



# Гипогонадотропная аменорея

Выполнила студентка группы 17-1141  
Заикина О.А.

**Гипогонадотропная аменорея** сопровождается снижением уровня гонадотропинов в крови. При этом первичным является нарушение функции корково-гипоталамо-гипофизарной системы с развитием вторичной недостаточности яичников.



# Этиология (etiology)

- генетические заболевания (синдром Каллманна);
- острый и хронический истощающий психоэмоциональный стресс;
- чрезмерные физические нагрузки;
- голодание (резкое снижение количества жировой ткани на периферии);
- дисфункция гипоталамических структур (гипоталамический синдром).
- врожденная гипоплазия гипофиза («малое» турецкое седло);
- гипоплазия гипофиза, возникшая постнатально вследствие нарушения кровообращения передней доли (синдром Шихена);
- синдром «пустого» турецкого седла (сдавление гипофиза);
- биохимические дефекты строения молекул гонадотропных гормонов;



# Гипоталамо-гипофизарная недостаточность (дисфункция).

---

Патогенез. Недостаточность развития и функции структур гипоталамуса



дискоординация деятельности гипофиза



низкая секреция ФСГ, ЛГ, ТТГ, соматотропного гормона



не обеспечивается нормальная функция яичников



нарушаются физиологические процессы становления и развития репродуктивной системы (нарушения менструальной функции или отсутствие менструаций, задержка полового созревания)

# ***Клиническая картина***

**Аменорея, вызванная острым или хроническим психоэмоциональным стрессом («психогенная» аменорея),** характеризуется общей слабостью, утомляемостью, головной болью, потливостью, ухудшением памяти, плаксивостью, раздражительностью или апатией, потерей массы тела. Снижение массы тела характерно и для пациенток с косметической аменореей.

***При переходе заболевания в стадию нервной анорексии*** присоединяется отсутствие аппетита, прогрессирующая потеря массы тела, гипотермия, артериальная гипотензия, брадикардия, акроцианоз, сухость кожи, слабость, запор. При этом внешне психика больных не нарушена, физическая активность сохранена. Несмотря на это, пациентки с нервной анорексией требуют лечения у психиатра и срочной компенсации развивающихся метаболических нарушений, чреватых развитием полиорганной недостаточности и гибели больной.

**Клиническая картина гипоталамического синдрома** характеризуется характерным ожирением (верхняя треть плеча, верхняя треть бедер, «фартук» на животе, «климактерический горбик»), наличием стрий на коже от розового до синюшного или красного цвета, выраженным спектром вегетоневротических и психоэмоциональных расстройств, нарушениями сна, пищевого

# Клиническая картина

Наряду с отсутствием менструаций, гипоплазией молочных желез, наружных и внутренних половых органов и бесплодием, клиническая картина дополняется характерными симптомами основного заболевания:

- **при врожденной гипоплазии гипофиза** типична задержка полового развития в пубертатном периоде, аменорея носит первичный характер;
- **при синдроме Шихена** жалобы и симптомы возникают при указании в анамнезе на массивное кровотечение или септическое осложнение после родов или аборта, аменорея и бесплодие всегда вторичны;
- **при наличии акромегалии**, обусловленной ацидофильной аденомой гипофиза, наблюдается типичный симптомокомплекс, в который входят скачок роста, непропорциональное увеличение костей лица и конечностей, быстрая утомляемость, явления маскулинизации, головные боли, нарушения зрения, огрубение голоса и др.;
- **при наличии аденомы гипофиза**, секретирующей АКТГ, наряду с вирилизацией наблюдается клиническая картина гиперкортицизма (мраморная окраска кожи, лунообразное лицо, ожирение, сахарный диабет, «матронизм», артериальная гипертензия, багровые стрии);

## Диагностика гипоталамо-гипофизарной недостаточности:

- Жалобы – на отсутствие менструации (не было ни одной), слабое развитие молочных желез и бесплодие.
- Клинические признаки – диспропорция телосложения, гипоплазия наружных и внутренних половых органов, молочных желез.
- Гормональные показатели – снижение уровня ФСГ, ЛГ, гипоэстрогения, гипопрогестеронемия, уровень пролактина в норме или повышен, по данным тестов функциональной диагностики – ановуляция.
- УЗИ и лапароскопия - свидетельствуют о наличии фолликулярного аппарата (в отличие от яичниковой недостаточности).
- Иногда изменения на краниограммах в виде гиперостозов костной ткани, малого турецкого седла, выраженных «пальцевых вдавлений». Наиболее информативным в этих случаях является МРТ.

# *Лечение*

## Цели лечения:

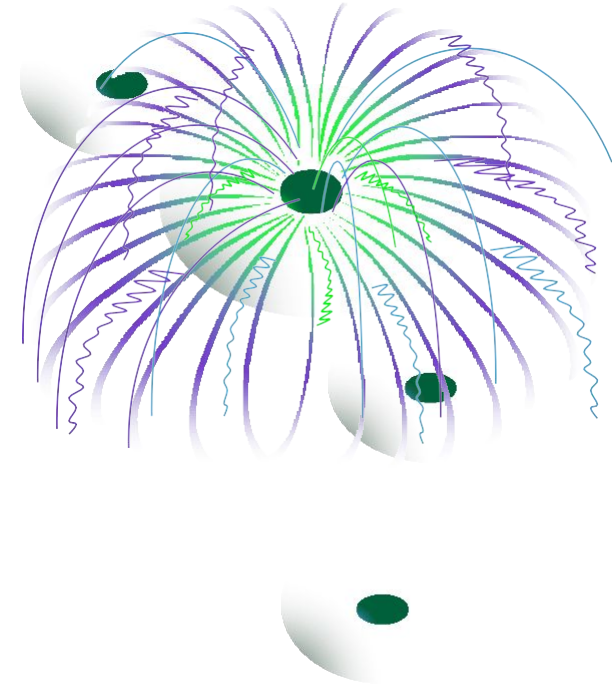
- устранение причины аменореи;
- нормализация менструального цикла;
- коррекция массы тела;
- формирование женского фенотипа;
- лечение основного заболевания



# Лечение

- Если причина может быть устранена (например, психогенная аменорея, опухоль гипофиза, гиперпролактинемия), проводят лечение основного заболевания, что приводит к самопроизвольному восстановлению менструального цикла.
- Если причина не может быть устранена (например, врожденная аномалия гипофиза, некроз гипофиза), проводят замещение утраченной функции яичников (ЗГТ до возраста естественной менопаузы), направленное на коррекцию фенотипа и профилактику метаболических нарушений, обусловленных последствиями эстрогенного дефицита.
- При синдроме гиперторможения гипоталамо-гипофизарной системы применяют антиэстрогены, стимулирующие выработку гонадотропинов гипофизом.
- При синдроме гиперпролактинемии проводят лечение агонистами дофамина, направленное на нормализацию уровня пролактина и восстановление регуляции репродуктивной системы на уровне «гипоталамус–гипофиз–яичники».

**Спасибо  
за  
внимание !**



**Спасибо за  
внимание !**