупреждение рецидива имеющегося воспалительного заболевания:

❑ санитарно-просветительная работа среди женщин, страдающих ВЗОМТ или имеющих высокий риск их возникновения;

❑ рациональное лечение острых воспалительных заболеваний;

❑ функциональная реабилитация больных с обязательным достижением эубиоза влагалища;

❑ лечение экстрагенитальных заболеваний.

**Сл 9**

Острое начало воспалительного процесса в современных условиях наблюдается редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению.

ВЗОМТ часто протекают бессимптомно, длительное время оставаясь нераспознанными, в связи с чем клиническая диагностика представляет значительные трудности, поэтому лабораторные и инструментальные методы

исследования носят определяющий характер.

**Сл 10**

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

■ Высокая вероятность срочного хирургического вмешательства (аппендицит, внематочная беременность, перекрут кисты яичника и др.).

■ Беременность.

■ Неэффективность или невозможность проведения амбулаторного лечения.

■ Тяжёлое состояние больной.

■ Тубоовариальный абсцесс.

■ Пельвиоперитонит.

■ Наличие иммунодефицита (ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия и др.).

■ Возникновение ВЗОМТ после гинекологических манипуляций.

**Сл 11 ВУЛЬВИТЫ**

По клиническому течению вульвиты подразделяют на:

■ острый;

■ хронический.

На основании этиологического фактора различают:

■ первичный;

■ вторичный.

 **Сл 12**

Первичный вульвит чаще выявляют у девочек, в то время как у взрослых женщин, первичное заболевание встречается редко.

Причинами первичного вульвита могут являться:

■ химические, термические и механические воздействия;

■ несоблюдение гигиены;

■ аллергические реакции, в том числе на парфюмерные и косметические средства, гигиенические прокладки;

■ опрелость;

■ наличие свищей;

■ гельминтозы.

**Сл 13**

Вторичные вульвиты, как правило, возникают в результате обильных выделений из влагалища при вагините, эндоцервиците и эндометрите.

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика вульвитов заключается в:

■ соблюдении личной гигиены;

■ проведении просветительской работы;

■ лечении основного заболевания при вторичных вульвитах.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

■ Необходимость лечения основного заболевания (сахарный диабет и др.).

■ Разделение спаек малых половых губ.

**Сл 14**

**ВАГИНИТЫ**

К этиологическим факторам относят:

■ инфекции;

■ аллергические реакции, в том числе на спермициды, антисептические препараты для местного применения (свечи, таблетки);

■ химические агенты (применение концентрированных растворов при спринцевании);

■ физические факторы (инородное тело);

■ анатомические (выпадение стенок влагалища, матки) и другие причины.

**Сл 15**

■ Эндогенные:

❑ Функциональные нарушения яичников, щитовидной и поджелудочной железы, ЖКТ.

❑ Снижение иммунологической реактивности организма.

■ Экзогенные:

❑ Длительное и нерациональное применение антибактериальных, цитостатических, гормональных препаратов.

❑ Использование ВМК.

❑ Стрессовые воздействия.

❑ Экологические факторы

❑ Санитарно-гигиенические факторы.

❑ Климато-географические факторы.

**Сл 16**

Наиболее часто вагиниты вызывают гарднереллы и другие анаэробы

(40–50% случаев), грибы рода *Candida* (40–50%), трихомонады (20–30%). Вагинит чаще вызывается ассоциациями бактерий, он может сочетаться с вульвитом, уретритом или цервицитом.

 **Сл 17**

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

■ Адекватная терапия.

■ Просветительская работа среди населения и, особенно, среди молодёжи.

■ Применение барьерных методов контрацепции.

■ Избегать необоснованного местного применения антисептиков, так как они воздействуют не только на патогенную флору, но и на бактерии, составляющие нормальный микробиоценоз влагалища.

**Сл 18**

 ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Госпитализация возможна в случае образования спаек во влагалище или его заращении с последующим формированием пиокольпоса и пиометры, что встречается крайне редко, чаще при сенильном вагините.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Повторное обследование проводят через 1 и 4 нед после проведённого лечения, желательно провести оценку биоценоза спустя 2–4 мес.

**Сл 19 Бартолинит**

**Бартолинит** — воспаление большой (бартолиновой) железы преддверия

влагалища.

При попадании инфекции в выводной проток большой железы преддверия влагалища развивается воспаление с выделением слизисто-гнойногосекрета. Отёк наружного отверстия протока приводит к его облитерации, задержке секрета железы в её протоках с образованием ретенционной кисты. При проникновении инфекции в паренхиму железы и окружающую клетчатку развивается истинный абсцесс. При инфицировании и нагноении содержимого кисты образуется ложный абсцесс. При переходе воспалительного процесса в хроническую форму стенки выводного протока

железы неравномерно уплотняются, что характерно для узловатого канали-

кулита, чаще наблюдаемого при гонорейной инфекции.

**Сл 20**

**Скрининг и первичная профилактика**

Соблюдение личной гигиены, своевременное лечение воспалительных процессов любой локализации.

Для профилактики рецидивов необходимо удаление капсулы кисты.

**Основные клинические проявления хронического бартолинита**

Часто клинические проявления отсутствуют. Во время обострения процесса отмечается увеличение, отёчность, уплотнение большой половой губы на стороне поражения, болезненность в покое и при пальпации.

**Сл 21**

 **Осложнения**

Истинный абсцесс (острый период)

■ Жалобы:

❑ болезненность в области большой и малой половых губ в покое, силивающаяся при ходьбе;

❑ болезненность в области паховых лимфатических узлов;

❑ повышение температуры тела.

■ Осмотр:

❑ припухлость большой и малой половых губ;

❑ покраснение большой и малой половых губ.

■ Объективное обследование:

❑ болезненность при пальпации большой и малой половых губ;

❑ болезненность при пальпации паховых лимфатических узлов.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

**Сл 22**

 Консервативное лечение бартолинита может быть успешным только в начальных стадиях заболевания. При возникновении абсцесса показано хирургическое лечение, которое проводят в условиях стационара дневного пребывания или больную госпитализируют в хирургическое отделение.

**Сл 23 Экзо- и эндоцервициты**

**Экзоцервицит** — инфекционно-воспалительное заболевание влагалищной части шейки матки.

**Эндоцервицит** — инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки канала шейки матки.

Воспалительные процессы шейки матки составляют значительную долю воспалительных заболеваний женских половых органов. Наиболее часто цервициты выявляют у женщин репродуктивного возраста, реже — в период перименопаузы. Больных с хроническим эндоцервицитом относят в группу риска развития рака шейки матки. Экзо- и эндоцервициты выявляют у 70% женщин, обращающихся в поликлинические отделения.

**Сл 24**

Характер течения воспалительного процесса, его длительность, выраженность патологических изменений в строме и эпителии шейки матки определяют морфологические особенности цервицита.

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

■ Рациональное назначение антибиотиков.

■ Просветительская работа среди населения и особенно среди молодёжи.

■ Применение барьерных методов контрацепции.

■ Избегать необоснованного местного применения антисептиков, так как

они воздействуют не только на патогенную флору, но и на бактерии нормальной микрофлоры влагалища.

Госпитализация не показана

Динамическое наблюдение после адекватно проведённого лечения проводят один раз в год (расширенная кольпоскопия, PAP-тест). В возрасте 20–50 лет — один раз в 3 года, в возрасте 50–65 лет — один раз в 5 лет, после 65 лет — врач определяет индивидуально.

**Сл 25 эрозия шейки матки**

**Истинная эрозия (язва) шейки матки** — это участок на поверхности шейки матки, лишённый эпителия. На месте дефекта эпителиального покрова влагалищной части шейки матки визуализируется обнажённая подэпителиальная строма с плоской, часто гранулярной поверхностью. Дно язвы с чёткими краями, находится ниже уровня многослойного плоского эпителия. Никакие другие изменения шейки матки к эрозиям не относятся.

Истинная эрозия встречается редко и проявляется очаговой десквамации ей многослойного эпителия.

Динамическое наблюдение после лечения (расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование) осуществляют один раз в год.

**Сл 26 Предрак шейки матки**

К предраковым состояниям шейки матки относят дисплазии эпителия

первой, второй и третьей степени выраженности (цервикальная интраэпителиальная неоплазия [Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)] или плоскоклеточные интраэпителиальные повреждения [Squamous Intraepithelial

Lesion (SIL)]), которые предшествуют инвазивному раку шейки матки. **Дисплазия** — патологический процесс, при котором наблюдают нарушение дифференцировки клеток эпителия в результате пролиферации камбиальных элементов с развитием их атипии, утратой полярности и нарушением гистоструктуры. При дисплазии не происходит инвазии базальной мембраны, возможно обратное развитие процесса.

**Причины предрака шейки матки** — вирус папилломы человека (ВПЧ), ко

торый обнаруживают почти в 100% случаев рака шейки матки

**СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

**Сл 27**

 С целью раннего выявления рака и предрака шейки матки согласно Международному Агентству по Исследованиям Рака (IARC, 2004) рекомендуют проводить скрининг женщин для выявления рака шейки матки, начиная с 25 лет каждые 3 года до 50 лет, затем каждые 5 лет до 65 лет. Повышение эффективности профилактики связывают с привлечением к скринингу как можно большего числа женщин.

Наиболее перспективный метод профилактики рака шейки матки — вакцина против ВПЧ 16-го и 18-го типов. Получены первые результаты клинических испытаний, свидетельствующие о её высокой эффективности. Полагают, что вакцинация девочек до начала половой жизни приведёт к значительному снижению заболеваемости раком уже через 15–20 лет.

**Сл 28 Рак вульвы**

Рак вульвы — относительно редко встречающаяся опухоль. Заболеваемость в России и других экономически развитых странах Европы и Северной Америки примерно одинаковая. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в России рак вульвы составляет от 3 до 8%, занимая четвёртое место после рака шейки, тела матки и яичников.

Средний возраст больных раком вульвы к моменту выявления заболевания составляет 68 лет (наибольший по сравнению с таковым для больных с другими опухолями органов репродуктивной системы). У девочек и женщин репродуктивного возраста рак вульвы встречается очень редко. По мере старения, особенно у лиц старше 70 лет, вероятность его возникновения увеличивается. У лиц старше 85 лет частота встречаемости рака вульвы достигает уровня заболеваемости раком шейки и тела матки.

**Сл 29 Факторы риска развития рака вульвы**

■ **Хронические инфекции.**

❑ ВПЧ.

❑ ВИЧ-инфекция.

❑ Склерозирующий лишай.

■ **Опухолевые и предопухолевые заболевания.**

❑ Меланома или атипичные невусы на коже вне вульвы, передающиеся

по наследству.

❑ Вульварная интраэпителиальная неоплазия.

❑ Рак гениталий другой локализации.

❑ Рак влагалища.

**Сл 30**

■ **Экстрагенитальные заболевания.**

❑ Ожирение.

❑ Артериальная гипертензия.

❑ Сахарный диабет.

■ **Социальные факторы.**

❑ Частая смена половых партнёров.

❑ Курение.

❑ Низкий социально-экономический статус.

❑ Пожилой возраст.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Показано обследование женщин каждые 3 мес в первые два года, в последующем осмотр 1 раз в год.

**Рак шейки матки**

**Сл 31**

Рак шейки матки — одна из наиболее часто встречающихся опухолей женских половых органов, составляет 6% всех новообразований у женщин.

Наиболее часто это заболевание диагностируют в возрасте 48–55 лет.

**Факторы риска возникновения рака шейки матки**

■ **Раннее начало половой жизни**.

■ **Частая смена половых партнёров**.

■ **Некоторые ИППП, нарушающие нормальный биоценоз влагалища**.

❑ Папилломавирусная инфекция, обусловленная ВПЧ 16-го и 18-го типов.

❑ Урогенитальный хламидиоз.

❑ Генитальный герпес.

■ **Курение** (активное или пассивное).

**Сл 32 СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

■ Вакцинация девушек и юношей против ВПЧ высокого риска (внедряется в клиническую практику).

■ Предупреждение инфицирования половых путей ВПЧ высокого риска.

■ Выявление и устранение предраковых состояний шейки матки.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Показано наблюдение и обследование женщин, излеченных от рака шейки матки, каждые 3 мес в течение первых двух лет, затем 1 раз в год.

**Рак яичников**

**Сл 33**

Рак яичников составляет 4–6% злокачественных опухолей у женщин, занимая седьмое место по частоте среди всех онкологических заболеваний и

третье — среди онкогинекологических заболеваний. В большинстве экономически развитых стран мира рак яичников имеет самые высокие показатели смертности среди всех злокачественных гинекологических опухолей, что связано с поздней диагностикой заболевания. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируют более 160 000 новых случаев рака яичников, и более 100 000 женщин умирает от этого заболевания. В Российской Федерации ежегодно рак яичников выявляют более чем у 11 000 женщин. За последние 10 лет произошёл прирост заболеваемости на 8,5%.

**Сл 34** **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Необходимость проведения лекарственной, лучевой терапии и операции.

**НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

**Стадии I и IA**

После проведения хирургического лечения без использования адьювантной химиотерапии необходимо наблюдать за больной не реже 1 раза в 3 мес с проведением клинического, ультразвукового и иммунологического (определение уровня онкомаркеров в сыворотке крови) методов исследования.

**Сл 35**

**Рак тела матки**

Злокачественное новообразование тела матки.

В экономически развитых странах в последние годы отмечают значительное повышение частоты рака тела матки . Это заболевание составляет 13% всех злокачественных новообразований у женщин. Его чаще всего выявляют у женщин в возрасте 55–60 лет.

Опухолевые разрастания в полости матки с разной глубиной инвазии, в виде крошащихся белесоватых масс диффузной или узловой формы.

**Сл 36**

 **Факторы риска возникновения рака тела матки**

■ **Патология женских половых органов**.

❑ Гормональный дисбаланс (ановуляция, гиперэстрогения, гормональноактивные опухоли яичников).

❑ Отсутствие или малое количество родов.

❑ Отсутствие половой жизни.

■ **Экстрагенитальные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ**.

❑ Ожирение.

❑ Сахарный диабет.

❑ Гипертоническая болезнь.

❑ Метаболический синдром.

❑ Диэнцефальный синдром.

**Сл 37**

■ **Использование лекарственных средств**.

❑ ЗГТ чистыми эстрогенами.

❑ Длительное лечение тамоксифеном.

■ **Диета с повышенным содержанием жиров**.

■ **Низкая физическая активность**.

**СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

**Первичная профилактика** — устранение факторов, являющихся причиной возникновения рака тела матки.

Целесообразность применения гормональных препаратов для предупреждения возникновения рецидивов и метастазов рака тела до конца не установлена. При генерализованном раке тела матки можно применить гестонорона капроат или медроксипрогестерон.

**Сл 38**

 **Факторы риска возникновения рецидива рака тела матки**

■ Распространённая стадия заболевания (выше II стадии).

■ Глубокая инвазия опухоли в миометрий (глубже 0,5 см).

■ Большие размеры опухоли.

■ Локализация опухоли в нижнем отделе матки.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Показано обследование женщин, излеченных от рака шейки матки, каждые 3 мес в течение первых 2 лет, затем один раз в год.

**Аменорея**

**Сл 39**

Аменорея **—** отсутствие менструаций — симптом различных органических и функциональных нарушений репродуктивной системы, а также эндокринных и экстрагенитальных заболеваний, действия лекарственных препаратов, неблагоприятных факторов внешней среды.

Частота аменореи в популяции составляет 3,5%, а в структуре нарушений

менструального цикла и репродуктивной функции — до 10%.

Наиболее частая причина маточных форм вторичной аменореи — травматические внутриматочные вмешательства и воспалительные процессы.

Аменорею на фоне потери массы тела чаще наблюдают у подростков, но возникает и у женщин репродуктивного возраста при использовании так называемой косметической диеты. В жировой ткани происходит экстрагонадный синтез эстрогенов

*Уменьшение массы жировой ткани при голодании приводит к снижению синтеза белкового гормона — лептина. Уменьшение массы тела на ≥10% ведёт к снижению уровня лептина на 53% и, таким образом, к нарушению «диалога» между жировой тканью и передним гипоталамусом. Важна ско-*

*рость и степень потери массы тела — за 2–3–6 мес более чем на 15%.*

**Сл 40**

 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ** ДИАГНОСТИКА

Первым шагом обследования при аменорее всегда следует **исключить беременность!** (тест на β-субъединицу ХГЧ, УЗИ)**.**

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Диагностические или лечебные манипуляции или необходимость оперативных вмешательств.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

При первичной аменорее и задержке или отсутствии полового развития следует учитывать:

■ степень физического развития;

■ выраженность вторичных половых признаков;

■ наличие и выраженность симптомов эстроген-дефицита (нейровегетативных, метаболических и др.);

**Сл 41**

■ семейный статус и необходимость восстановления фертильности;

■ качество жизни и психосоматическое состояние.

При дисгенезии гонад учитывают следующие факторы:

■ наличие или отсутствие Y-хромосомы;

■ рост больных;

■ МПКТ (денситометрия) — остеопения или остеопороз;

■ уровень холестерина, ЛНПН, триглицеридов;

■ психический статус и качество жизни;

■ восстановление фертильности.

Долгосрочная тактика ведения больных с гипергонадотропной аменореей.

■ Заместительная комбинированная (эстрогены с прогестагенами) гормонотерапия в циклическом режиме до возраста менопаузы (около 50

лет).

**Сл 42**

■ Ежегодное определение МПКТ (денситометрия), липидов крови, УЗИ молочных желёз.

■ Маммография после 40 лет — 1 раз в 2 года, после 50 лет — ежегодно.

■ УЗИ половых органов ежегодно.

■ Цитологическое исследование цервикальных мазков (PAP-тест) 1 раз в 1–2 года.

**ПРОГНОЗ**

Зависит от характера (функциональное или органическое) и уровня поражения нейроэндокринной системы.

При аменорее на фоне потери массы тела прогноз благоприятный для восстановления регулярных менструальных циклов и репродуктивной функции.

**Сл 43**

**Дисфункциональные маточные кровотечения**

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) — кровотечения

из эндометрия, не связанные с беременностью, органической патологией внутренних половых органов и сосудов матки, а также с системными расстройствами.

Причинами ДМК служат гормональные и негормональные нарушения, приводящие к структурно-функциональным изменениям эндометрия.

**НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ**

После остановки кровотечения тактика врача должна быть направлена на профилактику рецидивов ДМК.

**Сл 44**

Используют как указанные выше негормональные ЛС, назначаемые в дни менструации, так и гормональные ЛС, к числу которых относят:

■ КОК (этинилэстрадиол+гестоден 30 мкг+75 мкг («Фемоден», «Линдинет-30»), этинилэстрадиол+диеногест 30 мкг+2 мг («Жаннин»), этинилэстрадиол+дезогестрел 30 мкг+150 мкг («Марвелон», «Регулон») по

1 таблетке 21 день;

■ прогестагены (медроксипрогестерон 10 мг, норэтистерон 5 мг, прогестерон 100 мг, дидрогестерон 10 мг) по 1 таблетке в день во вторую предполагаемую фазу цикла, длительность лечения индивидуальна, внутриматочная левоноргестрел-рилизинг система;

■ антигонадотропные препараты (гестринон 2,5 мг 2 раза в неделю, даназол 200 мг 2–3 раза в сутки) в течение 6 мес;

■ агонисты Гн-РГ (1 раз в 28 дней в течение 6 мес) — гозерелин 3,6 мг, лейпрорелин 3,75 мг, трипторелин 3,75 мг, бусерелин 3,75 мг или по 300 мг эндоназально 3 раза в сутки;

Использование ингибиторов фибринолиза позволяет снизить величину менструальной кровопотери на 45–60%, лечение НПВС — на 20–25%, этамзилатом — менее чем на 10%, монофазными КОК — примерно на 50%.

Применение антигонадотропных препаратов, агонистов Гн-РГ вызывает аменорею.

**Дисменорея**

**Сл 45**

Дисменорея (альгодисменорея) — нарушения менструального цикла, выражающиеся в схваткообразных, реже — ноющих болях внизу живота, в

области крестца, поясницы во время менструации и сопровождающиеся комплексом вегетососудистых симптомов: тошнота, рвота, диарея, слабость, головная боль, потливость, обмороки.

Частота дисменореи составляет 43–90% у женщин в возрасте 14–44 лет, среди которых 10% нетрудоспособны от нескольких часов до 1–3 дней.

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

**Сл 46**

Профилактика заключается в соблюдении режима труда и отдыха, пол-

ноценном питании, умеренных физических нагрузках, также рекомендуется ограничение жидкости и соли на кануне менструации.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

При наличии стойкого болевого синдрома, неэффективности проводимой терапии показана консультация:

• уролога, • гастроэнтеролога,

• травматолога, • психиатра, • невролога.

**Сл 47 Синдром поликистозных яичников**

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — мультифакторная гетерогенная патология, характеризующаяся гиперандрогенией, хронической

ановуляцией, увеличением и кистозными изменениями яичников, нарушениями менструального цикла и бесплодием.

СПКЯ встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста и у 20–25% женщин с бесплодием. Среди женщин с эндокринным бесплодием частота СПКЯ достигает 50–60%. СПКЯ составляет 80–90% всех форм гиперандрогений.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Всем пациенткам с СПКЯ показана консультация эндокринолога для проведения дифференциальной диагностики, а также уточнения степени выраженности метаболических нарушений.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Необходимость оперативного лечения.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

**Сл 48**

После лечения (родов) необходима профилактика рецидива СПКЯ, что важно, учитывая риск развития гиперплазии эндометрия. С этой целью наиболее предпочтительно назначение монофазных КОК («Марвелон», «Фемоден», «Диане-35», «Мерсилон»). При плохой переносимости КОК назначают гестагены во вторую фазу цикла (дидрогестерон по 20 мг или медроксипрогестерон по 10–20 мг с 16-го по 25-й день цикла.

ПРОГНОЗ

Несмотря на высокий эффект стимуляции овуляции и преодоления бесплодия, при СПКЯ полного излечения не происходит, и примерно через

5 лет отмечается рецидив клинической симптоматики.

 **Сл 49**

 **Климактерический синдром**

Климактерий (климакс, климактерический период) — физиологический

период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.

Климактерический синдром — патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами.

Преждевременная недостаточность яичников — прекращение менструации до 40 лет.

Ранняя менопауза — прекращение менструации в 40–44 года.

**Сл 50** Менопауза наступает в среднем в возрасте 50 лет .

Климактерический синдром различной степени выраженности наблюдают у 80% женщин, постменопаузальный остеопороз — у 35–40%, мочеполовые нарушения — у 50–80% (в зависимости от возраста), заболевания сердца и сосудов — более чем у 50%.

По рекомендации (2004) Российского научного общества акушеров-гинеко-

логов (акад. В.И. Кулаков) и Ассоциации менопаузы РФ (проф. В.П. Сметник) при назначении ЗГТ необходимо:

■ информировать пациентку и провести индивидуальную оценку преимуществ и риска ЗГТ — осознанный выбор остаётся за пациенткой;

■ ежегодная оценка эффективности терапии, коррекция типа и дозы препаратов;

■ средняя продолжительность ЗГТ — 4–5 лет.

**Сл 51**

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Суммарный положительный эффект ЗГТ(заместит горм терапия) характеризуется:

■ уменьшением выраженности типичных климактерических симптомов;

■ улучшением течения депрессии;

■ улучшением течения УГР;

■ улучшением состояния волос, кожи и мышечного тонуса;

■ снижением риска переломов шейки бедра и позвоночника и общей частоты переломов;

■ снижением частоты рака толстой кишки.

**Сл 52 Доброкачественные заболевания молочных желёз**

**Мастопатия** — заболевание молочной железы, характеризующееся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов.

Особую озабоченность во всём мире вызывает неуклонная тенденция к росту одного из серьёзнейших онкологических заболеваний — рака молочных желёз, занимающего лидирующее место в структуре онкологической патологии у женщин

Показатели заболеваемости раком молочной железы за последние 20 лет возросли на 40%.

В России данная форма рака занимает второе место среди всех причин смерти женского населения. Прирост показателей смертности за период 1992–1999 гг. составил 13,9%.

Среди мероприятий направленных на раннюю диагностику рака молочной железы, наиболее важным является своевременное выявление доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируют у

каждой четвёртой женщины в возрасте до 30 лет и у 60% женщин старше 40 лет.

**Сл 53**

Таким образом, около 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различными доброкачественными заболеваниями молочных желез,

часто объединяемым общим термином «мастопатия».

Самой распространенной формой мастопатии является фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), которая встречается в 43–58% наблюдений, в основном при заболеваниях женских половых органов (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, НЛФ).

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Раз в полгода осмотр и пальпация молочных желез маммологом или гинекологом. До 40 лет раз в год — УЗИ молочных желез, после 40 лет — маммография.

**Сл 54**

 НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Осмотр молочных желёз и маммографию проводят 1 раз в 2 года, начиная с 35-летнего возраста, после 50 лет — 1 раз в год.

С целью улучшения репродуктивного здоровья пациенток после оперативного лечения доброкачественных заболеваний молочных желёз необходимо комплексное реабилитационное лечение:

■ Восстановление двухфазного менструального цикла в репродуктивном

возрасте.

■ Выявление и лечение хронических ВЗОМТ.

■ Планирование семьи.

**Сл 55**

ПРОГНОЗ

В репродуктивном возрасте эффект от лечения диффузных форм носит

временный характер, и симптоматика, как правило, возобновляется через несколько лет после проведенного лечения. Узловые формы после удаления без консервативной терапии имеют тенденцию к рецидивированию, особенно при сочетании с миомой матки.