**Заболевания яичников и женской половой сферы**

**Нарушения менструального цикла**

Патологическое маточное кровотечение. При подозрении на маточное кровотечение необходимо исключить его другие источники - прямую кишку, мочевой пузырь, шейку матки и влагалище. В предменструальный период патологическое маточное кровотечение может быть результатом травмы, инфекции или ранний пубертат. Кровотечение из влагалища в период менопаузы часто обусловлено злокачественной опухолью.

В отсутствие беременности патологическое маточное кровотечение у женщин репродуктивного возраста может быть связано с овуляторными или ановуляторными циклами. Менструальное кровотечение при овуляторных циклах характеризуется спонтанностью, регулярностью наступления, предсказуемостью по продолжительности и величине кровопотери и, часто, болезненностью. Измененные, но регулярные циклы обусловлены органической обструкцией матки лейкомиомами, аденомиомами, полипами эндометрия или, реже, спайками и рубцами матки. Кровотечение между циклическими овуляторными маточными кровотечениями может быть вызвано повреждением влагалища или эндометрия.

Менструальное кровотечение, не совпадающее с овуляцией (дисфункциональное маточное кровотечение), обычно безболезненно, нерегулярно по времени наступления и непредсказуемо как по величине кропотери, так и по ее продолжительности. Преходящее нарушение гипоталамогипофизарноовариального цикла - общая причина недостаточности овуляции в период становления менструального цикла. Персистирующее дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте обычно вызвано постоянной эстрогенизацией матки, не прерываемой циклическими выбросами прогестерона, что чаще всего встречается при поликистозе яичников.

Аменорея у женщин детородного возраста обусловлена беременностью, если не доказано ее отсутствие. Даже когда анамнез и физикальное обследование не выявляют беременности, она должна быть исключена с помощью подходящего скринингового теста.

Первичную аменорею определяют как отсутствие менархе в возрасте 16 лет независимо от наличия или отсутствия вторичных половых признаков, а вторичную аменорею ~ как отсутствие менструаций в течение 6 мес у женщин с предшествующими регулярными менструациями. Причины первичной и вторичной аменореи частично совпадают, и обычно применяют этиологическую классификацию нарушении (рис. 1531). Начальная диагностика включает тщательное физикальное обследование, определение уровня пролактина в сыворотке крови и оценку эстрогенного статуса.

**Анатомические нарушения репродуктивной системы.**

Дефекты, препятствующие кровотечению из влагалища, включают отсутствие влагалища, заращение девственной плевы, разделение влагалища поперечной перегородкой. Эти дефекты определяют при физикальном обследовании. Когда признаки заболевания сомнительны, диагноз может быть установлен после приема медроксипрогестерока ацетата внутрь в дозе 10-20 мг в день в течение 5 дней или введения 100 мг прогестерона в масле внутримышечно. Если уровни эстрогенов нормальны (и выделительный тракт половой системы не нарушен), должно появиться менструальное кровотечение в пределах 1 нед после окончания лечения прогестогеном. В этом случае диагноз определяют как хроническую ановуляцию с наличием эстрогенов, обычно поликистоз яичников. Если кровотечение не возникает и уровень пролактина в сыворотке крови нормален, у женщины с ановуляцией и отсутствием эстрогенов исследуют гонадотропины в плазме крови. Когда содержание гонадотропинов в плазме крови увеличено, устанавливают диагноз недостаточности яичников (дисгенезия гонад, синдром резистентности яичников или преждевременная недостаточность яичников). При подозрении на дисгенезию гонад необходимо провести хромосомное кариотипирование.

Если содержание гонадотропинов нормально или понижено, диагноз определяют либо как гипоталамогипофизарное нарушение, либо как анатомический дефект полового тракта (см. выше). Когда физикальные данные не проясняют диагноз, назначают циклический эстроген плюс прогестоген (1,25 мг конъюгарованных эстрогенов внутрь ежедневно в течение 3 нед, а в последние 57 дней лечения добавляют 10 мг медроксипрогестерона ацетата) с последующим 10дневным наблюдением. При отсутствии кровотечения диагноз синдрома Ашермана или других анатомических дефектов половых путей подтверждают с помощью гистероскопии или гистеросальпингографии. Если кровотечение появляется после эстрогенпрогестероновой комбинации, диагноз определяют как хроническую ановуляцию с отсутствием эстрогенов (функциональная гипоталамическая аменорея); ее причины: гипогонадотропный гипогонадизм, экстремальный эмоциональный стресс, нервная анорексия, хроническое истощающее заболевание, аденома гипофиза, краниофарингиома и пангипопитуитаризм. В таких случаях показано рентгенологическое исследование гипофизарногипоталамической области.

Боль в области таза встречается как при нормальных, так при нарушенных менструациях. Многие женщины испытывают абдоминальный дискомфорт во время овуляции («mittelschmerz») - тупую ноющую боль в середине цикла, длящуюся от нескольких минут до часов. Кроме того, у женщин могут возникать соматические проявления за несколько дней до менструации, включающие отеки, набухание молочных желез, абдоминальный дискомфорт, а также раздражительность, депрессию и сонливость, что известно как предменструальный синдром.

Сильные спастические боли, нарушающие в этот период трудоспособность женщин с овуляторными менструациями, при отсутствии патологии тазовых органов определяют как первичную дисменорею и лечат с помощью НПВС или оральных контрацептивов. Боль в области таза, вызванная органическими причинами, может быть определена как маточная (лейомиомы, аденомиомы, цервикальный стеноз, инфекции, рак); связанная с придатками (салышнгоофорит, кисты, неоплазмы, перекрут, эндометриоз); вагинальная (Monilia, Trichomonas, Gardnerella, herpes; condyloma acuminatum, кисты или абсцессы бартолиновых желез) и связанная с беременностью (угрожающий или неполный выкидыш, эктопическая беременность). Диагностика основана на анамнезе, физикальном исследовании тазовых органов, определении хорионального гонадотропина, УЗИ тазовых органов и в ряде случаев лапароскопии или лапаротомии.

**Менопауза**

Период, следующий за репродуктивным возрастом и начинающийся вслед за последним менструальным периодом. В этот период прогрессирующая потеря овариальной функции сочетается с эндокринными, соматическими и психологическими изменениями. Менопауза может быть результатом хирургического удаления яичников. Симптомы включают вазомоторную нестабильность («приливы»), атрофию урогенитального эпителия и кожи, уменьшение молочных желез и остеопороз. Могут развиться нервозность, раздражительность и депрессия. Концентрация гонадотропинов в плазме крови повышена.

Терапия эстрогенами в период менопаузы облегчает проявления вазомоторной нестабильности («приливы»), предотвращает атрофию урогенитального эпителия и кожи, препятствует остеопорозу. Риск развития аденокарциномы эндометрия, венозной тромбоэмболии и артериальной гипертензии можно свести к минимуму, применяя циклически эстрогены в низкой дозе (конъюгированный эстроген 0,625 мг/сут в течение 25 дней в месяц, с ежедневным приемом прогестогена в последние 10 дней) и обеспечив тщательное клиническое наблюдение. У больных, перенесших гистерэктомию, могут быть применены конъюгированный эстроген (0,625 мг в день) или эстрадермальные пластыри.

**Оральные контрацептивы**

Широко применяют для предохранения от беременности, лечения дисменореи и ановуляторного кровотечения. Идеальные контрацептивы содержат очень низкое количество стероида, сводящее к минимуму побочные эффекты, но достаточное для предотвращения беременности или ановуляторного кровотечения. Комбинация оральных контрацептивных препаратов содержит синтетический прогестоген (местранол или этинил эстрадиол) и синтетический прогестоген (норэтиндрон, норэтиндрон ацетат, норэтинодрел, норгэстрел или этинодиол диацетат). Двухфазные или трехфазные компоненты контрацептива предназначены для различных периодов цикла.

Несмотря на полную безопасность, женщины, применяющие вышеуказанные средства, составляют группу риска в отношении развития тромбоза глубоких вен, ТЭЛА, тромбоэмболического инсульта, АГ, снижения толерантности к глюкозе и холелитиаза. Риск повышается при курении и увеличении возраста. У женщин, предъявляющих жалобы на расстройство зрения или головные боли, препараты должны быть отменены. Другие побочные эффекты включают незначительную диспепсию, чувство напряжения в молочных железах, прирост массы тела, пигментацию лица (хлоазмы) и психологические эффекты (депрессия и нарушение либидо). Оральные контрацептивы не повышают риск развития рака матки, шейки матки или молочной железы.

Абсолютные противопоказания к использованию оральных контрацептивов включают предшествующие тромбоэмболические нарушения, заболевание мозговых сосудов или ИБС, установленную или подозреваемую карциному молочной железы или другое эстрогензависимое новообразование, недиагностируемое гениталъное кровотечение, а также определенную или подозреваемую беременность. Относительные противопоказания включают артериальную гипертензию, мигрень, сахарный диабет, лейомиомы матки, серповидноклеточную анемию, гиперлипидемию.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>