

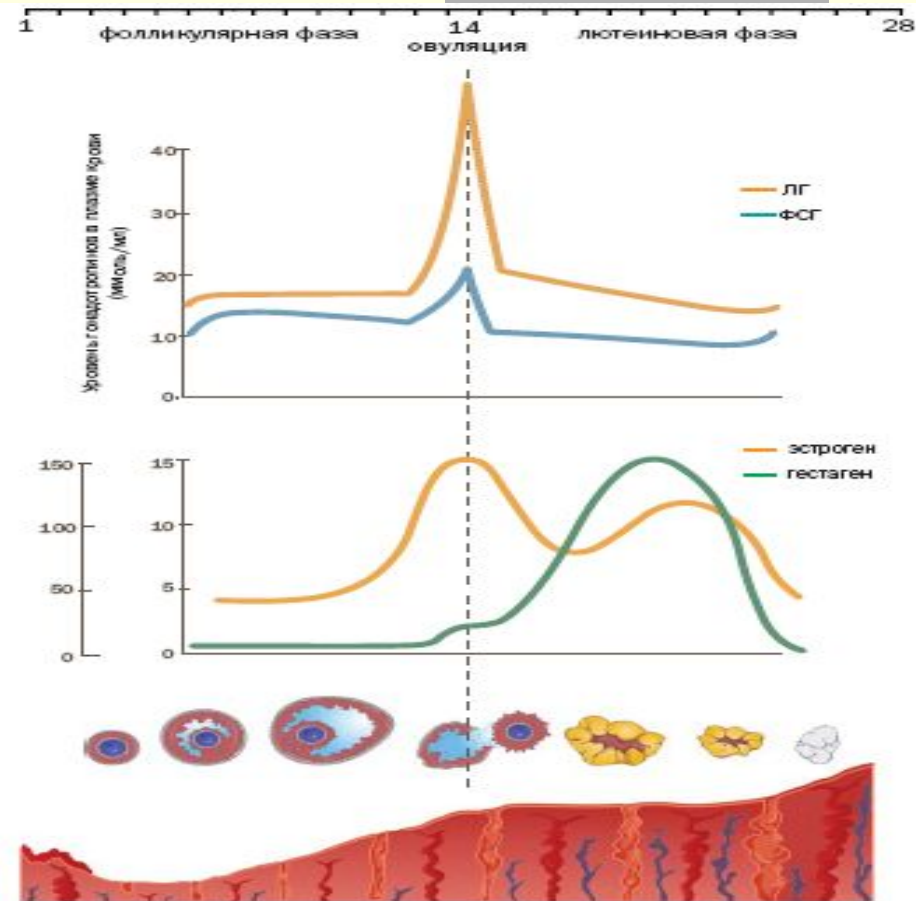
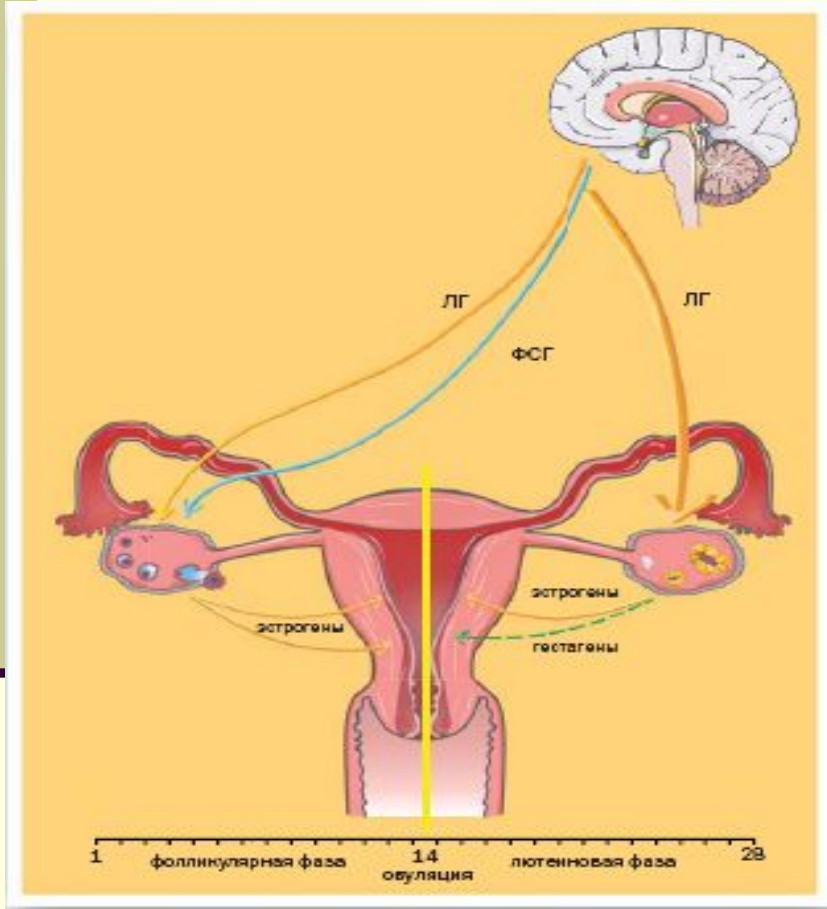
**ПОРУШЕННЯ
МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛУ
НЕЙРОЕНДОКРИННІ
СИНДРОМИ**

**Зав.кафедри акушерства та гінекології д.
мед.н. , проф . ГЕНИК Н.І.**

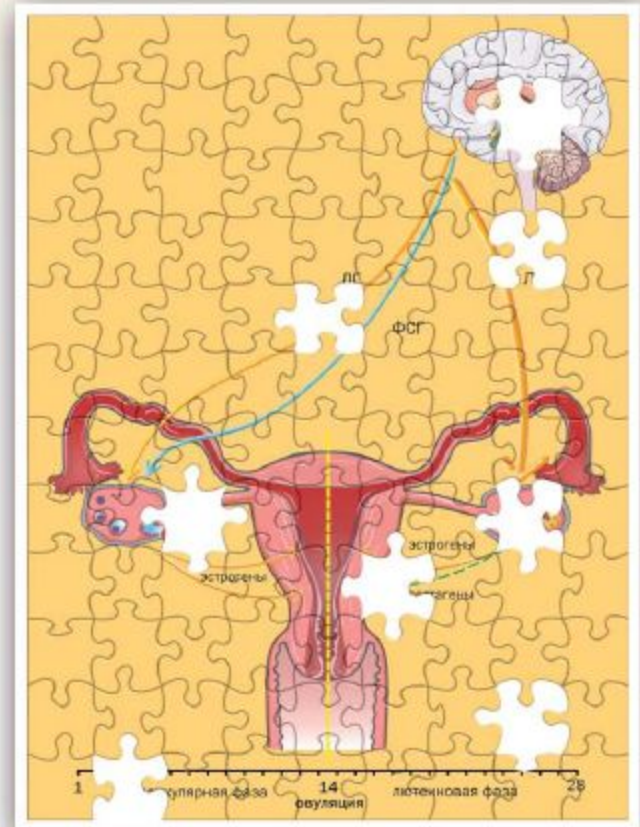
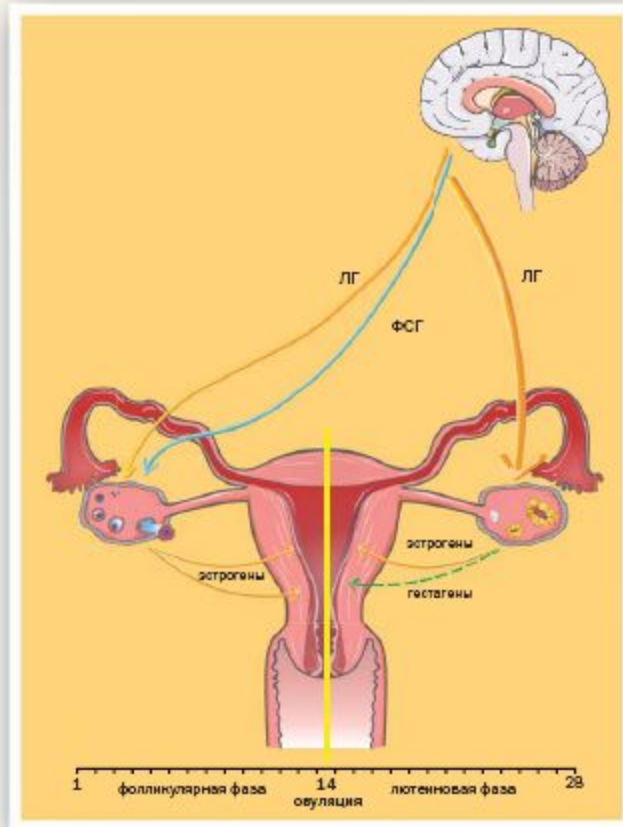
Характеристика нормального менструального циклу

- *Тривалість циклу
28 ± 7 днів*
- *Тривалість менструальної кровотечі 4 ± 2 дні*
- *Об'єм крововтрати при менструації 40 ± 20 мл*
- *Середня втрата заліза 16 мг*

Регуляція менструального циклу



Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система – ключевой элемент репродуктивной системы женщины



ДМК – следствие “поломки”
в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Опсоменорея – інтервал між місячними більше 35 днів;

Пройоменорея - інтервал між місячними менше 21 дня;

Олігоменорея – короткі місячні;

Поліменорея – тривалі місячні (більше 7 днів);

Гіперменорея – значні місячні;

Гіпоменорея – незначні місячні;

Менорагія – регулярні значні місячні тривалістю більше 7 днів;

Метрорагія – нерегулярні маткові кровотечі тривалістю більше 7 днів при крововтраті більше 80 мл;

Аменорея – відсутність місячним протягом 6 міс. і більше у жінок віком 16-45 років без вагітності та лактації

Альгодисменорея – болючі місячні;

Часто для визначення маткових кровотеч використовується термін **“аномальні маткові кровотечі”**, під яким розуміється наявність кров’янистих виділень з матки, що характеризуються надмірною тривалістю, кількістю втраченої крові і порушенням циклічності, тобто він включає циклічні і ациклічні кровотечі з матки незалежно від їх генезу.

КЛАСИФІКАЦІЯ АМК:

- **органічні кровотечі**, пов'язані з патологією матки (міома, аденоміоз), яєчників (гормонопродукуючі пухлини), або системними захворюваннями (коагулопатії, цироз печінки);
- **дисфункціональні кровотечі** (овуляторні та ановуляторні);
- **ятрогенні кровотечі**, пов'язані з неблагоприємним впливом гормональних і негормональних препаратів (безперервний прийом прогестагенів, застосування депо-форм прогестагенів, внутріматкових середників з прогестагенами, антикоагулянтів)

АМЕНОРЕЯ

Це відсутність менструації на протязі 6-и місяців і більше.

Розрізняють:

- патологічну
- фізіологічну
- псевдоаменорею (криптоменорею),

коли при наявності відторгнення ендометрію, кров'янисті виділення відсутні внаслідок порушення відтоку, обумовленого аномалією статевих органів.

Аменорея буває

- первинною: відсутність менструації у дівчаток 15-16 років
- вторинною: припинення менструації після встановлення менструальної функції.

**В залежності від рівня ураження розрізняють :
гіпоталамічну, гіпофізарну,
яйникову і маткову форми.**

КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРВИННОЇ АМЕНОРЕЇ

ПА із затримкою статевого розвитку

Вади розвитку гонад: дизгенезія гонад; синдром тестикулярної фемінізації

Порушення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи: функціональні, органічні

ПА без затримки статевого розвитку

Вади розвитку матки та піхви: атрезія гімена або частини піхви; аплазія матки (синдром Маєра-Рокітанського-Кюстнера)

ЯЙНИКОВА АМЕНОРЕЯ – неповноцінність гонад.

Типова форма дизгенезії гонад або синдром Шерешевського-Тернера (каріотип 45X)

Стерта форма дизгенезії гонад (45X/46XX)

Чиста форма дизгенезії гонад (каріотип 46XX або 46XU – синдром Сваєра)

Змішана форма дизгенезії гонад (мозаїчний каріотип, 45X/46XU)

Синдром тестикулярної фемінізації (структурний дефект Y хромосоми)

При вираженій недостатності переважають симптоми затримки статевого дозрівання, підвищений рівень ФСГ.

У пацієнок з дизгенезією гонад ФСГ перевищує 40 МЕ/л, а рівень естрадіолу та прогестерону знижений.

При наявності в гонадах морфоструктурних елементів яєчка відмічається підвищення рівня тестостерону.

Дизгенезія гонад повинна бути виключена у кожної пацієнтки з первинною аменореєю при зрості менше 150 см.

При даних видах будова яйників нагадує таку як при менопаузі (зменшення розмірів, числа фолікулів або їх відсутність)

Рівень ФСГ перевищує 30 МЕ/л, рівні естрогенів знижені незначно.

Лікування препаратами для замісної гормонотерапії в циклічному режимі приводить до відновлення циклу, причому при даній патології не виключена овуляція і вагітність.

ЦЕНТРАЛЬНІ ФОРМИ АМЕНОРЕЇ

Функціональні порушення

Причини: неповноцінне харчування, хронічні інфекції, інтоксикації, захворювання нирок, печінки, анемії та інш.

Форми: конституційна

Ізольована гонадотропна недостатність

Органічні порушення

Краніофарингіома, Синдром Калмана

Вторинна аменорея

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ І ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ І ТІЛА МАТКИ

Атрезія цервікального каналу

Внутрішньоматкові синехії (синдром
Ашермана)

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНОЇ СИСТЕМИ:

Аменорея на фоні втрати маси тіла;

Психогенна аменорея

Центральні форми аменореї

- Пухлини гіпоталамо-гіпофізирної локалізації
- Черепно-мозкові травми та променеве ураження
- Синдром Шихана
- Спадкові дефекти синтезу ФСГ і ЛГ
- Гіпоталамічний синдром
- Гіперпролактинемія
- Крім того перехідний або хронічний дефіцит ЛГ і ФСГ може спостерігатися при стресі, нервовій анорексії, психічних порушеннях.

Вторинна яйникова аменорея:

- *Синдром виснажених яйників - передчасна менопауза до 40 років, причиною може бути яйникова недостатність внаслідок аутоімунного оофориту, епідемічного паротиту, хіміотерапії, променевої терапії, або мутація хромосом.*
- *Синдром резистентних яйників – нечутливість рецепторів до ЛГ і ФСГ (генетичні дефекти)*
- *Синдром гіпергальмування яйників (ятрогенна патологія)*

Дисфункціональна маткова кровотеча (ДМК)

Патологічна кровотеча з матки, не пов'язана з органічною патологією органів малого тазу, системними захворюваннями або ускладненнями вагітності.

Поширеність ДМК

від 12% до 30% жінок репродуктивного віку

40-60% жінок пременопаузального віку

Professional Guide to Diseases (Eighth Edition), 2005

Татарчук Т.Ф., Булавенко О.В., Бодрягова О.И. «Клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста». 2008

Клініко-патогенетична класифікація ДМК

□ Овуляторні кровотечі:

- недостатність жовтого тіла
- персистенція жовтого тіла

□ Ановуляторні кровотечі:

- персистенція фолікула (metrorrhagia haemorrhagica, метропатія Шредера) – абсолютна гіперестрогенія;
- атрезія фолікулів – відносна гіперестрогенія

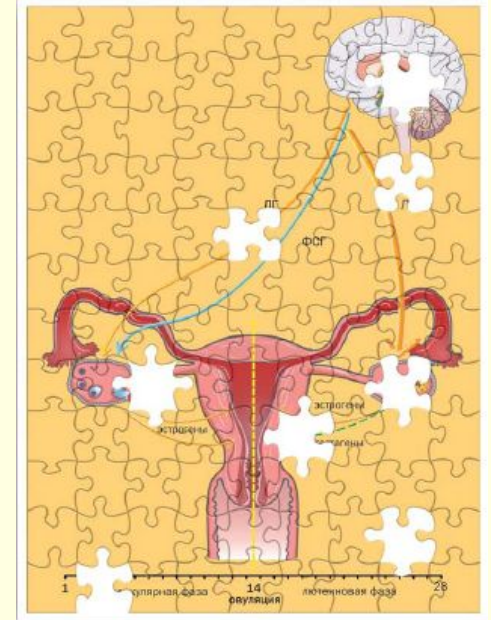
Ановуляторні кровотечі

- естрогенні кровотечі відміни (після втручань на яєчниках, у тому числі після оваріоектомії; після прийому КОК, після радіотерапії)
- прогестеронові кровотечі прориву (прийом гестагенних препаратів, низькодозованих КОК, персистенція жовтого тіла)
- прогестеронові кровотечі відміни (нормальна менструація, прогестеронова проба, припинення КОК).

Класифікація ДМК

За віком

- ювенільні кровотечі
- репродуктивного віку
- клімактеричні кровотечі



Овуляторні кровотечі, спричинені недостатністю жовтого тіла

- ❑ Рясні кровотечі на фоні вкорочення (рідко подовження) МЦ
- ❑ Скудні кровянисті виділення , виникаючі за 7-10 днів до передбаченої менструації
- ❑ Зменшення параметрів жовтого тіла по даних ультразвукового моніторингу на 21–23 день циклу
- ❑ Зменшення концентрації прогестерону й естрадіолу на 7–8 день після овуляції
- ❑ Неповноцінна секреторна трансформація ендометрія (патоморфологічно)

Ановуляторні маткові кровотечі

- ❑ нерегулярний цикл, затримка наступної менструації від декілька днів до місяців
- ❑ монофазна базальна температура
- ❑ відсутність динамічних змін фолікулярного апарату при УЗ моніторингу
- ❑ низький рівень прогестерону в ймовірну II фазу циклу (рівень Пр < 15 нмоль/л або 5 нг/мл)
- ❑ Товщина ендометрію більше 8–10 мм – гіперестрогенні;
- ❑ 5–7 мм – гіпоестрогенні;

Ановуляторні кровотечі

Персистенція фолікула

(абсолютна гіперестрогенія)

Один або декілька фолікулів дозрівають до певної стадії зрілості, але овуляція не відбувається і жовте тіло не утворюється, прогестерон не синтезується.

Фолікул існує від декількох днів до декількох місяців, продукуючи значну кількість естрогенів

Проліферація ендометрія без секреторної трансформації (більше 16-18 мм у II фазу МЦ при УЗД)

Атрезія фолікула

(відносна гіперестрогенія)

■ Недостатній синтез естрогенів в атретичних (нефункціонуючих) фолікулах

□ Товщина ендометрію 5–7 мм у II фазу МЦ або в нормі

ВИСОКИЙ РІВЕНЬ ЕСТРОГЕНІВ
(абсолютна гіперестрогенія)

+

НЕДОСТАТНІСТЬ ПРОГЕСТЕРОНУ

НЕВИСОКИЙ, АЛЕ ПОСТІЙНИЙ
РІВЕНЬ ЕСТРОГЕНІВ
(відносна гіперестрогенія),

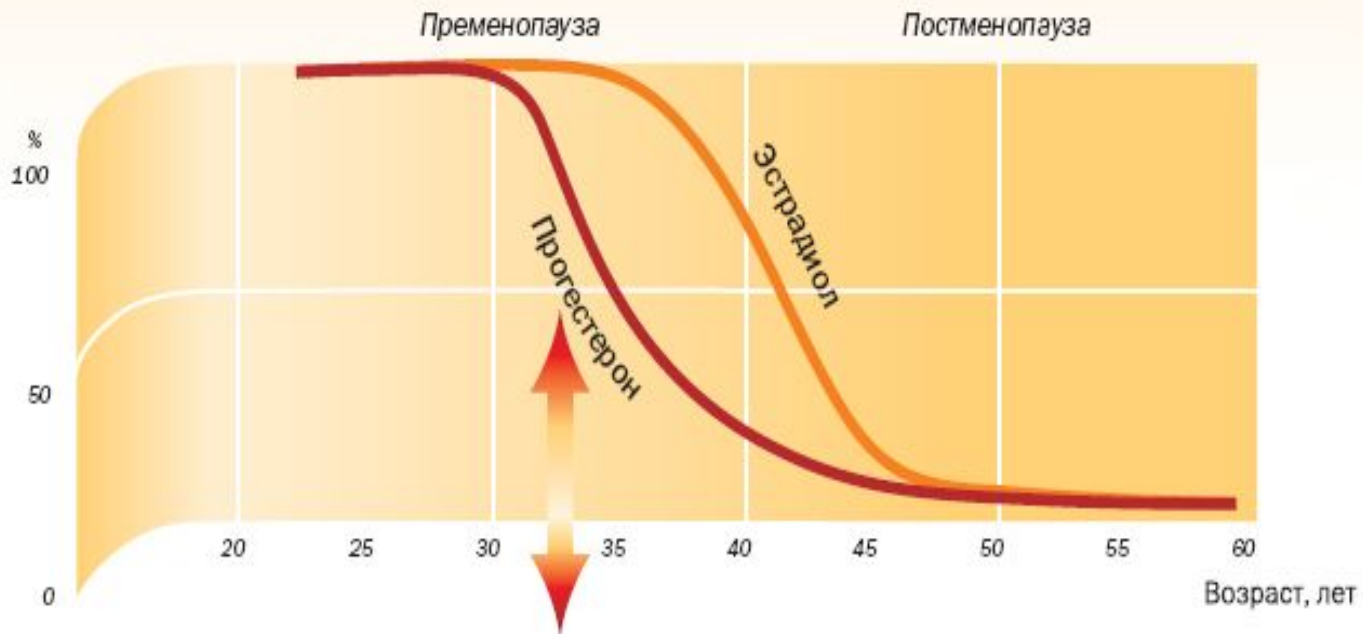
+

НЕДОСТАТНІСТЬ ПРОГЕСТЕРОНУ

ДМК- прогестерондефіцитний стан



ДМК у жінок пременопаузального віку



Недостаток прогестерона

Относительная гиперэстрогения

Нарушение секреторной трансформации эндометрия

Маточное кровотечение



I етап. Гемостаз

Хірургічний гемостаз

Симптоматична(негормональна)гемостатична терапія – амінокапронова кислота по 3г 3-5 раз на добу,транексамова кислота1-1.5г 3-4 рази на добу

Гестагенний гемостаз - Дуфастон по 50-30 мг на добу -5-7 днів ,з наступним зменшенням дози на 1 таб. щодня тривалість терапії не менше 10 днів, примолут-нор (досягається повільніше, ніж при використанні КОК)

Гормональний гемостаз - монофазні КОК із вмістом 0.03-0.05 етинілестрадіолу молодим пацієнткам

II етап. Протирецидивна гормональна терапія

Овуляторні ДМК (ДМК на фоні НЛФ)

**терапія гестагенами селективної дії в
лютеїнову фазу МЦ**

**Дуфастон по 10 мг 2 рази на день з 14 по 25
день цикла Курс лікування 3 – 6 місяців**

II етап. Протирецидивна гормональна терапія

**Ановуляторні ДМК (при гіперестрогенії
та проліферативних змінах
ендометрію)**

**терапія гестагенами селективної дії
(Дуфастон - Селективний ізомер
ендогенного прогестерону)**

по 10 мг 2 рази в день з 11 по 25 день цикла

**Нейроендокринні синдроми –
це синдроми, обумовлені порушенням
функції яєчників та наднирників**

Синдром полікістозних яєчників

Адреногенітальний синдром

**Нейрообмінно-ендокринний
синдром**

Всі ці синдроми об'єднуються
клінічними проявами **гіперандрогенії**:

- порушення менструального циклу по типу гіпоменструального синдрому (від олігоменореї до аменореї)
- порушення генеративної функції (від ановуляторного непліддя до невиношування)
- гірсутизм – оволосіння по чоловічому типу
- гіпертріхоз – надмірне оволосіння андрогеннезалежних частин тіла (верхня губа, гомілки , передпліччя)
- вірілізація – поєднання гірсутизму з грубим голосом, збільшенням клітору, облісіння.

Синдром полікістозних яєчників

– патологія структури та функції яєчників, основними критеріями якого є хронічна ановуляція та гіперандрогенія.

Частота – 30%,
в структурі ендокринного непліддя – 75%.

Структурні зміни яєчників:

- двобічне збільшення розмірів яєчників в 2-6 раз
- гіперплазія строми
- гіперплазія клітин теки з ділянками лютеїнізації
- наявність великої кількості кистозно-атрезуючих фолікулів діаметром 5-8 мм, розміщених під капсулою у вигляді «намиста»
- потовщення капсули яєчників

Клінічна картина:

- ❖ порушення менструального циклу по типу олігоаменореї (порушення циклу розпочинаються з пубертатного періоду та не мають тенденції до нормалізації),
- ❖ 10-15% - порушення ОМЦ по типу ДМК з гіперпластичними процесами ендометрію
- ❖ ановуляторне неплоддя
- ❖ гірсутизм
- ❖ збільшення маси тіла у 70%
- ❖ молочні залози розвинуті правильно, у третини – ФКМ

-
- Інсулінорезистентність та компенсаторна гіперінсулінемія – порушення вуглеводного та жирового обміну по діабетоїдному типу.
 - Дисліпідемія з переважанням ліпопротеїдів атерогенного комплексу

Діагностика:

- ✓ трансвагінальна УЗД
- ✓ гормональна характеристика: підвищення рівня ЛГ, збільшення співвідношення ЛГ/ФСГ, збільшення рівня вільного та загального тестостерону, від'ємна проба з АКТГ, підвищення рівня інсуліну
- ✓ метаболічні зміни
- ✓ біопсія ендометрію

ЛІКУВАННЯ:

- нормалізація маси тіла
- медикаментозне лікування метаболічних порушень
- стимуляція овуляції(в т.ч. хірургічний метод стимуляції овуляції)
- лікування гіперпластичних процесів ендометрію
- лікування гірсутизму (КОК, ципротерона ацетат, спірлонолактон, флутамід, фінастерид)

АДРЕНОГЕНІТАЛЬНИЙ СИНДРОМ

(вроженна дисфункція кори наднирників)
– основним патогенетичним механізмом є
врожений дефіцит ферменту С21-
гідроксилази, що приймає участь в синтезі
андрогенів у корі наднирників)

В залежності від ступеню дефіциту С21-
гідроксилази, а значить і ступеню
гіперандрогенії виділяють

класичну та легку форми АГС

Класична форма врожденного адреногенітального синдрому

- внутріутробно з початком гормональної функції наднирників – 9-10 неділя.
- порушується статева диференціація плоду жіночої статі (патологія отримала ще одну назву – ложний жіночий гермафродитизм)
- лікування – вчасна діагностика, хірургічна корекція та гормональна корекція для розвитку жіночого фенотипу.

Пубертатна форма АГС (вроджена дисфункція кори наднирників)

– дефіцит гормону проявляється у період адренархе – за 2-3 роки до менархе.

Клініка:

- ❖ пізнє менархе
- ❖ нестійкий нерегулярний ОМЦ
- ❖ гірсутизм
- ❖ акне
- ❖ високий ріст, інтерсексуальні риси,
- ❖ гіпоплазія молочних залоз

Постпубертантна форма АГС:

- на другому десятиріччі життя (часто після викидня, медичного абортів)
- порушення ОМЦ з затримками та олігоменореєю
- незначний гірсутизм
- збільшення 17-гідроксіпрогестерону та дегідроепіандростерон сульфату (ДЕА-С) – попередники тестостерону,
- збільшення 17-КС в сечі – метаболіти андрогенів
- позитивна проба з глюкокортикоїдами
- УЗД – мільтифолікулярні яєчники (наявність фолікулів різної зрілості, розміщених дифузно)
- недостатність жовтого тіла

Лікування:

глюкокортикоїди,
стимуляція овуляції,
підтримка другої фази прогестероном
КОК

НЕЙРОЕНДОКРИННО-ОБМІННИЙ СИНДРОМ

- це порушення гормональної функції наднирників та яєчників на фоні діенцефальної симптоматики та прогресуючого ожиріння

Клініка :

- ✓ діенцефальна симптоматика: порушення сну, апетиту, спрага, головокружіння, головні болі, гіпертензія
- ✓ порушення менструального циклу (вторинне , тобто на фоні стресогенних факторів – пологи, аборти, нейроінфекції)
- ✓ прогресуюча прибавка у вазі
- ✓ (кушингоїдний характер ожиріння, наявність стрій
- ✓ «негроїдний акантоз» - маркери інсулінорезистентності)
- ✓ висока ступінь вираженості гірсутизму та акне
- ✓ гормональні зміни: підвищення АКТГ, кортизолу, ПРЛ.

КЛІНІКА:

- Рівні ЛГ та ФСГ в нормі,
- підвищений рівень інсуліну, тестостерону та ДЕА-С і 17-КС (це призводить до призначення дексаметазону, що є протипоказано при гіперкортицизмі)
- виражені метаболічні порушення.

Клінічна картина подібна до рідкісного захворювання – стромальний текаматоз яєчників –

(для нього характерні рецидивуючі гіперпластичні процеси ендометрію, які не піддаються гормонотерапії)

Лікування складне,
так як вказані порушення відбуваються на тлі прогресуючої прибавки маси тіла.

Нормалізація нейромедіаторної функції ЦНС
(перітол, дифеніл, парлодел)

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

характеризується патологічним симптомокомплексом, що проявляється нейропсихічними, вегетативно–судинними та обмінно-ендокринними порушеннями у другій фазі ОМЦ.

Етіологія: нейроінфекції, стреси, пологи, аборти, преморбідний фон та екстрагенітальна патологія.

ФОРМИ ПМС:

- ❖ **Нейропсихічна** (емоційна лабільність, подразливість, плаксивість, безсоння, втома, депресивні розлади)
- ❖ **Набрякова** (набряки обличчя, мастодінія, зуд, пітливість, запори, поноси, прибавка у вазі)
- ❖ **Цефалічна** (мігрені, тошнота, рвота, серцебиття)
- ❖ **Кризова** (симпато-адреналові кризи – підвищення АТ, тахікардія, кардіалгія)

Для діагнозу має значення: виключення психічних захворювань, чіткий зв'язок з ОМЦ (за 7-14 днів до менструації)

Лікування:

- ❖ психотерапія, седативна терапія, антигістамінні середники, нейропротективні препарати, верошпірон, простогландини,
- ❖ гормонотерапія – КОК.

ПОСТКАСТРАЦІЙНИЙ СИНДРОМ

– комплекс вегетативно-судинних, нейроендокринних та нейропсихічних синдромів, що виникають після тотальної та субтотальної оваріоектомії з видаленням матки чи без видалення матки (60-80% оперованих жінок)

Клінічна картина характерна для вікового згасання репродуктивної функції – **(КЛІМАКТЕРИЧНИЙ СИНДРОМ)** – розвивається у жінок після 40 років.

Гормональні критерії – підвищення ФСГ та зниження рівня естрогенів.
Лікування - ЗГТ

КЛІМАКТЕРІЙ – це фізіологічний перехідний період в житті жінки, на протязі якого на фоні вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, що характеризуються припиненням генеративної та менструальної функції.

ФАЗИ КЛІМАКТЕРІЮ

Перехідний період

Менопауза – дата останньої менструації

Перименопауза – включає пременопаузу та один рік після останньої менструації

Постменопауза

характеризується

Виникненням
симптомів

Збільшенням ризику

Нейровегетативних

Психоемоційних

Ендокринно-
обмінних



Остеопорозу
Серцево-
судинних
Онкологічних
захворювань
захворювань

Клімактерій (від грецького слова climacter — східці драбини)

ПЕРІОДИ КЛІМАКТЕРІЮ ТА ЙОГО ПРОЯВИ

	перехідний	перименопауза	постменопауза
Вік	40 років	45-50 років	55-60 років і більше
симптоми	ПМЦ, маткові кровотечі, скудні менструації	Приливи, коливання настрою	Урогенітальні розлади, зміна шкіри, волосся
Завдання для лікаря	Контроль менструального циклу, помірні менструації	Відсутність приливів, помірні і регулярні менструації	Профілактика остеопорозу, відсутність менструацій
лікування	прогестини	Е+П циклічний	Е+П монофазний
Зразок препарату	дуфастон	Фемостон 1/10, 2/10	Фемостон конті 1/5

Характеристики клімактеричного періоду

- Фізіологічний, тривалий процес
- Перехід від статевої зрілості до припинення генеративної функції (спочатку дітородної, а потім і менструальної)
- Поступове згасання функції яєчників, що призводить до зниження рівня естрогенів

Клімактеричний синдром

Комплекс патологічних симптомів, які супроводжують клімактеричний період

Характеристики клімактеричного синдрому

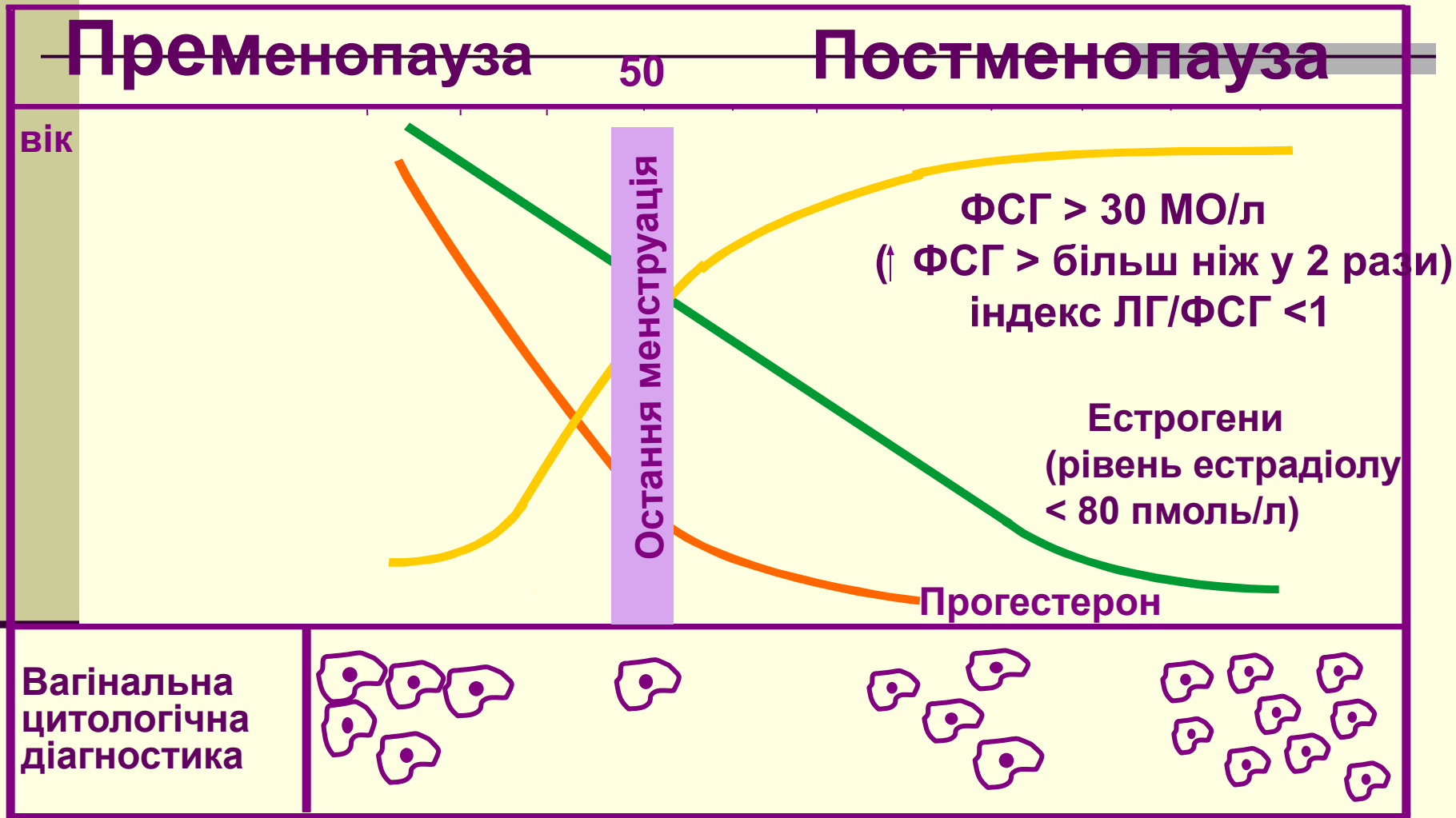
Нейровегетативні розлади:

Припливи жару
Пітливість
Лабільність АТ
Тахікардія,
екстрасистолія
Запаморочення

Психоемоційні розлади:

Порушення сну
Мінливість настрою
Депресивні розлади
Дратівливість
Підвищена
втомлюваність

Ендокринологія клімактерію



Гормональні зміни в перименопаузі в залежності від стадії

Гормони	перша	друга	третя
естрогени	Відносно підвищені	Відносно підвищені	<20 пг/мл
прогестерон	знижений	знижений	---
ФСГ	Деяко підвищені	підвищені	>50 пг/мл
ЛГ	Без змін	Без змін	підвищений
ФСГ/ЛГ			>1
Овуляторні цикли	Почергово з ановуляторними	рідкі	відсутні

Фізіологічні механізми, характерні для перименопаузи

1. Прискорення процесів атрезії фолікулів
2. Збільшення частоти хромосомних аномалій в яйцеклітинах
3. Зниження та припинення фертильності
4. Прогресуюче зниження інгібіну В
5. Прогресуюче підвищення рівня ФСГ
6. Різноманітність характеру менструальних циклів (від регулярних до пролонгованих та мено- метрорагій; від овуляторних до НЛФ та ановуляції; від гіперестрогенії до гіпоестрогенії)
7. Скорочення фолікулярної фази циклів.

ГОРМОНАЛЬНІ КРИТЕРІЇ ПЕРИМЕНОПАУЗИ

1. Низький рівень естрадіолу (<80 пмоль/л)
2. Високий вміст ФСГ, індекс ФСГ/ЛГ більше 1
3. Величина співвідношення E2/E1 менше 1, можлива відносна гіперандрогенія

Сучасні підходи до терапії менопаузальних розладів

Своєчасність призначення ГТ (протекторна дія й післядія):

- Серцево-судинна система
- Кістково-м'язовий апарат
- Урогенітальний тракт
- Психосоматичні симптоми

Індивідуальний підбір дози і режиму ГТ:

- Низька доза естрогену
- Тип гестагену
- Режим прийому

Щорічний контроль:

- Оцінка необхідності ГТ
- Оцінка безпеки ГТ

Сучасні принципи гормонотерапії менопаузальних розладів

- Використання «натуральних» естрогенів:
17 β -естрадіол; естрадіолу валерат; естріол
- Індивідуальний підбір дози і режиму ГТ:
 - Найбільш низьке з ефективних дозування Е і П
 - Правильний підбір гестагену;
 - Режим прийому, що відповідає певному періоду життя та бажанню жінки
- Після гістеректомії використання монотерапії естрогенами
(виняток: ендометріоз, облігатні передраки ендометрію)

Сучасні принципи гормонотерапії менопаузальних розладів

- **Обов'язкова наявність прогестину** не менше 10-12 днів на цикл при циклічному режимі і не менше 12 днів – при безперервному у випадку збереження ендометрію (матка не видалена чи видалена не повністю)
- **Своєчасність призначення гормональної терапії (протекторна дія й післядія):**
гормональна терапія призначається якомога раніше (при виникненні перших симптомів) з метою використання «терапевтичного вікна»

РЕЖИМИ ЗАМІСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

МОНОТЕРАПІЯ (використання одного стероїду) – можна призначати тільки після тотальної гістеректомії, якщо тільки ця операція не була пов'язана з ендометріозом (в цих випадках призначають комбіновану терапію)

КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ – призначають жінкам з невидаленою маткою, а також після субтотальної гістеректомії.

Циклічний режим ЗГТ використовують в перименопаузі та в ранній постменопаузі (при згоді жінки на менструальноподібні виділення)

Монофазний комбінований режим передбачає припинення менструальноподібних кровотеч з переходом ендометрію в неактивну фазу або стан атрофії. З цією метою в препараті посилено вплив прогестагенного компоненту, який пацієнтки отримують з естрадіолом постійно.

Дякую за увагу!

