

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



# 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 (дисморфобия).
- 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 диета (молочно-растительная).

- Весь день больные голодают, постоянно думая о еде, представляя себе все нюансы предстоящего приема пищи (обсессии). Закупив большое количество продуктов, возвращаются домой, накрывают стол и начинают еду с наиболее вкусной пищи, чтобы получить удовольствие. Нет чувства меры (булимия). Иногда заготавливают себе целые баки малосъедобной пищи, чтобы обеспечить «жор». Съедая огромное количество пищи, испытывают эйфорию. Затем - рвота, промывание желудка большим количеством воды. После чего - «блаженство», легкость во всем теле, уверенностью в том, что организм полностью освобожден от пищи (светлые промывные воды без привкуса желудочного сока). На ранних этапах рвота неприятна, затем достаточно сделать отхаркивающее движение или просто наклонить туловище, нажать на эпигастральную область и возникает рвота без тягостных вегетативных проявлений («срыгивание»). Рвота неразрывно связана с приступами булимии.



### 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 довольны своей внешностью.

Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты) М.Б. летальный исход

- **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.

- 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 (Cousinet B. et al, 1999).



- 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). 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.

- В патогенезе формирования вторичной аменореи у больных НА существенная роль принадлежит гормону жировой ткани - лептину, уровень которого снижен и находится в прямой пропорциональной зависимости от ИМТ, темпов похудения и обратной пропорциональной зависимости от величины абсолютной потери веса.
- Снижение содержания лептина в крови, первично вызванное потерей жировой массы тела, влечет за собой редукцию секреции ЛГ, ФСГ, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов вследствие чего наступает аменорея.

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