



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Нарушения менструального цикла у пациенток с анорексией



**Выполнила: Вяткина
Екатерина Александровна**
студентка 506 группы
лечебного факультета

- Нервная анорексия (НА) в соответствии с МКБ-10 (F50.0) – это расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением массы тела, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом.





- Вес тела сохраняется пациентками на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого, индекс массы тела (ИМТ) составляет 17,5 или ниже.
- Нарушение полового развития, роста и аменорея являются обязательными диагностическими признаками данного расстройства



- **Дисморфофобия** – навязчивые идеи своего физического несовершенства; обычно сочетаются с социофобиями и сниженным настроением
- **Дисморфомания** – бредовые или сверхценные идеи своего физического несовершенства; часто сочетаются с социофобиями и бредовыми идеями отношения

Этиология и патогенез

- Часто - гипоталамо-гипофизарная недостаточность со слабостью пищевого центра, которая начинает проявляться с началом пубертатного периода. Условием возникновения заболевания служит дисгармонический пубертатный криз.

Пусковым моментом является психогения (травмирующие замечания окружающих относительно полноты подростка, особенно значимых лиц). Заболевание часто провоцируют разговоры об уродливости тучной фигуры

Этапы нервной анорексии:

1) Первичный, инициальный

от 2 до 4 лет,

потеря в весе до 10-15%

- отказ от еды связан со сверхценной, режее, навязчивой идеей об избыточной полноте с желанием исправить этот «дефект» или не допустить его.
- Часто совпадает с реальным изменением форм тела в пубертате. Убежденность в излишней полноте может сочетаться с идеей о других мнимых недостатках внешности (форма носа, ушей, щек, губ).
- Мысли об излишней полноте и стремление похудеть тщательно скрывают. Ограничения в еде - эпизодические
- Исключают пищевые продукты наиболее питательные, проявляют необычный интерес к калорийности пищи.



- **2) аноректический этап**
- активное стремление к коррекции внешности и похудание на 20-50% от исходной массы с развитием вторичных соматоэндокринных сдвигов, олигоаменореи или аменореи.





- активно занимаются спортом, ограничивают количество пищи. Сокращают объем пищи, исключают продукты, богатые углеводами или белками, затем - жесточайшая диет а (молочно- растительная).

3) Кахектический

Потеря веса 40-50% и более.

Преобладают соматоэндокринные нарушения.

После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. Отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, миокардиодистрофия, брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, анемия. Быстро мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы.

- гастрит и энтероколит (упорные запоры)**

Ведущее место в клинической картине занимает депрессия с астеническим синдромом с преобладанием адинамии и повышенной истощаемости

Утверждают, что у них имеется избыточная масса тела или бывают



- **4)этап редукции нервной анорексии** астеническая симптоматика, страх поправиться, фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта. При прибавке массы тела актуализируется дисморфомания, появляется стремление к «коррекции» внешности, нарастает депрессивная симптоматика.
- За 1-2 мес. выход из кахексии набирая от 9 до 15 кг, однако нормализация менструального цикла требует значительно большего времени (6 мес. 1 год от начала интенсивного лечения). До восстановления менструаций психическое состояние характеризуется неустойчивостью настроения, периодической актуализацией дисморфоманических явлений, эксплозивностью, склонностью к истерическим формам реагирования.
- В течение первых 2 лет возможны рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения.

- У больных НА менструальная функция среди всех эндокринно обусловленных является именно той, которая нарушается раньше и возобновляется позже других.

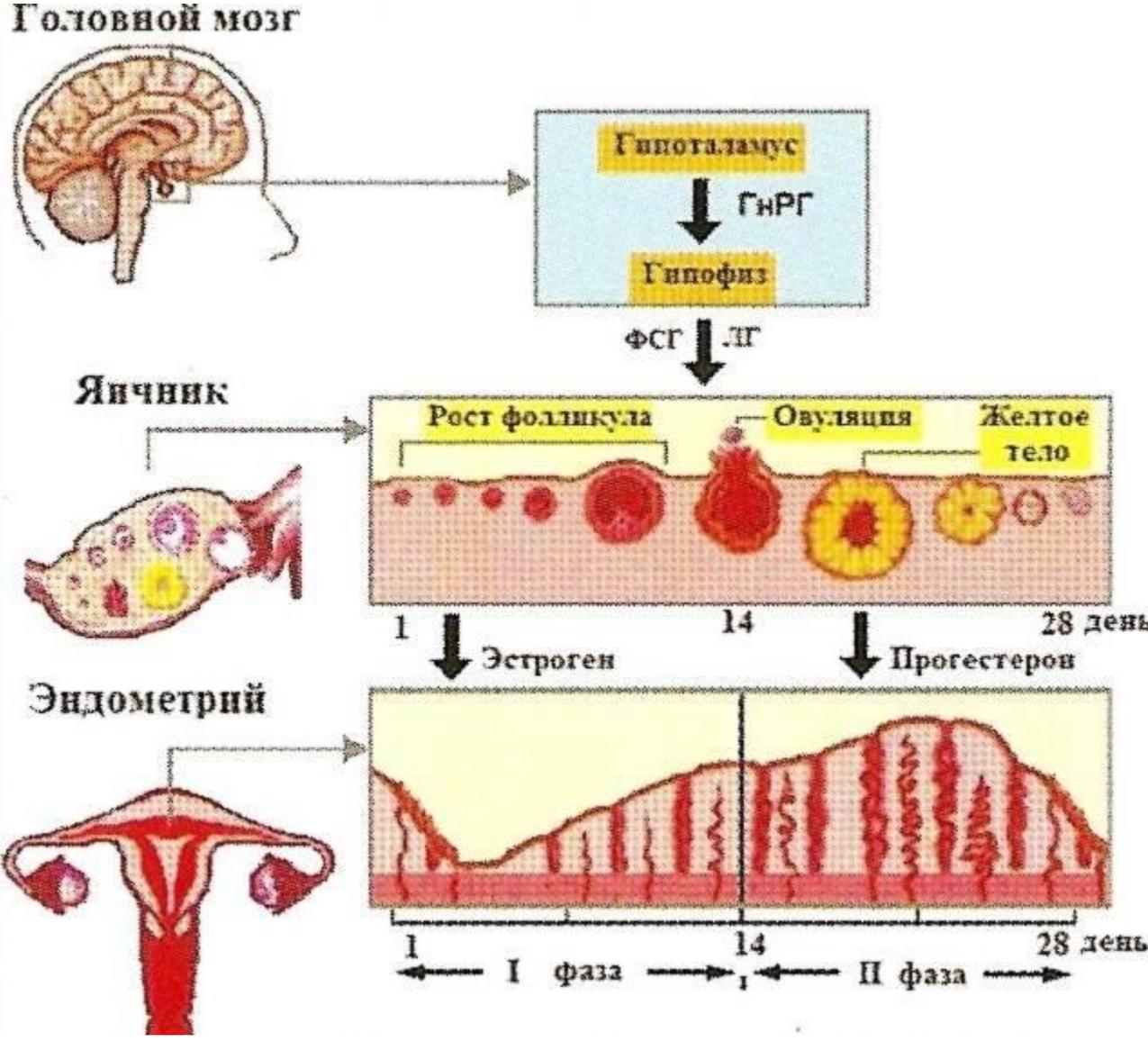
Аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев в возрасте 16 лет и более при нормальном росте и вторичных половых признаках или у ранее менструирующих женщин.

- **Первые клинические проявления НА находятся во временной зависимости от возраста менархе:**
- **1) при наступлении менархе в 10— 12 лет НА развивается в 11—17 лет;**
- **2) менархе в 13—14 лет - вероятность НА в 18—21 год;**
- **3) менархе в 15—18 лет – проявления НА возможны после 21 года**

- Наиболее распространено мнение о гипоталамической природе наблюдаемого у больных НА изолированного гипогонадотропного гипогонадизма, но не исключается возможность и его другого, неизвестного происхождения.
- Больных НА отличает низкий базальный уровень гонадотропинов и эстрадиола, что указывает на анормальное функционирование гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси

- С открытием гормона жировой ткани — лептина появились данные о его вовлеченности в развитие гонад и репродуктивной функции, а также в регуляцию секреции гонадотропин-рилизинг гормона и поддержание гонадной функции у человека (Hileman S.M. et al, 2000; Munoz M.T., Argente J., 2002).

- Снижение содержания лептина в крови, первично вызванное потерей жировой массы тела, влечет за собой редукцию секреции ЛТ, ФСГ, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов вследствие чего наступает аменорея
- Считается, что наблюдаемое при длительном голодании и истощении выключение менструальной функции является своего рода защитным механизмом, обеспечивающим снабжение энергией более жизненно важных функций и предохраняющим организм женщины от беременности, требующей повышенных энергетических затрат.



- Развитие вторичной аменореи наступает вслед за снижением массы тела в среднем на $10 \pm 1,8$ кг от исходной.
- Скорость выключения функции яичников зависит как от величины абсолютной потери веса, составляющей в среднем $17 \pm 1,4$ % от исходной массы, так и темпов похудения.
- Чем быстрее происходит потеря веса, тем раньше утрачивается менструальная функция.

- Клиническими особенностями вторичной аменореи у больных НА являются внезапное ее наступление при стремительных темпах достижения индивидуальной критической массы тела (в среднем $47,6 \pm 0,5$ кг), ее функциональный характер и стойкое долговременное течение, не всегда коррелирующее с восстановлением исходной массы тела.

- при продолжительной выраженной гиполептинемии аноректического этапа в сочетании с активацией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы уровень НРУ неадекватно снижен, что свидетельствует об относительной недостаточности действия лептина на гипоталамус и, вероятно, блокирует выработку ГнРГ, что приводит к развитию гипогонадотропного гипогонадизма;

- У пациенток с аменореей, перенесших дефицит лептина на аноректическом этапе НА, происходит утрата отрицательной обратной связи между уровнем лептина и выработкой гипоталамического НРУ, что приводит к формированию лептинрезистентности на этапе редукции НА, продолжающейся даже после восстановления менструального цикла.
- Это позволяет считать этап восстановления менструальной функции – этапом заболевания, характеризующимся абсолютной гиперлептинемией и лептинрезистентностью; гиперандрогенией, сниженным уровнем ИФР-1СП и повышенными значениями ИсИФР-1, ассоциированными с гиперинсулинемией и инсулинрезистентностью

- Лечение больных НА требует мультидисциплинарного подхода с участием психиатров, гинекологов, эндокринологов, с предшествующим гормональной терапии восстановлением массы тела при тщательном мониторинге соматического и психического состояния больных.