



АМЕНОРЕЯ

Жураев Исломбек Иззатуллаевич
студент 606 группы лечебного факультета-1

Январова Жасмин Яшин кизи
студент 606 группы лечебного факультета-1

Атаева Фарзона Нуриддиновна
Ассистент Кафедры Акушерства и Гинекологии N-3 Самаркандский
Государственный Медицинский Университет, г. Самарканд, Узбекистан

Аннотация:

Менструальный цикл может быть показателем общего состояния здоровья и самовосприятия благополучия. Первичная аменорея, определяемая как пожизненное отсутствие менструаций, требует оценки, если менархе не наступило к 15 годам или через три года после телархе. Вторичная аменорея характеризуется прекращением ранее регулярных менструаций в течение трех месяцев или ранее нерегулярных менструаций в течение шести месяцев и требует оценки.

Актуальность:

Менструальный цикл может быть показателем общего состояния здоровья и самоощущения благополучия.[1,2] Широкий дифференциальный диагноз важен, чтобы не пропустить редкую или экстренную патологию, поскольку многие основные состояния могут проявляться как аменорея.[3] Первичная аменорея — это пожизненное отсутствие менструаций.[3] Следует рассмотреть возможность обследования, если менархе не наступило к 15 годам или через три года после телархе.[1,4] Отсутствие какого-либо полового развития к 13 годам должно побудить к обследованию на предмет задержки полового созревания.[4,5]

Ключевые слова: аменорея, олигоменорея, пролактин, андрогены.



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

Материалы и методы исследования: Вторичная аменорея — это прекращение ранее регулярных менструаций в течение трех месяцев или ранее нерегулярных менструаций в течение шести месяцев, требующее оценки.[1,3,6] Олигоменорея, отсутствие менструации с интервалами более 35 дней у взрослых или 45 дней у подростков, рассматривается аналогичным образом.[1,3,6–8]

Врачи должны предлагать безопасную и гостеприимную обстановку, в которой пациенты чувствуют себя комфортно, обсуждая проблемы репродуктивного здоровья, устанавливая конфиденциальность, выстраивая отношения и выделяя необходимое время для обсуждения возможных долгосрочных методов лечения и последствий хронических заболеваний. Профилактические визиты к врачу должны включать обучение менструальному циклу, например, измерение с первого дня менструации до первого дня следующего цикла; интервалы обычно составляют от 21 до 34 дней.[1] Приложения для смартфонов (например, Clue) полезны для определения закономерностей.[9]

Этиологию аменореи можно разделить на следующие категории: аномалии выходного тракта, первичная недостаточность яичников, нарушения гипоталамуса или гипофиза, другие нарушения эндокринных желез, последствия хронических заболеваний, физиологические или вызванные[3,6]. Аномальную анатомию таза важно учитывать при оценке первичной аменореи.[3] Все причины вторичной аменореи могут проявляться как первичная аменорея, и оценка аналогична

Во всех случаях беременность следует исключить с помощью теста на беременность.[2,3,6]

Сывороточные образцы фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина и тиреотропного гормона выявляют большинство эндокринных причин аменореи.[2,3,6,10–12]

Уровни свободного и общего тестостерона в сыворотке и дегидроэпиандростеронсульфата могут быть получены, если есть доказательства гиперандрогении.[8,15,18,19] Уровень 17-гидроксипрогестерона, полученный в 8 утра, оценивает врожденную



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

гиперплазию надпочечников с поздним началом.[2,15] Низкий антимюллеров гормон коррелирует с овариальным резервом и может указывать на первичную овариальную недостаточность или менопаузу

Кариотипирование также следует рассматривать у пациентов с низким ростом для оценки синдрома Тернера.[6,20]

Пациентам с этим синдромом требуется скрининг на наличие сердечных и почечных дефектов, нейрокогнитивных и поведенческих расстройств, гипотиреоза и потери слуха, и, как правило, требуется гормональная терапия для индукции полового созревания и роста, часто по консультации с детским эндокринологом.[17,20,21]

Ультразвуковое исследование таза или магнитно-резонансная томография (МРТ) могут выявить аномальную репродуктивную анатомию или обнаружить опухоль, секретирующую андрогены.[2,15]

МРТ головного мозга может выявить опухоли гипофиза и другие опухоли.[2,6,13]

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия может установить исходный риск переломов у пациентов с подозрениями на первичную недостаточность яичников или функциональную гипоталамическую аменорею.[2,22] Гормональная провокация может использоваться после исключения беременности для определения наличия функционирующей анатомии; Однако прогностическая ценность этого теста относительно адекватного воздействия эстрогена на эндометрий непоследовательна.[3,17,23] Обычный режим гормональной нагрузки — 10 мг медроксипрогестерона (Провера) перорально в день в течение 10 дней; кровотечение отмены может указывать на воздействие эстрогена (например, синдром поликистозных яичников [СПКЯ]), а отсутствие кровотечения может указывать на состояние с низким уровнем эстрогена.[2,24]

Аномалии выходного тракта обычно связаны с хромосомными моделями 46,XX и нормальным половым развитием. Агенезия мюллеровых протоков встречается примерно у одной из 5000 женщин и у 15% женщин с диагнозом первичной аменореи.[25,26] Она характеризуется аномальным развитием



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

репродуктивной анатомии и связана с урологическими и скелетными пороками развития.[16,25]

Результаты исследования: Для лечения аменореи современные подходы включают различные методы, основанные на причинах состояния:

1. Гормональная терапия:

- Если причиной аменореи является недостаток гормонов, например, низкий уровень эстрогена, врачи могут назначить заместительную гормональную терапию, включая комбинированные оральные контрацептивы или прогестиновые препараты.

- Гормональные препараты также используются для стимулирования овуляции у женщин, желающих забеременеть .

2. Лечение нарушений щитовидной железы или гипофиза:

- Если причиной являются гормональные дисбалансы, связанные с функцией щитовидной железы или гипофиза, применяют соответствующие медикаменты для коррекции уровня гормонов .

3. Хирургическое лечение:

- Если аменорея вызвана анатомическими нарушениями (например, рубцовыми изменениями в матке или опухолью гипофиза), может потребоваться хирургическое вмешательство .

4. Коррекция образа жизни:

- При функциональной аменорее, связанной со стрессом, низкой массой тела или чрезмерными физическими нагрузками, рекомендуются изменение диеты, снижение уровня стресса и ограничение интенсивности тренировок .

5. Диагностические процедуры для уточнения причин:

- Используют тесты, такие как УЗИ органов малого таза, МРТ гипофиза, анализы крови на уровень гормонов (ФСГ, пролактин, андрогены). Иногда может быть назначена гистероскопия для оценки состояния полости матки .[13.14]

Выводы: Аменорея требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Основные методы включают гормональную терапию, корректировку образа



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

жизни и лечение заболеваний щитовидной железы или гипотифиза. Важным этапом является выявление причины: гормональные тесты, визуализация (УЗИ, МРТ) и, при необходимости, хирургическое вмешательство. Современные исследования подчеркивают важность индивидуального подхода и сбалансированного образа жизни для предотвращения и лечения функциональной аменореи.

Использованная литература:

1. ACOG Committee opinion no. 651: menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e143-e146.
2. Gordon CM, Ackerman KE, Berga SL, et al. Functional hypothalamic amenorrhea: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(5):1413-1439.
3. Klein DA, Poth MA. Amenorrhea: an approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2013;87(11):781-788.
4. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the pediatric research in office settings network. *Pediatrics.* 1997;99(4):505-512.
5. Klein DA, Emerick JE, Sylvester JE, Vogt KS. Disorders of puberty: an approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2017;96(9):590-599.
6. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril.* 2008;90(5 suppl):S219-S225.
7. World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. *J Adolesc Health Care.* 1986;7(4):236-244.
8. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society disease state clinical review: guide to the best practices in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome—part 1. *Endocr Pract.* 2015;21(11):1291-1300.



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

9. Moglia ML, Nguyen HV, Chyjek K, Chen KT, Castaño PM. Evaluation of smartphone menstrual cycle tracking applications using an adapted APPLICATIONS scoring system. *Obstet Gynecol.* 2016;127(6):1153-1160.
10. Nelson LM. Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med.* 2009;360(6):606-614.
11. Committee opinion no. 605: primary ovarian insufficiency in adolescents and young women. *Obstet Gynecol.* 2014;124(1):193-197.
12. ACOG Practice Bulletin no. 194: polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):e157-e171.
13. "Amenorrhea - Diagnosis and treatment". Mayo Clinic. 9 февраля 2023 г.
14. "Current Evaluation of Amenorrhea". American Society for Reproductive Medicine (ASRM)
15. Martin KA, Anderson RR, Chang RJ, et al. Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103(4):1233-1257.
16. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee opinion no. 728: Müllerian agenesis: diagnosis, management, and treatment. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):e35-e42.
17. Rebar RW, Connolly HV. Clinical features of young women with hypergonadotropic amenorrhea. *Fertil Steril.* 1990;53(5):804-810.
18. Nelson SM. Biomarkers of ovarian response: current and future applications. *Fertil Steril.* 2013;99(4):963-969.
19. Tosi F, Fiers T, Kaufman JM, et al. Implications of androgen assay accuracy in the phenotyping of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(2):610-618.
20. Gravholt CH, Andersen NH, Conway GS, et al.; International Turner Syndrome Consensus Group. Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting. *Eur J Endocrinol.* 2017;177(3):G1-G70.
21. Geckinli BB, Toksoy G, Sayar C, et al. Prevalence of X-aneuploidies, X-structural abnormalities and 46,XY sex reversal in Turkish women with primary



International Conference on Modern Science and Scientific Studies

Hosted online from Madrid, Spain

Website: econfseries.com

20th December, 2024

amenorrhea or premature ovarian insufficiency. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;182:211-215.

22. De Souza MJ, Nattiv A, Joy E, et al.; Expert Panel. 2014 female athlete triad coalition consensus statement on treatment and return to play of the female athlete triad: 1st international conference held in San Francisco, California, May 2012 and 2nd international conference held in Indianapolis, Indiana, May 2013. *Br J Sports Med.* 2014;48(4):289.

23. Rarick LD, Shangold MM, Ahmed SW. Cervical mucus and serum estradiol as predictors of response to progestin challenge. *Fertil Steril.* 1990;54(2):353-355.

24. Nakamura S, Douchi T, Oki T, Ijuin H, Yamamoto S, Nagata Y. Relationship between sonographic endometrial thickness and progestin-induced withdrawal bleeding. *Obstet Gynecol.* 1996;87(5 pt 1):722-725.

25. Fontana L, Gentilin B, Fedele L, Gervasini C, Miozzo M. Genetics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Clin Genet.* 2017;91(2):233-246.

26. Reindollar RH, Byrd JR, McDonough PG. Delayed sexual development: a study of 252 patients. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140(4):371-380.