

Нейроэндокринные синдромы.

Выполнила Михнюк А.О. 421 гр.

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им И.И. Мечникова
2015
г. Санкт-Петербург

* Предменструальный синдром - это комплекс сомато-эндокринных и психических нарушений, появляющихся за несколько дней до менструации и исчезающих с ее началом. В популяции предменструальный синдром встречается в 30-70 % случаев в зависимости от возраста (в молодости реже, перед климаксом чаще).

* Формы:

* *Нервно-психическая*

* *Отечная*

* *Цефалгическая*

* *Кризовая*

* *Стрессовая*

* **Предменструальный
синдром.**

ПМС

Психические проявления:

- Бессонница
- Тревога
- Депрессия
- Изменение либидо
- Утомляемость и др.

Вегетативно-сосудистые

- Головная боль
- Боли в животе
- Запоры
- Колебания АД
- Головная боль и др.

Обменно-эндокринные

- Отеки
- Изменение аппетита
- Появление угрей
- Увеличение массы тела и др.

- * Психотерапия
- * Нормализация режима труда и отдыха
- * Исключение кофе, соленых и острых блюд, шоколада, ограничение потребления жидкости во второй фазе цикла
- * Центральная электроаналгезия
- * Седативные , психотропные препараты
- * При отежной форме-антигистаминные препараты(тавегил, диазолин)
- * При цефалгической форме - ноотропил 400мг 3-4 раза/день
- * Антипростагландиновые препараты (напросин ,индометацин)



www.HelloCrazy.com

мак применяются агонисты релизинг-гормонов в элин,золадекс)

* **Лечение ПМС**

* Постгистерэктомический синдром (ПГС) – клинический симптомокомплекс, развивающийся после гистерэктомии с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями.



* Постгистерэктомический синдром

Гистерэктомии подвергается каждая пятая женщина в течение жизни. Наибольшее количество гистерэктомий приходится на наиболее социальноактивный период жизни женщин (40-49 лет). Частота выпадения функции яичников, приводящей к развитию ПГС, колеблется от 20% до 80% и зависит от возраста пациентки, преморбидного фона, характера сопутствующей патологии, объёма операции, особенностей кровоснабжения яичников.

При транзиторном ПГС у 80% больных репродуктивного возраста овариальная функция восстанавливается в течение 1 года. Однако через 5 лет после гистерэктомии у 55-69% женщин, оперированных в возрасте 39-46 лет, гормональный профиль соответствует постменопаузальному.



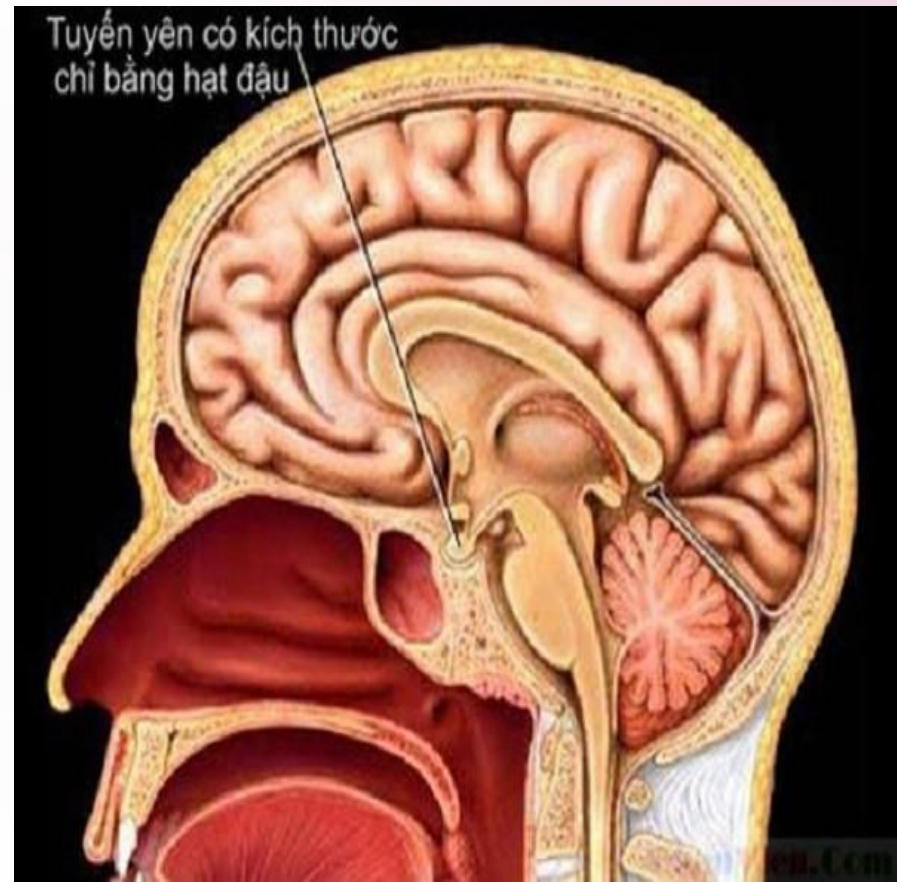
* Причиной формирования гипоэстрогении при ПГС считают нарушение микроциркуляции яичников и развитие острой ишемии в результате исключения из их кровоснабжения ветвей маточных артерий. После операции изменяется архитектоника внутриорганных сосудов яичников, страдает интраовариальный кровоток, нарастают венозный застой и лимфостаз, более выраженные в строме, преобладают ановуляторные циклы. Ишемизация яичников ускоряет дегенеративные и атрофические процессы, приводит к угасанию овуляторной и гормонопродуцирующей функции.

* **Патогенез**

- * Клиническую картину ПГС формируют два основных симптомокомплекса — *психоэмоциональные нарушения и нейровегетативные расстройства.*
- * Психоэмоциональные проявления возникают у 44% больных и выражены обычно в виде астенической депрессии с характерными жалобами на сильную утомляемость, снижение работоспособности, вялость, выраженную слабость, повышенную слезливость, «приливы». У 25% больных развивается чувство тревоги, сопровождающееся немотивированным страхом внезапной смерти. Прекращение менструальной и детородной функции в репродуктивном возрасте нередко воспринимается как утрата женственности; появляется чувство страха, боязнь распада семьи, оценка себя как неполноценного сексуального партнёра.
- * Нейровегетативную симптоматику можно наблюдать у 30-35% больных, предъявляющих жалобы на плохую переносимость высокой температуры, приступы сердцебиения в покое, зябкость, ознобы, чувство онемения и ползания мурашек, «приливы», нарушение сна, вестибулопатии, повышенную потливость, склонность к отёкам, транзиторную гипертензию.

 **Клиника**

* Синдром Шихана развивается вследствие некротических изменений в гипофизе, возникающих на фоне спазма или внутрисосудистого свертывания крови в сосудах передней доли гипофиза после кровотечений или бактериального шока при родах или абортах. Развитию этих изменений способствуют особенности кровоснабжения гипофиза, масса передней доли которого во время беременности увеличивается в два раза, а также препараты спорыньи, широко применяемые при родах и кровотечениях.



* **Синдром Шихана**

* Клиническая картина синдрома Шихана зависит от степени поражения гипофиза (тяжелые формы при 75% и отсутствие симптомов при 25%). В определенной последовательности нарушаются гонадо-, тирео- и кортикотропная функции гипофиза, за которыми развивается недостаточность периферических желез.

* Нарушение гонадотропной функции гипофиза приводит к аменорее, гипоплазии и атрофии половых органов, молочных желез. Волосы становятся сухими, ломкими, отмечается их выпадение, вплоть до тотальной алопеции.

* Самый ранний симптом синдрома Шихана – агалактия (если заболевание проявляется сразу после родов). Кольпоцитологически и гистологически выявляется выраженная атрофия слизистых гениталий и эндометрия.

* Недостаточность функции коры надпочечников – гипокортицизм, обусловленный падением уровня АКТГ, проявляется множеством симптомов: недомоганием, быстрой утомляемостью, анорексией, нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, прогрессирующим похудением. Снижаются защитные и иммунные механизмы организма, что предрасполагает к частым заболеваниям простудного характера (ангины, пневмонии и др.).

* Несколько позже проявляются симптомы вторичного гипотиреоза: сухая, бледная с железистым оттенком кожа, снижение потоотделения, сонливость, замедленная речь, снижение памяти и изменение психики, медлительность, депрессивные состояния, а также отеки с клинической картиной микседемы.

* Клиника

* Формы болезни по степени тяжести.

- * Легкая форма характеризуется быстрой утомляемостью, головной болью с явлениями гипотензии. При тщательном обследовании выявляется симптоматика гипотиреоза и глюкокортикоидной недостаточности.
- * Заболевание средней тяжести характеризуется недостаточностью яичников (гипоменструальный синдром с ановуляторными циклами) и щитовидной железы (пастозность, сухость кожи и ногтей, утомляемость, гипотензия).
- * При тяжелой форме отмечается выраженная недостаточность гонадотропной, тиреотропной и кортикотропной функций гипофиза (от легкой степени недостаточности до полного «выпадения» функций всех периферических эндокринных желез).
- * Лечение:
- * Лечение заключается в проведении заместительной гормональной терапии в зависимости от характера недостаточности той или иной эндокринной железы.
- * При гипотиреозе показаны препараты щитовидной железы (тиреоидин, трийодтиронин, L-тироксин и др.), недостаточности надпочечников — гидрокортизон, преднизалон, дексаметазон и другие препараты глюкокортикоидного действия
- * При недостаточности функции половых желез — заместительная циклическая гормональная терапия (эстрогены—прогестерон).
- * При тяжелых формах проводят все три вида гормональной терапии одновременно. По показаниям назначаются анаболические гормоны (феноболил, ретаболил, андрогены после 40—45 лет).



* **Климактерический
СИНДРОМ.**

- * Климактерический синдром – это комплекс патологических (ненормальных) проявлений, которые наблюдаются у женщины в период угасания репродуктивной (детородной) функции.
- * Период угасания репродуктивной функции (климактерический период, пре- и постменопауза, климакс) обычно начинается у женщин старше 45-47 лет.
- * Климактерический синдром связан с изменением гормонального баланса в организме женщины, главным образом, со снижением активности женских половых гормонов.
- * Длительность климактерического синдрома – от 1,5 до 10 лет (в среднем 2-5 лет). Выраженность симптомов различна и зависит от индивидуальных особенностей женщины.

Таблица 1. Климактерические расстройства

Группы	Нарушения	Симптомы
I	Вазомоторные	Приливы жара, повышенная потливость, головная боль, гипо- или гипертония, озноб, сердцебиение
	Эмоционально-психические	Раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, невнимательность, снижение либидо
II	Урогенитальные	Сухость влагалища, боль при половом акте, зуд и жжение, урогенитальные расстройства
	Изменения кожи и ее придатков	Сухость и ломкость ногтей, сухость и выпадение волос
III	Поздние обменные нарушения	Остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания

- * Заместительная гормональная терапия половыми гормонами:
- * прием эстрогенов (женских половых гормонов), как правило, назначается при климактерическом синдроме женщинам, у которых матка удалена;
- * прием гестагенов (женских половых гормонов) чаще назначается женщинам с эндометриозом (заболевание, при котором ткань слизистой оболочки матки (эндометрий) разрастается за пределами ее внутреннего слоя и подвергается ежемесячным циклическим изменениям, формируя эндометриоидные кисты (очаги) — полости, заполненные жидким содержимым) или маточными кровотечениями (не менструальными);
- * прием комбинированных препаратов: эстрогенов с гестагенами для остальных женщин.
- * Фитотерапия растительными гормонами (фитогормонами), которые содержатся в бобовых, финиках, гранатах, семенах подсолнечника, клевере, капусте, зерновых, семенах льна, орехах, вишне, яблоках, чесноке, моркови и др. Этими продуктами обогащают диету и принимают их в виде лекарственных фитосредств.

 **Лечение**

Опухоли молочной железы, половых органов.

- * Недержание мочи.
- * Переломы костей.
- * Повышение артериального давления.
- * Риск развития атеросклероза.
- * Риск развития инсультов (нарушения мозгового кровообращения), инфаркта миокарда (разрыва сердечной мышцы).
- * Риск тромбоза (закупорки сосудов).
- * Сухость влагалища, что приводит к болезненности при половом акте.
- * Развитие сахарного диабета (нарушение обмена глюкозы - углевода).
- * Снижение уровня качества жизни и трудоспособности женщины.

* Осложнения и последствия

* Синдром гиперпролактинемии - это сочетание гиперпролактинемии с бесплодием, нарушениями менструального цикла, галактореей у женщин, снижением либидо и потенции, бесплодием у мужчин. Данный синдром у женщин и мужчин также носит название гиперпролактинемического гипогонадизма, а у женщин - синдрома персистирующей галактореи-аменореи.

* СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕ МИИ У ЖЕНЩИН

* У женщин с гиперпролактинемией в типичных случаях отмечаются нарушения менструального цикла (первичная или вторичная аменорея, опсоменорея, олигоменорея, ановуляторность циклов или укорочение их лютеиновой фазы), бесплодие, снижение либидо, отсутствие оргазма (фригидность), галакторея (встречается примерно у 70% женщин с гиперпролактинемией). Необходимым условием развития галактореи служит повышенный уровень ПРЛ на фоне достаточного содержания эстрогенов в крови. Однако сопутствующий гипогонадизм, обуславливающий недостаточность эстрогенов, приводит к парадоксальному прекращению галактореи.

* Гиперпролактинемия выявляется у 15-20% женщин с вторичной аменореей или олигоменореей; у около 30% из них отмечаются галакторея или бесплодие и у 70% - сочетание галактореи и бесплодия.



- * Симптомокомплекс, характеризующийся патологически длительной лактацией в сочетании с аменореей и атрофией половых органов.
- * Этиопатогенез изучен не до конца. Большинство исследователей считают первопричиной его длительную секрецию пролактина передней долей гипофиза после родов вследствие поражения ядер гипоталамуса (опухолевого, инфекционно-токсического, ревматического и др.), в норме ответственных за торможение продукции пролактина. Избыточная продукция этого гормона приводит к гипертрофии железистой ткани молочных желез, тормозит секрецию фолликулостимулирующего гормона. Вследствие этого фолликулы в яичниках не созревают, - недостаток гормонов приводит к аменорее, атрофическим процессам в половом аппарате. Атрофические процессы тем более выражены, чем больше число предшествующих родов и длительнее лактационный период. Иногда отмечается сочетание с гипотиреозом.

* Синдром Киари— Фроммеля

- * Проявления синдрома Киари—Фроммеля довольно типичны. Больные жалуются на головные боли, недомогание, расстройство сна, ухудшение зрения, обильное истечение молока вне связи с кормлением, отсутствие менструаций в течение длительного времени.
- * Нередко наблюдаются ожирение или похудание, патологическое оволосение. Молочные железы значительно увеличены с резко расширенной сетью подкожных сосудов и отсутствием характерной пигментации околососковых кружков. При пальпации определяются резко гипертрофированные долики желез, при надавливании — из соска обильное отделяемое.

 **Клиника**

- *Терапия этиопатогенетическая. Гормональная терапия включает назначение гипофизарного гонадотропина (фолликулостимулирующий гормон) в/м.
- *Хороший эффект дает применение эстрогенных гормонов, лечение, как правило, длительное, проводится курсами. При отсутствии эффекта назначается рентгенотерапия.
- *При опухолях – лечение хирургическое.
- *Прогноз благоприятный



* **Лечение**

* Посткастрационный синдром у женщин (ПКС) — это комплекс вегетативно-сосудистых, нейроэндокринных и нейропсихических симптомов, возникающих после тотальной или субтотальной овариэктомии (кастрации) в сочетании с удалением матки или без удаления.

* Посткастрационный синдром

- * Симптомы ПКС возникают через 1-3 недели после операции и достигают полного развития через 2-3 месяца.
- * В клинической картине преобладают:
- * *вегетативно-сосудистые нарушения (73%)* - приливы, потливость, тахикардия, аритмия, боли в сердце, гипертонические кризы;
- * *обменно-эндокринные нарушения (15%)* - ожирение, гиперлипидемия, гипергликемия;
- * *психоэмоциональные (12%)* - раздражительность, плаксивость, плохой сон, нарушение концентрации внимания, агрессивно-депрессивные состояния.
- * В последующие годы частота обменно-эндокринных нарушений возрастает, а нейровегетативных — уменьшается. Психоэмоциональные расстройства сохраняются длительное время.
- * Через 3-5 лет появляются симптомы дефицита эстрогенов в органах мочеполовой системы: атрофический остеопороз.



* Основным методом лечения посткастрационного синдрома является заместительная гормональная терапия (ЗГТ). При легкой форме посткастрационного синдрома, отсутствии жалоб, сохраненной работоспособности и быстром обратном развитии симптомов ЗГТ можно не проводить. В подобных случаях показаны витаминотерапия (витамины А и С), изменение режима питания (преобладание растительных пищевых продуктов, сокращение употребления животных жиров в пользу растительных), транквилизаторы при нарушении сна и лабильном настроении. Желательны двигательная активность (прогулки) и нагрузочные физические упражнения, если в течение жизни женщина занималась гимнастикой, лыжным спортом и т. д.

* Лечение



*Конец