

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Эстетическое здоровье девочки, девушки, женщины глазами гинеколога- эндокринолога

Золото Е.В., д.м.н., доцент, помощник ректора ФГБОУ ВО ДонГМУ
Минздрава России, внештатный республиканский детский
специалист по акушерству и гинекологии МЗ ДНР, профессор
кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и
подростковой гинекологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
29 мая 2026 г. Донецк.

**«Единственная красота, которую
я знаю, – это здоровье»
Генрих Гейне**

Красота – это то, что внутри. Поэтому внешний вид нашего тела зависит от его внутреннего состояния. Красота и здоровье – это две части одного целого. Стоит помнить, что внешняя привлекательность зависит от состояния здоровья.



Вопросами красоты и здоровья занимаются специалисты эстетической медицины и врач гинеколог-эндокринолог.

Эстетическая медицина помогает решить ряд следующих задач:

- ✓ вопросы состояния кожи, включая серьезные проблемы и патологии;
- ✓ вопросы трихологии, подологии;
- ✓ возрастные проблемы стоматологического, ортопедического, диетологического характера;
- ✓ аллергические явления и проявления;
- ✓ сосудистые патологии;
- ✓ офтальмологические и многие другие проблемы.

Гинекологическая эндокринология – это раздел гинекологии, который изучает гормональную функцию женского организма. Среди проблем, которыми занимается гинекологическая эндокринология выделяем:

- ✓ бесплодие;
- ✓ нарушения менструального цикла;
- ✓ повышенное оволосение;
- ✓ климактерический синдром;
- ✓ лишний вес или дефицит веса;
- ✓ нарушения работы гипоталамуса, гипофиза, яичников и пр.

Консультация гинеколога-эндокринолога необходима девочкам при:

- Преждевременном половом созревании (появление у девочки вторичных половых признаков – оволосение, увеличение молочных желез, появление менструации — до 10 лет).
- Появлению у девочки мужских половых признаков (рост волос на лице, теле, изменение голоса), угревой сыпи.
- Отсутствию или недостаточном половом развитии.
- Ювенильные (пубертатные) кровотечения.

Консультация гинеколога-эндокринолога необходима девушкам при:

- Нарушения менструального цикла (дисфункция яичников — отсутствие, нерегулярные, болезненные менструации и т.д.).
- Предменструальный синдром (отеки, увеличение массы тела, подъемы АД и т.д. перед началом менструаций).
- Бесплодие.
- Гиперандрогения (повышенное содержание мужских половых гормонов в крови).
- Эндометриоз.
- Нарушения обмена веществ (ожирение или дефицит веса).
- Для решения вопроса о подборе контрацепции.

Консультация гинеколога-эндокринолога необходима женщинам при:

- Вазомоторные проявления климактерического синдрома (приливы жара, потливость, головные боли)
- Эмоционально-вегетативные симптомы (нарушения сна, повышенная раздражительность, беспокойство, депрессия и т. д.)
- Урогенитальные расстройства (сухость и дискомфорт во влагалище, зуд и жжение, нарушения мочеиспускания, недержания мочи и т. д.)
- Сердечнососудистые нарушения, связанные по времени с наступлением климакса (приступы сердцебиения, подъемы артериального давления)
- Консультация по назначению менопаузальной гормональной терапии

Рассмотрим некоторые из приведенных состояний в зависимости от возраста

Акне

Акне – довольно распространенное заболевание у детей любого возраста, которое характеризуется появлением угревой сыпи преимущественно на коже лица.

У новорожденных и детей грудного возраста заболевание характеризуется недлительным течением, умеренной степенью выраженности, тогда как у детей раннего возраста сыпь обычно выражена и существует длительный период.

В патогенезе данного заболевания важную роль играет гиперфункция сальных желез, вызванная влиянием андрогенов в основном из коры надпочечников.

Повышенный уровень дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) в сыворотке крови является фактором риска развития тяжелой формы акне



Неонатальный цефалический пустулез (акне новорожденных)

- Неонатальный цефалический пустулез (НЦП) относится к группе акне новорожденных и отмечается у 20% детей первых дней жизни. Наиболее типичный характер сыпи – папуло-пустулезный эритематоз. Как правило, комедоны отсутствуют. Преимущественная локализация сыпи – на лице, а именно на щеках, подбородке, веках, на лбу, реже – на волосистой части головы, шее и верхней части грудной клетки. Заболевание обычно умеренной степени тяжести и проходит бесследно в сроки от 4 недель до 3 месяцев. Однако иногда сыпь может персистировать до 6-12 мес.
- НЦП развивается в первые недели после рождения вследствие колонизации кожи дрожжеподобными грибами рода *Malassezia* (в основном *Malassezia sympodialis* или *Malassezia globosa*). Роль рода *Malassezia* как этиологического фактора заболевания доказана не окончательно. Проведенные исследования доказали наличие *Malassezia* в мазках из элементов сыпи, однако более чем в 38% образцов грибы не выявлены. Это можно объяснить тем, что НЦП развивается вследствие чрезмерного размножения липофильных дрожжей, что приводит к воспалительной реакции с образованием мономорфных папул и пустул.
- Учитывая то, что данное заболевание характеризуется спонтанным и самостоятельным разрешением, в большинстве случаев лечение не требуется. Однако при наличии множественных поражений показано местное применение кремов с кетоконазолом, которые сокращают длительность заболевания.

Акне младенцев

- Акне младенцев отмечается реже и начинается позже по сравнению с НЦП, как правило, в возрасте от 3-6 до 16 мес.
- Вероятность развития тяжелой формы угревой сыпи выше у детей родителей, которые страдали/страдают акне. Акне младенцев характеризуется наличием открытых и закрытых комедонов, папул и пустул. Иногда образуются гнойные кисты, которые приводят к рубцеванию. Сыпь локализуется на лице, преимущественно на щеках. В некоторых случаях акне исчезает к 1-2-му году жизни, но, как правило, заболевание длится до 4-5 лет. Тяжелой формой угревой сыпи с выраженным воспалением является acne conglobata (шаровидные угри), при котором узлы, сливаясь, образуют конгломераты. В этих случаях могут возникать абсцессы, а впоследствии – грубые рубцы.
- Акне младенцев необходимо дифференцировать с акнеформными высыпаниями, вызванными контактом с различными мазями, кремами и маслами (*acne venenata infantum*). Исключают розацеа (розовые угри), которые характеризуются появлением эритематозных папул и пустул в периорбитальной области, появляющихся при местном, ингаляционном, а также системном применении кортикостероидов. Также следует различать хлоракне.
- В легких случаях акне показаны топические ретиноиды, возможна комбинация с бензоилпероксидом и местными антибиотиками (эритромицин, клиндамицин). Наиболее тяжелыми формами заболевания являются воспалительные поражения с образованием глубоких папул и узлов, которые могут существовать на протяжении нескольких месяцев. В этих случаях назначают таблетированные формы эритромицина в дозе 125-250 мг два раза в день. У пациентов с документированной резистентностью к эритромицину назначают триметоприм/сульфаметоксазол 100 мг дважды в день. Использование таблетированного тетрациклина не показано, поскольку у детей младше 8 лет существует риск нарушения развития костей и зубов.

Акне раннего детского возраста

- В редких случаях акне выявляют в возрасте от 1 до 7 лет. При появлении акне в этом возрасте обязательно необходимо исключить гиперандрогенемию. Повторное увеличение секреции гормонов начинается после 7 лет. Поэтому появление акне в возрасте от 1 до 7 лет, как правило, вызвано гиперандрогенизмом.
- Дифференциальный диагноз необходимо проводить с ихтиозом (волосяным лишаем, *keratosis pilaris*) и милиарией (потницей). Существуют случаи появления акне при применении дактиномицина (цитостатик антибактериальной природы). Для постановки диагноза необходимо исключить преждевременное адренархе, синдром Кушинга, легкую форму ВАГ, опухоли гонад или надпочечников, истинное преждевременное половое созревание
- Лечение то же, что и при акне младенцев. Терапией выбора при легких формах заболевания являются ретиноиды в низких дозах.

Акне препубертатного периода

- Появление акне может быть первым признаком полового созревания, которое сопровождается повышенным выделением андрогенов с кожным салом и мочой. Наиболее часто локализацией акне являются лоб, нос и щеки. Риск развития тяжелого акне прямо пропорционален выраженности полового созревания, характеризуется ранним появлением менархе. Это сопровождается высоким уровнем ДГЭАС, свободного и общего тестостерона.
- При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать те же моменты, что и при акне раннего возраста. Исключаются побочное действие некоторых препаратов (кортикостероиды, антиконвульсанты, литий, изониазид) и редкие случаи гнойного гидраденита препубертатного возраста. Пациентов с длительно существующим и не поддающимся терапии акне необходимо обследовать на наличие гормональных отклонений.
- Лечение акне должно быть индивидуализированным и учитывать форму, локализацию, распространенность и наличие воспалительных элементов. Наиболее эффективна комбинированная терапия, которая включает топические комедолитики, такие как ретиноиды, бензоилпероксид, азелаиновая и салициловая кислоты. Применение скрабов для лица и любые механические манипуляции противопоказаны. При наличии воспалительного процесса назначают местные антибиотики в комбинации с бензоилпероксидом. При тяжелом воспалительном заболевании наиболее эффективным является системная антибиотикотерапия тетрациклином (детям старше 8 лет), эритромицином, триметопримом/сульфаметоксазолом, ампициллином или цефалексином.

! *Гормональная терапия назначается только в случаях ВАГ или синдрома поликистоза яичников и включает прием пероральных контрацептивов, глюкокортикостероидов и антиандрогенов. Антиандрогены, например спиронолактон, можно использовать при лечении девочек с резистентным акне. Для таких пациентов важен постоянный контроль гормонального статуса*

Акне у подростков и молодежи

- Угревая болезнь в возрасте 12–24 лет называется *acne vulgaris* или угри обычные. В большинстве случаев к возрасту 18–20 лет начинают отмечать признаки спонтанного регресса заболевания. У части пациентов заболевание приобретает хронический рецидивирующий характер, в отдельных случаях с формированием к 30–40-летнему возрасту «поздних акне» (*acne tarda*).
- В формировании акне ведущая роль принадлежит гипертрофии и повышенному функционированию сальных желез, фолликулярному гиперкератозу, активации микроорганизмов с последующим воспалением.
- Высокая частота акне у подростков вполне закономерно может быть связана с изменениями гормонального баланса в организме, ведь секреция надпочечниковых андрогенов имеет возрастные особенности.
- Появление акне у девушек в период полового созревания объясняется нарушением соотношения между андрогенами и эстрогенами. Среди множества причин избыточной продукции андрогенов в организме женщины прежде всего отмечают физиологическое повышение секреции и, вероятно, биологической активности андрогенов в конце периода полового созревания. Установлено, что приблизительно у 70% женщин с изолированной угревой сыпью изменяется, по крайней мере, один из показателей активности андрогенов.
- **Тактика лечения** зависит от формы заболевания (комедональная, папуло-пустулезная, конглобатная), тяжести процесса (легкая, средняя, тяжелая), пола, возраста, сопутствующей патологии. При выборе терапии учитываются не только особенности клинических проявлений, но и психоэмоциональное состояние пациента. Патогенетическая терапия акне должна основываться на анамнестических данных с учетом длительности предшествующего лечения, его эффективности, возраста больного, особенностей развития и течения рецидивов, их длительности, наличия сопутствующих заболеваний внутренних органов и очагов хронической инфекции.

Андрогензависимая дерматопатия

Андрогензависимая дерматопатия – это симптомокомплекс воздействия на кожу мужских половых гормонов (андрогенов) при их избыточной продукции в организме. Кожные симптомы гиперандрогении чаще проявляются гирсутизмом и акне, реже - себореей и алопецией.

Андрогензависимая дерматопатия, как правило, наблюдается при таких нейроэндокринных синдромах, как аденогенитальный синдром (ВДКН), синдром поликистозных яичников (СПКЯ), метаболический синдром (МС), но может быть и следствием генетически обусловленной повышенной чувствительности волосяных фолликулов и сальных желез к нормальному уровню андрогенов, что имеет место у некоторых этнических групп населения (Кавказ, Средиземноморье).

Гирсутизм

Гирсутизм (избыточный рост волос в андрогензависимых областях тела) – наиболее типичное клиническое проявление гиперандрогенизма.

Андрогензависимыми считают следующие участки кожи:

- верхняя губа;
- бакенбарды;
- подбородок;
- окружность сосков;
- белая линия живота – нижняя часть живота от пупка до лонной кости;
- грудь;
- внутренняя поверхность бедер;
- поясница.



Классификация гирсутизма

- Идиопатический гирсутизм – состояние, характеризующееся нормальным уровнем андрогенов (мужских половых гормонов), отсутствием какой-либо патологии половой или эндокринной системы при повышенном превращении тестостерона в его метаболиты. Проявляется в период пубертата или до начала полового развития.
- Экзогенный гирсутизм считается осложнением при патологиях эндокринной системы.
- Наследственный гирсутизм – генетическая особенность, обусловленная активностью фермента 5 α -редуктазы или избыточным количеством рецепторов к андрогенам, или чрезмерной их чувствительностью к андрогенам. В этом случае обнаруживается нормальный уровень свободного тестостерона, который все же оказывает нежелательное влияние на внешность женщины. При этом эндокринная система женщины работает в «штатном» режиме.

По фоновому сопровождению выделяют:

- гирсутизм, осложненный пилисеборейным комплексом (угревой болезнью, жирной кожей, жирными волосами);
- гирсутизм с проявлением мужских черт телосложения;
- гирсутизм с патологией овуляции;
- собственно гирсутизм (только оволосение по мужскому типу без дополнительных проявлений).

Диагностика гирсутизма

Для назначения эффективного лечения врач должен установить точную причину гирсутизма.

При патологии яичников инфекционной или другой природы помимо нехарактерного оволосения часто наступает сбой в менструальном цикле, а в тяжелых случаях - бесплодие.

Для подтверждения или опровержения этого состояния рекомендуется сдать анализы крови для определения гормонального фона (ФСГ, ЛГ пролактина, эстрогена, прогестерона, тестостерона, дегидроэпиандростерона, андростендиона и прочих андрогенов, эстрадиола, кортизола), пройти скрининг на наличие латентных или манифестирующих половых инфекций, сдать мазки на микрофлору с определением чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам.

Лечение гирсутизма

Лечение является достаточно сложной задачей. Это обусловлено не только особенностями роста волос на андрогензависимых участках тела, но и многофакторными причинами гиперандрогении.

Препараты, применяемые для лечения андрогензависимой дерматопатии, в частности гирсутизма, действуют на биосинтез, метаболизм и периферическую конверсию (утилизацию) андрогенов на уровне рецепторов кожи.

Механизм их действия:

- уменьшение продукции андрогенов в яичниках;
- уменьшение продукции андрогенов в надпочечниках;
- блокада периферического действия андрогенов;
- блокада рецепторов андрогенов в тканях-мишенях;
- блокада ферментов периферического превращения тестостерона в его метаболит

Коррекция гормонального профиля в сочетании с косметическими процедурами является абсолютно правильным подходом к лечению андрогензависимых дерматопатий. При выборе препаратов для лечения необходимо учитывать их побочное действие и переносимость, поскольку эффективность повышается соответственно длительности приема тех или иных препаратов.

Осложнения и профилактика гирсутизма

- При гирсутизме могут наблюдаться нарушения менструального цикла, патологические маточные кровотечения, анемия. Женщины испытывают выраженный психологический дискомфорт. Но самым грозным осложнением гирсутизма врачи считают бесплодие.
- Главной профилактической мерой является своевременное обращение к врачу. При первых признаках роста волос в андрогензависимых зонах на теле или на лице и присоединении нарушения менструального цикла следует пойти на прием к гинекологу-эндокринологу. Дополнительные меры профилактики заключаются в здоровом питании и контроле веса.
- При объединении усилий двух специалистов: гинеколога-эндокринолога и дерматолога удастся добиться наиболее значимого и стойкого эффекта в лечении андрогензависимой дерматопатии.



Менопаузальная гормонотерапия (МГТ)

Менопауза – это биологическое событие, когда на фоне возрастных изменений доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе. Частота климактерических симптомов составляет 40-60%. Своевременно назначенная МГТ с учетом возраста женщины, продолжительности менопаузы, данных личного и семейного анамнеза позволяет снизить частоту менопаузальных симптомов, улучшить качество жизни. МГТ оказывает также профилактическое влияние на такие болезни пожилых людей, как остеопороз и переломы костей, сердечно-сосудистые заболевания, деменцию, диабет и другие метаболические состояния.



Симптомы, которые ослабляются или исчезают на фоне назначения МГТ

1. Ранние симптомы:

- вазомоторные – приливы, повышенная потливость;
- психологические – депрессивные симптомы, раздражительность, возбудимость, расстройство сна, слабость, сниженная память и концентрация внимания;
- общие физические – астенизация, головные боли, мышечно-суставные боли, «ползание» мурашек на коже;
- урогенитальные и сексуальные – зуд, жжение, сухость, диспареуния, нарушение мочеиспускания (ургентное, частое).

2. Поздние возможные нарушения, связанные также и с длительным дефицитом половых гормонов

2.1. Метаболические:

- центральное, абдоминальное отложение жира;
- инсулинрезистентность и риск сахарного диабета 2 типа;
- сердечно-сосудистые – дисфункция эндотелия сосудов;
- повышение общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП-ХС и снижение ЛПВП-ХС.

2.2. Скелетно-мышечные:

- ускорение потери костной ткани (остеопения, остеопороз);
- повышен риск переломов;
- саркопения;

2.3. Урогенитальные симптомы:

- атрофический вульвовагинит;
- учащенное мочеиспускание, циститы, ургентное недержание мочи, дизурия.

Цель МГТ – частично восполнить сниженную функцию яичников при дефиците половых гормонов, используя такие минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, которые реально улучшили бы общее состояние больных, обеспечили бы профилактику поздних обменных нарушений и не сопровождались бы побочными эффектами.

Показания для назначения МГТ

- вазомоторные симптомы с изменением настроения, нарушением сна;
- симптомы урогенитальной атрофии, сексуальная дисфункция;
- профилактика и лечение остеопороза;
- низкое качество жизни, связанное с климактерием, включая артралгии и мышечные боли;
- преждевременная и ранняя менопауза;
- овариэктомия.

! *В настоящее время рекомендуется придерживаться так называемой «временной» гипотезы: начинать МГТ в возрасте моложе 60 лет, при длительности постменопаузы менее 10 лет*

Противопоказания для МГТ:

- кровотечение из половых путей неясного генеза;
- рак молочной железы и эндометрия;
- острый гепатит опухолевые процессы в печени;
- острый тромбоз глубоких вен;
- острая тромбоэмболия;
- аллергия к ингредиентам МГТ;
- кожная порфирия.

Следует отдельно выделить противопоказания к некоторым половым гормонам:

1. Для эстрогенов:

- рак молочной железы ЭР+;
- рак эндометрия (в анамнезе);
- тяжелая дисфункция печени;
- порфирия

2. Для гестагенов:

- менингиома

Относительные противопоказания для МГТ:

- миома матки, эндометриоз;
- мигрень;
- венозный тромбоз и эмболия (в анамнезе);
- семейная гипертрицеридемия;
- желчнокаменная болезнь;
- эпилепсия;
- рак яичников (в анамнезе)

Варианты приема МГТ

- **монотерпия эстрогенами и прогестагенами в циклическом или непрерывном режиме;**
- **комбинированная терапия препаратами в циклическом режиме (прерывистая и непрерывная схемы приема препаратов);**
- **комбинированная терапия в монофазном непрерывном режиме.**

При применении МГТ в циклическом режиме имитируется женский цикл. В непрерывном режиме отсутствует стадия маточного кровотечения.



I. Монаотерапия эстрогенами: Назначается женщинам с удаленной маткой. Используются препараты, содержащие эстрадиол 17 β , эстрадиолавалерат, эстриол.

Монаотерапия прогестагенами: Назначаются в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе для регуляции цикла и лечения гиперпластических Процессов. Используется микронизированный прогестерон (перорально или вагинально), дидрогестерон перорально. Возможно введение ВМС с левоноргестрелом с контрацептивной и лечебной целью.

II. Комбинированная терапия в циклическом режиме: Двухфазные препараты назначаются в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе – непрерывный циклический режим (эстрадиол/дидрогестерон, 1/10, 2/10) либо прерывистый циклический режим. Следует информировать женщину о том, что препараты для МГТ не обладают контрацептивным эффектом.

III. Монофазная комбинированная терапия в непрерывном режиме: Назначается в постменопаузе. Эстрогены с прогестагенами, низкодозированные (эстрадиол/ дидрогестерон, 1/5, эстрадиол/ дроспиренон), а также тиболон, который в организме метаболизируется в эстроген, гестаген и андроген.

Решение о проведении МГТ принимается индивидуально с учетом жалоб, симптомов эстроген-дефицита, качества жизни и показателей здоровья, а также учитывая индивидуальные факторы риска такие, как:

- *возраст,*
- *длительность постменопаузы*
- *риск венозной тромбоземболии, инсульта, ИБС и рака молочной железы (положение консенсуса).*

МГТ не следует назначать без четких показаний.

! *Средняя продолжительность приема комбинированной гормонотерапии составляет 5 лет, монотерапии эстрогенами – 7 лет.*

Таким образом, менопаузальная гормональная терапия способна сотворить чудо, превратив пожилую, уставшую от жизни женщину в здоровую и полную сил.



Спасибо

за

ВНИМАНИЕ!!!