**Практическое занятие №5**

**1. Тема: Программа сохранения репродуктивного здоровья женщин в менопаузе.**

2. Цель: знать основные ранние клинические проявления климактерического синдрома, владеть методами диагностики, уметь назначать заместительную гормональную терапию.

3. Вопросы для рассмотрения:

1.Климактерический синдром - определение понятия;

2.Клинические проявления;

3.Медикаментозная терапия;

4. Основные понятия темы:

**Климактерический синдром** – это симптомокомплекс, который развивается в период возрастного угасания функции репродуктивной системы женщины и характеризуется нейровегетативными, обменно-эндокринными и психо-эмоциональными расстройствами различной степени интенсивности и продолжительности. Клинические проявления климактерического синдрома нередко взаимосвязаны и могут быть обусловлены различными заболеваниями переходного возраста. Общая частота климактерического синдрома варьирует от 40% до 80%.

Климактерический синдром возникает в результате возрастного колебания уровня эстрогенов, но не абсолютного их дефицита. С другой стороны – климактерический синдром является результатом последовательного развития возрастных изменений в определенных центрах гипоталамуса.

К началу климактерического периода происходит «накопление повреждений», связанное с перенесенными заболеваниями, стрессовыми ситуациями, оперативными вмешательствами, а также с особенностями современного образа жизни. Высокая частота, большая интенсивность и продолжительность воздействия неблагоприятных факторов на фоне возрастной перестройки организма обусловливают снижение уровня «ресурсов здоровья», являясь только пусковым звеном в проявлении уже имеющейся патологии.

Возникновение климактерического синдрома обусловлено широким комплексом причин, которые связаны с нарушениями защитноприспособительных механизмов и метаболического равновесия в период возрастной перестройки организма на фоне прогрессирующего угасания функции яичников. Особенности развития и клинического течения климактерического синдрома в значительной степени определяются резервными возможностями высших отделов центральной нервной системы и имеют четкую связь с функциональным состоянием половой системы и изменением выработки половых гормонов.

Функциональное происхождение климактерического синдрома подтверждается также и тем, что данная патология подвергается обратному развитию, которое может наступать как спонтанно, так и под влиянием различного рода воздействий.

**Клинические проявления климактерического синдрома**

Клинические проявления климактерического синдрома условно можно разделить на три группы: нейровегетативные, обменно-эндокринные и психо-эмоциональные. В большинстве случаев первые признаки климактерического синдрома возникают в непосредственной связи с прекращением менструаций (менопауза) или в первый год после менопаузы. Часто началу заболевания предшествуют стрессовые ситуации различного характера. Явления климактерического синдрома нередко имеют волнообразный и сезонный характер в весеннее (февраль—март) или осеннее (сентябрь—октябрь) время.

Наиболее типичны (90% - 98%) для клинической картины климактерического синдрома приливы жара к лицу, голове и верхней половине туловища, которые продолжаются от 30 сек до 1–2 мин. Повышенная потливость сопровождает приливы жара более чем в 80% наблюдений. Эти явления могут быть спровоцированы любыми раздражителями, включая эмоциональный стресс, изменение метеоусловий и пр. Приливы жара, характерные при климактерическом синдроме, обусловлены нарушениями процесса терморегуляции со стороны центральной нервной системы и характеризуются повышением кожной температуры по всей поверхности тела на ~5°С, расширением периферических сосудов, учащением сердцебиений до 130 ударов/мин и более.

Несмотря на многообразие отдельных клинических проявлений климактерического синдрома, в клинической картине заболевания основное место занимают нейровегетативные проявления.

Для многих больных климактерическим синдромом характерны следующие вегетативные расстройства: появление красных пятен на шее и груди («сосудистое ожерелье»); частые приступы выраженной головной боли; снижение или повышение артериального давления (АД); кризовое течение гипертонической болезни; учащенное сердцебиение; приступы с ярко выраженной психоэмоциональной окраской.

У 66% женщин после первых 0,5 – 2 лет после менопаузы наблюдаются эпизоды острого повышения АД, которые возникают как в покое, так и в активном состоянии, а иногда провоцируются и эмоциональным возбуждением. В интервалах между этими эпизодами показатели АД остаются в нормальных пределах. В ряде случаев колебания АД у больных климактерическим синдромом, выходящие за пределы нормы, представляют собой первые клинические проявления протекавшей до этого скрытно гипертонической болезни.

Среди жалоб, предъявляемых больными с климактерическим синдромом, особое место принадлежит сердечно-сосудистым симптомам, в связи с чем нередко возникает необходимость исключения стенокардии и инфаркта миокарда. Появление болей в области сердца при климактерическом синдроме обусловлено повышенной чувствительностью сердечно-сосудистой системы к обычным раздражителям в связи с нарушениями обменных процессов в сердечной мышце. Почти в 1/3 наблюдений климактерическая кардиопатия сочетается с начальными стадиями ишемической болезни сердца.

В результате изменения иммунологической реактивности после менопаузы клиника климактерического синдрома может проявляться в виде: крапивницы, отеков на лице, вазомоторного ринита, непереносимости ряда пищевых продуктов, приступов бронхиальной астмы, неподдающихся традиционной терапии.

В возникновении обменно-эндокринных нарушений важную роль играют как общие изменении обменных процессов, так и повышенная реакция некоторых органов и тканей на возрастное снижение уровня эстрогенов.

К урогенитальным симптомам относят: дистрофические изменения вульвы, воспаление стенок влагалища, цисталгии. Атрофические изменения мочеполового тракта отмечаются у 80% женщин через 4–5 лет после наступления менопаузы. При урогенитальных расстройствах отмечаются зуд, кровотечения или диспареуния, повторяющиеся влагалищные инфекции, болезненное и непроизвольное мочеиспускание и пр. Потеря тонуса поддерживающих связок и мышц может вести к опущению и выпадению влагалища и матки.

К эстрогензависимым тканям относятся не только мочеполовая система, но и молочные железы, кожа, волосы и ногти. Все они подвержены атрофии, обусловленной снижением содержания коллагена в период менопаузы. Наряду с этим уменьшается толщина кожи, снижается ее эластичность и замедляется циркуляция крови в кожных капиллярах вследствие дефицита эстрогенов. У 15% больных климактерическим синдромом с наступлением менопаузы отмечаются: «сухие» конъюнктивиты, ларингиты, сухость во рту. Нередко возникают проблемы с применением контактны линз. У некоторых женщин с климактерическим синдромом может отмечаться рост волос на лице и снижение тембра голоса. В климактерическом периоде наблюдаются также определенные изменения массы тела: уменьшение у 16%; увеличение у 40%; отсутствие изменений массы тела у 44%.

Остеопороз в постменопаузальном периоде также является следствием дефицита эстрогенов. В ряде случаев больных климактерическим синдромом беспокоят также: ночные боли в области конечностей иногда сопровождаются ощущением холода; поражения позвоночного столба по типу артроза с явлениями дегенерации; кожные парестезии.

В климактерическом периоде отмечается склонность к повышению активности свертывающей системы крови. За счет этого повышается риск развития тромбоэмболических

осложнений на фоне различных провоцирующих факторов (травмы, оперативные вмешательства, инфекции, заболевания печени и т.д.).

Среди психо-эмоциональных расстройств у больных при климактерическом синдроме отмечаются: эмоционально-психические нарушения; снижение памяти и внимания; ухудшение работоспособности; раздражительность; эмоциональная неустойчивость. Выделяют несколько вариантов формы поведения при климактерическом синдроме: безразличное поведение; приспособление; активное преодоление; невротическое поведение. У 13% больных отмечаются невротические расстройства, которые проявляются плаксивостью, приступом раздражительности, ощущением страха, тревоги, непереносимостью звуковых и обонятельных раздражителей. При этом значительное влияние на поведение женщины оказывает восприятие ею климакса как признака старения, конца специфической биологической функции женского организма. У 10% больных наблюдается депрессия, которая является одним из наиболее тяжелых и с трудом поддающихся лечению симптомов, встречающихся при климактерическом синдроме.

Типичная и осложненная формы климактерического синдрома

Типичная форма климактерического синдрома развивается у практически здоровых в остальных отношениях женщин. Приливы жара, головные боли, головокружения, потливость, нарушения сна и другие симптомы климактерического синдрома при данной форме обычно развиваются перед менопаузой или в течение первых лет после наступления менопаузы.

При осложненной или сочетанной форме климактерического синдрома особенности его течения и тяжесть определяются сопутствующими заболеваниями (хронические инфекции, гипертоническая болезнь, атеросклеротические нарушения сердечно-сосудистой системы, неврологические расстройства). В то же время и климактерический синдром усугубляет тяжесть этой патологии. При этом климактерический синдром протекает длительно и атипично, характеризуется склонностью к тяжелому течению, устойчивостью к разнообразным лечебным воздействиям. Частота осложненных форм климактерического синдрома составляет 54%.

Осложненная форма климактерического синдрома у 34% больных возникает на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта. У 1/3 больных климактерическим синдромом возникает на фоне гипертонической болезни, предшествовавшей заболеванию в течение 5 – 6 лет. Подавляющее число больных (57%) гипертонической болезнью отмечают ее обострение при климактерическом синдроме в виде частых гипертонических кризов, большой лабильности АД.

Вегето-невротические проявления при осложненной форме климактерического синдрома имеют тенденцию к течению в виде кризов и, хотя возникают относительно редко, но ухудшают общее состояние пациенток на длительное время и являются иногда причиной экстренной госпитализации в стационар терапевтического профиля.

В зависимости от степени тяжести течения климактерического синдрома различают его легкую, средней тяжести и тяжелую форму.

При легкой форме отмечается до 10 приливов в течение суток при ненарушенном общем состоянии и работоспособности больных. Для климактерического синдрома средней тяжести характерны 10—20 приливов в течение суток, выраженные многообразные симптомы заболевания (головокружение, головная боль, нарушение сна, памяти и пр.), ухудшающие общее состояние больных и снижающие их работоспособность. Тяжелая форма сопровождается полной или почти полной потерей работоспособности. При осложненном течении заболевания наблюдается несоответствие между числом приливов и тяжестью заболевания.

Почти у половины женщин с климактерическим синдромом отмечается тяжелое течение заболевания (51%), у каждой третьей (33%) его проявления носят умеренный характер и только в 16% климактерический синдром сопровождается легкими проявлениями.

Следует также учитывать продолжительность заболевания. Только у 18% больных острые проявления климактерического синдрома исчезают в течение первого года с момента их появления. Продолжительность до 5 лет наблюдается у 35% - 56% больных. Еще более длительное течение заболевания наблюдается у 26% пациенток. Наибольшая частота и интенсивность типичных проявлений климактерического синдрома отмечается в течение первых 2 – 3 лет постменопаузы.

Особенно длительное и тяжелое течение приобретает климактерический синдром, который развился при преждевременном наступлении менопаузы в возрасте 38 – 43 лет. Возникающие при этом вегето-сосудистые, психо-невротические и обменно-эндокринные расстройства нередко способствуют потере трудоспособности и нарушениям психосоциальной адаптации в профессиональной, интеллектуальной и семейной сферах жизни.

Больные климактерическим синдромом нуждаются в комплексном обследовании врачами ряда специальностей. Однако первое слово в диагнозе остается за гинекологом, так как появляющиеся симптомы связаны, прежде всего, с угасанием функции яичников. Больные нуждаются в специальном обследовании для уточнения гормональной активности яичников, определения уровня эстрогенных влияний и выявления связи между появлением приливов жара и климактерическими изменениями менструальной функции. Каждая больная с климактерическим синдромом нуждается также в специальном терапевтическом, а иногда и в психоневрологическом обследовании. Сопоставление особенностей течения заболевания, времени его возникновения, оценка патологических симптомов, социального и психического статуса, наличие экстрагенитальных заболеваний помогают определить форму и тяжесть климактерического синдрома, а также судить о его прогнозе.

В рамках общеклинического обследования измеряют АД, выслушивают тоны сердца, проводят ЭКГ, рентгеноскопию грудной клетки. С помощью этих методов выявляются атеросклероз, зачастую с нарушениями коронарного кровообращения, и гипертоническую болезнь. При ожирении и симпатико-адреналовых кризах необходимо исключить диабет, гипоталамический синдром, феохромоцитому, гипотиреоз. Для оценки функции щитовидной железы и коры надпочечников, принимая во внимание характерные для заболеваний этих органов симптомы, применяют специальные диагностические тесты. Для выявления фиброзно-кистозной мастопатии, которая нередко сопутствует гормональным сдвигам в период климактерия, проводят пальпацию молочных желез, выполняют УЗИ и маммографию. При гинекологическом обследовании, оценивая состояние органов малого таза, особое внимание уделяют характеру возрастных изменений в половой системе.

В целом ряде случаев возникает необходимость отличать климактерический синдром от заболеваний, проявляющихся схожими симптомы, но с климактерием непосредственно не связанных. Отличить климактерическую кардиопатию от ишемической болезни сердца помогает изучение характера болей, ЭКГ. Повышение либидо, появление избыточного оволосения и снижение тембра голоса в после менопаузы может указывать на возникновение гормонально-активной опухоли яичников. При сохраненном ритме менструаций у женщин старше 55 лет или восстановлении его в после менопаузы также показано обследование с целью исключения гормонально-активной опухоли яичников.

У некоторых женщин упомянутые заболевания выявляются впервые только в климактерическом периоде и, сочетаясь с климактерическим синдромом, способствуют более тяжелому, длительному, а иногда и атипичному течению заболевания.

В процессе наблюдения за больными климактерическим синдромом, а также для оценки эффективности проводимой терапии используют также различные шкалы оценок и индексы.

Ведение женщин в климактерическом периоде включает более широкий круг мероприятий, нежели только лечение климактерического синдрома.

Основным принципом ведения больных с осложненным течением климактерического периода является индивидуальный подход к выбору методов лечения и определения последовательности терапевтических мероприятий. Развиваясь в процессе возрастной перестройки организма, клинические проявления климактерического синдрома нередко подвергаются спонтанному обратному развитию, в связи с чем необходимость в специальном лечении возникает не у каждой женщины с этим заболеванием.

**Медикаментозная терапия** является лишь одним из направлений в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у женщин переходного и пожилого возраста. Медикаментозное лечение проводится только под строгим контролем врача. Самолечение совершенно недопустимо, так как при неправильном использовании может привести к печальным результатам.

Этапы лечения больных климактерическим синдромом

Условно выделяют три этапа в лечении больных климактерическим синдромом: немедикаментозная терапия, специальная медикаментозная негормональная терапия и гормональная терапия.

Важное значение имеет психопрофилактическая подготовка каждой женщины к переходному периоду с учетом медицинских и социально-психологических аспектов. Это может способствовать облегченному течению климактерического синдрома или даже предупредить его развитие. Пациентка должна быть адекватно информирована о тех возрастных изменениях, которые происходят в организме при угасании репродуктивной функции, а также возможностях предупреждения различных патологических состояний, сопутствующих этому процессу.

Целесообразно использовать специальные комплексы лечебной физкультуры, оказывающей положительное влияние на регуляторные механизмы центральной нервной системы. Лечебная физкультура рекомендуется в виде утренней гимнастики (15–20 минут), групповых занятий (2-3 раза в неделю по 30–45 мин), элементов спортивных игр, оздоровительно-тренировочных занятий и т. п. Особенно полезна ходьба. Объем и тип физических упражнений должны определяться лечащим врачом. Регулярные занятия физическими упражнениями в периоде постменопаузы способствуют повышению кислородного обмена и нормализации углеводного обмена при снижении уровня инсулина. Общий массаж, прогулки перед сном также способствуют улучшению самочувствия пациенток.

В переходном возрасте особенно необходим систематической контроль за массой тела. При этом важное значение имеет рациональное питание с учетом качества, объема и режима потребляемой пищи. В рационе питания должны преобладать фрукты и овощи, жиры растительного происхождения. Следует ограничить потребление углеводов. В процессе регулирования диетического режима рекомендуется включение в пищевой рацион витаминных препаратов. Естественный дефицит витаминов в период климактерия может быть покрыт периодическим назначением специальных витаминных комплексов. Особенно целесообразно применение витаминов «А», «Е» и «С».

Для регуляции гормонального баланса, восполнения дефицита витаминов и минеральных веществ в периоды пре- и постменопаузы специально предложены препараты, содержащие комплекс витаминов, макро- и микроэлементов: Менопейс; Фарма-Мед Леди’с формула МЕНОПАУЗА; Фарма-Мед Леди’с формула для УКРЕПЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ.

Для восполнения дефицита макро- и микроэлементов, профилактики и терапии остеопороза при климактерическом синдроме рекомендуются также Капли Берш Плюс, Кальций Д3 Никомед.

Общетонизирующим и адаптогенным действием, способствующим повышению естественной сопротивляемости организма, а также нормализации артериального давления и купированию проявлений климактерического синдрома преобладают: Аллитера, Клостерфрау Мелисана.

В домашних условиях показана гидротерапия: обливание, обмывание, душ, хвойные и шалфейные ванны, горячие ножные ванны. При типичной форме климактерического синдрома (легкой форме и средней тяжести) эффективными являются кислородные и азотные ванны. В зависимости от особенностей течения и фазы климактерия, а также сопутствующих заболеваний, благоприятный эффект может быть достигнут при проведении подводного массажа, жемчужных ванн, циркулярного душа и др.

В рамках бальнеотерапии у больных климактерическим синдромом с успехом применяют лечебные ванны с термально-газово-радоновыми водами. Эти процедуры могут быть использованы у больных при наличии миомы матки и при экстрагенитальной патологии. Больным миомой матки, эндометриозом, мастопатией, тиреотоксикозом могут быть рекомендованы йодобромные ванны.

Среди физиотерапевтических методов эффективными являются гальванизация шейно-лицевой области или электрофорез новокаина в область верхних шейных синаптических ганглиев. Каждую из этих процедур сочетают с классическим ручным массажем воротниковой зоны. Санаторно-курортное лечение предпочтительно проводить в привычной климатической зоне, либо на Южном берегу Крыма в нежаркое время года. В санаторно-курортных условиях особенно эффективны такие процедуры как аэро-, гелио- и гидротерапия. Для лечения климактерического синдрома используют также иглорефлексотерапию, как монолечение или в сочетании с другими методами. Многие из перечисленных методов лечебно-профилактического воздействия способствуют достижению седативного эффекта, столь необходимого при осложненном течении климактерического периода.

Специальная медикаментозная терапия, как второй этап лечения климактерического синдрома, используется в основном при средней и тяжелой формах заболевания и, прежде всего, для нормализации функционального состояния нервной системы.

С седативной целью для снижения эмоционального напряжения, улучшения сна может быть рекомендовано: отвары или настойки корня валерианы, пустырника, микстура Кватера, Ново-Пассит. При длительном течении климактерического синдрома на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний или прогрессировании симптомов климактерического синдрома, особенно при наличии противопоказаний к применению гормональных средств, возникает необходимость назначения нейротропных средств: транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов. Возможно также применение препаратов обладающих ноотропным эффектом. Назначение нейротропных препаратов требует согласования со специалистами соответствующего профиля.

У больных с патологией сердечно-сосудистой системы, особенно при сочетании гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца, проявления климактерического синдрома нередко корригируются применением вазоактивных препаратов после консультации со специалистами соответствующего профиля.

Гормональное лечение рекомендуется проводить только при отсутствии полного эффекта от комплексной негормональной терапии. Целью гормонотерапии при климактерическом синдроме является компенсация происходящих гормональных изменений. Индивидуальный

выбор метода гормонального воздействия основывается на совокупности симптомов климактерического синдрома к моменту начала лечебного воздействия, отсутствии или сохранении менструальноподобных кровотечений, что позволяет планировать продолжительность гормональной терапии - кратковременную или, наоборот, длительную, и определить конечную ее цель - лечение больных по поводу только климактерического синдрома или одновременно лечебное воздействие при комплексе развившихся системных нарушений.

Широкие возможности выбора методов терапии климактерического синдрома позволяют рационально дифференцировать последовательность назначения тех или иных лечебных комплексов, переходя от более простых к более сложным, и ограничить в разумных пределах применение гормональных препаратов. В зависимости от клинического проявления климактерического синдрома могут быть использованы: эстрогены, гестагены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты, сочетание эстрогенов с андрогенами, сочетание эстрогенов с антиандрогенами.

Непременным условием рациональной тактики гормонотерапии является индивидуальный дифференцированный подбор препаратов и их доз в соответствии с особенностями и степенью гормонального дефицита у пациентки. Гормональные препараты в климактерическом периоде должны назначаться строго по показаниям, с учетом всех противопоказаний и при систематическом врачебном контроле.

Среди препаратов, содержащих эстрогены, в терапии климактерического синдрома используют: препараты эстрадиола (Эстрфем, Климара, Дивигель, Эстрожель, Эстрева Гель); эстрадиола валерат (Прогинова); препараты эстриола (Овестин, Синпаузэ); коньюгированные эстрогены (Премарин).

К противопоказаниям к применению эстрогенных препаратов относятся: эстрогензависимые неопластические процессы в органах репродуктивной системы и в молочных железах; злокачественные опухоли в органах репродуктивной системы и в молочных железах; острые и хронические заболевания печени и почек; сахарный диабет; гипертоническая болезнь; нарушение жирового обмена; герпес; варикозное расширение вен; тромбофлебит; тромбоэмболические состояния; гемоглобинопатия; маточное кровотечение с неуточненной причиной.

При назначении эстрогенов в любой лекарственной форме рекомендуется использование препаратов на основе гестагенов (Дюфастон, Утрожестан). При назначении эстрогенных и гестагенных препаратов в небольшом числе наблюдений возможно возникновение кровотечений отмены в виде скудных мажущих выделений, которые возникают через 3-4 дня после отмены препаратов и продолжаются 3-4 дня.

У женщин с клиническими проявлениями мастопатии возможно применение препарата Прожестожель 1% в виде геля для местного применения.

Применение комбинированных гормональных препаратов

В рамках лечения климактерического синдрома возможно применение комбинированных гормональных препаратов, среди которых могут быть использованы: монофазные эстроген-гестагенные препараты (Логест, Микрогинон, Минизистон, Новинет Овидон, Регулон, Ригевидон); двух- и трехфазные эстроген-гестагенные препараты (Дивина, Дивитрен, Цикло – Прогинова, Климонорм, Фемостон, Климена, Трисеквенс). В терапии климактерического синдрома возможно также применение комбинации эстрогенов и андрогенов (Гинодиан-депо).

В рамках заместительной гормональной терапии при климактерическом синдроме возможно применение препаратов, не являющихся гормонами, но обладающих эстрогенной,

гестагенной и андрогенной активностью (Сигетин, Тиболон (Ливиал), Климадинон, Ременс). Решение о назначении гормональной терапии может быть принято лишь при соблюдении принципов максимальной онкологической настороженности с полной ориентацией в состоянии гормончувствительных органов, прежде всего эндометрия, яичников и молочных желез.

Риск канцерогенеза возрастает при длительности приема эстрогенов свыше 3–4 лет. Через 2–5 лет после прекращения приема эстрогенов риск снижается. Увеличения частоты рака шейки матки, влагалища и вульвы при заместительной эстрогенотерапии не отмечено. Риск канцерогенеза существенно уменьшается при одновременном назначении препаратов гестагенов. В то же время имеются данные, согласно которым риск рака молочной железы возрастает вне зависимости от использования гестагенных препаратов, больше чем в 2 раза после 6-летнего применения эстрогенов.

В клинической оценке эффективности лечебного воздействия гормональных препаратов при климактерическом синдроме важную роль играет контроль за действием препарата. Кроме первоначальной оценки возможности использования выбранных препаратов и первичного обследования пациентки, следующее обследование рекомендуется проводить не позднее чем через 4-6 месяцев от начала лечения. При использовании гормональных препаратов у больных с климактерическим синдромом необходимо регулярно проводить: клиническое обследование; измерение АД; определение массы тела; оценку состояния свертывающей системы крови; анализ мочи; ультразвуковое исследование органов малого таза (в первую очередь контроль за состоянием эндометрия); диагностическое выскабливание эндометрия при приеме одних только эстрогенных препаратов без гестагенов – каждые 12 месяцев (появление кровянистых выделений служит абсолютным показанием для диагностического выскабливания эндометрия); цитологическое исследование влагалищного мазка и поверхностного соскоба с влагалищной части шейки матки; динамическое исследование аспирата из полости матки; пальпацию и ультразвуковое исследование молочных желез.

При возникновении показаний к лечению следует приступать своевременно, не позже первых 6-12 месяцев с момента появления приливов жара, т.к. на начальных этапах заболевания основные его симптомы легче подвергаются регрессии. Одновременно удается предотвратить развитие тяжелых форм климактерического синдрома.

Значительно труднее и более длительно проходит лечение больных с давностью заболевания климактерическим синдромом свыше 1-2 лет. В зависимости от времени начала лечения "выздоровление" больных наступает при различной степени компенсации возрастных системных нарушений, в первую очередь со стороны центральной нервной системы.

При тяжелой форме климактерического синдрома уже спустя 6 месяцев после начала лечения существенно возрастает число пациенток, не предъявляющих жалобы на приливы жара, потливость, депрессию, затруднения в концентрации внимания, головные боли, сердцебиения, головокружения. У остальных же в ходе обратного развития климактерического синдрома большая часть этих симптомов приобретает легкое течение. Одновременно проявляется благоприятный эффект на липидный спектр крови и состояние сердечно-сосудистой системы. Лечение следует продолжать до полного выздоровления.

Прогноз иногда вызывает значительные затруднения, что связано с длительностью течения этого своеобразного и сложного по патогенезу заболевания, которое нередко приобретает атипичные и сочетанные формы. В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии показано углубленное обследование для исключения органических и функциональных нарушений центральной нервной системы, эндокринной и сердечно-сосудистой системы

5.Рекомендуемая литература:

1.Баранов В. Г., Арсеньева М. Г., Раскин А. М., Рафальский Я. Д. Физиология и патология климактерия женщины. — Л.: Медицина, 1965. — 270 с.

2.Вихляева Е. М. Климактерический синдром и его лечение. — М.: Медицина, 1966.—139 с.

3. Гинекологическая эндокринология/Под ред. К. Н. Жмакина. — М.: Медицина, 1980. — 528 с.

4. Пауэрстейн К. Д., Рикардо Г. А. Менопауза//Гинекологические нарушения. — М. 1985. с. 510—534.

6.Самостоятельная работа ординаторов к занятию:

**а) Обязательная:** курация больных, работа с лекционным материалом, работа с учебниками, учебными пособиями, информационно-литературный поиск, подготовка реферата, доклада, подготовка к рубежному контролю

**б) Необязательная:** участие в конкурсе рефератов, защита рефератов, написание историй болезни.

Контроль самостоятельной работы: тестирование, собеседование, приём практических умений и навыков.