



Вопросы:

- 1. Предменструальный синдром.**
- 2. Гиперпролактинемия.**
- 3. Климактерический синдром.**
- 4. Болезнь поликистозных яичников.**
- 5. Посткастрационный синдром.**

Предменструальный синдром (ПМС).

Это выраженные изменения состояния женщины, возникающие во второй фазе менструального цикла и исчезающие с появлением менструации.

Проявляется:

- Нервно-психическими**
- Вегетососудистыми**
- Обменно-эндокринными нарушениями**

Предменструальный синдром возникает за 2-10 дней до менструации и исчезает сразу после её начала или в первые дни месячных.

Патогенез:

Изучен недостаточно. Основную роль играет гиперэстрогения и задержка натрия и жидкости в тканях, особенно в ЦНС.



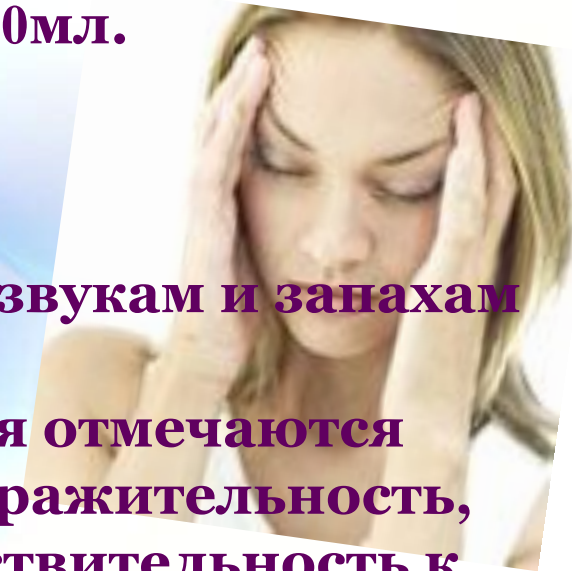
Клинические проявления:

1. При *нервно-психической форме* заболевания преобладают раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность.
2. *Отечная форма* проявляется резко выраженным нагрубанием и болезненностью молочных желез, отечностью лица, конечностей, вздутием живота, потливостью. Отмечается отрицательный диурез – задержка жидкости составляет до 500-700мл.

Менее выраженные симптомы:

- Раздражительность
- Слабость
- Повышенная чувствительность к звукам и запахам
- Кожный зуд

3. При *цефалгической форме* заболевания отмечаются мигреноподобные головные боли, раздражительность, тошнота и рвота, головокружение, чувствительность к звукам и запахам.



4. Кризовая форма. Отмечаются повышение артериального давления, тахикардия, потливость, чувство сдавления за грудиной, чувство страха, похолодание и онемение конечностей, сердцебиение при неизменной ЭКГ. Кризы часто заканчиваются обильным мочеотделением.

5. Редкие атипичные формы предменструального синдрома – гипертермическая и офтальмоплегическая формы мигрени, циклические аллергические реакции, циклический язвенный гингивит и стоматит, циклическая бронхиальная астма, неукротимая циклическая рвота.

Формы ПМС:

- ☹ **Легкая – появление 3-4 симптомов за 2-10 дней до менструации при выраженности 1-2 из них.**
- ☹ **Тяжелая – появление 5-7 симптомов за 3-14 дней до менструации с резкой выраженностью 2-5 или даже всех.**

Стадии предменструального синдрома:

- ✓ **Компенсированная**
- ✓ **Субкомпенсированная**
- ✓ **Декомпенсированная**

Методы диагностики:

- Диагностика основана на **цикличности** появления симптомов.
- Для исключения органической патологии необходимо провести рентгенографию черепа и турецкого седла, шейного отдела позвоночника, исследование почек, желудочно-кишечного тракта, ЭЭГ, ЭКГ.
- Изучение состояния глазного дна и полей зрения.
- При отечной форме ПМС необходимо измерение суточного диуреза.
- При болях и нагрубании молочных желез показана маммография в I фазу менструального цикла.

Алгоритм лечения:

- ▣ Психотерапия
- ▣ Соблюдение режима труда и отдыха
- ▣ Соблюдение диеты особенно во II фазу цикла, ограничение кофе, чая, соли, жиров, молока, жидкости.
- ▣ Массаж, бальнеотерапия, электроанальгезия, эндонозальный электрофорез витамина В1.



При ПМС тяжелой степени показана гормональная терапия:

Гестагены по 5-10 мг с 16 по 25-й день менструального цикла:

- Примолут-нор,
- Оргаметрил,
- Норколут
- Дюфастон



КОК : с преобладанием гестагенного компонента –



Применяются также транквилизаторы, нейролептики, диуретики, антигистаминные препараты, витамин В6, гомеопатические препараты.

Гиперпролактинемия (ГП).

По этиологии различают гиперпролактинемию:

□ **Физиологическую:**

- Во время беременности
- В период лактации

□ **Патологическую** – в результате изменений в гипоталамо – гипофизарной системе:

- Первичная
- Вторичная

Первичная гиперпролактинемия при:

- воспалительных процессах в области гипоталамуса или гипофиза
- поражении ножки гипофиза (травмах, воспалении)

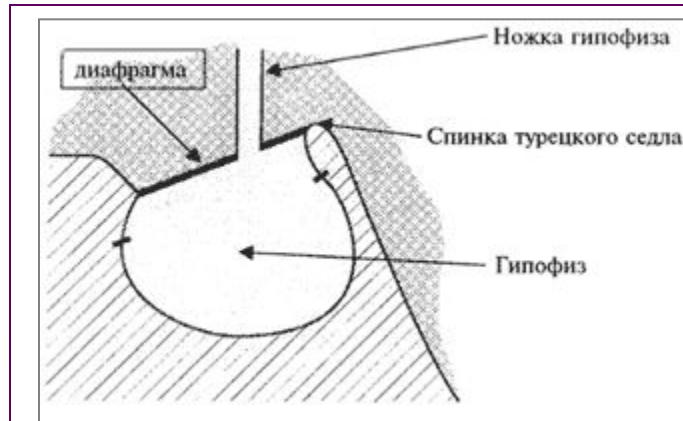
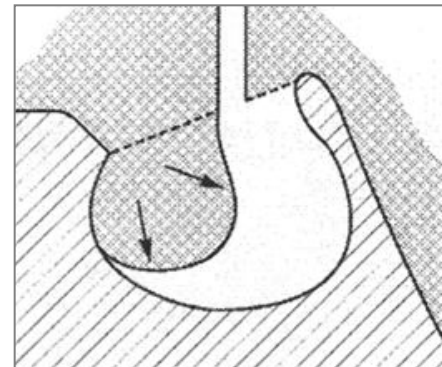


Схема строения турецкого седла



Пролабирование супраселлярной цистерны в полость турецкого седла

- пролактинообразующих опухолях гипофиза (пролактиномах)
- акромегалии
- болезни Иценко-Кушинга
- гормональнонеактивных опухолях гипофиза (краниофарингиомах, менингиомах)

Вторичная патологическая гиперпролактинемия при:

□ гипотиреозе



Атрофированная щитовидная железа

- хроническом психогенном стрессе
- почечной недостаточности
- раздражении сосков молочных желез
- частых выскабливаниях полости матки
- гиперандрогении
- применении некоторых лекарственных препаратов: фенотиазинов, транквилизаторов, резерпина, эстрогенов, стероидных контрацептивов, простагландинов, ципротерона ацетата.



Патогенез:

Повышенная секреция пролактина, которая поддерживает патологическую лактацию (галакторею) и нарушает репродуктивную функцию у женщин.

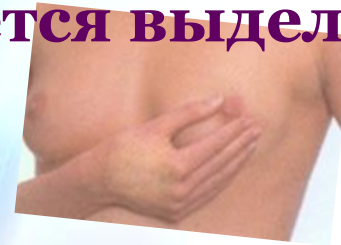
Клинические проявления:

Галакторея различной степени выраженности.



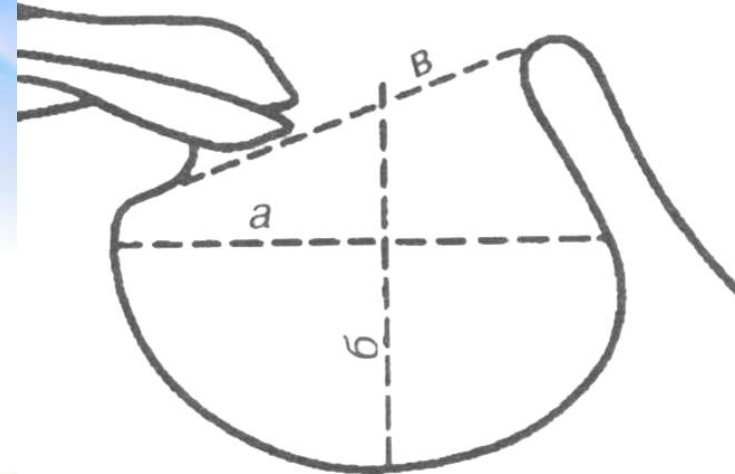
Методы диагностики:

- При неопухолевом генезе заболевания исходный уровень пролактина не более 2000 мМЕ/л, при опухолях – более 3000 мМЕ/л.
- Осмотр молочных желез (отмечается выделение молока из сосков).



- Уровни ФСТ и ЛГ снижены
- Рентгенография турецкого седла:
Размеры турецкого седла в норме

- Сагиттальный (а) – 12-15 мм,
- Вертикальный(б) – 10-12 мм.



- Компьютерная томография.

Алгоритм лечения:

При микроаденоме гипофиза и гиперпролактинемии используется антагонист дофамина препарат парлодел (бромокриптин) – тормозит секрецию пролактина (по 2,5 мг 2-3 раза в сутки). Прием контролируется уровнем пролактина и базальной температурой. Иногда для восстановления овуляторного менструального цикла требуется увеличение суточной дозы до 15 мг. Лечение продолжается до нормализации уровня пролактина, исчезновения галактореи и восстановления функции репродуктивной системы.

На современном этапе широко применяется препарат достинекс по 1-2 таблетки в неделю, длительно. Схемы лечения могут корректироваться в зависимости от уровня пролактина в крови. При нормализации уровня пролактина в крови и уменьшении микроаденомы гипофиза препараты отменяются.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии и при увеличении аденомы гипофиза требуется хирургическое лечение.



Парлодел и достинекс применяются и для лечения синдрома галактореи – аменореи неопухолевого генеза (синдром Киари-Фроммеля).

При явлениях первичного гипотиреоза наряду с галактореей назначают препараты тиреоидных гормонов – тиреоидин 0,1 г, трийодтиронин 20 мкг в день внутрь, длительно.



Климактерический синдром.

Это симптомокомплекс, развивающийся в процессе биологической трансформации организма в переходном периоде и осложняющий естественное течение периода перименопаузы.

Климактерический (перименопаузальный) *период* – это физиологический этап в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.

Перименопаузальный период делится на:

Пременопаузу (от 45 лет до наступления менопаузы).

Менопаузу – (последняя менструация в среднем в возрасте 50,8 года). Начало менопаузы определяют через 9-12 месяцев отсутствия менструации.

Постменопаузу (от менопаузы до конца жизни).

В перименопаузальный период происходит:

- ☹ старение гипоталамуса;
- ☹ нарушение механизма обратной связи;
- ☹ увеличение выделения гонадотропных гормонов;
- ☹ увеличение ФСГ начинается с 40 лет, ЛГ – с 45 лет, а после наступления менопаузы уровень ФСГ возрастает в 12 раз, а ЛГ еще в 3 раза;
- ☹ снижается деятельность иммунной системы, выявляется метеолабильность, теряется основа костной ткани и начинаются дегенеративные изменения в сердечно-сосудистой системе;
- ☹ происходят сдвиги в метаболизме: повышается уровень холестерина, глюкозы, нарастает масса тела за счет увеличения жировой ткани.
- ☹ Климактерический синдром возникает у 40-70% женщин переходного периода.

Патологические состояния климактерического синдрома делят на три группы:

1. *Ранние симптомы* – вазомоторные и эмоционально-психические нарушения, представляющие собой типичное проявление климактерического синдрома (КС):

- ✓ Приливы жара
- ✓ Повышенная потливость
- ✓ Сердцебиение
- ✓ Ознобы
- ✓ Головные боли
- ✓ Гипо- или гипертензия
- ✓ Раздражительность
- ✓ Сонливость
- ✓ Слабость
- ✓ Беспокойство
- ✓ Депрессия
- ✓ Забывчивость
- ✓ Невнимательность
- ✓ Снижение либидо



2. Урогенитальные расстройства и изменения в коже и ее придатках

возникают через 3-5 лет после наступления менопаузы. характеризуются недержанием мочи, дизурическими расстройствами, зудом вульвы, жжением и сухостью во влагалище, болезненными половыми контактами (диспауренией), уретральным синдром (учащенное мочеиспускание)

Со стороны кожи: сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос.

3. Поздние обменные нарушения: остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания.

Остеопороз с преимущественным поражением трубчатых костей и переломами шейки бедра. На фоне гипоэстрогении ускоряются процессы резорбции костей. Прямое влияние эстрогенов на костную ткань осуществляется за счет наличия в костях эстрогенных рецепторов (клетки костной ткани являются своеобразными клетками–мишенями для половых гормонов).



Алгоритм лечения:

Требуется обязательное лечение климактерического синдрома (КС):

- ▣ **Немедикаментозная терапия применяется при легких формах КС.**
- ▣ **Медикаментозная терапия:**
 - ▣ **негормональная терапия применяется для нормализации функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы.**
 - ▣ **гормональная терапия используется при климактерическом синдроме средней и тяжелой степени.**

Немедикаментозная терапия:

- Оздоровительная гимнастика
- Общий массаж
- Прогулки перед сном
- Гидротерапия
- Физиотерапевтическое лечение:
бальнеотерапия в виде жемчужных,
кислородных ванн.
- Гальванизация шейно-лицевой области
- Массаж воротниковой зоны
- Центральная электроанальгезия
- Электрофорез новокаина на
область верхних шейных
симпатических ганглиев
- Акупунктурное воздействие,
су-джок терапия.



Медикаментозная негормональная терапия:

- ▣ Резерпин по 1/4 таблетки 1-2 раза в день (уменьшает содержание серотонина и катехоламинов в ЦНС, снижает артериальное давление, улучшает сон, нормализует сердечную деятельность).
- ▣ Витамины В₁, В₆, Е способствуют нормализации изменений гомеостаза
- ▣ Применяются психотропные стимуляторы: ноотропил (пирацетам), фезам, кавинтон, сермион, церебролизин.

- ▣ **На современном этапе в комплексном лечении значительное место занимают гомеопатические и фитопрепараты:**
 - ✓ **Климаксан по 1 таблетке 3 раза в день внутрь или по 5 гранул 3 раза в день 2-3 месяца**
 - ✓ **Климактоплан по 1 таблетке 2-3 раза в день внутрь (дозу можно увеличивать до 2 таблеток 2-3 раза в день) длительно.**
 - ✓ **Климадинон по 20 капель 2-3 раза в день 3-6 месяцев.**

Климадинон®

**РАСТИТЕЛЬНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА
ГОРМОНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ**

Климадинон®
BIONORICA

Регистрационное удостоверение П 014246,02-2002

BIONORICA
Pharmaceuticals, Germany

Климаксан

100 таблеток

КЛИМАКТОПЛАН

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

**НЕГОРМОНАЛЬНЫЙ
КОМПЛЕКСНЫЙ
ПРЕПАРАТ
ПРИРОДНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

**УСТРАНЯЕТ
ПРИЛИВЫ ЖАРА,
ПОТЛИВОСТЬ,
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ,
БЕССОННИЦУ**

**НОРМАЛИЗУЕТ
ПСИХО-
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ
ФОН, ВКЛЮЧАЯ
ДЕПРЕССИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА**

**СТАБИЛИЗИРУЕТ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ**

**НЕ ИМЕЕТ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ И
ПОВОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ**

СНОВА В ГАРМОНИИ С СОБОЙ

100 таблеток

**Климактоплан®/
Klimaktoplan®**

Гомеопатическое
лекарственное средство

DHJ

Новейший Гомеопатический Союз
(DHJ), Карлсруэ
Федеративная Республика Германия

Медикаментозная гормональная терапия:

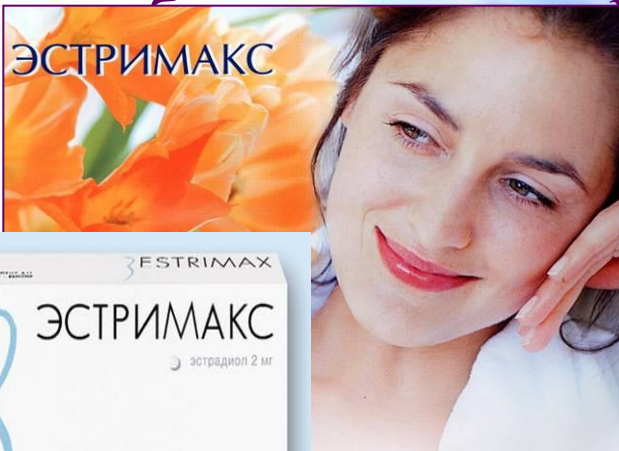
- Малые дозы комбинированных эстроген-гестагенных препаратов или комбинированные оральные контрацептивы (микрогинон, фемоден, ановлар) по 1/2 таблетки в день в течение 5-7 дней, затем по 1/4 таблетки еще 14 дней с последующим перерывом на 2-6 недель в зависимости от состояния пациентки.



Препараты для заместительной гормонотерапии:

□ Чистые эстрогены:

- ✓ Прогинава по 1 таблетке в день ежедневно с 1-5 дня менструального цикла в непрерывном режиме; 1 раз в 3 месяца во вторую фазу менструального цикла добавляют гестагены по 10 дней.



- ✓ Эстримакс по 1 таблетке в день с 1-5 дня менструального цикла в непрерывном режиме; 1 раз в 3 месяца во вторую фазу менструального цикла добавляют гестагены по 1 таблетке в день 10 дней.



Применяются эстрогенсодержащие пластыри (по 25, 50, 100 мкг): систен, эстрадерм, менорест, климара – их меняют 1-2 раза в неделю с одновременным циклическим назначением прогестагенов во вторую фазу менструального цикла.



Синдром поликистозных яичников



Классический пример гиперандрогении
яичникового генеза.

Название синдрома отражает
морфологическую картину изменений в
яичниках, которые увеличены в
размерах, содержат множественные
кисты размером около 5 мм в диаметре и
разросшуюся строму.

Диагностические критерии СПКЯ

- 1) Олиго или ановуляция
- 2) Клинические и/или биохимические признаки гиперандрогении (ГА)
- 3) Наличие поликистозных изменений в яичниках

Необходимо исключить:

- Наследственную гиперплазию яичников
- Андрогенпродуцирующие опухоли
- Гиперпролактинемию
- Синдром Иценко-Кушинга
- Гипотиреоз
- Алиментарное ожирение

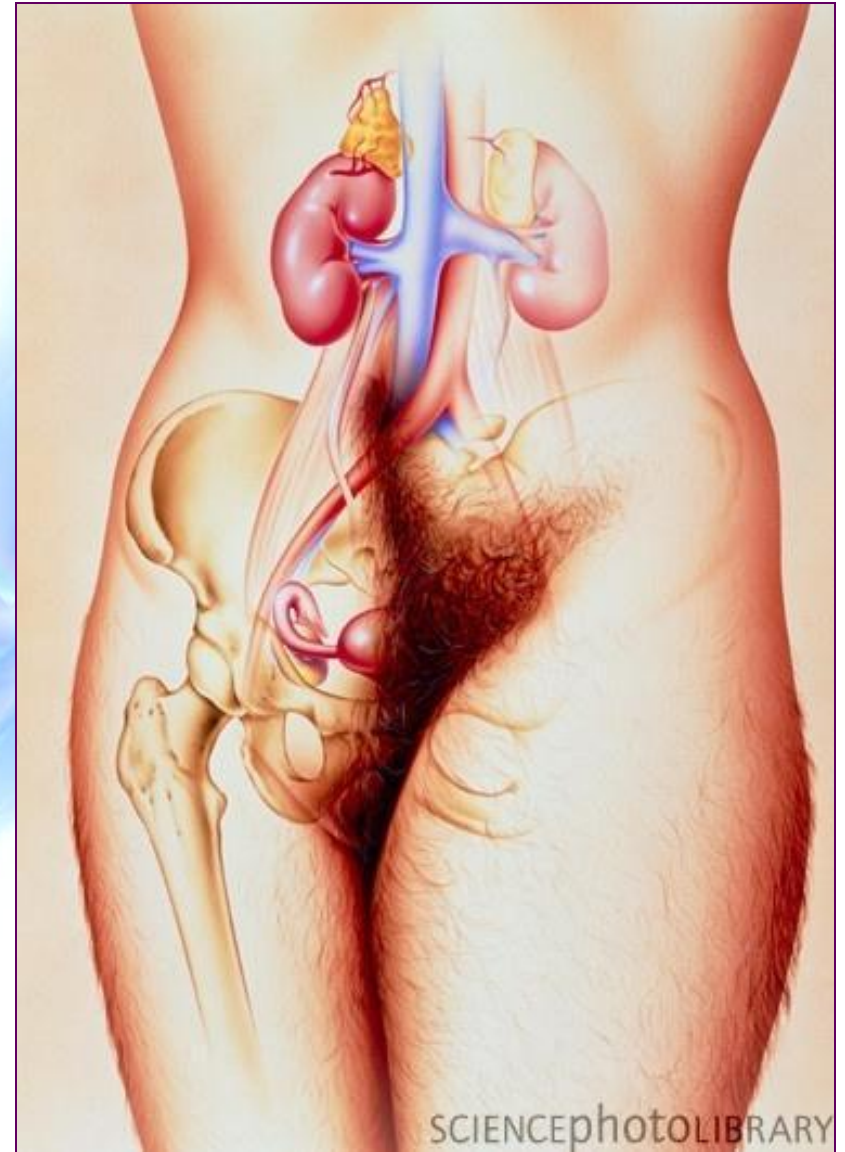
Патогенез

Нарушение образования гонадотропинов → рост образования ЛГ и соотношения ЛГ/ФСГ → увеличение продукции андрогенов клетками теки и стромы, гиперплазия стромы яичников, преждевременная атрезия фолликулов, образование кист. увеличение образования эстрогена. По механизму отрицательной обратной связи эстроген подавляет образование ФСГ → ановуляция, аменорея

Клиническая картина СПКЯ

- 1) **Ановуляция, гипоменструальный синдром, аменорея** (нарушение секреции гонадотропинов, ГА, атрезия фолликулов)
- 2) **Меноррагия, метроррагия** (гиперэстрогемия, дефицит прогестерона)
- 3) **Бесплодие, прерывание беременности** (гиперандрогения, ановуляция)
- 4) **Гирсутизм, акне (ГА)**

Гирсутизм



5) Черный акантоз (серо-коричневая пигментация кожи и подмышечных впадин, шеи, сгибательных поверхностей конечностей, аногенитальной области) – гиперинсулинемия

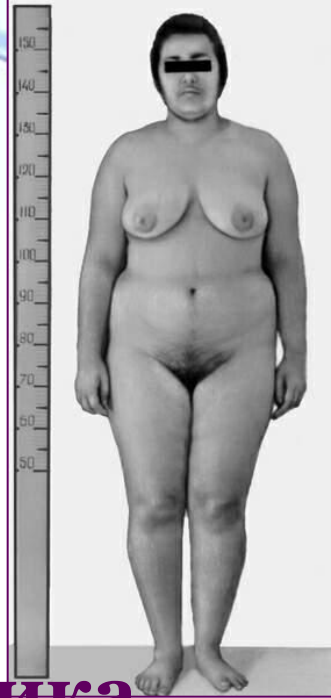
6) Ожирение (ГА, инсулинорезистентность)

7) Инсулинорезистентность, СД 2
типа

8) АГ, ИБС
(инсулинорезистентность)

Диагностика:

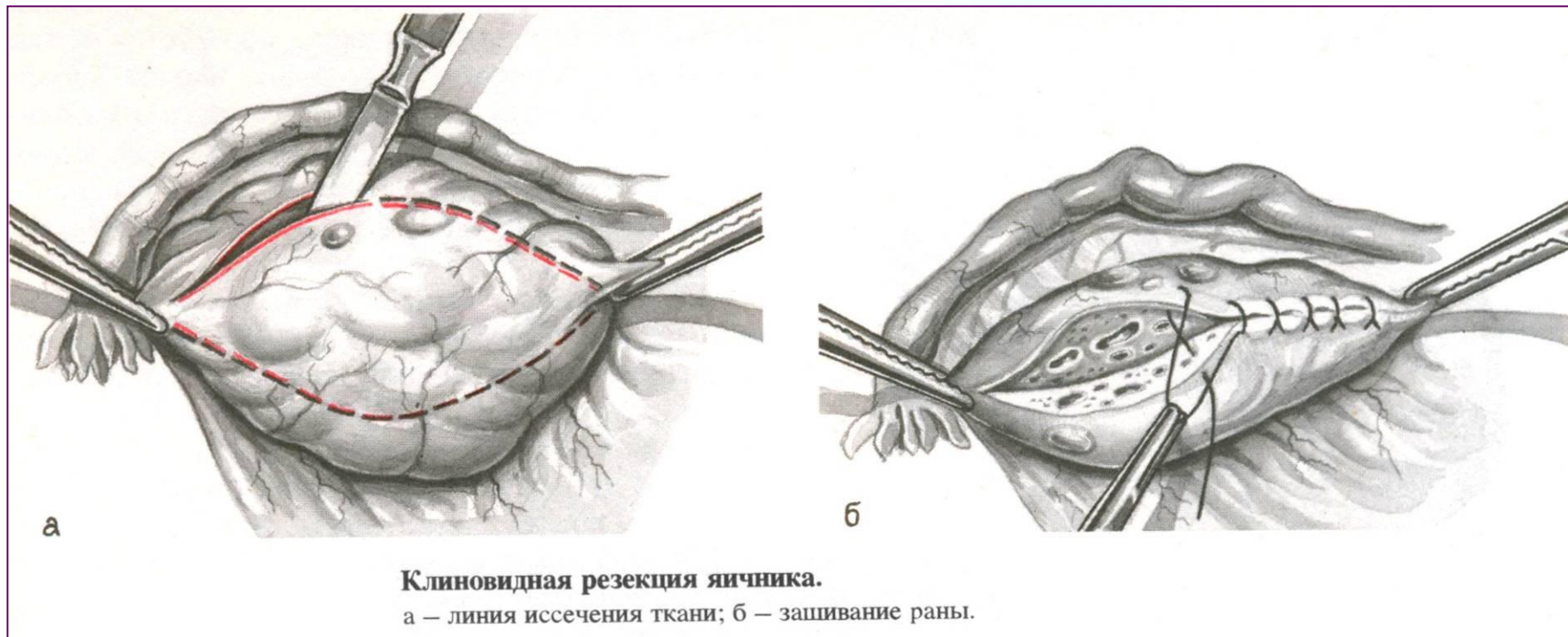
- ✓ анамнез
- ✓ внешний вид
- ✓ оценка основных клинических проявлений заболевания
- ✓ УЗИ с помощью влагалищного датчика
- ✓ лапароскопия (с биопсией яичников)
- ✓ гормональные исследования: характерно увеличение соотношения ЛГ:ФСГ до 3:1, умеренное повышение уровня тестостерона в крови и 17-КС в моче.



Лечение

- ▣ **Консервативное лечение** сводится к стимуляции овуляции кломифеном с 5 по 9-й день самостоятельного или индуцированного менструального цикла.
- ▣ Используют препарат ФСГ–метродин с 3 или 5 дня цикла по 1 капсуле в день в течение 5-7 дней под контролем ЭХСКОПИИ.
- ▣ Используется также **оперативное лечение** –клиновидная резекция яичников.

Хирургическое лечение первичной формы СПКЯ – клиновидная резекция яичников.



Посткастрационный синдром.

Посткастрационный синдром – это комплекс патологических симптомов, которые развиваются после тотальной или субтотальной овариоэктомии у женщин репродуктивного возраста. Симптомы заболевания часто возникают уже через 2-3 недели после удаления яичников и достигают полного развития через 2-3 месяца.

Основные клинические проявления:

- Вегетососудистые симптомы: приливы жара, потливость, сердцебиение, гипертензия, боль в области сердца, головные боли.**
- Ожирение**
- Развитие гепатохолециститов**
- Отмечается гиперхолестеринемия**
- Повышается свертываемость крови**
- Ускоренное развитие атеросклероза**

Диагностика и лечение схожи с лечением климактерического синдрома.

