

Нарушения менструального цикла

-

Менструальный цикл.

Менструальный цикл – это ритмически повторяющийся биологический процесс, подготавливающий организм женщины к беременности.

Менструация – это ежемесячные, циклически появляющиеся маточные кровотечения. Первая менструация (менархе) чаще появляется в 12-13 лет (+/- 1,5-2 года). Менструация прекращается чаще в 45-50 лет.

Менструальный цикл условно определяют от первого дня предыдущей до первого дня следующей менструации.

Физиологический менструальный цикл характеризуется:

- Двухфазностью.
- Продолжительностью не менее 22 и не более 35 дней (у 60% женщин – 28-32 дня).
Менструальный цикл продолжительностью менее 22 дней – *антепонирующий*,
более 35 дней – *постпонирующий*.
- Постоянной цикличностью.
- Продолжительностью менструации 2-7 дней.
- Менструальной кровопотерей 50-150 мл.
- Отсутствие болезненных проявлений и нарушений общего состояния организма.

Факторами, приводящими к расстройствам менструальной функции, являются:

- 1. сильные эмоциональные потрясения**
- 2. психические или нервные заболевания (органические или функциональные);**
- 3. нарушения питания (количественные и качественные),**
- 4. авитаминозы,**
- 5. ожирение различной этиологии;**
- 6. профессиональные вредности (воздействие некоторых химических веществ, физических факторов, радиации);**
- 7. инфекционные и септические заболевания;**
- 8. хронические заболевания органов и систем**
- 9. перенесенные гинекологические операции;**
- 10. травмы мочеполовых органов;**
- 11. воспалительные заболевания и опухоли женских половых органов**
- 12. опухоли головного мозга;**
- 13. хромосомные нарушения;**
- 14. врожденное недоразвитие половых органов;**
- 15. инволюционная перестройка гипоталамических центров в климактерическом периоде.**

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).

Дисфункциональные маточные кровотечения – это кровотечения, которые являются следствием нарушений гормональной функции яичников, без наличия анатомических изменений в репродуктивной системе.

Морфологическим субстратом кровотечений являются участки эндометрия с резко расширенными тонкостенными кровеносными сосудами, выраженными дистрофическими изменениями и тромбозом.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ПАТОГЕНЕЗУ

Характер кровотечений	Овуляторные кровотечения	Ановуляторные кровотечения
Циклические	• Недостаточность фолликула • Недостаточность желтого тела • Межменструальные	• Кратковременная ритмическая персистенция фолликула
Ациклические	• Персистенция желтого тела	• Персистенция фолликула

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФОЛЛИКУЛА

Происходит укорочение фолликулиновой фазы, длительность ее достигает 7-8 дней, а весь цикл укорачивается до 14-21 дня. Патология обусловлена нарушением функции гипофиза и неправильной стимуляцией яичников. Характерный признак- раннее повышение базальной температуры(на 7-9 день). Длительность лютеиновой фазы не изменяется. У женщин менструации более частые (пройоменорея) и длительные (гиперполименорея). Чаше такое нарушение возникает в период полового созревания. Соматическое и половое развитие без особенностей.

The background of the slide is a photograph of a sunset or sunrise over a body of water. The sun is a bright, glowing orb positioned in the center of the frame, just above the horizon. The sky is filled with soft, wispy clouds in shades of orange, yellow, and light brown. The water in the foreground is calm, reflecting the warm colors of the sky and the sun. The entire image is framed by a thin, golden border with a slightly textured or beveled appearance.

Овуляторные маточные кровотечения

Недостаточность (атрезия) желтого тела

Происходит укорочение лютеиновой фазы.

Патология чаще связана с недостаточной продукцией ЛГ и ЛТГ. Базальная температура повышается в течение 4-5 дней, но это повышение не более 0,4 С. Длительность фолликулиновой фазы не изменяется. Менструальный цикл укорачивается, менструации более обильные, что связано со снижением продукции прогестерона желтым телом и неполноценностью секреторной фазы. Клинически укорочение лютеиновой фазы характеризуется появлением кровянистых выделений до и после менструации.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Происходит удлинение лютеиновой фазы, что происходит вследствие длительного выделения ЛГ и ЛТГ. Гормон желтого тела длительно воздействует на матку, а во время менструации матка недостаточно хорошо сокращается в результате релаксирующего действия прогестерона на миометрий. Базальная температура находится на высоком уровне в течение 12-14 дней и более. Менструальный цикл удлиняется, менструации обильные.

ОВУЛЯТОРНЫЕ МЕЖМЕНСТРУАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Регулярно повторяются на 10-12 день после окончания менструации и совпадают со временем овуляции. Причина их возникновения – резкое снижение в это время уровня эстрогенов и изменением к ним чувствительности рецепторов эндометрия. Кровянистые выделения чаще необильные, безболезненные, длятся 1-2 дня. Базальная температура двухфазная, без отклонения от нормы.



Ановуляторные маточные кровотечения

Персистенция фолликула

Фолликул достигает полной зрелости, но разрыв его не происходит, он длительно существует, вырабатывая эстрогены в большом количестве, а затем подвергается обратному развитию. При персистенции фолликула образуется большое количество эстрогенов (гиперэстрогения), под влиянием которых в эндометрии развивается пролиферация, а затем гиперплазия

Клиника: после короткого периода задержки менструации (от нескольких дней до 2-3 нед.) начинается обильное, но непродолжительное кровотечение.

АТРЕЗИЯ ФОЛЛИКУЛОВ

В фолликулах одновременно созревает несколько фолликулов, но они не достигают стадии зрелости и подвергаются атрезии; на смену им растут новые фолликулы, вновь подвергающиеся атрезии. При атрезии фолликулов в яичниках вырабатывается недостаточное количество эстрогенов (гипоэстрогения), однако их длительное воздействие на эндометрий приводит к тем же результатам (пролиферация, гиперплазия эндометрия).

Клиника: после длительной задержки менструации (от нескольких недель до нескольких месяцев) начинается умеренное кровотечение, переходящее в длительные кровомазания с короткими периодами усиления (эти ациклические кровотечения могут продолжаться несколько недель). За счет гипоэстрогении нарушается как процесс десквамации, так и регенерации эпителия.

Дисфункциональные
маточные кровотечения в
пубертатном (ювенильном)
периоде называются
**ювенильными маточными
кровотечениями (ЮМК)**

Этиология и патогенез. В основе дисфункциональных маточных кровотечений лежит десинхронизация функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. В результате изменяется взаимоотношение секретируемых рилизинг-гормонов ФСГ и ЛГ, нарушаются фолликулогенез и менструальная функция. В яичнике либо созревают несколько атретичных фолликулов, либо персистирует один, но доминантный фолликул отсутствует и, следовательно, не образуется желтое тело, слизистая оболочка матки своевременно (в дни менструаций) не отторгается и подвергается гиперпластической трансформации — развивается железисто-кистозная гиперплазия. В слизистой оболочке отсутствует фаза секреции, ее чрезмерное разрастание приводит к нарушению питания и отторжению. Однако отторжение может сопровождаться обильным кровотечением или растягиваться во времени.

Нарушению гормональной регуляции полового развития с ЮМК способствуют психические и физические стрессы, переутомление, неблагоприятные бытовые условия, гиповитаминозы, дисфункция щитовидной железы и/или коры надпочечников. Большое значение в развитии ЮМК имеют как острые, так и хронические инфекционные заболевания (корь, коклюш, ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, ОРВИ и особенно частые ангины, хронический тонзиллит). Кроме того, могут иметь значение осложнения у матери во время беременности, родов, инфекционные заболевания родителей, искусственное вскармливание.

Этиология, патогенез:

- **Играют роль хронические и острые инфекции**
- **Неправильное питание (гиповитаминозы)**
- **Психические травмы, перегрузки**

Для ювенильных кровотечений характерен особый тип ановуляции, при котором происходит атрезия фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости.

Клиника:

- Длительные (более 7 дней), обильные, ациклические кровотечения.**
- Кровотечения возникают после задержки менструации на 1,5-6 месяцев, но могут наступать кровотечения и через 14-16 дней после начала предыдущих кровянистых выделений.**

Лечение:

I этап – гемостаз:

- ✓ Гемостатические препараты (дицинон, Памба, этамзилат)
- ✓ Антианемическая терапия (сорбифер, ферроплекс, ферретаб, тардиферон, ферронал, ферроградумет)
- ✓ Сокращающие матку средства (окситоцин, настойка лагохилуса, настойка водяного перца)
- ✓ Назначают гормональный гемостаз. Применяются эстрогенсодержащие препараты с последующим переходом на гестагены после остановки кровотечения. Широко применяются микродозированные оральные контрацептивы.
- ✓ По жизненным показаниям – раздельное диагностическое выскабливание после дефлорации (после заключения консилиума).

II этап – профилактика рецидивов:

- **микродозированные оральные контрацептивы (новинет, линдинет-20, логест, жанин и другие)**
- **дюфастон во 2-ю фазу менструального цикла 3-4 месяца.**

III этап – реабилитация:

- **санаторно-курортное лечение,**
- **физиотерапия,**
- **фитотерапия,**
- **прием гомеопатических препаратов**

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте

Могут протекать на фоне овуляции и быть ановуляторными, сохранять цикличность или быть ациклическими.

При недостаточности фолликула или желтого тела, при кратковременной ритмической персистенции фолликула женщин не беспокоит кровотечение как таковое, больные предъявляют жалобы на отсутствие беременности или ее самопроизвольное прерывание.

Диагностика:

- **Анамнез**
- **Тесты функциональной диагностики**
- **УЗИ**
- **Определение гормонов крови**
- **Гистероскопия с раздельным
диагностическим выскабливанием и
последующим гистологическим исследованием**

Лечение:

I этап (гемостаз) – гистероскопия с лечебно-диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки, с гистологическим исследованием соскоба.

II этап (гормонотерапия) с учетом особенностей структуры эндометрия, характера нарушений функции яичников и уровня эстрогенов крови.

Цели гормонотерапии:

- нормализация менструальной функции;
- реабилитация нарушенной репродуктивной функции при снижении фертильности или бесплодии;
- профилактика кровотечения

III этап – реабилитация.

- **чистые гестагены: норколут, примолют-нор, оргаметрил, провера по 5-10 мг по 1-2 таблетки с 16 по 25-й день цикла 3-6 месяцев.**
- **дюфастон по 10-20 мг (по 1-2 таблетке) с 16 по 25 день менструального цикла 3-6 месяцев.**
- **Деро-провера (пролонгированные гестагены) по 200 мг в/м на 14, 21-й день менструального цикла –3-6 месяцев.**
- **Ментен по 250 мг внутримышечно 1-2 раза в неделю во II фазу цикла 3-6 месяцев.**

ДМК пременопаузального периода

Протекают по типу персистенции фолликула и желтого тела, атрезии фолликула, при этом кровотечения значительные, обильные, сопровождающиеся задержкой менструаций разной продолжительности.

Диагностика:

- Анамнез**
- Тесты функциональной диагностики**
- УЗИ**
- Определение гормонов крови**
- Гистероскопия с раздельным
диагностическим выскабливанием и
последующим гистологическим
исследованием**

Лечение:

I этап – хирургический гемостаз:

Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии.

II этап – женщинам до 47-48 лет, можно сохранить менструальноподобную реакцию, после 48 лет – можно исключить менструальную функцию.

Женщинам до 48 лет лучше применять гестагены, которые назначают по контрацептивной схеме (с 5 по 25-й день) или по укороченной схеме с 16 по 25-й день менструального цикла.

Используются: норколут, примолют-нор, оргаметрил, провера, дюфастон , депо-провера , депостат 200 мг в/м так же.

Женщинам старше 47-48 лет гестагены назначают в непрерывном режиме с целью подавления менструальной функции. Дозы такие же. Курс лечения – 6 месяцев.

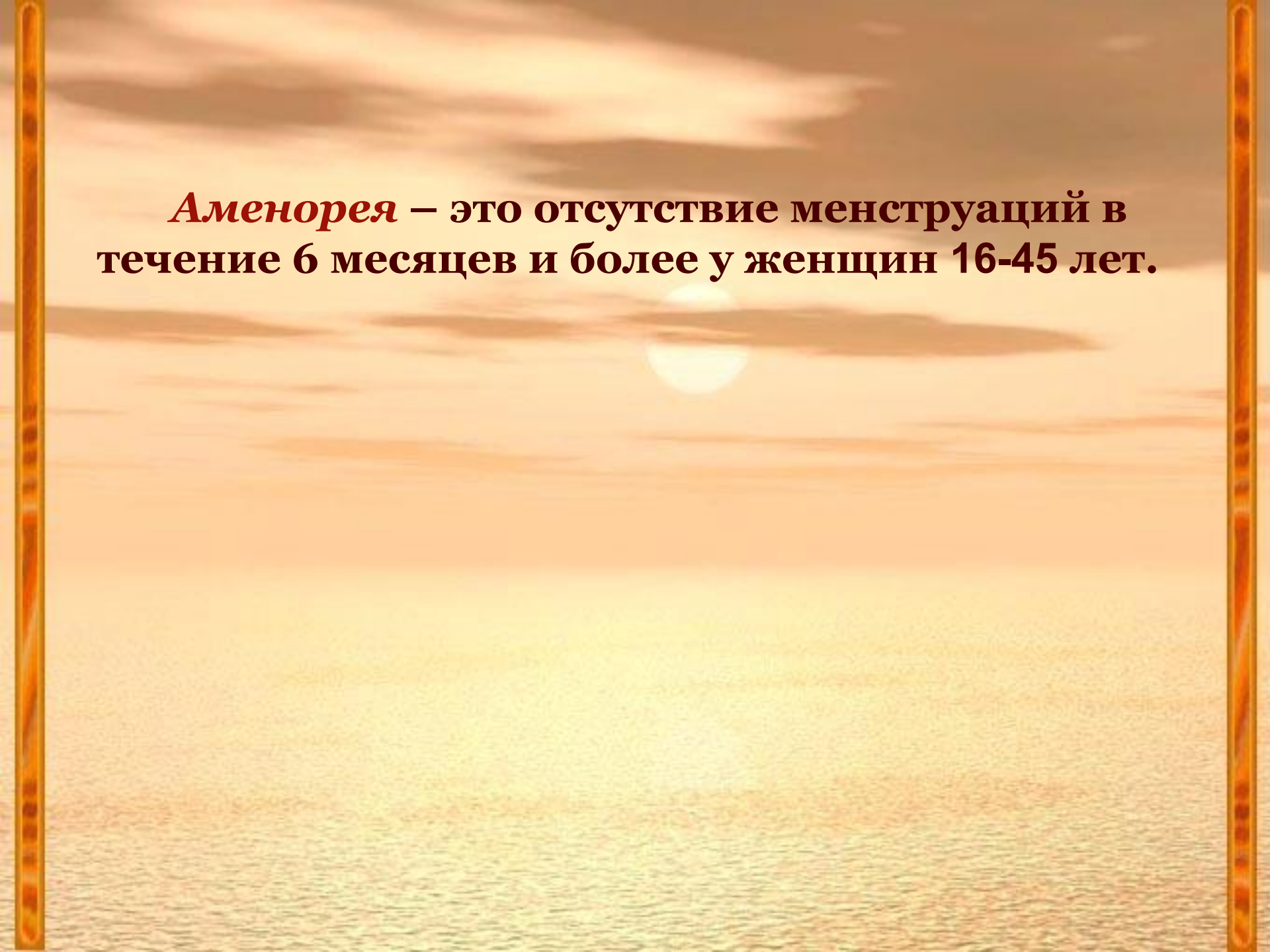
Эффективны антагонисты гонадотропинов (даназол, дановал) в непрерывном режиме в течение 6 месяцев.

Используется в этом периоде андрогены:

- Омнадрен-250**
- Сустанон-250**
- Тестенат**

На современном этапе широко применяются агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов: золадекс (гозерелин), буселерин, декапептил, лейпрорелина ацетат (люкрин-депо), диферелин, луприд-депо.

При отсутствии эффекта – хирургическое лечение или современный метод – абляция эндометрия.



Аменорея – это отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более у женщин 16-45 лет.

□ **Физиологическая аменорея:**

- во время беременности
- во время лактации
- до периода полового созревания
- в постменопаузе

□ **Патологическая аменорея** является симптомом многих генитальных и экстрагенитальных заболеваний:

- **Истинная аменорея**, при которой отсутствуют и менструация и циклические процессы в организме
- **Ложная аменорея** (криптоменорея) – отсутствие внешних проявлений, т.е. менструального кровотечения (при наличии циклических процессов в организме). Это бывает при атрезии девственной плевы, цервикального канала, влагалища и других пороках развития женской половой системы.

- **Истинная аменорея (первичная и вторичная)**

Первичная аменорея - это отсутствие менструаций у девушки в возрасте 16 лет и старше (менструаций никогда не было).

□ **Первичная аменорея**

1. гипогонадотропная аменорея.

Клиника:

- У больных отмечаются евнухоидные признаки телосложения
- Гипоплазия молочных желез с жировым замещением железистой ткани
- размеры матки и яичников соответствуют возрасту 2-7 лет

Лечение: гормонотерапия гонадотропными гормонами и циклическая терапия комбинированными оральными контрацептивами 3-4 мес.

1. Первичная аменорея на фоне симптомов вирилизации – это врожденный адреногенитальный синдром (АГС). При этом синдроме имеется генетически обусловленные нарушения синтеза андрогенов в коре надпочечников.
2. Первичная аменорея при нормальном фенотипе может быть обусловлена пороками развития матки, влагалища – синдромом тестикулярной феминизации. Редкая патология – 1 случай на 12-15 тыс. новорожденных.

Синдром тестикулярной феминизации входит в число моногенных мутаций – изменение одного гена приводит к врожденному отсутствию фермента 5 α -редуктазы, превращающей тестостерон в более активный дегидротестостерон.

- ✓ Кариотип у больных – 46 ху.
- ✓ При рождении отмечается женский тип строения наружных половых органов
- ✓ Влагалище короткое, слепое
- ✓ Гонады у 1/3 больных расположены в брюшной полости, у 1/3 – в паховых каналах, а у остальных – в толще половых губ. Иногда наблюдается врожденная паховая грыжа, в которой содержится яичко.
- ✓ Фенотип взрослых больных – женский.
- ✓ Молочные железы развиты хорошо. Соски недоразвиты, слабо выражены околосоковые поля. Половое и подмышечное оволосение не выявлено.

Лечение: хирургическое (удаление неполноценных тестикул) в возрасте 16-18 лет после завершения роста и развития вторичных половых признаков.

4. Дисгенезия гонад (генетически обусловленный порок развития яичников)

Из-за количественного и качественного дефекта половых хромосом не происходит нормальное развитие яичниковой ткани и на месте яичников формируются соединительнотканые тяжи, а это обуславливает резкую недостаточность половых гормонов.

Дисгенезия гонад имеет 3 клинические формы:

- 1). Синдром Шерешевского-Тернера**
- 2). «Чистая» форма дисгенезии гонад**
- 3). Смешанная форма дисгенезии гонад**

Синдром Шерешевского-Тернера

Кариотип 45 х;

45 х/ 46 у;

45 х/ 47 ххх.

Половой хроматин не определяется или резко снижен. В крови значительно понижен уровень гонадотропных гормонов и снижено содержание яичниковых гормонов.

Клиника:

- ✓ У больных отмечается низкая масса тела при рождении
- ✓ Крыловидные складки на шее
- ✓ Пороки развития сердца, крупных сосудов, почек
- ✓ Отставание в росте
- ✓ Множественные нарушения строения скелета
- ✓ Остеопороз
- ✓ Низко посаженные уши
- ✓ Высокое верхнее нёбо
- ✓ Низкая линия роста волос на шее
- ✓ Вальгусная установка коленных и локтевых суставов
- ✓ Синдактилия и другие.
- ✓ Вторичные половые признаки не появляются.

«Чистая» форма дисгенезии гонад.

Характеризуется женским фенотипом, нормальным или высоким ростом при отсутствии или недоразвитии молочных желез, скудном вторичном оволосении. Наружные и внутренние половые органы недоразвиты.

Кариотип 46xx или 46ху, половой хроматин отрицательный. На месте гонад – соединительнотканые тяжи.

Смешанная форма дисгенезии гонад.

Соматические аномалии отсутствуют, отмечаются признаки вирилизации. На месте яичников с одной стороны обнаруживается соединительнотканый тяж, с другой – дисгенетическое яичко. Кариотип чаще всего 45х/46у или мозаицизм, половой хроматин отрицательный.

Лечение:

С 13-14 лет начинают лечение эстрогенами непрерывно до увеличения молочных желез и появления менструальноподобной реакции. Затем назначают комбинированные оральные контрацептивы длительно и продолжают в репродуктивном возрасте.

При смешанной форме дисгенезии гонад – лечение хирургическое (удаление гонад) для того, чтобы избежать развития злокачественных опухолей.

□ Вторичная аменорея.

1. Психогенная аменорея (стресс-аменорея) связана с нарушениями на уровне коры головного мозга.

Под влиянием стрессового выброса больших доз АКТГ, эндорфинов, нейротрансмиттеров уменьшаются и даже блокируются образование и выделение гонадолиберинов и гонадотропинов.

Клиника:

- Аменорея
- Астеноневротический, астенодепрессивный, астеноипохондрический синдромы

Лечение:

- Антидепрессанты
- Нейролептики
- Витамины группы В, А, Е
- Гомеопатические препараты.

2. **Гипоталамическая аменорея** возникает как результат воздействия неблагоприятных факторов на ЦНС:

- **Аменорея на фоне потери массы тела** появляется у девушек и женщин, применяющих диету бедную белками, витаминами, т.е при неполноценном питании.
- **Аменорея при нервной анорексии** встречается у молодых женщин, девочек-подростков с неустойчивой нервной системой, после тяжелых психических конфликтов.
- **Аменорея, обусловленная тяжелыми психическими травмами** (смерть близких, стихийные бедствия, война) и психическими заболеваниями (шизофрения).
- **Аменорея при чрезмерном умственном и физическом напряжении.**
- **Аменорея при ложной беременности** – это появление симптомов беременности у женщин, которые очень хотят иметь



3. Гипоталамо-гипофизарная аменорея

3.1. Гиперпролактинемия – увеличение образования пролактина гипофизом с повышением его уровня в крови.

Выделяют:

- Физиологическую гиперпролактинемию (беременность, лактация)**
- Патологическую гиперпролактинемию:**
 - а). функциональную**
 - б). органическую**

Функциональная гиперпролактинемия:

- При функциональных нарушениях в системе регуляции синтеза пролактина
- При гипотиреозе
- При длительной лекарственной терапии психотропными препаратами, нейролептиками, гормонами, комбинированными оральными контрацептивами
- При стрессах
- При некоторых формах гиперандрогении
- После длительной лактации
- После абортов

Клиника:

- **Вторичная аменорея**
- **Спонтанная галакторея**
- **Бесплодие**
- **Снижение либидо**
- **Отмечается умеренная гипоплазия матки и иногда нагрубание молочных желез.**

Гиперпролактинемия органического характера

**обусловлена пролактиномой
(пролактинсекретирующая опухоль гипофиза).
При этом отмечается аменорея-галакторея и
бесплодие.**

В клинике выделяют следующие синдромы:

- 1). Аменорею-галакторею, связанную с беременностью и родами (синдром Киари-Фроммеля).**
- 2). Идиопатическую аменорею-галакторею (синдром Аргонза-дель Кастильо).**
- 3). Аменорею-галакторею опухолевого генеза (синдром Форбса-Олбрайта).**

Лечение:

- При аденомах гипофиза – хирургическое лечение
- Для лечения функциональной гиперпролактинемии и пролактином гипофиза применяется парлодел (бромкриптин), достинекс, каберголин.



- При явлениях гипотиреоза проводят лечение тиреоидными гормонами.

3.2. Гипогонадотропная аменорея – это врожденная недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (15-20 % больных).

Характеристика:

- Выявляется низкое содержание гонадотропных гормонов и эстрадиола в крови.
- Отмечаются нормальные показатели пролактина, тестостерона, кортизола в крови.

Лечение:

комбинированные оральные контрацептивы для восстановления менструальноподобной реакции

3.3. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихана) возникает при некрозе 90 % тканей аденогипофиза, что может быть вызвано обильной кровопотерей при родах. Синдром Шихана характеризуется аменореей, отсутствием лактации, исчезновением оволосения наружных половых органов

3.4. Аменорея при акромегалии и гигантизме обусловлена гиперпродукцией соматотропина.

Если заболевание возникло до периода полового созревания – развивается гигантизм; после окончания – акромегалия.

Лечение:

- Гормональная терапия большими дозами эстрогенов, которые приостанавливают чрезмерный рост**
- Для восстановления менструального цикла показано назначение комбинированных оральных контрацептивов в течение 3-4 месяцев.**

3.5. Аменорея при болезни Иценко-Кушинга
связана с избыточной продукцией кортикотропина
(при базофильной аденоме гипофиза, травме черепа,
энцефалите).

Характерно ожирение с отложением жира в области
лица (лунообразное лицо багрово-красного цвета),
шеи, верхней половины туловища и живота,
непропорционально худые конечности.

Лечение: Для нормализации менструальной функции
назначают комбинированные эстроген-гестагенные
препараты типа оральных контрацептивов в
21-дневном режиме 4-5 месяцев.

4. Надпочечниковая форма аменореи.

4.1. Постпубертатный адреногенитальный синдром.

4.2. Вирилизирующая опухоль надпочечников.

5. Яичниковая форма аменореи:

5.1. Синдром истощения яичников (или преждевременный климакс, преждевременная менопауза). Возникает у женщины моложе 38 лет.

Лечение: циклическая гормонотерапия, оральные контрацептивы с малым содержанием эстрогенов.

5.2. Синдром резистентных яичников

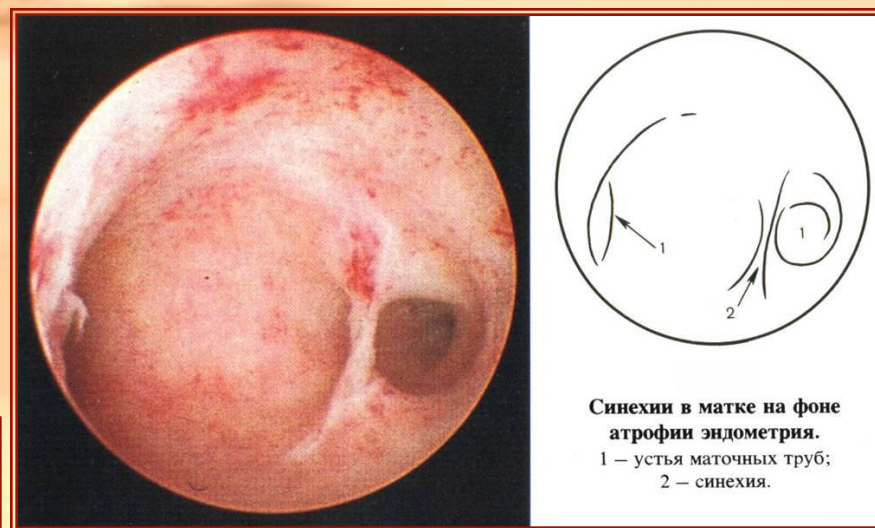
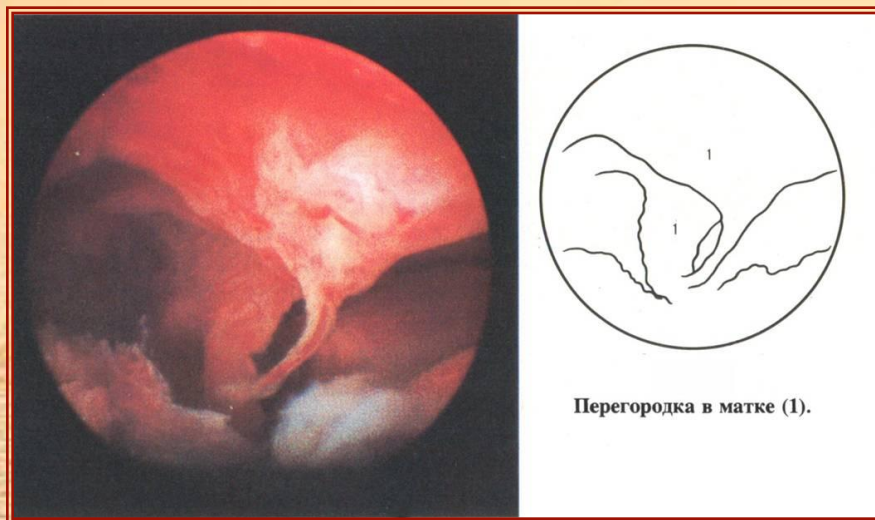
Клиника:

- Вторичная аменорея
- Бесплодие

Лечение: циклическая гормонотерапия эстроген-гестагенными препаратами типа оральных контрацептивов с содержанием эстрогенов не более 0,03 мг. Назначают по 1/2 или 1/4 таблетки в день длительно .

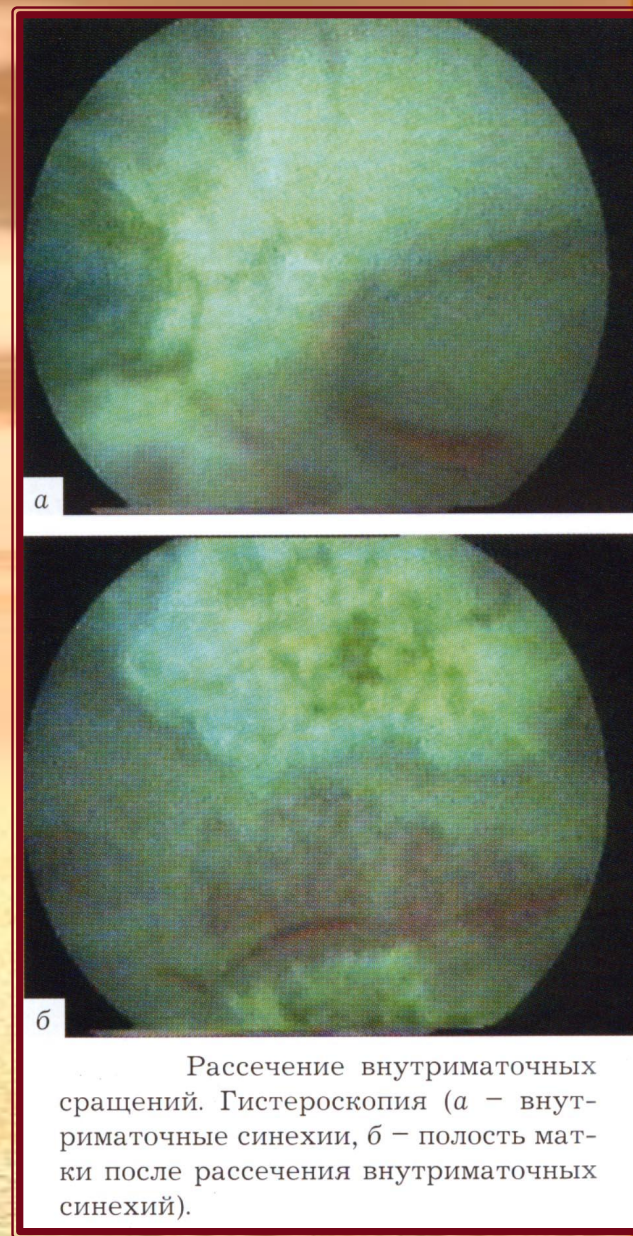
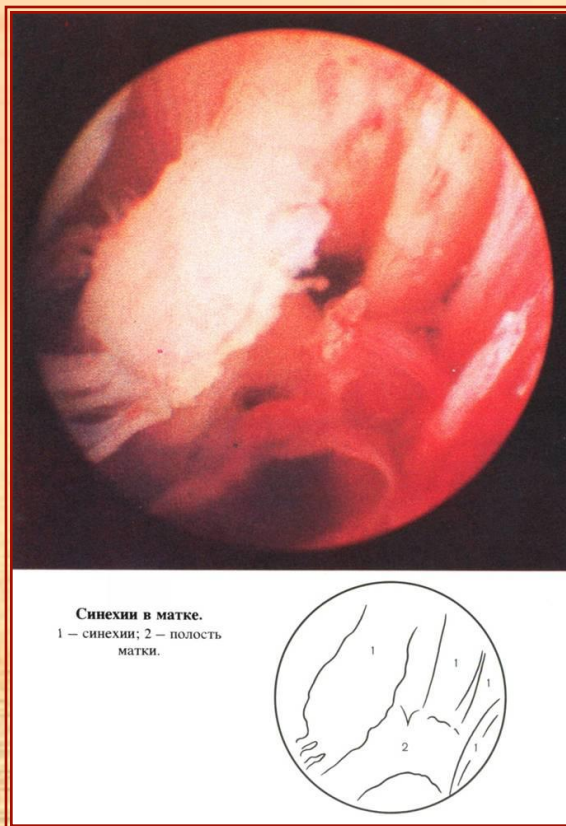
6. Маточная форма аменореи

- в результате патологического процесса в эндометрии.
- синдром Ашермана – наличие внутриматочных синехий



Лечение:

- хирургическое (разрушение синехий путем выскабливания под контролем гистероскопии),
- циклическая гормонотерапия.
- Гомеопатические препараты.



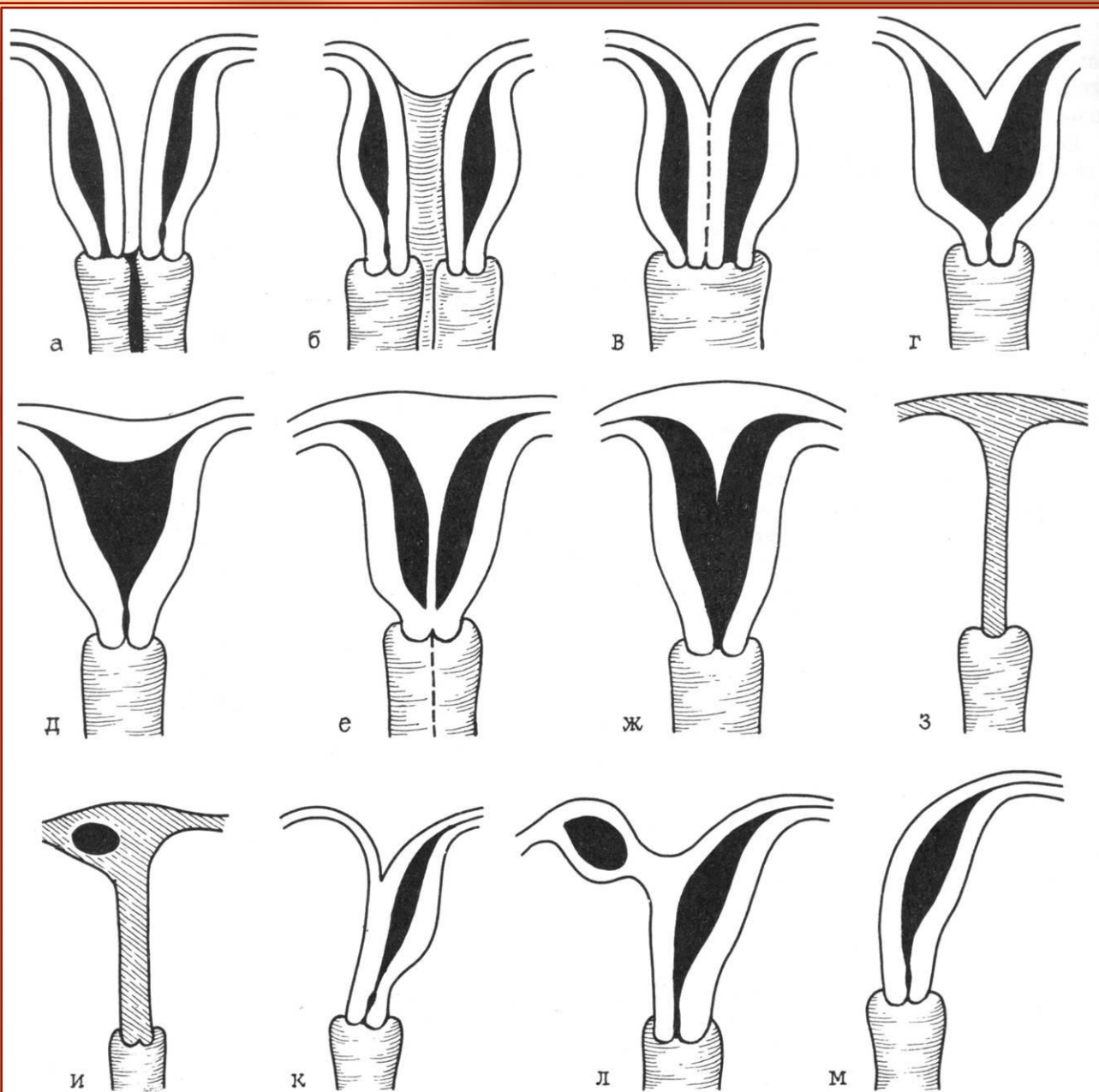
- ***Ложная аменорея.***

Криптоменорея – отсутствие оттока менструальной крови при наличии циклических процессов в организме.

Причины – пороки развития женской половой системы

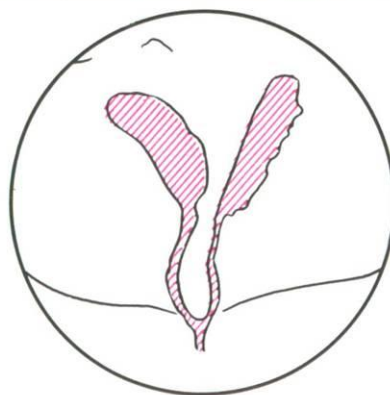
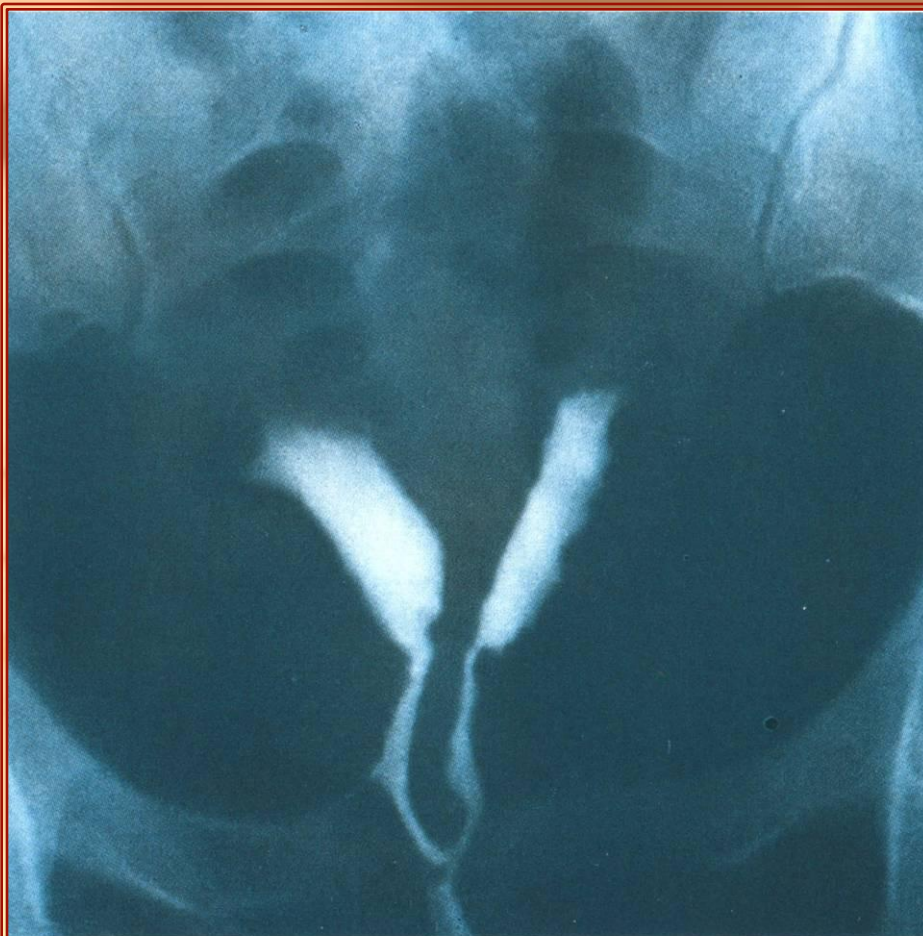
- атрезия девственной плевы
- атрезия цервикального канала
- атрезия влагалища

Лечение – хирургическое.



Аномалии развития матки.

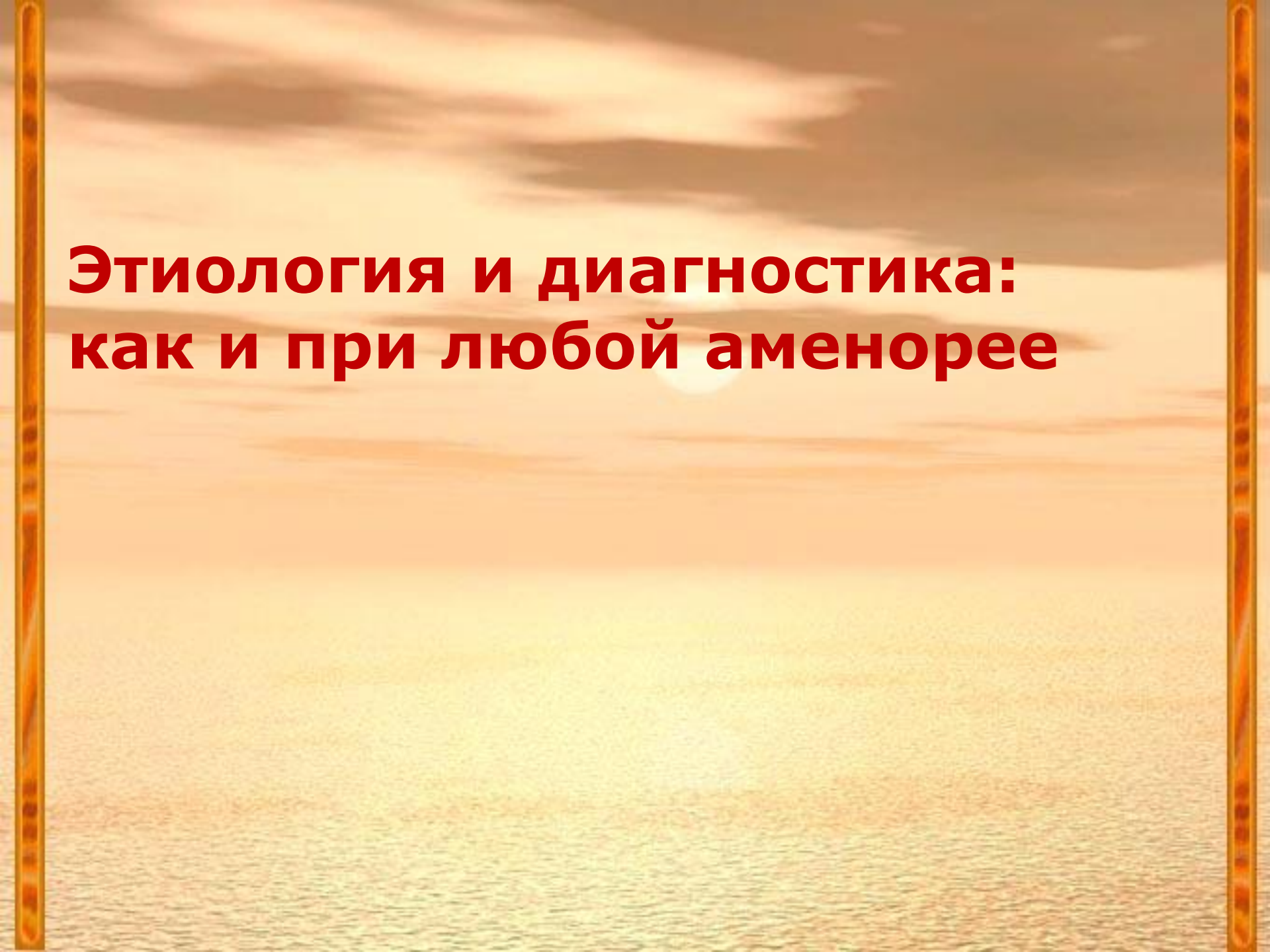
а — uterus didelphys; б — uterus duplex et vagina duplex; в — uterus bicornis bicollis; г — uterus bicornis unicollis; д — uterus arcuatus; е — uterus septus duplex; ж — uterus subseptus; з, и, к, л — uterus bicornis rudimentarius; м — uterus unicornis.



**Гистерограмма. Удвоение
матки. Контуры яичников
и маточных труб не
определяются.**

Гипоменструальный синдром

возникает при нарушениях нейро-эндокринного звена половой системы, характеризуется нарушением менструального цикла в промежутке от 1 до 3 месяцев, проявляется гипоменореей - скудное количество менструального отделяемого, олигоменореей - непродолжительные месячные (менее 3 суток), опсоменореей - редкими менструациями (реже, чем через 35 суток).



Этиология и диагностика: как и при любой аменорее

Лечение:

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

Климактерический синдром

- **Пременопаузальный период** - от 45 лет до наступления менопаузы.
- **Перименопаузальный период** - пременопаузальный период и 2 года после менопаузы
- **Менопауза** - аменорея, длительностью 6-12 мес у женщин старше 45 лет; последняя менструация в среднем наступает в возрасте 50,8 лет
- **Постменопаузальный период** - начинается после менопаузы, длится до смерти женщины.
- **Климактерический синдром** — клинический симптомокомплекс, развивающийся в процессе угасания функции репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма, осложняющий течение климактерического периода. Характеризуется вазомоторными, эндокринно-обменными и нервно-психическими симптомами.

Факторы риска климактерического синдрома:

- а) социально-экономические, бытовые и семейные трудности;
- б) нейропсихические и стрессовые ситуации;
- в) генитальная патология;
- г) экстрагенитальные заболевания;
- д) обменные нарушения;
- е) наследственные факторы;
- ж) внешнесредовые факторы

Клиника КС:

а) 1-ая группа - ранние симптомы:

1. вазомоторные - приливы жара, повышенная потливость, головные боли, гипотензия или гипертензия, ознобы, сердцебиения
2. эмоционально-психические - раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо

б) 2-ая группа - средневременные симптомы:

1. урогенитальные - сухость влагалища, боль при половом сношении, зуд и жжение, учащение мочеиспускания
2. кожа и ее придатки - сухость кожи, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос

в) 3-ая группа - поздние симптомы - обменные нарушения (остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания)

Диагностика КС:

- 1) анамнез, клиника
- 2) гинекологическое исследование
- 3) УЗИ-диагностика
- 4) гистеро- и кольпоскопия
- 5) исследование молочных желез
- 6) гормональные пробы
- 7) рентгенография костей скелета (при остеопорозе)

Лечение КС:

- **1. Немедикаментозная терапия:** ЛФК, общий массаж, прогулки перед сном, водные процедуры - обливания, душ, хвойные, шалфейные горячие ножные ванны, бальнеотерапия минеральными и радоновыми водами, гальванизация, электрофорез.
- **2. Медикаментозная негормональная терапия** - с целью нормализации функционального состояния ЦНС и ВНС
 - а) симпатолитики (резерпин, обзидан)
 - б) холинолитики (настойка беладонны), антигистаминные препараты (тавегил)
 - в) беллоид и беллатоминал
 - г) витамины В1, В6, Е
 - д) АТФ
 - е) нейротропные препараты (тазепам, феназепам), психостимуляторы (ноотропил, циннаризин, аминалон)

3. Гормональная терапия - проводится при отсутствии полного эффекта от негормональной терапии:

а) чистые эстрогены: эстриол, эстрадиола дипропионат, овестин

б) микродозы комбинированных эстроген-гестагенных гормонов (бисекурин, нон-овлон) с электроанальгезией

в) чистые гестагены (норкулот, прогестерон)

г) при гиперпролактинемической форме - парлодел

д) при остеопорозе - чистые эстрогены в сочетании с андрогенами (препарат амбосекс)

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.**

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, психоэмоциональное 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, дисгормональная кардиопатия**
- 5) ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия**
- 6) остеопороз, изменение кожного и волосяного покровов**
- 7) гепатохолецистит и др.**
- 8) изменения психики, плаксивость, раздражительность, чувство тревоги, ухудшение памяти**
- 9) пародонтоз**
- 10) атрофический кольпит**
- 11) глаукома с тяжелым прогрессирующим течением.**

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.
 - б) женщинам более старшего возраста рекомендуется сочетанное применение эстрогенов и андрогенов.