

Аномальные маточные кровотечения и нейроэндокринные синдромы в гинекологии

(Уніфікований клінічний протокол первинної/вторинної та третинної медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», № 353 від 13.04.2016)



Закономерно повторяющееся выражение деятельности системы гипоталамус-гипофиз-яичники и вызванные ею структурные и функциональные изменения в репродуктивном тракте объединены в понятие – менструальный цикл



Менструальный цикл – совокупность циклических изменений в организме, обеспечивающих возможность наступления беременности.

Г. Селье (1960)

- **Нормальная менструация** – кровотечение, которое возникает при отторжении функционального слоя эндометрия в результате снижения уровня эстрогенов и прогестерона в конце нормального менструального цикла.

- **Физиологическим кровотечением**

из эндометрия считается менструальное кровотечение, которым заканчивается **овуляторный (двухфазный) менструальный цикл**.



Физиология нормального менструального цикла

Факторы	Действие фактора, направленное на инициацию отторжения функционального слоя эндометрия	Механизм гемостатического действия фактора при отторжении функционального слоя эндометрия
Сосудистые	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ритмичные спастические сокращения артериальных сосудов ▪ Нарушение венозного оттока 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Продолжительная вазоконстрикция
Гемостатические	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Стаз ▪ Образование первичных тромбов в сосудах 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Стаз ▪ Образование вторичных тромбов в сосудах
Клеточные	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Апоптоз и некроз клеток вследствие кислородного голодания 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Эстрогензависимая пролиферация клеток ▪ Амитотическое деление клеток (?)
Тканевые	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Дезорганизация ткани функционального слоя, ее геморрагическое пропитывание вследствие диапедеза ▪ Уменьшение толщины эндометрия вследствие уменьшения физиологического отёка 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Отторжение функционального слоя на всей поверхности полости матки ▪ Уплотнение ткани вследствие уменьшения физиологического отека ▪ Защита от действия собственных протеолитических ферментов

Характеристики нормального менструального цикла (FIGO 2011)

Параметры	Описательные термины	Показатели
Интервал между менструациями (дни)	Короткий	< 24 (> 4 эпизодов за 90 дней)
	Нормальный	24-38
	Длинный	> 38 (1-2 эпизода за 90 дней)
Продолжительность менструального кровотечения (дни)	Длительная	> 8
	Нормальная	3-8
	Короткая	< 3
Ежемесячная менструальная кровопотеря (мл)	Обильная	> 80
	Нормальная	До 80
	Скудная	< 5



Физиологические маточные кровотечения

- *Регулярность менструаций является более важным фактором, чем идеализированный 28-дневный интервал.*
- Регулярность менструаций зависит от **длительности I фазы** (“физиологическая нерегулярность” - 2 года после менархе и - 2 года перед менопаузой)





Этиопатогенетические факторы риска, приводящие к расстройствам менструальной функции

(Л.Н.Василевская, В.И.Грищенко,
Н.А.Щербина с соавт., 2002)

- **Выраженные по силе эмоциональные потрясения и психические или нервные заболевания (органические или функциональные).**
- **Нарушения режима питания (количественные и качественные), авитаминозы, ожирение различной этиологии.**
- **Профессиональные вредности (воздействие химических веществ, физических факторов, радиации и др.).**
- **Инфекционные поражения.**
- **Хронические экстрагенитальные заболевания (неврологические, сердечно-сосудистые, кроветворной системы, печени, эндокринные и др.).**

Этиопатогенетические факторы риска

(продолжение)



- **Перенесенные гинекологические операции.**
- **Травмы мочеполовых органов.**
- **Воспалительные заболевания и опухоли женских половых органов.**
- **Хромосомные нарушения.**
- **Врожденное недоразвитие половых органов.**
- **Инволюционная перестройка гипоталамических центров в климактерическом периоде.**

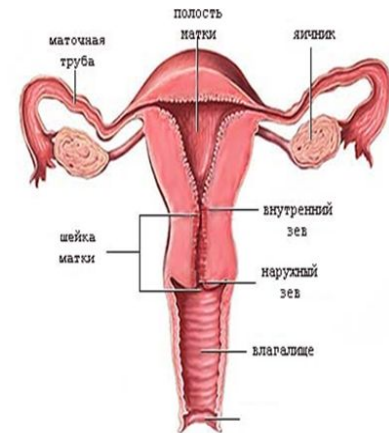
Терминология

Аномальное маточное кровотечение -

обобщающее понятие для любого отклонения менструального цикла от нормы, включающее изменения регулярности и частоты менструаций, продолжительности кровотечения или количества теряемой крови.

АМК могут быть подразделены на различные виды в зависимости :

- от объема кровопотери,
- от регулярности,
- от частоты и продолжительности менструации
- и в связи с репродуктивным возрастом



Терминология

- ***Тяжелое менструальное кровотечение***
 - это «чрезмерная менструальная кровопотеря, нарушающая физическое состояние, социальные, эмоциональные и/или материальные условия жизни женщины... может быть изолированной либо сочетаться с другими симптомами»
- ***Хроническое АМК:*** аномальное по объему, регулярности и/или частоте маточное кровотечение, которое наблюдается в течение последних 6 месяцев
- ***Острое АМК*** - эпизод настолько обильного кровотечения, что требует от врача срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери.

Острое АМК может возникнуть на фоне хронического АМК или возникнуть внезапно впервые.

Современные термины для клинического описания маточных кровотечений

Аномальные
менструальные
кровотечения

АМК



Тяжелые
Пролонгированные
менструальные
кровотечения

ТПМК

Классифицируются по этиологическому
принципу:

- коагулопатия
- овуляторная дисфункция
- патология эндометрия
- ятрогения
- неклассифицированные виды

**Аномальные
менструальные
кровотечения**
АМК

**Тяжелые
Пролонгированные менструальные
кровотечения**
ТПМК

характеристика	норма	варианты отклонений1	варианты отклонений2
регуляр-ность	Регулярные ± 5 дней	более ± 5 дней	отсутствуют
частота	24-38 дней	< 24 дней	> 38 дней
длитель-ность	4,5-8 дней	> 8 дней	$< 4,5$ дней
объем	нормальный	избыточный	сниженный



7 июня 2011 года

Международная Федерация акушеров-гинекологов (FIGO) утвердила новую классификацию причин **АМК** у небеременных женщин репродуктивного возраста

Предложено выделять 9 главных причин согласно аббревиатуры **PALM-COEIN**

P - полип

A - аденомиоз

L - лейомиома

M - малигнизация и гиперплазия

C - коагулопатия

O - овуляторная дисфункция

E - эндометриальная

I - ятрогенная

N - еще не установлена



Классификация причин АМК в репродуктивном возрасте (PALM- COEIN)

СТРУКТУРНЫЕ

(могут визуализироваться,
но не являются причиной
АМК)

НЕСТРУКТУРНЫЕ

(могут являться причиной АМК,
но не визуализируются)

Palm - полип

Adenomyosis - аденомиоз

Leiomyoma - лейомиома

Malignacy – злокачественные
опухоли и гиперплазия

Coagulopathy - коагулопатии

Ovulatory – овуляторная
дисфункция

Endometrial – изменения в
эндометрии

Iatrogenic – ятрогенная

Not yet classified – ещё не
классифицированные

Учитывая неоднозначность и противоречивость многих причин АМК, некоторые из них могут сочетаться у одной и той же женщины, 7 июня 2011г FIGO приняло новую систему классификации для определения причин АМК в репродуктивном возрасте, не связанных с беременностью.

Номенклатурная система для описания симптомов АМК

Традиционные термины	Термины, предложенные FIGO
ДМК	АМК (овуляторные, эндометриальные, коагулопатические)
Меноррагии	Обильное менструальное кровотечение (ОМК)
Метроррагии/ менометроррагии	Межменструальное маточное кровотечение (ММК)

Типы и причины АМК

Циклические
(прогнозируемые)

АМК

АМК-А- аденомиоз

АМК-L- лейомиома

АМК-С- коагулопатии

АМК-Е-
эндометриальные

Непрогнозируемые

ММК
межменструальные
кровотечения

АМК-Р-
полип
эндометрия

ОМК и/или
ациклические
кровотечения

АМК-О- овуляторная
дисфункция

АМК-М- гиперплазия
или малигнизация
эндометрия

АМК-И- ятрогенные

ОМК – обильные МК; ММК – межменструальные МК

Эпидемиология

- По данным разных авторов, АМК встречается у **10-30%** женщин репродуктивного возраста, в перименопаузе – их частота увеличивается **до 50%**
- Составляют **20-30%** всех причин обращаемости женщин к гинекологу в репродуктивном, в пери- и постменопаузе- **50-70%**
- Занимают **2-е** место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары (примерно $\frac{3}{4}$ женщин госпитализируются по поводу маточных кровотечений)
- Служат показанием для **$\frac{2}{3}$ гистерэктомий** и аблаций эндометрия (*более $\frac{1}{3}$ женщин, перенесших гистерэктомию, не имеют анатомических изменений в матке*)
- Приводят к снижению качества жизни женщин (физическое, эмоциональное, материальное состояние), к экономическим последствиям, связанными с временной нетрудоспособностью и высокой стоимостью лечения

Классификация АМК по возрасту:

- I. Ювенильные (12-18 лет)
 - II. АМК репродуктивного возраста (19-45 лет)
 - III. Маточные кровотечения в перименопаузальном возрасте (45-55 лет)
-

- В подростковом возрасте основной причиной аномальных маточных кровотечений является нарушения овуляции, обусловленные незрелостью оси гипоталамус-гипофиз-яичники (АМК-О)*
- Для перименопаузального и постменопаузального периода присуща высокая частота структурной патологии эндометрия (АМК-PALM)*



*Уніфікований клінічний протокол первинноівторинної та третинної медичної допомоги «Анамальні маткові кровотечі», 2015г



Морфофункциональная классификация АМК - О

Ановуляторные АМК



- 1) кратковременная персистенция фолликула
- 2) длительная персистенция фолликула
- 3) атрезия фолликула

Овуляторные АМК



- 1) укорочение I фазы МЦ
(недоразвитие фолликула)
- 2) укорочение II фазы МЦ *(НЛФ)*
- 3) удлинение II фазы МЦ
(персистенция желтого тела)



Этапы диагностики АМК

I этап

Этап подтверждения наличия кровотечений на основе объективной оценки жалоб пациентки

II этап

Этап дифференциально-диагностического поиска и установление диагноза АМК

III этап

Этап установления клинико-патогенетического варианта АМК

Выявление АМК














Рекомендуется включить следующие вопросы (опросник):

- 1. Приходится ли Вам менять средства гигиены ночью?*
- 2. Находятся ли в выделениях крупные сгустки крови (более 1 см)?*
- 3. Влияют ли менструации на вашу ежедневную активность (работу, занятия спортом, общение с семьей)?*
- 4. Вы чувствуете слабость, одышку, повышенную утомляемость или вам ставился когда-либо диагноз анемии?*

При положительном ответе на 1 и более вопросов есть основания предполагать у женщины наличие АМК!

I этап

Оценка объёма менструальной кровопотери
ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВЫМ МЕТОДОМ

Гигиеническая прокладка	Тип	Объём (мл)	Тампон	Тип	Объём (мл)	Выделения в туалете	Тип	Объём (мл)			
	День	1		Легкий	0,25		Незначительные	1 мл			
	Ночь	1		Средний	0,5						
	День	2		Тяжелый	1,0					Умеренные	3 мл
				Очень тяжелый	1,0						
	Ночь	3	Легкий	0,50		Умеренные	3 мл				
			Средний	1,0							
	День	3	Тяжелый	1,5					Умеренные	3 мл	
			Очень тяжелый	2,0							
	Ночь	6	Легкий	1,00		Умеренные	3 мл				
			Средний	1,5							
	День	4	Тяжелый	3,0					Выраженные	5 мл	
			Очень тяжелый	4,0							
	Ночь	10	Легкий	3,00		Выраженные	5 мл				
			Средний	4,0							
			Тяжелый	8,0					Выраженные	5 мл	
			Очень тяжелый	12,0							

*Уніфікований клінічний протокол первинної/вторинної та третинної медичної допомоги «Анамальні маткові кровотечі», 2015г

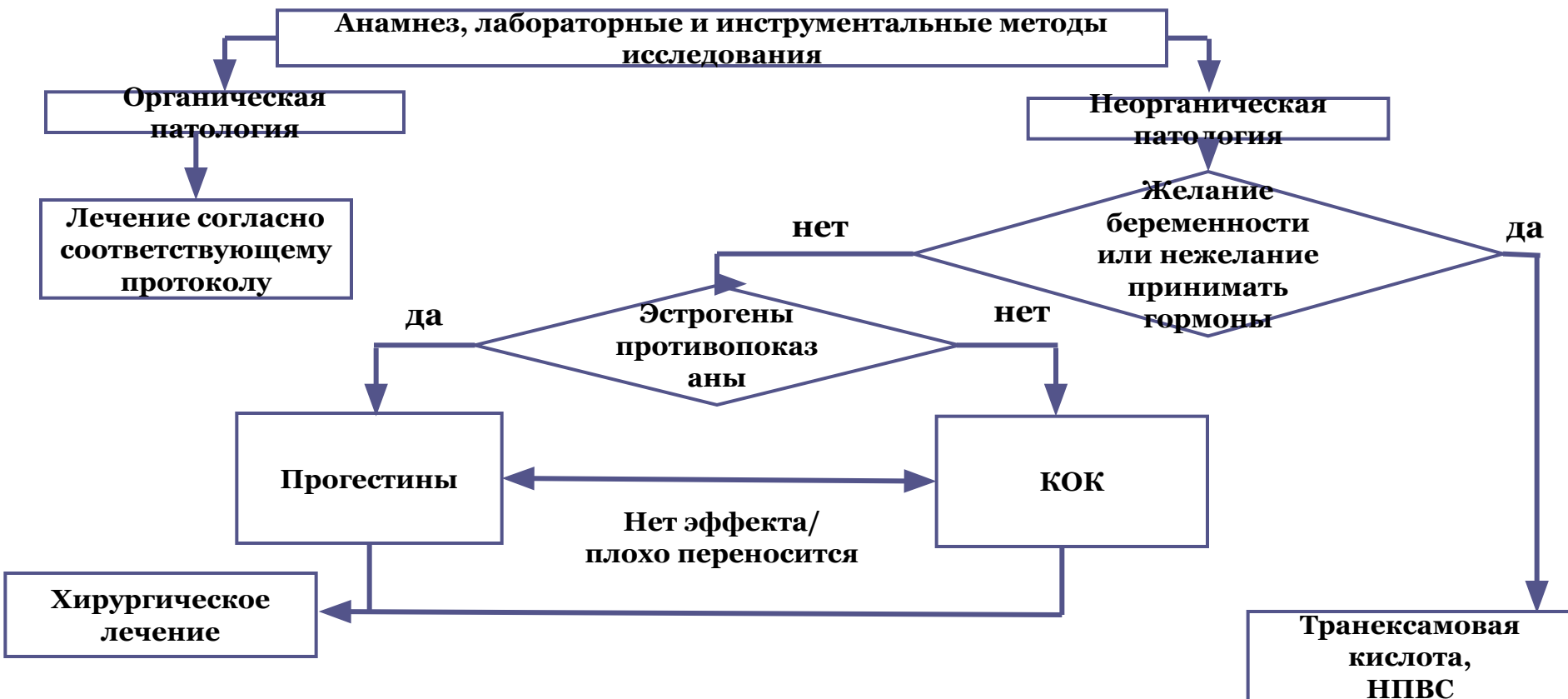
II этап

Диагностический алгоритм обследования пациентки с АМК



Алгоритм лечебной тактики при АМК

АМК



При выборе контрацептива предпочтение отдаётся препаратам, содержащим гестаген с выраженным антипролиферативным действием



Общие принципы терапии АМК

1 этап: Остановка кровотечения

2 этап: Профилактика рецидива

- восстановление нормальной работы Г-Г-Я системы
- восстановление овуляции (*при репродуктивных планах*)
- восполнение дефицита половых стероидных гормонов



Общие принципы терапии АМК

1 этап – остановка кровотечения

Хирургический гемостаз

!!! лечение АМК рекомендуют начинать с отдельного диагностического выскабливания стенок матки и цервикального канала (гистероскопия)

Гормональный гемостаз

- при рецидивах кровотечения в случае, если со дня предыдущего выскабливания прошло менее 2-3 мес.
- молодым нерожавшим пациенткам, которые не относятся к группе риска развития гиперпролиферативных процессов эндометрия



Комбинированный гемостаз

I этап: гормональный гемостаз

монофазные КОК с содержанием ЭЭ 30-50 мкг по 1 таб. 4-6 раз в день до остановки кровотечения, затем постепенно снижать дозу до 1 таб. в день и продолжать прием до 21 дня



II этап: профилактика рецидива

Острое АМК-О. Лечение

I. Медикаментозная терапия является терапией выбора у большинства пациенток (если позволяет клиническая ситуация)

ПРЕПАРАТ	РАЗОВАЯ ДОЗА	РЕЖИМ
КОК	Монофазные (30-35 мкг этинилэстрадиола) Ярина, Медиана, Жанин, Фемоден, Регулон	3 раза в сутки в течение 7 дней или до 4-х раз в сутки 3-5 дней, с последующим уменьшением каждые 2 дня на 1 таблетку, всего 20 дней**
Транекса- мовая кислота	1,5 г <i>per os</i> или 10 мкг в/в (максимум до 600 мг)	3 раза в сутки в течение 5 дней, каждые 8 часов
МПА* Медроксипрогестеро на ацетат	20 мг <i>per os</i>	3 раза в сутки в течение 7 дней

*Другие прогестагены и другие схемы приёма также могут быть эффективными

** другие режимы приёма монофазных КОК также могут быть эффективными

II. Хирургическое лечение

Выбор в пользу хирургического лечения должен основываться на следующих факторах: *нестабильность клинического состояния женщины, наличие противопоказаний для медикаментозной терапии, отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии.*

После достижения контроля над острым кровотечением обязательным является переход к длительной поддерживающей терапии



Показания к хирургическому лечению женщин с АМК

- Неэффективность медикаментозной терапии;
 - Невозможность использовать медикаментозную терапию (*побочные реакции, противопоказания*);
 - Тяжёлое кровотечение на фоне выраженной анемии;
 - Структурная патология матки (*фибромиома матки больших размеров, гиперплазия*).
-
- **Хирургические методы:**
 - выскабливание полости матки;
 - абляция эндометрия;
 - эмболизация маточных артерий;
 - гистерэктомия;
 - Хирургические методы лечения структурной патологии матки.



2 этап – противорецидивное негормональное лечение

I. Негормональная терапия

- **Нестероидные противовоспалительные препараты.**

Угнетают синтез простагландинов путём ингибирования циклооксигеназы, изменяют соотношение между простагландинами и тромбоксаном, что способствует вазоконстрикции в матке.

- **Антифибринолитики**

Транексамовая кислота (ингибитор активатора плазмогена) - уменьшает местный распад фибрина без изменения параметров свёртывания крови.



2 этап – противорецидивное гормональное лечение

II. Гормональные методы лечения

- **Комбинированные оральные контрацептивы.**

КОК обеспечивают значительное уменьшение менструальной кровопотери и улучшают качество жизни женщины.

Восстановление овуляции при АМК, обусловленных овуляторной дисфункцией, необходимо только в случае желания пациентки забеременеть в ближайшее время.

- **Пероральные прогестагены**

Применение прогестагенов в режиме с 5-го по 25 день менструального цикла (20 дней в цикл) сопровождается уменьшением объёма менструальной кровопотери

- **Внутриматочная система с левоноргестрелом**

При условии отсутствия значительных структурной патологии снижает менструальную кровопотерю.

- **Даназол и агонисты гонадотропин–релизинг гормона**

Эффективно уменьшают менструальные кровотечения, однако их использование ограничено из-за выраженных побочных эффектов.



2 этап – противорецидивное гормональное лечение

Овуляторное кровотечение на фоне НЛФ

гестагены во II фазу менструального цикла (с 14-го по 25-й день):

- в дальнейшем при отсутствии репродуктивных планов – контрацепция **(КОК)**

! Контролем овуляторного цикла являются базальная температура, размеры фолликула и толщина эндометрия при УЗИ

Гиперэстрогенное (персистенция фолликула):

гестагены с 11 по 25 день МЦ (3-6 мес.):

!!! при наличии гиперпролиферативных процессов гестагены с 5 по 25 день МЦ (3 –6 мес.)

Гипоэстрогенное (атрезия фолликула):

монофазные эстроген-гестагенные препараты (минимально 3-6 мес.);

КОК
(30мкг ЭЭ+ 150 мкг дезогестрел)

При выборе КОК предпочтение отдаётся препаратам, содержащим гестаген с выраженным антипролиферативным действием.

Лечение овуляторных кровотечений

Овуляторные ДМК по типу гипогестагии.

Лечение направлено на усиление функции желтого тела и проводится после противовоспалительной терапии.

- **Прогестерон** по 10мг 6-7 дней либо **прогестерон-капронат** 125мг однократного после овуляции.
- **Дюфастон (утрожестан, аминор, лютеина, лютенил, нарколут)** - с 16 по 25 дней
- **Прогестины** - с 16 дня по 1-2 таб. в течение 8-10 дней.
- **Хорионический гонадотропин (ХГЧ, Профази, Прегнил)** – с 14 дня по 1500 Me 1раз в день №5.

Любое лечение проводить 2-3 цикла.

Овуляторные ДМК по типу гипергестагии.

В связи с обильным кровотечением производится выскабливание стенок матки (гемостаз и нормализация менструальной функции)

Принципы и методы реабилитационной терапии при ДМК

- Устранение причин, приведших к кровотечению
- Седативная терапия
- Устранение патологических состояний, приводящих к нарушению цикла
- Назначение медикаментозных препаратов, нормализующих менструальный цикл:
 - Фитотерапия - Дисменорм
 - Антигомотоксическая терапия
 - Гормонотерапия (КОК, ВМС, воспитание цикла, лечение НЛФ)



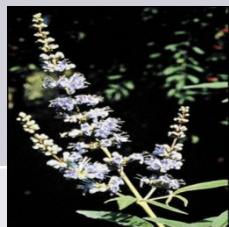
Терапевтические эффекты

Дисменорм

Компоненты

Лечебные эффекты

Agnus castus
(прутняк, авраамово
дерево)



В медицинской практике прутняк применяется с 1836 года (!) при нарушениях ритма и продолжительности менструаций, бесплодии, обусловленном недостаточностью желтого тела, в лечении предменструального синдрома (ПМС). Нормализует менструальный цикл, эффективен при задержках месячных, сопровождающихся тянущими болями в животе, мастодинии, гиперпролактинемии

Pulsatilla
(пульсатилла, простр
луговой)



Эффективна при недостаточности функции яичников, аменорее, гипоменорее, ПМС (устраняет головокружение, головные боли, лабильность настроения)

Rosmarinus officinalis
(розмарин)



Обладает спазмолитическим, противосудорожным, желчегонным, гепатопротекторным эффектами.

Эффективен при спастических болях в нижней половине живота, головных болях, способствует наступлению менструации, ликвидирует симптомы мастодинии.

АПИС (APIS MELLIFICA)

Эффективен при отсутствии, задержке или преждевременном наступлении менструации, при слабых и редких менструациях, при обильных менструациях и межменструальных выделениях.

Препараты антигомтоксической терапии

Антигомтоксические препараты представляют собой комплексные биологические препараты, содержащие потенцированные компоненты растительного, минерального и животного происхождения, в том числе внутриклеточные биокатализаторы, нозоды суис-органные и потенцированные аллопатические компоненты



Противорецидивная терапия препаратами АГТТ



Антигомтоксические препараты представляют собой комплексные биологические препараты, содержащие потенцированные компоненты растительного, минерального и животного происхождения, в том числе внутриклеточные биокатализаторы, нозоды суис-органные и потенцированные аллопатические компоненты

- **Овариум-композитум**
2,2 мл в/м или п/к 1 р в 5 дней (за цикл 3 инъекции). Курс лечения 3 цикла
- **Нервохеель**
1-2 т. Сублингвально хзр. 1 месяц, а затем 2 месяца 3-5 дней до mensis
- **Траумель С**
1т х 3 р в дни mensis
- **Мулимен**
10-15 кап. X 3р в дни mensis 3 цикла
- **Гинекохеель (если сочетается с инфекционным процессом)**
10 кап. X 3р. Курс 1 месяц

Значимость реабилитации менструальной функции после АМК

Количество женщин, страдающих нарушениями менструального цикла остается достаточно высоким несмотря на расширение наших знаний о причинах их возникновения и достижения фармакологов

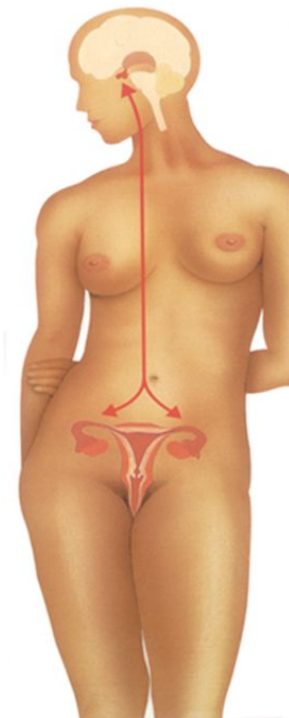
- Успешная адекватная помощь этой группе больных должна обязательно включать мероприятия, направленные на **реабилитацию менструальной функции после ДМК**
- **Здоровый образ жизни** (отказ от вредных привычек)
- **Рациональная контрацепция**
- **Санация экстрагенитальной патологии**



Боттичелли,
1485

Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

- Предменструальный синдром
- Посткастрационный синдром
- Синдром Шихана (послеродовый гипогонадизм)
- Синдром раннего истощения яичников
- Синдром лютеинизации неовулирующего фолликула



Предменструальный синдром –

сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся

нервно-психическими,

вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями,

проявляющимися в

лютеиновой фазе

менструального цикла.



Терминология ПМС

□ Синдром предменструального напряжения

□ Циклическая болезнь

□ Овариальный циклический синдром

□ Предменструальная болезнь

□ Предменструальные дисфорические расстройства

(Premenstrual Dysphoric Disorders, PMDD)

□ DASH-syndrome

(**D**epression-депрессия;

Anxiety-беспокойство, тревога;

Craving-изменение пристрастий; **H**yperhydration-



Частота ПМС

- ❖ Один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов, частота которого колеблется в пределах **25-75%**.
- ❖ **95%** менструирующих женщин в популяции отмечают его проявления.
- ❖ Более **35%** из них прибегают к приему медикаментов для облегчения своего состояния.
- ❖ **4 – 5%** женщин страдают от острых проявлений ПМС, приводящих к временной утрате трудоспособности.



Возрастные особенности ПМС

- В возрасте 19 – 29 лет ПМС страдают **20%** женщин.
- В возрасте 30 – 39 лет – **47%** женщин.
- После 40 лет – **до 55%** женщин
(с регулярными месячными)



ПМС, наряду с атеросклерозом, болезнью Альцгеймера, ожирением, синдромом хронической усталости и др., рассматривается как ***болезнь цивилизации***, которая преимущественно поражает горожанок, особенно представительниц интеллектуального труда, и в меньшей степени женщин, чья деятельность связана с физическими нагрузками.

«У женщины не бывает плохого настроения, у нее бывает

пред-

пост-

и менструальный синдром...»



Факторы риска возникновения ПМС

- ✓ Европейская раса
- ✓ Проживание в крупных промышленных и административных центрах
- ✓ Занятие интеллектуальным трудом
- ✓ Поздний репродуктивный возраст
- ✓ Наличие проявлений ПМС у одной из сестры-близнеца
- ✓ Наличие стрессовых ситуаций
- ✓ Частые беременности



Факторы риска возникновения ПМС

- Отсутствие беременностей
- Выкидыши и/или искусственные аборты
- Токсикоз беременных в анамнезе
- Послеродовая депрессия в анамнезе
- Наличие побочного действия при приеме КОК (головная боль, депрессия, увеличение массы тела, др.)
- Наличие гинекологических операций в анамнезе
- Воспалительные заболевания гениталий в анамнезе
- Генитальный кандидоз
- Черепно-мозговые травмы
- Нейроинфекции
- Нейроэндокринные заболевания (ожирение)
- Недостаточная физическая активность
- Несбалансированность питания (недостаток Са, К, вит. В, С, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов)
- Отсутствие рационального режима труда и отдыха.

Теории возникновения ПМС:

- Гормональная (дисбаланс половых стероидов)
- Аллергическая
- Водной интоксикации
- Гиперпролактинемии
- Гиперпростагландинемии
- Нарушений обмена нейромедиаторов в ЦНС



Психоэмоциональные расстройства при ПМС

- эмоциональная лабильность
- раздражительность
- возбуждение
- депрессия
- плаксивость
- апатия
- ухудшение памяти
- нарушение концентрации внимания



Психоэмоциональные расстройства

(продолжение):

- **утомляемость**
- **слабость**
- **нарушения формы сна(бессонница,летаргия)**
- **чувство страха**
- **ощущение тоски**
- **суицидальные мысли**
- **нарушения либидо**
- **гиперчувствительность к звукам и запахам**
- **обонятельные и слуховые галлюцинации.**



Нарушения водно-электролитного баланса при ПМС

- периферические отеки
- увеличение массы тела
- нагрубание молочных желез, масталгия
- вздутие живота
- изменение удельного веса мочи
- нарушение диуреза.

Костно-мышечные проявления:

- боль в костях, суставах, мышцах, люмбалгия



Как проявляется ПМС*

Живот тянет, грудь «наливается свинцом» и болит, голова раскалывается, настроение выходит из-под контроля!



Гастроинтестинальные симптомы при ПМС:

- **изменения аппетита вплоть до анорексии или булимии**
- **изменение вкусовых пристрастий**
- **тошнота, рвота**
- **метеоризм**

Формы ПМС (по В.П.Сметник, 1987)

□ Нейропсихическая	43.3%
□ Отечная	20%
□ Цефалгическая	21.1%
□ Кризовая	15.6%

Классификация ПМС (по Н.Н. Кузнецовой)

- **Легкая форма** – появление 3-4 симптомов за 2-10 дней перед началом регул при значительной выраженности 1-2 из них.
- **Тяжелая форма** – появление 5-12 симптомов за 3-14 дней до начала месячных при значительной выраженности 2-5 из них.

Стадии развития ПМС

Компенсированная – симптомы ПМС с годами не прогрессируют, возникают во 2 фазе МЦ и с наступлением менструации прекращаются.

Субкомпенсированная – тяжесть ПМС со временем усугубляется а симптомы исчезают только с прекращением месячных.

Декомпенсированная – проявления ПМС продолжаются еще несколько дней после окончания менструации.

Этапы диагностического поиска при ПМС

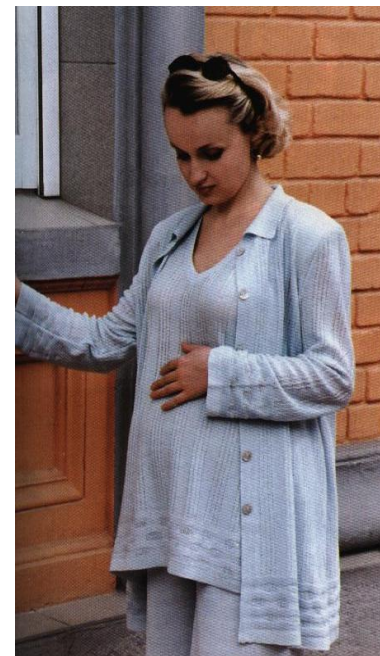
- ✓ Исключить наличие органической патологии ЦНС
- ✓ Исключить наличие психических заболеваний (при тяжелом течении нейропсихической формы иметь заключение психиатра)
- ✓ Установить четкую взаимосвязь симптоматики с фазами МЦ
- ✓ Использовать соответствующие опросники

Принципы терапии ПМС

- **Синтетические прогестины**
- **Гомеопатические препараты (циклодинон, дисменорм, префемин и др.)**
- **Ноотропил (пирацетам, луцетам)**
- **Средства, нормализующие тонус симпатической и парасимпатической систем**

Значение гиперандрогении в акушерстве

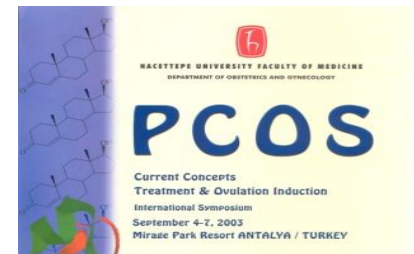
- Бесплодие
- Невынашивание
- Формирование истмико-цервикальной недостаточности
- Плацентарная дисфункция с признаками декомпенсации
- Синдром задержки внутриутробного развития плода



Эпидемиология СПКЯ

- СПКЯ в Европе: **15-20%** (согласно новым критериям)
- Девочки с преждевременным пубертатом:
 - СПКЯ в **41%** случаев
- В **4** из **5** случаев СПКЯ прослеживается наследственность

(Симпозиум, Анталия, 2003)



Последствия хронической ановуляции и гиперандрогении

Косметические нарушения:

- себорея
- акне
- гирсутизм
- алопеция

Повышение риска:

- бесплодия
- рака матки
- диабета II типа - увеличение в 7 раз
- сердечно-сосудистых заболеваний:
 - инфаркта миокарда - в 7,4 раза;
 - артериальной гипертензии – в 4 раза



Строение кожи в норме (справа)
и при угревой сыпи (внизу)



Патогенетические формы гиперандрогении

Гиперандрогения (ГА)

Истинная ГА

Другие формы ГА

Надпочечниковая
-функциональная (НГН)
- опухолевая

Рецепторная

Транспортная
Уровень ГСПС↓

Яичниковая
-функциональная (СПКЯ)
- опухолевая

Периферическая
Активность 5 α -редуктазы ↑
Синтез ДГТ↑

Ятрогенная

СПКЯ - патофизиология

- **Центральные нарушения – гонадотропиновая ось**
- **Яичники – дисрегуляция генов стероидогенеза**
- **Метаболические – периферическая инсулинорезистентность**
- **Воспалительные**
- **Пренатальные – *fetal programming***
- **? Инфекционные**

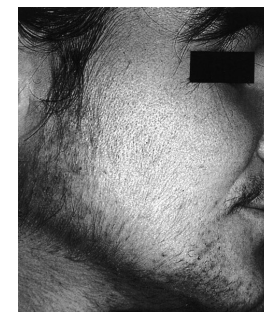
СПКЯ – определение ESHRE/ASRM 2003

- Олиго/ановуляция
- Гиперандрогенизация и/или гиперандрогенемия
- Морфологическая картина поликистозных яичников

2 из 3 вышеуказанных критериев

После исключения других причин гиперандрогенизации / гиперандрогенемии

35-90 дней

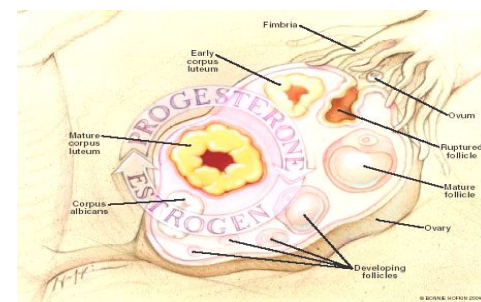


↑↑Тест



Формы (варианты) СПКЯ

- **Классический вариант СПКЯ**
(гиперандрогения+хроническая ановуляция)
- **Овуляторный вариант СПКЯ**
(гиперандрогения+поликистозные изменения яичников на фоне овуляторных циклов)
- **Идиопатическая гиперандрогения**
(гиперандрогения при отсутствии поликистозных изменений яичников и хронической ановуляции)

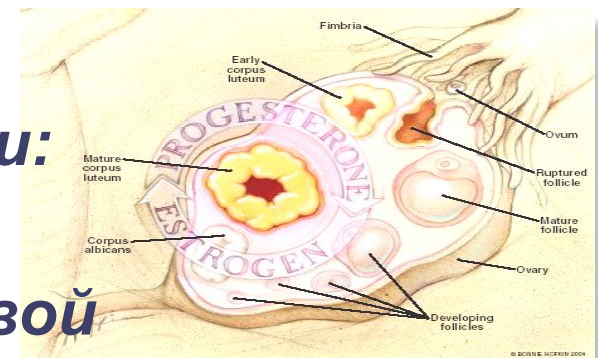


Критерии диагностики СПКЯ (Rotterdam, 2003)

Наличие 2-х из 3 критериев:

- 1) Олигоменорея и/или ановуляция
- 2) Гиперандрогения: клинические и/или биохимические проявления
- 3) Поликистозные изменения яичников

*При исключении другой этиологии:
патологии щитовидной железы
Гиперпролактинемии надпочечниковой
Гиперандрогении андрогенпродуцирующих опухолей*



Содержание АМГ в сыворотке крови напрямую связано с содержанием антральных фолликулов

Антимюллеров гормон (АМГ) может быть использован:

- для оценки состояния овариального резерва,
- для оценки патологического состояния яичников,
- **для подтверждения наличия СПКЯ, поскольку при этом заболевании увеличен пул именно антральных фолликулов небольшого размера.**

Этот показатель может не только являться маркером наличия заболевания, но также и критерием, который позволит оценивать тяжесть нарушений при СПКЯ.

Методические подходы при лечении СПКЯ и гиперандрогенных состояний у женщин

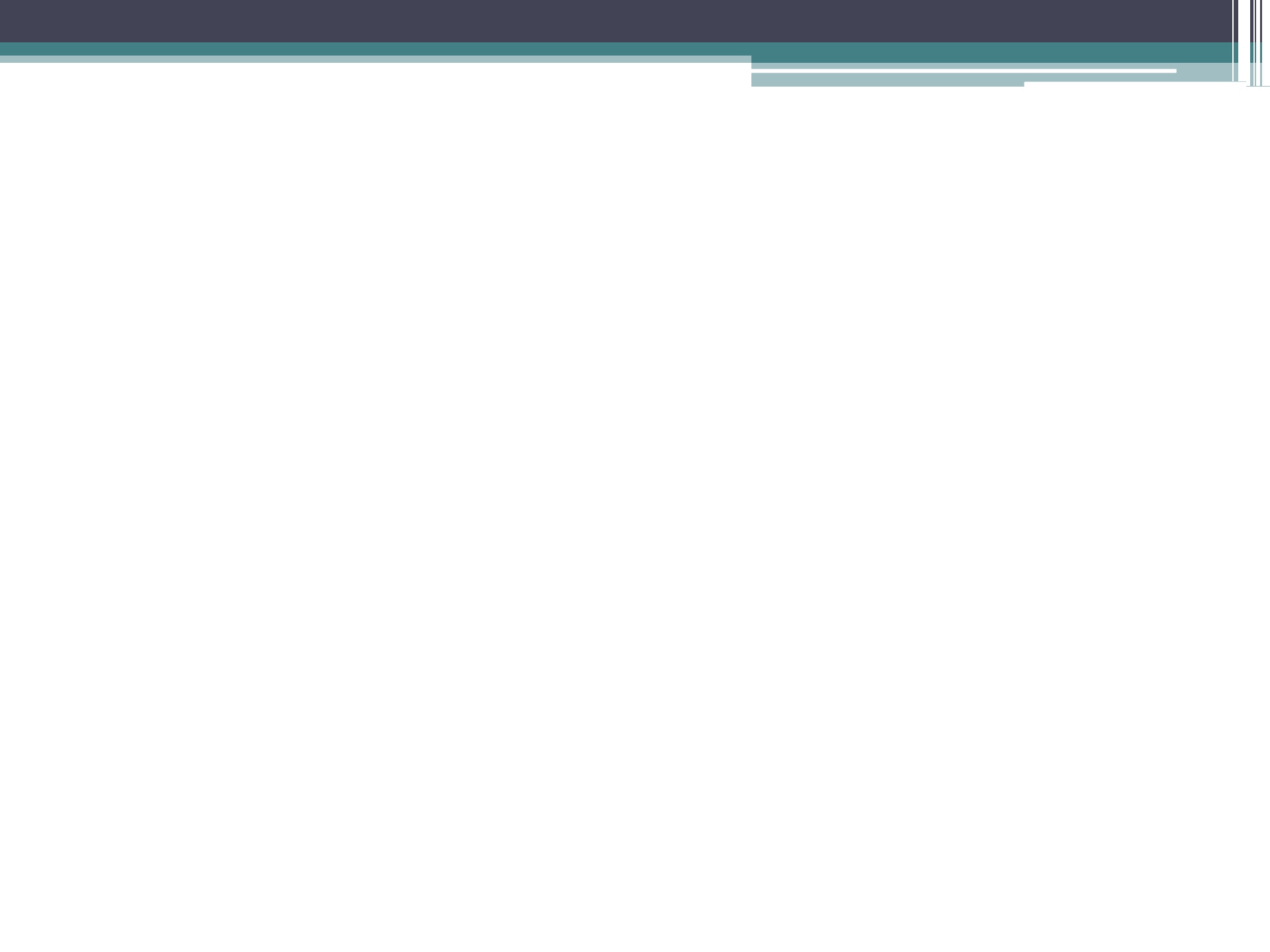
- **Нормализация менструального цикла**
- **Восстановление нормальной взаимосвязи в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники-яичники (нормализация уровней ЛГ, ФСГ, андрогенов и пролактина)**
- **Обеспечение надежной контрацепции**
- **Хирургическое лечение**

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

**Здоровье женщин и детей –
показатель
здоровья населения страны, экономических
проблем**



***Сохранение репродуктивного
потенциала женщин следует
начинать с периода детства***



Название	Состав	Примечания
Ярина	Этинилэстрадиол 30 мкг; дроспиренон 3 мг.	Монофазный препарат последнего поколения. Обладает анти-андрогенным (косметическим) эффектом
Ярина Плюс	Этинилэстрадиол 30 мкг; дроспиренон 3 мг; кальция левомефолат - 451 мкг.	Монофазный препарат последнего поколения, содержащий витамины (фолаты)
Мидиана	Этинилэстрадиол 30 мкг; дроспиренон 3 мг.	Новый монофазный препарат Аналог Ярины
Три-Мерси	Этинилэстрадиол 30 мкг; дезогестрел 125 мкг.	Трехфазный препарат последнего поколения
Линдинет-30	Этинилэстрадиол 30 мкг; гестоден 75 мкг.	Монофазный препарат
Фемоден	Этинилэстрадиол 30 мкг; гестоден 75 мкг.	Монофазный препарат
Силест	Этинилэстрадиол 30 мкг; норгестимат 250 мкг.	Монофазный препарат
Жанин	Этинилэстрадиол 30 мкг; диеногест 2 мг.	Монофазный препарат Обладает анти-андрогенным (косметическим) эффектом
Силует	Этинилэстрадиол 30 мкг; диеногест 2 мг.	Новый монофазный препарат Аналог Жанина
Жанеттен	Этинилэстрадиол 30 мкг; диеногест 2 мг.	Новый монофазный препарат Аналог Жанина
Минизистон	Этинилэстрадиол 30 мкг; левоноргестрел 125 мкг.	Монофазный препарат
Регулон	Этинилэстрадиол 30 мкг; дезогестрел 150 мкг.	Монофазный препарат
Марвелон	Этинилэстрадиол 30 мкг; дезогестрел 150 мкг.	Монофазный препарат
Микрогинон	Этинилэстрадиол 30 мкг; левоноргестрел 150 мкг.	Монофазный препарат
Ригевидон	Этинилэстрадиол 30 мкг; левоноргестрел 150 мкг.	Монофазный препарат
Белара	Этинилэстрадиол 30 мкг; хлормадион ацетат 2 мг.	Новый монофазный препарат Обладает анти-андрогенным (косметическим) эффектом
Диане-35	Этинилэстрадиол 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг.	Монофазный препарат анти-андрогенным (косметическим) эффектом
Хлое	Этинилэстрадиол 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг.	Монофазный препарат. Аналог Диане-35
Беллуне-35	Этинилэстрадиол 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг.	Новый монофазный препарат Аналог Диане-35
Демулен	Этинилэстрадиол 35 мкг; этинодиола диацетат 1 мг.	Монофазный препарат