

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

Наименование дисциплины	ФДТ.01 Здоровый человек и его окружение
Направление подготовки	34. 03. 01 Сестринское дело
Направленность (профиль)	Медико-организационная и педагогическая деятельность медицинской сестры (брата)
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 5 **Особенности здоровья мужчины и женщины в
переходном периоде**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Здоровый человек и его окружение»

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

 Савина Г.Я.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

 Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

 Шишалова Т.Н.
 Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Здоровый человек и его окружение» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с организацией здоровья мужчины и женщины в переходном периоде.
- 2. Учебные вопросы**
1. Особенности репродуктивной системы.
 2. Факторы, влияющие на возникновение и течение климакса. Изменение жизненно-важных потребностей в переходном периоде, особенности их удовлетворения.
 3. Значение здорового образа жизни в климактерическом периоде

3. Теоретическая часть

Репродуктивная (предназначенная для размножения) система женщины обеспечивает зарождение новой жизни, развитие и вынашивание беременности, и, наконец, роды. К репродуктивным органам относят наружные и внутренние половые органы: влагалище, матку, маточные трубы, яичники.

Шейка матки — это передний отдел матки, с которой она связана каналом. Матка состоит только из мышц. Снаружи она покрыта толстой оболочкой, а внутри выстлана нежной слизистой (эндометрием). Во время менструации эндометрий выходит из матки вместе с кровью, а если наступила беременность, то обеспечивает питание плода на ранних сроках.

Матка по форме напоминает грушу, размером с куриное яйцо, расположенную расширенной частью вверх. Из верхнего отдела матки выходят фаллопиевы (или маточные) трубы, которые соединяют ее с яичниками. Яичники расположены по обе стороны от матки. Это небольшие округлые образования (меньше куриного яйца), в которых созревают и хранятся яйцеклетки. Природа предусмотрительно закладывает в яичники новорожденной девочки зачатки 400 000 яйцеклеток, каждая из которых в будущем имеет шансы на оплодотворение. Так что, если бы это было возможно с точки зрения сил, возраста и желаний, то одна женщина могла бы дать жизнь населению немалого города. Кроме того, в яичниках вырабатываются женские половые гормоны.

Чтобы женщина могла забеременеть, все ее репродуктивные органы должны быть в полном порядке и работать в унисон:

- Матка должна быть нормальных размеров и формы, ее эндометрий — хорошо созревающим, в полости матки не должно быть сращений, полипов и других неестественных образований.

- Обе трубы должны быть проходимы и иметь нормальную сократительную способность, поскольку яйцеклетка от яичника к матке передвигается только за счет действий трубы.

- Яичники должны быть определенных размеров, не покрыты толстой оболочкой, вырабатывать достаточно гормонов.

Если все процессы протекают нормально, то беременность наступает в результате следующих процессов:

Под действием гормонов в одном из яичников созревает фолликул, в котором находится яйцеклетка. Примерно за 2 недели до наступления следующей менструации яйцеклетка высвобождается из фолликула, в котором зрела и попадает в маточную трубу. Сперматозоиды проникают в шейку матки, затем в полость матки, продвигаются по маточным трубам. Яйцеклетка продвигается по трубе благодаря ее сокращениям и примерно на середине трубы встречается со сперматозоидами. Происходит оплодотворение яйцеклетки. Яйцеклетка попадает в матку, где прикрепляется к стенке, внедряясь в эндометрий. Продолжается деление клеток зародыша — беременность развивается.

Исходя из этих закономерностей, варианты нарушения плодовитости у женщины могут быть такие:

- Нарушение выделения гормонов, дисфункция яичников.

- Не созревает яйцеклетка или она слабая, нежизнеспособная; яйцеклетка не выходит из фолликула из-за толстой капсулы яичника.

- Нарушения, связанные со сперматозоидами: их мало в эякуляте или нет вообще, они не могут проникнуть сквозь шейку матки, погибают прежде, чем сольются с яйцеклеткой.

- Яйцеклетка не попадает в трубу или не встречается со сперматозоидами (например, труба запаяна из-за воспаления или плохо сокращается), умирает прежде, чем произойдет оплодотворение.

- Оплодотворение яйцеклетки не происходит из-за особенностей самой яйцеклетки или сперматозоидов.

- Яйцеклетка не попадает в матку из-за плохой сократимости труб (что проявляется в образовании внематочной беременности).

- Яйцеклетка не прикрепляется к стенке матки из-за плохого состояния эндометрия.

- Яйцеклетка не развивается в зародыш.

Все эти варианты известны и могут быть преодолены при помощи соответствующего лечения или «в обход» поражения — путем ЭКО.

Мужская репродуктивная система.

Мужские органы также будем рассматривать с точки зрения возможных причин бесплодия.

Мужские репродуктивные органы обеспечивают зарождение, созревание и доставку сперматозоидов во влагалище.

Яички вырабатывают сперму и половой гормон тестостерон. Из яичек сперма поступает в придаток яичка — орган, сохраняющий и питающий сперму по мере ее созревания. Созревшая сперма по семявыводящему протоку поступает в семенные пузырьки — два мешочка, расположенных прямо около яичка и хранящих сперму до необходимости. При семяизвержении сперма смешивается с соком простаты, разжижается им и выбрасывается наружу.

Весь процесс образования спермы до момента полного созревания занимает примерно 72 дня. При эякуляции секрет семенных пузырьков смешивается с густой жидкостью из простаты, образуя семенную жидкость.

Образование спермы (сперматогенез) зависит от соотношения трех гормонов: мужского — тестостерона, а также ЛГ и ФСГ, которые у женщин отвечают за созревание яйцеклетки. У мужчин ЛГ и ФСГ стимулируют выработку тестостерона и созревание сперматозоидов. Но даже созревшие сперматозоиды не имеют нормальной подвижности, если некоторое время не проведут в придатке яичка.

После эякуляции сперма живет в организме женщины и сохраняет способность к оплодотворению 48-72 часа. Поэтому наиболее благоприятными для зачатия ребенка считаются сношения каждые 2-3 дня в период овуляции (созревания яйцеклетки).

Для оплодотворения важны как количество нормальных сперматозоидов в эякуляте, так и их подвижность. Порой бывает так, что в яичках образуется много сперматозоидов, но они почему-то малоподвижны, а потому и не могут добраться до цели.

Кроме того, плодовитость мужчины может пострадать из-за варикоцеле — расширения вен семенного канатика, что при ощупывании мошонки проявляется как утолщение канатика, который становится толстым, бугристым, похожим на гроздь винограда. Кстати, это одна из наиболее распространенных причин бесплодия у мужчин. Наконец, бесплодие у мужчины может быть вызвано закупоркой семявыносящих путей в результате травмы или воспаления, а также затрудненной эякуляции или ее полного отсутствия из-за приема некоторых лекарственных препаратов.

Определение болезни. Причины заболевания

Климактерический синдром или климакс — это комплекс симптомов (эндокринных, вегето-сосудистых, психоэмоциональных нарушений), осложняющих период угасания репродуктивной функции у некоторых женщин. *Климактерический синдром*

В основе данного патологического состояния лежит неудовлетворительная адаптация организма к снижению уровня половых гормонов, которые вырабатываются яичниками.

Считается, что с проявлениями климактерического синдрома сталкивается около 30-60% женщин. В каждом отдельном случае набор симптомов, их выраженность и продолжительность различны: проявления климакса иногда могут беспокоить женщину менее 5 лет (35% случаев), 5-10 лет (55%) и редко свыше 10 лет (10%).

В большинстве случаев развёрнутая симптоматика отмечается в ближайшие 2-3 года после прекращения менструаций (менопаузы). До этого момента — в пременопаузе — патологические проявления встречаются в 1,5-2 раза реже. **От чего зависит время наступления климакса**

На время наступления климакса могут влиять:

- наследственный фактор — женщины, у которых матери и/или старшие сёстры, бабушки в своё время тяжело переживали климакс, имеют гораздо больше шансов также столкнуться с климактерическим синдромом;
- наличие сопутствующей патологии — при наличии сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия), эндокринных нарушений (сахарный диабет, патология щитовидной железы и другие), расстройства центральной и вегетативной нервных систем;
- хронический стресс, физическое и умственное переутомление, недосыпание, неполноценное питание, истощение;
- вредные привычки, в особенности табакокурение;
- заболевания женской половой сферы, аборт, выраженный предменструальный синдром (ПМС) в анамнезе;
- резкое прекращение функции яичников в результате радикальной хирургической операции (овариэктомии) или лучевого воздействия.

Что такое приливы при климаксе

Приливы крови к поверхности кожи лица, шеи, груди, верхней части туловища — один из основных симптомов климакса. Приливы сопровождаются покраснением и чувством жара.

Можно ли забеременеть при климаксе

Вероятность наступления беременности при климаксе крайне низкая, однако полностью не исключена. Если менопауза наступила до 50 лет, то рекомендуется применять методы контрацепции в течение двух лет, если в возрасте старше 50 лет — то в течение года.

Симптомы климакса

Симптомы климактерического синдрома условно подразделяют на нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные.

Нейровегетативные:

- один из наиболее характерных симптомов — периодические приливы крови к поверхности кожи лица, шеи, груди, верхней части туловища, которые сопровождаются покраснением и чувством жара;

Приливы во время климакса

- повышенное потоотделение;
- ощущение познабливания;
- эпизодические перепады артериального давления;
- приступы тошноты, "дурноты", головокружения;
- головные боли;

- дискомфорт в области сердца, загрудинные боли, приступы сердцебиения.

Обменно-эндокринные:

- необъяснимая прибавка в весе, отёчность;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- снижение тургора (упругости, эластичности) и сухость кожных покровов;
- дискомфортные проявления в молочных железах — тяжесть, нагрубание, боли, усугубление имевшейся ранее мастопатии;
- зуд и жжение в области наружных половых органов, сухость и ранимость слизистой оболочки влагалища, что делает половые контакты болезненными;
- мажущие выделения вне менструаций (до наступления менопаузы), маточные климактерические кровотечения (иногда они могут быть очень обильными);
- дизурические расстройства — болезненное, учащённое мочеиспускание, в том числе ночное, недержание мочи (непреодолимые позывы, стрессовое недержание при смехе и кашле);
- появление болей в суставах и костях, начальные проявления остеопороза;
- сухость слизистой оболочки глаз, конъюнктивит, блефарит;
- дисфункция слюнных желёз, сухость в полости рта, воспалительные изменения пародонта, атрофические изменения дёсен, интенсивное оседание десневого края, оголение шеек зубов.

Поражение дёсен при климаксе

Психоэмоциональные:

- эмоциональная лабильность (неустойчивость), беспричинные перепады настроения, плаксивость;
- раздражительность, приступы агрессии;
- снижение полового влечения (либидо);
- повышенная тревожность;
- приступы апатии, депрессивные состояния;
- проблемы с концентрацией внимания, рассеянность, ухудшение памяти;
- расстройства сна — дневная сонливость, бессонница, храп, ночное апноэ (остановки дыхания во сне);
- труднообъяснимые необычные ощущения — покалывание, онемение, "мурашки".

Зачастую обилие и многообразие проявлений имеют психосоматическое происхождение. Они во многом зависят от отношения самой пациентки к изменениям, происходящим в её организме (в частности, от повышенной тревожности по этому поводу).

Что происходит с менструацией перед климаксом

Как правило, менструации становятся более скудными и короткими, а промежутки между ними увеличиваются вплоть до полного прекращения менструаций.

Признаки раннего климакса в 30-40 лет и в более позднем возрасте

Признаки климакса одинаковы в любом возрасте — это прекращение менструаций и изменение уровня гормонов. Разница лишь в том, что в 30-40 лет климакс нужно более тщательно дифференцировать с другими состояниями, сопровождающимися аменореей.

Патогенез климакса

В основе патогенеза климакса лежит прекращение выработки половых гормонов яичниками. Оно может быть резким при так называемом искусственном климаксе или постепенным при возрастном угасании функции половых желёз.

Наиболее ярко проявляется дефицит эстрогенов — главных женских половых гормонов. Заметное снижение их выработки обычно начинается ещё в пременопаузе — в среднем примерно с 45 лет. Яичники постепенно уменьшаются в размерах и сморщиваются, железистая ткань замещается соединительной.

Возрастные изменения репродуктивной системы женщины

К моменту наступления менопаузы (прекращения менструаций) яичники уже практически не вырабатывают эстрогены. В организме остаются только эстрогены, продуцируемые надпочечниками, которых значительно меньше.

Некоторое время организм пытается подстегнуть угасающую функцию яичников, например, посредством значительного повышения секреции в передней доле гипофиза фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), но приблизительно через год после менопаузы выработка ФСГ тоже начинает постепенно снижаться.

Рецепторы, чувствительные к эстрогенам, имеются не только в тканях матки, влагалища и молочных желёз, но и в мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, костной и мышечной ткани, коже, слизистых, сердце и сосудах. Именно поэтому при дефиците эстрогенов в этих органах наблюдаются изменения.

Постепенно организм приспосабливается к снижению уровня эстрогенов, но при определённых условиях эта адаптация проходит с нарушениями, что и проявляется климактерическим синдромом разной степени выраженности.

Некоторые заболевания, не отмечавшиеся ранее, дебютируют именно в климактерическом периоде. Это связано с прекращением защитного действия эстрогенов. Так, например, происходит с сердечно-сосудистыми заболеваниями: у женщин до 50 лет риск их развития существенно ниже, чем у мужчин-ровесников, но по достижении 70-летнего возраста шансы уравниваются.

Классификация и стадии развития климакса

Три этапа климакса

1. Пременопауза — период за несколько лет до последней менструации и один год после неё. Гормональный фон в этот период неустойчив, поэтому симптомы ярко выражены, менструальные циклы нестабильны.
2. Менопауза — стойкое прекращение менструаций, спустя год отсутствия менструации.
3. Постменопауза — период после наступления менопаузы.

По стадиям развития выделяют ранние, отсроченные и поздние проявления климакса.

Какие признаки появляются первыми

К ранним проявлениям, которые могут иногда начинаться за 2-3 года до наступления менопаузы, относят симптомы нейровегетативной дисфункции, а также некоторые психоэмоциональные (эмоционально-аффективные) отклонения: приливы, потливость; колебания артериального давления; головные боли; приступы сердцебиения; раздражительность, плаксивость;

потерю интереса к происходящему, апатию; нарушения сна; снижение либидо. Отсроченные симптомы чаще наступают через 1-2 года после менопаузы и в основном затрагивают урогенитальную область, а также касаются состояния слизистых оболочек, кожи и её придатков: истончение, сухость и ранимость слизистой половых и мочевыводящих путей; болезненность половых контактов; учащение мочеиспускания, недержание мочи;

увядание кожи, её сухость и шелушение, снижение тургора, возникновение морщин, ухудшение состояния волос и ногтей (тусклость, ломкость, замедление роста) за счёт снижения синтеза коллагена;

в это же время могут появиться стоматологические проблемы (например, пародонтит).

Поздние симптомы развиваются на 2-5 год после менопаузы. К ним относят следующие эндокринно-обменные нарушения: ускоренное развитие атеросклеротических изменений в артериях; изменения в липидном обмене, нередко возрастает уровень холестерина в крови, и нарушается соотношение так называемого "хорошего" и "плохого" холестерина; нарушения углеводного обмена, увеличение риска развития сахарного диабета; возможное повышение артериального давления; проблемы с концентрацией

внимания, забывчивость; прогрессирующая потеря костной (остеопороз) и мышечной массы.

Существуют различные методики определения степени тяжести климактерического синдрома, в т. ч. менопаузальный индекс Куппермана и климактерическая шкала Грина, в которых учитывается одновременно целый комплекс симптомов. Но чаще всего врачи пользуются упрощённой схемой. Она основана на количестве возникающих приливов и различает три степени тяжести климакса: лёгкая — частота приливов составляет до 10 раз в сутки; средняя — возникновение 10-20 приливов в сутки, сопровождающихся другими симптомами; тяжёлая — приливы появляются чаще 20 раз в сутки в сопровождении других симптомов и потери трудоспособности.

Осложнения климакса

Климактерический синдром сам по себе осложняет нормальное течение периода гормональной перестройки у женщины. Тем не менее этот синдром может также проходить с дополнительными осложнениями.

Чаще всего периоду климакса сопутствуют сердечно-сосудистые патологии — ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия. Могут также развиваться сахарный диабет II типа и остеопороз. Нередко эти заболевания у женщин диагностируются именно в климактерическом периоде. При этом существует вероятность того, что заболевание уже присутствовало, но в стёртой, бессимптомной форме, а гормональный дисбаланс лишь привёл к его прогрессированию и более явной симптоматике, послужившей поводом для обращения к врачу.

Развитию ИБС способствует характерное для климакса повышение уровня холестерина в крови, а также ускорение атеросклеротических процессов, в том числе в артериях, кровоснабжающих миокард.

Артериальная гипертензия прогрессирует на фоне атеросклероза, избыточной массы тела и нарушения регуляции сосудистого тонуса. Эти моменты, как правило, присутствуют при климактерическом синдроме.

Нарушенная толерантность к глюкозе (предиабет) или развёрнутая картина сахарного диабета II типа обычно впервые диагностируются в зрелом возрасте, особенно при наличии лишнего веса. Иногда инсулинорезистентность, избыточный вес, гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия в комплексе составляют так называемый метаболический синдром, взаимно усугубляя проявления этих состояний. Возраст, близкий к наступлению менопаузы, — один из факторов риска развития данного метаболического синдрома.

Развитие остеопороза очень тесно связано с падением уровня эстрогенов в крови, но скорость его прогрессирования и выраженность проявлений во многом зависят от изначально накопленной костной массы. Если женщина в течение жизни неполноценно питалась, вела малоподвижный образ жизни либо имела заболевания, препятствующие нормальному усвоению кальция, то риск критической потери костной массы повышается. В особо тяжёлых случаях кости становятся настолько хрупкими, что возможно возникновение переломов не только при падении с высоты собственного роста, но и при неловком движении.

Диагностика климакса

Заподозрить наличие климактерического синдрома позволяют такие критерии, как женский пол, возраст старше 45 лет и появление жалоб, которые можно отнести к трём перечисленным выше группам (нейровегетативные, психоэмоциональные, эндокринно-обменные). Однако для уточнения диагноза требуется проведение ряда дополнительных исследований:

- общий анализ крови и мочи;
- биохимический анализ крови (уровень глюкозы, липидный профиль, баланс электролитов в плазме крови) и коагулограмма (определение свёртываемости крови);

- исследование гормонального фона (анализ крови на уровень эстрогенов, прогестерона, ФСГ, лютеинизирующего гормона, гонадотропина, пролактина, тестостерона, гормонов щитовидной железы, оценка уровня выделения некоторых гормонов с мочой);

- измерение артериального давления и пульса, электрокардиография, при необходимости — проба с физической нагрузкой и нитроглицерином, холтеровское мониторирование;

- рентгенография органов грудной клетки и маммография;

- УЗИ органов малого таза;

- для определения состояния костной ткани проводят остеоденситометрию;

- при необходимости показаны гистероскопия, диагностическое выскабливание, пайпель-биопсия.

Гистероскопия и пайпель-биопсия

Безусловно, необходимы также гинекологический осмотр с выполнением цитологического исследования, консультации невропатолога, кардиолога, эндокринолога и других специалистов (например, психолога, офтальмолога, стоматолога, уролога) в зависимости от присутствующих жалоб и клинических проявлений. Эти специалисты смогут определить, является ли причиной недомогания именно климактерический синдром либо самостоятельные заболевания, требующие отдельного лечения.

При беседе со специалистом необходимо чётко и правдиво отвечать на все вопросы об особенностях менструальной функции, количестве, течении и исходах беременностей, перенесённых заболеваниях, хирургических вмешательствах, вредных привычках, принимаемых лекарственных препаратах.^[4] Это во многом определяет эффективность и безопасность назначаемого лечения.

Лечение климакса

Лечение климактерического синдрома обычно требуется при среднетяжёлом и тяжёлом течении. Оно осуществляется по трём направлениям: немедикаментозное, медикаментозное и гормональное.

Немедикаментозное лечение

На первом этапе в основном применяется немедикаментозное лечение: фитотерапия; общеукрепляющая гимнастика, массаж, лечебная физкультура — упражнения для укрепления мышц тазового дна, сохранения подвижности суставов и эластичности связок, замедления потери костной и мышечной массы; физиотерапевтические процедуры — гальванизация, электроанальгезия, электрофорез с новокаином на воротниковую зону и другие методики; иглорефлексотерапия; санаторно-курортное лечение — климатотерапия, бальнеотерапия, гидротерапия.

Для нормализации психоэмоционального состояния будут полезны психотерапевтические методики и методы релаксации.

Питание и диета

Рекомендовано ограничить употребление животных жиров, простых углеводов, поваренной соли и кофеинсодержащих продуктов, а также обогатить рацион клетчаткой, растительными маслами, кисломолочными продуктами.

Негормональные лекарственные препараты

На втором этапе подключают негормональные лекарственные препараты:

- витаминные комплексы, содержащие витамины А, С, Е, D и витамины группы В;

- фитопрепараты, содержащие вещества, схожие с женскими половыми гормонами;

- седативные средства, нейролептики, транквилизаторы;

- симптоматические средства;

- препараты для лечения сопутствующих заболеваний.

Гормональное лечение

Третий этап — гормональное лечение. Основные принципы заместительной гормонотерапии:

- применяются только аналоги натуральных женских гормонов;
- используются низкие дозы эстрогенов в сочетании с прогестагенами (при удалённой матке возможно изолированное применение эстрогенов — монотерапия);
- длительность лечения гормонами — не менее 5-7 лет.

Различные гормональные препараты рассчитаны на разные этапы климактерического периода:

- при раннем климаксе у относительно молодых женщин препараты моделируют менструальноподобную реакцию;
- для женщин старшей возрастной группы, не желающих возобновления менструальных выделений, показаны медикаменты, которые содержат гораздо меньшую дозировку гормонов;
- для женщин, находящихся в менопаузе не менее полутора лет, прописывают препараты, которые направлены на профилактику остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний, воспалительных процессов урогенитального тракта и смягчение вазомоторных симптомов.

Способы введения гормонов могут быть различными: пероральное (внутри в виде таблеток), вагинальное, внутриматочное, наружное (в виде пластырей или гелей) и инъекционное.^{[2][3]}

В каждом случае необходим индивидуальный подбор препарата врачом с учётом индивидуальных особенностей пациентки и противопоказаний.

Борьба с вагинальной сухостью при климаксе

На любом этапе климакса возможно применение средств, улучшающих состояние наружных половых органов и слизистой влагалища. Они показаны женщинам, у которых имеются выраженные признаки атрофических изменений в коже и слизистой половых органов, сопровождающихся зудом, чувством сухости, значительными трудностями при половых контактах (вплоть до их невозможности) и недержанием мочи (на ранних стадиях). Речь идёт о местном применении препаратов гиалуроновой кислоты, которая увлажняет кожу и слизистые до глубоких слоёв, повышает упругость и эластичность, улучшает внешний вид.

Также в последние годы применяется так называемое лазерное вульвоомоложение — воздействие особого вида лазерного облучения, вследствие которого улучшаются трофические процессы в коже и слизистой, и устраняется чувство сухости и дискомфорта.

Лазерное вульвоомоложение

Лечение приливов при климаксе

Помимо гормональных препаратов, назначаемых врачом, при приливах может помочь следующее:

- избегать провоцирующих факторов, например яркого света или эмоциональных перегрузок;
- снизить температуру внешней среды с помощью кондиционера или вентилятора;
- выбирать одежду, которую можно легко снять в случае необходимости.

Лечение гипертонии в период климакса

Лечение гипертонической болезни происходит совместно с кардиологом, который назначает соответствующие препараты.

Терапия остеопороза при климаксе

Всем женщинам в постменопаузе рекомендовано проходить скрининг для выявления остеопороза. Ведение пациенток идёт совместно с эндокринологом.

Отказ от табакокурения

Одним из важных компонентов успешной борьбы с негативными проявлениями климактерического синдрома является полный отказ от табакокурения. У курящих женщин климактерический синдром часто протекает особенно тяжело и в более раннем возрасте, а гормонотерапия на фоне курения может привести к тяжёлым побочным эффектам.

Прогноз. Профилактика

В целом климактерический синдром имеет благоприятный прогноз для жизни, хотя он может значительно ухудшать её качество (при тяжёлом течении — вплоть до полной потери трудоспособности).

Ухудшают прогноз климакса такие нарушения, как сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз, которые пагубно сказываются на течении синдрома.

Значительно улучшает прогноз своевременное назначение заместительной гормонотерапии. Она должна проводиться под постоянным врачебным контролем при чётком соблюдении показаний и противопоказаний. Лечение гормональными препаратами позволяет сгладить типичные симптомы у абсолютного большинства женщин (90-95%), приблизительно у 85% пациенток существенно уменьшает проявления урогенитальных расстройств, на 30% снижает риск переломов (шейка бедра, позвоночник), связанных с остеопорозом.

Возможно ли остановить наступление климакса

Полностью предотвратить развитие климактерического синдрома, к сожалению, вряд ли удастся, так как во многом это зависит от индивидуальных врождённых и наследственных особенностей женщины. Однако меры профилактики его тяжёлого и осложнённого течения существуют. Они должны предприниматься задолго до наступления климакса (в идеале — с раннего детства) и предполагают: ведение здорового образа жизни — рациональное питание, двигательная активность, поддержание оптимального веса, регулярное закаливание, полноценный отдых; профилактику и своевременное лечение хронических инфекций; недопущение абортов, грамотную контрацепцию, предупреждение и лечение инфекций, передаваемых половым путём; регулярное посещение гинеколога, своевременное лечение гинекологических заболеваний; проведение досуга, способствующего тренировке памяти, внимания и сохранению когнитивных функций; формирование позитивного мышления; отказ от вредных привычек (курения и злоупотребления алкоголем).

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. Особенности репродуктивной системы.
2. Факторы, влияющие на возникновение и течение климакса. Изменение жизненно-важных потребностей в переходном периоде, особенности их удовлетворения.
3. Значение здорового образа жизни в климактерическом периоде

6. Тестовые задания

1. Комплекс органов мужского и женского организмов, которые главным образом, обеспечивают воспроизводство людей:
 - а) половая система +
 - б) основная система
 - в) дополнительная система
2. К репродуктивной системе мужчин относится:
 - а) фаллопиевы трубы
 - б) семявыносящие протоки +
 - в) вульва

3. К репродуктивной системе мужчин относится:
- а) яичники
 - б) вульва
 - в) яички +
4. К репродуктивной системе мужчин относится:
- а) половой член +
 - б) фаллопиевы трубы
 - в) яичники
5. К репродуктивной системе женщин относится:
- а) семенные пузырьки
 - б) яички
 - в) влагалище и вульва +
6. К репродуктивной системе женщин относится:
- а) семявыносящие протоки
 - б) матка +
 - в) семенные пузырьки
7. К репродуктивной системе женщин относится:
- а) яички
 - б) семявыносящие протоки
 - в) фаллопиевы трубы +
8. К репродуктивной системе женщин относится:
- а) яичники +
 - б) семявыносящие протоки
 - в) бульбоуретральные железы
9. Задачей женской репродуктивной системы является:
- а) выработка женских половых клеток
 - б) выработка мужских половых клеток
 - в) выработка женских половых клеток +
10. Задачей женской репродуктивной системы является:
- а) выработка мужских половых клеток
 - б) родовая деятельность +
 - в) сперматоидальная деятельность
11. Размножение:
- а) увеличение числа организмов +
 - б) процесс слияния мужской и женской половых клеток
 - в) уменьшение числа организмов
12. Размножение
- а) процесс слияния мужской и женской половых клеток
 - б) воспроизведение себе подобных +
 - в) уменьшение числа организмов
13. Человеку свойственно:
- а) внутриутробное развитие плода в течение 280 суток +
 - б) внутриутробное развитие плода в течение 380 суток
 - в) внутриутробное развитие плода в течение 180 суток
14. Человеку свойственно:
- а) и внешнее, и внутреннее оплодотворение
 - б) внешнее оплодотворение
 - в) внутреннее оплодотворение +
15. Оплодотворение:
- а) слияния яйцеклетки и сперматозоида +

- б) передвижения зрелой яйцеклетки в матку
 в) развития оплодотворенного яйца
16. Женские половые железы называют:
- а) плацентой
 б) яичниками +
 в) яйцеклетками
17. Оплодотворенная яйцеклетка содержит:
- а) только хромосомы матери
 б) только 23 хромосомы отца
 в) 46 хромосом, из которых 23 хромосомы матери и 23 хромосомы отца +
18. Попадая в матку и яйцеводы женщины, сперматозоиды живут:
- а) 30—40 дней
 б) 5—8 дней +
 в) 1 час
19. Беременность-это процесс:
- а) развития плода и рождения ребенка
 б) оплодотворения
 в) внутриутробного вынашивания плода у живородящих животных и человека +
20. Беременным женщинам необходимы:
- а) ходить на работу до начала родов
 б) ежедневные прогулки на воздухе +
 в) избыточное питание
21. Один из периодов, на которые делятся роды:
- а) раскрытия +
 б) сглаживания шейки
 в) подготовительный
22. Один из периодов, на которые делятся роды:
- а) ранний послеродовый
 б) изгнания +
 в) сглаживания шейки
23. Один из периодов, на которые делятся роды:
- а) ранний послеродовый
 б) подготовительный
 в) последовый +
24. Началом родов следует считать:
- а) излитие околоплодных вод
 б) начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки +
 в) продвижение плода по родовым путям
25. Потуги отличаются от схваток:
- а) присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза
 б) увеличением частоты сокращений матки
 в) присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна +
26. Первый период родов продолжается:
- а) от начала регулярных схваток до сглаживания шейки матки
 б) от начала регулярных схваток до полного открытия маточного зева +
 в) от начала регулярных схваток до рождения плода
27. Второй период родов продолжается:
- а) от полного раскрытия маточного зева до рождения плода +
 б) от вскрытия плодного пузыря до рождения плода
 в) от вставления головки до рождения плода

28. Третий период родов продолжается:

- а) от рождения плода до отделения плаценты
- б) от отделения плаценты до рождения последа
- в) от рождения плода до рождения последа +

29. Средняя продолжительность третьего периода родов составляет:

- а) 10-15 минут +
- б) 50-60 минут
- в) 20-30 минут

30. Излитие вод следует считать своевременным:

- а) в первом периоде родов
- б) при раскрытии маточного зева более 7-8 см +
- в) при раскрытии маточного зева 5-6 см