

## ПАМЯТКА ПАЦИЕНТАМ

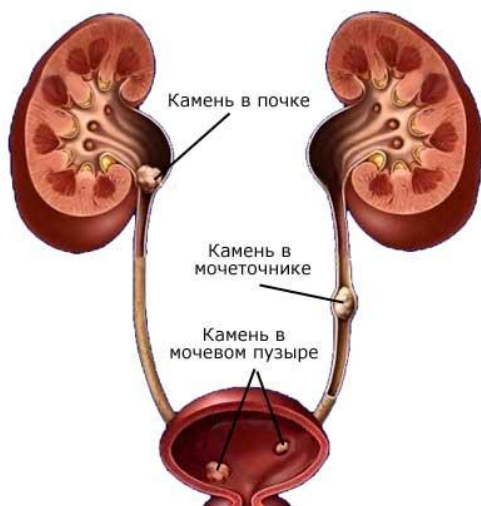
### С БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Единый контактный центр  
200-20-99



**МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (МКБ)** – это хроническое заболевание, являющееся следствием нарушения обмена веществ и/или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях.

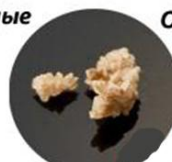
Камни в мочевых путях образуются в результате кристаллизации в моче минералов и солей. Они представляют собой твердую массу и могут иметь разнообразный химический состав. Причины их образования могут быть также разными: нарушение обменных процессов, инфекции, генетические факторы, различные заболевания других систем и органов, Ваш образ жизни и пищевые пристрастия. Размер камня почки может достигать 8 - 10 см и принимать форму собирательной системы почек (коралл).



Фосфатные



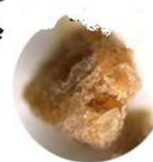
Оксалатные



Уратные



Кальциевые



Цистиневые

**К группе риска прогрессирования мочекаменной болезни относятся следующие факторы:**

- камни почек, обнаруженные в детском или подростковом возрасте;
- мочекаменная болезнь есть или была у прямых родственников;
- камень, содержащий брусит, мочевую кислоту или урат;
- инфекция мочевой системы;
- генетическая предрасположенность к образованию камней;
- сужение мочеточников, чаще на уровне его отхождения от почки;
- врожденные аномалии почек: подковообразная почка, удвоение мочевых путей, медуллярная губчатая почка и др.;
- поликистоз почек;
- нефрокальциноз (слишком много кальция в почках);
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс (обратный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники или почки);
- гиперпаратиреоз (чрезмерная продукция гормона околощитовидными железами);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (шунтирование тощей кишки, резекция кишечника, болезнь Крона) и др.

В ряде случаев камни почек не вызывают никаких неприятных ощущений. Они называются бессимптомными камнями и выявляются случайно при ультразвуковом и рентгенологическом обследовании. Однако, при их попадании в мочеточник и блокировке оттока мочи из почки может развиваться острая, непереносимая боль в поясничной области – **почечная колика**. Почечная колика вызвана внезапным повышением давления в мочевых путях и стенке мочеточника. Боль приходит волнами и не уменьшается при изменении положения тела и может сопровождаться тошнотой, рвотой, окрашиванием мочи кровью и лихорадкой. **Почечная колика является чрезвычайной ситуацией, и требует немедленной медицинской помощи.** Камни, которые не блокируют мочеточник, могут вызывать периодические тупые боли в боку и также требуют медицинского обследования.

### Методы диагностики:

Первой линией диагностики камней почек и мочеточников является **ультразвуковое исследование (УЗИ)**, которое способно определить расположение, размеры и степень блокировки камнем мочевых путей. Однако только рентгенологическое исследование и компьютерная томография способны определить плотность и точные размеры камня, что может быть определяющим фактором в выборе метода лечения. При необходимости получения дополнительной информации о строении собирательной системы почек и особенно при их аномалиях, **компьютерная томография** может быть выполнена с внутривенным введением контрастного препарата. **Анализ крови и мочи** необходимы при боли и лихорадке, а также при планировании лечения и профилактике камнеобразования.

**Если вы «поймали» самостоятельно отошедший камень, его следует отдать на анализ, для точного определения состава, что поможет врачу назначить верное лечение и профилактику.**

Факторы, которые влияют на тактику лечения, включают в себя:

- симптомы;
- характеристики камня (размер, локализация, плотность);
- историю болезни;
- доступный вид лечения и опыт врача;
- ваши личные предпочтения.

Не все камни почек требуют активного лечения. Все зависит от наличия симптомов и личных предпочтений. Если у вас есть почечный или мочеточниковый камень, который не вызывает дискомфорта, вы, как правило, не будете получать лечение. Ваш врач предоставит вам график регулярных контрольных посещений, чтобы убедиться, что ваше состояние не ухудшается. Если ваш камень по прогнозу врача может «отойти» самостоятельно с мочой, вам могут назначить лекарства для облегчения этого процесса. Это называется консервативным лечением.

**Если ваш камень продолжает расти или вызывает частые и сильные боли, Вам показано активное лечение.**

### Консервативная терапия

В зависимости от размера и расположения камня, вам может потребоваться некоторое время, чтобы камень вышел с мочой. В этот период может возникнуть почечная колика, что требует врачебного контроля. Если у вас очень маленький камень, с вероятностью 95% он отойдет самостоятельно в течение 6 недель. Чем больше камень, тем меньше вероятность его отхождения. Существует два распространенных варианта консервативного лечения: литокинетическая терапия – медикаментозная помощь в прохождении камня по мочевым путям и литолитическая – медикаментозное растворение камней, если они состоят из мочевой кислоты.

Даже когда у вас нет симптомов, вам может понадобиться лечение, если:

- камень продолжает расти;
- у вас высокий риск формирования другого камня;
- имеется инфекция мочевых путей;
- ваш камень очень большой;
- вы предпочитаете активное лечение.

## Хирургическое лечение

### Существует 3 распространенных способа удаления камней:

- метод бесконтактного ударно-волнового дробления камней – дистанционная ударно-волновая литотрипсия;
- метод контактного чрескожного разрушения и удаления камней почки – перкутанная (чрескожная) нефролитотомия;
- метод контактного эндоскопического разрушения и удаления камней мочеточника через естественные мочевые пути – уретерореноскопия.

В зависимости от того, находится ли камень в почке или мочеточнике, врач может порекомендовать различные варианты лечения.

### Хирургическое лечение показано, если:

- камень больших размеров, что затруднит его самостоятельное отхождение;
- лекарственная терапия не помогает;
- развиваются инфекционные осложнения из-за камня;
- имеется боль и/или примесь крови в моче;
- единственная почка;
- начинает страдать функция почек.

### 1. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ) – метод бесконтактного ударно-волнового дробления камней.

ДЛТ проводится с помощью аппарата, который может разбивать камни в почке и мочеточнике. Для разрушения камня, сфокусированные ударные волны передаются на камень через кожу. Камень поглощает энергию ударных волн и разбивается на более мелкие кусочки. Фрагменты камней затем проходят с мочой. Процедура длится около 45 минут. Если у вас большой камень, вам может понадобиться несколько сеансов, чтобы полностью разбить его.

ДЛТ противопоказано при:

- беременности;
- риске сильного кровотечения;
- наличии неконтролируемой инфекции;
- сужении мочевых путей под камнем;
- очень твердых камнях (например, цистиновые камни).

**Следует знать!** ДЛТ разбивает камень на мелкие кусочки. Эти фрагменты будут выходить с мочой несколько дней или недель после процедуры. У вас может быть кровь в моче, но это не должно длиться более 2 дней. Ваш врач может назначить вам лекарства, которые способствуют более быстрому отхождению фрагментов и уменьшению боли.

В ходе операции могут возникнуть:

- повреждение почки, кровотечение с образованием клинически проявляющейся гематомы, иногда требующей хирургического вмешательства (до 1%);
- повреждение почки с образованием бессимптомной гематомы (до 19%);

В послеоперационном периоде могут развиваться:

- скопление фрагментов камня в мочеточнике, требующее консервативного, либо хирургического лечения (до 7%);
- инфекционные осложнения (до 20%);
- рост оставшихся в почке фрагментов камней (до 50%);
- почечная колика, связанная с закупоркой мочеточника фрагментами камня (до 4%);
- повреждение внутренних органов и др.

**Вам нужно немедленно вернуться в больницу, если:**

- появилась лихорадка выше 38°C;
- возникла сильная боль в боку;
- кровь в моче присутствует более 2 дней после процедуры.

## **2. Перкутанная (чрескожная) нефролитотрипсия (ПНЛ) – метод контактного чрескожного разрушения и удаления камней почки.**

ПНЛ используется чаще всего, когда камни в почках больших размеров, высокой плотности или их много. ПНЛ обычно проводится под общим наркозом. Во время этой процедуры в мочевой пузырь устанавливается небольшая трубка, называемая катетером. Другой катетер устанавливается в мочеточник. Контраст, или краситель, может быть введен через этот катетер для обеспечения лучшего обзора и точного определения местоположения камня. Как только камень обнаружен, доступ к собирательной системе почек осуществляется с помощью тонкой иглы и так называемого проводника. Проводник обеспечивает безопасный доступ для нефроскопа (инструмент для визуализации внутренней части почки). После визуализации камня некоторые из них могут быть удалены с помощью щипцов. Камни больших размеров должны быть раздроблены с помощью специального пневматического, ультразвукового или лазерного устройства – нефролитотрипсия. После удаления фрагментов камня из почки, в мочеточник, как правило, устанавливается временная маленькая трубка, соединяющая почку с мочевым пузырем (катетер-стент), а рабочий канал, через который производилась операция, ставят трубку, дренирующую почку (нефростома). После операции эти трубки удаляются через несколько дней.

### **Следует знать!**

В ходе операции могут возникнуть осложнения:

- кровотечение, которое может потребовать переливания крови (до 20%), эмболизацию сосудов почки, либо удаления почки (до 1,5%);
- повреждение плевры (до 11,6%);
- повреждение внутренних органов (до 1,7%);
- летальный исход (до 0,3%).

В послеоперационном периоде могут развиваться:

- лихорадка (до 32,1%);
- сепсис (до 1,1%);
- уринома (скопление мочи в околопочечной или забрюшинной клетчатке, окруженное фиброзной капсулой) до 1%;
- остаточные фрагменты камня (до 19,4%), в ряде случаев требуется повторное вмешательство и др.

**Вам нужно немедленно вернуться в больницу, если:**

- температура тела выше 38°C;
- тошнота и рвота;
- боль в груди и затрудненное дыхание;
- большое количество крови в моче;
- сильная боль на стороне операции;
- не можете помочиться.

## **3. Уретероскопия (УРС) и гибкая УРС – метод контактного эндоскопического разрушения и удаления камней мочеточника через естественные мочевые пути.**

Уретероскопия является предпочтительным методом лечения камней малого и среднего размера, расположенных в любой части мочевыводящих путей. Процедура обычно выполняется под общим наркозом. Во время этой процедуры уретероскоп (длинный, тонкий инструмент с крошечной камерой на конце) вводится через мочеиспускательный канал и мочевой пузырь в мочеточник или в почку. Как только камень найден, его можно извлечь с помощью «щипцов или корзинки», либо используют лазер или пневматику, чтобы разбить камень на более мелкие кусочки, прежде чем они будут извлечены с помощью корзины. Уретероскопы могут быть гибкими, как тонкая длинная соломинка или более жесткими. После удаления камня в мочеточник может быть установлена небольшая временная трубка, называемая стентом, которая облегчает отток мочи из почки в мочевой пузырь. Мочевой катетер и/или стент обычно удаляют вскоре после процедуры.

### **Следует знать!**

В ходе операции могут возникнуть осложнения:

- миграция камня в почку (до 12%);
- инфекционные осложнения (до 6%);
- повреждение мочеточника (до 2%);
- кровотечение, которое может потребовать переливания крови (0,1%);
- отрыв мочеточника (0,1%);

В послеоперационном периоде могут развиваться:

- лихорадка и сепсис (до 1,1%);
- стойкая примесь крови в моче (до 2%)
- почечная колика (2,2%)
- сужение мочеточника (стриктура) 0,1%;
- заброс мочи из мочевого пузыря в почку (0,1%);
- повреждение внутренних органов (до 0,05%).

**Вам нужно немедленно вернуться в больницу, если:**

- температура тела выше 38 °С;
- не можете помочиться;
- большое количество крови в моче;
- продолжаете испытывать сильную боль в боку.

Даже если у вас низкий риск образования другого камня, вам необходимо внести некоторые изменения в образ жизни. Эти меры снижают риск повтора заболевания и улучшают ваше здоровье в целом.

**Общие рекомендации:**

- пейте от 2,5 до 3 литров воды равномерно в течение дня;
- выберите рН-нейтральные напитки, такие как вода;
- следите за количеством выделяемой мочи (должно быть от 2 до 2,5 литров в день);
- следите за цветом вашей мочи: она должна быть светлой;
- пейте еще больше, если вы живете в жарком климате или занимаетесь спортом;
- питайтесь сбалансированно и разнообразно;
- избегайте чрезмерного потребления витаминных добавок.

Источник:

Клинические рекомендации «Мочекаменная болезнь»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N20

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 7

Разработчик клинической рекомендации:

«Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



**ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА** – это состояние, характеризующееся острой приступообразной болью в поясничной области, вследствие нарушения оттока мочи по верхним мочевыводящим путям.

**Уролитиаз** – заболевание мочевыделительной системы с нарушением оттока мочи и накоплением трудно растворимых солей нередко имеет тяжелые осложнения и приводит к инвалидизации.

**Коррекция нарушений обмена веществ должна осуществляться урологами, при необходимости с подключением к лечебному процессу консультантов: эндокринологов, диетологов, гастроэнтерологов.**

Важно не только удаление каменистых образований из мочевого тракта, но и предотвращение рецидивов камнеобразования, назначение соответствующей терапии, направленной на коррекцию нарушений обмена веществ для каждого конкретного пациента.

Почечная колика возникает внезапно на фоне общего благополучия, без видимых причин, днем или ночью, в состоянии покоя или при движении.

**Для купирования почечной колики необходимо восстановления оттока мочи.**

Применяемые препараты нацелены на несколько эффектов:

- обезболивание;
- уменьшение диуреза (объёма мочи, выведенной за определенный промежуток времени) на стороне поражения;
- снятие отека мочеточника на уровне стояния камня;
- расслабление гладкой мускулатуры мочеточника;
- восстановление выведения мочи из почки посредством хирургического вмешательства.

**Источник:**

Клинические рекомендации «Почечная колика»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N23

Год утверждения (частота пересмотра): 2019

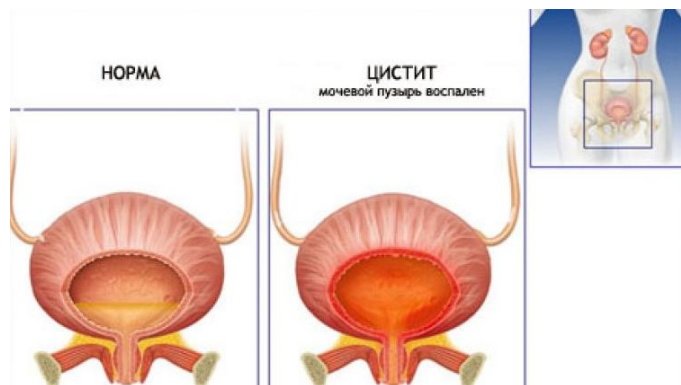
Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2021

Разработчик клинической рекомендации:

«Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



**ЦИСТИТ** – воспаление стенки мочевого пузыря. В большинстве случаев это воспаление вызывается бактериальной инфекцией и является разновидностью инфекции мочевыводящих путей (ИМП). Инфекция мочевого пузыря может быть весьма болезненной и изнурительной, а также может привести к более серьезным проблемам, если восходящим путем попадет в почки.

В редких случаях цистит может являться реакцией на определенные лекарственные препараты, лучевую терапию или другие

раздражители: спреи для женской гигиены, спермицидные гели или долгосрочное использование мочевого катетера. Цистит также может быть осложнением другого заболевания.

### Симптомы и признаки цистита

- внезапные и очень сильные позывы к мочеиспусканию;
- ложные позывы на мочеиспускание;
- жжение и боли при мочеиспускании;
- частые мочеиспускания, малым количеством мочи;
- капли крови в конце мочеиспускания;
- мутная моча и/или моча с резким неприятным запахом;
- дискомфорт в области малого таза;
- болезненные ощущения в нижней части живота;
- субфебрильная температура тела (от 37 до 38°C).

**Немедленно обратитесь за медицинской помощью, если у вас есть симптомы, характерные для почечной инфекции, в частности:**

- боль в спине или в боку;
- лихорадка, т.е. повышение температуры тела свыше 38°C и озноб;
- тошнота и рвота;
- частые, болезненные мочеиспускания, длящиеся более нескольких часов;
- кровь в моче.

**Если вы только что закончили курс лечения, а симптомы уже вернулись – обратитесь к врачу сразу же.**

### Бактериальный цистит

Инфекции мочевых путей обычно возникают, когда бактерии извне проникают в мочевыводящие пути через уретру и начинают там размножаться. Чаще всего цистит бывает вызван бактериями кишечной палочки.

Бактериальный цистит может возникнуть у женщин после полового акта. Но даже сексуально неактивные девушки и женщины подвержены инфекциям нижних мочевых путей, потому что мочевые пути женщины находятся близко к естественным очагам инфекции – влагалищу и прямой кишке.

### Факторы риска

Прежде всего, фактором риска является женский пол – короткая уретра делает женщин более уязвимыми перед этим заболеванием.

Среди женщин наибольшему риску инфекций мочевых путей подвержены те, кто:

1. Сексуально активны. Половой акт может привести к восхождению бактерий через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь.
2. Переохлаждение ног и/или всего организма – снижают естественные факторы защиты организма от инфекции.

3. Используют некоторые средства контрацепции. Женщины, которые используют внутривлагалищные средства контрацепции – чаще болеют циститом.
4. Беременность. Гормональные изменения во время беременности могут увеличить риск цистита.
5. Находятся в менопаузе. Снижение уровня женских половых гормонов в климаксе часто провоцируют ИМП.

К другим факторам риска цистита у мужчин и женщин относятся:

1. Препятствие оттоку мочи. Оно может быть вызвано камнем в мочевом пузыре или увеличенной простатой (у мужчин).
2. Изменения в иммунной системе. Они происходят при таких заболеваниях, как диабет, ВИЧ-инфекция и химиотерапия рака. Подавление иммунной системы увеличивает риск бактериального и, в некоторых случаях, вирусного цистита.
3. Длительное использование мочевых катетеров. У пожилых людей и людей с некоторыми заболеваниями может возникнуть необходимость длительного использования мочевых катетеров. Это нередко приводит к повышенной уязвимости перед бактериальными инфекциями, а также прямому повреждению тканей мочевого пузыря.

### Осложнения цистита

Инфекция из воспаленного мочевого пузыря может попасть в почки восходящим путем, что, в свою очередь, может вызвать пиелонефрит (инфекционное воспаление почек) и даже необратимое повреждение почечной ткани, однако это случается редко.

**Если у вас есть симптомы, характерные для цистита, вам следует записаться на прием к врачу.**

Сначала вас должен осмотреть врач общей практики, а затем, если он сочтет нужным, вы будете направлены к врачу-урологу или врачу-нефрологу. В ожидании времени приема вы можете составить список, который сократит и оптимизирует время общения с врачом:

- запишите свои симптомы, в том числе те, которые кажутся вам не связанными с циститом;
- составьте список всех лекарств, витаминов или пищевых добавок, которые вы принимаете;
- запишите вопросы, которые хотели бы задать своему врачу.

### Диагностика цистита

Помимо расспросов о ваших симптомах и физикального осмотра, ваш врач может рекомендовать определенные анализы и тесты, такие как:

1. Заполнение опросника симптомов острого цистита, который поможет врачу поставить точный диагноз.
2. Заполнение дома в течение 2-х суток дневника мочеиспускания, в котором отражены частота, количество и особенности ваших мочеиспусканий.
3. Общий анализ мочи или тест-полоски.
4. Анализ мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам. При подозрении на инфекцию мочевого пузыря врач может назначить анализ мочи на стерильность, который покажет вид бактерий в моче, их количество и их чувствительность к антибиотикам.
5. Цистоскопия. Во время этого исследования врач вводит цистоскоп – тонкую трубку с подсветкой и видеокамерой, через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь, и осматривает его изнутри для изучения структурных аномалий и признаков воспаления.
6. При цистоскопии врач может также взять небольшой образец ткани (биопсию) из подозрительного места для морфологического исследования. Однако цистоскопия показана далеко не всем больным с циститом, а только некоторым пациентам с рецидивирующим или небактериальным циститом.
7. Визуализирующие методики. Эти методы исследования тоже требуются далеко не всем пациентам, а только тем, у которых не удастся обнаружить иными способами причину рецидивов ИМП. Например, обзорная рентгенография живота, или УЗИ органов брюшинного пространства могут выявить структурные аномалии мочевого пузыря, мочеточников и почек. В некоторых



случаях перед рентгенографией проводится контрастирование, восходящим (цистография) или нисходящим (внутривенная урография) путем.

### Лечение цистита

Цистит, вызванный бактериальной инфекцией, обычно лечат с помощью антибиотиков. Лечение неинфекционного цистита зависит от его причины.

Антибиотиками первой линии являются препараты, активные против кишечной палочки или тех бактерий, которые были найдены в моче при посеве.

Первичная инфекция. Симптомы обычно заметно улучшаются уже в первые дни лечения, однако необходимо знать, что даже если вы приняли только одну дозу антибиотика, что сейчас является препаратом первой линии терапии, симптомы цистита могут продолжаться до 5 - 7 дней, так как они отражают реакцию вашего организма на микроорганизм.

Повторная инфекция. Если у вас случился рецидив ИМП, врач первичного звена может рекомендовать альтернативные методы лечения – лечение растительными или иммунными препаратами в течение 3-х месяцев, или направит вас к врачу, узкому специалисту: урологу для выявления причины рецидивов. Для некоторых женщин с рецидивирующими бактериальными циститами, может быть полезной однократная доза антибиотика после каждого полового акта; питье жидкости, чтобы выделялось 2,5 литра мочи.

### Образ жизни и домашние средства

Цистит может быть весьма болезненным, но есть простые домашние методы, позволяющие значительно облегчить этот дискомфорт:

1. Используйте грелку. Разместите грелку на нижней части живота, это значительно облегчит боль и тяжесть в области малого таза.
2. Не допускайте обезвоживания. Пейте много жидкости, чтобы выделялось 2,5 литра мочи. Избегайте кофе, алкоголь, кофеинсодержащие безалкогольные напитки, цитрусовые соки; а также острую пищу – до тех пор, пока не утихнут симптомы цистита. Эти вещества могут раздражать мочевой пузырь и усугублять частоту и интенсивность позывов к мочеиспусканию.
3. Принимайте сидячую ванну. Погружайте промежность в горячую воду на 15 - 20 минут, это заметно облегчит боль и дискомфорт.

### Профилактика цистита

Клюквенный сок или морс часто рекомендуются для снижения риска рецидивирующих инфекций мочевого пузыря некоторых женщин. Тем не менее, последние исследования показывают, что эти методы не так эффективны, как считалось ранее.

Вы все же можете попробовать принимать ежедневно клюквенный сок, однако помните, что его нельзя сочетать с варфарином, так как это сочетание может привести к кровотечениям.

Пейте много жидкости, особенно воды.

Мочитесь чаще. При каждом мочеиспускании микроорганизмы с мочой выделяются из организма.

Осторожно омывайте кожу вокруг влагалища и ануса. Делайте это ежедневно, но не используйте раздражающие мыла, и не прилагайте энергичных усилий. На нежной коже вокруг этих областей легко возникает раздражение.

Опорожняйте мочевой пузырь как можно скорее после полового акта и подмойтесь.

Избегайте использования дезодорантов и аэрозолей, а также иной женской косметики на область половых органов. Эти вещества могут раздражать уретру и мочевой пузырь.

#### Источник:

Клинические рекомендации «Цистит у женщин»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N30.0, N30.1, N30.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 14

Разработчик клинической рекомендации:

«Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**СТРИКТУРА УРЕТРЫ** – это сужение мочеиспускательного канала вследствие рубцового поражения стенки уретры.

**Необходимо обратиться к врачу-урологу**, если у вас появился один и несколько симптомов из нижеперечисленных:

- слабый напор струи;
- боль во время мочеиспускания;
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря;
- частые позывы к мочеиспусканию;
- неспособность контролировать мочеиспускание (недержание);
- болевой синдром в области таза и в нижней части живота;
- боль с локализацией в области полового члена;
- острая задержка мочи.



**Диагностика при наличии симптомов нижних мочевых путей включает:**

- заполнение валидизированных опросников, позволяющих оценить степень выраженности симптомов нижних мочевых путей до операции и использовать как инструмент контроля после нее;
- выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) мочевой системы;
- урофлоуметрия и оценка остаточной мочи – метод диагностики перед операцией и в ходе динамического наблюдения после нее для определения причины нарушения мочеиспускания;

**при необходимости:**

- комплексное уродинамическое исследование (КУДИ);
- процедура рентгеноконтрастной диагностики – ретроградная уретрография;
- методика рентгенологического исследования мочевого пузыря и мочевыделительной системы в процессе акта мочеиспускания – микционная цистуретрография;
- метод эндоскопического осмотра просвета и слизистой мочеиспускательного канала и мочевого пузыря – уретроцистоскопия.

**После подтверждения диагноза стриктура уретры необходимо оперативное лечение.**

**Оперативное лечение сложных случаев стриктуры уретры выполняется в экспертных центрах**

После оперативного лечения большинство пациентов выписываются с уретральным или цистостомическим катетерами на период от 7 до 28 дней и более на амбулаторный режим.

Необходимо обратиться к урологу, где выполнялось оперативное вмешательство, в случае:

- повышения температуры тела (признак инфекции мочевых путей);
- неадекватного дренирования мочевого пузыря катетером (обильное подтекание мочи мимо катетера);
- обильные выделения из уретры или области послеоперационной раны и/или наличие неприятного запаха (признак инфицирования).

После успешного оперативного лечения пациенту необходимо наблюдаться с периодичностью 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев в первый год после оперативного лечения, а далее раз в год, так как рецидив заболевания может возникнуть и в более поздние сроки.

Источник:

Клинические рекомендации «Стриктура уретры»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N35

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 651

Разработчик клинической рекомендации:

«Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ (НМ) ПРИ НАПРЯЖЕНИИ** – состояние, характеризующееся произвольным выделением мочи при ежедневных нагрузках, кашле, чихании, смехе.

Это очень распространенная проблема, затрагивающая почти каждую третью женщину. Стрессовое недержание мочи (СНМ) часто встречается как в амбулаторной, так и в клинической практике. Беременность и родоразрешение через естественные родовые пути являются факторами риска развития стрессового недержания мочи. Поэтому СНМ чаще встречается у рожавших женщин. С возрастом, а именно у женщин пожилого и старческого возраста НМ при напряжении наблюдаются чаще, чем у молодых женщин. Однако, в последнее время отмечают тенденцию к увеличению распространенности этого заболевания и среди женщин молодого возраста.

**Признаки недержания мочи** возникают постепенно. Вначале произвольное отхождение мочи отмечают при значительном повышении внутрибрюшного давления, например, при подъеме тяжелых предметов, позднее, – и при малейшем напряжении, независимо от степени наполнения мочевого пузыря.

**УРГЕНТНЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (УНМ)** называют произвольную потерю мочи, возникающую вследствие выраженного неудержимого позыва к акту мочеиспускания. УНМ не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой симптом, который указывает на нарушение способности мочевого пузыря накапливать мочу вследствие различных заболеваний.

**Для диагностики недержания мочи** всегда требуется заполнение дневника мочеиспусканий. Дневник мочеиспусканий ведется в течение не менее 3 дней (от 3 до 7 дней). За это время пациентом вносятся данные относительно времени и объема мочеиспусканий (например, 8:00 – 180 мл мочи), а также времени, объема и характера выпитой жидкости (например, 9:15 – 200 мл кофе), время отхода ко сну и пробуждения, использование урологических прокладок, наличие urgentных позывов к мочеиспусканию и эпизодов недержания мочи, что позволяет рассчитать суточный и ночной диурез, определить наличие или отсутствие ноктурии и никтурии, частоту мочеиспусканий и объем каждого мочеиспускания, тем самым объективно оценить клиническую картину заболевания. В дополнение, учитываются эпизоды потери мочи, их значительность, неудержимые позывы, а также все другое, что пациенты могут считать важным.

**Потеря мочи при напряжении может быть минимизирована или устранена** путем специальных упражнений по укреплению мышц тазового дна или изменением образа жизни (избавление от курения, снижение веса). В случае если эти методы не помогают, Вам может быть предложена лекарственная терапия или операция. УНМ. Врач на основании полученных данных обследования подбирает препарат и режим приема и дозу.

Регулярное выполнение упражнений может быть очень эффективным. Максимальный эффект достигается через 3 - 6 месяцев. Вы можете проконсультироваться с физиотерапевтом, специализирующимся на данных упражнениях.

**Своевременное обращение к врачу, а также устранение факторов риска позволяет успешно справиться с этой деликатной проблемой**

**Источник:**

Клинические рекомендации «Недержание мочи»

Кодирование по МКБ 10: N39.3, R32

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 651: KP8/2

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество урологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)** – доброкачественное увеличение размеров предстательной железы у мужчин, приводящее к сужению нижних мочевыводящих путей с симптомами нарушения мочеиспускания.

**Причины развития ДГП изучены недостаточно.** Тем не менее, многочисленные исследования в этой области доказали, что в основе всех теорий лежит идея гормональной перестройки организма, начинающейся в 45 - 55 лет, и получившей название «мужской климакс». Постепенное увеличение предстательной железы в размерах начинается примерно в 35 - 40 лет и продолжается до глубокой старости. Не менее важной причиной является ослабление сократительной способности мышцы мочевого пузыря.

**Клинически данное заболевание проявляется различными симптомами.** На конечных стадиях ДГПЖ резко возрастает риск возникновения острой задержки мочи – состояния, при котором мочевой пузырь переполнен, пациент испытывает ярко выраженные позывы к мочеиспусканию, а помочиться не может или мочится «по каплям».

Симптомы нарушения мочеиспускания при ДГПЖ:

- ослабление струи мочи;
- прерывистое мочеиспускание;
- затрудненное мочеиспускание;
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания;
- необходимость натуживаться, чтобы начать мочеиспускание;
- задержка мочеиспускания;
- учащенное дневное и ночное мочеиспускание;
- невозможность/большая сложность удержать мочу при возникновении позыва на мочеиспускание.

На начальной стадии заболевания мочевой пузырь после мочеиспускания опорожняется полностью и отсутствует поражение почек. На конечной стадии у пациента появляется «остаточная моча» (неполное опорожнение мочевого пузыря после мочеиспускания), вследствие чего в мочевом пузыре могут образовываться камни и дивертикулы (грыжевые выпячивания стенки пузыря). На фоне нарушения оттока мочи из мочевого пузыря постепенно происходит растяжение мочеточников и почечных лоханок, в которых возникает хроническое воспаление – пиелонефрит. При отсутствии адекватного лечения на конечных стадиях заболевания развивается хроническая почечная недостаточность, представляющая угрозу жизни пациента.

**Минимальный перечень необходимых обследований включает в себя:**

- заполнение специального вопросника – IPSS (международная система суммарной оценки заболеваний простаты в баллах);
- оценка качества жизни по 6-балльной шкале (QOL);
- пальцевое ректальное исследование, в ходе которого уточняется наличие болезненности, консистенция, форма и объем предстательной железы;
- общий анализ мочи;
- определение мочевины и креатинина сыворотки крови;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы с определением наличия и количества остаточной мочи;
- исследование скорости потока мочи (урофлоуметрия);
- дневник мочеиспусканий (запись времени мочеиспусканий и объема выделенной мочи на протяжении 2 - 3 суток);
- определение уровня простатоспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови; Повышение ПСА может свидетельствовать о наличии такого грозного заболевания, как рак простаты;
- при повышении уровня ПСА или подозрении на поражение простаты при пальцевом ректальном исследовании показана биопсия предстательной железы;
- при необходимости рентгеновское или радионуклидное обследования почек.

**Возможными вариантами лечения являются оперативное вмешательство, медикаментозная терапия и динамическое наблюдение.**

Исходя из современных представлений, **медикаментозная терапия** должна назначаться пациентам с ДГПЖ с начальными проявлениями нарушения мочеиспускания без вовлечения в процесс верхних мочевых путей и осложнений, пациентам с относительными и абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению, пациентам, отказавшимся от оперативного лечения или откладывающим его по различным причинам.

**Динамическое наблюдение** допустимо у пациентов с мягкой симптоматикой, качество жизни которых существенно не страдает из-за имеющихся симптомов, и подразумевает контроль анализов крови и мочи, ПСА, результатов УЗИ и урофлоуметрии каждые 6 - 12 месяцев. Динамическое наблюдение, также как и медикаментозное лечение, обязательно включает элементы так называемой **поведенческой терапии** – ограничение приема жидкости в вечерние часы, за три часа до сна отказ от приема продуктов, обладающих мочегонным действием (фрукты, кофе, чай, алкоголь, молочные продукты), коррекцию сопутствующей медикаментозной терапии и т.д.

**Оперативное лечение** показано пациентам с выраженной симптоматикой, вовлечением в процесс верхних мочевых путей, у которых имеются противопоказания к назначению медикаментозной терапии или последняя не дает желаемого эффекта. Абсолютные показания к выполнению операции – повторяющаяся примесь крови в моче, наличие камней в мочевом пузыре, острая или хроническая задержка мочи.

**В зависимости от общего состояния пациента, сопутствующих заболеваний, степени увеличения простаты (ее объема), наличия осложнений и ряда других факторов врач может посоветовать, какая операция больше подходит в каждом конкретном случае.**

**Следует помнить, что любая выбранная тактика, будь то оперативное лечение, динамическое наблюдение или медикаментозная терапия, требует регулярных осмотров и обследований у специалиста для возможной коррекции проводимого лечения**

Источник:  
Клинические рекомендации «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N40  
Год утверждения (частота пересмотра): 2020  
Возрастная категория: Взрослые  
Год окончания действия: 2022  
ID: 6  
Разработчик клинической рекомендации:  
«Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»  
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДМЖ) –**

это группа заболеваний, которая характеризуется широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов. ДМЖ является гормонозависимым заболеванием, обусловленным дисбалансом в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе.

**К факторам риска** ДМЖ относятся: низкий индекс массы тела в детском и подростковом возрасте, быстрый темп роста в подростковом периоде, чрезмерное употребление в пищу животных жиров, мяса (более 3-х порций в день в подростковом возрасте, алкоголя (в возрасте от 16 до 23 лет), кофеина, дефицит овощей, фруктов, орехов (арахис), пищевых волокон (в подростковом возрасте), гиподинамия, комбинированная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) более 8 лет, врожденные и приобретенные генетические изменения

**ДМЖ может иметь бессимптомное и симптомное течение.** Клинические проявления ДМЖ включают мастодинию (субъективные болевые ощущения в молочных железах различной интенсивности), уплотнения в молочных железах и выделения из сосков.

### **САМООБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Обследование лучше проводить в один и тот же день менструального цикла, так как в течение месяца происходят изменения размера и структуры груди. Самое подходящее время – на 5 - 6 день от начала менструаций, а при наступлении менопаузы – в один и тот же день каждого календарного месяца. Проводите у себя обследование ежемесячно, но не чаще – иначе изменения могут всякий раз быть слишком незначительными, чтобы Вы их заметили. Проводите обследование при хорошем освещении.

Приступая к самообследованию, постарайтесь успокоиться и расслабиться. Относитесь к этому как к обычной гигиенической процедуре. Помните, что большинство обнаруженных в молочной железе изменений являются доброкачественными.

Обследование состоит из 6 этапов, но при правильной и последовательной организации занимает немного времени.

#### **Первый этап: осмотр белья**

Незначительные выделения из соска могут оставаться незамеченными на его поверхности, но оставлять следы на бюстгалтере. Поэтому необходимо его тщательно осмотреть: нет ли на нем следов выделения из соска в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корок.

#### **Второй этап: общий вид желез**



1. Разденьтесь до пояса, встаньте перед зеркалом. Свободно опустите руки. Внимательно осмотрите в зеркале каждую грудь. Проверьте, нет ли каких-то изменений величины, формы, контуров груди (одна грудь может быть немного больше, это нормально). Обратите внимание на симметричность обеих желез, расположены ли железы на одном уровне, равномерно ли они перемещаются при поднятии и заведении рук за голову, наклонах, поворотах направо и налево. Нет ли фиксации или смещения одной из желез в сторону.



2. Поднимите руки перед зеркалом вверх. Снова осмотрите по очереди молочные железы, обращая внимание на смещение их кверху, в стороны или книзу; изменение формы с локальным выбуханием или втяжением кожи, или соска; появление капель жидкости из соска при сжатии его двумя пальцами.

#### **Третий этап: состояние кожи**

Эластична ли кожа, хорошо ли она собирается в складку?

Отмечаются ли изменения цвета, наличие покраснений всей поверхности или отдельных участков, сыпи, опрелости, изменений, напоминающих «лимонную корку». Проверьте, нет ли уплотнений, выбуханий, ямочек или бугорков, втянутости, изъязвлений и сморщенности кожи.

Не следует брать ткань молочной железы в складку между пальцами, так как из-за ее дольчатого строения может создаться ошибочное впечатление опухолевого уплотнения.

#### Четвертый этап: ощупывание в положении стоя



Этот этап удобно проводить в душевой комнате намыленными пальцами рук. Правой рукой исследуйте левую грудь, а левой – правую. Пальпация проводится подушечками, а не кончиками пальцев, четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами, круговыми проникающими пружинящими движениями. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы противоположная рука поддерживает ее.

Вначале проводится так называемое поверхностно-ознакомительное прощупывание, когда подушечки пальцев не проникают в толщу железы, что дает возможность выявить небольшие образования, расположенные непосредственно под кожей. Затем проводится глубокое прощупывание, когда подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Пальпацию следует проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая подмышечную область, где возможно обнаружение увеличенных лимфоузлов.

#### Пятый этап: ощупывание в положении лежа



Это наиболее важная часть самопроверки, потому что только так можно хорошо прощупать все ткани. При этом отмечают, каковы молочные железы наощупь под пальцами и запоминают эти ощущения.

Пальпацию проводят, лежа на сравнительно твердой, плоской поверхности; можно подложить под обследуемую железу валик или жесткую подушку, руку вытянуть вдоль туловища или завести за голову.

#### Предлагается два метода пальпации:

1. Метод квадратов, когда вся поверхность передней грудной стенки от ключицы до реберного края и молочная железа мысленно разделяются на небольшие квадраты. Ощупывание проводится последовательно в каждом квадрате сверху вниз как бы по ступеням.

2. Метод спирали, когда прощупывание молочной железы проводится по спирали в виде концентрически сходящихся окружностей, начиная от подмышки и до соска. Подушечки пальцев совершают круговые движения, перемещаясь в направлении соска.



#### Шестой этап: обследование соска



При осмотре сосков необходимо определить, нет ли изменений их формы и цвета, не втянуты ли, не мокнут ли, нет ли изъязвлений или трещин. Необходимо прощупать сосок и подсосковую область, так как под соском может быть пропущена опухоль. Эта зона у женщин довольно чувствительна и у некоторых сопровождается неприятными ощущениями.

В заключение нужно осторожно взять сосок большим и указательным пальцами и надавить на него, отмечая при этом характер выделений из него или отсутствие их.

**Если Вы полагаете, что с момента последнего осмотра произошли заметные изменения, Вы должны незамедлительно обратиться к врачу.**

**Не откладывайте на потом посещение врача, от этого может зависеть Ваша жизнь.**

**Даже злокачественную опухоль можно победить, начав лечение на раннем этапе**

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ

Питание является важнейшим биологическим фактором, от которого в значительной степени зависит работа всех систем человеческого организма. Существует даже афоризм: «Человек есть то, что он ест». И в самом деле, женщины должны ответственно относиться к своему здоровью, сохранять энергию, психоэмоциональное настроение для того огромного количества дел, которые ежедневно предстоит решать. Разумное отношение к окружающему поможет снизить риск заболеваний молочной железы, в том числе, путем тщательного отбора продуктов своего питания. Перечисленные ниже рекомендации предложены для снижения риска заболеваний молочной железы, в том числе рака.

1. Избегайте избыточного веса. Чтобы достичь и поддерживать нормальный вес, ограничьте ежедневное потребление калорий, сделайте более частые приемы пищи, но небольшими порциями. Физическая нагрузка должна быть обязательной каждый день, занятия гимнастикой по меньшей мере полчаса три – четыре раза в неделю.
2. Сократите общее потребление жира до 30% от общего количества калорий. Ограничьте потребление насыщенного жира, уменьшая порции мяса, яиц, сыра и других животных продуктов.
3. Включите не менее 5 порций разнообразных свежих фруктов и зеленых и желтых овощей в свой ежедневный рацион.
4. Потребляйте больше продуктов с высоким содержанием клетчатки, таких как продукты из цельного зерна, бобовые, фрукты и овощи.
5. Если вы употребляете алкогольные напитки, ограничьте их прием до 150 г вина, или 350 г пива, или не более 45 г более крепких напитков в день.
6. Сведите до минимума потребление копченых и соленых продуктов и пищи, обработанной нитритами.
7. Принципы, которых следует придерживаться для достижения цели сохранения здоровья самым простым способом, несложны. Коротко их можно изложить следующим образом:
  - Вводите новые изменения в диету, постепенно уменьшая порции.
  - Употребляйте больше фруктов и овощей.
  - Пробуйте готовить по новым рецептам.
  - Узнавайте состав продуктов, которые вы едите.
  - Подсчитывайте количество: следите за тем, что вы едите.
  - Потребляйте достаточное количество клетчатки овощей и фруктов.
  - Находите замену жирным продуктам.

### **Принцип № 1: Вводите новые изменения в диету постепенно.**

Основное правило для обеспечения продолжительных изменений в диете состоит в том, чтобы ничего не усложнять и производить изменения постепенно. Этот процесс привыкания к системе питания можно сравнить с тем, как вы постепенно все меньше добавляете соли в свою пищу или меньше сахара в кофе. Безусловно, сначала вы замечаете разницу и, вероятно, вам это не нравится. Но, в конце концов, Вы станете считать этот новый вкус «нормальным». В самом деле, вам будет не хватать старомодного вкуса жирной пищи, когда вы начнете постепенно исключать ее из своего рациона, но это желание не продлится долго и будет компенсировано тем, что вы станете стройнее и здоровее.

Большинство врачей и исследователей сходятся во мнении: если изменения происходят медленно, то больше шансов, что они прочно войдут в жизнь человека. Например, для Вас и Вашей семьи будет мало пользы, если вы исключите совсем сливки, сливочное масло или сыр из рациона, будучи не готовыми к изменению привычек. Это была бы бессмысленная и слишком большая ломка. Все должно быть в меру.

Как начать есть более здоровую пищу? Ответ таков: на пути к этому нужно сделать несколько маленьких шагов. Вводите небольшие количества новых видов овощей в супы, в тушеную пищу, в салаты, в жареные блюда. И как только Вы привыкнете к этому новому вкусу, можно постепенно каждый раз увеличивать количество этих компонентов в вашем рационе.



## Принцип № 2: Ешьте больше фруктов и овощей.

Каждая женщина должна стремиться включать в рацион по пять, лучше – девять порций фруктов и овощей ежедневно. Как обнаружили многие женщины, можно есть больше этой пищи, обладающей защитными свойствами, и не набирать вес. Тогда что же такое порция? Давайте рассмотрим, что рекомендуют специалисты, основываясь на том среднем количестве, которое обычно съедается за один раз.

Порция фруктов и овощей:

- a) 1 свежий фрукт среднего размера
- b) 3/4 чашки или примерно 170 г стопроцентного сока (например, томатного или апельсинового);
- c) 1 чашка сырых листовых овощей;
- d) 1/2 чашки нарезанных кубиками или приготовленных фруктов;
- e) 1/4 чашки сухофруктов.

Приведем несколько способов, с помощью которых Вы можете ежедневно приготовить себе 5 - 9 порций. Каждая порция фруктов и овощей богата своим собственным уникальным набором биохимических веществ и обладает потенциалом снижения риска заболеваний молочной железы. Большая часть этих растительных веществ является жизненно важной, если мы хотим быть здоровы. Наши организмы неспособны вырабатывать значительное количество этих химических веществ. Чтобы иметь их в достаточном количестве, мы должны обеспечивать себя потреблением широкого ассортимента продуктов питания растительного происхождения.

Итак, некоторые примеры:

**Завтрак.** Порция может состоять из:

- a) 1 чашки апельсинового сока;
- b) 1/2 чашки нарезанных бананов, клубники или черники с кашей;
- c) несколько штук кураги или 60 г изюма;
- d) 1/2 грейпфрута или какого-нибудь другого фрукта.

Если Вы обычно убегаете из дома без завтрака, необходимо постепенно отвыкнуть от этой привычки. Исследования показывают, что те, кто пропускает завтрак, обычно набирают пропущенные калории позднее, днем, наедаясь пищей с высоким содержанием жиров. Необходимо в своем графике найти время для ежедневных 5 - 9 порций фруктов и овощей.

**Легкая закуска** (в любое время дня). Порция может состоять из фруктов – например, небольшой веточки винограда, яблока, груши, апельсина или мандарина. Постарайтесь брать с собой на работу пакетик изюма или 100 г моркови. Такое количество фруктов и овощей может считаться порцией. А можно ли иногда увеличить порцию в два раза? Если у Вас такое настроение, съешьте апельсин или яблоко. При этом Вы добавите только несколько калорий, что не идет ни в какое сравнение, если вы съедите два пирожка или два кусочка сала.

**Обед.** Это прекрасное время для того, чтобы съесть порцию фруктов и овощей. Возьмите себе за правило есть за обедом зеленый салат или салат из свежей капусты, моркови и лука. Сделайте салат из свежих овощей: нарезанной красной редиски, помидоров, огурцов, нарезанных соломкой красных, зеленых или желтых перцев. Вы можете подать на стол горячие овощи в любом сочетании, например, попробуйте потушить кабачок, кукурузу, помидоры с базиликом. В овощи можно добавлять различные специи, травы, соусы, не содержащие жира, и приправы для усиления вкуса овощей.

**Десерты.** Добавьте в обезжиренный йогурт или кефир свежие фрукты. Вы можете сделать любое сочетание свежих фруктов, смешать с небольшим количеством фруктового сока. Приготовьте этот фруктовый салат за полчаса до обеда.

**Соки.** Любая попытка извлечь только сок из сочетания фруктов и (или) овощей обычно ведет к значительной потере питательных и биохимических веществ. Принимая во внимание, что растительная пища наделена свойствами, способными улучшать наше здоровье, такая потеря клетчатки и биохимических веществ нежелательна. Очевидно, что пить соки желательнее с мякотью.

Отсутствие питательной мякоти овощей или фруктов, ценной клетчатки и биохимических веществ лишают ценности фруктов и овощей.

### **Принцип № 3: Пробуйте готовить по новым рецептам.**

Первый шаг в открытии новых рецептов с последующим включением их в Ваш стиль жизни заключается в том, чтобы уловить разницу между относительно здоровой и нездоровой пищей. Вообще, чем больше сливочного масла, сливок или растительного масла требуется для приготовления пищи по рецепту, тем вероятнее, что именно жиры составляют основную массу калорий.

Большинство кулинарных книг сообщают количество граммов жиров, содержащихся в одной порции блюда. Обязательно возьмите себе за правило находить эту информацию. Естественно, чем ниже общее содержание жиров, тем лучше. В рецептах блюд из диеты, направленной на снижение риска заболевания раком, значительное место должно отводиться овощам, фруктам, зерновым и относительно маленькое – мясу.

Нет необходимости жертвовать удовольствием ради хорошего здоровья. Еда – одна из настоящих радостей жизни. Никому не хочется чувствовать себя обделенным или есть пищу, напоминающую по вкусу картон. В большинстве рецептов, основу которых составляют овощи, можно легко поменять компоненты, если, например, Вы не любите какой-то вид растительной пищи.

### **Принцип № 4: Потребляйте нужное количество клетчатки.**

Клетчатка – это нечто большее, чем овощи, проходящие непереваренными через кишечник. Это активная масса, выводящая активный эстроген и другие опасные вещества из нашего организма. Потребление витаминов и минеральных солей может не дать желательный эффект, если вы едите больше 35 г клетчатки в день. Что означает ежедневное потребление такого количества клетчатки? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо определить, какие продукты содержат клетчатку.

#### ***Несколько примеров пищевых продуктов с большим содержанием клетчатки***

Продукт	Содержание клетчатки, г
Изюм (3/4 чашки)	5,0
«Настоящий» хлеб	6,0
Шпинатная паста (1 чашка)	5,2
Картофель для тучных	8,0
Лапша	5,3
Флотский бобовый суп (банка 285 г)	11,0
Чечевичный суп	5,9
Печеный картофель в кожуре (большой)	4,2
Кукуруза вареная (1/2 чашки)	3,1
Инжир сушеный	5,3
Яблоко с кожурой (большое) или груша	4,7
Апельсин (средний)	3,1
Воздушная кукуруза (3 чашки)	3,9
Фасоль (3/4 чашки)	14,2

Если Вы увеличите потребление фруктов, овощей и зерновых, потребление клетчатки тоже увеличится. Например, 5 - 9 ежедневных порций любых фруктов и овощей добавят к Вашему рациону несколько граммов клетчатки. Фактически любое включение хлеба с отрубями или бобов в ежедневный рацион легко повысит ежедневное потребление клетчатки до необходимого уровня – 25 - 30 г. Но нужно быть осторожным. Особенно важно включать в рацион клетчатку постепенно. Нередко избыток ее сочетается с газообразованием в кишечнике, что приводит к вздутию живота или к расстройству желудка. Иногда также может появиться запор, особенно если продукты с высоким содержанием клетчатки запивают недостаточным количеством жидкости. Однако волноваться не следует. Кишечные бактерии, которые являются причиной этих побочных эффектов, постепенно приспосабливаются к повышенному количеству клетчатки, и неприятные симптомы вскоре или уменьшаются, или исчезают совсем.

### **Принцип № 5: Находите замену жирным продуктам.**

Принцип замены можно с успехом применять по многим направлениям. Приведем некоторые примеры.

**Мясо.** Блюда, основой которых является мясо, заменяйте блюдами, основой которых являются овощи, или просто сокращайте количество мяса в рецептах. Всегда выбирайте постные куски мяса или срежьте видимый жир. Избегайте любой жареной пищи.

**Молочные продукты.** По возможности избегайте продуктов из цельного молока, выбирая продукты из обезжиренного молока или с 1% жира.

**Овощи.** Во многих рецептах продукты, содержащие жир, можно заменить слегка тушенными или сырыми овощами. Их не следует переваривать и тушить с большим количеством жира.

Как уже говорилось, Ваш рацион является краеугольным камнем в общей стратегии по уменьшению риска заболеваний молочной железы, в том числе раком груди. Ни у каких других подходов нет таких преимуществ, как самоконтроль рекомендуемых изменений. Эти изменения просты и необременительны. Вы можете изменить свой рацион уже сегодня, с целью предупреждения заболевания не только раком груди, но и другими видами рака. Перемены в питании могут предохранить от этой болезни всю Вашу семью.

**КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К АНАЛИЗУ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА –** гормона гипофиза, который отвечает за рост молочных желез и обеспечивает выработку грудного молока у женщин.

1. Уровень пролактина определяется по анализу крови, который берут из вены утром натощак, но не менее чем через 3 часа после пробуждения.
2. Женщинам рекомендуется сдавать анализ в первую фазу менструального цикла (на 5 - 7 день). Исключается гинекологическое обследование и осмотр молочных желез перед взятием крови. Перед анализом на пролактин также будьте осторожны с грудью – не допускайте ее травмирования.
3. За день до исследования необходимо воздержаться от сексуальных контактов, посещения сауны или бани и употребления алкоголя.
4. Не рекомендуется сдавать анализ на пролактин после стрессовой ситуации. Поэтому при психологических стрессах любого характера отложите анализ на пролактин хотя бы на 3 - 4 дня.
5. Рекомендуется исключить курение в течение часа перед проведением анализа и находиться в состоянии покоя около 15 мин. перед забором крови на анализ.
6. За день до анализа и в день сдачи крови необходимо исключить физические нагрузки.
7. Если Вы принимаете какие-либо лекарственные препараты, **ОБЯЗАТЕЛЬНО** сообщите об этом врачу, назначившему анализ на пролактин. Существует ряд лекарственных препаратов, которые повышают содержание пролактина в крови (гормональные контрацептивы, противорвотные средства, большинство нейролептиков и трициклических антидепрессантов и др.).

**Очень важно соблюдать все рекомендации при проведении исследования на определение уровня пролактина. В противном случае анализ может показать уровень пролактина выше нормы из-за неправильной подготовки к сдаче крови, что дезинформирует Вашего лечащего врача.**

**Источник:**

Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3,  
N60.4, N60.8, N60.9, N63, N64.4

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 598

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

- Общероссийская общественная организация «Российское общество онкомаммологов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

– это группа воспалительных заболеваний органов верхних отделов женского репродуктивного тракта. Они развиваются в результате проникновения инфекции из влагалища и шейки матки в полость матки, яичники или фаллопиевы трубы.

**К возбудителям ВЗОМТ относят** гонококки, хламидии, а также при снижении иммунитета – условно-патогенные микробы. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов способствуют развитию устойчивости к антибиотикам, что обуславливает сложность лечения этой группы заболеваний.

При отсутствии своевременной диагностики и лечения могут развиваться долгосрочные последствия ВЗОМТ, такие как бесплодие, невынашивание беременности, спаечный процесс, хроническая тазовая боль, внематочная беременность.

**К факторам риска развития ВЗОМТ относят** молодой возраст (до 25 лет), частая смена половых партнеров, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у женщины или ее партнера, акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические процедуры, введение внутриматочной спирали (в течение последних 3 недель).

**Основные симптомы ВЗОМТ:** гнойные выделения из влагалища, ациклические кровянистые выделения из половых путей, боль в нижней части живота разной степени интенсивности, лихорадка и озноб, болезненное мочеиспускание, тошнота и рвота, боли при половых контактах. Наличие одного из этих или симптомов не означает, что у вас ВЗОМТ. Это может быть признаком и других серьезных патологических состояний, таких как аппендицит или внематочная беременность.

### **При наличии перечисленных симптомов вы должны обратиться к гинекологу**

Необходимо пройти **обследование** (мазки из влагалища и шейки матки, анализы крови, ультразвуковое исследование, а также в некоторых случаях МРТ, биопсия эндометрия, лапароскопия).

**Основное лечение** – антибиотикотерапия (1 или более видов препаратов).

**Необходимо придерживаться рекомендаций вашего врача и провести назначенную терапию.**

**При необходимости требуется госпитализация и хирургическое вмешательство.**

Половые партнеры женщин с ИППП должны получать терапию, даже при отсутствии симптомов.

**Для профилактики ВЗОМТ** необходимо использовать презервативы для предотвращения рисков ИППП, а также ограничить количество сексуальных партнеров.

#### Источник:

Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N70, N71, N73

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 20223

ID: 643

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ПРОЛАПС)** – заболевание, при котором нарушается размещение матки и стенок влагалища и наблюдается перемещение половых органов к влагалищному входу или они выпадают за его пределы.



В норме мочевой пузырь, матку, влагалище, прямую кишку удерживают связки и мышцы. Однако естественное положение органов малого таза может быть нарушено травматическими родами, хроническими заболеваниями, вследствие генетических предпосылок, снижения уровня женских половых гормонов и т.д.

Опушение и выпадение матки и других органов является прогрессирующим заболеванием, но изначально протекает довольно медленно и без ярко выраженных симптомов, поэтому его замечают на более поздних стадиях.

**Основными жалобами, приводящими женщину к врачу акушеру-гинекологу** при опущении стенок влагалища и выпадении матки различной степени, являются: дискомфорт при ходьбе, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, нарушение стула.

**Главное при опущении матки и стенок влагалища – не терпеть неудобства и своевременно обратиться к врачу для проведения лечения.**

Врач оценивает структуру стенок и опорного аппарата влагалища, состояние матки и ее шейки. Выполняют общий анализ и посев мочи, посев мазка, УЗИ органов малого таза, цистоскопию (осмотр мочевого пузыря специальным тонким инструментом изнутри).

Недержание мочи проверяют кашлевой пробой. Женщина на гинекологическом кресле с полным мочевым пузырем, по команде врача, начинает кашлять. Если сопротивление мочеиспускательного канала из-за ослабших связок и чрезмерной подвижности недостаточно, то происходит непроизвольное выделение мочи. Иногда врач имитирует внутрибрюшное давление нажатием зажимом со скрученной салфеткой на дно и заднюю стенку мочевого пузыря.

При значительном нарушении мочеиспускания выполняют комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Им оценивают функцию мочевого пузыря, тонус, чувствительность и сократительную способность его стенок. При значительном опущении мочевого пузыря КУДИ не выполняют, поскольку естественная анатомия нарушена.

Опушение стенок влагалища и выпадение матки лечится. При данной патологии возможно консервативное лечение. Оно заключается в специальной лечебной физкультуре, направленной на укрепление мышц тазового дна, ношении маточного кольца (пессария), которое вводится во влагалище и удерживает шейку матки в правильном положении. Но это является временным решением проблемы.

Радикальный и наиболее эффективный метод лечения опущения стенок влагалища и выпадения матки – хирургическое вмешательство.

Источник:  
Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9  
Год утверждения (частота пересмотра): 2021  
Возрастная категория: Взрослые  
Год окончания действия: 2023  
ID: 647  
Разработчик клинической рекомендации:  
- Российское общество акушеров-гинекологов  
- Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»  
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ** – это патологический процесс, при котором происходит избыточное разрастание слизистой оболочки матки, чаще возникающее на фоне задержек менструаций. В большинстве случаев этот процесс не является злокачественным, но при определенных обстоятельствах может привести к раку эндометрия.



Нормальный эндометрий    Гиперплазия эндометрия    Миома матки

Эндометрий циклически изменяется на протяжении каждого менструального цикла в ответ на воздействие гормонов, вырабатываемых в яичниках. Во время первой фазы менструального цикла (фолликулярной фазы) яичники активно вырабатывают женские половые гормоны (эстрогены), это способствует росту эндометрия. Примерно в середине менструального цикла в одном из яичников происходит овуляция, после которой формируется желтое тело (временная эндокринная железа, необходимая для наступления и поддержания беременности), секретирующее гормон-прогестерон. Он необходим для подготовки эндометрия к имплантации эмбриона и его дальнейшего развития. Если беременность не наступает, уровни эстрогена и прогестерона уменьшаются, происходит отторжение слизистой оболочки матки (менструация). Этот процесс имеет циклический характер и повторяется каждый менструальный цикл.

### Почему развивается гиперплазия эндометрия?

В большинстве случаев гиперплазия эндометрия возникает при отсутствии овуляции, на фоне избыточной продукции эстрогена и снижения прогестерона. В этих случаях происходит задержка менструации, эндометрий продолжает расти в ответ на действие эстрогенов. Весь этот процесс может приводить к нарушению клеточной дифференцировки, и является фактором риска развития онкологического процесса.

Гиперплазия эндометрия может проявиться в любом возрастном периоде, но чаще возникает на фоне ожирения, синдрома поликистозных яичников или бесплодия, в период менопаузального перехода, когда овуляция становится редкой, а также в период менопаузы.

Помимо указанных состояний возможно развитие гиперплазии эндометрия при приеме эстрогенных препаратов.

### Факторы риска возникновения гиперплазии эндометрия:

- возраст старше 35 лет;
- отсутствие беременностей и родов в течение жизни;
- позднее наступление менопаузы;
- раннее начало менструаций;
- отягощенный соматический анамнез: сахарный диабет, артериальная гипертензия;
- ожирение;
- курение;
- семейный анамнез рака яичников, толстой кишки или матки.

Диагноз гиперплазия эндометрия окончательно ставится на основании результатов патологоанатомического исследования ткани эндометрия.

### Выделяют два типа гиперплазии эндометрия:

- доброкачественная гиперплазия эндометрия;
- предраковые изменения эндометрия.

Наиболее частый симптом гиперплазии эндометрия – аномальное маточное кровотечение.

**При возникновении хотя бы одного из нижеперечисленных симптомов, вам следует обратиться к акушеру-гинекологу:**

- обильное кровотечение со сгустками во время менструации;
- менструация более 8 дней (обычно после задержки менструации);
- менструальные циклы короче 21 дня (считая с первого дня менструального цикла до первого дня следующего);
- межменструальные кровотечения;
- любое кровотечение на фоне постменопаузы.

При наличии кровотечения необходимо проведение ультразвукового исследования органов малого таза с измерением толщины эндометрия.

Для окончательного установления диагноза и остановки кровотечения проводится биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание с последующей оценкой эндометрия под микроскопом.

Гиперплазию эндометрия можно лечить препаратами прогестерона, как путем введения гормональной спирали, так и путем перорального или вагинального. Длительность терапии определяется индивидуально и зависит от возраста и типа гиперплазии.

**При выявлении предраковой формы гиперплазии эндометрия возможно удаление матки.**

Источник:  
Клинические рекомендации «Гиперплазия эндометрия»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N85.0, N85.1  
Год утверждения (частота пересмотра): 2021  
Возрастная категория: Взрослые  
Год окончания действия: 2023  
ID: 646  
Разработчик клинической рекомендации:  
- Российское общество акушеров-гинекологов  
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**БЕСПЛОДИЕ** – заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером.

Вероятность зачатия самая высокая в первые месяцы незащищенного полового акта и постепенно снижается. Примерно у 80% супружеских пар беременность наступает в течение первых 6 месяцев.

Время зачатия увеличивается с возрастом. Способность к зачатию у женщин значительно снижается после 35 лет. У мужчины параметры спермы также снижаются после 35 лет, но способность к оплодотворению яйцеклетки может не изменяться до 50 лет.

Вероятность зачатия возрастает с частотой полового акта каждые 2 дня. У мужчин с нормальным качеством спермы, ее концентрация и подвижность остаются нормальными даже при ежедневной эякуляции.

Вероятный интервал зачатия определяют, как 6-дневный интервал, заканчивающийся в день овуляции. Но, наиболее оптимальное время для зачатия, это последние 2 - 3 дня перед овуляцией, определяемой по мочевому тесту. Определение оптимального интервала зачатия наиболее актуально у супружеских пар с редкими половыми актами.

Использование вагинальных смазок на водной и силиконовой основе, а также оливковое масло, могут ухудшать выживаемость сперматозоидов и снижать вероятность зачатия.

Нет никаких доказательств, что положение тела во время полового акта и после него может влиять на вероятность зачатия.

Здоровый образ жизни, правильное питание, нормальная масса тела могут увеличить вероятность зачатия у женщин с овуляторной дисфункцией. Время зачатия увеличивается в 2 раза при ожирении.

Женщина, планирующая беременность, должна до зачатия и до 12 недель беременности принимать фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сутки для снижения риска аномалий нервной трубки у плода.

Потребление алкоголя и кофеина (более 5 чашек в день) может отрицательно влиять на возможность наступления беременности.

Во время беременности потребление кофеина более 200 - 300 мг (2 - 3 чашки) увеличивает риск самопроизвольных выкидышей, но не влияет на риск врожденных аномалий плода.

Курение ускоряет возрастное снижение запаса фолликулов в яичниках. У курящих женщин менопауза наступает на 1 - 4 года раньше, чем у некурящих.

Посещение сауны не снижает шансы на зачатие у женщины и безопасно при неосложненной беременности. У мужчин образ жизни целесообразно направить на уменьшение тепловых воздействий на яички.

Мужчина или женщина, планирующие беременность и имеющие хронические вирусные инфекции, такие как гепатит В, гепатит С или ВИЧ, должны быть направлены в специализированные центры, имеющие соответствующий опыт и возможности для обеспечения адекватного наблюдения с оценкой всех рисков в отношении рождения здорового потомства.

Для женщин моложе 35 лет консультации акушера-гинеколога для обследования и лечения следует начинать после 12 месяцев безуспешных попыток естественного зачатия. Для женщин старше 35 лет – через 6 месяцев.

Для обследования в связи с отсутствием беременности супружеской паре необходимо обратиться к врачу - акушеру-гинекологу и врачу-урологу для первичной консультации.

Обследование супружеской пары начинают одновременно: женщина – у гинеколога, мужчина – у уролога. Обследование проводят амбулаторно.

#### **Обследование для выявления причины бесплодия у женщины включает:**

- беседу с врачом для оценки жалоб и данных о характере менструаций, ранее перенесенных заболеваниях, предшествующем лечении;
- исследование на наличие инфекций;



- оценку овуляции (по данным мочевого теста на овуляцию и уровню прогестерона в крови, определяемому за 6 - 7 дней до предполагаемой менструации);
- оценку проходимости маточных труб по данным рентгенологического исследования (гистеросальпингографии или эхогистеросальпингоскопии);
- оценку матки и ее придатков по данным ультразвукового обследования (размеры матки, яичников, количество фолликулов в яичниках);
- оценку уровня половых гормонов, гормонов щитовидной железы.

По уровню антимюллера гормона (АМГ) врач оценивает запас фолликулов в яичниках. Это важно для определения дальнейшего лечения.

Обследование мужчины начинают с анализа спермы. Это самый важный показатель. Дальнейший перечень обследования определяет врач-уролог.

Обследование занимает 1 - 2 месяца. **По результатам обследования врач назначает лечение.** В 10 - 15% случаев у супружеской пары не удастся установить причину бесплодия. У таких пар самым **эффективным методом лечения является ЭКО.**

В настоящее время ЭКО – самый эффективный метод достижения беременности не только у супружеских пар с неустановленной причиной бесплодия, но и при всех остальных причинах отсутствия беременности как у женщин, так и у мужчин.

#### **Программа ЭКО включает:**

- стимуляцию яичников, для того чтобы вызвать рост не одного, а нескольких фолликулов и получить несколько яйцеклеток для оплодотворения;
- пункцию фолликулов и забор яйцеклеток,
- оплодотворение яйцеклеток спермой;
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки.

Результат программы ЭКО оценивают через 14 дней по мочевому тесту на беременность или по уровню ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) в крови – гормон, который активно вырабатывается клетками оболочки плода (хориона) сразу после того, как он прикрепляется к стенке матки.

Ожидаемая частота наступления беременности у женщин до 35 лет составляет около 30%. После 35 лет этот показатель снижается в 2 раза, а после 40 лет достигает минимальных значений. С возрастом организм женщины стареет, и, хотя запас фолликулов в яичниках еще есть, начинают созревать яйцеклетки, неспособные дать нормальный генетический потенциал эмбриону. При переносе таких эмбрионов в полость матки беременность не наступает или прерывается на раннем сроке.

**Необходимость подготовки к программе ЭКО и перечень лечебных мероприятий определяет врач по результатам амбулаторного обследования.**

Женщинам с ожирением (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) рекомендовано снижение массы тела и коррекция метаболических нарушений. Нормальный вес – залог большего успеха ЭКО.

При выявлении патологии в полости матки (полипы, подслизистые миомы, синехии) необходимо проведение хирургической гистероскопии, при подозрении на эндометриоз, опухоли яичников – хирургической лапароскопии.

Источник:

Клинические рекомендации «Женское бесплодие»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N97, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 641

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**ЭНДОМЕТРИОЗ** – это заболевание, когда ткань, сходная по строению с внутренней оболочкой матки (эндометрием), встречается в других местах, обычно в области таза, вокруг матки, в яичниках.

Эндометриоз иногда бывает трудно диагностировать.

**Для диагностики этого заболевания, как правило, применяется** ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, а при необходимости – магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ). Наиболее точным методом диагностики является лапароскопия (малоинвазивное хирургическое вмешательство через небольшие проколы на передней стенке брюшной полости).

Эндометриоз – это хроническое заболевание, которое может влиять на Ваше физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие.

**Наиболее частые симптомы эндометриоза:** тазовая боль, болезненные, иногда нерегулярные или обильные менструации. Возможна боль во время или после полового контакта и нарушение детородной функции.

**Варианты лечения** включают обезболивающие нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны и/или хирургическое вмешательство.

Для восстановления детородной функции медикаментозное лечение не является эффективным, необходимо проведение хирургического лечения.



Дополнительными методами лечения эндометриоза являются:

- упражнения, которые могут улучшить ваше самочувствие и уменьшить некоторые симптомы эндометриоза;
- исключение из рациона определенных продуктов, таких как молочные или пшеничные продукты;
- психотерапия и консультирование.

Несмотря на ограниченное количество доказательств эффективности, некоторым женщинам могут уменьшить боль и улучшить качество жизни следующие интервенции: рефлексология, чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС), иглоукалывание, витамин В1 и препараты магния, традиционная китайская медицина, фитотерапия и гомеопатия.

**Источник:**

Клинические рекомендации «Эндометриоз»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N80

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 259

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**НАРУШЕНИЯ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ** – серьезная проблема, возникающая у женщин репродуктивного возраста, зачастую связана с нарушением гормонального фона.

Под нарушением ритма менструаций понимают два состояния: задержки менструации с частотой менее 9 в год (**олигоменорея**), либо полное отсутствие менструаций (**аменорея**).

**Олигоменорею и аменорею разделяют на две формы: первичная** (когда нарушение цикла – с самого начала, с раннего возраста, с момента первых менструаций) и **вторичная** (когда нарушения возникают после периода самостоятельных регулярных менструаций).

**Причины нарушения менструального цикла.** В случае редких менструаций – наиболее часто причиной является синдром поликистозных яичников, функциональные кисты, врожденная гиперплазия коры надпочечников, стрессы или дефицит питания.

Глубокие нарушения репродуктивной системы, могут быть на различных уровнях:

1. головного мозга – в такой ситуации гипоталамус и гипофиз не вырабатывают в нужном режиме гонадотропные гормоны (регулирующие работу яичников). Поэтому рост фолликулов отсутствует, женские гормоны эстрогены не вырабатываются в необходимом количестве, роста эндометрия нет;
2. яичников, когда в процессе внутриутробного развития нормальная яичниковая ткань не формируется.

Причинами могут быть отсутствие матки или нарушение анатомии влагалища, шейки, девственной плевы.

Аменорея может быть связана с преждевременной недостаточностью яичников, когда заложенный внутриутробно резерв фолликулов расходуется гораздо быстрее, чем обычно и истощается раньше времени. В связи с этим «менопауза» наступает гораздо раньше.

Причиной отсутствия менструаций являются хронический стресс, чрезмерные физические нагрузки или недостаточно сбалансированное питание, в связи с чем, репродуктивная функция «отключается» на время.

Редкими причинами аменореи являются внутриматочные вмешательства или послеродовые воспалительные заболевания матки (эндометриты). Это приводит к воспалению и формированию спаек в полости матки.

Для выработки правильной стратегии действия врачу важно понимать причину нарушений менструального цикла. Для этого используются различные **методы диагностики**, такие как гинекологический осмотр, гормональное обследование, генетический анализ, ультразвуковое исследование, метод визуализации минерального состава костей, магнитно-резонансная томография.

Женские половые гормоны крайне важны для адекватного функционирования всего организма. Аменорея, сопровождающаяся дефицитом эстрогенов, может **приводить к увеличению рисков заболеваний**. К таким заболеваниям относятся остеопороз (снижение минеральной плотности костной ткани), сердечно-сосудистые заболевания, нарушение памяти и когнитивных функций.

Более того, олигоменорея и аменорея приводят к снижению вероятности наступления беременности.

Существует два принципиальных подхода **лечения заболеваний**, сопровождающихся нарушением менструального цикла: первый – **устранение фактора**, который послужил причиной развития нарушений менструального цикла; второй – **заместительная гормональная терапия** в ситуациях, когда восстановить естественное образование эстрогенов не представляется возможным.

Нарушения менструального цикла во многом препятствуют наступлению естественной беременности, поскольку зачастую отсутствует овуляция. По этой причине приходится прибегать к методам индукции овуляции, в том числе с применением методик экстракорпорального оплодотворения. Программа искусственного оплодотворения подбирается индивидуально.

**Источник:**

Клинические рекомендации «Аменорея и олигоменорея»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 644

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ** – это выделение крови из матки, которое может быть, как физиологическим (обычная менструация), так и аномальным. В норме длина менструального цикла составляет 24-38 дней, кровопотеря за один менструальный цикл – от 5 до 80 мл., количество менструальных дней – от 4,5 до 8.

**Причины аномальных маточных кровотечений:** полипы – образования в полости матки или в цервикальном канале, аденомиоз, миома, атипическое перерождение клеток эндометрия в полости матки, утолщение эндометрия, заболевания свертывающей системы крови, например, при болезни Виллебранда, гемофилии, тромбоцитопении (исключая прием препаратов, нарушающих свертывающую систему крови), нарушения овуляции из-за синдрома поликистозных яичников, ожирения, анорексии, стресса, резкой потери веса, тяжелых физических нагрузок, заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии, воспаление эндометрия или инфекции.

Кровотечения могут появиться вследствие приема лекарств, влияющих на эндометрий, а также после приема препаратов, изменяющих свертывание крови (антикоагулянты) или влияющих на овуляцию (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены).

**Острое маточное кровотечение** – эпизод сильного кровотечения, требующий срочного медицинского вмешательства для предотвращения дальнейшей обильной кровопотери. Может возникать на фоне хронического маточного кровотечения.

**Хроническое маточное кровотечение** – отличается от нормальной менструации объемом, регулярностью и/или продолжительностью и присутствует в течение последних 3 - 6 месяцев. Не требует немедленного медицинского вмешательства, но может перейти в острое кровотечение.

#### **Диагностика маточного кровотечения**

При маточном кровотечении следует в первую очередь обратиться к гинекологу для проведения гинекологического осмотра. Измеряют артериальное давление. Проводят ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза; общий анализ крови; анализ на уровень ферритина; определение уровня ХГЧ (хорионический гонадотропин человека).

Визуальное исследование полости матки при помощи специальной оптической аппаратуры (гистероскопию) с биопсией эндометрия проводят в следующих ситуациях: при острых маточных кровотечениях и изменениях эндометрия на УЗИ (полипы, гиперплазии эндометрия, миомы матки, менопаузальное кровотечение). Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволит получить более детальное изображение и четкие очертания тазовых органов при их объемных образованиях.

#### **Лечение маточного кровотечения**

Лечение маточного кровотечения делят на хирургическое и медикаментозное. Медикаментозное лечение может быть гормональным (комбинированные оральные контрацептивы; вагинальные кольца; гестагены; внутриматочные системы с высвобождением гестагена) и негормональным (нестероидные противовоспалительные средства, транексамовая кислота).

При остром маточном кровотечении и для женщин от 35 лет предпочтительно хирургическое лечение: гистероскопия с биопсией, диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, абляция эндометрия – полное разрушение эндометрия.

#### **Источник:**

Клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения»  
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N92, N93, N95  
Год утверждения (частота пересмотра): 2021  
Возрастная категория: Взрослые  
Год окончания действия: 2023  
ID: 645  
Разработчик клинической рекомендации:  
- Российское общество акушеров-гинекологов  
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**МЕНОПАУЗА** – стойкое прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Менопауза может быть самопроизвольной (естественная менопауза) или ятрогенной (вторичная менопауза), наступающей в результате двухсторонней овариоэктомии (удаления яичников), химио- или лучевой терапии. Менопауза возникает раньше у курильщиц. Самый драматичный период «перестройки» женского организма включает два года до менопаузы плюс первые два года постменопаузы. Ранняя стадия перехода в менопаузу характеризуется нарастанием variability продолжительности менструальных циклов. Менструальный цикл может колебаться в пределах 7 и более дней при сравнении последовательных циклов – как в сторону укорочения, так и удлинения. Поздняя стадия перехода в менопаузу характеризуется задержками менструаций от 30 дней и более. Отсутствие менструации в течение 12 месяцев и более говорит о наступлении постменопаузы.

Изменение уровня гормонов и характеристик менструального цикла может сопровождаться возникновением комплекса симптомов, именуемых **«климактерическим синдромом»**. Период менопаузального перехода зачастую сопровождается классическими климактерическими симптомами, что всегда свидетельствует о дезадаптации женского организма к нормальному, естественному ходу событий. В переходный период женщины могут предъявлять разнообразные **жалобы**: приливы «жара», потливость, усталость, раздражительность, тревогу, напряжение, частые ночные пробуждения, нарушения сна, нарушение концентрации внимания, перепады настроения, потеря кратковременной памяти и затруднения мышления и запоминания новой информации, боли в суставах/пояснице, сухость влагалища, дискомфорт и боль при половых контактах, недержание мочи, увеличение веса и/или изменение пропорций тела, женщина отмечает увеличение жировой ткани в области живота, сексуальные нарушения, сухость кожи, ухудшение состояния волос и ногтей, происходит снижение минеральной плотности костной ткани и др. Наиболее частыми симптомами у женщин в пери- и ранней постменопаузе являются вазомоторные проявления: приливы жара и повышенная потливость. При наличии тех или иных менопаузальных симптомов женщине необходимо обратиться к гинекологу – эндокринологу для прохождения медицинского обследования и получения рекомендаций по применению гормональной или негормональной терапии, образу жизни, питанию и т.д. Наиболее благоприятное терапевтическое окно воздействия – менопаузальный переход и ранняя постменопауза. Именно период менопаузального перехода при выраженном климактерическом синдроме является отправной точкой для начала менопаузальной гормональной терапии, позволяющей корректировать климактерические симптомы, предупреждать и лечить проявления урогенитальной атрофии, профилактировать развитие остеопороза.

Наступление менопаузы можно предположить, если возраст женщины на момент появления вазомоторных симптомов старше 45 лет и если в течение 12 месяцев у нее отсутствуют менструации. Для постановки диагноза нужно провести гормональное обследование крови и ультразвуковое исследование органов малого таза.

Общая стратегия поддержания здоровья женщин в пери- и постменопаузе, наряду с обязательным соблюдением здорового образа жизни, диетой, адекватной физической активностью, включает менопаузальную гормональную терапию (МГТ). Восполнение сниженной функции яичников при дефиците половых гормонов с помощью минимально-оптимальных доз гормональных препаратов позволит купировать вазомоторные симптомы, улучшит общее состояние женщин и обеспечит профилактику поздних обменных нарушений.

Препараты эстрогенов выпускаются в различных дозах. Дозы гормонов, путь их введения подбирается индивидуально, с учетом предпочтений и ожиданий самой женщины, возраста пациентки, а также в зависимости от имеющихся симптомов и необходимости профилактики заболеваний, риск развития которых выявляется при анализе данных личного и семейного анамнеза, результатов обследования. Очень важно, что менопаузальная гормональная терапия позволяет не только купировать проявления климактерического синдрома, но и обладает свойством тормозить процессы старения (англ. anti-age effect), а также способствует увеличению продолжительности жизни и повышению ее качества.

При наличии симптомов сухости и дискомфорта во влагалище первой линией выбора являются негормональные вагинальные смазки и увлажняющие кремы наряду с регулярной половой жизнью. В случае неэффективности смазок и увлажняющих кремов, терапия эстрогенами в низкой дозе вагинально остается терапевтическим стандартом лечения вагинальных симптомов.

МГТ является «золотым стандартом» для лечения менопаузальных симптомов, однако некоторые женщины имеют противопоказания для такой терапии (рак молочной железы в анамнезе, семейный риск тромboэмболии и др. Для них могут быть предложены альтернативные методы: когнитивная поведенческая терапия, регулярные физические занятия, снижение веса и избегание факторов, способствующих возникновению приливов (потребление кофе, прямое воздействие высокой температуры) или применение негормональных растительных препаратов («цимицифуга» (black cohosh)), альтернативных препаратов (полипептиды шишковидной железы, бета-аланин) и антидепрессантов (СИОЗС и СИОЗСН), которые достаточно широко используются для лечения менопаузальных симптомов. Следует отказаться от курения и злоупотребления алкоголем.



**Источник:**

Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N95.1, N95.2, N95.3, N95.8, N95.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 117

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

**СИНДРОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ (СГЯ)** – это осложнение лечения бесплодия при стимуляции яичников в циклах естественного зачатия и в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

СГЯ возникает, если в яичниках на фоне применения специальных препаратов созревает слишком много фолликулов, которые выделяют в кровь большое количество женских половых гормонов (эстрогенов). Высокий уровень гормонов в крови изменяет свойства сосудистой стенки – она становится проницаемой для жидкой части крови, что приводит к скоплению жидкости в малом тазу и брюшной полости, а в некоторых случаях и – в плевральных полостях. Интенсивность жалоб возрастают по мере накопления жидкости и сгущения крови. Различают синдром гиперстимуляции яичников легкой, средней и тяжелой степени.

### Госпитализация пациентов проводится при средней и тяжелой степенях СГЯ

Жалобы:

- дискомфорт в эпигастральной области (чувство тяжести);
- незначительное ухудшение общего самочувствия;
- тошнота, рвота;
- редкое мочеиспускание малыми порциями.

Для лечения легкой формы СГЯ достаточно соблюдать режим, регулировать стул, пить жидкость, а при необходимости врач может назначить специальное лечение в амбулаторных условиях.

Накопление жидкости в брюшной полости приводит к развитию **СГЯ средней степени тяжести**. Появляются жалобы на слабость, прибавку массы тела, одышку при физической нагрузке, вздутие живота, редкое мочеиспускание малыми порциями (задержка жидкости), тошноту, иногда рвоту, диарею. При появлении этих жалоб необходима госпитализация в круглосуточный стационар для проведения лечения. Обычно на фоне инфузионной терапии в течение нескольких суток состояние стабилизируется и необходимости в серьезном лечении не возникает. Однако в случае наступления беременности может потребоваться более длительное нахождение в стационаре. Если же имплантация эмбриона (прикрепление его к стенке матки) не происходит, и беременность не наступает, то СГЯ исчезает с приходом очередной менструации и редко достигает тяжелой формы.

**Тяжелый СГЯ возникает редко.** Вследствие выраженного сгущения крови из-за массивного выхода жидкой части крови за пределы сосудов, повышается свертываемость крови, повышается риск образования тромбов, нарушается функция многих органов (почки, печень).

К вышеперечисленным жалобам присоединяются:

- головокружение, головная боль, мелькание мушек перед глазами;
- сильные распирающие боли в животе, усиливающиеся при движении, перемене положения тела;
- увеличение объема живота, его напряженность из-за скопления жидкости в брюшной полости;
- выраженное уменьшение количества мочи;
- повышение температуры тела (иногда);
- многократная рвота;
- снижение артериального давления;
- выраженная одышка уже в покое;
- сердцебиение, нарушение ритма сердца.

**При развитии тяжелой формы СГЯ необходима срочная госпитализация в профильный стационар для лечения**

Источник:

Клинические рекомендации «Синдром гиперстимуляции яичников»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: N98.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 665

Разработчик клинической рекомендации:

Российское общество акушеров-гинекологов

- ООО "Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ)"

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ