

Нарушения менструальной функции



ПРИЧИНЫ

- сильные эмоциональные потрясения, психические и нервные заболевания
- нарушения питания
- профессиональные вредности
- инфекционный фактор
- заболевания органов и систем
- гинекологические операции;
- травмы мочеполовых путей
- воспалительные заболевания и опухоли женских половых органов и головного мозга;
- хромосомные нарушения;
- возрастные нарушения развития гипоталамо-гипофизарной области в период полового созревания;
- инволюционная перестройка гипоталамических центров в климактерическом периоде;
- врождённое недоразвитие половых органов.

ГРУППЫ

Гипоменструальный синдром и аменорея

Гиперменструальный синдром и дисфункциональные маточные кровотечения (овуляторные и ановуляторные)

Дисменорея первична или вторичная



Скудные выделения
Пятно крови на ткани
диаметром менее 2.5 см



Небольшие выделения
Максимальный диаметр
пятна составляет 10 см



Умеренное количество
Максимальный диаметр
пятна составляет 15 см.
Стоит обратиться к врачу.



Обильные выделения
Обильные выделения,
продолжительностью
более 1 часа.
Стоит обратиться к врачу.

Гипоменструальный синдром

- олигоменорея (укорочение менструации до 1-2 дней),
- гипоменорея (скудные месячные),
- опсоменорея (редкие менструации - цикл 35-48 дней),
- аменорея (отсутствие менструаций в течении 6 и более месяцев).



Аменорея

Физиологическая

Патологическая

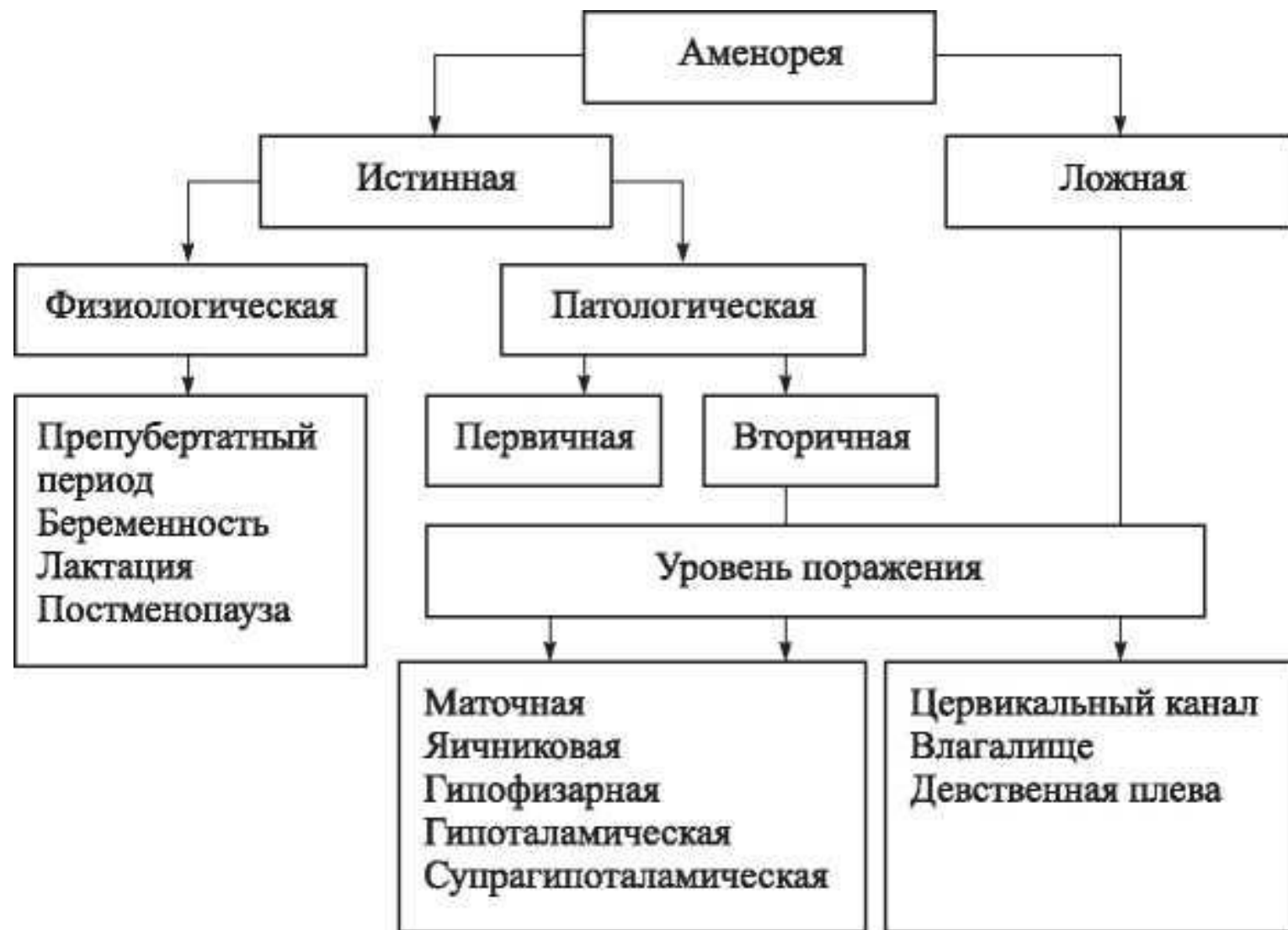
Первичная

Вторичная

- до полового созревания,
- во время беременности и грудного вскармливания (лактационная аменорея),
- в менопаузе

менструации отсутствуют в возрасте до 16 лет

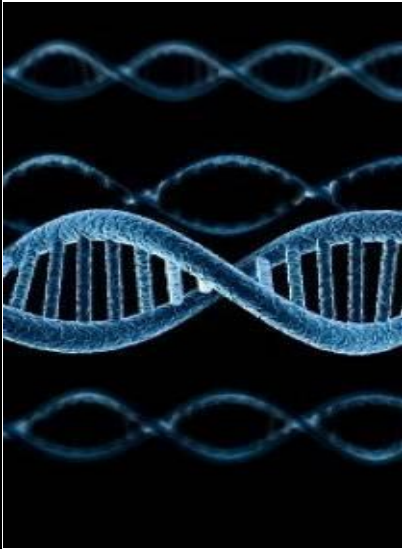
ранее наблюдавшиеся менструации прекратились



Истинную патологическую первичную аменорею разделяют на:

- а) аменорею вследствие нарушения функции гонад;
- б) аменорею, обусловленную экстрагонадными причинами.





- Аменорея вследствие нарушения функции гонад (яичниковая форма аменореи) подразделяется на:
- 1) дисгенезию гонад;
- 2) тестикулярную феминизацию;
- 3) первичную гипофункцию яичников.

Выделяют 4 клинические формы дисгенезии гонад:

- типичную (синдром Шерешевского-Тернера);
 - стертую;
 - чистую;
 - смешанную.
-
- Лечение дисгенезии гонад. При кариотипе 46XY обязательно удаление гонад, так как очень высок риск их малигнизации. При кариотипе 46XX или 45XO проводится заместительная гормонотерапия:
 - 1. Лечение начинают с применения **эстрогенов**: **микрофоллин** (0,05 мг) 1 раз/сут или **прогинова** (2 мг) 1—2 раза/сут или **эстрофем** (1 мг) 2 табл. 1-2 раза/сут. Курс лечения — 20 дней. Проводят 2—3 цикла лечения.
 - 2. Затем переходят к циклической гормонотерапии **эстроген-гестагенами**
С 1-го по 15 день цикла назначаются эстрогены.
С 16-го по 25-й день — гестагены. Назначаются **также трехфазные оральные контрацептивы** {триквилар, трирегол, три-зистон).



Полная нечувствительность к андрогенам или Синдром тестикулярной феминизации (СТФ) — синдром Мориса

- Наследственная форма ложного мужского гермафродитизма.
- Кариотип — 46 ХУ. Заболевание наследуется по рецессивному типу, сцепленное с полом. Пол больных — мужской, половые железы — яички. Генетически детерминированный дефект метаболизма андрогенов (отсутствие фермента 5-α редуктазы, который превращает тестостерон в более активный дигидротестостерон) ведет к нарушению андрогензависимого формирования наружных половых органов плода.



Клинические формы:

- 1. Полная форма СТФ с женским фенотипом: наружные половые органы сформированы по женскому типу (но имеется увеличение клитора): наличие уrogenитального синуса, высокая промежность, недоразвитые большие и малые половые губы, молочные железы развиты хорошо, оволосения нет. Сначала рост детей ускорен, а после 12 лет — замедлен.
- 2. Неполная форма СТФ с интерсексуальным фенотипом: выраженная гипертрофия клитора и уrogenитального синуса, неполное закрытие шва мошонки, оволосение по мужскому типу. В обоих случаях влагалище недоразвито, слепое, нет матки и маточных труб, яички у 50 % больных находятся в паховых каналах или больших половых губах. Психосексуальная ориентация женская. Бесплодие.
- Диагностика: молекулярно-цитогенетический метод — кариотипирование; УЗИ, лапароскопия (отсутствие яичников, наличие яичек).
- Лечение: хирургическое — удаление яичек, выполнение пластических операций (клиторэктомия, рассечение уrogenитального синуса). После оперативного лечения — циклическая гормонотерапия.

□ **Синдром резистентных яичников** – патологический симптомокомплекс, развивающийся вследствие нечувствительности яичников к гонадотропной стимуляции.

□ Для синдрома резистентных яичников характерна вторичная аменорея и бесплодие у женщин младше 35 лет. В диагностике синдрома резистентных яичников важны данные гинекологического анамнеза и осмотра, гормональных исследований и проб, УЗИ, биопсии яичников.

□ Лечение синдрома предполагает проведение эстрогензаместительной гормонотерапии; беременность возможна с помощью методик ВРТ.

□ Приводятся данные, свидетельствующие об аутоиммунном характере патологии – при синдроме резистентных яичников в сыворотке обнаруживаются антитела, блокирующие чувствительность ФСГ-рецепторов в яичниках. Кроме того, по клиническим наблюдениям синдром Сэвиджа довольно часто сочетается с такими нарушениями, как тиреоидит Хашимото, миастения, сахарный диабет, гипопаратиреоидит, тромбоцитарная пурпура, алопеция, аутоиммунная гемолитическая анемия и др.



Отсутствие рецепторов к гонадотропинам



Отсутствие синтеза половых гормонов

Первичная истинная патологическая аменорея, вызванная экстрагонадными причинами

- Врождённый адреногенитальный синдром
- Гипотиреоз
- Поражение ЦНС и гипоталамо-гипофизарной области
- Деструкция эндометрия

Гипотиреоз

- Наследственные дефекты в биосинтезе тиреоидных гормонов. Гормоны щитовидной железы секретируются в недостаточном количестве.
- Имеет место недоразвитие половых органов и вторичных половых признаков, нарушение роста и развития костной системы.
- Диагностика: гормональные пробы: высокий уровень ТТГ, Уменьшение уровня трийодтиронина и тироксина. Снижение показателей основного обмена.
- Лечение: проводится заместительная терапия гормонами щитовидной железы: тиреоидином, трийодтиронином, тиреокомбом. На фоне проводимого лечения менструальная функция восстанавливается.



Поражение ЦНС и гипоталамо-гипофизарной области

может быть органического характера(травма,токсические,инфекционные поражения,опухоли) или нервно-психического характера(шизофрения, маниакально-депрессивный психоз).

К церебральным формам относят нервную анорексию (отказ от еды как невротическая реакция на пубертатные изменения в организме), психогенную аменорею(возникает вследствие конфликтов и эмоциональных перегрузок).Среди органических поражений ЦНС, сопровождающихся первичной аменореей, наиболее часто встречаются хронические менингоэнцефалиты, арахноидиты, травмы и опухоли гипоталамуса, которые могут проявляться в виде адипозогенитальной дистрофии(синдром Пехкранца-Бабинского-Фрелиха),наследственной диэнцефально-ретинальной дегенерации (синдром Лоренса-Муна-Барде-Бидля). Для этих заболеваний характерны: ожирение, дефекты развития скелета, олигофрения. Первичная аменорея вследствие повреждения гипофиза сопровождается пангипопитуитаризм, болезнь Симмонса.

Маточная форма первичной аменореи развивается в следствие аномалий развития матки, а также под влиянием повреждающих факторов(деструкция эндометрия при туберкулёзе) или снижения чувствительности рецепторов эндометрия к воздействию половых гормонов.

- ❖ Гипоталамическая
- ❖ Гипофизарная
- ❖ яичниковая
- ❖ маточная

Гипоталамическая вторичная истинная аменорея развивается в результате органического и функционального поражения ЦНС. К ней относятся

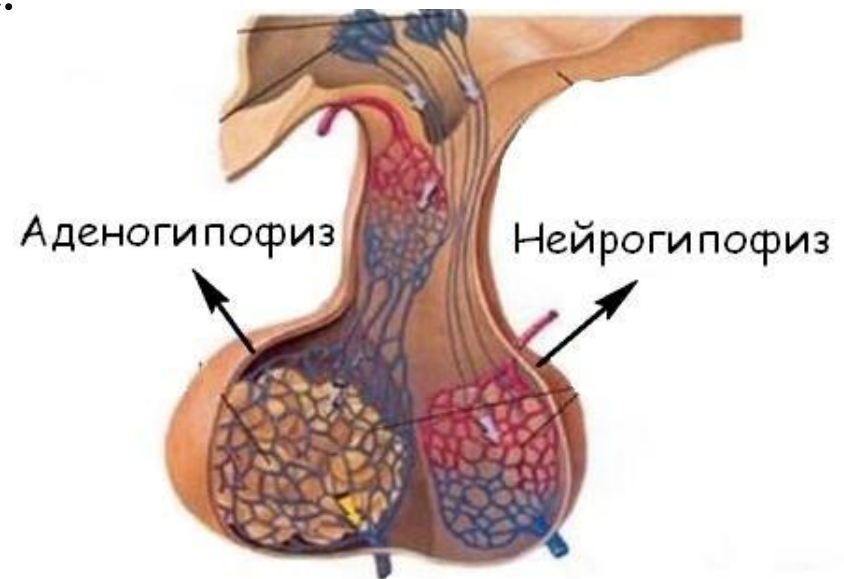
- психогенная аменорея,
- нервная аменорея,
- ложная беременность,
- аменорея при нервно-психических заболеваниях,
- аменорея в сочетании с галактореей

Лечение при наличии опухоли гипофиза хирургическое. В остальных случаях показано назначение препаратов, снижающих уровень пролактина (**бромкриптина, парлодела, роналина**)

- Аменорея вследствие синдрома Морганьи-Стюарта-Мореля (фронтальный гиперостоз) – наследственное заболевание по аутосомно-доминантному типу. Сопровождается обызвествлением диафрагмы турецкого седла.

Гипофизарная вторичная истинная аменорея

- это аменорея вследствие поражения аденогипофиза опухолью или нарушения в нем кровообращения с развитием некротических изменений.
- Вторичная аменорея является клиническим признаком:
 - синдрома Шихана (послеродовой гипопитуитаризм)
 - синдрома Симмондса
 - болезни Иценко-Кушинга
 - акромегалии и гигантизма.



Яичниковая вторичная истинная аменорея

1. Преждевременная яичниковая недостаточность (синдром преждевременного истощения яичников). Начало заболевания обычно связано с тяжелыми стрессовыми ситуациями, перенесенными инфекционными заболеваниями.

Клиническая картина схожа с таковой при климактерическом синдроме - наблюдаются приливы, повышенная потливость, слабость, быстрая утомляемость, боли в сердце.

Для диагностики проводят пробу с эстрогенами и гестагенами, на фоне которой возникает менструальноподобная реакция, свидетельствующая о сохранении функции эндометрия.

Лечение заключается в назначении заместительной гормонотерапии.

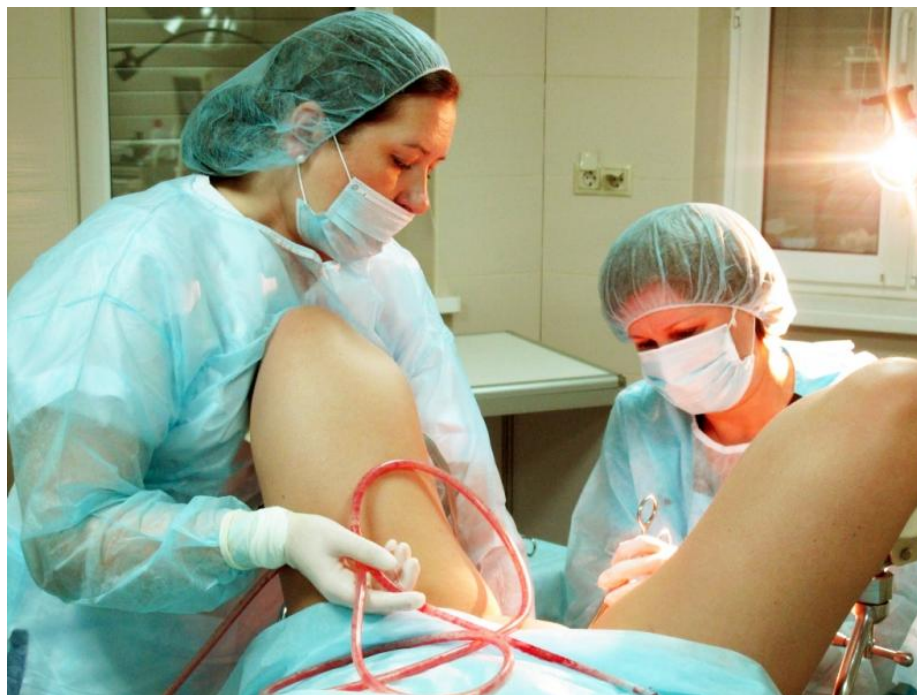
2. Синдром поликистозных яичников (синдром Штейна-Левентала). Заболевание характеризуется нарушением стероидогенеза в яичниках вследствие неполноценности ферментных систем, что приводит к повышенной выработке яичниками андрогенов.

3. Аменорея, связанная с андрогенпродуцирующими опухолями яичников. (синтезируется тестостерон, блокирующий гонадотропную функцию гипофиза)

4. Аменорея вследствие повреждения яичников ионизирующим излучением или удалением яичников

Маточная форма вторичной истинной патологической аменореи.

Причинами ее могут быть туберкулезный эндометрит, повреждение эндометрия вследствие грубого его выскабливания и удаления базального слоя, химического или термического ожога, удаление матки.



Гиперменструальный синдром

характеризуется обильными или длительными, или частыми менструациями, превращающимися в кровотечение.

- гиперменорею (обильные месячные),
- полименорею (длительные и обильные месячные, превращающиеся в мено- и метроррагии),
- пройоменорею (частые и обильные месячные)
- функциональные маточные кровотечения.



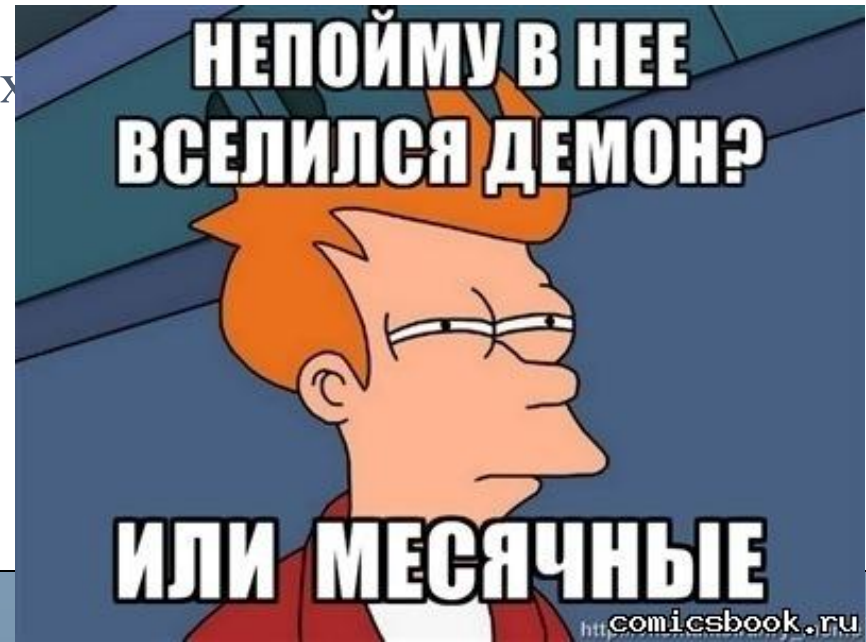


Аномальные маточные кровотечения

- Тема отдельного занятия.

- циклически повторяющийся болевой синдром, обусловленный функциональными, анатомическими изменениями матки (нарушения сократительной активности миометрия, гиперантефлексия, гиперретрофлексия, аденомиоз, миома), сопровождающий менструальное отторжение эндометрия. Частота дисменореи колеблется от 8 до 80%. Дисменорея может сопровождаться комплексом нейровегетативных, поведенческих, обменных нарушений с потерей трудоспособности и изменением психосоматического статуса.

Патогенез. Различают первичную, или функциональную, не связанную с анатомическими изменениями внутренних половых органов, и вторичную дисменорею, обусловленную патологическими процессами в органах малого таза.



Первичная дисменорея

- появляется в подростковом возрасте - через 1-1,5 года после менархе, с началом овуляции, обычно у девочек астенического телосложения, повышено возбудимых, эмоционально лабильных. Предпосылки первичной альгодисменореи:
- недостаточный уровень эндогенных опиатов (эндорфины, энкефалины);
- недостаточность лютеиновой фазы;
- функциональная несостоятельность тканевых протеолитических ферментов эндометрия и нарушения фрагментации отторгаемой слизистой оболочки матки;
- избыточное содержание простагландинов.
- Возникновение первичной дисменореи большинство исследователей связывают с высоким уровнем простагландинов E2 и F2α, которые являются мощными стимуляторами сократительной активности миометрия, приводящей к болевым ощущениям. Спазм сосудов и локальная ишемия способствуют гипоксии клеток, накоплению аллогенных веществ, раздражению нервных окончаний и возникновению боли.
- Боль усиливается также в результате накопления в тканях солей кальция, так как высвобождение активного кальция повышает внутриматочное давление, амплитуду и частоту маточных сокращений.

- Существенную роль в реакции женщины на усиленные спастические сокращения матки во время менструации играет болевая чувствительность. Болевой порог в значительной степени определяется синтезом эндогенных опиатов. Сильная мотивация и волевое усилие, переключение внимания на какую-либо интеллектуальную деятельность могут ослабить боль или даже полностью подавить ее.

ДЕВУШКИ В МЕСЯЧНЫЕ



- **Клиника.** Схваткообразные боли в дни менструации или за несколько дней до нее локализуются внизу живота, иррадиируют в поясничную область, реже в область наружных гениталий, паха и бедер. Боли приступообразные и довольно интенсивные, сопровождаются общей слабостью, тошнотой, рвотой, спастической головной болью, головокружением, повышением температуры до 37°C, сухостью во рту, вздутием живота, обмороками и другими расстройствами. Иногда ведущим становится один симптом, который беспокоит больше, чем боль. Сильные боли истощают нервную систему, способствуют развитию астенического состояния, снижают работоспособность.
- **Диагностика** первичной дисменореи основывается на:
 - характерных конституциональных особенностях (астеническое телосложение), молодом возрасте больных, появлении дисменореи через 1,5-2 года после менархе;
 - сопутствующих дисменорее вегетососудистых симптомах
 - отсутствии анатомических изменений при гинекологическом исследовании.

- **Лечение** первичной дисменореи должно быть комплексным, включающим медикаментозные и немедикаментозные средства:
- ингибиторы синтеза простагландинов для снижения болевых ощущений. Необходимо учитывать раздражающее влияние препаратов на слизистую оболочку желудка и повышение агрегации тромбоцитов. В связи с этим лучше назначать нестероидные противовоспалительные препараты в свечах. Наиболее часто применяют **индометацин, напросин, аспирин**. Эти препараты обладают анальгезирующим свойством;
- спазмолитики, анальгетики;
- комбинированные эстроген-гестагенные препараты с большим содержанием гестагенов или более активными гестагенами с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение не менее 3 мес;
- седативные средства в соответствии с выраженностью нейро-вегетативных нарушений, от растительных препаратов до транквилизаторов (**валериана, реланиум, триоксазин**);
- гомеопатические средства (**ременс, мастодион, меналгин** и др);
- немедикаментозное лечение - физио- и иглорефлексотерапия (ультразвук, диадинамические токи);
- витаминотерапия - **витамин Е** по 300 мг в день в первые 3 дня болезненных менструаций;
- правильный режим труда и отдыха: занятия спортом, способствующим гармоничному физическому развитию

Вторичная дисменорея

- обусловлена органическими изменениями в органах малого таза и чаще развивается у женщин после 30 лет с родами, абортами, воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе.
- Одна из наиболее частых причин вторичной дисменореи - эндометриоз. Однако боли при этой патологии возможны на протяжении всего менструального цикла и усиливаются за 2-3 дня менструации. Они чаще не схваткообразные, а ноющие, с иррадиацией в область прямой кишки. Боли не сопровождаются расстройством функции желудочно-кишечного тракта.
- утолщение и болезненность крестцово-маточных связок,
- болезненность при смещении матки,
- увеличение придатков матки,
- изменение матки перед менструацией и ее уменьшение после окончания

- Причиной болей во время менструации может быть варикозное расширение тазовых вен. Варикозное расширение вен малого таза может быть следствием воспалительных и спаечных процессов, а также результатом системного заболевания вен (расширение геморроидальных вен и вен нижних конечностей).
- Вторичная дисменорея наблюдается у женщин с пороками развития гениталий, затрудняющими отток менструальной крови.
- Также может встречаться у женщин, использующих внутриматочные контрацептивы. В таких случаях концентрация простагландинов в эндометрии значительно повышена и четко коррелирует с содержанием макрофагов в эндометрии при применении внутриматочных контрацептивов. При использовании внутриматочных контрацептивов, содержащих гестагены (например, прогестасерт, мирена), альгодисменореи не наблюдается. Это объясняется уменьшением контрактильной активности матки под влиянием гормона желтого тела.

- **Диагностика.** Причины болезненных менструаций устанавливаются при тщательном сборе анамнеза и обследовании пациентки.
- При дифференциальной диагностике первичной и вторичной дисменореи большое значение имеет ультразвуковое исследование, позволяющее диагностировать различную внутриматочную этиологию. Диагностике внутриматочной патологии помогает использование контрастного вещества при трансвагинальном УЗИ - гидросонография.
- Гистероскопия и лапароскопия используются не только с диагностической, но и с лечебной целью. Лапароскопия нередко становится единственным методом диагностики малых форм наружного эндометриоза, варикозного расширения вен малого таза, спаечного процесса, дефекта листков широких связок.
- **Лечение** вторичной дисменореи заключается в устранении органической патологии. Нередко она требует оперативного лечения. При неуточненном характере заболевания противопоказано длительное применение анальгетиков и транквилизаторов.

Благодарю за
внимание!

