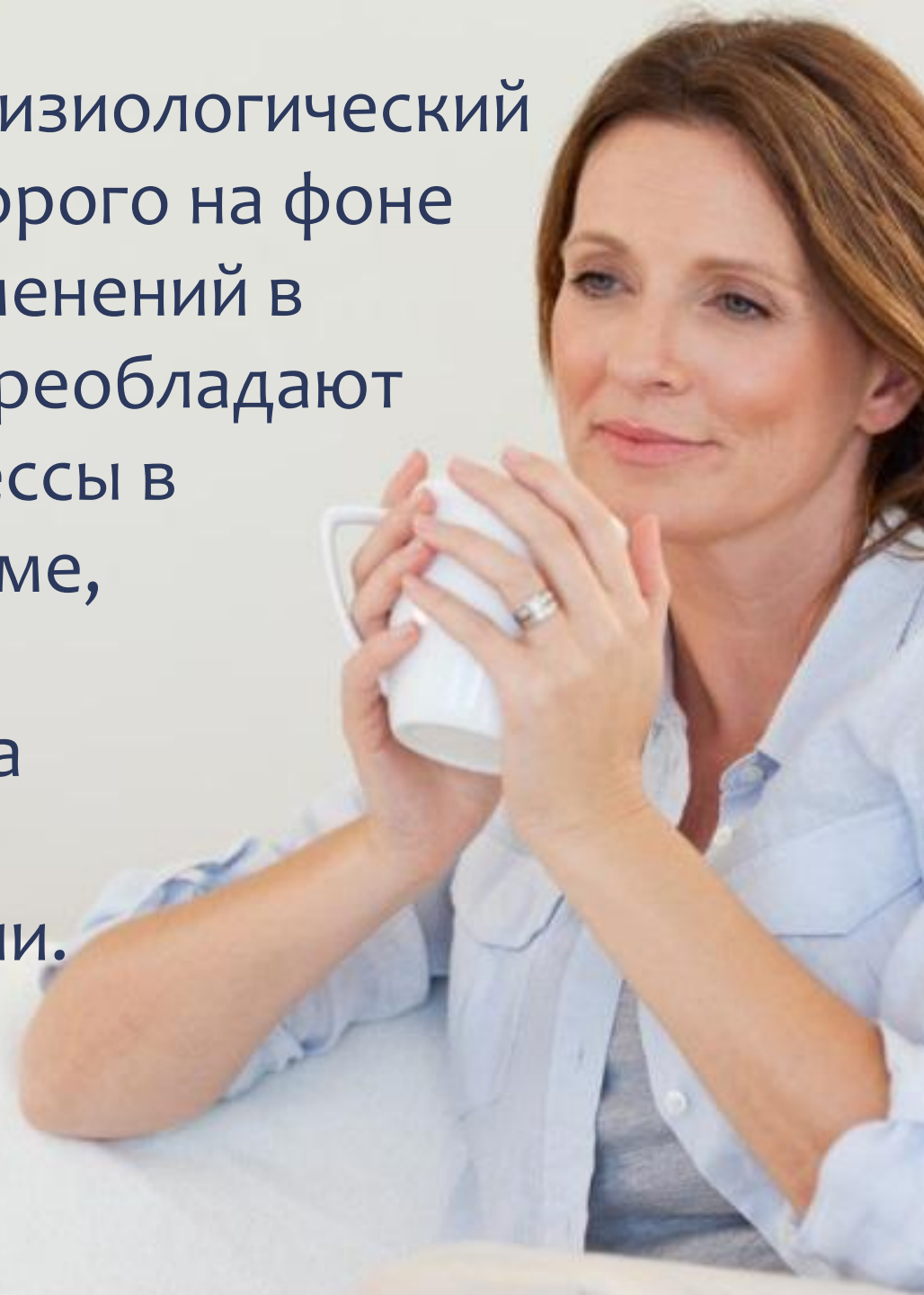


Климактерический период

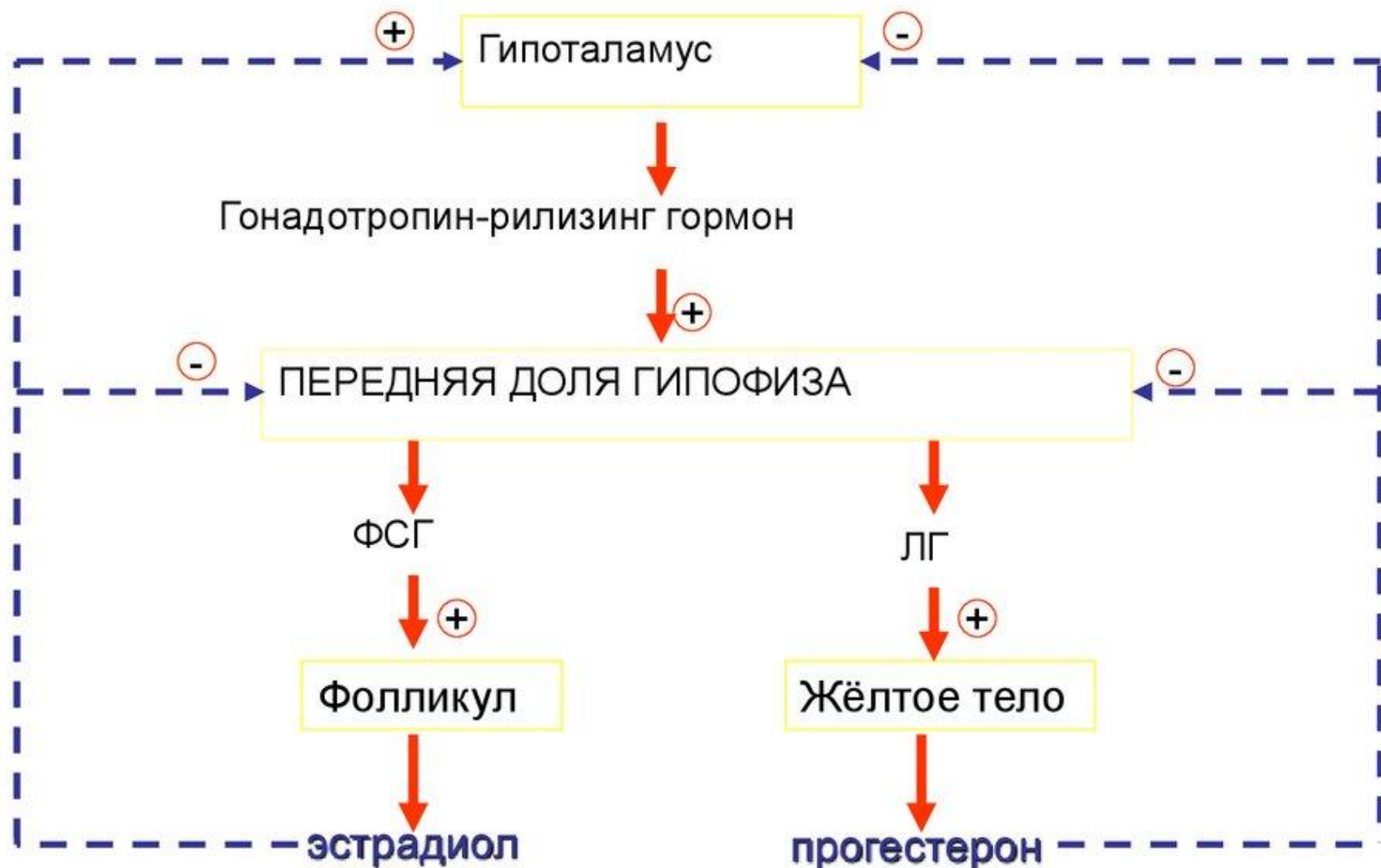


Подготовила: студентка 4 курса, 19 группы, лечебного факультета Шевчук Екатерина Михайловна

Климактерий — это физиологический период, в течение которого на фоне общих возрастных изменений в организме женщины преобладают инволюционные процессы в репродуктивной системе, характеризующиеся прекращением сначала детородной, а затем и менструальной функции.



Регуляция синтеза и секреции женских половых гормонов



Причины возникновения климакса

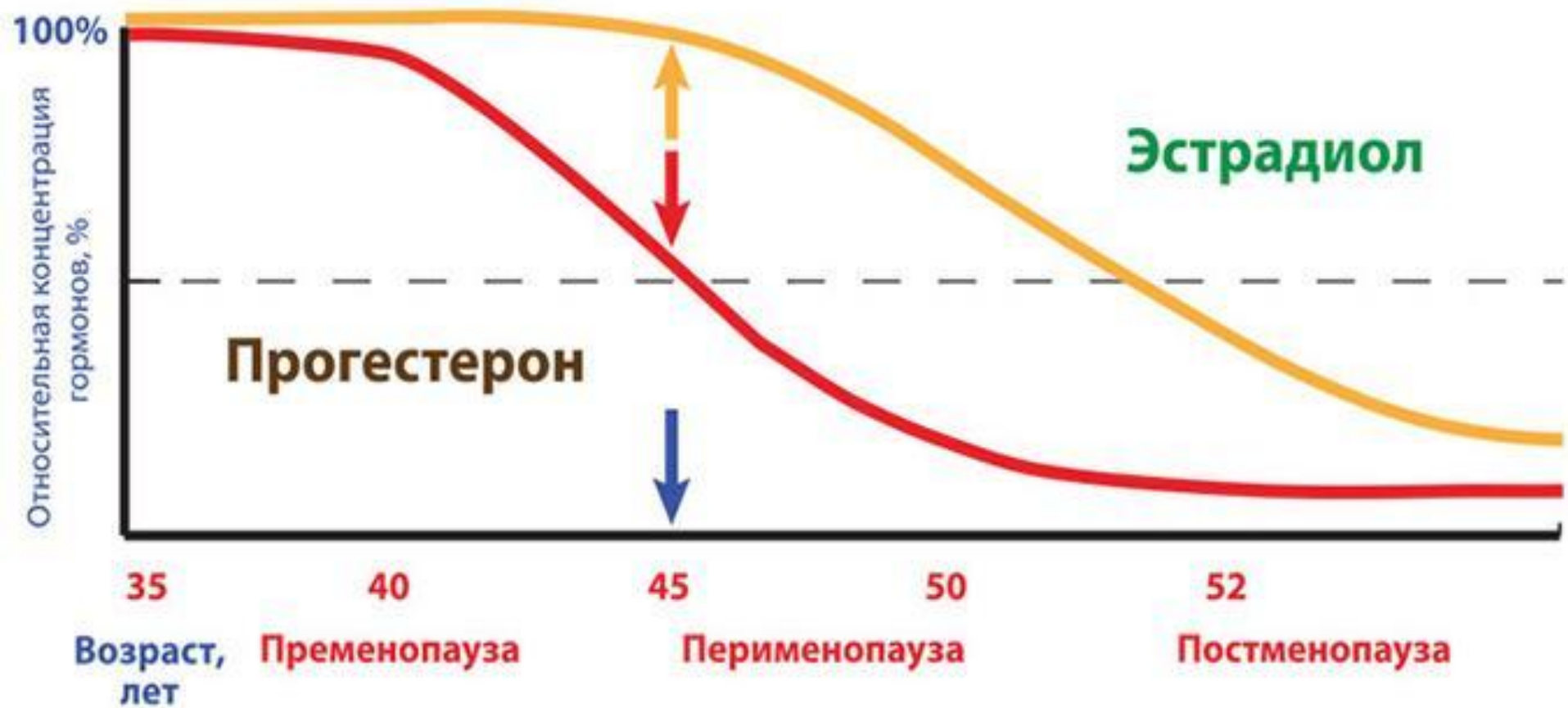


Рис. Снижение женских половых гормонов эстрадиола и прогестерона у женщин в возрасте старше 45 лет

A woman with blonde hair is sitting on a bed, looking thoughtful. She is wearing a light-colored top and has her arms crossed. The background is a simple, light-colored wall.

Три этапа климакса

Время, когда женщина вступает в пору климакса, принято условно разделять на несколько фаз:

- 1) Пременопауза
- 2) Менопауза
- 3) Постменопауза

Пременопауза -

период жизни женщины от момента окончания репродуктивного периода до наступления менопаузы. В этой фазе начинает проявляться возрастная климактерическая дисфункция репродуктивной системы. Продолжительность этой фазы колеблется в широких пределах – от 2 до 6 лет. В зависимости от клинических особенностей можно выделить два варианта течения периода пременопаузы: *физиологический* и *патологический*.



Менопауза -

это последнее маточное кровотечение. Поскольку трудно установить, является ли маточное кровотечение последним, наступление менопаузы определяют ретроспективно, через год существования стойкой аменореи. При отсутствии органических изменений в половой системе, позднее наступление менопаузы нельзя назвать патологией. Однако женщины, у которых менструальная функция не прекратилась в 52-53 года, подлежат диспансерному наблюдению и составляют группу риска возникновения опухолевых заболеваний половых органов.



Постменопауза -

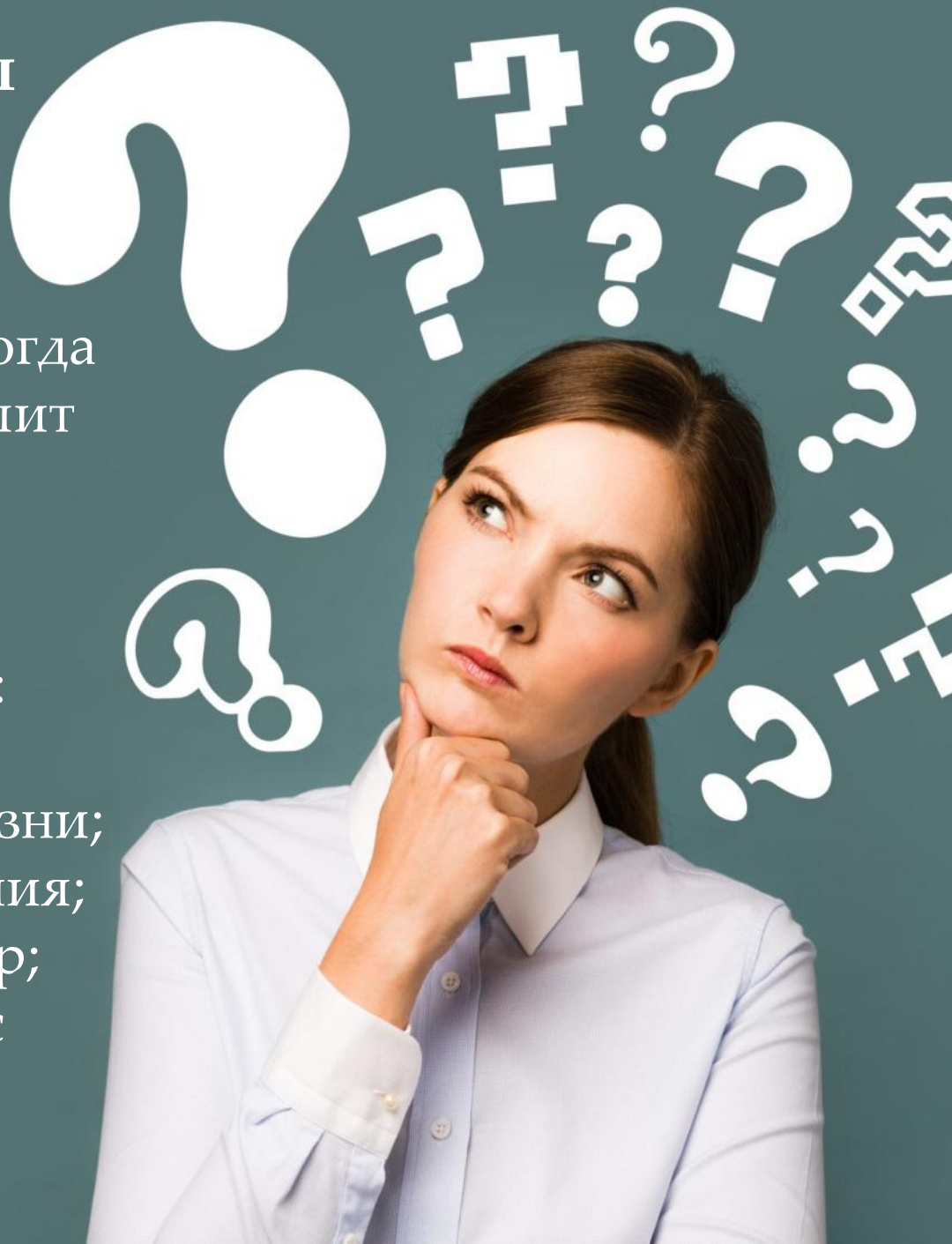
период от менопаузы до стойкого прекращения гормональной функции яичников. В органах, имеющих рецепторы, чувствительные к половым гормонам, постепенно прогрессируют гипотрофические изменения. Волосы на лобке редуют, кожа больших половых губ становится дряблой, стенки влагалища становятся гладкими, бледнорозовыми, а затем белесоватыми. Размеры матки уменьшаются, влагалищные своды уплощаются.

Количество слизистого отделяемого из канала шейки матки уменьшается, и оно со временем исчезает. Феномен «зрачка» постепенно становится отрицательным, иногда еще в период пременопаузы, а затем шейка матки становится «сухой». Форма молочных желез в период постменопаузы изменяется вследствие гипотрофических изменений альвеол и молочных ходов. Соски бледнеют и несколько уплощаются. При пальпации отмечается «дряблость» молочных желез.

От чего зависит время наступления климакса?

Достоверно определить, когда именно у женщины наступит климакс, невозможно. Но существует ряд факторов, оказывающих влияние на наступление климактерия:

- 1) наследственность;
- 2) социальные условия жизни;
- 3) перенесенные заболевания;
- 4) психологический фактор;
- 5) проживание в районах с плохой экологией.



Симптомы наступления менопаузы



**Эмоциональная
неустойчивость**



**Бессонница и невыносимые
головные боли**



Приливы жара



Постоянная потливость



Нарушенный цикл



**Болезненная
интимная жизнь**

Урогенитальные расстройства

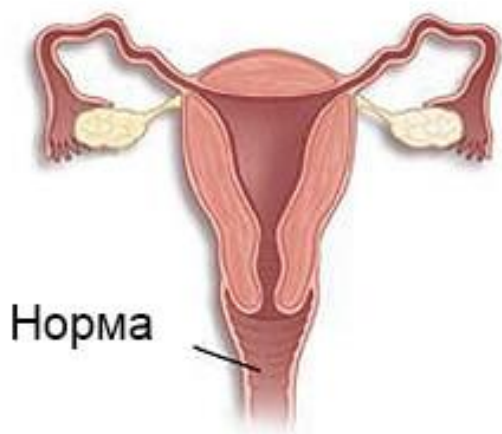
Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде — комплекс симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна.

Процессы старения урогенитального тракта развиваются в двух направлениях:

- 1) преимущественное развитие атрофического вагинита;
- 2) преимущественное развитие атрофического цистоуретрита с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Атрофический вагинит

Атрофический вагинит возникает в результате эстрогенного дефицита и характеризуется резким истончением слизистой оболочки влагалища, прекращением пролиферативных процессов во влагалищном эпителии, уменьшением продукции гликогена эпителиальными клетками, снижением или полным исчезновением лактобацилл, повышением влагалищного pH.



Диагностика атрофического вагинита

1. **Жалобы пациентки** (сухость и зуд во влагалище, затруднения при половой жизни, неприятные выделения)
2. **Кольпоскопическое исследование** (истончение слизистой влагалища, кровоточивость, субэпителиальная сосудистая сеть)
3. **Кольпоцитологическое исследование** – определение кариопикнотического индекса (отражает процентное соотношение количества отслоившихся зрелых клеток к остальным в мазке из влагалища). При развитии атрофических процессов во влагалище КПИ снижается до 15-20.
4. **Определение pH** с использованием индикаторных полосок. Чем выше показатель, тем выше степень атрофии влагалищного эпителия.

Атрофический цистоуретрит

К проявлениям атрофического цистоуретрита относятся следующие симптомы:

- 1) **цисталгия** - учащенное, болезненное мочеиспускание в течение дня, сопровождающееся чувством жжения, болями и режями в области мочевого пузыря и уретры;
- 2) **поллакиурия** - учащение позывов к мочеиспусканию (более четырех-пяти эпизодов в день) с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи;
- 3) **никтурия** - учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь);
- 4) **стрессорное недержание мочи** (при физической нагрузке, кашле, чихании, смехе, резких движениях, поднятии тяжестей);
- 5) **недержание мочи** (моча вытекает без напряжения в связи с повелительными позывами).

Диагностика атрофического цистоуретрита

1. Жалобы пациентки
2. Прокладочный тест: определение веса прокладки до и после физической нагрузки в течение часа; возрастание веса прокладки более чем на 1 г свидетельствует о недержании мочи.
3. Бактериологическое исследование посева мочи.
4. Уродинамическое исследование:
 - 1) урофлоуметрия – дает представление о скорости опорожнения мочевого пузыря.
 - 2) цистометрия — регистрация взаимосвязи объема пузыря и давления в нем во время наполнения; метод определяет состояние мышц-детрузоров , дает представление об остаточной моче, величине внутрипузырного давления.
 - 3) профилометрия — графическое изображение давления в уретре по всей ее длине в состоянии покоя и при наполненном мочевом пузыре.

Постменопаузальный остеопороз

Остеопороз — это системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани, нарушением микроархитектоники кости с последующим повышением хрупкости костей и учащением риска переломов.

Первичный остеопороз – это системное поражение скелета у лиц пожилого возраста.

Первичный остеопороз патогенетически развивается в виде двух клинических вариантов:

- 1) Постменопаузальный
- 2) Старческий

Факторы риска первичного остеопороза:

- 1) Позднее менархе (после 15 лет)
- 2) Ранняя менопауза
- 3) Олиго- или аменорея в репродуктивном возрасте
- 4) Ановуляция и бесплодие
- 5) Более 3-х беременностей и родов
- 6) Длительная лактация (более 6 месяцев)

Механизм возникновения остеопороза связан со снижением защитного эффекта эстрогенов по отношению к костной ткани, что делает последнюю более чувствительной к рассасывающему влиянию паратгормона. Защитный эффект эстрогенов реализуется через кальцитонин, секреция которого стимулируется эстрогенами.



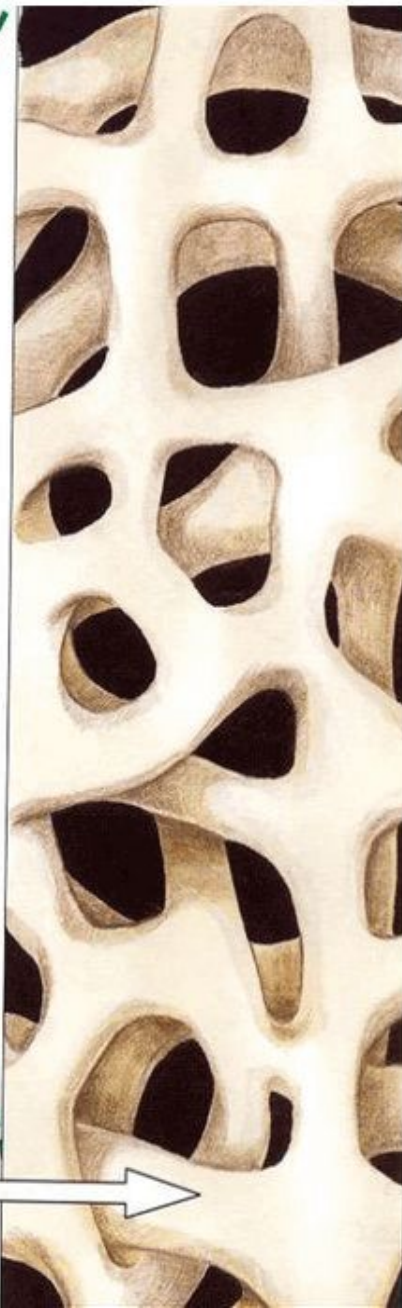
Клиническая картина остеопороза

Остеопороз развивается постепенно и долгое время может оставаться незамеченным. Проявление характерных его симптомов достигает максимума приблизительно через 10-15 лет после наступления климакса. Основными симптомами являются боли в костях, особенно часто в костях поясничного или грудного отделов позвоночника. Отмечается медленное уменьшение роста с соответствующими изменениями осанки, прогрессирующее ограничение двигательной активности позвоночника, потеря массы тела. Переломы являются поздними и наиболее яркими проявлениями остеопороза. Наиболее часто отмечаются переломы шейки бедра, лучевой кости, позвонков.

Изменения в костях при остеопорозе



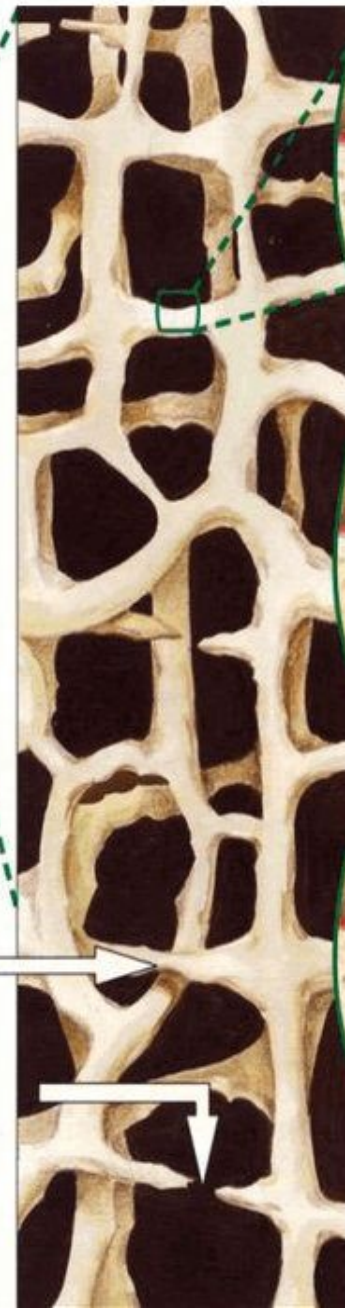
Нормальная
кость
в 30 лет



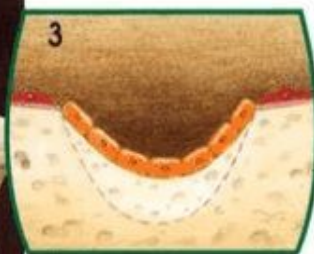
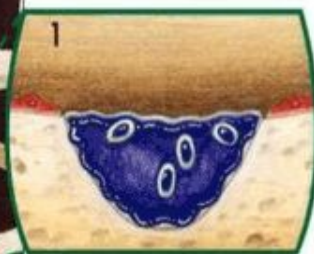
В норме
костные
балки
широкие
и прочные.



Кость при
остеопорозе
в 70 лет



При остеопорозе
костные балки
истончаются или
разрушаются.



 Остеокласт
 Остеобласт

Диагностика остеопороза

1. Изучение анамнеза
2. Определение массы и роста тела
3. Определение минеральной плотности костной ткани (однофотонная денситометрия, двухфотонная рентгеновская денситометрия)



ФАКТОРЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ МЕНОПАУЗЫ



Курение



Употребление
алкогольных
напитков



Частые стрессы



Отсутствие
режима сна и
отдыха



Раннее начало
половой жизни



Прерванная
беременность

Диагностика климактерического периода

Система обследования женщины в климактерическом периоде включает:

- 1) Подробное изучение анамнеза
- 2) Общий осмотр и гинекологическое исследование
- 3) Анализ результатов комплексного обследования



Анамнез

Различают три формы климактерического синдрома:

- 1) типичная форма
- 2) атипичная форма
- 3) сочетанная форма

Типичная форма	Атипичная форма	Сочетанная форма
Основные симптомы: возрастное нарушение менструальной функции, приливы жара к голове и шее, патологическая потливость.	Жалобы: слабость, боли в области сердца, сердцебиение, головная боль, запор, понос, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение и ломкость волос, появление пигментных пятен на коже лица, рук, груди, учащенное, иногда болезненное мочеиспускание, зуд кожи рук, ног, области половых органов, ухудшение слуха, зрения, обоняния и др.	Климактерический синдром протекает тяжелее, чем у больных с атипичной формой.

Обследование пациенток с типичной формой климактерического синдрома

- 1) Определение концентрации сахара в крови (гликемическая кривая)
- 2) Определение уровня холестерина в крови
- 3) Исследование свёртывающей системы крови
- 4) Тесты функциональной диагностики (феномен зрачка, цервикальное число, цитологическое исследование влагалищного мазка)
- 5) Определение содержания половых гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон)

Содержание половых гормонов в сыворотке крови во время нормального менструального цикла

Фазы цикла	Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)	Лютеотропин	Эстрадиол	Прогестерон	Тестостерон
Фолликулярная фаза	1,1-11	1,1-8,8	5-53	0,32-2,23	0,1-1,1
Овуляция	4,9-20,4	13,2-72	90-299	0,48-9,41	0,1-1,1
Лютеиновая фаза	1,1-9,5	0,9-14,4	11-116	6,99-56,43	0,1-1,1
Менопауза	31-130	18,6-72	5-46	менее 0,64	1,7-5,2

Дифференциальная диагностика



Лечебная программа включает следующие направления:

1. **Рациональный режим труда и отдыха.**

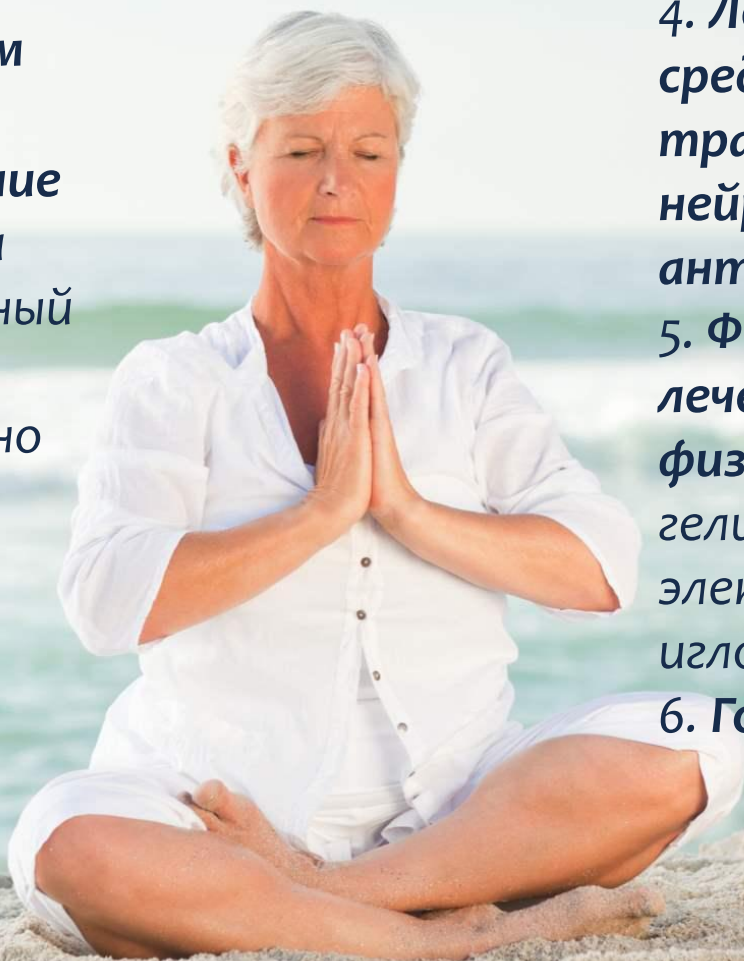
2. **Рациональное питание**
(1) соблюдение режима питания, 2) рациональный выбор пищевых продуктов, 3) правильно подобранная калорийность пищи)

3. **Рациональная психотерапия**

4. **Лечение седативными средствами, транквилизаторами, нейролептиками, антидепрессантами.**

5. **Физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура** (аэротерапия, гелиотерапия, центральная электроаналгезия, иглорефлексотерапия)

6. **Гормональная терапия.**



Алгоритм лечения при патологическом климаксе

- 1) Организация труда, отдыха, рациональное использование свободного времени, физическая культура, спорт, водные процедуры (влажное обтирание, плавание). Рациональное питание, особенно при избыточной массе тела, с содержанием достаточного количества витаминов, в первую очередь ретинола (витамина А) и токоферола (витамина Е). Психотерапия.
- 2) Бромиды, препараты корня валерианы, малые транквилизаторы; при повышении активности симпатoadреналовой системы, гипоталамических нарушениях – резерпин; препараты общестимулирующего действия – корень женьшеня, пантокрин, фитин, апилак; при симптомах вегетативного невроза – вегетотропные средства (беллоид, беласпон, беллатаминал).
- 3) Нейролептические средства – производные фенотиазина (френолон, метеразин, этапипразин, трифтазин);
- 4) Гормональная терапия с учетом гормонального баланса.
- 5) Дополнительно назначаются симптоматические средства с учетом сопутствующей патологии.



Показания к применению ГЗТ

- 1) выраженные вегетативно-сосудистые нарушения;
- 2) выраженные трофические нарушения в области половых органов (вульвовагинит, кольпит, лейкоплакия влагалища, трофические язвы, зуд наружных половых органов); сочетание климактерического синдрома с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей;
- 3) выраженная гиперхолестеринемия;
- 4) симптомы гиперандрогенизации.



Гормонотерапия противопоказана при:

- 1) Опухолях матки, яичников и молочных желез;
- 2) Маточных кровотечениях неясного генеза;
- 3) Остром тромбофлебите;
- 4) Острой тромбоэмболической болезни;
- 5) Тромбоэмболических расстройствах, связанных с приемом эстрогенов;
- 6) Почечной и печеночной недостаточности;
- 7) Тяжелых формах сахарного диабета.





СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!

