Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «акушерство и гинекология»**

**для специальности: Акушерство и гинекология**

**К СЕМИНАРСКОМУ**

**ЗАНЯТИЮ №** 27

**ТЕМА:** **«Методы лечения расстройств менструального цикла. Принципы гормональной терапии»**

**Индекс темы/элемента/подэлемента** ОД.О.01.2.2.5

протокол № 4 от «23» ноября 2012 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Цхай В.Б.

Составитель (-ли):

к.м.н. ассистент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ганжуров А.Б.

Красноярск 2013

**1. Занятие № 27**

**Тема: «Методы лечения расстройств менструального цикла. Принципы гормональной терапии».**

**2. Форма организации занятия:** семинарское занятие.

**3. Значение изучения темы**:

**4. Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам лечения расстройств менструального цикла.

* 1. ОК-1
  2. ОК-2
  3. ПК-1
  4. ПК-2
  5. ПК-3
  6. ПК-4
  7. ПК-5
  8. ПК-7
  9. - учебная: знать основные методы лечения расстройств менструального цикла, принципы гормонального лечения
  10. уметь выявлять показания и противопоказания к гормональной терапии
  11. владеть способностью назначать гормональную терапию при расстройствах менструального цикла.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

**5.2. Основные понятия и положения темы**

При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.

Лечение основных не гинекологических заболеваний.

Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы). При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.

Лечение основных не гинекологических заболеваний.

Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы).

Гормональная терапия нарушений менструального цикла направлена на нормализацию нейрогормональных взаимоотношений, лежащих в основе клинических проявлений патологии. Основными принципами гормональной терапии являются замещение недостающей функции эндокринной железы при ее первичном нарушении (заместительная терапия) или стимуляция деятельности железы тройными гормонами, если патология является следствием нарушения регуляторных влияний (стимулирующая терапия). Однако это разделение на стимулирующую и заместительную терапию в значительной мере условно, так как заместительная терапия по отношению к одной железе может быть стимулирующей к зависимой от нее железе.

Для гормональной терапии нарушений менструального цикла имеются определенные схемы, которые могут быть положены в основу лечения. Однако схема отражает только основной принцип лечения, который в каждом конкретном случае должен быть индивидуализирован.

1.Заместительная терапия.

Заместительная терапия показана при первичном понижении деятельности яичников (гипоплазия яичников), вызывающем аменорею II степени, или после кастрации.

Создание маточного менструального цикла является вариантом заместительной терапии. При выраженной гипоплазии матки и отсутствии достаточной пролиферации эндометрия с помощью эстрогенов и прогестерона можно воспроизвести эндометриальный цикл, т. е. создать выраженную пролиферацию эндометрия до состояния, соответствующего средней фолликулиновой фазе цикла, а затем получить путем введения прогестерона секреторные преобразования. Кроме того, периодическое введение гормонов в определенном ритме (если гипоплазия яичников вызвана нарушением регуляторных влияний) изменяет функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы и приводит к дальнейшему самостоятельному налаживанию пускового механизма менструального цикла.

Циклическая заместительная терапия должна проводиться не менее 3-5 циклов подряд.

2.Стимулирующая терапия.

Стимулирующая терапия имеет целью налаживание овуляторного менструального цикла. Она применяется в тех случаях, когда аменорея и другие нарушения цикла являются следствием регуляторных влияний, и неэффективна при поражении паренхимы яичников.

Стимулирующая терапия может быть направлена на: а) восстановление функции яичников введением гонадотропных гормонов; б) восстановление функции гипоталамических центров, регулирующих деятельность гипофиза, что достигается введением ударных доз эстрогенов и прогестерона, введением препаратов нестероидной природы типа кломифена.

3.Лечение гонадотропинами.

Принцип лечения гонадотропными гормонами заключается в том, чтобы вызвать созревание фолликулов яичника при помощи фолликулостимулирующего гормона, а затем создать фазу желтого тела лютеинизирующим гормоном. В ряде случаев, например, при некоторых ановуляторных циклах, когда имеется достаточный рост и развитие фолликулов, рекомендуется проводить лечение только препаратами с лютеинизирующим действием, в качестве которых используется хорионический гонадотропин (ХГ). ХГ рекомендуется вводить через день по 1500 ЕД с 12-го дня цикла 3-4 раза.

4.Лечение ударными дозами прогестерона и эстрогенов.

При отсутствии выраженной атрофии половых органов и, в частности атрофии эндометрия, можно рекомендовать ударные дозы прогестерона и прогестерона с эстрогенами. При этом в следующих за лечением циклах может закрепиться правильная цикличность деятельности гипоталамических центров, достигнутая во время лечения. Ударные дозы прогестерона рекомендуются преимущественно при наличии нормального состояния половых органов при выраженных пролиферативных мазках, что является косвенным признаком пролиферации эндометрия и наличия достаточно развитых фолликулов. При наличии атрофических изменений в половых органах необходима предварительная эстрогенная терапия до возможно более высоких степеней пролиферации. Соотношение доз эстрогенов с прогестероном должно быть 1/20 или 1/30.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Вопросы по теме:**

1). Какие методы применяются при лечении нарушений менструального цикла.

2). Основные принципы гормональной терапии.

3). Препараты выбора при нарушениях менструального цикла.

4). Какое значение имеет восстановление режима труда и отдыха у женщин репродуктивного возраста при нарушениях менструального цикла.

**Задачи по теме:**

**Задача 1:** У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1.Предполагаемый диагноз?

2.Составьте план обследования больной.

3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

4.Какова лечебная тактика?

5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?

**Задача 2:** Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Задача 3:** Больная, 21 год, обратилась к врачу гинекологу с жалобами на не регулярные менструации с задержками от 1 до 6 мес., рост волос на лице, вокруг сосков на грудных железах, на передней брюшной стенке и нижних конечностях. Живет половой жизнью 2 года не предохраняясь, беременность не наступала. Муж обследован - здоров. Принимала гормональное лечение - эффект отсутствовал.

При объективном исследовании рост волос по мужскому типу, конституция нормостеническая.

P.S.: Шейка матки чистая. Выделения молочные.

Р.V.: матка обычных размеров, яичники с обеих сторон увеличены 3х4 см. безболезненны при исследовании.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Какие формы данного заболевания Вам известны?
4. Методы лечения.
5. Какой метод лечения выбран Вами в конкретном случае?
6. Методы реабилитации данных больных.

**Тестовые задания:**

1. К тестам функциональной диагностики относятся все нижеперечисленные, кроме:
2. кариопикнотический индекс (КПИ);
3. симптом «зрачка»;
4. измерение базальной температуры;
5. проба с гестагенами;
6. симптом папоротника.

2. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

1. двухфазность менструального цикла;
2. уровень эстрогенной насыщенности организма;
3. наличие овуляции;
4. полноценность лютеиновой фазы цикла;
5. все перечисленное.

3. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение:

1. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
2. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке;
3. базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
4. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам;
5. ничто из перечисленного.

4. Тест базальной температуры основан:

1. на воздействии эстрогенов на гипоталамус;
2. на влиянии простагландинов на гипоталамус;
3. на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;
4. ни на чем из перечисленного.

5. Тест функциональной диагностики, указывающий на гиперэстрогению:

1. длина растяжения цервикальной слизи 2-3 см;
2. базальная температура тела 37ºС;
3. кариопикнотический индекс 50-60% и более;
4. атрофический эндометрий.

6. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

1. повышение базальной температуры в первую фазу цикла;
2. повышение базальной температуры во вторую фазу цикла;
3. пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла;
4. симптом «зрачка» (+ + +).

7. Монотонная кривая базальной температуры характерна:

1. для двухфазного менструального цикла;
2. для двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней;
3. для ановуляторного менструального цикла;
4. ни для чего из перечисленного;
5. для всего перечисленного.

8. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при 28-дневном менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее:

1. 4-6 дней;
2. 6-8 дней;
3. 8-10 дней;
4. 10-12 дней.

9. Положительный симптом «зрачка» в течение всего менструального цикла свидетельствует:

1. о наличии гиперандрогении;
2. об укорочении II фазы цикла;
3. о наличии ановуляторного цикла;
4. обо всем перечисленном;
5. ни о чем из перечисленного.

10. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

1. циклические изменения в организме;
2. длительная персистенция фолликула;
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;
4. преобладание гестагенов в первой фазе цикла.

**6. Домашнее задание по теме занятия**

1. **Рекомендованная литература по теме занятия (включая законодательные и нормативно-правовые документы)**
   * + 1. Гинекология : учебник /Под ред. Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко// М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009
       2. Репродуктивное здоровье женщин : рук. для врачей / О. А. Пересада// М. : МИА, 2009
       3. Эндокринология беременности в норме и при патологии/ В. М. Сидельникова // М. : МЕДпрессинформ, 2009
       4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих// М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009
       5. РЛС-доктор: Акушерство и гинекология. Вып.15. 2011 : ежегод. сб./ гл. ред Г. Л. Вышковский// М. : Либрофарм
       6. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство/ под ред. В.И. Кулакова// М. : JIиттерра, 2008
       7. Неоперативная гинекология./ Сметник В.П., Тумилович Л.Г. // 2005, МИА.

**Законодательные и нормативно-правовые документы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вид документа** | **Принявший орган** | **Дата** | **Номер** | **Название документа** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | От 10.02.03 | **№ 50** | Приказ «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» |
| 3 | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | От 02.10.09 | **№ 808н** | Приказ «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» |
| 4 | Приказ | Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | От 03.12.09 | **№ 944н** | Приказ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» |