

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: ДМН. Доцент Базина М.И.

Тема: Менопаузальная гормональная терапия

Выполнила: клинический ординатор Кириллова С.Ю.

Г. Красноярск 2018

Содержание

- I. Введение
- II. Формы
- III. Пути введения гормональных средств
- IV. Причины назначения
- V. Диагностика
- VI. Принципы
- VII. Режимы
- VIII. Осложнения и последствия
- IX. Эффекты
- X. Противопоказания
- XI. Список литературы

I Формы

Виды заместительной гормональной терапии по числу гормонов, подвергающихся замещению:

- изолированная (восполняется дефицит только одного гормона). Чаще всего гормональная терапия эстрогенами (женские половые гормоны, стимулирующие рост слизистой оболочки матки и развитие женских половых клеток в яичниках) или андрогенами (мужские половые гормоны);
- комбинированная (восполнению подвергаются несколько гормонов). Чаще всего эстрогены и прогестерон (женский половой гормон, поддерживающий беременность).

II Пути введения гормональных препаратов:

- применение гелей и мазей с гормональными препаратами (наносимыми на кожу или на слизистую оболочку влагалища);
- прием гормональных препаратов в виде таблеток;
- получение гормональных препаратов с помощью пластыря, прикрепляемого к коже;
- введение гормональных препаратов с помощью имплантов, вводимых под кожу для длительного действия.

Причины

III Причины, по которым может быть назначена заместительная гормональная терапия.

Преждевременное истощение яичников — раннее наступление климакса (естественный период угасания функции яичников, сопровождающийся недостатком эстрогенов (женских половых гормонов)) до 40 лет.

Во время климакса и в случае, когда он осложняется климактерическим синдромом (климакс протекает со значительным ухудшением качества жизни женщины), с такими проявлениями, как:

- приливы (ощущение жара, «горячей волны», особенно в области лица), потливость;
- резкие перепады настроения, слезливость, раздражительность;
- бессонница;
- сухость влагалища;
- снижение полового влечения (либидо);
- недержание мочи.

При отсутствии яичников по причине их удаления в качестве лечения:

- злокачественных опухолей яичников и матки;

- миомы матки (доброкачественное новообразование мышечного слоя матки) в сочетании с кистами яичников (полости внутри органа, заполненные жидкостью);
- гнойного оофорита (воспалительное заболевание яичников с замещением их ткани гнойными массами);
- эндометриoidных кист яичников (появление участков эндометрия (слизистой оболочки матки) в ткани яичников) в сочетании с аденомиозом (внедрение слизистой оболочки матки в толщу ее мышечного слоя).

Как мера профилактики остеопороза (заболевание скелета, при котором кости становятся хрупкими и пористыми из-за недостатка эстрогенов (женских половых гормонов)).

При смене мужского пола на женский.

IV Диагностика

Перед назначением заместительной гормональной терапии должны быть проведены следующие исследования.

- Измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений.
- Маммография (исследование молочных желез с помощью рентгеновского излучения) для исключения рака (злокачественного образования) молочных желез.
- Мазок по Папаниколау (исследование материала, взятого с шейки матки, под микроскопом) для исключения рака (злокачественного образования) шейки матки.
- Определение уровней гормонов в крови:
 - ФСГ (фолликуло-стимулирующий гормон) – гормон гипофиза (эндокринная железа, расположенная у основания мозга и регулирующая выработку большинства гормонов организма), стимулирующий развитие женских половых клеток в яичнике;
 - ЛГ (лютеинизирующий гормон) — гормон гипофиза, стимулирующий овуляцию (выход яйцеклетки из яичника для оплодотворения и последующей имплантации (вживление) в слизистую оболочку матки);
 - эстрогена (женский половой гормон);
 - пролактина (гормон гипофиза, стимулирующий секрецию (выработку) молока);
 - ТТГ (тиреотропный гормон) — гормон гипофиза, стимулирующий выработку гормонов щитовидной железы;
 - тестостерона (мужской половой гормон).
- Липидный спектр крови (определение уровней различных жиров в крови).

- Коагулограмма (определение времени свертывания крови и уровней белков, участвующих в свертывании крови).
- Биохимический анализ крови (определение в крови уровней различных веществ, отражающих работу печени, поджелудочной железы, почек, состояние белкового и жирового обменов).
- Трансвагинальное (проводимое через влагалище) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза позволяет исключить рак (злокачественное образование) матки.
- Остеоденситометрия (определение плотности костной ткани с помощью рентгеновских лучей).
- Возможна также консультация
эндокринолога. Лечение заместительной
гормональной терапии

Применение заместительной гормональной терапии более 10 лет может быть опасно из-за большого количества побочных эффектов.

V Принципы заместительной гормональной терапии.

- Индивидуальная оценка показаний и противопоказаний к терапии.
- Использование минимальных доз препаратов, снижение их доз в постменопаузе (после прекращения менструаций).
- Индивидуальный выбор препарата.
- Наблюдение и ежегодный контроль за состоянием:
 - молочных желез (маммография — исследование молочных желез с помощью рентгеновского излучения) для исключения рака (злокачественного образования) молочных желез;
 - эндометрия (слизистой оболочки матки): трансвагинальное (проводимое через влагалище) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза позволяет исключить рак (злокачественное образование) матки.
- Проведение перед терапией специального исследования и ежегодный контроль показателей.
- Использование только натуральных эстрогенов (женских половых гормонов, стимулирующих рост слизистой оболочки матки и развитие женских половых клеток в яичниках).
- Обязательное сочетание эстрогенов и прогестерона (женский половой гормон, поддерживающий беременность).

VI Режимы

Существует три основных режима заместительной гормональной терапии.

- Монотерапия (с использованием одного препарата) эстрогенами или гестагенами (синтетическими препаратами, аналогами прогестерона).
- Комбинация эстрогенов с гестагенами в различных режимах.
 - Циклический: одномесечный (ежедневно принимается эстроген, а в последние 14 дней месяца принимается еще и прогестерон) и трехмесячный (ежедневно принимается эстроген, а в последние 14 дней каждого третьего месяца принимается еще и прогестерон).
 - Непрерывный (комбинированный прием эстрогенов и прогестерона без перерывов).
- Комбинация эстрогенов с андрогенами.
Режим, дозировку, показания к применению, пути введения препаратов, длительность использования заместительной гормональной терапии определяет врач в зависимости от совокупности факторов.
- Возраст женщины.
- Состояние менструальной функции (есть ли еще менструации, какова их длительность, обильность, регулярность).
- Наличие или отсутствие матки.
- Наличие других заболеваний матки:
 - миомы матки (доброкачественного образования мышечного слоя матки);
 - аденомиоза (внедрения эндометрия (слизистой оболочки матки) в ее мышечный слой).

VII Осложнения и последствия

- Повышение риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний:
 - инфаркт миокарда (омертвление участка сердечной мышцы вследствие недостаточного его кровоснабжения);
 - ишемический инсульт (омертвление участка головного мозга из-за недостаточного его кровоснабжения).
 - Повышение риска развития рака молочных желез, рака яичников и эндометрия (слизистой оболочки матки).
- Дополнительно

VIII Эффекты заместительной гормональной терапии при недостатке или отсутствии женских половых гормонов.

- Улучшение самочувствия женщины.
- Устранение проявлений климактерического синдрома (естественный период угасания функции яичников, сопровождающийся недостатком эстрогенов (женских половых гормонов)):

- приливы (ощущение жара, «горячей волны», особенно в области лица), потливость;
- резкие перепады настроения, слезливость, раздражительность;
- бессоница;
- сухость влагалища;
- снижение полового влечения (либидо);
- недержание мочи.
- Улучшение памяти и настроения женщины.
- Снижение риска развития остеопороза (заболевание скелета, при котором кости становятся хрупкими и пористыми из-за недостатка эстрогенов (женских половых гормонов)).
- Вздутие живота.
- Набухание молочных желез.
- Склонность к отекам.
- Снижение риска рака кишечника.
- Повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- Повышение риска возникновения тромбозов (образование тромбов (сгустков крови) в сосудах, питающих различные органы и ткани).
- Повышение риска развития рака молочных желез, рака яичников и эндометрия (слизистой оболочки матки).

IX Противопоказания.

- Абсолютные (применение невозможно):
 - перенесенные онкологические заболевания молочных желез, яичников, эндометрия (слизистой оболочки матки);
 - тромбозы сосудов (образование тромбов (сгустков крови) в крупных сосудах, питающих различные органы и ткани);
 - перенесенные инфаркты миокарда (омертвление участка сердечной мышцы вследствие недостаточного его кровоснабжения), ишемические инсульты (омертвление участка головного мозга из-за недостаточного его кровоснабжения);
 - нелеченая артериальная гипертензия (стойкое повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст.);
 - заболевания печени (нарушение функций печени);
 - беременность;
 - непереносимость лекарственного препарата.

- Относительные (применение возможно, если ожидаемая польза больше, чем возможный риск):
 - миома матки (доброкачественное новообразование мышечного слоя матки);
 - эпилепсия (заболевание нервной системы, проявляющееся периодическими судорожными припадками);
 - желчекаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре);
 - мигрень (длительные эпизодические головные боли);
 - эндометриоз (заболевание, характеризующееся наличием эндометрия (слизистой оболочки матки) вне полости матки);
 - повышенный риск рака груди (рак груди у матери, сестры);
 - венозный тромбоз в анамнезе (образование тромба (сгустка крови) в просвете крупных вен, чаще всего возникает в сосудах конечностей).

X Список литературы

1. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. –247 с.
2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. 592 с.
3. Руководство по климактерию под ред. В.П.Сметник, В.И.Кулакова – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. –685 с.
4. Руководство по эндокринной гинекологии под ред. Е.М.Вихляевой – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. –768 с.