

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

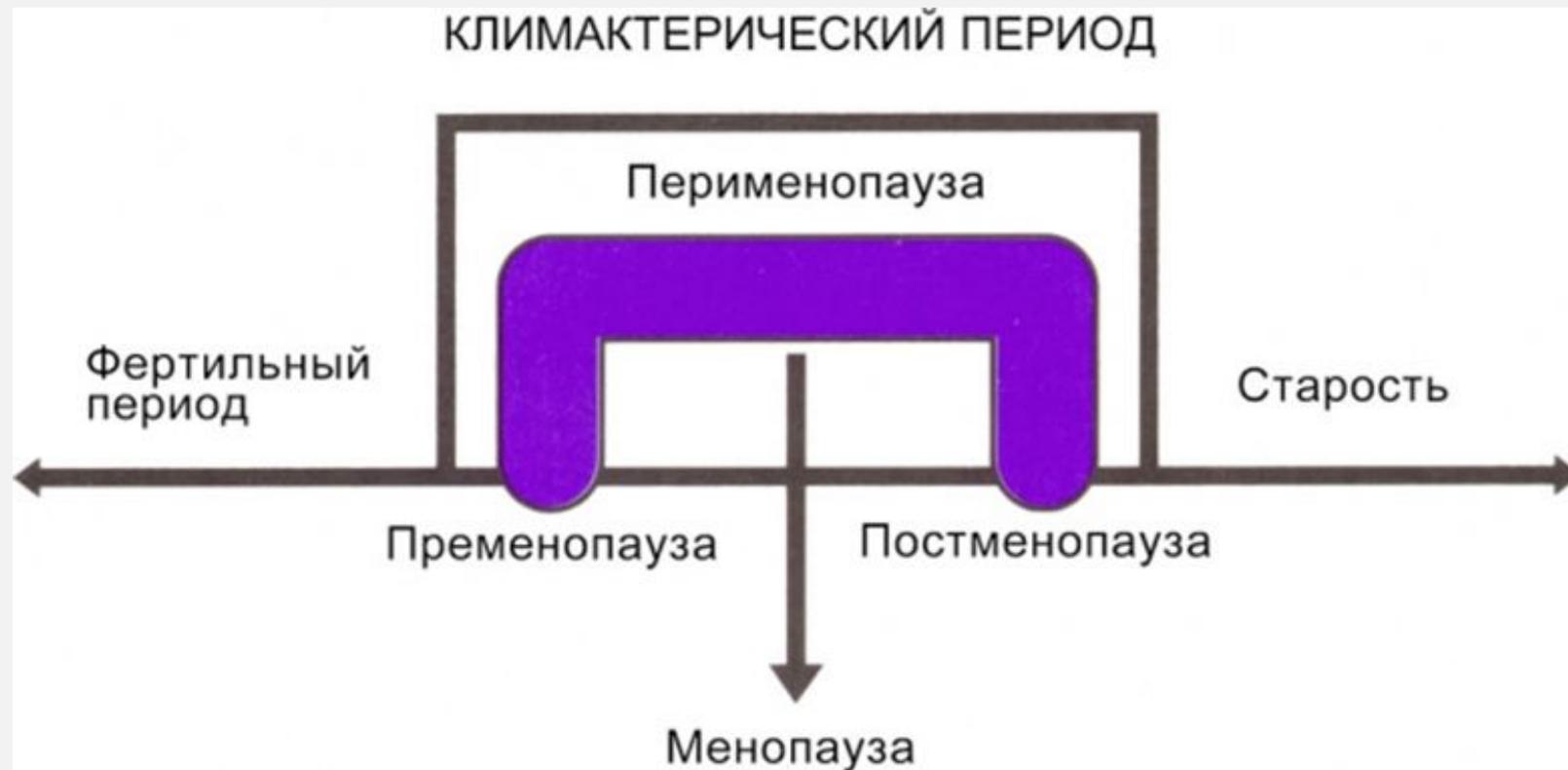
Выполнила студентка 517 группы лечебного факультета

Веселкова А.В.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

- Климактерий (климактерический период) — физиологический период жизни женщины, продолжающийся от 40 до 65–70 лет, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.
- Является переходным моментом от репродуктивного возраста с регулярными овуляторными циклами к состоянию после прекращения менструаций и старости.

ПЕРИОДЫ КЛИМАКТЕРИЯ



ТИПЫ МЕНСТРУАЛЬНЫХ ЦИКЛОВ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

1. Регулярные;
2. Чередование регулярных циклов с задержками менструаций от нескольких дней-недель до нескольких месяцев;
3. Наличие олигоменореи;
4. Чередование олигоменореи с дисфункциональными маточными кровотечениями.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Климактерический (менопаузальный) синдром – это наличие симптомов в климактерическом периоде, характеризующимися вазомоторными, эмоционально-вегетативными или обменными нарушениями.



КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- Ранние климактерические синдромы:
 - Вазомоторные («приливы», головные боли, гипотония или гипертензия и др.);
 - Психосоматические (раздражительность, сонливость, депрессия, снижение памяти).
- Средневременные:
 - Генитоуринарная атрофия (зуд, жжение, сухость, дизурия);
 - Сексуальные нарушения (диспареуния).
- Поздние симптомы:
 - Постменопаузальный метаболический синдром с увеличением риска ССЗ;
 - Повышение риска деменции (болезнь Альцгеймера);
 - Остеопороз с повышением риска остеопоротических переломов, остеоартрит, саркопения.

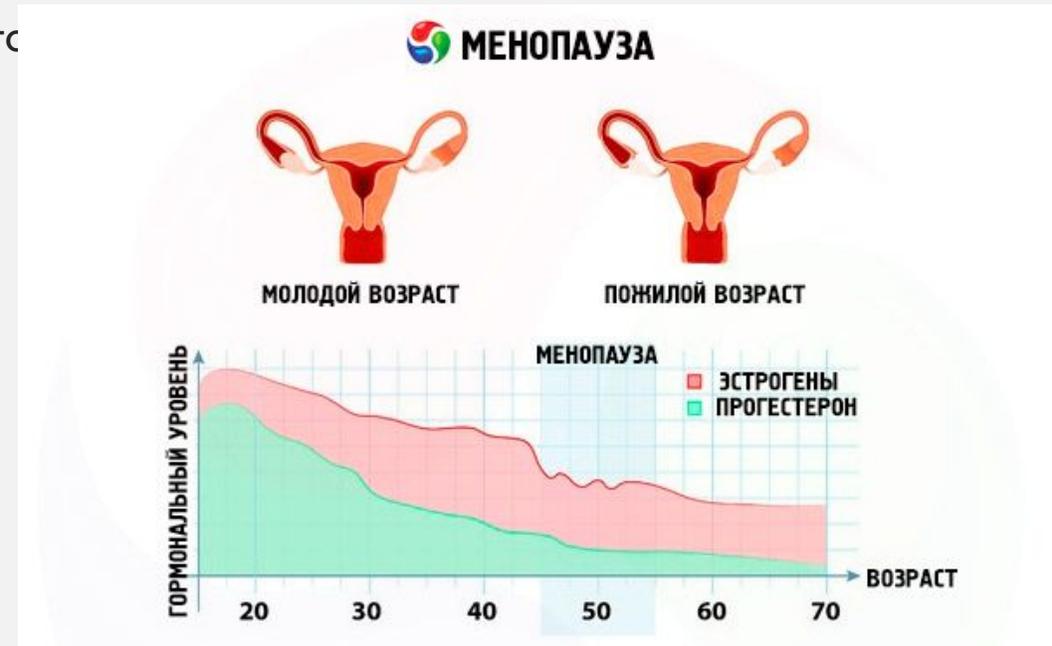
СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Легкая – появление «приливов» не чаще 10 раз в сутки.
- Средняя – увеличение частоты «приливов» в пределах 20 и появление периодической головной боли.
- Тяжелая – сопровождается потерей трудоспособности, головокружениями, головными болями, «приливами» более 20 раз в сутки.



ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА

1. Старение гипоталамуса – снижение его чувствительности к эстрогенам;
2. Изменения выработки нейротрансмиттеров;
3. Возрастные изменения нейронов;
4. Увеличение выработки гонадотропинов;
5. Гибель овоцитов и атрезия примордиальных фолликулов;
6. Снижение уровня эстрогенов.



ВЛИЯНИЕ ГИПОЭСТРОГЕНИИ НА ОРГАНЫ- МИШЕНИ

- Уменьшение массы матки;
- Сморщивание яичников, процессы гиалиноза и склероза в них;
- Уменьшение в размере молочных желез;
- Атрофические изменения в тканях мочевого пузыря, уретры, мышцах тазового дна;
- Изменение обмена веществ.

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Старение
- Дефицит эстрогенов
- Относительная гиперандрогения

- Инсулинорезистентность

- Нарушение обменных процессов в жировой ткани (гиперлипидемия, атеросклероз)
- Нарушение углеводного обмена (СД)
- Повышение тонуса симпатической нервной системы (артериальная гипертензия)

ДИАГНОСТИКА

- Жалобы, анамнез;
- Физикальное исследование;
- Лабораторные и инструментальные исследования;
- Дифференциальная диагностика.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Антропометрия;
- ИМТ, АД;
- Кожные покровы;
- Гинекологическое исследование;
- Пальпация молочных желез.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Определение уровня ФСГ на 3-й день спонтанной менструации — повышение концентрации ФСГ более 30 мМЕ/мл в двух измерениях с интервалом не менее месяца свидетельствует о связи вазомоторных симптомов с угасанием овариальной функции;
- Определение уровня ЛГ одновременно с ФСГ — концентрация ЛГ в плазме крови у женщин в перименопаузе обычно превышает 20 мМЕ/мл, но всегда оказывается ниже, чем уровень ФСГ;
- Определение уровня пролактина и ТТГ позволяет провести дифференциальную диагностику с другими причинами приливов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Тиреоидная патология;
- Патология надпочечников;
- Опухоли яичников, поджелудочной и молочной желез;
- Гиперпролактинемия;
- Опухоль гипофиза, продуцирующая гонадотропины.

ЛЕЧЕНИЕ

- Общая стратегия поддержания здоровья женщин в пери- и постменопаузе, наряду с обязательным соблюдением здорового образа жизни, включает МГТ.
- Цель МГТ — частично восполнить дефицит половых гормонов, используя такие минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, которые способны реально улучшить общее состояние больных, качество их жизни, обеспечить профилактику поздних обменных нарушений и не сопровождаются побочными эффектами.



ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МГТ

- Наличие вазомоторных и психовегетативных климактерических расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов.
- Генитоуринарные расстройства.
- Профилактика остеопороза и переломов у женщин группы риска.
- Преждевременная, ранняя и искусственная менопауза.

В настоящее время рекомендуется придерживаться так называемой временной гипотезы: начинать МГТ в возрасте моложе 60 лет, при длительности постменопаузы менее 10 лет.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МГТ

- Определение показаний, противопоказаний, факторов риска и индивидуальная оценка соотношения пользы и риска перед назначением терапии.
- Использование аналогов натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстриол, конъюгированные эстрогены).
- Использование минимальных эффективных доз эстрогенов, уменьшение доз в постменопаузе.
- Применение комбинации эстрогенов и прогестагенов у женщин с интактной маткой.
- Индивидуальный подбор гормонального препарата и режима его введения в зависимости от исходного статуса женщины и профиля персонального риска.
- Ежегодный клинический, маммологический и цитологический контроль.
- Эффективная продолжительность МГТ: 2–3 года для купирования вазомоторных и психовегетативных симптомов; 5–7 лет и более для профилактики остеопороза и снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний; учитывая повышение риска РМЖ при длительном приеме МГТ, при продолжении ее применения более 5 лет следует ежегодно оценивать соотношение пользы и риска.

РЕЖИМЫ МГТ

- I. Эстрогенная терапия (монотерапия эстрогенами) назначается женщинам без матки.
 - Перорально: эстрадиол 2 мг/сут.
 - Трансдермальные формы:
 - накожный пластырь (Климара) используют 1 раз в неделю;
 - накожный гель с эстрадиолом по 0,5 и 1,0 мг для ежедневного нанесения на кожу живота или ягодиц и гель, содержащий эстрадиол в дозе 1,5 мг для ежедневного применения (Дивигель);
 - накожный гель, содержащий эстрадиол 1,5 мг для ежедневного применения, во флаконах и тубах (Эстрогель).



РЕЖИМЫ МГТ

2. Комбинированная терапия эстрогенами и прогестагенами (дидрогестерон, микронизированный прогестерон) для женщин с интактной маткой в режимах, соответствующих приему комбинированных двухфазных или монофазных лекарственных препаратов.
- эстрадиол наочно (Эстрогель, Дивигель) или перорально (Прогинова) + микронизированный прогестерон (Утрожестан).



РЕЖИМЫ МГТ

3. Двухфазные препараты МГТ назначаются преимущественно в перименопаузе:

- эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 10 мг (Фемостон 1);
- эстрадиол 2 мг+ дидрогестерон 10 мг (Фемостон 2);
- эстрадиол 2 мг+ ципротерон 1 мг (Климен);
- эстрадиол 2 мг+ ЛНГ 0,15 мг;
- эстрадиол 2 мг+ медроксипрогестерон 10мг (Дивина).



РЕЖИМЫ МГТ

4. Монофазные препараты МГТ назначаются в постменопаузе:

- эстрадиол 1 мг+ дидрогестерон 5 мг (Фемостон конти);
- эстрадиол 0,5 мг+ дидрогестерон 2,5мг (Фемостонмини);
- эстрадиол 1 мг+дроспиренон 2 мг (Анжелик);
- эстрадиол 0,5 мг+дроспиренон 0,25 мг (Анжелик«Микро»).



РЕЖИМЫ МГТ

5. Другие стероидные препараты для женщин в постменопаузе: тиболон по 2,5 мг/сут в непрерывном режиме.
6. Препараты для локальной терапии урогенитальных расстройств: эстриол по 0,5 и 1,0м г (крем и шарики) для вагинального применения.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МГТ

- РМЖ: диагностированный, подозреваемый или перенесенный ранее.
- Эстрогензависимые злокачественные опухоли половых органов: диагностированные или подозреваемые (анамнестические данные о злокачественных эстрогензависимых опухолях при условии установленной излеченности не являются основанием для отказа от МГТ).
- Кровотечения из половых путей неясного генеза: до установления диагноза.
- Диагностированная гиперплазия эндометрия до завершения лечения.
- Венозная тромбоэмболия: тромбоз глубоких вен(ТГВ),ТЭЛА.
- Артериальная тромбоэмболия и состояния, связанные с ее высоким риском: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, инсульт, в том числе в анамнезе.
- Неконтролируемая артериальная гипертензия.
- Заболевания печени: острые состояния, связанные с цитолизом (повышение уровня трансаминаз), аденома, рак печени.
- Непереносимость компонентов препарата.
- Кожная порфирия.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!