

Эндокринная гинекология В ТАБЛИЦАХ И СХЕМАХ для практикующих врачей

Под ред. Е.Н.Андреевой, Е.В.Шереметьевой

3-е издание, дополненное

УДК 618.1:616.4

ББК 57.125я2

Э64

Андреева Елена Николаевна – д.м.н., профессор, директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России. Кафедра эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (зав. кафедрой – академик РАН Г.А.Мельниченко).

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФДПО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова (зав. кафедрой – д.м.н., профессор, академик РАН Л.В.Адамян).

Шереметьева Екатерина Викторовна – к.м.н., врач-эндокринолог, врач акушер-гинеколог отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России.

Эндокринная гинекология в таблицах и схемах для практикующих врачей / под ред. Е.Н.Андреевой, Е.В.Шереметьевой. – 3-е изд., доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2023. – 272 с.

ISBN 978-5-907632-92-9

Эндокринная гинекология – это особый раздел гинекологии, специалисты которого занимаются диагностикой и лечением гормонально обусловленных гинекологических заболеваний и состояний. Функционирование женской репродуктивной системы более чем на 80% обусловлено эндокринной регуляцией. В книге представлены данные о патогенезе, этиологии, особенностях клинических проявлений гормональных нарушений у женщин начиная с подросткового периода, а также изменениях в репродуктивной системе при сочетанной эндокринной и соматической патологии. Сформулированы современные принципы диагностики и лечения, а также приведены алгоритмы ведения больных с гормональными нарушениями в репродуктивной системе. Цель настоящей книги состоит в обобщении и представлении новейших данных в области эндокринной гинекологии для практических врачей различного профиля, что расширит возможности правильной дифференциальной диагностики и обеспечит обоснованное патогенетическое лечение гормональных нарушений репродуктивной системы у женщин.

Издание является исправленным и дополненным кратким вариантом книги: Вольф М. фон, Штуте П. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина / Пер. с нем., под общей редакцией докт. мед. наук, профессора Е.Н.Андреевой.

Эта книга будет полезна акушерам-гинекологам, эндокринологам, терапевтам, врачам общей практики, детским эндокринологам и педиатрам.

УДК 618.1:616.4

ББК 57.125я2

ISBN 978-5-907632-92-9

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2019, 2020, 2023

© Иллюстрация на обложке: pinckase / Фотобанк «Фотодженика», 2019

Сокращения	8
Введение	11
Критерии, разработанные Канадской целевой группой профилактического здравоохранения для оценки доказательности рекомендаций • Примерная частота встречаемости эндокринологических симптомов и функциональных расстройств • Основные гормоны и гормоноподобные вещества, циркулирующие в организме женщины • Биохимия женских половых гормонов	
1. Гормонсодержащие препараты и их влияние на органы-мишени	17
Относительная сила действия эстрогенов в зависимости от органа-мишени • Суточный синтез андрогенов • Влияние андрогенов • Стандартные дозы эстрогенов, используемые в клинической практике • Синтетические гестагены • Свойства натуральных и синтетических гестагенов • Антиандрогенная активность различных гестагенов	
2. Половое развитие девочки	25
Последовательность внешних проявлений пубертатного развития девочек • Стадии лобкового оволосения у девочек • Концентрация гонадотропинов в сыворотке крови девочек в зависимости от возраста • Стадии развития молочных желез у девочек • Классификация нарушений полового развития, согласованная с детскими гинекологами • Примерная схема полового развития в норме и при его нарушениях • Диагностический и лечебный алгоритм при подозрении на задержку полового созревания • Оценка состояния ребенка при преждевременном половом созревании • Диагностика и лечение при подозрении на преждевременное половое созревание • Причины задержки полового созревания • Причины гигантизма	
3. Менструальный цикл и его нарушения	37
Гормональный цикл женщины • Гормональные изменения во время менструального цикла • Овуляция • Причины ановуляции • Нормальное (физиологическое) маточное кровотечение • Аномальные маточные кровотечения: определения FIGO • Изменения терминологии для нормального и аномального кровотечения: пересмотр FIGO 2018 г. • Классификация PALM-COEIN • Основные изменения в классификации АМК PALM-COEIN: пересмотр FIGO 2018 г. • Дифференциальная диагностика АМК • Первоначальный скрининг для выявления коагулопатии у женщин с АМК • Цели и методы медикаментозного лечения АМК • Основные этапы диагностики согласно FIGO (2018) и NICE (2018) • Три вопроса, которые помогут выявить АМК: влияние на качество жизни, физическое состояние и объем кровопотери • АМК-COEIN: негормональная и гормональная гемостатическая терапия • Медикаментозная терапия АМК – «гормональный» гемостаз • Сравнительная эффективность препаратов, применяемых для лечения АМК • Реко-	

мендации по подбору консервативной терапии согласно Классификации доказательств и рекомендаций (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) • Непрямое сравнение исследований, посвященных терапии АМК • Показания и рекомендуемый объем хирургического лечения женщин с АМК согласно классификационной системе PALM-COEIN • АМК у подростков и их лечение • **Аменорея** • Аменорея в МКБ-10 • Виды аменореи • Причины первичной и вторичной аменореи • Дифференциальная диагностика • Варианты патогенетической терапии в зависимости от генеза аменореи • **Дисфункция яичников в репродуктивный период** • Основные положения по поводу дисфункции яичников у женщин в репродуктивном периоде • НМЦ и физическая нагрузка без учета индивидуальных особенностей • НМЦ на фоне нарушений пищевого поведения/привычек • Алкоголь и НМЦ

4. Миома матки 61

Факторы риска, связанные с развитием миомы • Классификация миом FIGO • Общепринятые показания к хирургическому лечению миомы матки • Хирургическое лечение миомы матки • Показания к применению селективных модуляторов прогестероновых рецепторов • Медикаментозное лечение миомы матки • Алгоритм ведения больных миомой матки • Алгоритм ведения больных с миомой матки с субмукозным расположением узлов • Алгоритм ведения больных при множественной миоме матки • Алгоритм ведения больных с миомой матки и бесплодием

5. Предменструальный синдром 75

Симптомы и эпидемиология ПМС • Клинические формы ПМС в различные возрастные периоды • Факторы риска, этиология и профилактика ПМС • Диагностика и методы лечения ПМС • Схема ведения пациенток с ПМС

6. Контрацепция 85

Современные методы контрацепции и критерий их эффективности • Предотвращение абортс • Факторы выбора метода контрацепции • Методы и средства негормональной и гормональной контрацепции • Эффективность различных методов контрацепции • Начало терапии комбинированными гормональными контрацептивами • Классификация гормональных контрацептивов • Смена метода контрацепции • Особенности применения оральных контрацептивов у подростков и женщин старшей возрастной группы • Вероятность наступления беременности после незащищенного полового акта • Методы посткоитальной экстренной контрацепции • Категории медицинских критериев приемлемости (МЕС) для использования методов контрацепции • Риски при использовании контрацепции после прерывания беременности на разных сроках • Соматический анамнез, сопутствующая патология при выборе контрацепции • Таблетки для экстренной контрацепции • Прогестерон-содержащее вагинальное кольцо • Комбинированные гормональные контрацептивы • Риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, принимающих КОК

7. Синдром гиперандрогении 111

Причины развития гиперандрогенных состояний • Причины гирсутизма с учетом частоты этиологических факторов • Диагностико-лечебный алгоритм для больных с симптомами андрогенизации • Частые причины надпочечниковой

гиперандрогенемии • Особенности различных форм АГС • Андрогенпродуцирующие опухоли (за исключением опухолей, индуцируемых беременностью) • Частые причины алопеции • Особенности наиболее частых причин андрогенизации в период беременности • **Синдром поликистозных яичников** • Причины резистентности к инсулину • Основные патогенетические звенья СПЯ с учетом роли инсулинорезистентности и гиперинсулинемии • Три больших критерия СПЯ • Фенотипы СПЯ и их характеристика • Алгоритм обследования при подозрении на СПЯ • Основные направления патогенетической терапии при СПЯ • Особенности назначения КОК при СПЯ в монотерапии и в комбинации с метформином • Медикаментозные и немедикаментозные методы стимуляции овуляции при СПЯ • Медикаментозное лечение гирсутизма • Лечение обычных угрей с учетом степени тяжести клинической картины

8. Эндокринопатии 129

Синдром гиперпролактинемии • Этиология гиперпролактинемии • Лечение гиперпролактинемии опухолевого генеза • Агонисты дофамина, в настоящее время зарегистрированные на территории Российской Федерации • Наиболее распространенные побочные явления при терапии агонистами дофамина • Эффективность каберголина и бромокриптина • Особенности ведения пациентки с пролактиномами • Выделения из сосков, не связанные с лактацией: диагностика • **Нарушения углеводного обмена** • Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии • Правила проведения ПГТТ и противопоказания к нему • Беременность и сахарный диабет: риск для здоровья матери и плода • Планирование беременности • **Гестационный сахарный диабет** • Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД • Пороговые значения глюкозы венозной плазмы и HbA_{1c} для диагностики манифестного (впервые выявленного) СД во время беременности • Особенности ведения беременности, родов, а также послеродового периода при СД • **Заболевания щитовидной железы у женщин** • Эпидемиология тиреоидных нарушений • Обязательные факторы определения уровня ТТГ при планировании беременности • Диагностическая градация уровней ТТГ в отношении функции щитовидной железы у небеременных • Особенности ведения пациенток с патологией щитовидной железы на фоне беременности и в послеродовой период • Нормальные (безопасные) значения ТТГ в крови у беременных • Рекомендации Американской тиреоидной ассоциации (2017) • Причины гипотиреоза у женщин вне беременности • **Тиреотоксикоз** • Синдром тиреотоксикоза и беременность • Дифференциальная диагностика при тиреотоксикозе • Взаимодействие лекарственных средств с ЩЖ и их влияние на ее функцию • **Остеопороз** • Факторы риска переломов и показания к диагностическим исследованиям • Состояния, заболевания и препараты, способные приводить к развитию вторичного остеопороза • Критерии установления диагноза остеопороза • Группы лиц с высоким риском тяжелого дефицита витамина D, которым показан биохимический скрининг • Диагностика остеопороза на основании снижения минеральной плотности кости согласно критериям ВОЗ для женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет • Лекарственная форма витамина D, позволяющая пациентам точно и удобно следовать назначениям в соответствии с рекомендациями РАЭ

• Схемы лечения дефицита и недостаточности витамина D • Денситометрическая классификация остеопороза, предложенная ВОЗ • Медикаментозная терапия постменопаузального остеопороза: дозы препаратов, побочные эффекты, противопоказания

9. Аспекты ожирения в репродуктивном периоде, во время беременности, в период менопаузы 165

Классификация ожирения Американской ассоциации клинических эндокринологов (AACE, 2014) • **Репродуктивный период и период беременности** • Основные положения по влиянию ожирения у женщин репродуктивного возраста на менструальную и овуляторную функции, наступление и течение беременности • Алгоритмы коррекции и контроля уровня витамина D у взрослых • Рекомендации по прибавке массы тела во время беременности • **Ожирение и ВРТ** • Осложнения протоколов ВРТ и особенности течения беременности у женщин с ожирением • Лечение ожирения • **Ожирение в период менопаузы** • Факторы риска прибавки массы тела в период менопаузы

10. Диспареуния 175 Соматические причины диспареунии

11. Женская сексуальная дисфункция 181 Особенности женской сексуальной функции • Классификация женской сексуальной дисфункции • Диагностико-лечебный алгоритм при половой дисфункции у женщин • Местное лечение эстрогенными препаратами • Данные литературы по поводу лечения сексуальной дисфункции

12. Атопическая беременность, риск прерывания беременности на малом сроке 185 Тактика при аборте и внематочной беременности • Значения лабораторных и ультразвуковых показателей в зависимости от срока беременности

13. Менопауза 189 Периоды климактерия • Стадии старения репродуктивной системы, выделенные рабочей группой STRAW + 10 • Заболевания и состояния, подлежащие дифференциальной диагностике при ночных приступах потливости • Классификация комPLEMENTАРНОЙ и АЛТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ Национальным центром комPLEMENTАРНОЙ и АЛТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ • Диагностико-лечебный алгоритм при климактерическом синдроме • **Натуральные средства, рекомендуемые при климактерическом синдроме** • Дозы гестагенов, назначаемых для защиты эндометрия в секвенциальном или непрерывном режиме при проведении комбинированной эстроген-гестагенной терапии • **Вульвовагинальная атрофия** • Индекс вагинального здоровья (VHI) • Менопаузальная гормональная терапия и особенности ее применения • Алгоритм проведения УЗИ на фоне менопаузальной гормональной терапии • Алгоритм ведения пациенток с симптомами менопаузы • Гормональные препараты для терапии климактерических расстройств, зарегистрированные в России • Минимально необходимый список обследований женщин, принимающих МГТ

14. Эндометриоз	205
Частота различных симптомов при эндометриозе • Классификация эндометриоза • Классификация эндометриоза, предложенная ASRM • Эндометриоз. Классификации • Принципы диагностики и лечения эндометриоза • Принципы хирургического лечения эндометриоза • Алгоритмы ведения больных с эндометриозом при бесплодии • Алгоритм ведения больных при аденомиозе • Алгоритм ведения пациенток подросткового возраста с эндометриозом • Хроническая тазовая боль	
15. Профилактика гиперпластических процессов эндометрия	219
Полипы эндометрия • Характеристики и гистологические особенности • Факторы риска малигнизации полипов • Полипы эндометрия в постменопаузе • Лечение полипов эндометрия • Гиперплазия эндометрия • Эпидемиология и факторы риска развития гиперплазии эндометрия • Эндокринный статус женщины и риск развития гиперплазии эндометрия • Факторы, повышающие риск атипической гиперплазии эндометрия • Диагностика гиперплазии эндометрия • Лечение гиперплазии эндометрия согласно рекомендациям Общества акушеров и гинекологов Канады (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2019) • Гормональная терапия гиперплазии эндометрия • Лечение гиперплазии эндометрия при ожирении и нарушениях углеводного обмена	
16. Женское бесплодие и основные пути решения	227
Уточнение причины бесплодия • Прегравидарная подготовка. Клинический протокол междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины • Поддержка лютеиновой фазы при различных методах лечения бесплодия • Варианты программ ЭКО • Рекомендации по защите фертильной функции • Примерные схемы и варианты индукции и подавления овуляции • Синдром гиперстимуляции яичников • Факторы риска СГЯ • Классификация СГЯ • Характеристика существующих методов профилактики СГЯ в программах ЭКО • Алгоритм лечения • Классификация и лечение СГЯ	
17. Мужское бесплодие	239
Факторы снижения фертильности у мужчин • Патогенетическая классификация мужского бесплодия • Виды лечения в зависимости от выявленных причин заболевания	
18. Привычный выкидыш	245
Причины и факторы риска развития привычного выкидыша • Обзор причин, методов диагностики и лечения привычного выкидыша • Диагностико-лечебный алгоритм при привычном выкидыше • Лечение привычного выкидыша	
Заключение	253
Литература	254

Введение

Эндокринный статус женщины важен в различные возрастные периоды – от начала полового созревания до менопаузы. С эндокринной системой зачастую связаны функциональные расстройства, послужившие причиной обращения к специалисту (от педиатра и врача общей практики до гинеколога либо эндокринолога). Именно поэтому для практикующих врачей так важно иметь глубокие и современные знания в данной сфере. Понимая специфику работы лечащих врачей, в настоящем издании мы постарались систематизировать все имеющиеся на сегодняшний день сведения по проблемам, которые могут встретиться как на приеме у эндокринолога, так и у гинеколога. Все данные основаны на последних мировых рекомендациях (Международной федерации акушеров и гинекологов, Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании, Европейского общества эндокринологов и др.), с учетом пятого издания рекомендаций ВОЗ.

Форма представления материала выбрана также не случайно – это преимущественно таблицы и схемы, т.е. наиболее удобный формат для практики, позволяющий быстро ухватить суть и получить исчерпывающее представление об этиологии, диагностике и терапии конкретной патологии.

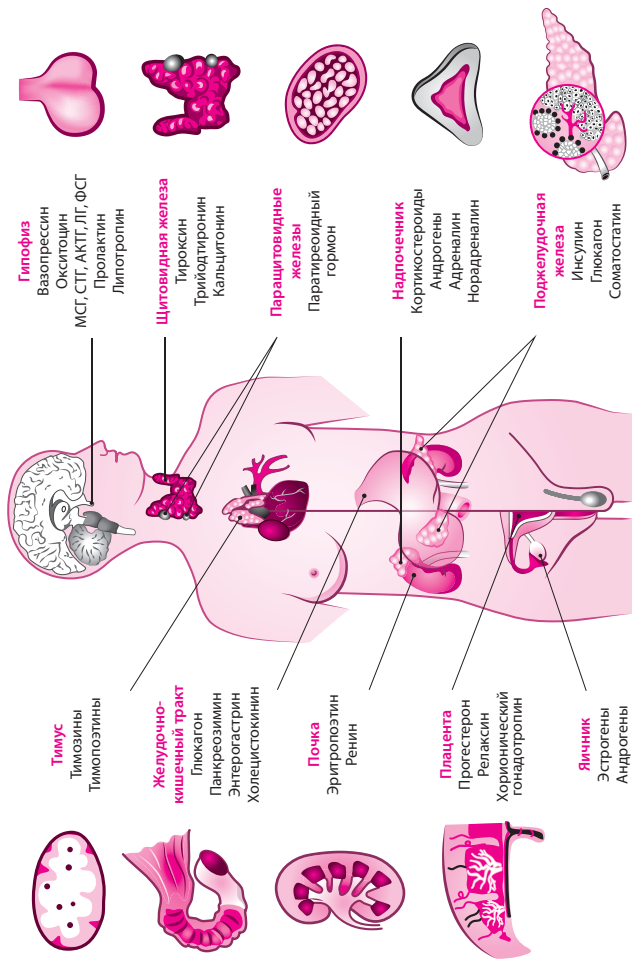
Критерии, разработанные Канадской целевой группой профилактического здравоохранения (Canadian Task Force on Preventive Health Care) для оценки доказательности рекомендаций

Уровни доказательности	Уровни рекомендаций
<p>I. Доказательность основана по крайней мере на данных одного рандомизированного контролируемого исследования</p> <p>II-1. Доказательность основана на данных контролируемого исследования с хорошим дизайном, но без рандомизации</p> <p>II-2. Доказательность основана на данных когортного исследования с хорошим дизайном (проспективного или ретроспективного) или исследования типа «случай-контроль», предпочтительно многоцентрового или выполненного несколькими исследовательскими группами</p> <p>II-3. Доказательность основана на данных сравнительного исследования с вмешательством или без вмешательства. Убедительные результаты, полученные в ходе неконтролируемых экспериментальных испытаний (например, такие как результаты лечения пенициллином в 1940-х годах), также могли быть включены в эту категорию</p> <p>III. Доказательность основана на мнениях авторитетных специалистов, базирующихся на их клиническом опыте, на данных описательных исследований или сообщениях экспертных комитетов</p>	<p>A. Доказательные данные позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие</p> <p>B. Достоверные свидетельства позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие</p> <p>C. Существующие свидетельства являются противоречивыми и не позволяют давать рекомендации за клиническое профилактическое воздействие или против него; однако другие факторы могут влиять на принятие решения</p> <p>D. Существуют достоверные свидетельства в пользу отсутствия клинического профилактического действия</p> <p>E. Существуют доказательные данные против клинического профилактического действия</p> <p>L. Существует недостаточно доказательных данных (в количественном или качественном отношении), чтобы давать рекомендацию; однако другие факторы могут влиять на принятие решения</p>

Примерная частота встречаемости эндокринологических симптомов и функциональных расстройств

Функциональные нарушения	Частота, %
Нарушение развития в пубертатном периоде <ul style="list-style-type: none"> • Преждевременное половое созревание • Задержка полового созревания 	0,5‰ 2
Первичная дисменорея у подростков	60–90
Аномальные маточные кровотечения <ul style="list-style-type: none"> • Кровотечение на фоне приема гормональных контрацептивов • Кровотечение в постменопаузе 	10–50 10
Предменструальный синдром	20–30
Андрогенизация	10
Нарушение секреции пролактина	1
Половая дисфункция	25–60
Гипотиреоз с субклиническим течением	4–10
Преждевременная недостаточность яичников (<40 лет)	1
Климактерический синдром <ul style="list-style-type: none"> • Перименопауза • Постменопауза 	35–50 30–80
Остеопороз <ul style="list-style-type: none"> • 55 лет • 80 лет 	7 19
Эндометриоз <ul style="list-style-type: none"> • Боли внизу живота • Бесплодие 	50 20–50

Основные гормоны и гормоноподобные вещества, циркулирующие в организме женщины



14. Эндометриоз

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Трудности ведения больных эндометриозом связаны с чрезвычайно вариабельной клинической картиной и тяжестью течения заболевания, тактика зависит от возраста пациентки, формы/стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных задач, а также от рисков, побочных эффектов и экономической рентабельности лечения. В ряде случаев эндометриоз рассматривают как хроническое рецидивирующее заболевание, требующее постоянного внимания и лечения.

Таблица 14.1. Частота различных симптомов при эндометриозе

Симптомы	Частота, %
Вторичная дисменорея	70
Гиперменорея/меноррагия	30
Диспареуния	30
Дизурия/дисхезия	5
Ультразвуковые симптомы эндометриоза	30

Таблица 14.2. Классификация эндометриоза

Клини- ческие класси- фикации эндоме- триоза	По происхождению
	По глубине поражения
	По локализации экстрагенитального эндометриоза
Класси- фикация внутрен- него эндо- метриоза	Стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки
	Стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои
	Стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова
	Стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов
Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ	
Классифи- кация эндоме- триоид- ных кист яичников	Стадия I – мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей
	Стадия II – эндометриоидная киста одного яичника размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника
	Стадия III – эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриоидные гетеротопии небольшого размера на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника
	Стадия IV – двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс

Таблица 14.2 (окончание)

Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации	Стадия I – эндометриoidные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки
	Стадия II – прорастание эндометриoidной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела и прямой кишки
	Стадия III – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки
	Стадия IV – вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки, а также распространение процесса в сторону параметрия, с вовлечением дистальных отделов мочевыделительной системы (мочеточники и мочевого пузыря)

Таблица 14.3. Классификация эндометриоза, предложенная ASRM (1997; с изменениями)

Эндометриоз		<1 см	1–3 см	>3 см
Брюшина	Поверхностный	1	2	4
	Глубокий	2	4	6
Яичники	R поверхностный	1	2	4
	R глубокий	4	16	20
	L поверхностный	1	2	4
	L глубокий	4	16	20
	Облитерация прямокишечно-маточного углубления	Частичная 4	–	Полная 40
Спайки		Вовлечено <1/3	Вовлечено 1/3–2/3	Вовлечено >2/3
Яичники	R нежные	1	2	4
	R плотные	4	8	16
	L нежные	1	2	4
	L плотные	4	8	16
Маточные трубы	R нежные	1	2	4
	R плотные	4 ¹	8 ¹	16
	L нежные	1	2	4
	L плотные	4 ¹	8 ¹	16

L – левый (левая), R – правый (правая).

¹ При полной дистальной обструкции маточной трубы количество баллов составляет 16.

I стадия (минимально выраженный эндометриоз) – 1–5 баллов; II стадия (легкие проявления эндометриоза) – 6–15 баллов; III стадия (умеренно выраженный эндометриоз) – 16–40 баллов; IV стадия (тяжелый эндометриоз) – >40 баллов.

Наружный

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

Patient's Name: _____ Date: _____
Age: _____ (Years) _____ (Months) _____ (Days) _____ (Hours) _____ (Minutes) _____ (Seconds) _____ (Tenths)
History of Present Illness: _____
Past History: _____
Family History: _____
Social History: _____
Physical Examination: _____
Laboratory Studies: _____
Imaging: _____
Pathology: _____
Other: _____

ENDOMETRIOSIS	Stage		Site
	< 1 cm	> 1 cm	
PERITONEAL	1	2	4
OVARY	2	4	6
BLADDER	3	5	7
RECTUM	4	6	8
UTERUS	5	7	9
APPENDIX	6	8	10
DIAPHRAGM	7	9	11
DIAPHRAGM	8	10	12
DIAPHRAGM	9	11	13
DIAPHRAGM	10	12	14
DIAPHRAGM	11	13	15
DIAPHRAGM	12	14	16
DIAPHRAGM	13	15	17
DIAPHRAGM	14	16	18
DIAPHRAGM	15	17	19
DIAPHRAGM	16	18	20
DIAPHRAGM	17	19	21
DIAPHRAGM	18	20	22
DIAPHRAGM	19	21	23
DIAPHRAGM	20	22	24
DIAPHRAGM	21	23	25
DIAPHRAGM	22	24	26
DIAPHRAGM	23	25	27
DIAPHRAGM	24	26	28
DIAPHRAGM	25	27	29
DIAPHRAGM	26	28	30
DIAPHRAGM	27	29	31
DIAPHRAGM	28	30	32
DIAPHRAGM	29	31	33
DIAPHRAGM	30	32	34
DIAPHRAGM	31	33	35
DIAPHRAGM	32	34	36
DIAPHRAGM	33	35	37
DIAPHRAGM	34	36	38
DIAPHRAGM	35	37	39
DIAPHRAGM	36	38	40
DIAPHRAGM	37	39	41
DIAPHRAGM	38	40	42
DIAPHRAGM	39	41	43
DIAPHRAGM	40	42	44
DIAPHRAGM	41	43	45
DIAPHRAGM	42	44	46
DIAPHRAGM	43	45	47
DIAPHRAGM	44	46	48
DIAPHRAGM	45	47	49
DIAPHRAGM	46	48	50
DIAPHRAGM	47	49	51
DIAPHRAGM	48	50	52
DIAPHRAGM	49	51	53
DIAPHRAGM	50	52	54
DIAPHRAGM	51	53	55
DIAPHRAGM	52	54	56
DIAPHRAGM	53	55	57
DIAPHRAGM	54	56	58
DIAPHRAGM	55	57	59
DIAPHRAGM	56	58	60
DIAPHRAGM	57	59	61
DIAPHRAGM	58	60	62
DIAPHRAGM	59	61	63
DIAPHRAGM	60	62	64
DIAPHRAGM	61	63	65
DIAPHRAGM	62	64	66
DIAPHRAGM	63	65	67
DIAPHRAGM	64	66	68
DIAPHRAGM	65	67	69
DIAPHRAGM	66	68	70
DIAPHRAGM	67	69	71
DIAPHRAGM	68	70	72
DIAPHRAGM	69	71	73
DIAPHRAGM	70	72	74
DIAPHRAGM	71	73	75
DIAPHRAGM	72	74	76
DIAPHRAGM	73	75	77
DIAPHRAGM	74	76	78
DIAPHRAGM	75	77	79
DIAPHRAGM	76	78	80
DIAPHRAGM	77	79	81
DIAPHRAGM	78	80	82
DIAPHRAGM	79	81	83
DIAPHRAGM	80	82	84
DIAPHRAGM	81	83	85
DIAPHRAGM	82	84	86
DIAPHRAGM	83	85	87
DIAPHRAGM	84	86	88
DIAPHRAGM	85	87	89
DIAPHRAGM	86	88	90
DIAPHRAGM	87	89	91
DIAPHRAGM	88	90	92
DIAPHRAGM	89	91	93
DIAPHRAGM	90	92	94
DIAPHRAGM	91	93	95
DIAPHRAGM	92	94	96
DIAPHRAGM	93	95	97
DIAPHRAGM	94	96	98
DIAPHRAGM	95	97	99
DIAPHRAGM	96	98	100

* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 30.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 31.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 32.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 33.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 34.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 35.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 36.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 37.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 38.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 39.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 40.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 41.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 42.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 43.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 44.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 45.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 46.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 47.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 48.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 49.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 50.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 51.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 52.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 53.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 54.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 55.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 56.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 57.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 58.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 59.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 60.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 61.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 62.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 63.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 64.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 65.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 66.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 67.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 68.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 69.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 70.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 71.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 72.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 73.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 74.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 75.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 76.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 77.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 78.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 79.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 80.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 81.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 82.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 83.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 84.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 85.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 86.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 87.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 88.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 89.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 90.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 91.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 92.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 93.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 94.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 95.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 96.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 97.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 98.
* For the unilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 99.
* For the bilateral end of the fallopian tube, do complete section, change the given number to 100.

Инfiltrативный (ретроцервикальный)

Стадия I Стадия II Стадия III Стадия IV

Классификация внутреннего эндометриоза (аденомиоза) в зависимости от распространения процесса

Аденомиоз

Стадия I Стадия II Стадия III Стадия IV

Узловой аденомиоз Очаговый аденомиоз Диффузный аденомиоз

Виды аденомиоза. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым, кистозным или узловым
Адамьян Л.В. с соавт., 1993

gASRM, 1996

Частое несоответствие стадии распространения, определенное путем подсчета баллов, истинной тяжести заболевания

To be Used with Normal Uteri and Ovaries To be Used with Abnormal Uteri and/or Ovaries

Рис. 14.1. Эндометриоз. Классификации.

16. Женское бесплодие и основные пути решения

Бесплодие – это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение 1 года.

Первичное бесплодие – это бесплодие у женщин, живущих регулярной половой жизнью, абсолютно не предохраняясь, и не имевших ранее ни одной беременности. Диагностируется в 60% случаев.

Вторичное бесплодие устанавливается, если в прошлом была хотя бы одна беременность. Диагностируется в 40% случаев.

Также женское бесплодие подразделяют на врожденное (пороки развития половых органов, наследственные нарушения гормонального статуса и т.д.) и приобретенное (вследствие неблагоприятного воздействия внешних и внутренних факторов после рождения). В зависимости от причин бесплодия выделяют следующие варианты этой патологии:

- Трубно и перитонеальное бесплодие – это органические или функциональные нарушения проходимости маточных труб (со спаечным процессом или без него), диагностируется в 20–30% случаев.
- Эндокринное бесплодие – это расстройства овуляции при отклонении в гормональной регуляции, диагностируется в 35–40% случаев.
- Маточные формы бесплодия – патология эндометрия (гиперплазия, синехии, полипы, аденомиоз), миома, пороки развития, цервикальные факторы.

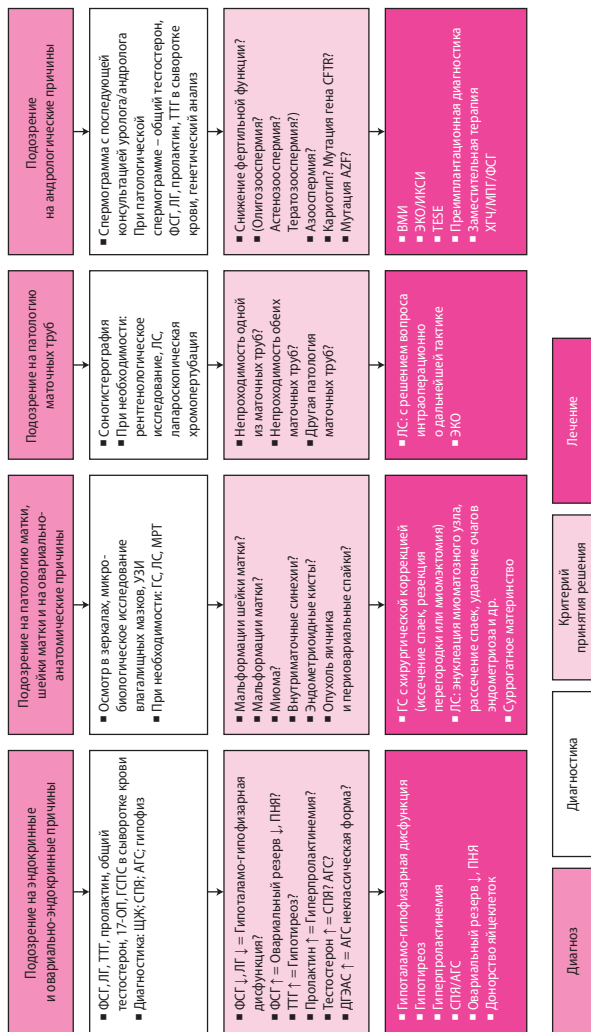


Рис. 16.1. Уточнение причины бесплодия. AZF – фактор азооспермии; CFTR – белок-регулятор трансмембранной проницаемости при муковисцидозе; TESE (testicular sperm extraction) – экстракция сперматозоидов из яичка; ВМИ – внутриматочная инсеминация; ГС – гистероскопия; ГСПС – глобулин, связывающий половые стероиды; ЛС – лапароскопия; МПГ – менопаузальный гонадотропин.

17. Мужское бесплодие

Мужское бесплодие – неспособность организма мужчины вырабатывать или доставлять в организм женщины достаточное количество здоровых сперматозоидов для осуществления зачатия.

Таблица 17.1. Факторы снижения фертильности у мужчин

Факторы	Врожденные или приобретенные аномалии мочеполовых органов (крипторхизм; орхит [вирусный]; перекрут яичка; цитостатическая, цитотоксическая терапия [химиотерапия]; радиотерапия; врожденная аплазия придатка или семявыносящего протока; мюллеровы простатические кисты; обструкция придатка яичка [врожденная, приобретенная])
	Инфекции мочеполовой системы
	Повышение температуры в мошонке (например, вследствие варикоцеле)
	Эндокринные нарушения (гипергонадотропный гипогонадизм [первичный]; гипогонадотропный гипогонадизм (вторичный); нормогонадотропный гипогонадизм; гиперпролактинемия; тестостерондефицитные состояния)
	Генетические отклонения (синдром Клайнфелтера, Y-делеция)
	Иммунологические факторы

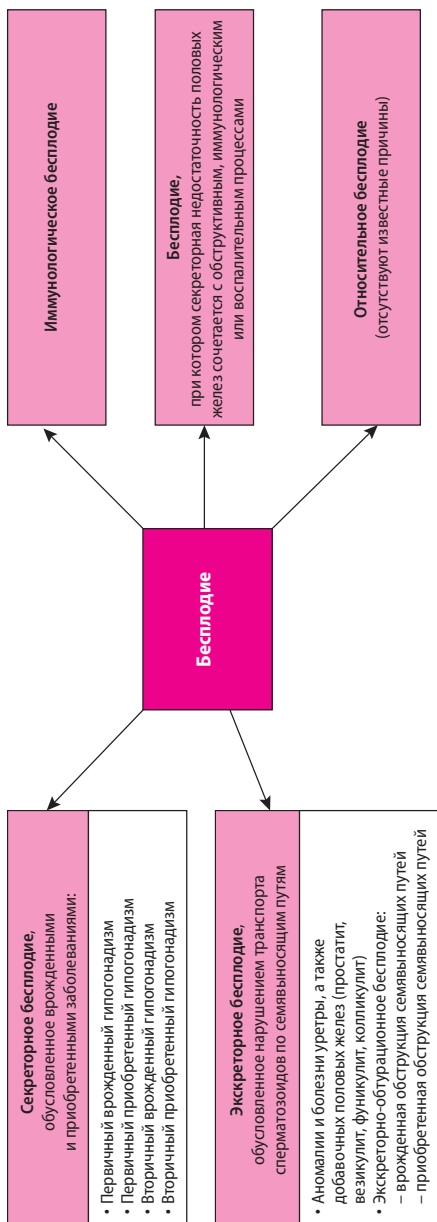


Рис. 17.1. Патогенетическая классификация мужского бесплодия.

Заключение

Настоящая книга предназначена для гинекологов, эндокринологов и врачей смежных специальностей.

Данное издание содержит новую переработанную информацию. В книге представлены данные о патогенезе, этиологии, особенностях клинических проявлений гинекологических заболеваний как в репродуктивном возрасте женщины, так и в период пре- и постменопаузы.

Сформулированы современные принципы диагностики и лечения, а также приведены алгоритмы ведения больных с эндокринно-гинекологической патологией.

Задача настоящей публикации состоит в обобщении и представлении новейших данных в области эндокринной гинекологии для практических врачей различного профиля, что расширит возможности правильной дифференциальной диагностики и обеспечит обоснованное патогенетическое лечение гормональных нарушений репродуктивной системы у женщин.

Литература

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И.Дедова, М.В.Шестаковой, А.Ю.Майорова. – Вып. 10. – М., 2021.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И.Дедова, М.В.Шестаковой, А.Ю. Майорова. – Вып. 9. – М.: УП Принт, 2019.

Андреева Е.Н. Обильные менструальные кровотечения: современный подход к проблеме и пути ее решения // Проблемы репродукции. – 2015. – Т. 6. – С. 39–47.

Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В., Фурсенко В.А. Ожирение – угроза репродуктивного потенциала России // Ожирение и метаболизм. – 2019. – Т. 16, №3. – С. 20–28. DOI: 10.14341/omet10340.

Биохимия: Учеб. для вузов / Под ред. Е.С.Северина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 779 с. – С. 494–496.

Вольфф М. фон, Штутте П. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина: Пер. с нем. / Под общ. ред. Е.Н.Андреевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2017.

Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика лечения: Клинические рекомендации (протокол лечения) / Министерство здравоохранения РФ. – М., 2016.

Дефицит витамина D. Клинические рекомендации РАЭ. – М., 2021.

Инструкция по медицинскому применению препарата Фортедетрим, ЛП-006050 от 13.05.2021.

Клинические рекомендации «Акне». – М., 2020.

Клинические рекомендации «Аменорея и олигоменорея». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Выкидыш (самопроизвольный аборт)». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Гестационный сахарный диабет» (проект). – М., 2023.

Клинические рекомендации «Гипотиреоз». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Женское бесплодие». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины». – М., 2021.

Клинические рекомендации «Миома матки». – М., 2020.