



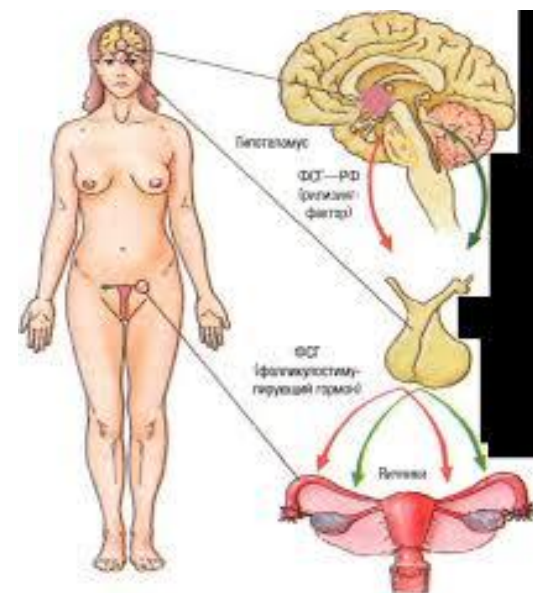
**Порушення
менструальної
функції та
нейроендокринні
синдроми**

План

- Порушення менструального циклу: етіопатогенез, класифікація.
- Аменорея (форми аменореї – фізіологічна, патологічна, первинна та вторинна, справжня та несправжня; за рівнем виникнення порушень – гіпоталамічна, гіпофізарна, яєчникова, маткова) – діагностика, принципи лікування.
- Маткові кровотечі – овуляторні та ановуляторні (причини, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування).
- Нейроендокринні синдроми – передменструальний, клімактеричний, посткастраційний, вірильний.

Фізіологія менструальної функції залежить від
правильної ритмічної синхронної взаємодії
різних ланок нейроендокринної регуляції
яєчникового і маткового циклів.

- Розрізняють 5 основних рівнів регуляції: ЦНС-гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка.
- Доведено безсумнівну участь у регуляції менструального циклу інших залоз внутрішньої секреції (підшлункова, щитоподібна, надниркові залози), а також органів, де відбувається метаболізм статевих гормонів.



- Клінічно порушення менструального циклу проявляються:
 - **послабленням** або **відсутністю** менструацій
 - **посиленням** менструацій і розвитком маткових кровотеч.
- Зазначені клінічні прояви є симптомами різних гінекологічних та ендокринних захворювань. Однак ці розлади можуть такою мірою переважати у клінічній картині захворювання, що фактично самі стають нозологічною формою (дисфункціональні маткові кровотечі, аменорея тощо).

Частота порушень менструальної функції - близько 20 % випадків усіх гінекологічних захворювань.

Порушення менструальної функції :

- призводять до зниження, а інколи – і до втрати репродуктивної функції жінки та працездатності;
- нерідко є факторами ризику розвитку передракових і ракових захворювань жіночих статевих органів.

Етіологія

- Сильні емоційні потрясіння та психічні або нервові захворювання.
- Порушення харчування, авітамінози, ожиріння різної етіології.
- Професійні шкідливості (вплив деяких хімічних речовин, фізичних чинників, радіації).
- Інфекційні і септичні захворювання.
- Хронічні захворювання серцево-судинної, кровотворної систем, печінки та ін.
- Перенесені гінекологічні операції.
- Запальні захворювання і пухлини жіночих статевих органів та головного мозку.
- Хромосомні порушення.
- Вроджене недорозвинення статевих органів.
- Інволюційна перебудова гіпоталамічних центрів у клімактеричний період.

КЛАСИФІКАЦІЯ

- **Аменорея** - відсутність менструацій.
- *Порушення ритму менструацій:*
 - **опсоменорея** - менструації настають надто рідко – через 6 - 8 тижнів;
 - **спаніоменорея** - надто тривалі менструальні цикли, менструації настають 2 – 4 рази на рік;
 - **пройоменорея** - скорочені менструальні цикли – менше 21 дня.
- *Зміна кількості крові, що виділяється під час менструацій:*
 - **гіперменорея** - надмірна кількість крові, понад 100 – 150 мл;
 - **гіпоменорея** - зменшена кількість крові, менше 50 мл.
- *Порушення тривалості менструацій:*
 - **поліменорея** - тривалість менструації 7-12 днів;
 - **олігоменорея** - тривалість менструації менше 2-х днів.

КЛАСИФІКАЦІЯ (продовження)

- *Болісні менструації:*
 - **альгоменорея** - біль під час менструації у ділянці статевих органів;
 - **дисменорея** - загальні порушення (головний біль, нудота, відсутність апетиту, підвищена дратівливість) під час менструацій;
 - **альгодисменорея** - поєднання місцевого болю та загального порушення самопочуття.

КЛАСИФІКАЦІЯ (продовження)

- **Менорагія** - циклічні маткові кровотечі, пов'язані з менструальним циклом, тривалістю понад 12 днів.
- **Метрорагія** - ациклічні маткові кровотечі, не пов'язані з менструальним циклом.
- *За циклічністю* виділяють **овуляторні** (циклічні, двофазні) порушення менструального циклу та **ановуляторні** (однофазні).



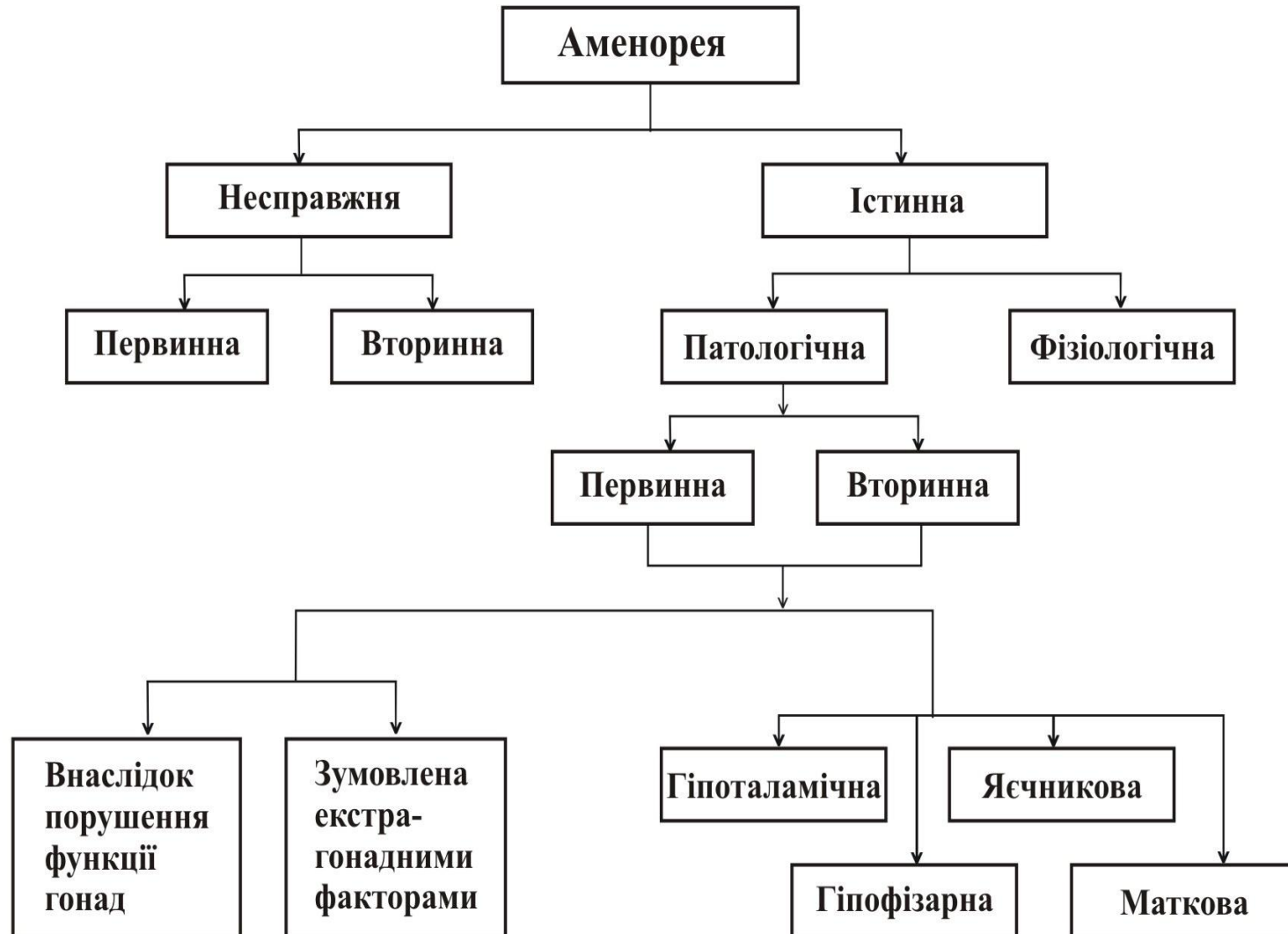
Залежно від клінічних проявів порушення менструальної функції поділяють на три основні групи:

- аменорея та гіпоменструальний синдром (опсоменорея, олігоменорея, гіпоменорея);
- гіперменструальний синдром (пройоменорея, поліменорея, гіперменорея);
- альгодисменорея.

**Аменорея - відсутність менструації
впродовж 6 місяців і більше у жінок
віком 16 – 45 років.**



Класифікація



Аменорея

Класифікація

- **Первинна аменорея** - відсутність менструацій (не було жодної менструації) у віці 16 років і старше.
- **Вторинна аменорея** - відсутність менструацій після періоду регулярних або нерегулярних менструацій (навіть за наявності лише однієї менструації).



Несправжня аменорея - стан, при якому циклічні процеси в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - матка мають нормальний перебіг, проте зовнішнього виділення менструальної крові при цьому не відбувається.

- **Причини** - атрезія (зарощення) дівочої перетинки, піхви або каналу шийки матки.
- **Клініка** - менструальна кров накопичується в:
 - піхві - утворення гематокольпосу,
 - у матці - гематометри,
 - у маткових трубах - гематосальпінксу.

Через маткові труби така кров може потрапляти в черевну порожнину та імітувати клінічну картина гострого живота.

- **Лікування** - хірургічне (розсікання дівочої перетинки, розширення піхви або каналу шийки матки).

Істинна (справжня) аменорея -
це стан, за якого циклічні зміни в
системі гіпоталамус - гіпофіз -
яєчники - матка відсутні,
клінічно - відсутні менструації.

- Фізіологічна
- Патологічна

Фізіологічна аменорея - відсутність менструацій до:



- періоду статевого дозрівання,



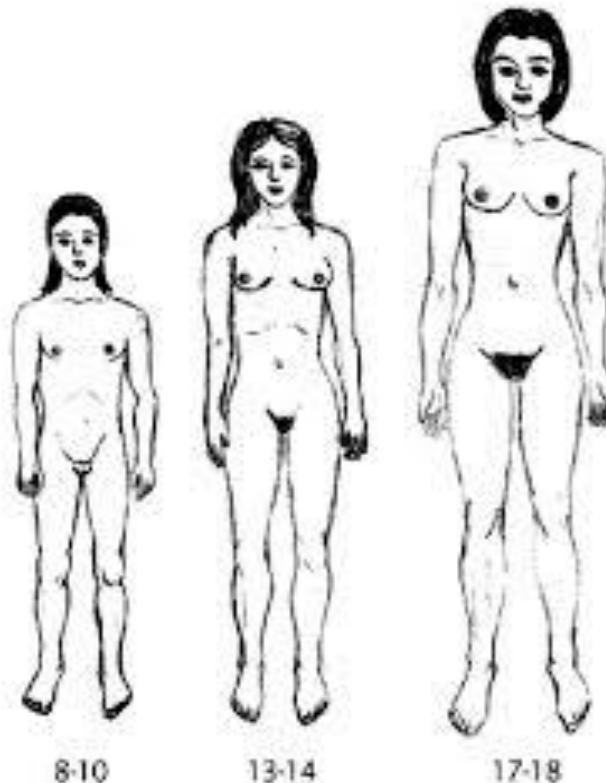
- під час вагітності та лактації,



- у період менопаузи.

Істинна патологічна первинна аменорея

- із затримкою статевого розвитку
- без затримки статевого розвитку



Аменорея

Класифікація (продовження)

За рівнем виникнення порушень регуляції менструальної функції:

- гіпоталамічна,
- гіпофізарна,
- яєчникова,
- маткова
- інші види аменореї.

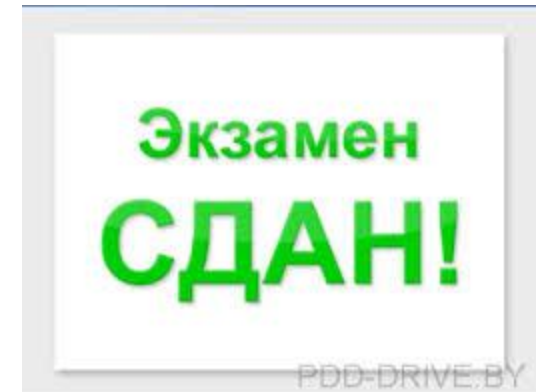


ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

(розвивається у разі порушення функції гіпоталамуса, спричиненого різними екзогенними і ендогенними чинниками).

- **Психогенна, або кіркова** - внаслідок стресових ситуацій та психічних травм ("студентська" аменорея під час іспитів, аменорея воєнного періоду тощо).

Лікування - припинення дії стресових чинників. Якщо поєднується з генітальним інфантилізмом, призначають гормонотерапію.



ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея при нервовій анорексії**

(у дівчат у період статевого дозрівання та молодих жінок із нестійкою нервовою системою):

- нервові або фізичні перевантаження;
- нераціональні дієти, спрямовані на схуднення;
- безконтрольне вживання препаратів, що знижують апетит.

Характерні:

- втрата маси тіла,
- артеріальна гіпотензія,
- гіпоглікемія.

- ***Лікування*** - повноцінне харчування та призначення легких седативних препаратів.



ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея при несправжній вагітності** (виникає у жінок, які або дуже хочуть, або дуже бояться завагітніти).

Можуть з'явитися:

- нудота, блювання зранку (сумнівні ознаки вагітності, що виникають під впливом самонавіювання),
- набрякання молочних залоз,
- деяке збільшення та розм'якшення матки.

Біологічні реакції на вагітність негативні.

Під час ультразвукового дослідження плідне яйце у матці відсутнє.

Лікування – психотерапія.



ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея при нервово – психічних захворюваннях**
 - шизофренія,
 - маніакально – депресивний психоз,
 - тощо.



Лікування - в психіатричних лікарнях.



ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея при адипозогенітальній дистрофії (синдром Пехранца – Бабінського – Фреліха).**

Розвивається у період статевого дозрівання.

Причини - пухлини або травми гіпоталамуса, нейрогенні інфекції (менінгоенцефаліти, арахноїдити), епідемічний паротит, грип.

Характерні - ожиріння з відкладанням жирової тканини на стегнах, животі, обличчі; затримка росту, гіпоплазія статевих органів.



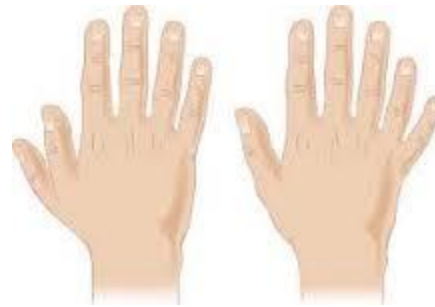
ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- Аменорея при синдромі Лауренса-Муна-Барде-Бідля (спадково діенцефально – ретинальна дегенерація).



Характерні:

- ожиріння,
- полідактилія,
- розумова відсталість,
- прогресуючий дегенераційний ретиніт.



ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея у поєднанні з галактореєю.**

- *Синдром Дель-Кастильйо-Форбса-Олбрайта* – аменорея внаслідок психічної травми або пухлини гіпоталамо-гіпофізарної ділянки в жінок, які не народжували.
- *Синдром Кіарі-Фроммеля* - аменорея і галакторея, що виникають частіше як ускладнення післяпологового періоду.

Діагностика

- галакторея,
- уміст пролактину в крові, гонадотропних гормонів і статевих стероїдів.
- для виключення пухлини гіпофіза - рентгенологічні дослідження та комп'ютерна томографія.

Лікування. За наявності пухлини гіпофіза – лікування хірургічне. В інших випадках призначають препарати, що знижують рівень пролактину (бромокриптин, парлодел, роналін). Можна використовувати достинекс.

Для відновлення овуляції - клостилбегіт, кломіфенцитрат, хоріонічний гонадотропін.

ГІПОТАЛАМІЧНА АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта-Мореля** (*фронтальний гіперостоз*).

Спадкове захворювання (за аутосомно-домінантним типом), яке супроводжують ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки внаслідок звапнення діафрагми турецького сідла.

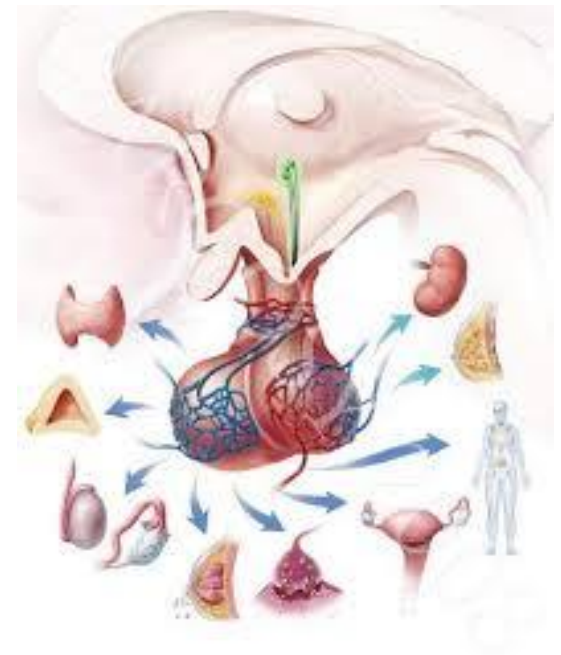
Клінічна картина подібна до адипозогенітальної дистрофії (ожиріння, гіпертрихоз, вторинна аменорея, порушення вуглеводного обміну, зміни у психіці).

Лікування симптоматичне.

ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

Розвивається внаслідок:

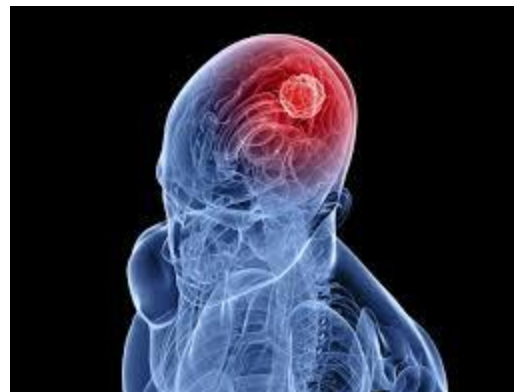
- гіпосекреції усіх гормонів гіпофіза (пангіпопітуїтаризм);
- ізольованого випадіння гонадотропної функції зі збереженням секреції інших гормонів;
- в разі гормональної дискореляції (гіперфункція соматотропіну і кортикотропіну при одночасному гіпогонадотропізмі).



ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

Причини

- пухлини,
- запальні процеси,
- тромбоз судин
- некроз.



ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

Клінічна картина визначена:

- локалізацією ураження;
- стадією соматостатевого розвитку хворої до моменту початку захворювання.

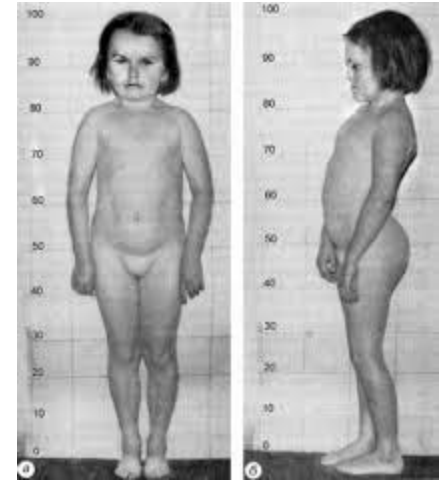
ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

- **Гіпофізарний нанізм**

Розвивається внаслідок недостатньої продукції всіх тропних гормонів гіпофіза з переважним дефіцитом соматотропіну.

Характерні затримка росту і статевого розвитку, пропорції тіла збережені, психічний розвиток не порушений.

Лікування – компетенція ендокринолога. Починати слід у дитинстві зі стимуляції росту, далі - замісна гормонотерапія.



ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

- **Гіпофізарний євнухоїдизм**

Розвивається за умови недостатньої продукції гонадотропних гормонів у поєднанні з нормальною секрецією решти гормонів гіпофіза, проявляється до закінчення пубертатного періоду.

Хворі досягають нормального зросту, але зовнішні статеві органи і молочні залози недорозвинені.

Лікування - замісна гормонотерапія.



ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

• Гіпофізарний гігантизм

Розвивається у разі гіперпродукції соматотропіну і відносної недостатності гонадотропних гормонів.

Характерна ознака – швидкий ріст. Пропорції тіла порушені, відзначають подовження кінцівок і обличчя (акромегалоїдний гігантизм), вторинні статеві ознаки розвинені недостатньо.

Лікування - рентгенопромінювання ділянки гіпофіза або оперативне видалення пухлини.

Для пригнічення надмірного росту - естрогени у високих дозах.



- Аменореї при гіпофізарному нанізмі, євнухоїдизмі та гігантизмі є первинними.

ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

- **Акромегалія**

Розвивається у середньому або літньому віці і проявляється диспропорційним ростом кісток і внутрішніх органів.

Спочатку збільшуються кисті і стопи, порушується менструальний цикл (гіпоменструальний синдром, який переходить у вторинну аменорею), потім збільшуються кістки черепа (нижня щелепа, надбрівні дуги, ніс, вуха).

Лікування - як при гіпофізарному гігантизмі.



ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ



- **Синдром Шихана**

(післяпологовий гіпопітуїтаризм)

Виникає після пологів чи абортів, які супроводжувались значною крововтратою, тяжким гестозом, шоком, сепсисом або іншими ускладненнями (унаслідок яких розвивається тромбоз або емболія судин гіпофіза з подальшим некрозом його передньої частки).

У породіллі - гіпо- або агалактія, далі - вторинна аменорея, атрофічні зміни статевої системи (зменшення розмірів матки), атрофія молочних залоз, головний біль, запаморочення, слабкість, схуднення, зниження артеріального тиску, температури тіла, випадає волосся.

- **Діагностика** - характерний анамнез, зниження рівня гонадотропінів, АКТГ, ТТГ, естрогенів, кортизолу, гормонів щитоподібної залози.
- **Лікування** - анаболічні гормони, глюкокортикоїди, естрогени і прогестерон циклами, гормони щитоподібної залози, вітамінотерапія.

ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

• Гіпофізарна кахексія (хвороба Сіммондса)

Виникає у разі деструкції, некрозу аденогіпофіза внаслідок інфекційного ураження його (туберкульоз, сифілітична гума, абсцес) або розвитку пухлини.

Клінічні симптоми - кахексія, аменорея, атрофія статевих органів, анемія, прояви гіпотиреозу і гіпокортицизму.

Діагностика - комп'ютерна томографія і гормональні дослідження.

Лікування. У разі виявлення пухлини - оперативне лікування або променева терапія, при інфекційному процесі - специфічна етіотропна терапія, в інших випадках - замісна гормонотерапія.

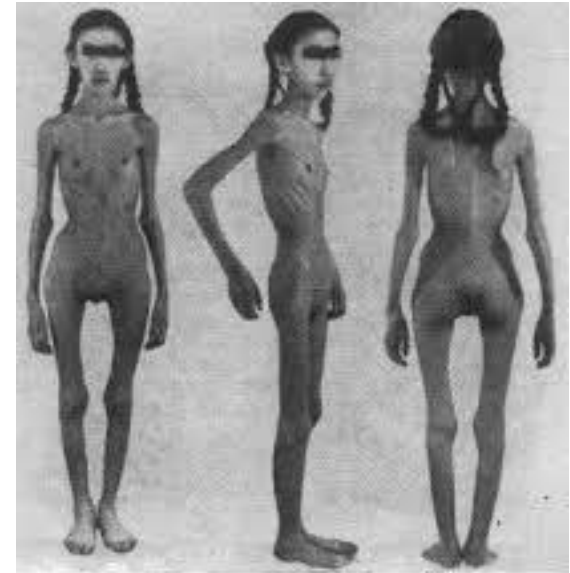


Рис. 84. Гипофизарная кахексия
(болезнь Симмондса)

ГІПОФІЗАРНА АМЕНОРЕЯ

• Хвороба Іценка - Кушінга

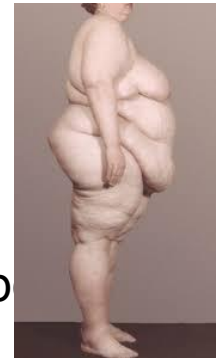
Виникає на тлі базофільної аденоми гіпофіза або в разі первинного ураження гіпоталамуса с подальшим втягненням у патологічний процес гіпофіза і кіркової речовини надниркових залоз, що призводить до підвищеної продукції кортикотропіну і різкого зниження рівня гонадотропінів.

Частіше спостерігають у віці 20 - 40 років.

Клініка - збільшення маси тіла з розподілом жирової тканини переважно на обличчі, шиї, тулубі, аменорея або гіпоменструальний синдром, гірсутизм, остеопороз, артеріальна гіпертензія, кардіосклероз, нефросклероз. Шкіра суха, смуги розтягнення на животі, стегнах, молочних залозах, висипання типу *acne vulgaris*, гіперпігментація зовнішніх статевих органів.

Діагностика - виявлення пухлини гіпофіза, різкого збільшення в крові вмісту кортикотропіну і кортизолу, зниження рівня гонадотропних гормонів

- **Лікування** проводить ендокринолог (інгібітор синтезу гормонів кіркової речовини надниркових залоз – хлодитан, за відсутності ефекту - рентгенопромінювання гіпоталамо – гіпофізарної зони або двобічна адреналектомія з подальшою замісною терапією преднізолоном.



ЯЄЧНИКОВА АМЕНОРЕЯ

(розвивається в разі повної або часткової недостатності гормональної функції яєчників в поєднанні з відносно збереженою функцією гіпофіза).

Становить 50% усіх випадків аменореї.

- **Клінічну картину** визначають:
 - ступінь недостатності яєчників
 - час її появи.

Первинна аменорея з одночасним порушенням соматостатевого розвитку - за наявності вроджених аномалій або захворювань яєчників у дитячому і пубертатному віці.

Вторинна аменорея - після статевого дозрівання, загалом перебігає без змін фенотипу, має гіпогормональний характер.

Яєчникова аменорея

- **Дисгенезія гонад** - зумовлена генетичними дефектами, які спричинюють вади розвитку статевих залоз (яєчники не розвиваються, на їхньому місці утворюються сполучнотканинні тяжі).



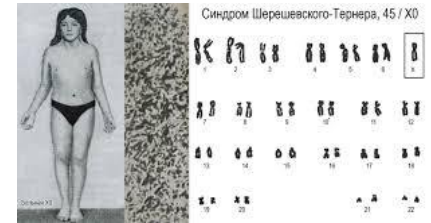
- **Частота** - один випадок на 10-12 тисяч новонароджених.

Дисгенезія гонад

Клінічні форми :

- **Типова** (синдром Шерешевського-Тернера, каріотип - 45X0).

Низький зріст(98%),
диспластичність (неправильна будова тіла) (92%),
бочкоподібна грудна клітка (75%),
вкорочення шиї (63%),
низький ріст волосся на шиї (57%),
крилоподібні складки в ділянці шиї (46%),
деформація вушних раковин (46%),
деформація кісток та суглобів (46%),
гіпоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів,
аномалії розвитку нирок, сечоводів, серцево-судинної системи.



- **Чиста** - каріотип 46XX або 46XУ (синдром Сваєра).
- **Змішана** - каріотип 45X0/46XУ. Гонади мають змішану будову.

Дисгенезія гонад (продовження)

Діагностика - генетичні дослідження (визначення каріотипу та статевого хроматина).

Лікування.

- За наявності каріотипу 46XX або 45X0 - замісна гормонотерапія.
- За умови виявлення в каріотипі клону 46XY або фрагментів Y-хромосоми обов'язково проводять оперативне лікування - видалення гонад (пов'язано з високим ризиком малігнізації - семінома).

Яєчникова аменорея

• Несправжній чоловічий гермафродитизм (Синдром Морріса).



Каріотип 46XY.

Частота - 1 випадок на 12-15 тисяч новонароджених.

Наявність Y-хромосоми визначає розвиток тестикул з індіферентної гонади, однак гормональна секреція цих тестикул неповноцінна за рахунок наявності генетичного дефекту, через що процес сперматогенезу і диференціювання зовнішніх статевих органів за чоловічим типом не відбувається.

Форми:

Повна - фенотип жіночий, з добре розвинутими молочними залозами.

Зовнішні статеві органи розвинуті за жіночим типом, однак піхва закінчується сліпо, матка і яєчники відсутні. Яєчка розміщені в черевній порожнині, або— у пахвинних каналах, або - у товщі великих статевих губ.

Неповна - будова зовнішніх статевих органів наближена до чоловічого типу. Відзначають злиття великих статевих губ, збільшення клітора. Матка, маткові труби і яєчники відсутні, яєчка зазвичай розміщені в черевній порожнині.

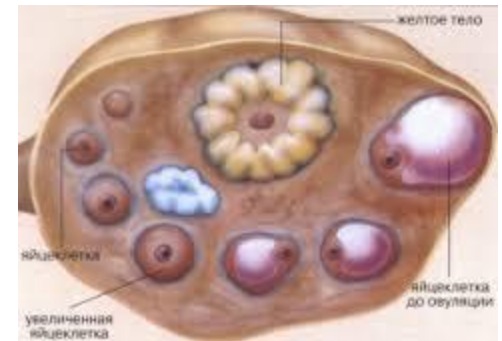
Лікування. Видалення неповноцінних яєчок (небезпека малігнізації), циклічна гормонотерапія. Корекція зовнішніх статевих органів, за потребою – кольпопоез з очеревини малого таза.

Яєчникова аменорея

- Первинна гіпофункція яєчників (синдром "резистентних яєчників", євнухоїдизм).

Хромосомна патологія відсутня.

В яєчниках, окрім зменшення фолікулярного апарату, змін не виявлено. Ураження фолікулярного апарату (що призводить до гіоплазії яєчників) може статися внутрішньоутробно внаслідок патології вагітності або виникнути в дитячому віці через запальні або пухлинні процеси, порушення іннервації яєчників і зниженням їхньої чутливості до дії гонадотропінів ("нечутливі", "резистентні" яєчники).



Клініка - аменорея або гіпоменструальний синдром, недорозвинення вторинних статевих ознак, гіоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів.

Діагностика - визначення вмісту в крові гонадотропінів і статевих стероїдів. Ультразвукове дослідження і лапароскопія з біопсією гонад.

Лікування - циклічна замісна гормонотерапія.

Яєчникова аменорея

- **Передчасна яєчникова недостатність**
(синдром передчасного "виснаження яєчників").

Припинення менструацій у жінок віком до 35-37 років.

Причини - спадковість, тяжкі стресові ситуації, інфекційні захворювання.

Клініка - превалюють ознаки клімактеричного синдрому (припливи, підвищена пітливість, загальна слабкість, швидка втомлюваність, біль у серці, головний біль тощо).

Діагностика - проба з естрогенами і гестагенами, на тлі якої виникає менструальноподібна реакція, що свідчить про збереження функції слизової оболонки матки (ендометрія). Проба з гонадотропінами негативна, що вказує на виснаження функції яєчників. У жінок із "передчасним клімаксом" резервні можливості гіпоталамо-гіпофізарної системи збережені.

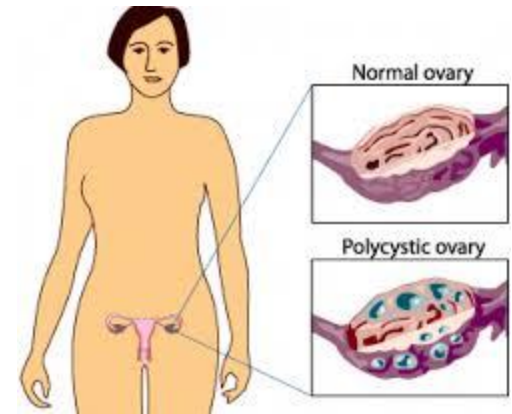
Лікування - замісна гормонотерапія естрогенами і гестагенами до віку природної менопаузи. Стимуляція функції яєчників недоцільна.

Яєчникова аменорея

• Полікістозно перероджені яєчники

(склерокістоз яєчників, синдром Штейна - Левенталя)

Характерні порушення стероїдогенезу в яєчниках унаслідок неповноцінності ензимних систем, підвищення яєчниками синтезу андрогенів, стовщення білкової оболонки, склерозування строми яєчників, перетворення фолікулів, що не розірвалися, на кісти.



У 80% випадків виникає у період статевого дозрівання, у 20% випадків - у постпубертатний період.

Яєчникова аменорея

Полікістозно перероджені яєчники (продовження)

Клінічна картина:

- *аменорея* (як правило, аменореї передуює нормальний менструальний цикл, який переходить в гіпоменструальний синдром, а потім - в аменорею);
 - *безплідність* первинна або вторинна у 50 – 90% хворих;
 - *гірсутизм* - у 70% пацієнток (навіть у разі вираженого гірсутизму хворі зберігають жіночий тип);
 - *ожиріння* - до 60% випадків;
 - *гіпоплазія матки* - до 50% випадків;
 - *гіпоплазія молочних залоз* - до 30% випадків.
- Якщо захворювання триває багато років (10 і більше), то може настати атрофія матки і молочних залоз.



Рисунок 2-21. Гірсутизм. У этой женщины



Яєчникова аменорея

Полікістозно перероджені яєчники (продовження)

Діагностика

- клінічні ознаки захворювання,
- гінекологічне обстеження - під час бімануального обстеження визначають збільшені, щільні, безболісні яєчники (іноді один яєчник);
- УЗД,
- тести функціональної діагностики,
- лапароскопія.

Лікування

- консервативне (гормональна терапія),
- оперативне (клиноподібна резекція яєчників, точкова електро- або термокаутеризація яєчників тощо).



Яєчникова аменорея

- **Посткастраційний синдром** - аменорея унаслідок ушкодження яєчників іонізуючим випроміненням або оваріоектомії.

Яєчникова аменорея

- **Аменорея**, зумовлена **розвитком андрогенпродукуючих пухлин** (андробластома). У великій кількості синтезується тестостерон, який блокує гонадотропну функцію гіпофіза.

Клініка - період дефемінізації з подальшим розвитком явищ вірилізації.

Діагностика - клінічні ознаки, гінекологічне обстеження (однобічне пухлиноподібне утворення щільної консистенції), ультразвукове дослідження і лапароскопія з біопсією.

Лікування тільки хірургічне. Обсяг операції залежить від віку хворої і характеру пухлини (доброякісна або злоякісна).

МАТКОВА АМЕНОРЕЯ - відсутність менструацій за умови нормальної функції яєчників.

- **Первинна** - аномалій розвитку матки або патологічні зміни слизової оболонки матки внаслідок туберкульозу, скарлатини, що настали до статевого дозрівання.
- **Вторинна** - розвиток синдрому Ашермана (внутрішньоматкові синехії), видалення матки, перенесений туберкульозний ендометрит, ушкодження слизової оболонки матки у разі її хімічного, термічного опіку, грубого вишкрібання і видалення базального шару.
- Загальний стан хворих задовільний, зовнішні і внутрішні статеві органи розвинені правильно, соматичних дефектів немає.
- **Діагностика:** анамнез, УЗД в динаміці менструального циклу, гістероскопія.
- **Лікування.**

За наявності внутрішньоматкових синехій - гістероскопія, руйнують синехії, вводять ВМЗ строком на 3 – 4 міс.

Туберкульоз - проводять специфічне лікування з подальшим призначенням естроген – гестагенної терапії.

При ушкодженні ендометрія після грубо виконаного вишкрібання - циклічна естроген – гестагенна терапія. Запропонований метод трансплантації ендометрію.

- У більшості хворих проведена терапія дає змогу відновити менструальну функцію, проте репродуктивна функція відновлюється рідко.

Інші види аменореї

- **Ураження кіркової речовини надниркових залоз (адреногенітальний синдром)** унаслідок гіперплазії або пухлин, що супроводжується підвищенням умісту андрогенів в організмі і призводить до вірилізації.

Розрізняють вроджений, препубертатний і постпубертатний адреногенітальний синдром.

Клінічні прояви залежать від часу виникнення синдрому. Вроджений адреногенітальний синдром проявляється жіночим псевдогермафродитизмом.

Лікування - глюкокортикоїдні препарати (преднізолон, кортизон, дексаметазон).

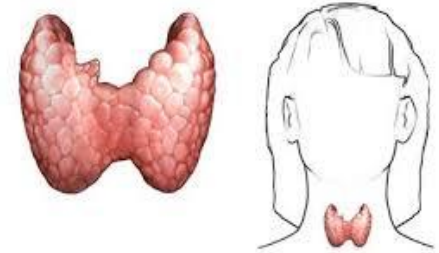
За наявності пухлини - хірургічне лікування.

У разі різко вираженого псевдогермафродитизму проводять пластичні операції.



Інші види аменореї

- **Захворювання щитоподібної залози.**



Дисфункція щитоподібної залози спричинює пригнічення гонадотропної активності гіпофіза або гормони щитоподібної залози впливають безпосередньо на яєчники, регулюючи чутливість їх до гонадотропінів.

Частіше аменорея розвивається за наявності гіпотиреозу, але трапляється також і при тиреотоксикозі.

Лікування - терапія основного захворювання

ГПОМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

- **Менструації**
 - незначні (гіпоменорея)
 - короткі (олігоменорея)
 - нечасті (опсоменорея)
- **Первинний** - менструації з самого початку ослаблені (аномалії розвитку статевої системи, пов'язаних із недостатньою статевою диференціацією, явищами вірилізації; гіоплазія статевих органів, інфантилізм, астенія тощо).
- **Вторинний** - після нормальних менструацій (порушення функції залоз внутрішньої секреції, інфекційні і тривалі виснажливі захворювання, захворювання серцево – судинної системи і кровотворних органів, запальні захворювання статевої системи, травми матки (надмірне вишкрібання) або яєчників).



ГІПОМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

(продовження)

- Гіпоменструальний синдром нерідко спостерігають у період статевого дозрівання, преклімактеричний і клімактеричний періоди.
- **Діагностика** - клінічне обстеження, лабораторні данні, результати функціонального дослідження.

- **Лікування.**

У разі овуляторних менструальних циклів з відсутністю супутніх порушень (болісність менструацій, безплідність тощо) гіпоменструальний синдром не потребує спеціального лікування. Рекомендують загальнозміцнювальні заходи (раціональне харчування, правильне чергування праці і відпочинку, фізичні вправи) і фізіотерапевтичні процедури (діатермія, гальванічний комір за Щербаком, грязелікування тощо).

При гіпоестрогенії, - гормонотерапія (естрогени, прогестерон, гонадотропні гормони), паралельно призначають етіологічне лікування (протитуберкульозні препарати тощо).

При аменореї і гіпоменструальному синдромі яєчникового ґенезу застосовують нативну антиоваріальну імунну цитотоксичну сироватку (прооварин, або АОЦС).

ГІПЕРМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ

- **Менструації**

- рясні (гіперменорея),
- тривалі (поліменорея)
- часті (пройоменорея)

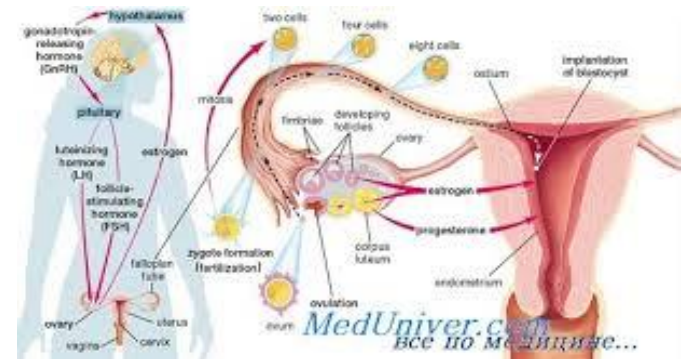


- **Причини**

- захворювання серця, печінки, ендокринних залоз
- розлади обміну речовин
- гіповітаміноз С, К,
- інфекційні захворювання та інтоксикації
- порушення системи згортання крові
- запальні процеси і аномалії положення статевих органів
- пухлини матки
- ендометріоз
- порушення гормональної функції (дисфункція) яєчників

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК)

- **Частота** - 15-20% випадків.
- **Причини** - функціональні порушення різних ланок регуляції менструального циклу.



Маткові кровотечі, які з'являються внаслідок органічного ураження внутрішніх статевих органів (пухлини, ендометріоз тощо), до групи дисфункціональних не належать.

- **За часом виникнення:**
 - ювенільні (юнацькі),
 - репродуктивного віку
 - клімактеричні



ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК)

(продовження)

- **За механізмом виникнення:**
 - *ановуляторні*
 - *овуляторні.*

Ановуляторні кровотечі - як правило, у періоди статевого дозрівання і клімактеричному.

Овуляторні кровотечі - переважно у репродуктивному віці.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК)

(продовження)

- **Ановуляторні маткові кровотечі (метропатії) виникають унаслідок:**
 - **атрезії фолікулів**, які не досягли овуляторної зрілості, і супроводжуються гіпоестрогенією (хвороба Меєра)
 - **персистенції фолікула** (фолікул досягає повної зрілості, однак овуляція не настає) з гіперестрогенією (хвороба Шредера).

Спільним для обох варіантів є:

- **відсутність овуляції,**
 - **відсутність утворення жовтого тіла**
 - **відсутність секреторних змін в ендометрії.** Ендометрій перебуває під тривалим впливом естрогенів, у результаті чого розвивається спочатку проліферація, а потім гіперплазія і поліпоз ендометрія. Судинна система не в змозі забезпечити кровопостачання на належному рівні, що призводить до некрозування і нерівномірного відторгнення слизової оболонки матки. У таких ділянках виникає кровотеча. Незабаром вони починають епітелізуватись, однак нова десквамація знову спричинює маткову кровотечу. Цей механізм підтримує тривалість кровотечі при ановуляторному циклі.
- **Клінічна картина.** Виникненню маткової кровотечі зазвичай передують затримка менструації від 1-2 до 6-8 тижнів, а іноді й більше. У деяких випадках кровотеча виникає у термін очікуваної менструації або навіть раніше.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК)

(продовження)

- **Овуляторні кровотечі (менорагії)**
- Внаслідок **скорочення фолікулінової фази**. Характерні зменшення тривалості менструального циклу (пройоменорея) за рахунок швидшого дозрівання фолікула (за 7-8 дн.), зниження рівня естрогенних гормонів (гіпоестрогенія).
- Внаслідок **подовження фолікулінової фази**. Тривалість менструального циклу збільшується, досягаючи 35-40 і більше днів за рахунок персистенції фолікула, кровотеча виникає після затримки менструації. Рівень естрогенних гормонів підвищується (гіперестрогенія).
- Внаслідок **скорочення лютеїнової фази**: недостатня функція жовтого тіла, що проявляється зменшенням тривалості менструального циклу, зниженням концентрації прогестерону, лютеїнізуючого та лютеотропного гормонів.
- Внаслідок **подовження лютеїнової фази** (персистенція жовтого тіла): виникає на тлі затримки менструації, часто сприймають як порушену маткову вагітність. Продукція лютеїнізуючого, лютеотропного гормонів і прогестерону значно підвищена.
- **Міжменструальна кровотеча** - зумовлена надмірним зниженням кількості естрогенів під час овуляції, загальмованістю розвитку жовтого тіла. Виникає в середині менструального циклу і продовжується кілька днів, іноді супроводжують нейро – ендокринні порушення (тазовий біль, слабкість, нудота тощо).

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК) (продовження)

Диференційна діагностика:

- Анамнез (вік, менструальна функція, умови життя, харчування, перенесені інфекції тощо).
- Гінекологічне обстеження.
- Тести функціональної діагностики (вимірювання базальної температури, кольпоцитограма, виявлення симптому зіниці тощо).
- Вміст гонадотропінів, стероїдних гормонів.
- Стан слизової оболонки матки при гістологічному дослідженні.
- УЗД.

Ановуляторні маткові кровотечі

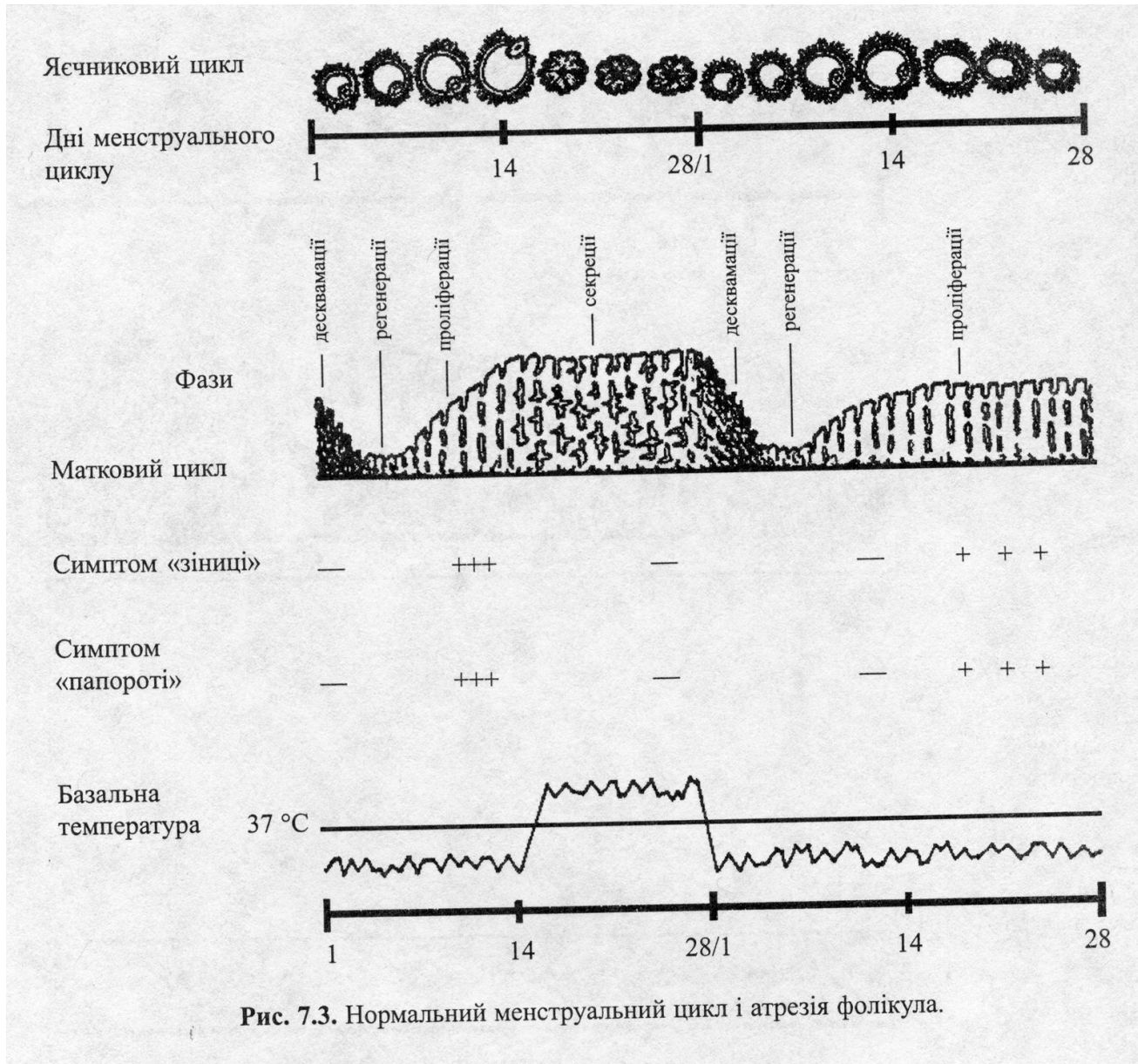
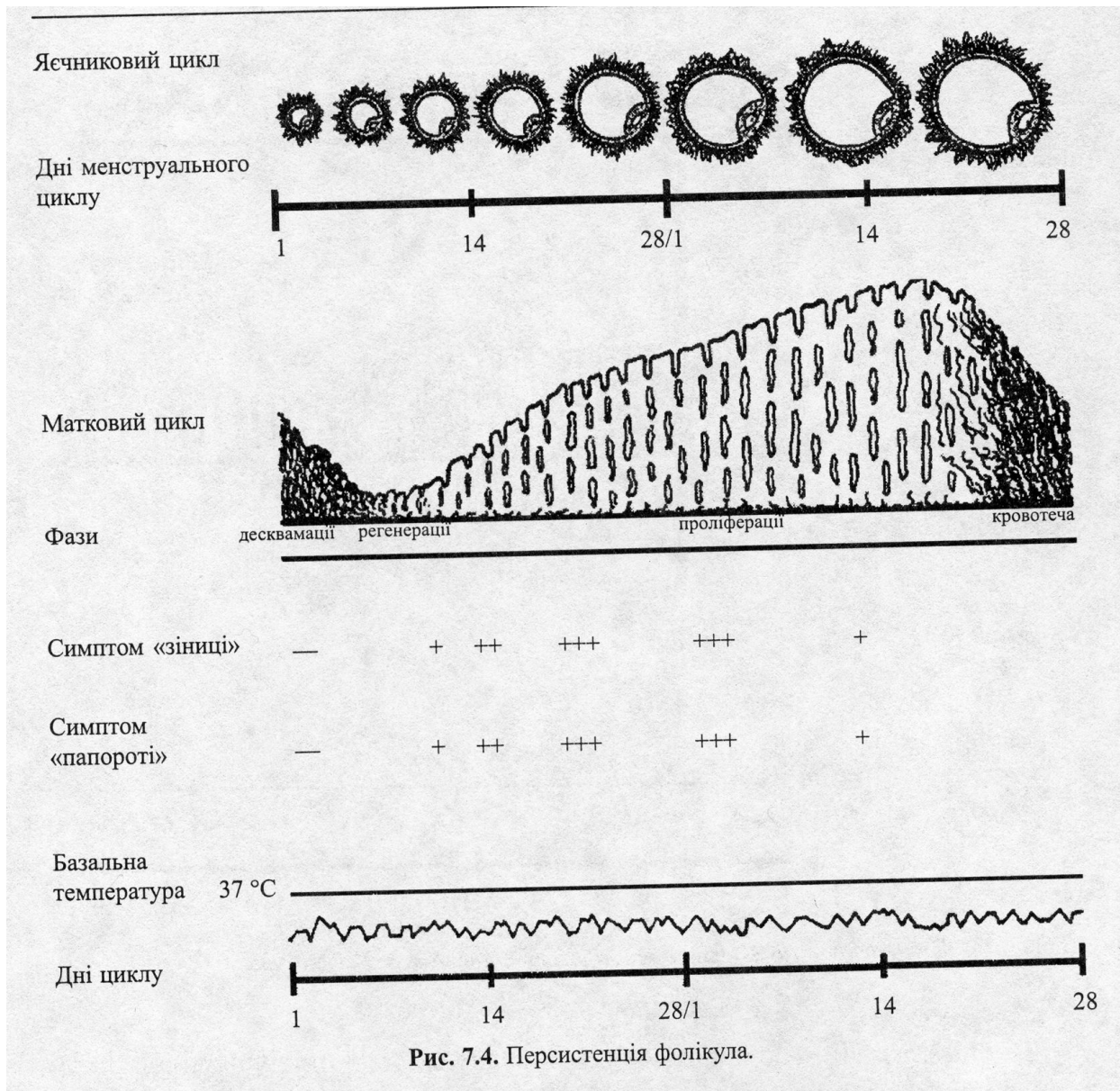


Рис. 7.3. Нормальний менструальний цикл і атрезія фолікула.

Ановуляторні маткові кровотечі



Овуляторні маткові кровотечі

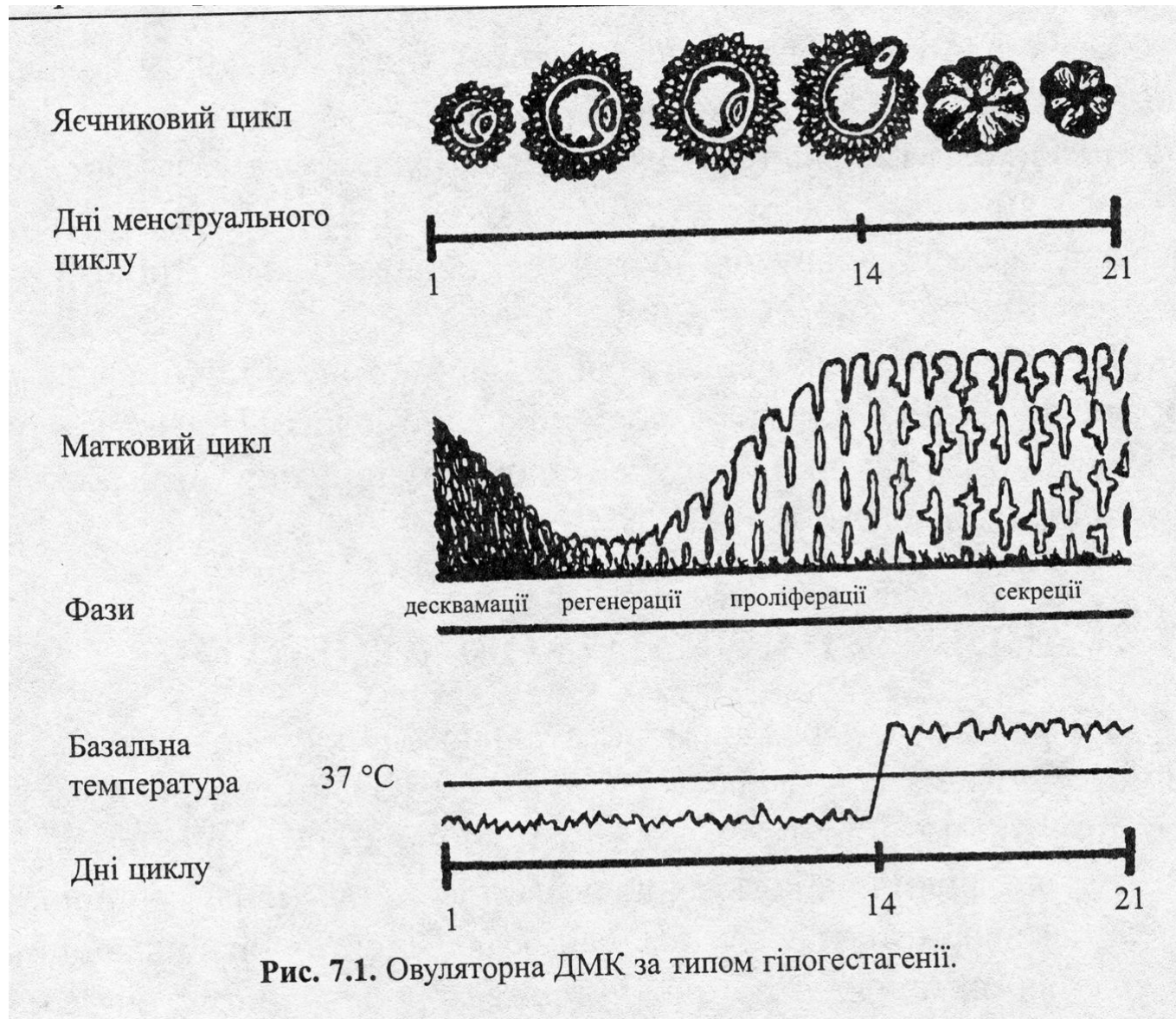
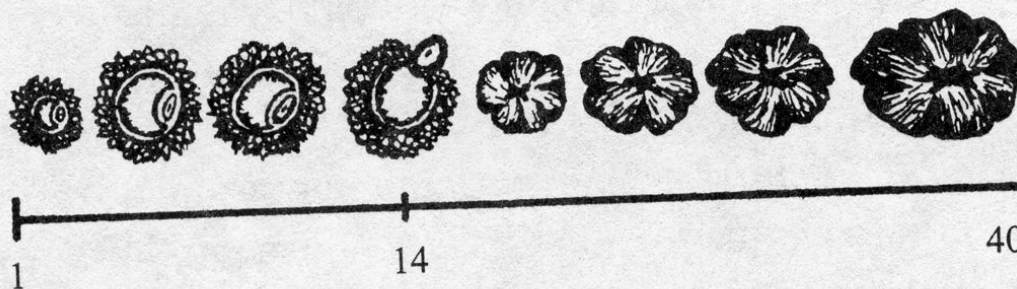


Рис. 7.1. Овуляторна ДМК за типом гіпогестагенії.

Овуляторні маткові кровотечі

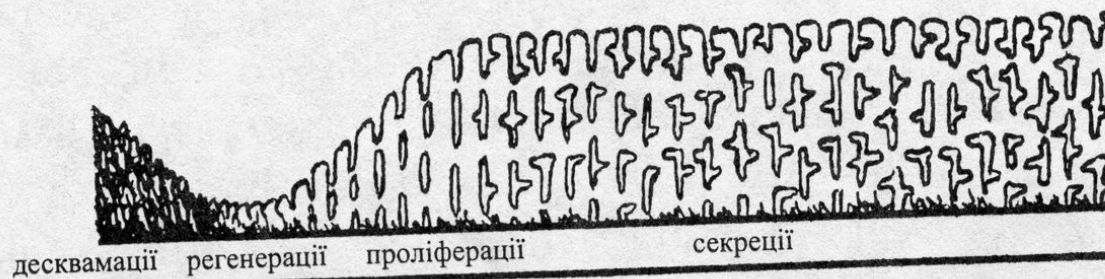
Яєчниковий цикл

Дні менструального
циклу



Матковий цикл

Фази



Базальна
температура

Дні циклу

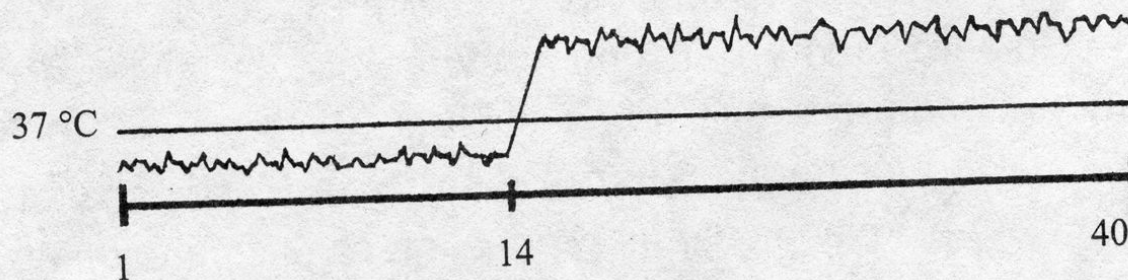


Рис. 7.2. Овуляторна ДМК за типом гіпергестагенії.

Лікування

Слід враховувати:

- Вік хворої.
- Форму дисфункціональної кровотечі.
- Масивність кровотечі.
- Тривалість кровотечі.

Лікування - три етапи.

Перший етап - негайне спинення кровотечі, що здійснюють, як правило, в умовах стаціонару.

- **Негормональна гемостатична терапія:**

- а) препарати, що підвищують коагуляційні властивості крові (дицинон, натрію етамзилат, вікасол, Е-амінокапронова кислота, препарати кальцію тощо);
- б) утеротонічні препарати (окситоцин, пітуїтрин та ін.);
- в) фізіотерапевтичне лікування (холод на низ живота, іонофорез кальцію хлориду тощо).

- **Гормональна гемостатична терапія.** - естрогени у великих дозах - у першу добу по 10000 – 20000 ОД кожні 3-4 год (усього 50000-60000 ОД) або комбіновані естроген – гестагенні препарати - по 1 таблетці 4 - 6 разів на добу з подальшим поступовим зниженням дози препарату. У преклімактеричному і клімактеричному періодах також застосовують прогестерон чи його синтетичні аналоги (17-оксіпрогестерону капронат - 17-ОПК), можна додати андрогени.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК) (продовження)

Лікування – перший етап (продовження)

- **Хірургічне лікування:**

а) вишкрібання слизової оболонки матки. У клімактеричному, а іноді і в репродуктивному періодах лікування треба починати з вишкрібання слизової оболонки матки не тільки для спинення кровотечі, а і з діагностичною метою для вибору подальшої тактики лікування. При ювенільних кровотечах вишкрібання проводять тільки за життєвими показниками у разі неефективності гормонального гемостазу;

б) так звані мінімальні інвазивні хірургічні процедури, які виконують під гістроскопічним контролем: трансцервікальна резекція (абляція), лазерна абляція слизової оболонки матки , кріодеструкція її рідким азотом;

в) видалення матки (надпівхова ампутація або екстирпація матки) проводять у разі неефективного попереднього лікування, наростання анемії, погіршенні загального стану хворої. Обсяг оперативного втручання визначають за віком хворої, станом шийки матки і яєчників.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК) (продовження)

Лікування – перший етап (продовження)

- Легкий перебіг **міжменструальних кровотеч** не потребує спеціального лікування.
- При виражених кровотечах - введення естрогених гормонів у невеликих дозах (до 1000 ОД на добу) перед овуляцією і протягом наступних 2-3 днів.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК) (продовження)

Лікування - три етапи.

- **Другий етап** - нормалізація менструального циклу та профілактика рецидиву кровотечі. Лікувальні заходи можна проводити в умовах стаціонару або жіночої консультації. Особливе значення мають загальнозміцнювальні заходи. Гормональне лікування проводять з обов'язковим урахуванням вікових особливостей, терапія може бути стимулювальною, замісною чи інгібуючою. Частіше використовують естрогени, гестагени, синтетичні прогестини.
- **Третій етап** - відновлення репродуктивної функції, його проводять у жінок репродуктивного періоду. Виконують при відновленні ритмічного менструального циклу. Використовують антиестрогени, гонадотропіни, гонадотропін-релізінг-гормон.

Альгодисменорея

У більшості жінок менструації супроводжуються неприємними відчуттями:

- незначне нездужання,
- дратівливість,
- підвищена чутливість до деяких запахів,
- головний біль,
- відчуття важкості або біль у низу живота.

При *фізіологічних менструаціях* ці явища мають короткочасний характер і не чинять суттєвого впливу на загальний стан жінки та її працездатність.

У жінок із *адьгодисменореєю* зазначені прояви, особливо больовий синдром, яскраво виражені. Такі жінки в період менструацій втрачають працездатність і змушені користуватися анальгетиками.



Альгодисменорея (продовження)

- **Первинна** - з менархе, спостерігають переважно в дівчат і молодих жінок.
- **Причини:**
 - 1) *механічні*, які призводять до перешкоджання відтоку менструальної крові з матки
 - 2) *нейропсихогенні*
 - 3) *ендокринні*
 - 4) *конституціональні (інфантилізм)*.
- **Вторинна** - розвивається, як правило, у жінок 30 - 40 років.
- **Причини** - різноманітні гінекологічні захворювання (ендометріоз, міома матки, запальні процеси внутрішніх статевих органів, внутрішньоматкові контрацептиви - ВМК тощо).

Альгодисменорея (продовження)

Біль:

- виникає в перший день циклу або за декілька годин до початку менструації.
- гострим, переймоподібним,
- локалізується внизу живота, часто іррадіює у попереково-крижову ділянку,

Вегетативні розлади в різних органах і системах:

- мігреноподібний головний біль,
- запаморочення,
- біль у ділянці серця,
- тахі- або брадікардія,
- нудота, блювання, пронос,
- загальна слабкість,
- депресія,
- погіршення пам'яті,
- свербіж, набряки повік та слизової оболонки носа
- тощо.

Може:

- супроводжувати кожну менструацію,
- регулярно з'являтися через кожні дві менструації
- або тільки під час деяких менструацій.

Клініка



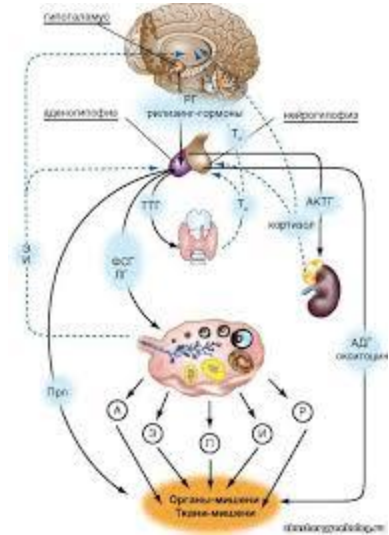
Альгодисменорея (продовження)

- **Діагностика** не становить труднощів за рахунок характерної клінічної картини і чіткого зв'язку з менструаціями. Складнощі виникають при діагностиці і встановленні етіологічного чинника альгодисменореї.
- **Лікування:**
 - усунення проявів основного захворювання;
 - призначення інгібіторів простагландинів, спазмолітиків, анальгетиків, холінолітиків, седативних препаратів;
 - голкорексфлексотерапія, електрофорез новокаїну на ділянку сонячного сплетіння, призначення вітаміну Е, індуктотермія тощо.
- **Профілактика:**
 - правильна організація режиму праці і відпочинку,
 - фізичне виховання,
 - своєчасне виявлення та лікування гінекологічної і екстрагенітальної патології.



Нейроендокринні синдроми

- В гінекології, як правило, пов'язані з порушеннями гіпоталамо-гіпофізарної регуляції репродуктивної системи жінки.
- **Найпоширеніші :**
 - 1) нейрообмінно-ендокринний;
 - 2) вірильні (адреногенітальний синдром і синдром полікістозних яєчників, або синдром Штейна (Стейна) - Левенталя);
 - 3) передменструальний, клімактеричний, посткастраційний;
 - 4) синдром Шихана (післяродовий гіпопітуїтаризм).



Нейроендокринні синдроми

Нейрообмінно – ендокринний синдром

Може розвиватися як ускладнення після пологів чи абортів протягом 3 – 12 міс. Клінічна форма синдрому пов'язана з вагітністю і отримала назву «післяродове ожиріння». Може виникати і в жінок, які не народжували, на тлі стресів та перенесених інфекційних захворювань.

Клініка:

- прогресуюче ожиріння з переважним відкладенням жиру на животі і плечовому поясі,
- вторинна ановуляторна безплідність,
- порушення менструального циклу за типом олігоменореї,
- гіпертрихоз,
- поліурія,
- полідипсія,
- артеріальна гіпертензія,
- гіпертермія,
- головний біль,
- порушення сну.

Нейрообмінно – ендокринний синдром

(продовження)

Діагностика

- рентгенографія турецького сідла, щоб виключити об'ємні утворення гіпофіза.
- проба з дексаметазоном (виключити хворобу Іценго – Кушингу).
- УЗД яєчників,
- зміст АКТГ, пролактину, кортизолу, тестостерону, 11-ОКС (оксикестостероїдів) у крові, 17-КС (кетостероїдів) у сечі,
- за потреби - біопсія ендометрія і лапароскопія.

Лікування

- Дієта.
- Лікарські препарати - адебіт, адипозин, бромкриптин, хлоракон, дифенін, стимулятори овуляції (кломіфен тощо)
- лапароскопічна клиноподібна резекція яєчників (при полікістозі яєчників).
- При гіперпластичних процесах ендометрія - гестагени з 1-го по 25-й день менструального циклу або 17-ОПК по 250 мг на 14 – 17-й день менструального циклу протягом 9 – 10 міс.

Нейроендокринні синдроми

Вірильні синдроми

Вірилізація - поява в жінок чоловічих вторинних статевих ознак (ріст волосся на кінцівках, на животі, зниження тембру голосу, гіпертрофія клітора тощо).

Причини:

- синдром полікістозних яєчників,
- андрогенсекретуючі пухлини яєчників,
- гіперплазія кіркової речовини надниркових залоз (адреногенітальний синдром),
- андрогенпродукуючі пухлини надниркових залоз.

Вірильні синдроми

Адреногенітальний синдром

Форми:

- вроджений (псевдожіночий гермафродитизм). Хворі народжуються з гіпертрофованим клітором.
- набутий (залежно від часу виникнення - препубертатний і післяпубертатний).

Клінічна картина зумовлена гіперандрогенією:

- гірсутизм,
- олігоменорея або аменорея,
- атрофія молочних залоз, гіоплазія матки,
- гіпертрофія м'язів за чоловічим типом,
- погрубішання голосу,
- гіпертрофія клітора,
- пігментація зовнішніх статевих органів.
- первинна безплідність (розвиток синдрому в препубертатний період).
- мимовільний аборт у ранні терміни (у разі виникнення в післяпубертатний період). Частота невиношування вагітності - 30%.



Рис. 10.39. Гермафродитизм при вродженому дефіциті 21-гідроксилази

Адреногенітальний синдром

(продовження)

Діагностика:

- клінічні ознаки,
- визначення вмісту - 17-КС (метаболітів андрогенів) у сечі до і після приймання дексаметазону, тестостерону в крові до і після постановки проби, гонадотропинів і статевих стероїдов у крові.
- ультразвукове дослідження,
- лапароскопія з біопсією яєчників,
- комп'ютерна томографія.

Лікування:

- Для пригнічення надмірної продукції АКТГ - глюкокортикоїдні препарати (преднізолон або дексаметазон).
- Лікування гірсутизму - ципротерон-ацетат (Діане - 35), який приймають протягом 4 – 6 міс., верошпірон (спіронолактон),
- Синтетичні прогестини.

Вірильні синдроми

- **Синдром полікістозних яєчників (див. Яєчникова аменорея).**

Нейроендокринні синдроми

- **Передменструальний синдром (ПМС)** - складний патологічний симптомокомплекс, що виникає за 1 – 14 днів до менструації і зникає одразу після початку або в перші її дні. Синдром звичай супроводжує овуляторні цикли.



- Легка форма синдрому трапляється у 25-30% здорових жінок. За наявності супутньої соматичної патології - до 50%.

Передменструальний синдром (продовження)

Патогенез - порушення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи, що призводить до розладу продукції стероїдних гормонів, водно-сольового і вуглеводного обміну (порушення обміну нейропептидів - серотонін, дофамін, норадреналін та ін., синтезу простагландинів, пролактину, прогестеронова недостатність, збільшення секреції альдостерону, дефіцит магнію, цинку, вітамінів С і В.

Безпосередньою причиною виникнення можуть бути:

- гострі та хронічні інфекційні захворювання,
- психічні травми,
- патологічні пологи та аборти,
- запальні процеси статевих органів.

Передменструальний синдром Клініка

- *Нервово - психічні розлади* - головний біль, блювання, безсоння, дратівливість, депресія, порушення пам'яті, інколи агресивність.
- *Вегето-судинні порушення* - серцебиття, запаморочення, пітливість, відчуття оніміння в кінцівках, парестезії.
- *Обмінно-ендокринні порушення* - біль у суглобах, набряки, набрякання молочних залоз.

Форми

- нейропсихічна
- набрякова
- цефалгічна
- кризова



Передменструальний синдром

Ступені тяжкості

- **Легка форма** - 3-4 симптома за 2-10 днів до менструації.
- **Тяжка форма** - 5-12 симптомів за 3-14 днів до менструації. Можливі напади діенцефального характеру з підвищенням температури, тахікардією, ознобом, задихою, тремтінням, болем у серці, поліурією.

Передменструальний синдром

Діагностика

- Характерні симптоми, що з'являються у другу фазу менструального циклу.
- Гормональні дослідження і тести функціональної діагностики.
- ЕКГ (електрокардіографія).
- ЕЕГ (електроенцефалографія).
- УЗД надниркових залоз.
- Рентгенографія черепа.
- Консультування невропатолога та офтальмолога.

Передменструальний синдром Лікування

(залежно від віку, форми, супутньої екстрагенітальної патології)

- Психотерапія,
- Нормалізація режиму праці й відпочинку.
- Дієта (обмежене споживання солі, солодких і жирних страв, кави).
- Масаж, лікувальна гімнастика.
- Ендоназальний електрофорез тіаміну (вітаміну В1), електроанальгезія з 5-го по 14-й день менструального циклу.
- Гестагени з 16-го по 25-й день менструального циклу.
- Вітамін Е.
- Інгібітори пролактину.
- Пероральні контрацептиви,
- Антигонадотропіни.
- Покращення кровообігу в ЦНС.
- Нормалізації нейромедіаторного обміну.
- Для зменшення больового синдрому - інгібітори простагландинів (аспірин, індометацин, піроксикам, натрію диклофенак та ін.), седативні препарати, транквілізатори, анальгетики.
- Для підвищення діурезу - антагоністи альдостерону (верошпирон) за 2 – 4 дні до менструації,
- При масталгії – місцево прожестожель.
- При алергічних реакціях - антигістамінні препарати.

Лікування передменструального синдрому - три менструальні цикли.

Пацієнтки з передменструальним синдромом становлять групу ризику щодо розвитку клімактеричного синдрому.

Нейроендокринні синдроми

- **Клімактеричний синдром** – комплекс патологічних симптомів, що ускладнюють природний перебіг клімаксу.
- Розвивається на тлі загальної вікової інволюції організму. У більшості жінок вона настає у віці 48 ± 5 років.
- Частота - 35 – 70%.



Клімактеричний синдром (продовження)

Патогенез:

- порушення адаптаційних процесів у клімактеричний період (зміни на рівні взаємовідношень гіпоталамуса і залоз внутрішньої секреції),
- своєрідний нейроендокринно-вегетативним криз, що розвивається на тлі дефіциту естрогенів.

Залежно від ступеня продукції гормонів виділяють три фази:

- гіперестрогенна,
- гіпоестрогенна або гіпергонадотропна
- агормональна.



Клімактеричний синдром

Клінічна картина

Клінічні прояви зазвичай виникають у пременопаузі, але можуть розвинутися і у перші 1-2 роки постменопаузи:

- *припливи жару* до обличчя, голови, шиї з почервонінням обличчя та інтенсивним потовиділенням - 73%.

Припливи продовжуються від декількох секунд до 2-3 хв. і більше.

Частота - від поодиноких до 20 на добу.



Клімактеричний синдром

Клінічна картина (продовження)

- *серцебиття - 62%*
- *нервозність - 56%*
- *депресія - 55%*
- *порушення сну - 52%*
- *погіршення пам'яті - 51%*
- *підвищена збудливість, дратівливість - 50%*



Клімактеричний синдром

Клінічна картина (продовження)

- *головний біль - 40%*
- *запаморочення - 36%*
- *втома - 32%*
- *неспокій - 28%*
- *почуття затерпlosti у кінцівках*
- *плаксивість*
- *трофічні розлади (випадіння і ламкість волосся, ламкість нігтів, поява пігментних плям)*



Клімактеричний синдром

Клінічна картина (продовження)

- *порушення жирового обміну (ожиріння або схуднення)*



- *артеріальна гіпертензія*



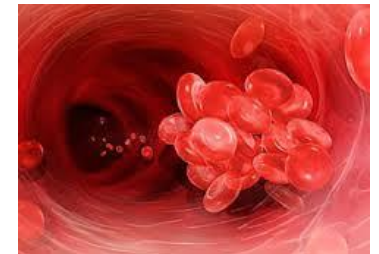
- *остеопороз*



Клімактеричний синдром

Клінічна картина (продовження)

- *гіпертрихоз*
- *порушення функції сечових шляхів (цисталгія, цистопатія, ніктурія)*
- *посилення згортання крові і тромбоутворення*
- *порушення менструального циклу (клімактеричні кровотечі)*
- *загострення хронічних хвороб*





Клімактеричний синдром

Клінічні форми

- Із домінуванням розладів вазомоторного характеру (припливи, відчуття жару, підвищення пітливості і прискорення серцебиття).
- За типом діенцефальних порушень (тахікардія, артеріальна гіпертензія або брадикардія, артеріальна гіпотензія; біль і відчуття завмирання в серці, головний біль, нудота).
- За типом синдрому Меньєра (запаморочення, шум і дзвін у вухах без патологічних змін у середньому вусі).
- Із переважанням психоневрологічних явищ (дратівливість, плаксивість, депресивний стан, безсоння).

Клімактеричний синдром

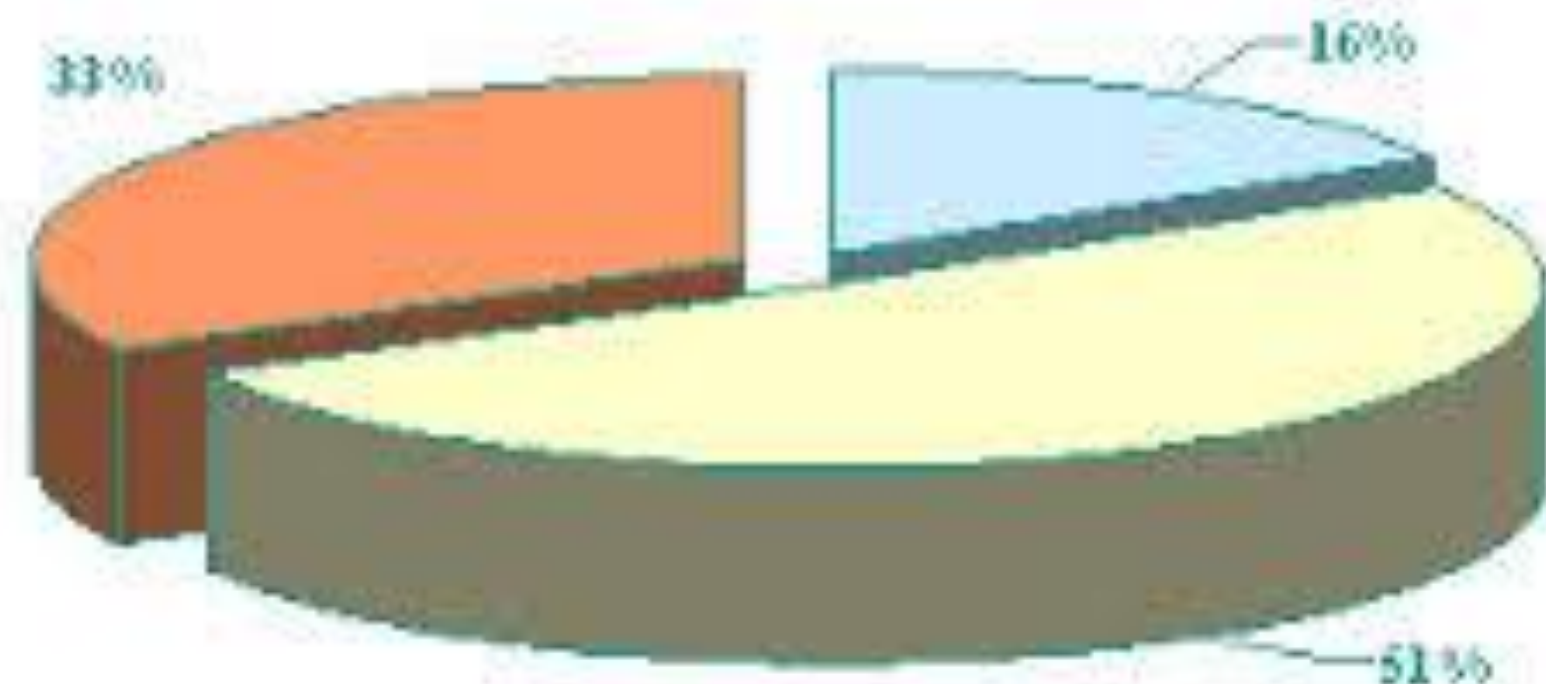
- Слабковиражені скарги - 40%
- Помірно виражені - 30%
- Виражені - 25%
- Стають інвалідами - 5%

Клімактеричний синдром

Ступені тяжкості

- I - легкий (припливи до 5 разів на добу без порушення загального стану і працездатності).
- II – середній (припливи до 15 разів на добу в поєднанні з головним болем, запамороченнями, болем у ділянці серця, зниженням працездатності).
- III - тяжкий (припливи понад 15 разів на добу, втрата працездатності).

Распределение женщин с климактерическим синдромом по степени тяжести клинических проявлений



□ Легкая

□ Средней тяжести

□ Тяжелая

Клімактеричний синдром

У 13 % жінок клімактеричний синдром перебігає атипово:

- різноманітні алергічні реакції,
- симпатико-адреналові кризи,
- імітація клінічної картини міокардіодистрофії та ішемічної хвороби серця.

Для виключення соматичних захворювань рекомендують консультації у:

- психоневролога,
- терапевта,
- ендокринолога,
- кардіолога.

Клімактеричний синдром

Діагностика

- У разі типового перебігу - зазвичай не утруднена.
- Загальноприйняті клініко-лабораторні аналізи.
 - Ультразвукове дослідження.
 - ЕКГ,ЕЕГ,РЕГ(реоенцефалограма).
 - Визначення в сироватці крові вмісту фолітропіну, лютропіну, пролактину, АКТГ, естрадіолу, прогестерону, кортизолу, андрогенів, гормонів щитоподібної залози.
 - Для виключення аденоми гіпофіза - краніографія.

Клімактеричний синдром

Лікування

- *Немедикаментозні методи* - психо-, дієто-, фізіотерапія, класичний ручний масаж комірцевої зони тощо.
- *Медикаментозне лікування* – вітамінотерапія (комплекс вітамінів групи В, ретинол (вітамін А), альфатокоферол (вітамін Е), кальцифероли (вітамін D), седативні засоби, траквілізатори, нейролептики, α -адренергічні препарати (клонідін, клофелін), β -адреноблокатори (анаприлін, обзидан, пропранолон), гормонотерапія.



Нейроендокринні синдроми

Посткастраційний синдром

- Виникає внаслідок одномоментного «вимкнення» функції яєчників (їх видалення або загибель після гамма- та рентген- опромінення).
- **Патогенез** - за рахунок зниження рівня яєчникових гормонів за принципом зворотного зв'язку різко підвищується вміст гонадотропінів, порушення процесів адаптації.
- **Клінічна картина** аналогічна такій при клімактеричному синдромі, але порушення менструального циклу проявляється аменореєю. Симптоми захворювання виникають, як правило, через 10 – 14 днів після оваріоектомії і прогресують протягом 2 – 3-х міс. За відсутності своєчасного лікування загальний стан хворих значно погіршується аж до втрати працездатності.
- **Діагностика** - анамнез і типової клінічної картини. Обстеження пацієнок з посткастраційном синдромом аналогічне такому при клімактеричному синдромі.
- **Лікування** призначають, враховуючи вік пацієнтки і супутню екстрагенітальну патологію. Основа лікування - замісна гормонотерапія. Існують дані про належний терапевтичний ефект від трансплантації криоконсервованої донорської яєчничкової і плацентарної тканин.



**Я ЖЕЛАЮ
ВСЕМ
СЧАСТЬЯ!**