**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .01** **Диагностическая деятельность**

**МДК 01.01** **Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел №14 Диагностика в акушерстве и гинекологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №14.9**

**Диагностика нарушений менструального цикла.**

**Лекция 14**

План лекции

1.Классификация расстройств менструального цикла. Аменорея: определение понятия. Физиологическая и патологическая аменорея.

2.Аменорея центрального генеза.

3.Яичниковая и маточная формы аменореи.

4.Определение понятия альгоменореи

5.Классификация.

6.Клиника альгоменореи

**Слайд 2**

Пр 572: Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья.

**Слайд 3**

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.

**Слайд 4**

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья:

I группа - практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа - женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

III группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V группа - женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

**Слайд 5**

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства.

**Слайд 6**

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

**Слайд 7**

***В дневные стационары*** направляются женщины:

- с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также

- для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре.

Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

**Слайд 8**

***1 Классификация расстройств менструального цикла.***

***Аменорея, определение понятия***

**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.

**Слайд 9**

**Физиологический менструальный цикл характеризуется:**

1. Двухфазностью.

2. Продолжительностью не менее 24 и не более 38 дней (у 60% женщин – 28-32 дня). Менструальный цикл продолжительностью менее 24 дней называется антепонирующий, более 38 дней – постпонирующий.

3. Постоянной цикличностью.

4. Продолжительностью менструации 4,5-8 дней.

5. Менструальной кровопотерей от 5 до 80 мл (50-150 мл).

6. Отсутствием болезненных проявлений и нарушений общего состояния организма.

**Слайд 10**

**Регуляция менструального цикла.**

В регуляции менструального цикла участвует 5 звеньев:

- кора головного мозга.

- гипоталамус.

- гипофиз.

- яичники.

- матка.

Нормальная продолжительность менструального цикла у женщин детородного возраста (18-45 лет) составляет 21-35 (в среднем 28) дней. Нормальная продолжительность менструации составляет 4,5-8 (в среднем 3-5) дней, кровопотеря от 5до 80 мл (50-150 мл).

**Слайд 11**

Классификация НМЦ

1.Несвоевременное наступление менструации

Преждевременное – до 8 лет

Раннее – до 10 лет

Позднее – после 16 лет

2. Дисменорея

3.Гипоменструальный синдром

4.Патологическая аменорея

5.АМК – аном маточн кровотечения

6.ОМК – обильные маточные кровотечения

7.Нейроэндокринные гинекологические синдромы

**Слайд 12**

***Дисменореей*** называют нарушение менструального цикла, относящееся не к заболеваниям, а к патологическим состояниям, которые характеризуются схваткообразными или ноющими болевыми ощущениями внизу живота в период менструального кровотечения, и включают нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные расстройства.По статистическим данным дисменореей страдают 43-90% юных девушек и молодых женщин.

По другому - ***Альгодисменорея***- ***патологическое состояние***, характеризующееся сочетанием болезненных месячных с циклично возникающими общесоматическими расстройствами. У больных с первичной, и вторичной альгодисменореей наблюдается аллергический компонент в виде повышенной чувствительности к собственным половым гормонам и даже к определенным фракциям эстрогенов. Имеются доказательства наследственной предрасположенности к болезненным менструациям.

**Слайд 13**

***Классификация****.*

***Первичная*** связана с функциональными нарушениями в иммунной, нервной, эндокринной системах, водно-солевом равновесии.

***Вторичная*** обусловлена эндометриозом, воспалением внутренних гениталий, аномалиями развития половых органов, неправильным положением внутренних гениталий, опухолями органов таза, [половым инфантилизмом](http://www.blackpantera.ru/detskajaginekologija/14754/). Вторичная альгоменорея рассматривается как один из симптомов основного заболевания

**Слайд 14**

**Клиническая картина альгоменореи**

Ведущим симптомом альгодисменореи являются схваткообразные боли внизу живота, в крестце с иррадиацией в паховые и бедренные области, задний проход. Боль может быть настолько интенсивной, что заставляет девушку прервать учебу или работу. Чаще боль возникает до месячных или в начале их значительно реже в конце месячных. Менструация может быть как обильной, так и скудной.

Из общих симптомов следует отметить: головную боль (по типу мигрени), [тошноту](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/4563/) и [рвоту](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/6646/), депрессивное состояние, агрессивность, слюнотечение, запор, метеоризм, потливость, ознобы, отеки, артралгию, полиурию и. др. Для всех симптомов характерны цикличность их возникновения и спонтанное исчезновение («временное излечение»).

**Слайд 15**

**Аменорея** — отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более.

Различают ***физиологичесуюя аменорею* (**отсутствие менструаций во время беременности, кормления ребёнка грудью, у девочек до периода полового созревания и женщин, находящихся в менопаузе) и ***патологическую -*** вызванную каким-либо заболеванием или вмешательством. Патологическая аменорея в свою очередь делится на ***первичную и вторичную***

**Слайд 16**

***Циклические изменения менструации***

* **гиперменорея** — увеличение количества крови во время наступившей в срок менструации при ее нормальной продолжительности;
* **меноррагия** — значительное увеличение количества крови во время менструации продолжительностью до 12 дней.
* **гипоменорея** — **скудная менструация**, наступающая в срок;
* **полименорея** — менструация длительностью более 7 дней с умеренным количеством крови;
* **олигоменорея** — короткая (1-2 дня), регулярно возникающая менструация с умеренным количеством крови;
* **опсоменорея** — **редкая менструация** с промежутками от 36 дней до 3 месяцев продолжительностью 3-5 дней с умеренным количеством крови;
* **пройоменорея** — укорочение длительности менструального цикла (менее 21 дня).

**Слайд 17**

***Дисфункциональные маточные кровотечения:***

***ановуляторные,*** возникающие на фоне отсутствия овуляции, в результате чего не образуется жёлтое тело и возникает абсолютная гиперэстрогения (в случае персистенции фолликула). При атрезии фолликулов развивается относительная гиперэстрогения.

***овуляторные,*** возникающие на фоне персистенции жёлтого тела.

***Альгоменорея*** — болезненные менструации.

***Метраррагии*** – ациклические маточные кровотечения, возникающие независимо от менструального цикла.

**Слайд 18**

***2. Аменорея центрального генеза.***

Возникает на фоненарушений функции, как коры головного мозга, так и подкорковых структур (гипоталамо-гипофизарная аменорея).

Наиболее часто возникновению центральных форм аменореи предшествуют психические травмы, нейроинфекции, интоксикации, стрессы, осложненные беременность и роды, органические поражения гипофиза (опухоль, некроз, тромбоз и т.д.), физические перегрузки, эндокринные заболевания и др.

Менструация прекращается внезапно. Наряду с аменореей наблюдаются раздражительность, плаксивость, головная боль, нарушения памяти, работоспособности, расстройство сна. Вне зависимости от причин поражения гипоталамо-гипофизарной области происходит нарушение выработки гипоталамического гонадотропин-рилизинг-гормона, что приводит к изменению секреции ФСГ, ЛГ, АКТГ, СТГ, ТТГ и пролактина.

Отсутствие менструации не самостоятельное заболевание, а является одним из признаков начала заболевания, таких, как например:

**Слайд 19**

***Синдром Иценко—Кушинга*** характеризуется непропорциональным ожирением с отложением подкожной жировой клетчатки на лице, шее, верхней половине туловища. У больных лицо округлое, цианотично-красное. Кожа сухая, атрофичная, с мраморным рисунком и участками пигментации и акне. На груди, животе, бедрах багрово-красные полосы растяжения.

***Гигантизм*** - чрезмерное увеличение роста обычно замечают в препубертатном и пубертатном периодах, на протяжении ряда лет. Со временем может развиться акромегалоидное укрупнение черт лица. С самого начала заболевания отмечаются гипогонадизм, первичная аменорея или раннее прекращение менструаций.

**Слайд 20**

***3. Яичниковая и маточная формы аменореи*.**

***Яичниковая аменорея.*** В основе заболевания лежит полное или частичное отсутствие функции яичника. Может быть ***первичной*** — врожденной или ***вторичной,*** появившейся в более позднем возрасте.

Врожденные формы первичной аменореи чаще всего ***генетически обусловлены и являются следствием хромосомных аномалий в системе половых хромосом*** в результатенеблагоприятных воздействий в ранний антенатальный период***. Дисгенезия гонад*** проявляется в виде синдрома Шерешевского - Тернера, "чистой" и "смешанной" форм.

**Слайд 21**

***Диагностика*** обычно основана на клинических признаках заболевания. Больные отличаются низким ростом (не выше 135-145 см). Масса тела при рождении обычно тоже низкая — 2000-2300г при доношенной беременности. При осмотре выявляются короткая шея, часто с крыловидными складками, идущими от плеча к ушам, широкие плечи, бочкообразная грудная клетка, широко расположенные соски молочных желез. Наружные углы глаз опущены (монголоидный разрез глаз), часто обнаруживается третье веко, иногда — птоз. Нёбо высокое, голос гнусоватый.

Нередко выявляются и другие врожденные пороки развития. Психическое развитие не нарушено, половая ориентация женская. В пубертатном периоде вторичные половые признаки слабо выражены.

При гинекологическом осмотре обращают на себя внимание резко вы­раженные признаки полового инфантилизма. При УЗИ выявляются аплазия или резкая гипоплазия яичников и матки.

**Слайд22**

***Наибольшее диагностическое значение*** имеют генетические исследования, подтверждающие хромосомную аномалию

***Лечение*** до пубертатного периода должно быть направлено на сти­муляцию роста. Назначают анаболические стероиды. После 15-17 лет можно проводить заместительную терапию женскими половыми гормонами.

***«Чистая» форма дисгенезии гонад***. Заболевание патогенетически идентично синдрому Шерешевского - Тернера, однако отличается от него отсутствием или незначительной выраженностью соматических аномалий.

Так как у больных с "чистой формой’’ дисгенезии задержки роста не отмечается, анаболические гормоны не применяют.

***"Смешанная форма" дисгенезии гонад.*** Одна из форм гермафродитизма. Характеризуется неопределенным фенотипом с интерсексуальным строением наружных половых органов. Как и в других случаях дисгенезия гонад является врожденной аномалией развития.

При рождении детей их паспортный пол определяется и как женский, и как мужской. При половом созревании с активацией функции яичка фенотип приближается к мужскому, усиливается гипертрофия клитора, возникают половое оволосение по мужскому типу, гипертрихоз, меняется тембр голоса.

*У* этого контингента больных гонады склонны к малигнизации, поэтому необходим особо тщательный осмотр.

***Лечение.*** В препубертатном периоде показана кастрация с пластикой половых органов. После оперативного вмешательства проводят гормональную терапию, направленную на усиление феминизации Генеративная функция при любой форме дисгенезии гонад исключается, о чем следует своевременно информировать больных.

***Тестикулярная феминизация*** — ложный мужской гермафродитизм. Характеризуется различной степенью феминизации у лиц с генетическим мужским полом, кариотип 46 ХY.

**Слайд 23**

***Диагностика.*** При осмотре у большинства больных обнаруживается паховая грыжа, в которой пальпируются яички, иногда они находятся в больших половых губах, реже в брюшной полости.

При гинекологическом осмотре выявляют влагалище (иногда руди­ментарное), заканчивающееся слепо, матка отсутствует. При рентге­нологическом исследовании определяется аплазия матки. Наибольшее диагностическое значение имеет определение полового хроматина

***Маточная аменорея*** развивается при неизмененной функции системы гипоталамус — гипофиз — яичники в результате патологического процесса в эндометрии. Если разрушение эндометрия произошло до наступления полового созревания, аменорея первичная; если после — вторичная.

***Патогенез***. Эндометрий разрушается вследствие инфекционного процесса (чаще всего туберкулезного) или после хирургического вмешательства и теряет способность нормально реагировать на гормональную стимуляцию.

**Слайд 24**

***Диагностика.* ГСГ** и гистероскопия. Гормональные исследования. При маточной форме аменореи проба с прогестероном отрицательная (отсутствует кровотечение после введения прогестерона).

Комбинированная проба с эстрогенами и прогестероном также отрицательная (отсутствует кровотечение после введения обоих препаратов). Обе пробы бывают положительными при гипофункции яичников.

***Лечение*** зависит от этиологического фактора, вызвавшего патологию.

**Литература**

**Основные источники:**

1.Гинекология [Текст]:учебник/под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко.- «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-432с.стр.97 - 139

2.Гинекология: учебное пособие /под редакцией А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова,-«ГЭОТАР-Медиа», 2009.-472с.

3.Женская консультация: руководство /под редакцией проф. В.Е.Радзинского,»ГЭОАР-Медиа»,2009.-467с.

**Дополнительные источники:**

1.Детская гинекология справочник /Л.Б.Маркин, Э.Б.Яковлева.-М: медицинское информативное агентство, 2007.-476с.

**Интернет-ресурсы**:

1.Портал профессиональной медицины - Режим доступа: http://medobook.com/ свободный.-Загл. с экрана.

2.Медицинский портал - Режим доступа: http://medwedi.ru/ свободный.-Загл. с экрана.

3.Медицинский сайт - Режим доступа: <http://medicalplanet.ru/>

свободный.-Загл. с экрана.

4.Большой медицинский портал - Режим доступа: http://www.megamedportal. ru/ свободный.-Загл. с экрана.

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .01** **Диагностическая деятельность**

**МДК 01.01** **Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел №14 Диагностика в акушерстве и гинекологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №14.9**

**Диагностика нарушений менструального цикла.**

**Лекция №15**

**Нейроэндокринные синдромы: определение понятия, классификация. Предменструальный синдром. Клиника, диагностика.**

План лекции

1.Определение понятия и классификация нейроэндокринных синдромов.

2**.**Предменструальный синдром

***Слайд 2***

***1.Определение понятия и классификация нейроэндокринных синдромов.***

Нейроэндокринные гинекологические синдромы – это нарушения гипоталамо-гипофизарной системы как важнейшего звена в регуляции специфических функций женского организма. Однако каждый из этих синдромов при наличии общего патогенеза, характеризуется преобладанием симптомов, определяющих специфические проявления синдрома. К нейроэндокринным синдромам относятся:

* Синдром Шихана
* Предменструальный синдром
* Синдром поликистозных яичников
* Адреногенитальный синдром
* Климактерический синдром
* Посткастрационный синдром

***Слайд3***

***2.Предменструальный синдром***

***Предменструальный синдром.*** Это специфическое состояние, которое предшествует менструации и в той или иной степени свойственно большинству женщин. Ранее предменструальный синдром рассматривался как психологическое заболевание, пока исследователи не доказали, что это состояние имеет органическую природу, обусловленную изменениями уровня гормонов в организме.

У некоторых женщин ПМС проходит спокойно, у других очень бурно, но время проявления симптомов **всегда предсказуемо**. Перемены в эмоциональном и физическом состоянии появляются за 7-10 дней до менструации, и проходят практически сразу же после начала месячных. Эти сроки можно установить, если в течение нескольких месяцев вести дневник менструаций, отмечая в нём все симптомы и даты начала и конца месячных.

Если симптомы сохраняются на протяжении всего менструального цикла, возможно ПМС не является их причиной. В этом случае следует обратиться к психиатру.

***Слайд 4 Причины предменструального синдрома***

* колебания гормонального фона во время менструального цикла и индивидуальными реакциями на них всего организма
* ежемесячные циклические колебания количества «эндорфинов», влияющие на настроение,
* неполноценное питание: (дефицит витамина В6, магния и др.)
* наследственный фактор.

***Слайд 5***

***Факторы риска***

Выделяют следующие факторы риска развития синдрома предменструального напряжения:

* европеоидная раса;
* проживание в крупных промышленных и административных центрах;
* занятие интеллектуальным трудом;
* поздний репродуктивный возраст;
* наличие проявлений СПН у родственниц в первом поколении;
* частые стрессовые ситуации;
* частые беременности или их отсутствие, выкидыши и/или аборты в анамнезе, токсикоз беременных и/или послеродовая депрессия в анамнезе;

**слайд 6**

* наличие побочного действия во время приема комбинированных оральных контрацептивов (головная боль, депрессия, увеличение массы тела, прочее);
* воспалительные заболевания гениталий или гинекологические операции в анамнезе (удаление матки, операции на придатках, в т. ч. перевязка маточных труб), генитальный кандидоз;
* черепно-мозговые травмы или нейроинфекции в анамнезе:

**слайд 7**

* нейроэпдокринные заболевания (ожирение, повышенная функция надпочечников, недостаточность гормонов желтого тела яичников, повышенный уровень пролактипа, гипофункция щитовидной железы);
* недостаточная физическая активность;
* несбалансированное питание (недостаточность кальция, калия, микроэлементов, витаминов группы В и С, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов в пищевом рационе);
* перегрузки в работе при отсутствии рационального режима труда и отдыха.

***Слайд 9***

***Клиническая картина***четыре формы ПМС:

**Нейропсихическая форма ПМС**: раздражительность, плаксивость, бессонница, агрессивность, апатия к окружающему, депрессивное состояние, слабость, тоска, беспричинный смех или плач, сексуальные нарушения, суицидальные мысли, болезненность молочных желёз, вздутие живота.

**Отёчная форма ПМС**: отёки лица, голеней, пальцев рук, нагрубание и болезненность молочных желёз (мастодиния), кожный зуд, потливость, жажда, прибавка массы тела, нарушение функции желудочнокишечного тракта, боли в суставах, головные боли, раздражительность.

**Слайд 10**

**Цефалгическая форма ПМС**: головные боли по типу мигрени с тошнотой, рвотой и поносами, головокружение, сердцебиение, боли в сердце, бессонница, раздражительность, агрессивность.

**При кризовой форме ПМС**: симпатоадреналовые кризы с повышением АД, тахикардией, болями в сердце без изменений на ЭКГ. Приступы нередко заканчиваются обильным мочеотделением. Кризовое течение ПМС может быть исходом нелеченой нейропсихической, отёчной или цефалгической формы ПМС на стадии декомпенсации и проявляться после 40 лет.

**Слайд 11**

В зависимости от количества:

●Лёгкая форма ПМС — появление 3–4 симптомов за 2–10 дней до менструации при значительной выраженности 1–2 симптомов.

●Тяжёлая форма ПМС — появление 5–12 симптомов за 3–14 дней до менструации, из них 2–5 или все значительновыражены.

Следует отметить, что нарушение трудоспособности - тяжёлое течении ПМС.

**Слайд 12**

**стадии пмс**

●Компенсированная стадия: появление симптомов в предменструальном периоде, с началом менструации проходят. С годами проявления ПМС не прогрессируют.

●Субкомпенсированная стадия: с годами тяжесть течения ПМС прогрессирует, увеличивается длительность, количество и выраженность симптомов.

●Декомпенсированная стадия: тяжёлое течение ПМС, «светлые» промежутки постепенно сокращаются.

***Слайд 13***

***Симптомы предменструального синдрома***

***Физические симптомы:*** повышенная чувствительность или даже болезненность груди, увеличение груди, задержка жидкости в организме, приводящая к отечности ног и рук и к прибавке в весе около 2 кг, головные боли, в особенности мигрени, тошнота, рвота и головокружение, [боль в мышцах](http://health.mail.ru/disease/boli_v_myshtcah/) и суставах и специфическая боль в спине, в некоторых случаях запор, диарея, сильная жажда и учащенное мочеиспускание, тяга к еде, особенно к солёному или сладкому, непереносимость спиртного, вялость, усталость или наоборот, энергичность, сильное сердцебиение и приливы крови к лицу, увеличение количества прыщей.

***Психологические симптомы:*** частые смены настроения, депрессия, хандра, чувство подавленности, постоянная напряжённость и раздражительность, бессонница или продолжительный сон, рассеянность и забывчивость. Некоторые женщины могут испытывать более сильные симптомы: паника- мысли о суициде- агрессивность, склонность к насилию.

***Сдайд 14***

***Лечение*** Необходимо нормализовать режим труда и отдыха. Рекомендуют общий массаж и массаж воротниковой зоны. Во второй фазе МЦ необходимо исключить из питания острые, пряные солёные продукты и ограничить приём жидкости.

При тревоге, бессоннице и других психологических симптомах - транквилизаторы или успокоительные препараты. Однако длительное употребление этих лекарств нежелательно из-за того, что они вызывают привыкание. Новейшие антидепрессанты показали свою эффективность при ПМС, но они должны приниматься под надзором врача



При мигренях, связанных с ПМС, назначают нестероидные противовоспалительные препараты, такие как [ибупрофен](http://health.mail.ru/drug/ibuprofen_2/). При отеках или других признаках задержки жидкости назначают диуретики, которые необходимо начать принимать за 5-7 дней до начала менструации. В некоторых случаях врач может назначить при ПМС прогестероны и другие гормоны.

**Слайд 15**

**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .01** **Диагностическая деятельность**

**МДК 01.01** **Пропедевтика клинических дисциплин**

**Раздел №14 Диагностика в акушерстве и гинекологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №14.9**

**Диагностика нарушений менструального цикла.**

**Лекция №16**

**Климактерический синдром. Урогенитальные расстройства.**

**Постменопаузальный остеопороз**

План лекции

1.Климактерический синдром, классификация. Патогенез.

2.Клиника климактерического синдрома.

3.Климактерический синдром, принципы лечения

4.Определение понятия – ДМК.

5.Основные причины развития ДМК.

6.Клиническая картина ДМК.

7.Методы диагностики.

**Слайд 2**

***1.Климактерический синдром. Классификация. Патогенез.***

***Климактерический синдром***  – **это симптомокомплекс, который развивается в период возрастного угасания функции репродуктивной системы женщины и характеризуется нейровегетативными, обменно-эндокринными и психо-эмоциональными расстройствами различной степени интенсивности и продолжительности**.

Климактерический период охватывает примерно 10-15-летний отрезок жизни женщины и состоит из трех фаз. ***Менопауза*** как последнее маточное кровотечение, регулируемое яичниками, наступает в 50-51 год.

Годы, предшествующие менопаузе (4-5 лет), называют ***пременопаузой.*** Период, охватывающий пременопаузу и один-полтора года после менопаузы, выделяют как ***перименопаузу.*** Остальной период жизни до старости – ***постменопауза***

***Слайд 3***

Наибольшая частота и интенсивность типичных симптомов климактерического синдрома отмечается в течение первых двух-трех лет периода постменопаузы.

**Наиболее традиционной *классификацией* является деление климактерического синдрома по количеству приливов на**:

* ***легкую форму*** - заболевание с количеством приливов до 10 в сутки•
* ***средней тяжести***  - заболевание с 10-20 приливами в сутки и с другими характерными симптомами•
* ***тяжелую форму*** - заболевание с количеством приливов свыше 20 в сутки и иными симптомами, при которых женщина почти полностью теряет трудоспособность

**Слайд 4**

***Формы климактерического синдрома***:

* ***типичная –*** неосложненная
* ***осложненная -*** в сочетании с ишемической, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, артропатией, остеопорозом
* ***атипичная -*** превалируют симптомы, свидетельствующие о первичных нарушениях в области гипоталамуса, что проявляется гипоталамическим синдромом (чаще всего при раннем климаксе у молодых женщин)

***Патогенез*** Универсальной гормональной характеристикой климактерического периода является повышение уровней гонадотропинов и постепенное снижение эстрогенов. На фоне дефицита эстрогенов в менопаузе могут возникать патологические состояния в различных органах и тканях.

**Слайд 5**

***2.Клиника климактерического синдрома.***

Как уже было ранее сказано, на фоне дефицита эстрогенов в менопаузе возникают патологические состояния органов и тканей, ***имеющих эстрогенные рецепторы*** (матка, молочные железы, уретра, мочевой пузырь, клетки влагалища, мышцы тазового дня, сердца и др.). **По характеру проявления и времени возникновения эти состояния можно разделить на три группы**:

***1.группа****:* ***ранние вазомоторные состояния (нейровегетативная дисфункция):*** приливы жара, повышенная потливость, головные боли, гипотония или гипертония, ознобы, сердцебиение; раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.

***2 группа:*** ***урогенитальные расстройства*** в климактерии — это симптомокомплекс вторичных изменений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстроген-зависимых органах: мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза, мышцах тазового дна и проявляется сухостью во влагалище, болью при половом сношении, зудом и жжением, уретральным синдромом, что отрицательно влияет на качество жизни женщины в постменопаузе. Частота развития возрастных урогенитальных расстройств достигает 30%.Различают следующие виды нарушений мочеиспускания:

**Слайд 6**

* никтурия - частые ночные позывы к мочеиспусканию, нарушающие режим сна;
* частые мочеиспускания;
* безотлагательность позыва с недержанием мочи или без;
* стрессорное недержание мочи (недержание мочи при физической нагрузке: кашле, чихании, смехе, резких движениях и поднятии тяжестей);
* гиперрефлексия ("раздраженный мочевой пузырь") -частые позывы при незначительном наполнении мочевого пузыря;
* неполное опорожнение мочевого пузыря;
* дизурия - болезненные, частые мочеиспускания.

***Слайд 7***

***Лечение*** урогенитальных расстройств, связанных с возрастным дефицитом эстрогенов, и улучшение качества жизни невозможно без применения заместительной гормональной терапии.

***3группа:*** поздние обменные (эндокринно-обменные) нарушения **–** ***остеопороз,*** сердечно-сосудистые заболевания.

***Диагностика* климактерического синдромаосновывается на клинической картине и не представляет трудностей. *Дифференциальный диагноз*  п**роводится с диэнцефальным синдромом. (обычно развивается в возрасте до 40 лет, характеризуется приступами плохого самочувствия, которые заканчиваются обильным мочеиспусканием мочой низкого удельного веса) и заболевания сердечно-сосудистой системы.

***Слайд 8 3.Климактерический синдром***

**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервнопсихическими, вегетативнососудистыми и обменнотрофическими расстройствами.

Они начинают развиваться в период возрастного перехода от половой зрелости женщины к более пожилому возрасту.

**Слайд 9**

**Этиология**В возрасте 45 лет у женщины начинается период предменопаузы. За ним наступает менопауза – приход последних менструаций в возрасте 50 – 52 лет. А далее наступает постменопаузальный период, который уже длится напротяжении всей оставшейся жизни.

Климактерический синдром развивается вследствие постепенного угасания работы яичников, снижение количества вырабатываемых ими эстрогенов и прогестерона, а также возрастных изменений в некоторых центрах гипоталамуса.

**Слайд 10**

**Ранние симптомы климактерического синдрома:**

***вазомоторные***— приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, артериальная гипотензия или гипертензия, учащённое сердцебиение;

***эмоциональновегетативные*** — раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.

Через 1–3 года после наступления менопаузы могут возникать следующие симптомы: поражение кожи и её придатков (сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос).

**Слайд 11**

**К поздним проявлениям** климактерия относят обменные нарушения: постменопаузальный метаболический синдром (атеросклероз, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, инсулинорезистентность); неврологические: снижение когнитивной функции, памяти, зрения, слуха; костномышечные: oстеопороз, oстеоартрит.

**Слайд 12**

**Диагностика**

Семейный анамнез по риску рака молочной железы и тромбозу, перенесённые гинекологические и другие операции, сопутствующие соматические заболевания и эндокринопатии.

Физикальное Исследование: Антропометрические показатели, индекс массы тела, измерение АД, осмотр кожных покровов, гинекологическое исследование, осмотр и пальпация молочных желёз.

Лечение: вести здоровый образ жизни, заниматься физкультурой, закаляться, придерживаться правильного и рационального питания. Также существует гормональное и негормональное лечение менопаузы.

***Лечение.*** Лечение показано при **средней тяжести** и **тяжелой** форме. ***Первый этап* - немедикаментозная терапия**: утренняя гимнастика, лечебная физкультура, общий массаж, правильное питание (овощи, фрукты, растительные жиры должны преобладать в рационе), физиотерапевтическое лечение (воротник с новокаином по Щербаку, гальванизация головного мозга, электроанальгезия. процедуры по 7-8 раз), санаторно-курортное лечение - гидротерапия, бальнеотерапия, радоновые ванны.

***Второй этап* - медикаментозная негормональная терапия**: Витамины А, С, Е - улучшают состояние промежуточного мозга и неплохо помогают при появлении первых симптомов; седативные средства (валериана, пустырник); транквилизаторы (диазепам, элениум); симптоматическое лечение (например гипотензивные средства).

***Третий этап* – гормонотерапия. В настоящее время разработаны следующие основные положения о применении заместительной гормонотерапии**:

* использование лишь аналогов натуральных гормонов (широко используются эстрогены растительного происхождения);
* назначение низких доз эстрогенов, соответствующих уровню эндогенного эстрадиола в ранней фазе пролиферации у молодых женщин
* сочетание эстрогенов с прогестагенами, что позволяет исключить гиперпластические процессы в эндометрии•при удаленной матке, может быть назначена монотерапия эстрогенами
* продолжительность ЗГТ составляет минимум 1 – 3 года для профилактики остеопороза (дефицита костной ткани) и инфаркта миокарда.

**Слайд 14**

**Дисфункциональные маточные кровотечения, методы диагностики**

***4.Определение понятия – ДМК.***

Под термином ***«дисфункциональные маточные кровотечения»*** понимают такие кровотечения, которые обусловлены нарушением ритмической продукции яичниками половых гормонов и которые не связаны ни с органическими заболеваниями половых органов, ни с общими системными болезнями организма женщины.

Частота этой формы патологии менструальной функции около 10-18% всех гинекологических заболеваний. Около 50% всех дисфункциональных маточных кровотечений приходится на климактерический период жизни женщины. В период полового созревания 4-15% девушек страдают этим заболеванием.

**Слайд 15**

В ***период полового созревания*** (12-16 лет) центры гипоталамуса функционируют еще неполноценно и особенно подвержены различным неблагоприятным воздействиям (стрессовые ситуации, переутомление, инфекции). Поэтому у таких девочек нередко происходит «срыв» функции гипоталамической системы, что клинически проявляется тяжелыми и длительными дисфункциональными ***(ювенильными)*** маточными кровотечениями.

В ***климактерическом периоде*** происходит физиологическое старение гипоталамических центров, которые постепенно теряют свою чувствительность к действию половых гормонов яичников, В результате нарушается цикличность выделения гонадотропинов, а затем и половых гормонов. Все это также приводит к возникновению дисфункциональных кровотечений.

**Слайд 16**

Дисфункциональные маточные кровотечения нередко встречаются и в ***детородном возрасте***, когда, взаимоотношения в системе гипоталамус - гипофиз - яичники - матка отличаются стабильностью. В этот период ведущее значение в патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений принадлежит воспалительным процессам половых органов, особенно сальпингоофориту.

**Слайд 17**

***5.Основные причины развития ДМК.***

Как уже было отмечено выше, дисфункциональные маточные кровотечения являются ***полиэтиологическими заболеваниями***, т. е. они обусловливаются самыми разнообразными причинами. К их числу относятся возрастные особенности организма, нервно-психические факторы, различные профессиональные вредности, неблагоприятные материально-бытовые условия, расстройства функций периферических эндокринных желез (щитовидная железа, надпочечники), заболевания печени (в этом органе происходит обмен половых гормонов), острые и хронические воспалительные заболевания (тонзиллит, грипп и другие общие инфекции, воспалительные заболевания гениталий) и пр.

**Слайд 18**

***6.Клиническая картина ДМК.***

***Клиническая картина ановуляторных кровотечений*** в основном слагается из симптомов задержки менструаций с последующим возникновением кровотечения. Заболевание склонно к рецидивам. Длительность, кровотечения варьирует - в широких пределах: от 2 недель до 1.5 месяцев и даже больше; при этом количество теряемой крови также бывает различным.

При ***персистенции фолликула*** (когда один или несколько фолликулов постепенно достигают стадии зрелости и, не овулируя продолжают длительно существовать, выделяя в повышенных количествах эстрогенные гормоны, что вызывает избыточное разрастание эндометрия) кровотечение, как правило, более обильное, нежели при атрезии.

При ***атрезии фолликулов*** (в яичниках наблюдается одновременное созревание многих фолликулов, которые, однако, не достигнув полной зрелости, подвергаются обратному развитию) кровотечения очень часто принимают затяжной характер. Как и при персистенции, при атрезии фолликулов перед возникновением кровотечения наблюдается аменорея, однако длительность ее в последнем случае обычно более значительна (до нескольких месяцев).



***Слайд 19***

***7.Методы диагностики.***

***Диагноз*** ставится на основании однофазной базальной температуры, положительного симптома зрачка (+++, + + + +) во второй половине цикла и данных колытоцитограммы (КПИ изменяется в пределах от 70 до 80%).

В эндометрии накануне ожидаемых месячных обнаруживаются только пролиферация слизистой оболочки при полном отсутствии каких-либо признаков секреции. В специализированных гинекологических стационарах широко используют определение гормонов в крови и моче

При проведении дифференциальной диагностики в первую очередь необходимо исключить заболевания крови, нарушения функции щитовидной железы и коры надпочечников, органические заболевания половых органов (миома, рак, полипы и эрозии шейки матки, феминизирующие опухоли яичников).

**Литература**

**Основные источники:**

1.Гинекология [Текст]:учебник/под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко.- «ГЭОТАР-Медиа», 2006.-432с.стр. 139 - 160

2.Гинекология: учебное пособие /под редакцией А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова,-«ГЭОТАР-Медиа», 2009.-472с.

**Дополнительные источники:**

**Интернет-ресурсы**:

1.Портал профессиональной медицины - Режим доступа: http://medobook.com/ свободный.-Загл. с экрана.