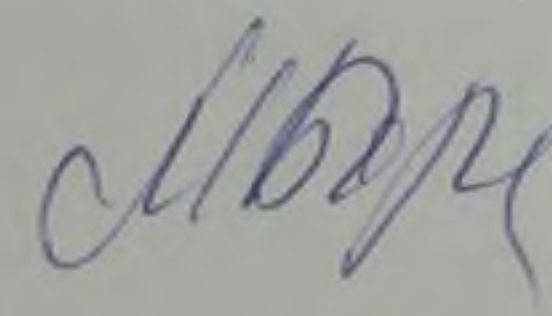


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Климактерический синдром

Выполнила:

клинический ординатор

Судраб К.В.

Красноярск, 2018

Рецензия

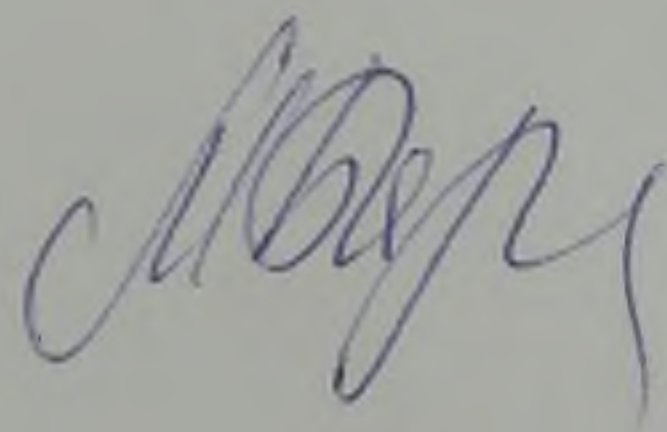
В реферате на тему: «Климактерический синдром» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



Содержание

1. Определение
2. Патогенез
3. Клиническая картина
4. Диагностика
5. Дополнительное обследование
6. Дифференциальный диагноз
7. Лечение

8. 1. Климактерический синдром

Климактерический синдром (греч. klimakter ступень, возрастной переломный момент; син.: климакс, климактерий) –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.

Климактерий представляет собой переходную фазу между угасанием способности к деторождению и началом старости. 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.

На Международном конгрессе по менопаузе в октябре 1999 г. в Японии была принята новая классификация климактерического периода, в которой выделены следующие фазы: переход к менопаузе (пременопауза), менопауза, перименопауза, постменопауза.

Климактерический синдром может возникать лишь в климактерический период. Проявления, подобные климактерическому синдрому могут наблюдаться и в другие периоды жизни женщины, но они не должны трактоваться как климактерический синдром. Климактерический синдром развивается в результате постепенной инволюции паренхимы яичников, что приводит к снижению выработки ими половых гормонов.

Климактерический синдром является симптомокомплексом, осложняющим физиологическое течение климактерического периода

Климактерический синдром в среднем наблюдается у 30-60% женщин. Климактерический синдром наблюдается у 37% женщин в пременопаузе и у

40-70% с наступлением менопаузы. Наибольшая частота и интенсивность типичных симптомов климактерического синдрома отмечается в течение первых двух-трех лет периода постменопаузы.

2. Патогенез

Наибольшей активностью в организме женщины обладает эстрадиол; уменьшение его начинается примерно с 45 лет и вскоре после менопаузы достигает нулевых значений. Основным эстрогенным гормоном в постменопаузе является эстрон, который образуется из андростендиона, секретирующегося в строме яичников и коре надпочечников. Постепенно яичники уменьшаются в размерах. Это происходит в связи с тем, что после 35-40 лет белые тела (соединительно-тканые образования, остающиеся на месте желтых тел) постепенно не рассасываются. И яичники со временем сморщиваются за счет развития соединительной ткани, которая подвергается гиалинозу и склерозированию. Через 5 лет в яичниках обнаруживаются только единичные фолликулы. Универсальной гормональной характеристикой климактерического периода является повышение уровней гонадотропинов и постепенное снижение эстрогенов. Эти изменения начинаются в пременопаузе. В течение первого года после менопаузы уровень ФСГ возрастает в 13-14 раз, ЛГ - в 3 раза. Затем происходит некоторое уменьшение гонадотропных гормонов. Биологическое действие эстрогенов велико. Так, специфические эстрогеновые рецепторы локализуются кроме матки и молочных желез, в уретре, мочевом пузыре, клетках влагалища, мышцах тазового дна, клетках мозга, сердца и артерий, костей, кожи, в слизистых оболочках рта, гортани, конъюнктивы и т.д.

На фоне дефицита эстрогенов в менопаузе могут возникать патологические состояния в различных органах и тканях. Наиболее значимые последствия и клинические проявления эстрогенного дефицита выражаются менопаузальным синдромом.

Не менее важная роль в патогенезе климактерического синдрома принадлежит рассогласованию деятельности гипоталамических структур головного мозга, обеспечивающих координацию кардиоваскулярных, респираторных и температурных реакций с эмоционально-поведенческими. При климактерическом синдроме проявляются имевшие место ранее нарушения в высших регуляторных центрах, что подтверждается наличием у значительного числа женщин отягощённой наследственности, сопутствующей экстрагенитальной патологии и пароксизмальных вегетативных расстройств.

3. Клиническая картина

Общая картина заболевания. На ранних этапах появляются симптомы расстройств, связанных с нарушением нервной регуляции тонуса сосудов - так называемые приливы и потливость. По данным исследований, они беспокоят до 85% женщин в климактерическом периоде. Указанные симптомы сопровождаются значительными нарушениями со стороны высших нервных функций: расстройствами сна, повышенной раздражительностью и возбудимостью, депрессией. В дальнейшем возникают симптомы, связанные со снижением уровня женских половых гормонов. Наступает атрофия кожи (замедленное восстановление клеток кожи, ее увядание), а также слизистой оболочки влагалища, что проявляется не только неприятными субъективными ощущениями (в первую очередь сухостью и зудом), но и чревато присоединением инфекций мочеполовых органов. Наблюдается недостаточность сфинктеров мочевого пузыря, что проявляется непроизвольным мочеиспусканием (недержанием мочи).

Как видно, клиника многообразна и проявляется в нервно-психических, вегето-сосудистых и обменных нарушениях и схожа с диэнцефальным синдромом:

- нервно-психические проявления: раздражительность, депрессия, плаксивость, агрессивность, бессонница, головная боль, головокружение, тошнота и рвота, зуд, познабливание

- вегето-сосудистые проявления: потливость, боли в сердце, тахикардия (могут быть пароксизмальными), лабильность артериального давления

- эндокринно-обменные нарушения - снижение диуреза, жажда, отеки, болезненное нагрубание молочных желез, метеоризм и т.д.

Существует достаточно четкая связь между утратой половых гормонов и развитием в постменопаузе остеопороза (снижение плотности костной ткани, что приводит к болям в костях, повышает риск переломов и т.д.), болезни Альцгеймера (тяжелое расстройство мозга, сопровождающееся потерей памяти). Также возможны сердечно-сосудистые заболевания (ИБС, атеросклероз, артериальная гипертония) и рак толстой кишки. Все эти факты диктуют необходимость подхода к коррекции расстройств, присущих климактерическому периоду, как к восполнению дефицита женских половых гормонов.

Признаки, называемые климактерическим синдромом, или симптомами "критического возраста", патогенетически совпадают с признаками синдрома эстрогенной недостаточности. Инволютивные изменения, связанные с наступлением климактерия, происходят во всем организме женщины, в том числе и в яичниках.

Объективные признаки эстрогенной недостаточности:

- нарушение менструального цикла
- атрофия слизистой оболочки мочеполового тракта
- нарушения сердечно-сосудистой деятельности, сердечно-сосудистые заболевания (высокий риск развития атеросклероза и ишемической болезни)
- внезапные приступы потовыделения и покраснения кожи (вегетативные приступы)
- опущению и выпадению влагалища и матки (потеря тонуса поддерживающих связок и мышц тазового дна)

•атрофия кожи, волос и ногтей (также эстрогензависимые ткани, что приводит к генерализованному снижению содержания коллагена в период менопаузы)

•остеопороз

Субъективные жалобы - психологические симптомы:

•раздражительность, нервозность

•депрессия

•резкие смены настроения

•нарушение сна

•тревожность

•забывчивость, ухудшение памяти, снижение концентрации внимания

•недостаток энергии

•головные боли

Субъективные жалобы – органические симптомы (включают в себя атрофические изменения мочеполового тракта, которые отмечаются у 80% женщин через 4-5 лет после наступления менопаузы):

•зуд в области половых органов

•маточные кровотечения

•диспареуния

•вагинальные инфекции

•болезненное мочеиспускание

•непроизвольное мочеиспускание

Такие изменения негативно сказываются на психике и значительно снижают качество жизни женщин

Как уже было ранее сказано, на фоне дефицита эстрогенов в менопаузе возникают патологические состояния органов и тканей, имеющих эстрогенные рецепторы (матка, молочные железы, уретра, мочевого пузыря, клетки влагалища, мышцы тазового дна, сердца и др.).

По характеру проявления и времени возникновения эти состояния можно разделить на три группы:

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

II. группа: урогенитальные – сухость во влагалище, боль при половом сношении, зуд и жжение, уретральный синдром.

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

Проявления климактерического синдрома могут быть самыми разнообразными, что иногда затрудняет определение степени тяжести заболевания. Наиболее традиционной классификацией является деление климактерического синдрома по количеству приливов на:

- легкую форму - заболевание с количеством приливов до 10 в сутки
- среднюю форму - 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

Формы климактерического синдрома:

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

Продолжительность заболевания климактерическим синдромом:

- до 5 лет наблюдается у 35% больных
- до 5-10 лет наблюдается у 55% больных

- более 10 лет наблюдается у 10% больных

4. Диагностика

Не представляет трудностей. Следует рассортировать жалобы на три группы:

- нейровегетативные - приливы, потливость, головокружение, парестезии, покалывание в области сердца, тахикардия. Все это, как правило, бывает в момент прилива.

- психо-невротические - нарушение памяти, сна, плохое настроение вплоть до депрессии.

- соматические - атеросклероз, системный остеопороз, атрофические изменения со стороны внутренних органов.

5. Дополнительное обследование

В первые дни обследования проводится общий анализ крови, мочи, ТТГ, исследование уровня калия, натрия в плазме крови, электрокардиография с физической нагрузкой (по показаниям), рентгенологическое исследование органов грудной клетки. При патологическом климаксе электрокардиограмма нормальная либо характеризуется патологией зубца Т в виде его снижения, сглаживания и перехода в отрицательный, смещением интервала S T, особенно в правых (V1 V3), реже в левых (V5 V6) грудных отведениях, без динамических изменений (в отличие от изменений, обусловленных ишемией), в том числе и после физической нагрузки. Проба с нитроглицерином не только не улучшает, но иногда даже ухудшает показатели ЭКГ и самочувствие больных. В то же время назначение анаприлина, препаратов калия в ряде случаев оказывает положительное влияние на ее показатели. При сложности дифференциальной диагностики ишемической болезни сердца и климактерической

кардиомиопатии следует провести пробу с тестэнамом, после введения которого спустя несколько дней боль в сердце при климактерическом синдроме прекращается, тогда как при ишемической болезни сердца ее характер существенно не изменяется. Проводится проба с хлоридом калия или анаприлином. Следует, однако, учитывать возможность сочетания ишемической болезни сердца с климактерической кардиомиопатией, что требует определенной настороженности при диагностике и более широкого использования в лечении комплексной терапии.

Дальнейшее обследование включает консультации невропатолога, окулиста (глазное дно, поля зрения), гинеколога, цитологическое исследование влагалищного мазка, по показаниям исследование суточной экскреции с мочой 17-кетостероидов, по возможности определение содержания в крови гонадотропина, в моче эстрогенов, прогестерона. По показаниям исследуют поглощение ^{131}I щитовидной железой.

6. Дифференциальный диагноз

Проводится с первичными гипоталамическими нарушениями, прежде всего, диэнцефальный синдром. Диэнцефальный синдром обычно развивается в возрасте до 40 лет, характеризуется приступами плохого самочувствия, которые заканчиваются обильным мочеиспусканием мочой низкого удельного веса.

Заболевания сердечно-сосудистой системы. Бывает типичная и сочетанная (осложненная) формы климактерического синдрома. Чаще встречается сочетанная, которая возникает на фоне предшествующих заболеваний - гипертоническая болезнь, нарушения ритма и т.п.

7. Лечение

Выделяют медикаментозное, немедикаментозное и гормональное лечение климактерического синдрома. Медикаментозное лечение применяется для нормализации работы нервной системы. Немедикаментозное лечение заключается в использовании лечебной физкультуры, массажа, гимнастики, нормализации питания – в рацион вводятся фрукты и овощи, растительные жиры. Рекомендуется бальнеотерапия, иглорефлексотерапия. Гормональное лечение представляет собой гормонотерапию с использованием эстрогенов. При назначении гормонального лечения необходимо изучить анамнез больной: данный вид терапии противопоказан при наличии онкологических заболеваний, маточных кровотечений, тромбоэмболических расстройствах, почечной и печеночной недостаточности и некоторых других заболеваниях.

Лечение показано при средней тяжести и тяжелой форме. Лечение должно проводиться поэтапно.

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

•нейролептические препараты - препараты фенотиазинового ряда - метеразин, этаперазин, трифтазин, френолон; действуют на уровне межучного мозга, влияют на подкорковые структуры и московская школа считает что они обладают патогенетическим действием; начинают с маленьких доз, и оценивают эффект через 2 недели; при передозировке - сонливость, вялость; даются в течение 4-15 недель, постепенно снижая дозу при отмене; можно применять аминазин (до 6 недель)

•транквилизаторы - диазепам, элениум

•если климактерический синдром сочетается с гипертонической болезнью, то хорошим эффектом обладает в данном случае резерпин - снижается давление, и дает нейролептический эффект; однако если несколько лет назад этим препаратам отдавалось преимущество, то сейчас для лечения чаще применяют гормональные препараты

Третий этап – гормонотерапия

В настоящее время разработаны следующие основные положения о применении заместительной гормонотерапии:

- использование лишь аналогов натуральных гормонов
- 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 гормонопрофилактики и гормонотерапии составляет минимум 5-7 лет для профилактики остеопороза и инфаркта миокарда

Если климактерический синдром развивается до 45 лет, то это называется ранним климаксом. Таким женщинам показана заместительная гормонотерапия при отсутствии противопоказаний эстроген-гестагенными препаратами (любые препараты применяемые для гормональной контрацепции - марвелон, тризистон, фемоден, и др.).

После 50 лет, когда женщина вступает в менопаузу, когда прекращаются менструации многие женщины просто не хотят их пролонгировать. Сейчас есть такие препараты как климанорм, клином - они дают менструальноподобную реакцию. То есть мы фактически в возрасте старше 50 лет пролонгируем функцию яичников. Эти препараты хороши тем что они содержат эстрогенный и гестагенный компоненты вызывают в матке сначала процессы пролиферации, затем искусственно процессы секреции и дают менструальноподобную реакцию - на фоне такого приема в женщин уменьшается риск развития гиперпластического процесса.

Если женщина приходит в менопаузе, с жалобами на приливы, то совсем не надо пролонгировать ее менструальную функцию. Очень быстро снимают приливы эстрогены, но если дают чистые эстрогены то это приводит к развитию гиперпластического процесса, поэтому эстрогены в достаточной дозировке должны обязательно сочетаться с гестагенами. Предложенный такой метод лечения, когда наступает фактически менопауза - дают те же препараты, но только уменьшают дозировку - такое количество гормонов, чтобы снять сосудистую реакцию с одной стороны, и чтобы не вызвать развитие гиперпластического процесса с другой стороны. Поэтому таблетки делят на 4, 6,8 частей, и принимают это количество в день. Лучше пить таблетки по дням (так как в упаковке, в таблетках меняется количество эстрогенов и гестагенов). Фактически моделируется менструальный цикл, не вызывая никаких изменений в эндометрии. 21 день даются эти четвертушки и затем делается перерыв 7 дней, и опять повторяют. Рекомендуется принимать препарат 3 месяца, потом перерыв. Самая главная неприятность в лечении этими препаратами в том, что при отмене их, спустя некоторое время весь симптомокомплекс возвращается.

Сейчас разработаны препараты содержащие эстрогены - фракцию эстриола. К этим препаратам относятся - овестин, либиал (препарат более новый, другое название тибанол). Эти препараты рекомендуется применять в менопаузе, когда после последнего кровотечения прошло не менее 1.5 лет,

иначе они могут вызвать менструальноподобную реакцию. Эти препараты снимают симптомы климактерического синдрома, улучшают работоспособность, профилактируют развитие сердечно-сосудистых заболеваний, инфекции мочевыделительной системы, системного остеопороза.

На заметку. Климактерический период у мужчин наступает в возрасте от 50 до 60 лет. В результате инволюции половых желез уменьшается синтез тестостерона, возрастает продукция гонадотропных гормонов гипофиза, что приводит к функциональным нарушениям центральной нервной системы и расстройству согласованной деятельности других желез внутренней секреции - надпочечников, щитовидной железы, гипофиза. У большинства мужчин климактерический период не сопровождается изменениями самочувствия. В ряде случаев могут появляться симптомы, сходные с проявлениями климактерического синдрома у женщин: сердцебиение, боли в области сердца, повышение артериального давления, ощущение пульсации в голове и во всем теле, головокружения, снижение памяти, бессонница, рассеянность. Резко снижается работоспособность. Прогрессирует ожирение, могут выявляться такие заболевания, как сахарный диабет и подагра. Иногда отмечается снижение половой потенции.

Климакс - это не трагический конец и неумолимая старость. До старости еще очень далеко. Просто это новая фаза жизни, которая может и должна быть вполне благоприятной.