

Проблема расстройств менструальной функции. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии





мерно

п

выражение

длительности

системы

гипоталамус-гипофиз-яичники

и

вызванные ею структурные и

функциональные изменения в

репродуктивном тракте объединены в

понятие – менструальный цикл



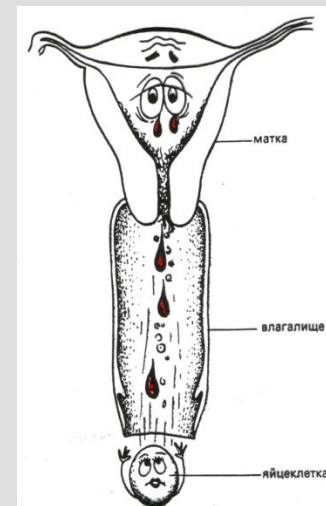
менструальный цикл – совокупность циклических изменений в организме, обеспечивающих возможность наступления беременности.

Г. Селье (1960)

Параметры нормального м.ц.



- **Продолжительность** нормального менструального цикла колеблется от 21 до 36 дней.
- **Длительность** менструального кровотечения варьирует от 3 до 7 дней.
- **Объем кровопотери** не превышает 100 мл.



*Слезы разочарованной матки:
менструальное кровотечение*

Классификация нарушений менструальной функции



- **Аменорея:**
 - Первичная - отсутствие менструаций в возрасте старше 16 лет
 - Вторичная - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более после периода регулярных или нерегулярных менструаций (вне беременности и лактации)
- **Олигоменорея** - интервал между месячными более 35 дней
- **Полименорея** - интервал между месячными менее 21 дня
- **Меноррагия** - регулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней
- **Метроррагия** - нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл.

Метроррагия



Определение аменореи

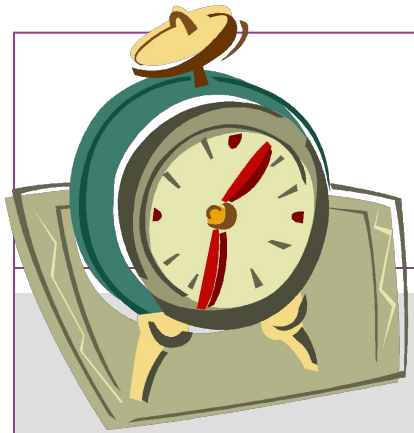


- **Физиологическая аменорея** – отсутствие менструаций до периода полового созревания, во время беременности и в постменопаузе
- **Патологическая аменорея** – симптом гинекологических или экстрагенитальных заболеваний и бывает первичной или вторичной

Классификация аменореи по уровню поражения



- **Гипоталамо-гипофизарная**
- **Яичниковая**
- **Маточная**
- **Аменорея, обусловленная патологией надпочечников**
- **Аменорея обусловленная патологией щитовидной железы**
- **Аменорея, обусловленная наличием экстрагенитальной патологией**

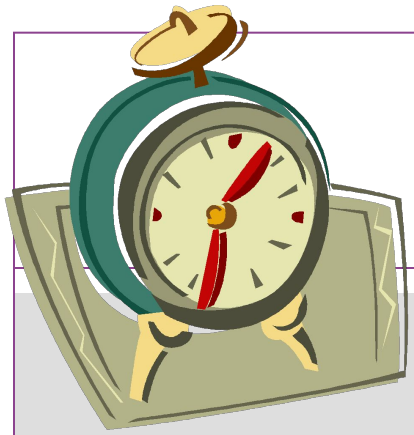


Этиопатогенетические факторы риска, приводящие к расстройствам менструальной функции

(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.).**

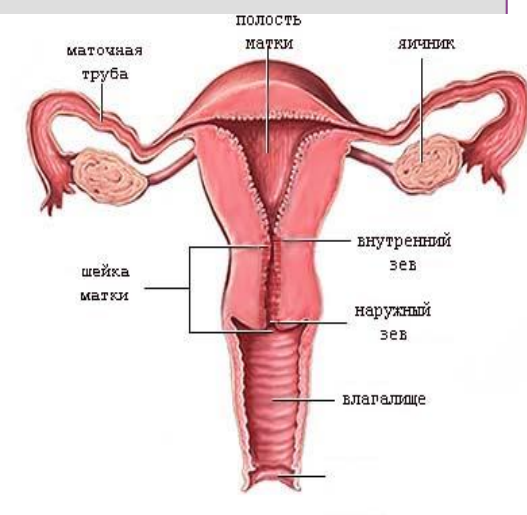
Этиопатогенетические факторы риска (продолжение)



- **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.**

Дисфункциональные маточные кровотечения

—
это аномальные (черезмерные, частые или продолжительные) кровотечения из матки, не связанные ни с органическими заболеваниями половых органов, ни с системными заболеваниями организма



7 июня 2011 года



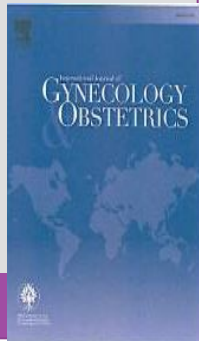
PALM-COEIN

P - полип
A - аденомиоз
L - лейомиома
M - малигнизация и гиперплазия

C - коагулопатия
O - овуляторная дисфункция
E - эндометриальная
I - ятрогенная
N - еще не установлена

- **Международная Федерация акушеров-гинекологов (FIGO) утвердила новую классификацию причин АМК у небеременных женщин репродуктивного возраста**
- **Предложено выделять 9 главных причин согласно аббревиатуры PALM-COEIN**

Int J Gynecol Obstet. 2011;113:3-13



Клинико-патогенетическая классификация маточных кровотечений

(I.S.Ffaser, J.Arachchi, 1999).



- **Овуляторные кровотечения**
- **Ановуляторные кровотечения**
 - эстрогенные кровотечения прорыва;
 - эстрогенные кровотечения отмены;
 - прогестиновые кровотечения прорыва;
 - прогестиновые кровотечения отмены.

Морфофункциональная классификация (Ю.А.Гуркин, 1994)



Ановуляторные кровотечения:

- кратковременная персистенция фолликула;
- длительная персистенция фолликула;
- атрезия незрелого фолликула (одного или нескольких).

Овуляторные кровотечения:

- недостаточность желтого тела
- персистенция желтого тела.





Диагностика дисфункциональных маточных кровотечений

- **Анамнез** - детальный сбор анамнеза на этапе первичного обследования.
- Тесты функциональной деятельности яичников – контроль базальной температуры, гормональная кольпоцитология, цервикальная шкала и др.
- **УЗИ** - чувствительность метода в определении внутриматочной патологии составляет 54%.
- **Диагностическое выскабливание** является обязательным для всех пациенток пери- и постменопаузального возраста, а также для молодых женщин при наличии УЗ-признаков патологии эндометрия и факторов риска у них гиперпролиферативных процессов эндометрия.
- **Гистероскопия** – на современном уровне медицины является наиболее точным и безопасным методом исследования полости матки.
- **Гормональное обследование** (определение содержания ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона в сыворотке крови, а при необходимости тестостерона, кортизола и др.).
- **МРТ, компьютерная томография.**
- **Тест на беременность** (определение хорионического гонадотропина) является важным при исключении внематочной беременности, трофобластической болезни, осложненной маточной беременности.

Принципы терапии дисфункциональных маточных кровотечений

1. Негормональные средства

(утеротоники, общеукрепляющие, повышающие свертываемость, влияющие на фибринолиз, ФТО, витамины)

2. Хирургические методы:

- а) выскабливание стенок матки,
- б) выскабливание стенок матки с последующей криообработкой,
- в) метод Граматикати,
- г) удаление матки.

3. Гормональный гемостаз.

- а) эстрогеновый
- б) прогестероновый
- в) комбинированный
- г) андрогенный.



Гормональная терапия ДМК преследует 3 цели:

1. Осуществление максимально быстрого гемостаза.

2. Гормональная коррекция менструального цикла с профилактикой рецидива кровотечения.

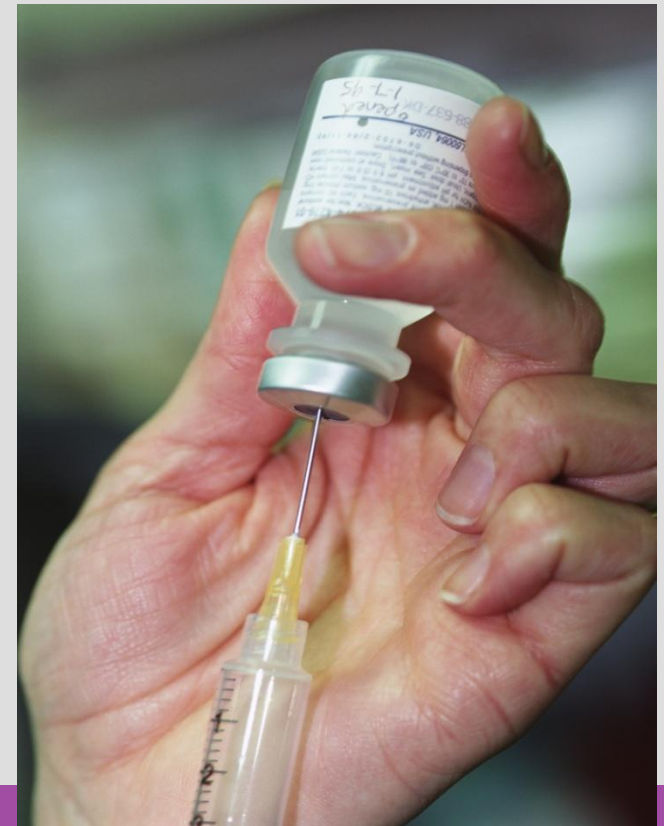
3. Вызывание искусственного меностаза у больных в климактерическом периоде, течение которого осложнено рецидивирующими кровотечениями.



Принципы терапии дисфункциональных маточных кровотечений

Гормональный гемостаз.

- а) эстрогеновый**
- б) прогестероновый**
- в) комбинированный**
- г) андрогенный.**



Принципы терапии дисфункциональных маточных кровотечений

1. Негормональные средства

- **Седативная терапия**
- **Утеротоники**
окситоцин, дезаминоокситоцин, гифотоцин, гомеопатические препараты
- **Повышающие свертываемость крови**
дицинон, этамзилат натрия, препараты кальция
- **Влияющие на фибринолиз**
Памба, Е-АКК, Транексам, Тугина
- **Влияющие на синтез простагландинов**
диклофенак, мефенамовая кислота
- **Витамины**
- **ФТО**
- **Общеукрепляющие средства**



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)
- **DACH-syndrome**
(**D**epression-депрессия;
Anxiety-беспокойство, тревога;
Craving-изменение пристрастий;
Hyperhydratation-гипергидратация)

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.



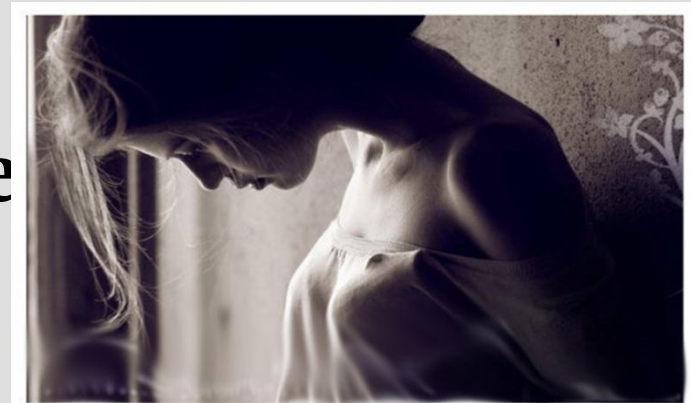
Возрастные особенности ПМС



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-



менструальный

»

Факторы риска возникновения ПМС



- ✓ **Европеоидная раса**
- ✓ **Проживание в крупных промышленных и административных центрах**
- ✓ **Занятие интеллектуальным трудом**
- ✓ **Поздний репродуктивный возраст**
- ✓ **Наличие проявлений ПМС у однойяйцевой 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 (гистерэктомия, аднексэктомия, лигирование маточных труб)

Факторы риска возникновения ПМС (продолжение)



- ✓-Воспалительные заболевания гениталий в анамнезе
- ✓-Генитальный кандидоз
- ✓-Черепно-мозговые травмы
- ✓-Нейроинфекции
- ✓-Нейроэндокринные заболевания (ожирение)
- ✓-Недостаточная физическая активность
- ✓-Несбалансированность питания (недостаток кальция, калия, микроэлементов, витаминов В, С, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов)
- ✓-Отсутствие рационального режима труда и отдыха.

Теории возникновения ПМС:

- **Гормональная**
- **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.**

Неврологические симптомы при ПМС:



- **Головная боль (мигрень)**
- **Головокружение**
- **Нарушения координации движений**
- **Гиперестезии**
- **Учащение или появление приступов эпилепсии**
- **Кардиалгия или приступы аритмии**
- **Учащение или появление приступов астмы**
- **Явления вазомоторного ринита**

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**

Гастроинтестинальные симптомы при ПМС:



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

Кожные проявления при ПМС:



- **вульгарные угри**
- **изменения жирности кожи**
- **повышенная потливость**
- **крапивница**
- **зуд**
- **гиперпигментация**

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**

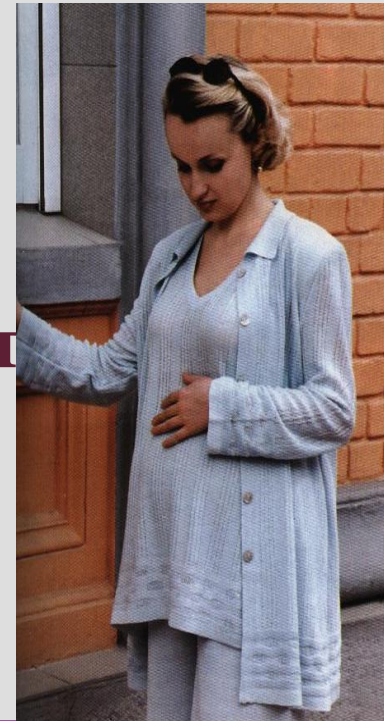
Принципы терапии ПМС



- **Синтетические прогестины**
- **Гомеопатические препараты (циклодинон, дисменорм)**
- **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



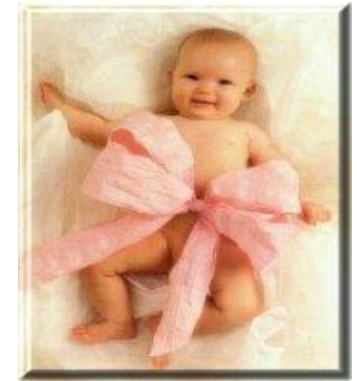
Последствия хронической ановуляции и гиперандрогении

Косметические нарушения:

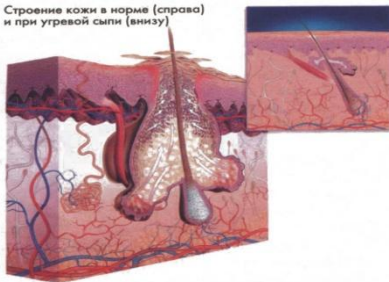
- себорея
- акне
- гирсутизм
- алопеция

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

Надпочечниковая
-функциональная
(НГН)
- опухолевая

Яичниковая
-функциональная
(СПКЯ)
- опухолевая

Периферическая
Активность 5 α -
редуктазы \uparrow
Синтез ДГТ \uparrow

Другие формы
ГА

Рецепторная

Транспортная
Уровень ГСПС \downarrow

Ятрогенная

Критерии диагностики гиперандрогенных состояний

Консенсус TSHRE/ASRM (2003)

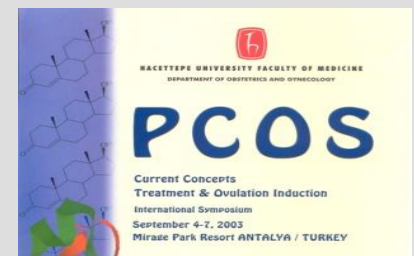
- Клинические или биохимические признаки гиперандрогении
- Хроническая олиго/ановуляция
- Поликистозные изменения яичников (определение при УЗИ)



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)



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

35-90 дней



↑↑Тест

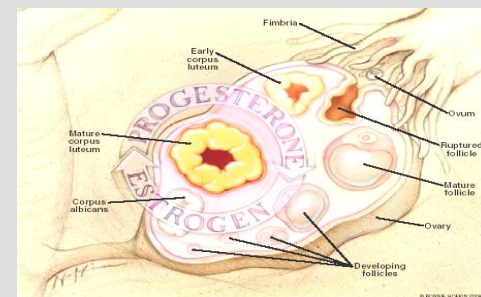
2 из 3 вышеуказанных критериев

После исключения других причин гиперандрогенизации / гиперандрогенемии



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)



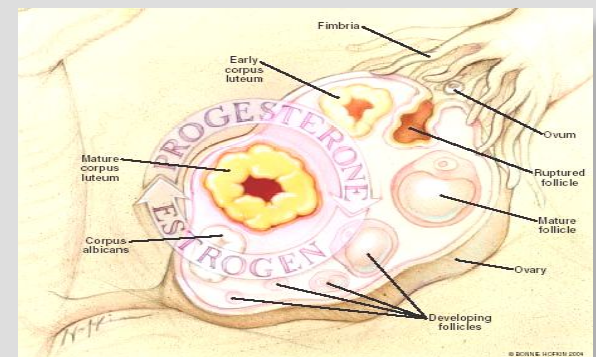
Критерии диагностики СПКЯ (Rotterdam, 2003)

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

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.

Синдром поликистозных яичников (Симпозиум, Анталия, 2003)

Критерии УЗ диагностики (вагинальный датчик)
при СПЯ:

- Более 12 фолликулов размером 2-9 мм в каждом яичнике

- и/или

- Увеличение размера яичника до 10 см³ и более

- Объем яичника > 9см² (N=4-8см²)

- $V=0,523(L \times S \times H) \text{ см}^2$

Гиперплазированная строма составляет 25% объема яичника
Более 10 атретичных фолликулов $d < 10\text{мм}$, под утолщенной капсулой («симптом ожерелья»)



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***