

ДОКЛАД НА ТЕМУ: НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Нормухамедова Дилбар Нозимовна

Подготовила: преподаватель высшей категории кафедры
« Специальные предметы № 3 » Чирчикского медицинского колледжа

Аннотация

Менструальная функция является одним из важнейших показателей состояния здоровья женщины. К расстройствам менструальной функции могут привести неправильное питание, многие инфекционные и неинфекционные заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли половых органов, аномалии развития половых органов, физическое и психоэмоциональное перенапряжение.

Нарушения менструального цикла являются симптомом различных поражений репродуктивной системы. Частота ее в популяции среди женщин репродуктивного возраста составляет примерно 3,5%, а в структуре нарушений менструальной и генеративной функции — 10 - 15%. Нарушения менструального цикла не самостоятельное заболевание, а является симптомом не только патологии различных уровней репродуктивной системы, но и других нейроэндокринных заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований.

Благодаря значительному прогрессу в области гинекологической эндокринологии, в настоящее время имеется возможность своевременного выявления уровня поражения и проведения патогенетической терапии. Восстановление генеративной функции у больных с нарушением менструального цикла — сложная задача. Однако совершенствование методов вспомогательной репродукции позволяет решить и эту проблему.

В данной статье отражены нормальный менструальный цикл, механизм регуляции менструального цикла, причины и виды нарушений менструального цикла, основные клинические симптомы, методы диагностики, методы лечения и коррекции нарушений менструального цикла.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Ключевые слова:

Инфантилизм – задержка развития организма
Аменорея – отсутствие менструации 6 мес. и более
Гипофиз - железа внутренней секреции головного мозга
Аденома гипофиза - опухоль передней доли гипофиза
Гирсутизм – чрезмерное оволосение по мужскому типу
Овуляция - разрыв фолликула и выход яйцеклетки
Атрезия - заращение
Аплазия – полное отсутствие органа
Гематометра - скопление крови в матке,
Гематокольпос - скопление крови во влагалище
Гематосальпингс - скопление крови в маточных трубах
Базальная температура – температура в анальном отверстии
Ювенильное кровотечение - дисфункциональное кровотечение в периоде полового созревания
Альгодисменорея – болезненная менструация
Цитология – наука о клетках
Гонадотропины – гормоны передней доли гипофиза
Гермафродитизм - наличие признаков обоих полов
Гиперменорея – обильное кровотоечение во время менструации
Гипоменорея – скудное кровотоечение во время менструации
Полименорея - длительные по продолжительности менструации
Олигоменорея - короткие по продолжительности менструации
Пройоменорея – частые менструации
Опсоменорея – редкие менструации

План:

1. Нормальный менструальный цикл.
2. Регуляция менструального цикла.
3. Нарушения менструального цикла. Классификация.
4. Аменорея. Виды аменореи. Клиника, диагностика и лечение.
5. Гипоменструальный синдром. Клиника, диагностика и лечение.
6. Дисфункциональные маточные кровотечения, виды. Клиника, диагностика и лечение.
7. Ювенильные маточные кровотечения, причины и лечение.
8. Альгодисменорея. Клиника, диагностика и лечение.
9. Предменструальный синдром. Клиника, диагностика и лечение.
10. Посткастрационный синдром. Клиника, диагностика и лечение.
11. Гормональные препараты лечения нарушений менструации.

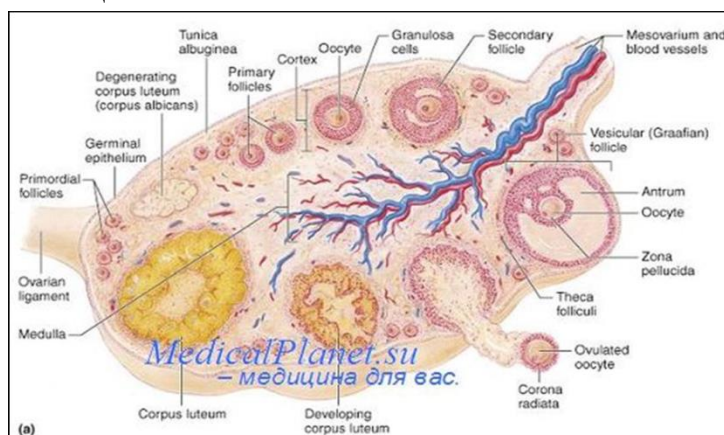
Нормальный менструальный цикл. Регуляция менструального цикла.

Менструальный цикл — это физиологические, регулярные, циклические изменения, происходящие в половых органах женщины через приблизительно равные промежутки времени.

Биологическая цель менструального цикла — подготовка организма женщины к возможной беременности. Нормальная продолжительность менструального цикла составляет от 21 до 35 дней. Отсчет менструального цикла начинается с первого дня кровотечения.

Менструальный цикл делится на 2 цикла:

1. **Яичниковый цикл**
2. **Маточный цикл**



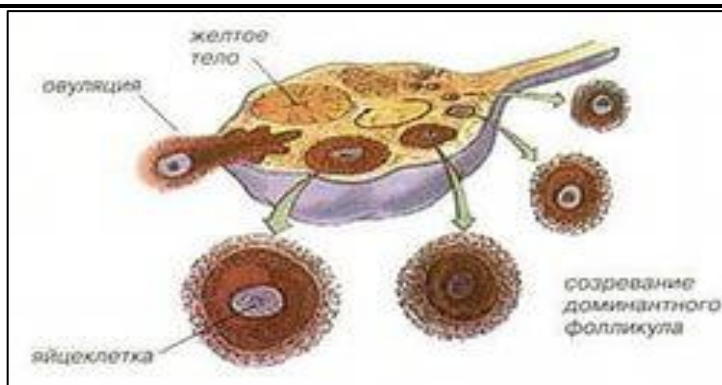
Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



В организме женщины к моменту полового созревания хранится примерно 300 - 400 тысяч яйцеклеток. Все они находятся в яичниках с рождения и закладываются еще в утробе матери. Первая овуляция наступает чуть позже момента начала полового созревания, последняя — после угасания менструальной функции, при климаксе.

Во время беременности овуляция также не происходит, однако после рождения ребенка она восстанавливается.

Яичниковый цикл и циклические изменения, происходящие в яичниках:

Изменения, происходящие в яичнике, называются яичниковым циклом.

Яичниковый цикл делится на 3 фазы.

Фолликулиновая фаза – фаза развитие фолликула проходит под воздействием ФСГ и длится половину менструального цикла. В этой фазе в яичниках вырабатывается гормон фолликулин – женский половой гормон. Овогенез это процесс созревания яйцеклетки. В яичниках в корковом слое расположены половые яйцеклетки (ооциты), заключенные в фолликулы разной степени развития. В каждом менструальном цикле в одном из яичников начинается активный рост 10 - 15 фолликулов, вокруг каждого ооцита в этих фолликулах возникает гранулезная оболочка, секретирующая базальную мембрану, вокруг нее формируется текальная оболочка. Эти клетки обладают способностью синтезировать эстрогены, а за счет эстрогенов растет фолликул. Из 10 – 15 фолликулов овулирует только один. Ооцит в нем изолируется за счет блестящей оболочки, возникает полость, в ней накапливается фолликулярная жидкость и формируется яйценосный бугорок.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Фаза овуляции - Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости, созревшей яйцеклетки. Яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, вместе с фолликулярной жидкостью попадает в брюшную полость, а за тем в маточную трубу.

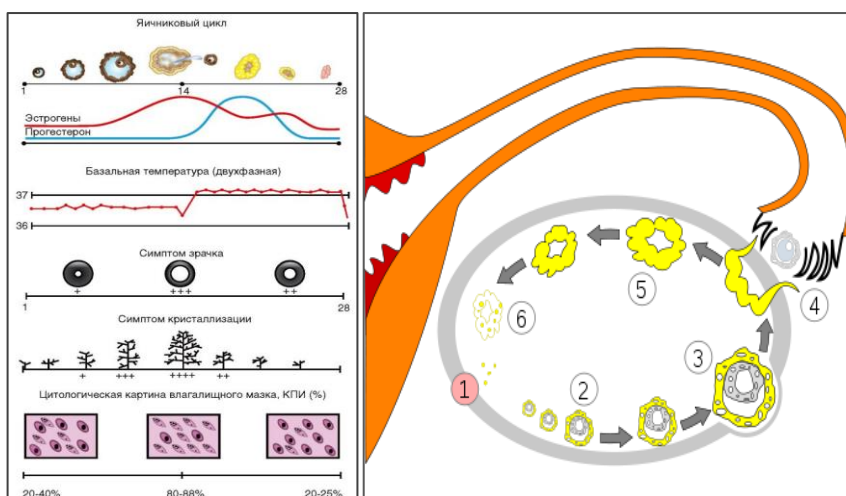
Овуляция происходит под влиянием нервно гуморальных воздействий. Овуляция происходит под влиянием комбинированного воздействия гонадотропных гормонов (гипоталамус) передней доли гипофиза и фолликулярного гормона яичника.

Фаза развития желтого тела. На месте разорвавшегося фолликула образуется новая, очень важная железа внутренней секреции - желтое тело, образующее гормон прогестерон.

Желтое тело функционирует при 28 – недельном цикле в течение 14 дней, (при 21- дневном цикле – более короткий срок) и занимает вторую половину цикла, от овуляции до последующий менструации. За 1 - 2 дня до начала менструации функциональная активность желтого тела снижается. Желтое тело в фазе наивысшего развития достигает величины лесного ореха и выступает одним полюсом над поверхностью яичника.

Если яйцеклетка, вышедшая из фолликула, оплодотворится , то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых 3 месяцев беременности.

Если беременность не наступила, то с 28 –дня цикла начинается обратное развитие желтого тела.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Прогестерон стимулирует развитие паренхимы (ацинозная часть) молочных желез и подготавливает их к секреторной деятельности. Прогестерон тормозит продукцию лютеинизирующего гормона гипофиза и задерживает развития фолликула в яичнике. Развитие фолликулов происходит после регресса желтого тела. С момента обратного развития желтого тела продукция прогестерона прекращается. В яичнике созревает новый фолликул, снова происходит овуляция и образование желтого тела.

Маточный цикл:

1. десквамация
2. регенерация эндометрия).
3. пролиферация
4. секреция

Взаимодействие стероидных гормонов со специфическими рецепторами приводит к структурным и морфофункциональным изменениям в эндометрии.

У женщин репродуктивного возраста слизистая оболочка дна и тела матки состоит из **двух слоев: базального и функционального**.

Состояние базального слоя на протяжении менструального цикла существенно не меняется, тогда как функциональный слой подвергается структурным и функциональным изменениям, в которых выделяют фазы пролиферации и секреции с последующим кровотечением (десквамация и регенерация эндометрия).

Маточный цикл и циклические изменения, происходящие в матке.

Маточный цикл – изменения, происходящие в матке, называются маточным циклом.

Он имеет 4 фазы.

Под воздействием **ФСГ**, вырабатываемые гипофизом в матке, **проходит 3 фазы**.

1 фаза – десквамации (отторжения) функционального слоя слизистой матки – это и есть менструация.

2 фаза – регенерации (восстановления) функционального слоя слизистой матки за счет базального слоя, заканчивается к 7-му дню от начала менструации.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

3 фаза – пролиферации (разрастания) слизистого слоя матки – длится 7 - 10 дней.

Эти 3 фазы маточного цикла занимают половину менструального цикла.

4 фаза – фаза секреции, занимает вторую половину менструального цикла которая готовит матку к беременности, к внедрению оплодотворенного яйца.

Если это не произойдет, наступает менструация. Фаза секреции проходит под воздействием лютеотропного гормона. В матке откладывается энергетический запас (гликоген), минеральные вещества, гормоны.

Гормоны яичника (эстроген, прогестерон)

Действие эстрогена - эстрогенный гормон.

Эстрогеном обычно считается эстрон E1, эстрадиол (E2), эстриол (E3).

Этот гормон обеспечивает:

- 1) первую половину полового цикла,
- 2) т.е. появление вторичных половых признаков (тип тела, подкожно-жировая клетчатка, развитие молочной железы, лобковое оволосение, свойственные женщинам),
- 3) сохранение репродуктивных функций,
- 4) созревание фолликулов,
- 5) ускорение овуляции,
- 6) пролиферации эндометрии.
- 7)

Действие прогестерона

Прогестерон вырабатывается во второй половине менструального цикла.

Под влиянием этого гормона в эндометрий происходит:

- 1) фаза секреции (утолщение эндометрия)
- 2) обеспечивает условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки,
- 3) в случае наступления беременности обеспечивает ее непрерывность.
- 4) понижает возбудимость и чувствительность матки к некоторым веществам, возбуждающим сократительную деятельность миометрия.
- 5) Кроме того, участвует в повышении температуры тела,
- 6) нормализации уровня сахара в крови,
- 7) уменьшении количества жира в теле,



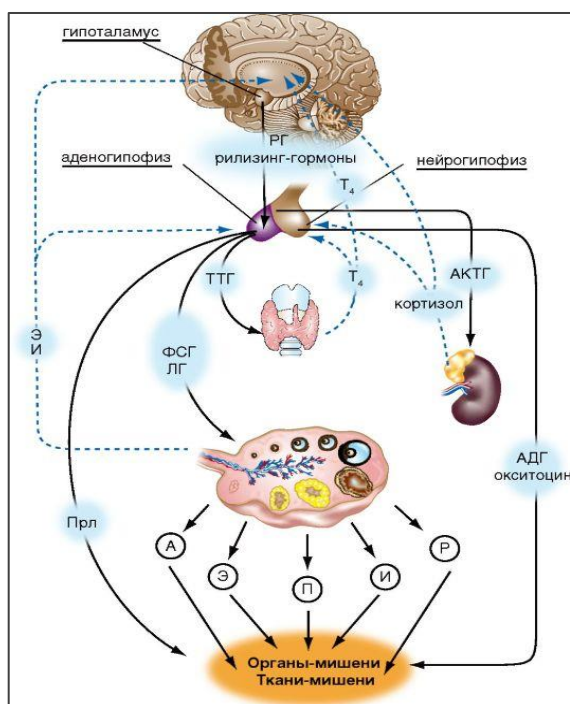
8) оказывает мочегонное действие,

9) а так же регулирует баланс между другими гормонами.

10) вызывает физиологическое расслабление, релаксация маточной мускулатуры, что способствует гипертрофии и гиперплазии, мышечных волокон беременной матки.

Регуляция менструального цикла (МЦ) происходит по принципу иерархии.

Выделяют 5 уровней регуляции, каждый из которых взаимосвязан.



На первом уровне находятся органы - мишени — они служат точкой приложения половых гормонов, которые вырабатываются яичниками. К мишеням относятся внутренние женские половые органы — матка, маточные трубы, влагалище — и ряд других органов, включая молочные железы, кожу, кости, жировую ткань. Действие гормонов реализуется благодаря их контакту с рецепторами, находящимися на клетках органов-мишеней.

Второй уровень иерархии представлен яичниками, в которых созревают яйцеклетки и одновременно вырабатываются женские половые гормоны — эстрогены и прогестерон. С началом каждого нового цикла в одном из

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

яичников начинает созревать яйцеклетка. Она находится внутри самого крупного фолликула — его называют доминантным. Во время созревания фолликула и яйцеклетки яичник секретирует в кровь женские половые гормоны эстрогены.

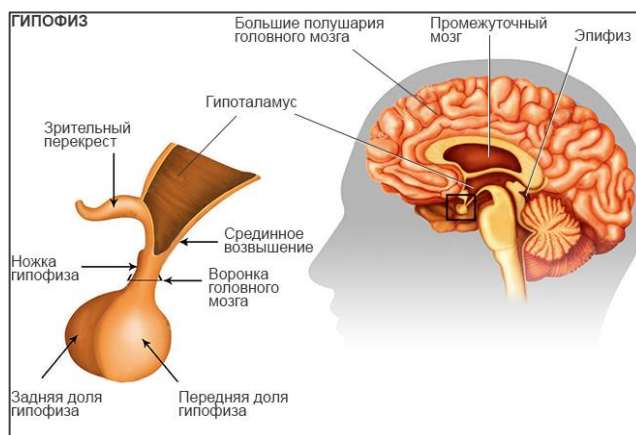
Это происходит в первой половине МЦ — фолликулярной фазе. Уровень эстрогенов в крови в этой фазе неуклонно растёт, достигая максимума к моменту овуляции, т. е. выхода яйцеклетки из лопнувшего фолликула.

После овуляции начинается лютеиновая фаза МЦ. Яйцеклетка по маточной трубе направляется в матку, а на месте фолликула образуется жёлтое тело. Жёлтое тело содержит специфический пигмент — лютеин, чем и обусловлено название этой фазы. **Жёлтое тело секретирует прогестерон.** От прогестерона зависит правильное развитие беременности. Если беременность не наступает, жёлтое тело вскоре разрушается.

Третий уровень иерархии — это гипофиз.

Гипофиз — это железа внутренней секреции, которая контролирует работу остальных желез. Из гормонов гипофиза к МЦ имеют прямое отношение два гормона — фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ).

Основная функция ФСГ — стимуляция роста фолликула и, совместно с ЛГ, овуляция. Функция ЛГ также состоит в стимуляции выработки прогестерона жёлтым телом. **Гипофиз** выделяет ещё два важных для женщины гормона — **окситоцин и пролактин.** От окситоцина зависит размер и работа молочных желез и сокращение матки при родах. Пролактин способствует росту и развитию молочных желез, превращению молозива в молоко.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Четвертый уровень. Над гипофизом находится **гипоталамус**. Это часть головного мозга, продуцирующая особые вещества — **рилизинг - факторы**. Под действием одного из этих рилизинг - факторов гипофиз вырабатывает и секретирует свои гормоны. Особенность этого рилизинг - фактора в том, что выделяется он в определённом ритме, что задаёт цикличность всем процессам, происходящим в теле женщины.

Пятый уровень. Над всеми вышеописанными органами с их функциями главенствует **кора головного мозга**. Именно здесь происходит распознавание и переработка сигналов, поступающих из внешней среды, и именно отсюда идут импульсы, регулирующие выработку рилизинг - факторов в гипоталамусе. Примером влияния коры головного мозга на женскую половую систему служит всем известный факт, что переживания и нервные потрясения, могут вызвать нарушение менструального цикла.

Нарушения менструального цикла.

Классификация нарушений менструального цикла.

I. Аменорея — отсутствие менструации в течение 3 месяцев и более.

II. Циклические изменения менструации:

гиперменорея — увеличение количества крови во время наступившей в срок менструации при ее нормальной продолжительности;

меноррагия — значительное увеличение количества крови во время менструации продолжительностью до 12 дней. Если при менструации за 1 час полностью промокает одна прокладка или тампон, то это меноррагия. Подробнее...

гипоменорея — скудная менструация, наступающая в срок;

полименорея — менструация длительностью более 7 дней с умеренным количеством крови;

олигоменорея — короткая (1-2 дня), регулярно возникающая менструация с умеренным количеством крови;

опсоменорея — редкая менструация с промежутками от 36 дней до 3 месяцев продолжительностью 3-5 дней с умеренным количеством крови;

пройоменорея — укорочение длительности менструального цикла (менее 21 дня).



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



III. Маточные кровотечения (метроррагии)

ановуляторные, возникающие в середине менструального цикла на фоне отсутствия овуляции — выхода яйцеклетки;

ациклические (дисфункциональные), возникающие независимо от овуляции.

Подробнее...

IV. Альгоменорея — болезненные менструации.

Дисменорея — болезненная менструация, сопровождающаяся общими вегетативно-невротическими расстройствами (неустойчивостью настроения, эмоций, учащенным сердцебиением, потливостью, тошнотой и/или рвотой, отсутствием аппетита и т.д.)

Маточная аменорея. Причины, диагностика, профилактика.

Аменорея. Этиология. Классификация.

Аменорея – это отсутствие менструаций в периоде полового созревания или их исчезновение на 6 и более месяцев.

Аменорея может быть:

1. истинной
2. ложной.

Истинная аменорея является следствием нарушения циклических процессов в системе гипоталамус – гипофиз – яичники – матка.

При ложной аменорее (криптоменорее) циклические процессы в репродуктивной оси сохранены, но нарушено наружное выделение менструальной крови вследствие имеющегося препятствия на уровне шейки матки, влагалища или девственной плевы (атрезии или аплазии).

Атрезия - заращение девственной плевы. **Аплазия** – полное отсутствие органа.



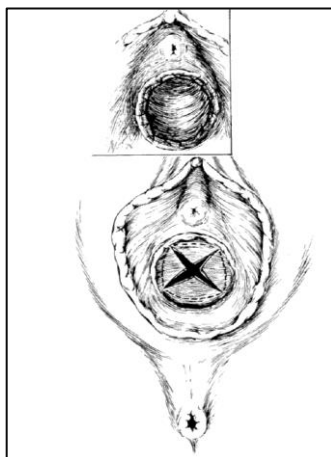


Рис. Атрезия девственной плевы.

Гематокольпос - скопление крови во влагалище

Гематометра - скопление крови в матке,

Гематосальпинкс - скопление крови в маточных трубах

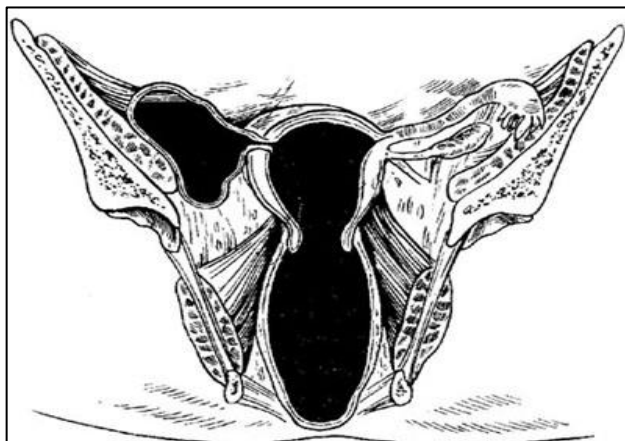


Рис. Гематокольпос. Гематометра. Гематосальпинкс.

Истинная аменорея подразделяется на:

1. физиологическую
2. патологическую.

Физиологическая аменорея наблюдается у

1. девочек в препубертатном периоде,
2. у женщин репродуктивного возраста в период беременности и
3. лактация;

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

4. у пожилых женщин в постменопаузе.

Патологическая истинная аменорея по времени возникновения подразделяется на:

1. первичную
2. вторичную.

Под первичной аменореей понимают отсутствие менструаций у девушек без вторичных половых признаков в 14 лет или у девушек с хорошо развитыми вторичными половыми признаками в 16 лет.

Вторичная аменорея – это отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более у женщин репродуктивного возраста с предшествующей нормальной менструальной функцией при отсутствии беременности.

Патологическую истинную аменорею по уровню поражения выделяют:

1. маточную
2. яичниковую
3. гипофизарную
4. гипоталамическую
5. супрагипоталамическую

Маточная аменорея может быть обусловлена патологией развития эндометрия, снижением чувствительности его рецепторов к половым стероидам или деструкцией всей слизистой оболочки, чаще всего вследствие туберкулезного процесса. Недостаточность эндометрия («немой» цикл, «немая» менструация) проявляется отсутствием менструации при сохранении циклических процессов в гипоталамо – гипофизарно - яичниковой системе. Причина патологии точно не установлена.

Для клинической картины этой формы аменореи характерно нормальное соматическое и половое развитие, правильное строение наружных и внутренних половых органов. Тесты функциональной диагностики подтверждают наличие циклических изменений гормонального фона и овуляции. Однако в ответ на спад гормонов слизистая оболочка матки не отторгается, а подвергается бессимптомной инволюции. Репродуктивная функция не нарушается, проведения лечения не требуется. Деструкция эндометрия в большинстве случаев бывает связана с перенесенным туберкулезным эндометритом и образованием фиброзных внутриматочных сращений (синдром Ашермана).



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Для подтверждения диагноза необходимо проведение туберкулиновых проб, биопсии эндометрия под контролем гистероскопа с последующим морфологическим исследованием соскоба (выявляются туберкуломы и казеозные очаги). Гистеросальпингография выявляет грубые дефекты наполнения, обусловленные внутриматочными синехиями, и изменения маточных труб, указывающие на сальпингит специфической этиологии.

Больным проводится общее противотуберкулезное лечение. Для дифференциальной диагностики с другими формами аменорей используется прогестероновая проба. При отсутствии менструальноподобной реакции в ответ на введение прогестерона проводится комбинированная проба с эстрогенами и прогестероном. Отрицательная проба подтверждает маточную форму аменорей.

Яичниковая аменорея. Диагностика, ведение пациентов.

Развивается при первичном нарушении функции яичника. Может быть:

1. первичной – врожденной
2. вторичной, появившейся в более позднем возрасте.

В основе заболевания лежит полное или частичное отсутствие функции яичника.

А) врожденные формы первичной аменорей - чаще всего генетически обусловлены и являются следствием хромосомных аномалий в системе половых хромосом.

Б) Аменорея при дисгенезии гонад - врожденная патология гонад вследствие аномалии в системе половых хромосом или некоторых неблагоприятных воздействий в ранний антенатальный период, делится на:

- 1) **Синдром Шерешевского-Тернера** - развивается внутриутробно, этиология неизвестна, возможно влияние пожилого возраста родителей

Диагностика обычно основана на клинические признаки заболевания:

При осмотре:

- 1) больные отличаются низким ростом (не выше 135-145 см),
- 2) масса тела при рождении низкая 2000 - 2300 г. при доношенной беременности;
- 3) короткая шея, часто с крыловидными складками, идущими от плеча к ушам



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

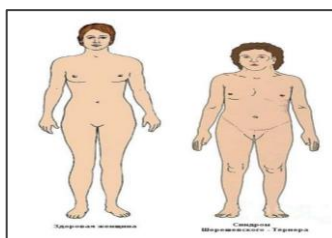
Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



- 4) широкие плечи
- 5) бочкообразная грудная клетка
- 6) широко расположенные соски молочных желез.
- 7) Наружные углы глаз опущены (монголоидный разрез глаз), часто обнаруживается третье веко, иногда — птоз.
- 8) Небо высокое, голос гнусоватый.
- 9) Нередко выявляются врожденные пороки развития ССС (коарктация аорты, незаращение артериального протока),
- 10) почек и мочевыделительной системы (подковообразная почка, раздвоение мочеточников).
- 11) Психическое развитие не нарушено,
- 12) половая ориентация женская. В пубертатном периоде вторичные половые признаки слабо выражены.



Гинекологический осмотр: резко выраженные признаки полового инфантилизма.

УЗИ или пневмопельвиография: аплазия или резкая гипоплазия яичников, матка тоже резко гипоплазирована, иногда имеет вид тяжа.

Генетические исследования: подтверждают хромосомную аномалию (хроматинположительные клетки отсутствуют или содержание их снижено при мозаицизме).



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

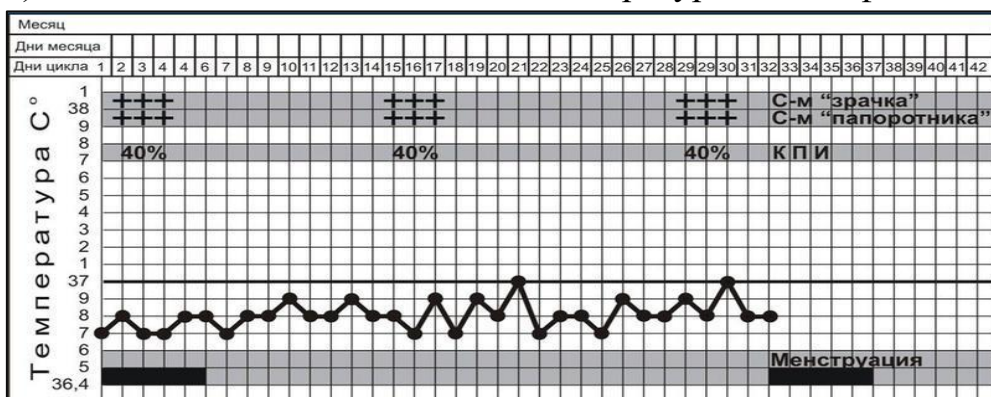
Website: econferenceseries.com

Дерматоглифическое исследование: увеличение угла atd до 55-60 градусов.

Гормональное исследование: резкое увеличение содержания в крови фоллитропина и лютеотропина, экскреция эстрогенов резко снижена.

Тесты функциональной диагностики:

1) постоянно низкая базальная температура - однофазная.



2) Феномены зрачка и папоротника отсутствуют:



3) шеечный индекс — 1 - 2 балла.

4) КПИ - во влагалищном мазке определяется до 50% парабазальных клеток.

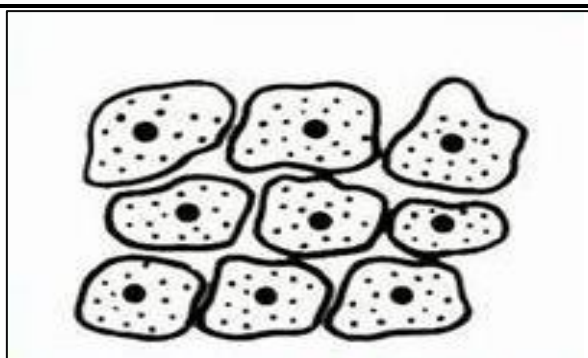
Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Лечение: до пубертатного периода должно быть направлено на стимуляцию роста, назначают анаболические стероиды.

После 15-17 лет проводят заместительную терапию эстрогенами, затем переходят к циклической гормональной терапии эстрогенами и гестагенами, что вызывает циклические маточные кровотечения. Терапию эстрогенами сочетают с назначением ретинола и токоферола ацетата, диатермии на низ живота, токов, д'Арсонваля на соски.

2. Тестикулярная феминизация — ложный мужской гермафродитизм.

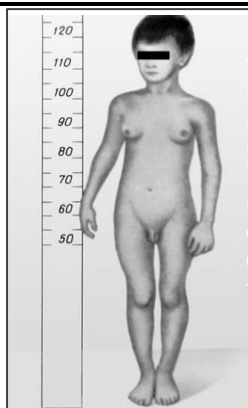
Характеризуется различной степенью феминизации у лиц с генетическим мужским полом, кариотип **46 XY**.

Диагностика: Осмотр:

При полном синдроме (синдром Морриса) :

- 1) типично женские морфограммы,
- 2) нормально развитые молочные железы и наружные половые органы при наличии первичной аменореи.
- 3) Половое оволосение отсутствует или оно незначительное.





При неполном синдроме :

- 1) увеличение клитора
- 2) морфограммы по мужскому типу
- 3) молочные железы отсутствуют.
- 4) У большинства больных обнаруживается паховая грыжа, в которой пальпируются яички, иногда они находятся в больших половых губах, реже в брюшной полости.



Гинекологический осмотр: влагалище (иногда рудиментарное), заканчивающееся слепо, матка отсутствует.

Определение полового хроматина: процент хроматинположительных клеток не более 5, 20-70% клеток содержат тельца Y — хроматина (норма для мужчин).

Дерматоглифическое исследование: определяется суммарный пальцевой гребневой счет порядка 140-150 (норма для мужчин).

Рентгенологическое исследование: аплазия матки.



3. Гипогормональная аменорея, не связанная с патологией половых хромосом –

при повреждении гормонопродуцирующей ткани яичников в детстве возникает первичная аменорея, сопровождающаяся дефектами соматического развития, при поражении яичников в репродуктивный период возникает вторичная аменорея без соматической патологии.

а) Аменорея при поражении яичников в детстве - евнухоидизм - развивается при разрушении яичников вследствие туберкулезного процесса в малом тазу, тифа, а также после хирургического удаления яичников, рентгенотерапии.

Диагностика:

1. При осмотре:

выражен половой инфантилизм с диспропорциональным развитием:

- 1) высокий рост с преобладанием продольных размеров тела –
- 2) узкая грудная клетка,
- 3) длинные конечности, узкий таз.
- 4) Молочные железы не развиты
- 5) иногда отмечается избыточное отложение жира в области живота, бедер и молочных желез.
- 6) Половое оволосение слабо выражено

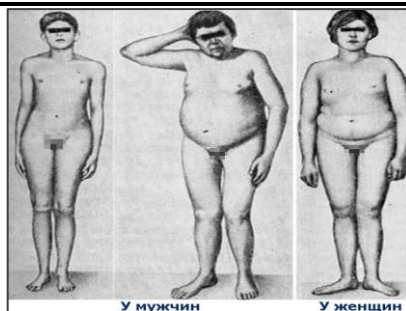
2. Гинекологический осмотр: недоразвитие и слабая пигментация больших и малых половых губ, узкое влагалище. Матка маленькая, круглая, шейка матки длинная.

3. УЗИ, пневмопельвиограмма: гипоплазия яичников и матки.

4. Гормональные исследования функции гипофиза: всегда резко повышено содержание фоллитропина и лютеотропина в крови и моче.

5. Тесты функциональной диагностики: однофазная базальная температура, отсутствие феномена зрачка и папоротника, шеечный индекс 1-3 балла. Во влагалищном мазке — парабазальные клетки (70-80%). Экскреция эстрогенов снижена, прегнандиол не определяется, содержание эстрадиола и прогестерона в крови также резко снижено.





б) Аменорея при поражении яичников в репродуктивный период - гипопункция чаще всего связана с хроническими инфекционными процессами.

При установлении диагноза аменореи решающее значение имеют данные о перенесенных инфекционных и других заболеваниях, вредных факторах, а также о предшествующей менструальной функции.

Гормональные исследования: зависят **от степени гипоестрогении**.

При резко выраженной патологии наблюдается снижение экскреции эстрогенов в крови и в моче. Результаты функциональных проб указывают на эстрогенную недостаточность различной степени — однофазная базальная температура, отсутствие или слабая выраженность (+) феноменов зрачка и папоротника, снижение КИ до 0-10% и (или) наличие парабазальных клеток во влагалищном мазке. Гистологическое исследование соскоба эндометрия указывает на полное отсутствие воздействия прогестерона: железы прямые, с круглым поперечным сечением.

Гипоталамическая и гипофизарная аменорея. Причины возникновения. Лечение.

Гипоталамо - гипофизарная недостаточность приводит к развитию аменореи **со следующей клиникой:**

- 1) больные высокого роста (из - за дефицита эстрогенов, которые способствуют своевременному окостенению),
- 2) евнухоидного телосложения,
- 3) с длинными конечностями и коротким туловищем,
- 4) уменьшенными размерами таза
- 5) нарушение формирования женского фенотипа и вторичных половых признаков, особенно молочных желез: гипоплазия наружных и внутренних половых органов, особенно матки



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

б) изменение костной системы: гиперостоз лобной и теменной кости, изменения турецкого седла (утолщение, утончение, остеопороз)

Диагностика:

1. Клиническая картина
2. Биохимическое исследование: нарушения в опиато - адреналовой и серотониновой системах по типу угнетения процессов окислительного дезаминирования, что отражает патологию нейротрансмиттерных механизмов.
3. Гормональные исследования: нарушение цикличности, синхроноза и продукции люлиберина, фолиберина и гонадотропных гормонов; выражен дефицит половых стероидных гормонов
4. Функциональные гормональные пробы:
 - а) проба с хорионическим гонадотропином - позволяет отдифференцировать аменорею центрального и периферического генеза, положительная проба (появление менструальноподобных кровотечений через 12-14 дней) свидетельствует о центральном генезе болезни
 - б) проба с тиролиберином - позволяет определить гипофизарный или гипоталамический уровень поражения
5. УЗИ диагностика
6. Лапароскопия

Лечение: при органическом поражении гипоталамо-гипофизарной области показано оперативное лечение. Всем больным необходимо проведение общеукрепляющих мероприятий (рациональное питание, витамины, ЛФК, физиотерапия - эндоназальный электрофорез тиамин, 1% новокаина, гальванизация воротниковой зоны 25% раствором бромида натрия, ультразвук, электрофорез, амплипульстерапия на низ живота), по показаниям - противовоспалительная терапия, санация отдельных очагов инфекции, лечение экстрагенитальных заболеваний.

Гормональная терапия: гонадолиберин в импульсном режиме (каждые 90 мин по 2 мг от 23 до 7 часов 3 ночи в неделю в течение 6 недель), кломифен, пергонал, профази и др.

Для формирования взаимоотношения между гипоталамо-гипофизарной системой и яичниками проводят курсы циклической гормональной терапии - эстрогены, прогестерон - по 2-3 мес с перерывами на 2-3 мес. Продолжительность и доза определяются индивидуально.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Гипоменструальный синдром. Диагностика. Лечение.

Гипоменструальный синдром - возникает при нарушениях нейро - эндокринного звена половой системы, характеризуется нарушением менструального цикла в промежутке от 1 до 3 месяцев, проявляется:

1. **гипоменореей** - скудное количество менструального отделяемого,
2. **олигоменореей** - непродолжительные месячные (менее 3 суток),
3. **опсоменореей** - редкими менструациями (реже, чем через 35 суток).

Диагностика:

1. Сбор анамнеза
2. Осмотр больной: телосложение, характер отложения жира, характер оволосения, состояние щитовидной железы, развитие вторичных половых признаков, пигментации
3. Гинекологическое обследование
4. Лабораторно-инструментальные методы исследования - объем зависит от предполагаемой причины аменореи, включает:
 - а) тесты функциональной диагностики
 - б) определение уровня гормонов в плазме крови (ФСГ, ЛГ, пролактин и др.) и в моче
 - в) гормональные пробы (с прогестероном, комбинированная эстроген-прогестероновая, дексаметазоном, АКТГ, хориогонином, ФСГ, рилизинг-фактором)
 - г) рентгенологические методы исследования: рентгенография черепа и турецкого седла, пельвиография, пневмоперитонеография
 - д) эндоскопические методы исследования: кольпоскопия, цервикоскопия, гистероскопия, кульдоскопия
 - е) УЗИ органов малого таза
 - ж) биопсия тканей гонад
 - з) определение полового хроматина и кариотипа
 - и) исследование проходимости маточных труб - пертубация, гидротубация, гистеросальпингография
 - к) другие дополнительные методы исследования при необходимости

Лечение:

1. Нормализовать режим дня с обязательным ночным сном не менее 8-9 часов.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

2. Наладить регулярное сбалансированное питание

3. Бальнеотерапия, физиолечение: электрофорез с новокаином шейных лимфатических узлов, эндоназальный электрофорез с витамином В1, иглорефлексотерапия.

4. Витаминотерапия (фолиевая кислота, аскорбиновая кислота, витамин Е)

5. Мастодинон - оказывает стабилизирующий эффект на вегетативную симптоматику, регулирует секрецию гонадотропных гормонов, способствует нормализации менструального цикла.

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном и перименопаузальном возрасте. Причины, диагностика. Лечение.

Дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) - это кровотечение, не связанное с органическим поражением органов, принимающих участие в менструальном цикле.



Патогенетически это ановуляторные кровотечения на фоне персистенции фолликула или овуляторные с недостаточностью лютеиновой фазы цикла. При рецидивирующей ановуляции у женщин репродуктивного возраста возникает повышенный риск развития аденоматоза и атипических изменений эндометрия вплоть до аденокарциномы.

Причины ДМК в репродуктивном периоде (18 - 45 лет):

- 1) аборты,
- 2) болезни эндокринных желез (Иценко-Кушинга, послеродовое ожирение),
- 3) нейро-эндокринные заболевания,
- 4) инфекции,



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- 5) интоксикации,
- 6) эмоционально-психические стрессы,
- 7) прием лекарственных препаратов (нейролептиков).

Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном периоде:

1. связанных с беременностью — самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь;
2. вследствие инфекции — цервициты, эндометриты;
3. доброкачественных заболеваний эндо и миометрия — полипы, субмукозная миома, внутренний эндометриоз;
4. предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки, цервикального канала, эндометрия (аденокарцинома) и миометрия (саркома);
5. системных заболеваний: тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фанкони, болезни щитовидной железы, печени.

Угрожающий и начинающийся самопроизвольный аборт может сопровождаться длительными мажущимися кровянистыми выделениями из половых путей и внешне напоминать ДМК. Нарушенная внутриматочная беременность также сопровождается мажущимися темно - кровянистыми выделениями из влагалища.

Тем не менее, при внутриматочной беременности всегда имеется болевой синдром, полностью отсутствующий при ДМК.

При нарушенной внутриматочной беременности имеются признаки беременности, при ДМК же они отсутствуют. При влагалищном исследовании у больных с нарушенной трубной беременностью выявляются патологические изменения со стороны маточной, трубы (увеличение размеров, характерная тестоватая консистенция, болезненность при пальпации и пр.). Эти симптомы при ДМК отсутствуют.

Дифференциальной диагностике миомы матки небольших размеров и ДМК. Трудности диагностики усугубляются еще и тем, что при ДМК нередко выявляется увеличение размеров матки за счет длительного воздействия эстрогенов на миометрий и кистозное изменение яичника, нередко наблюдающееся при миоме матки. Кроме того, у 1/3 больных миомой матки наблюдается гиперплазия эндометрия. Необходимо иметь в виду, что для миомы наиболее характерна неровная, бугристая поверхность матки за счет



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

субсерозно и интрамурально расположенных узлов опухоли, а при ДМК поверхность увеличенной в размерах матки обычно бывает гладкой.

Диагноз облегчается при ультразвуковом исследовании больной, позволяющем выявить узлы опухоли различной локализации.

Рак тела матки диагностируется главным образом на основании изучения биоптата, полученного при выскабливании эндометрия. При раке матки увеличение размеров органа наблюдается сравнительно редко. Если этот признак имеется, то речь идет об инфильтрации раковыми клетками миометрий (II стадия рака, маточный вариант). Рак шейки матки (влагалищной части) легко обнаружить при исследовании шейки с помощью влагалищных зеркал и при кольпоскопическом исследовании. Диагноз подтверждается прицельной биопсией. Диагностика рака первикального канала обычно осуществляется при гистологическом исследовании соскоба, полученного при отдельном диагностическом выскабливании матки по поводу маточного кровотечения.

Тактика ведения (лечение):

1. отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и полости матки с гистологическим исследованием соскоба (операция лечебно-диагностического характера)
2. гемостатическая и противоанемическая терапия

Лечение: гемостаз осуществляется только хирургическим путем, дальнейшая тактика определяется возрастом больной, сопутствующими гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями.

Показания к оперативному лечению:

- а) сочетание ДМК с рецидивирующей, аденоматозной или атипической гиперплазией эндометрия
- б) сочетание ДМК с узловатой формой эндометриоза матки (аденомиоз)
- в) подслизистая миома матки
- г) опухоль яичников
- д) аденокарцинома эндометрия

При противопоказаниях к гормональному и оперативному лечению в последние годы успешно применяется резекция (облация) эндометрия под



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

контролем гистероскопа и криодеструкция эндометрия жидким азотом. Аменорея наступает через 2-3 месяца.

Ювенильные маточные кровотечения. Причины. Лечение.

ЮМК - это ациклические маточные кровотечения у девочек пубертатного возраста.

Этиология:

а) предрасполагающие факторы:

- ✓ конституциональные особенности (астенические, интерсексуальные, инфантильные);
- ✓ повышенная алергизация;
- ✓ неблагоприятное климатическо-географическое
- ✓ материально-бытовые факторы;
- ✓ влияние повреждающих факторов в антенатальном и интранатальном периоде (недонашивание, гестоз, резус-конфликт);
- ✓ частые инфекционные заболевания в детском возрасте.

б) разрешающие факторы:

- ✓ психические потрясения;
- ✓ физическая перегрузка;
- ✓ сотрясение головного мозга;
- ✓ простудные заболевания.

Основные принципы терапии:

1. Лечебно-охранительный режим а) организация правильного труда и отдыха б) ликвидация отрицательных эмоций в) создание физического и психического покоя г) сбалансированное питание д) рациональная терапия после сопутствующих заболеваний.

2. Негормональная гемостатическая терапия (при умеренной кровопотере и менструальном возрасте не более 2 лет, отсутствии признаков органической патологии матки и яичников):

а) утеротонические препараты дробно (окситоцин)

б) кровоостанавливающие средства (глюконат кальция, дицинон, аскорбиновая кислота, викасол)

в) общеукрепляющее лечение (раствор глюкозы, витамин В6, В12, фолиевая кислота, кокарбоксилаза или АТФ)



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

г) антианемическая терапия (гемостимулин, ферроплекс, переливание крови при показателях гемоглобина ниже 70 г/л)

3. Фитотерапия (мастодинон, экстракт крапивы, пастушьи сумки, водяной перец)

4. Физиолечение: электростимуляция шейки матки, электрофорез новокаина на область шейных симпатических узлов, эндоназальный электрофорез с витамином В1, иглорефлексотерапия, локальная гипотермия - обработки шейки матки тампонов с эфиром

5. Гормональная терапия - при отсутствии эффекта от симптоматической терапии, обильном кровотечении при отсутствии анемии, наличии противопоказаний к диагностическому выскабливанию матки. Используют комбинированные эстроген-гестагенные препараты с содержанием этинилэстрадиола 50 мг/таб (антеовин, овулен, лингеол, нон-овлон).

6. Лечебно - диагностическое выскабливание матки. Показания: профузное кровотечение, угрожающее жизни и здоровью девочки; длительное умеренное кровотечение, не поддающееся консервативной терапии; рецидивирующее кровотечение при отсутствии эффекта от симптоматической и гормональной терапии; подозрение на аденомиоз; подозрение на органическую патологию миометрия.

Ациклические маточные кровотечения или метроррагия.

Метроррагия: причины

В зависимости от этиологии данного диагноза различают несколько видов метроррагии.

Метроррагия в пременопаузе. Большинство женщин в период пременопаузы жалуются на кровотечения ациклического характера. Причинами могут стать влияние гормональных препаратов, различные экстрагенитальные заболевания, патологии эндо и миометрия, патологии шейки матки или яичников. Чаще всего провоцируют возникновение метроррагии в пременопаузе полипы эндометрия, которые бывают в 45 - 55 лет.

Ановуляторная метроррагия. В данном случае имеем дело с морфологическими изменениями в яичниках. В результате у женщины отсутствует овуляция и не формируется желтое тело. Причинами могут стать кратковременная или длительная персистенция фолликула, атрезия незрелого



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

фолликула. Ациклические маточные кровотечения начинаются на фоне задержки менструации. Задержка может длиться от одного месяца до полугода.

Причинами возникновения репродуктивной метrorрагии могут стать болезни эндокринных желез, эмоциональные или психические стрессы, ожирение, интоксикации или инфекции.

Дисфункциональная метrorрагия. Данный тип кровотечения характерен для женщин определенного склада характера:

- ✓ постоянно переживающие,
- ✓ восприимчивые к окружающим,
- ✓ с постоянным самоанализом
- ✓ заниженной самооценкой.

Как результат, в организме накапливается стресс. Это приводит к активизации функции надпочечников, они начинают вырабатывать гормоны стресса, что приводит к нарушению функции яичников. **Таким образом,** на фоне недостаточной выработки прогестерона начинаются сначала задержки, а затем ациклические кровотечения.

Метrorрагия: симптомы

Не зависимо от причин возникновения данного заболевания, у женщины наблюдаются приблизительно одинаковые симптомы.

- 1) постоянную слабость;
- 2) головные боли;
- 3) сильную утомляемость или раздражительность;
- 4) тахикардию и понижение артериального давления;
- 5) бледность и стремительное снижение веса;
- 6) уменьшение или увеличение менструальной кровопотери;
- 7) сильные менструальные боли в животе;
- 8) нерегулярный цикл.

Метrorрагия: лечение

Для назначения лечения первым делом врачу необходимо установить истинные причины возникновения заболевания.

У женщины собирают данные анамнеза, выясняют наличие опухолей или воспалительных заболеваний в прошлом. Далее на осмотре врач определяет состояние матки, ее размеры и форму, подвижность.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Лечение метроррагии начинают с лечения заболевания, спровоцировавшего кровопотери. Если речь идет о пременопаузе, то сначала останавливают кровотечения. При патологиях внутри матки проводят выскабливание и дальнейшее исследование. Если органических причин нет, назначают гормональный гемостаз.

Если это дисфункция яичников, то работу начинают с эмоционального состояния женщины. Далее после корректировки работы надпочечников и коры головного мозга, начинают работу над питанием. Врач назначает диету для восстановления макро- и микроэлементного дефицита после кровопотерь, восстановления массы тела. Ну и конечно витаминная терапия в сочетании с лечебной физкультурой.

Для лечения ановуляторной формы женщине сначала делают выскабливание для определения причины. Далее назначают лечение, направленное на укрепление стенок сосудов, повышение свертываемости крови, уменьшение уровня гемоглобина.

Альгодисменорея. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

Альгодисменорея - болезненные менструации.

Это нарушение менструального цикла, выражающиеся в схваткообразных, реже ноющих болях внизу живота, области крестца, поясницы во время менструации или за 1-2 дня до нее, сопровождающееся общим недомоганием. Выделяют альгодисменорею: раздражению нервных окончаний и возникновению боли. **Боль** усиливается в результате накопления в тканях солей кальция: высвобождение активного кальция повышает внутриматочное давление, амплитуду и частоту внутриматочных сокращений.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Первичная альгодисменорея:

характерен молодой возраст (16 - 25 лет), появление заболевания с менархе или через 1,5 - 2 года после менархе.

Клиника:

- 1) схваткообразные боли в дни менструации или за несколько дней до нее,
- 2) локализуются внизу живота,
- 3) иррадиируют в поясницу,
- 4) реже в область наружных гениталий, паха и бедер.
- 5) Боли приступообразные, довольно интенсивные,
- 6) сопровождаются общей слабостью,
- 7) тошнотой, рвотой,
- 8) спастической головной болью, головокружением,
- 9) повышением температуры до 37 - 38 °С,
- 10) сухостью во рту,
- 11) вздутием живота,
- 12) обмороками и другими вегетативными расстройствами

Лечение:

1. Препараты, подавляющие синтез простагландинов (напростин, индометацин, бруфен, ацетилсалициловая кислота)
2. Электрофорез новокаина на область солнечного сплетения.
3. Применение тепла (38 - 40 °С) на низ живота на ночь за 3 - 4 дня до менструации.
4. Антиоксиданты (витамин Е в первые три дня болезненных менструаций)



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

5. Седативная и спазмолитическая терапия (валериана, бромистые препараты, анальгин, но-шпа, папаверин)

6. Применение комбинированных эстроген - гестагенных препаратов с большим содержанием гестагенов в обычном циклическом режиме с 5 по 25 день менструального цикла в течение 3 циклов.

7. Иглорефлексотерапия

8. Правильный режим труда и отдыха: нельзя перегружаться во второй фазе цикла и во время менструации

9. Своевременное лечение имеющихся сопутствующих ЭГЗ

Вторичная альгодисменорея - обусловлена органическими изменениями в органах малого таза. Чаще развивается у женщин после 30 лет с родами, абортами, гинекологическими заболеваниями в анамнезе.

Этиология:

- 1) наружный и внутренний эндометриоз
- 2) пороки развития матки и влагалища
- 3) воспалительные заболевания половых органов
- 4) миома матки (чаще субмукозная)
- 5) внутриматочные контрацептивы - концентрация простагландинов в эндометрии значительно повышена и четко коррелирует с содержанием макрофагов в эндометрии при применении ВМК.
- 6) разрывы заднего листка широкой связки матки (синдром Аллена-Мастерса)
- 7) варикозное расширение тазовых вен в основании широкой связки матки, в собственной связке яичника

Наиболее частая причина вторичной альгодисменореи - **эндометриоз.**

Клиника альгодисменореи при эндометриозе:

- 1) боли на протяжении всего менструального цикла с усилением за 2 - 3 дня до менструации
- 2) ноющие, с иррадиацией в область прямой кишки
- 3) не сопровождаются вегетативной "бурей".

Диагностика: причина альгодисменореи устанавливается при тщательно собранном анамнезе с учетом возраста больной и перенесенных гинекологических заболеваний.

Лечение: лечение первичного заболевания.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Предменструальный синдром - ПМС.

Предменструальный синдром - сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нервно - психическими, вегетативно - сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Симптомы возникают за 2 - 10 дней до менструации и исчезают сразу после начала менструации или в первые ее дни. Частота ПМС увеличивается с возрастом.

Этиопатогенез:

- 1) **теория водной интоксикации:** ведущая роль отводится гиперэстрогении и связанной с этим задержкой натрия и воды в тканях, особенно в ЦНС
- 2) **гормональная теория:** ПМС связан с гиперпростагландинемией и гиперпролактинемией
- 3) **аллергическая теория:** ПМС - результат гиперчувствительности к эндогенному прогестерону
- 4) **теория психосоматических нарушений:** психические нарушения развиваются на фоне соматических и уже сформировавшихся биохимических и гормональных расстройств

Классификация ПМС:

а) по степени тяжести:

1. легкая форма - появление 3 - 4 симптомов за 2 - 10 дней до начала менструации при значительной выраженности 1 - 2 симптомов
2. тяжелая форма - появление 5 - 12 симптомов за 3 - 14 дней до менструации при значительной выраженности 2 - 5 (или всех) симптомов

б) по стадии процесса:

1. компенсированная - отсутствие прогрессирования симптомов, появление симптомов во 2-ой фазе цикла и прекращение их с наступлением менструации
2. субкомпенсированная - симптомы заболевания с годами усиливаются, тяжесть прогрессирует как по количеству, так и по интенсивности симптомов; симптомы появляются с середины цикла и заканчиваются после прекращения менструаций
3. декомпенсированная - симптомы продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации, причем светлые промежутки постепенно сокращаются

в) клинические формы ПМС:



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

1. нервно - психическая форма - преобладают раздражительность, депрессия (чаще у молодых), слабость, плаксивость, агрессивность (в переходном возрасте), менее выражены повышенная чувствительность к звукам и запахам, онемение рук, метеоризм, нагрубание молочных желез

2. отечная форма - преобладают резко выраженные нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голени, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, повышена чувствительность к запахам, менее выражены раздражительность, слабость, потливость. Задержка жидкости во 2 фазу менструального цикла 500-700 мл.

3. цефалгическая форма - преобладает головная боль (пульсирующая, дергающая, начинается в височной области, иррадиирует в глазное дно), раздражительность, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение, менее выражены депрессия, боли в области сердца, потливость и онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

4. кризовая форма - преобладают симпато-адреналовые кризы: повышение АД, чувство сдавления за грудиной, появление страха смерти, похолодание и онемение конечности, сердцебиение при неизменной ЭКГ; кризы часто заканчиваются обильным мочеотделением, могут быть спровоцированы инфекцией, усталостью, стрессом. В межкризовый период беспокоят головные боли, раздражительность, подъемы АД.

Диагностика: анамнез, клинические проявления заболевания, общеклинические исследования крови, мочи, тесты функциональной диагностики, гормональные исследования: пролактин, простагландин E₂, прогестерон в обе фазы цикла, ЭКГ, ЭЭГ, РЕГ сосудов мозга, контроль выпитой и выделенной жидкости, маммография в первую фазу цикла, исследование состояния глазного дна и периферических полей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла и шейного отдела позвоночника, УЗИ органов малого таза, почек, надпочечников, консультация смежных специалистов.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Лечение: проводится циклами - 3 менструальных цикла с перерывами 2 - 3 цикла. В случае рецидива лечение возобновляется:

1. Психотерапия, советы о режиме труда и отдыха
2. Диетотерапия: ограничение во вторую фазу цикла кофе, чая, поваренной соли, жидкости, животных жиров, молока
3. ФТЛ: общий массаж, массаж воротниковой зоны, бальнеотерапия, эндоназальный электрофорез витамина В1, центральная электроанальгезия
4. Гормональная терапия:
 - а) при относительной или абсолютной гиперэстрогемии показана терапия гестагенами: норкалут, прогестерон, прегнин
 - б) при декомпенсированной форме, у молодых показана терапия комбинированными эстроген - гестагенными препаратами: нон - овлон, овидон, бисекурин или норкалут по контрацептивной схеме
 - в) женщинам переходного возраста при выраженной гиперэстрогении, миоме матки, мастопатии: гестагены или гестагены в сочетании с андрогенами (метилтестостерон)
5. Антигистаминные препараты: тавегил, диазолин, терален
6. Для улучшения кровообращения и ингибиции пролактина: ноотропил, аминалон, парлодел (бромокриптин)
7. У женщин с отеочной формой, особенно в возрасте 45 - 49 лет, применяют верошпирон.
8. Препараты, подавляющие синтез простагландинов: напростин
9. Психотропные средства: нейролептики и транквилизаторы



Посткастрационный синдром.

Постовариоэктомический (посткастрационный) синдром - комплекс патологических нервно-психических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных симптомов, возникающий после одномоментного выключения функции яичников (тотальная овариэктомия, гибель фолликулярного аппарата после облучения) у женщин репродуктивного возраста.

Патогенез: связан с резким выключением функции половых желез и снижением уровня эстрогенов; в ответ на выключение обратной связи между гонадотропинами и половыми стероидами происходит повышение секреции гонадотропинов. Повышение гипоталамо-гипофизарной активности охватывает не только гонадотропную функцию, но и продукцию других тропных гормонов - ТТГ, АКТГ. Нарушается также функция периферических эндокринных желез (надпочечников, щитовидной железы).

Клиника: симптомы обычно возникают через 2 - 3 недели после овариэктомии и достигаются полного развития спустя 2 - 3 мес. и более.

В первые 2 года после операции у большинства женщин преобладают нейровегетативные нарушения, в последующие годы возрастает частота обменно-эндокринных нарушений, нейровегетативные нарушения уменьшаются, психо-эмоциональное расстройство сохраняется длительное время.

Клинические симптомы:

- 1) "приливы" - частота их колеблется от 1 до 30 в сутки
- 2) головная боль постоянная или приступообразная, локализуется в затылочной или в височной области
- 3) гипертензия
- 4) сердцебиения, боли в области сердца, ИБС, дисгармональная кардиопатия
- 5) ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия
- 6) остеопороз, изменение кожного и волосяного покрова
- 7) гепатохолецистит и др.
- 8) изменения психики, плаксивость, раздражительность, чувство тревоги, ухудшение памяти
- 9) пародонтоз
- 10) атрофический кольпит



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

1) глаукома с тяжелым прогрессирующим течением.

Диагностика: основана на данных анамнеза и характерных клинических проявлениях.

Лечение: проводится поэтапно с учетом возраста, экстрагенитальной патологии, объема оперативного вмешательства, направлено на нормализацию функции головного мозга

1) не медикаментозная терапия: ЛФК, водные процедуры, УФО, шейно-лицевая ионогальванизация с раствором брома

2) медикаментозная не гормональная терапия: седативные, транквилизаторы, нейролептики, витамины В1, В6, С, РР в сочетании с 2% раствором новокаина.

3) медикаментозная гормональная терапия:

а) молодые женщины должны получать данный вид терапии до периода естественной менопаузы, применяя эстрогены и гестагены в циклическом режиме или комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Лечение проводится прерывистыми циклами в 2-3 недели с последующими 10-и дневными перерывами

б) женщинам более старшего возраста рекомендуется сочетанное применение эстрогенов и андрогенов в соотношении 1:20 или 1:50. няется длительное время. годы возрастает часто

Гормональные препараты лечения нарушений менструального цикла.

Гормональная терапия нарушений менструального цикла направлена на нормализацию нейрогормональных взаимоотношений, лежащих в основе клинических проявлений патологии. Основными принципами гормональной терапии являются:

1) замещение недостающей функции эндокринной железы при ее первичном нарушении (заместительная терапия)

2) стимуляция деятельности железы тройными гормонами, если патология является следствием нарушения регуляторных влияний (стимулирующая терапия).



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Заместительная терапия.

Заместительная терапия показана при первичном понижении деятельности яичников (гипоплазия яичников), вызывающем аменорею II степени, или после кастрации.

Создание маточного менструального цикла является вариантом заместительной терапии. При выраженной гипоплазии матки и отсутствии достаточной пролиферации эндометрия с помощью эстрогенов и прогестерона можно воспроизвести эндометриальный цикл, т. е. создать выраженную пролиферацию эндометрия до состояния, соответствующего средней фолликулиновой фазе цикла, а затем получить путем введения прогестерона секреторные преобразования. Кроме того, периодическое введение гормонов в определенном ритме (если гипоплазия яичников вызвана нарушением регуляторных влияний) изменяет функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы и приводит к дальнейшему самостоятельному налаживанию пускового механизма менструального цикла.

С этой целью могут быть рекомендованы препараты:

фолликулина (эстроны) по 10 000 - 20 000 ЕД внутримышечно через день в течение 20 дней.

Затем в течение 7 дней вводится **прогестерон** (0,5% масляный раствор) по 1 мл ежедневно.

При резких степенях гипоплазии половых органов, чтобы стимулировать их развитие, рекомендуется длительное введение **эстрогенов (2 - 4 месяца)**.

Для этого можно назначать эстрогенные препараты или их аналоги длительного действия – **эстрадиол - дипропионат** 1 мл или **диэтилстильбэстрол** 0,1% - 1,0 1 раз в 3 дня внутримышечно.

Менструальный цикл с успехом воспроизводится препаратами продленного действия:

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

В 1-й день лечения вводится внутримышечно в 1 мл 20 мг эстрадиола продленного действия (delestrogen), содержащего 20 мг эстрадиол - валерьяната.

На 15-й день лечения вводится 5 мг delestrogen и 250 мг прогестерона продленного действия (delaluton), содержащего 250 мг гидроксипрогестерон-капроата.

Через 14 дней после второй инъекции начинается менструальноподобное кровотечение.

В более легких случаях гипоплазии яичников рекомендуется:

для орального применения этинилэстрадиол по 0,02 мг или диэтилстильбэстрол по 0,001 сублингвально в течение 20 дней.

С 20-го дня цикла назначается в течение 7 дней прегнин по 2 таблетки (0,005 мг в 1 таблетке) 3 раза в день или прогестерон по 10 мг внутримышечно в течение 7 дней.

Следует отметить, что диэтилстильбэстролпротивопоказан при заболеваниях печени и иногда вызывает тошноту и рвоту.

Циклическая заместительная терапия должна проводиться не менее 3 - 5 циклов подряд.

Стимулирующая терапия.

Стимулирующая терапия имеет целью налаживание овуляторного менструального цикла. Она применяется в тех случаях, когда аменорея и другие нарушения цикла являются следствием регуляторных влияний, и неэффективна при поражении паренхимы яичников.

Лечение гонадотропинами.

Принцип лечения гонадотропными гормонами заключается в том, **чтобы вызвать созревание фолликулов яичника при помощи фолликулостимулирующего гормона, а затем создать фазу желтого тела лютеинизирующим гормоном.**

В ряде случаев, например, при некоторых ановуляторных циклах, когда имеется достаточный рост и развитие фолликулов, рекомендуется проводить лечение только препаратами с лютеинизирующим действием, в качестве которых используется хорионический гонадотропин (ХГ).

ХГ рекомендуется вводить через день по 1500 ЕД с 12-го дня цикла 3-4 раза.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Но очень часто необходимо сочетанное применение препаратов с фолликулостимулирующим и лютеинизирующим действием ввиду недостаточного развития фолликулов.

В качестве препаратов с ФСГ - активностью часто использовался гонадотропин из сыворотки жеребых кобыл (СЖК).

Staemler рекомендует вводить СЖК:

начиная с 300 ЕД в день в течение 4 дней

затем в течение 12 дней постепенно снижая дозу.

Одновременно с СЖК вводится ХГ в дозах 250 ЕД 4 дня, 500 ЕД 4 дня и 1500 ЕД 4 дня внутримышечно.

Лечение ударными дозами прогестерона и эстрогенов.

При отсутствии выраженной атрофии половых органов и, в частности атрофии эндометрия, можно рекомендовать ударные дозы прогестерона и прогестерона с эстрогенами.

Соотношение доз эстрогенов с прогестероном должно быть 1/20 или 1/30.

Преимущественно назначаются препараты для парентерального введения. Рекомендуется вводить 1 мг эстрадиол-дипропионата и 25-30 мг прогестерона (вместе) внутримышечно 3 дня подряд.

Кровоотделение наступает после отмены введения гормонов на 3-4-й день.

После успешного первого курса лечения рекомендуется провести еще 3-4 таких же курса лечения с 21-го по 23-й день цикла.

Лечение кломифеном.

В литературе отмечается успешное применение препарата кломифена для вызывания овуляции. Кломифен относится к веществам нестероидной природы (аналог хлоротрианизина) с выраженным действием на гипоталамо - гипофизарную систему. В больших дозах этот препарат обладает антиэстрогенным действием, тормозит овуляцию.

В малых и средних дозах он оказывает такое влияние на гипоталамогипофизарно-овариальную систему, в результате которого стимулируются процессы овуляции.

Кломифен вводится в течение 21 дня по 25 мг в виде цитратной соли. Если доза неэффективна, ее повышают до 50 и даже 100 мг.

Кломифен не эффективен при поражении паренхимы яичников.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Используемая литература:

1. М.Зияева “Гинекология” Тошкент - 2007 г.
2. Я.Н.Аллаеров “Сборник ситуационных задач и тестовых вопросов по предмету ”Акушерство и гинекология” Тошкент. 1996 г.
3. Я.Н.Аллаеров, Ф.И.Одилова “Графологические схемы по акушерству и гинекологии”
4. Н.А.Татарова, Л.А.Суслопаров, В.И.Лукин, В.В.Ветров, Л.П.жибура, Н.В.Дормограй, Е.А.Островская, С.В.Тимошенкова, А.В.Лукина “Новейший справочник. Гинекология”. Санкт-Петербург «Сова» - 2006
5. Кретьева Н.Е. Смирнова Л.М. “Акушерство и гинекология”
6. В.А. Загребина А.М. Торчинов “Гинекология”
7. Н.А.Татарова, Л.А.Суслопаров, В.И.Лукин, В.В.Ветров, Л.П.жибура, Н.В.Дормограй, Е.А.Островская, С.В.Тимошенкова, А.В.Лукина” Гинекология диагностика и лечение. Новейший справочник” Москва «ЭКСМО» - 2006
8. Ю.Ю.Елисеева “ Полный справочник акушера–гинеколога” Москва «ЭКСМО»- 2006

Интернет сайты:

<https://www.medicina.ru/>

[WWWhttppl/tibbiyot .UZ/](http://WWWhttppl/tibbiyot.UZ/)

[WWWhttppl/Sorum. Ziyo UZ.com](http://WWWhttppl/Sorum.ZiyoUZ.com)

<http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser/>

