

Нарушения менструального цикла

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Патогенетическая классификация
(в зависимости от уровня поражения
нейрогуморальной регуляции)

- Корково-гипоталамические;
- Гипоталамо-гипофизарные;
- Гипофизарные;
- Яичниковые;
- Маточные;
- При функциональных и органических заболеваниях щитовидной железы;
- При заболеваниях надпочечников;
- Нарушения менструальной функции генетического характера.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

- Гиперменорея (или меноррагия) - обильные менструации, наступающие в срок;
- Гипоменорея - скудные менструации, наступающие в срок;
- Полименорея - длительные менструации (более 6-7 дней);
- Олигоменорея - редкие менструации (с интервалом менее 32-35 дней);
- Опсоменорея - короткие (1-2 дня), циклически возникающие менструации;
- Пройоменорея - укорочение длительности менструального цикла (более 21 дня);
- Альгоменорея - болезненные менструации;
- Гиперменструальный синдром - сочетание обильных, длительных и частых менструаций;
- Гипоменструальный синдром - сочетание редких, скудных и коротких менструаций;
- Аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 мес и более.

ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

- Органические и функциональные нервные и психические заболевания;
- Нервно-психические стрессы;
- Неблагоприятные материально-бытовые условия;
- Смена климата;
- Острые и хронические инфекции;
- Хронические интоксикации, профессиональные вредности (радиоактивное излучение, химические вещества и т.д.);
- Умственное и физическое переутомление;
- Перенесенные воспалительные заболевания гениталий;
- Эндокринная патология (болезнь Иценко-Кушинга, пост-пубертатный АГС, акромегалия, с-м поликистозных яичников);
- Гормонопродуцирующие опухоли яичников и надпочечников;
- Патология генетического аппарата (дисгенезия гонад).

Клостельбегит кломифена цитрат

СХЕМА АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ КЛОСТИЛБЕГИТОМ

«Пограничные» нонреспонденты	Увеличение дозы до 250 мг в день с продлением курса терапии с 5 до 14 дней
Пациентки с повышенной концентрацией ДЭАС	Дексаметазон 0,5 мг с 5 по 12- 14 день менструального цикла + Клостельбегит (50-150 мг) с 5 по 12-14 день менструального цикла
Пациентки с выраженными признаками поликистозных яичников и повышенной массой тела	Метформин (пероральный сахаросни-жающий препарат) 500 мг 3 раза в день в течение 35 дней + В следующие 5 дней метформин комбинируют с Клостельбегитом в дозе 50мг
Пациентки, резистентные к стандартной схеме назначе-ния Клостельбе- гита	2-месячное применение оральных контрацептивов + Последующее назначение курса терапии Клостельбегитом
Пациентки с уровнем трийодтиронина ниже 80нг/мл	Комбинация Клостельбегита с гормонами щитовидной железы

Клостельбегит кломифена цитрат

*Антиэстрогенный препарат,
усиливающий выработку
гонадотропинов и
стимулирующий овуляцию.*

Действующее вещество:
кломифена цитрат 50 мг в 1
таблетке.

СТАНДАРТНАЯ СХЕМА НАЗНАЧЕНИЯ КЛОСТИЛБЕГИТА для индукции овуляции у женщин

1 цикл	1 таблетка (50 мг/день) в течение 5 дней с 5 по 9 день менструального цикла
2 цикл	2 таблетки (100 мг/день) в течение 5 дней с 5 по 9 день менструального цикла
3 цикл	3 таблетки (150 мг/день) в течение 5 дней с 5 по 9 день менструального цикла, при необходимости - продолжить прием до 3 месяцев с последующим снижением дозы до 100 мг, а затем до 50 мг

**Перерыв в течение 3 месяцев
При отсутствии эффекта
после 3- месячного
перерыва проводится еще
один 3- месячный курс
лечения Общая доза на курс
лечения не должна
превышать 750 мг**

АМЕНОРЕЯ

- Физиологическая;
- Патологическая:
 - первичная,
 - вторичная,
 - ложная,
 - истинная;
- По уровню поражения регулирующей системы:
 - Гипоталамическая } 54,3 % к числу
 - Гипофизарная } патологических аменорей
 - Яичниковая - 33,6 %
 - маточная - 2,9 %
 - при нарушении функции щитовидной железы - 4,3 %
 - при нарушении функции надпочечников - 4,9 %
- Первичная - отсутствие менструаций у лиц старше 15 лет;
- Вторичная - прекращение после естественных менструаций, хотя бы после однократной;
- Аменорея при преимущественном поражении коры головного мозга, гипоталамуса, гипофиза - называется центральной, остальные формы - периферической

ГИПОТАЛАМИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ

- Причины:
- Психологические травмы;
- Физические травмы головы;
- Острые и хронические инфекции (ангина, нейроинфекции, особенно аденовирусные, ревматизм, туберкулез, бруцеллез и др.);
- Алиментарные факторы (авитаминоз, голодание, переедание);
- Тяжелые заболевания ССС;
- Опухоли межучного мозга;
- Органические заболевания ЦНС;
- Нераспознанные психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания

КЛАССИФИКАЦИЯ АМЕНОРЕИ

при преимущественном поражении гипоталамической области

1. Синдром Бабинского - Фрелиха (аменорея на почве адипозогенитальной дистрофии). Наблюдается в пубертатном периоде.

Характерные симптомы:

- Задержка роста и полового развития;
- Гипоталамическое ожирение (на животе, лице, грудных железах);
- Аменорея I

2. Психогенная или корковая аменорея;

3. Аменорея при ложной беременности;

4. Аменорея при синдроме лактореи-аменореи;

- Синдром Киари-Фроммеля;
- Синдром Форбса-Олбрайта;
- Синдром Ван Вик Росс Эннеса;
- Синдром Аргонца Дель Кастилло

5. Аменорея при послеродовом НЭС (послеродовое ожирение с гипогенитализмом).

ГИПОФИЗАРНАЯ АМЕНОРЕЯ

Причины:

- Опухоли, воспалительный процесс, тромбоз сосудов гипофиза;
- Некроз гипофиза (синдром Шихана, Симондса);
- острые и хронические инфекционные заболевания;
- Травмы головы;
- Интоксикации и т.д.

Классификация

- Пангипопитуитаризм - недостаточность тропных функций гипофиза;
- Гонадотропная гипофизарная недостаточность;
- Гипофизарный инфантилизм (нанизм):
Характерные признаки:
 - гипофизарный инфантилизм без ожирения;
 - гипофизарный инфантилизм с ожирением;
 - эссенциальный нанизм (идиопатический, т.е. неизвестного происхождения).

ЯИЧНИКОВАЯ АМЕНОРЕЯ

Причины:

- Инфекционный и токсический процессы;
- Тонзиллит;
- Аденовирусные заболевания;
- туберкулез;
- Паротит;
- Опухоли яичников, особенно вирилизирующие; поликистоз;
- Алиментарные факторы;
- Хирургические вмешательства;
- Радиоактивное облучение, и др.
- Перенесенный аднексит;
- Гнойный пельвиоперитонит

ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД

Это врожденный анатомический дефект развития Половых желез. Различают 4 формы гонадального дистгенеза:

- Типичная форма или синдром Шерешевского - Терпера;
- Стертая форма дисгенезии гонад;
- Чистая дисгенезия гонад;
- Смешанная или атипическая дисгенезия гонад.

МАТОЧНАЯ АМЕНОРЕЯ

Первичная и вторичная аменорея.

Причины первичной:

- Врожденные аномалии развития или отсутствие матки,
- Туберкулезный эндометрит, возникший до менархе.

Причины вторичной:

- Аборты,
- Выскабливания полости матки;
- Воспалительный процесс, чаще туберкулезный;
- Введение в полость матки радия, кабальта.