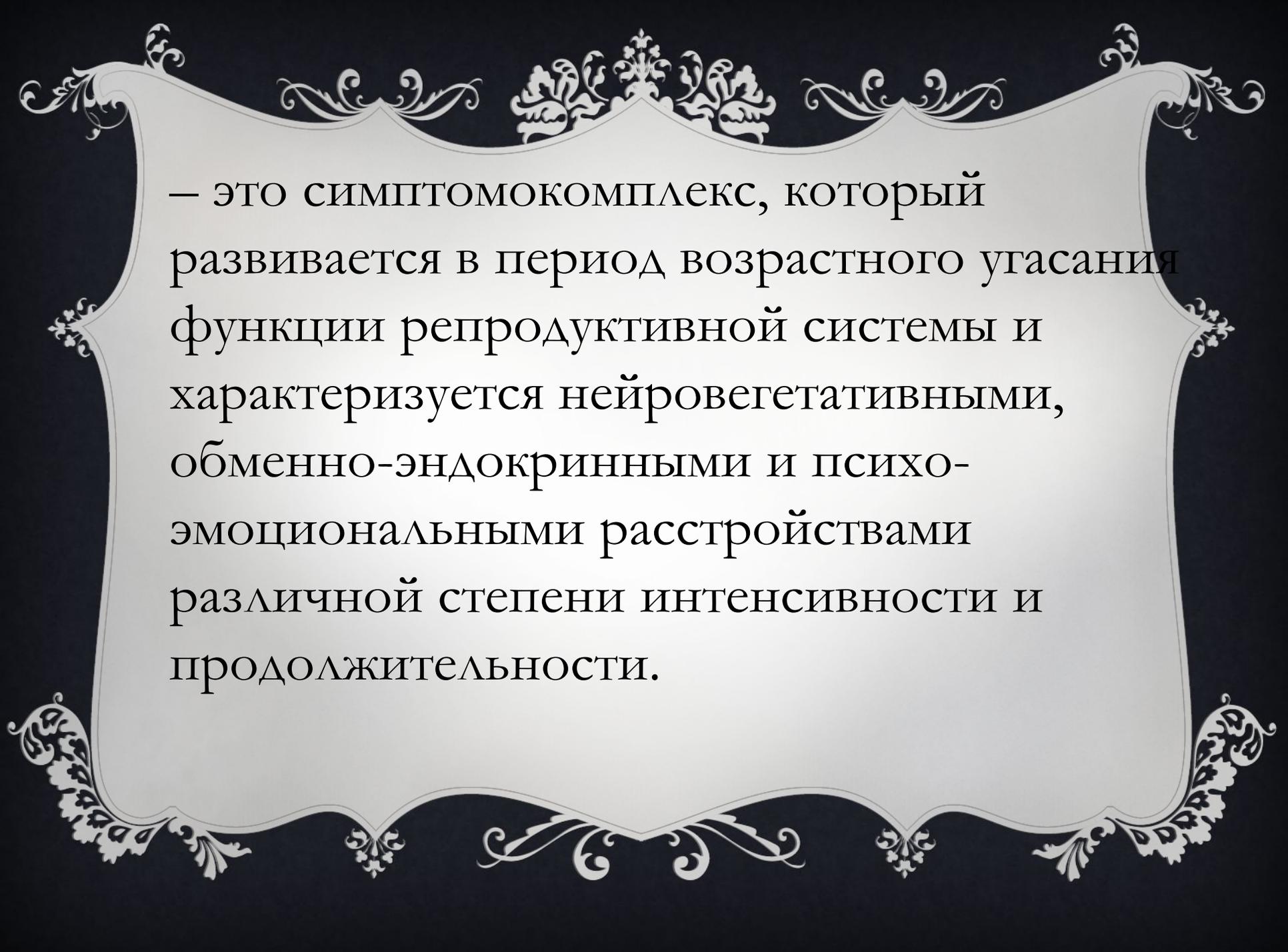




КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ И
ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ
СИНДРОМЫ



**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ**



— это симптомокомплекс, который развивается в период возрастного угасания функции репродуктивной системы и характеризуется нейровегетативными, обменно-эндокринными и психо-эмоциональными расстройствами различной степени интенсивности и продолжительности.

Причины:

- колебания уровня эстрогенов, но не абсолютного их дефицита.
- с другой стороны – климактерический синдром является результатом последовательного развития возрастных изменений в определенных центрах гипоталамуса.

Климактерический синдром по отношению ко времени прекращения менструации (менопауза) проявляется с различной частотой:

- ❖ в пременопаузальном периоде у 36% - 40% больных
- ❖ сразу с наступлением менопаузы — от 39% до 85%
- ❖ в течение 1 года после менопаузы — у 26%
- ❖ через 2–5 лет после менопаузы — у 3%

Патогенез:

В патогенезе К. с. основная роль принадлежит рассогласованию деятельности гипоталамических структур головного мозга, обеспечивающих координацию кардиоваскулярных, респираторных и температурных реакций с эмоционально-поведенческими. Наиболее раннее и специфическое проявление К. с. — приливы жара к голове, верхним конечностям и верхней половине туловища. Эти симптомы отражают нарушения в центральных механизмах.

Клиническая картина

Все симптомы К. с. делят на три группы:

- 1) вегетативно-сосудистые
- 2) обменно-эндокринные
- 3) психические

1) К вегетативно-сосудистым симптомам

относят:

- приливы жара к голове, верхним конечностям и верхней половине туловища
- повышенная потливость
- тахикардия
- головокружения
- головная боль
- симпатико-адреналовые и вагоинсулярные кризы

2) В группу обменно-эндокринных

расстройств входят:

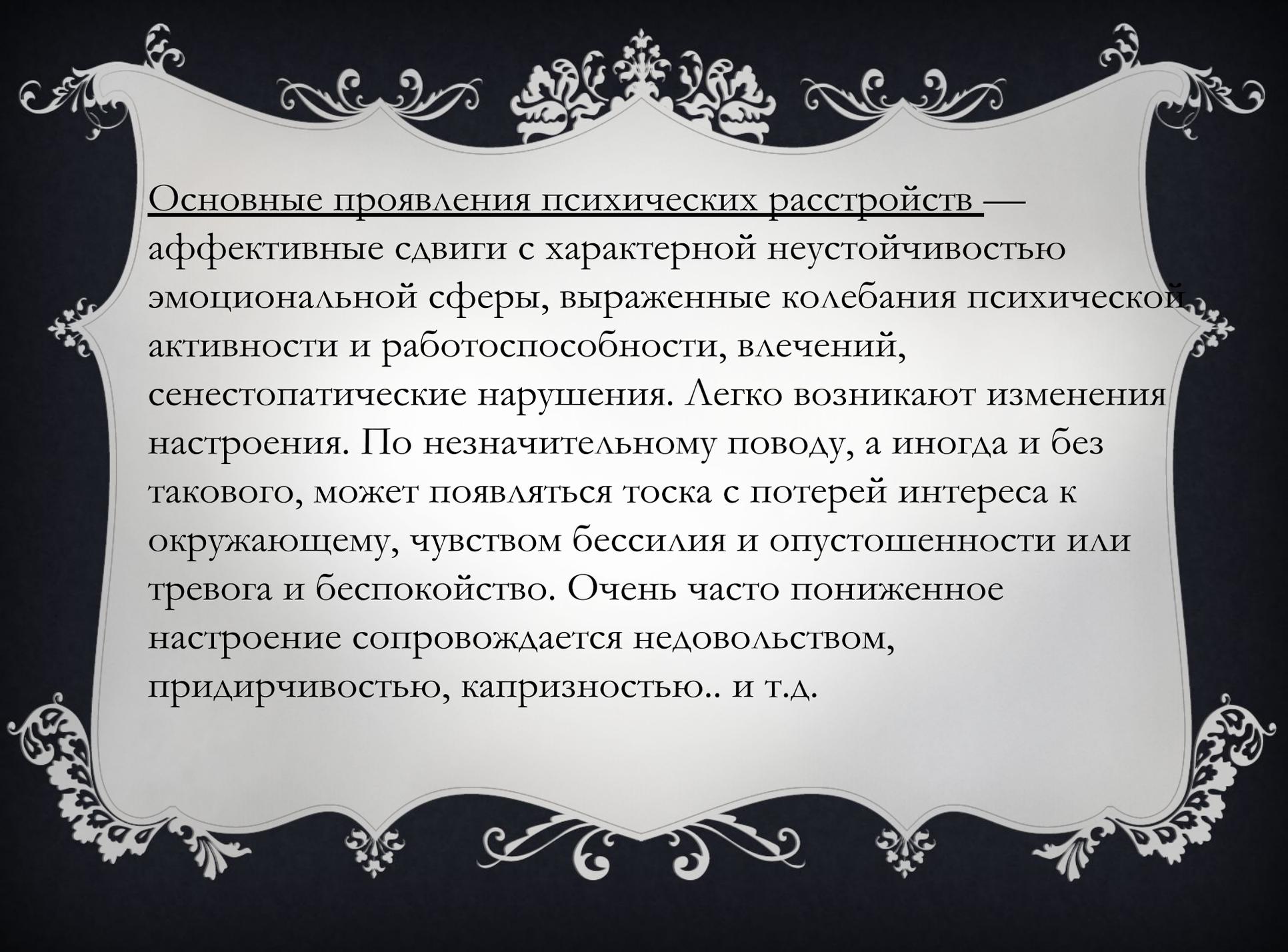
- трофические изменения кожи, вульвы, влагалища и мочевого пузыря
- гипергликемия
- остеопороз.

3) Психические расстройства находят

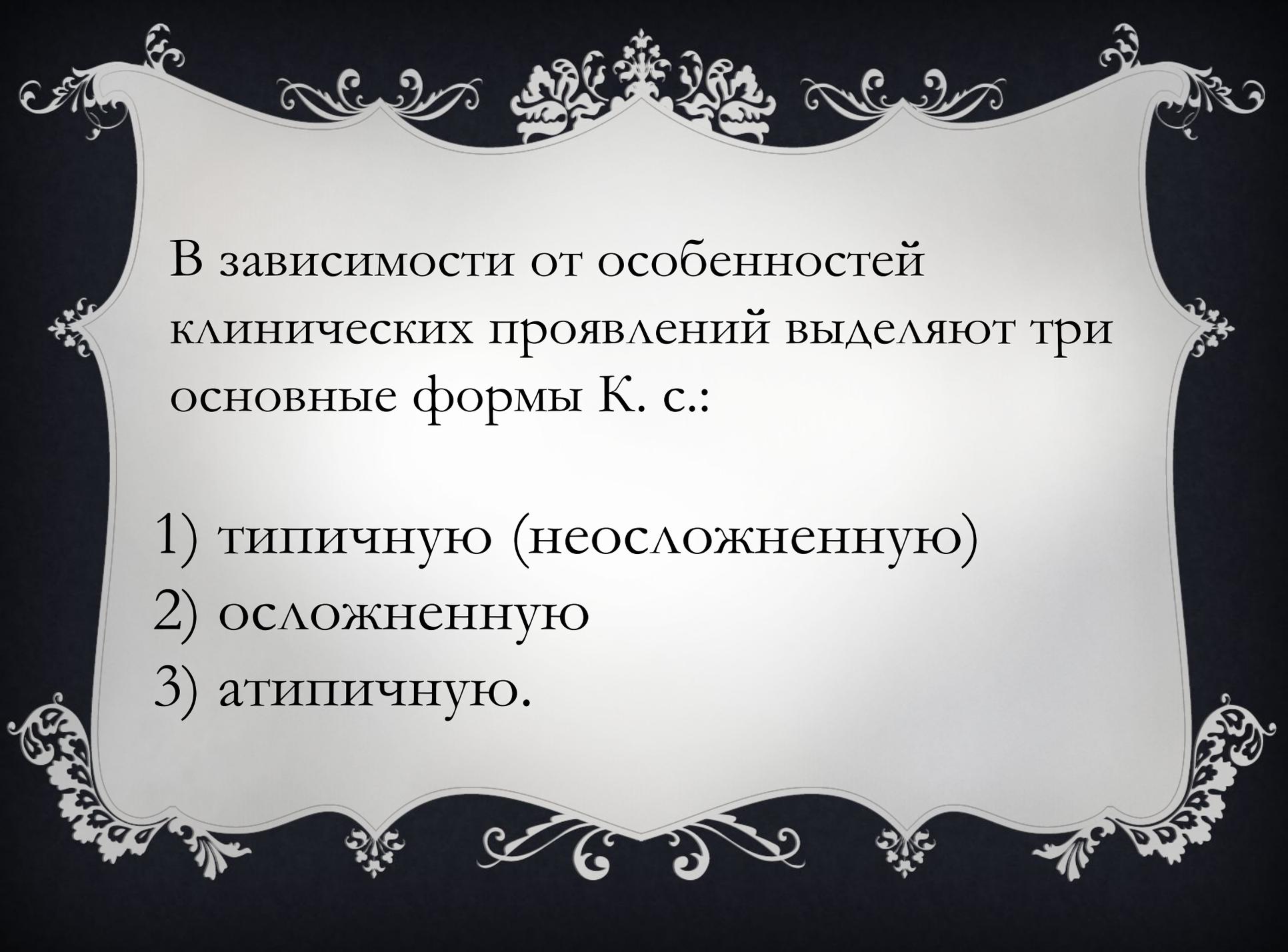
отражение в терминологии:

- «климактерический невроз»
- «невроз тревоги»
- «психосоматический климактерический синдром»
- «психоэндокринный климактерический синдром»

Во всех этих случаях речь идет преимущественно о пограничных психических и психосоматических расстройствах; особых климактерических психозов не существует.



Основные проявления психических расстройств — аффективные сдвиги с характерной неустойчивостью эмоциональной сферы, выраженные колебания психической активности и работоспособности, влечений, сенестопатические нарушения. Легко возникают изменения настроения. По незначительному поводу, а иногда и без такового, может появляться тоска с потерей интереса к окружающему, чувством бессилия и опустошенности или тревога и беспокойство. Очень часто пониженное настроение сопровождается недовольством, придирчивостью, капризностью.. и т.д.



В зависимости от особенностей
клинических проявлений выделяют три
основные формы К. с.:

- 1) типичную (неосложненную)
- 2) осложненную
- 3) атипичную.

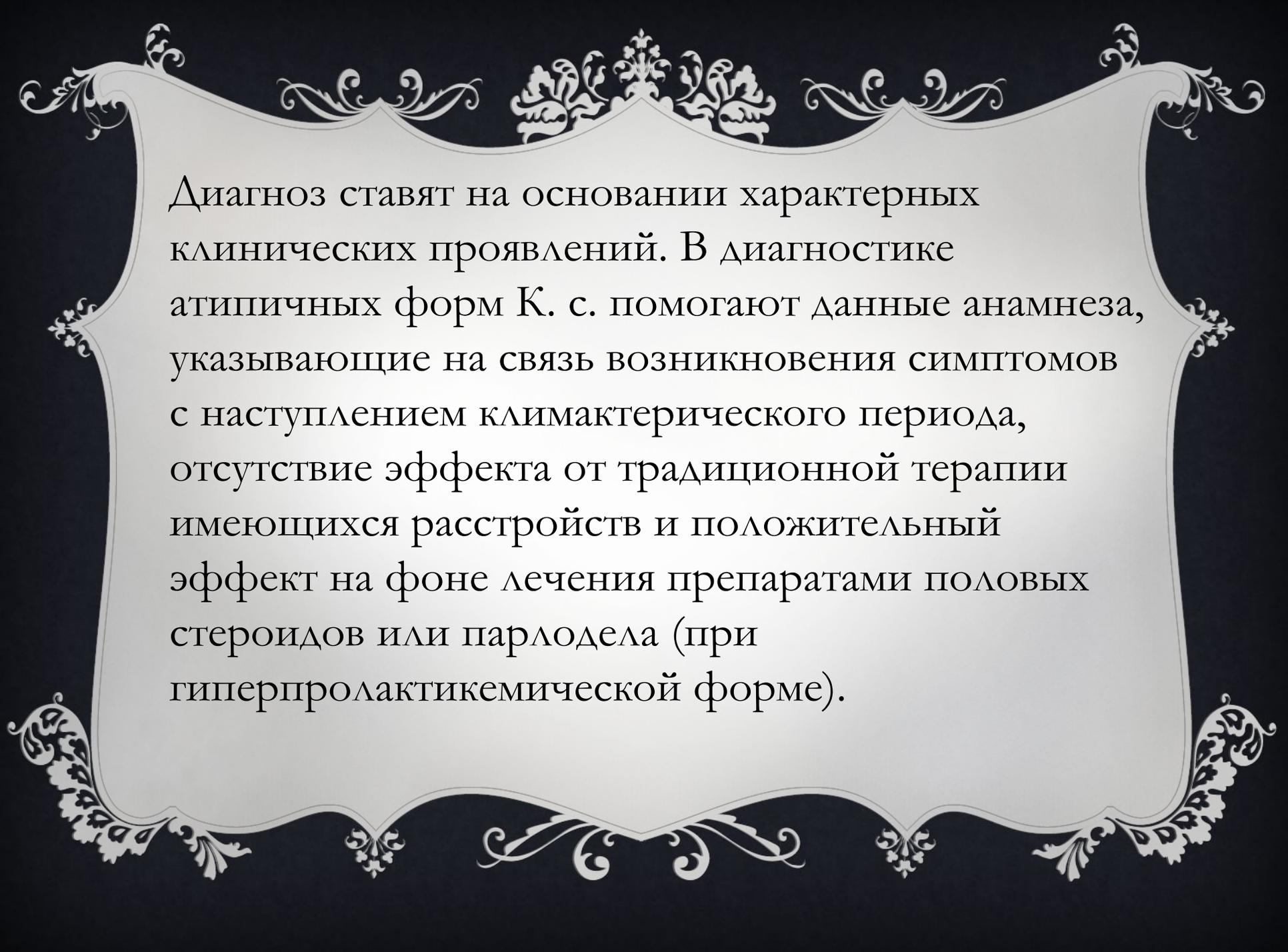
Для **типичной (неосложненной)** формы характерны «приливы» и гипергидроз. К **осложненной** форме относят случаи К. с., протекающие на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения (гепатохолецистит, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), а также других экстрагенитальных заболеваний (например, гипоталамический синдром, сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы). При осложненной форме К. с. отмечается увеличение частоты и усиление тяжести «приливов», появляются жалобы на боли и чувство замирания в области сердца, сердцебиение, нарушение сна, памяти.

При **атипичной** форме наряду с «приливами» могут наблюдаться симпатико-адреналовые кризы, аллергические заболевания (в т.ч. бронхиальная астма), миокардиодистрофия. При климактерической миокардиодистрофии в отличие от ишемической болезни сердца изменения ЭКГ незначительны или отсутствуют, несмотря на выраженный болевой синдром: отмечаются отрицательная проба с нитроглицерином, положительные пробы с обзиданом и препаратами калия. К атипичной относят также форму, при которой симптомы К. с. появляются циклически (с определенными интервалами) на фоне отсутствия менструаций (циклическая форма К. с.); эта форма нередко возникает у женщин, страдавших предменструальным синдромом (Предменструальный синдром) в репродуктивном возрасте. Особо выделяют гиперпролактиновую форму К. с., характеризующуюся симпатико-адреналовыми кризами, отсутствием терапевтического эффекта от применения эстрогенов и улучшением состояния при назначении бромкриптина (парлодела).

Классификация К. с. по степеням тяжести основанная на определении тяжести К. с. по количеству «приливов» с учетом общего состояния и работоспособности женщины:

- **I степени** (легкий) наблюдается менее 10 «приливов» в сутки, общее состояние и работоспособность не нарушаются
- **II степени** (средней тяжести) характеризуется 10—20 «приливами» в сутки в сочетании с головными болями, головокружением, болями в области сердца, сердцебиением, снижением работоспособности.
- **III степени** (тяжелый) частота «приливов» более 20 в сутки, значительно нарушаются самочувствие и работоспособность.

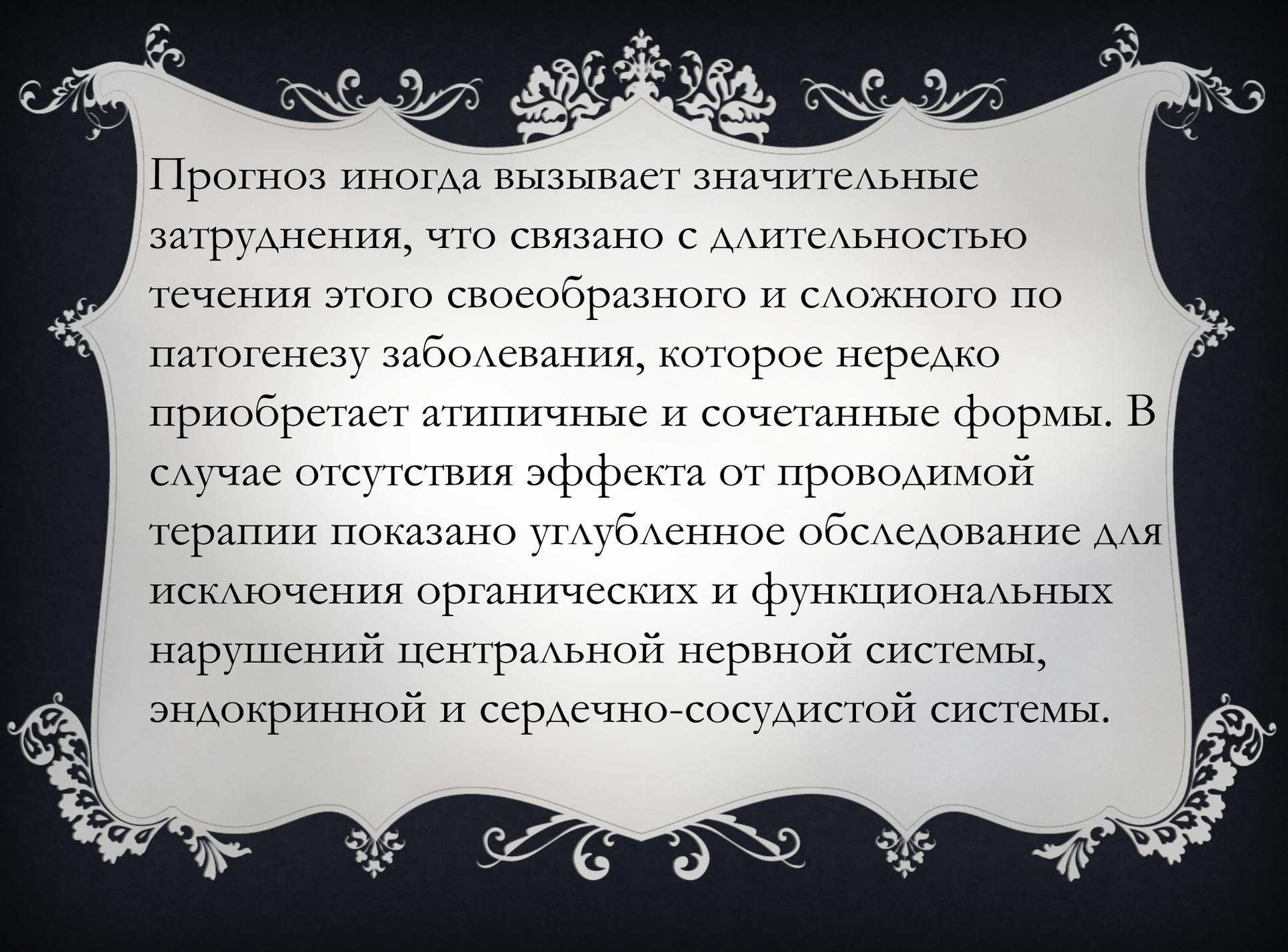
Эта классификация приемлема в основном для типичной формы К. с.



Диагноз ставят на основании характерных клинических проявлений. В диагностике атипичных форм К. с. помогают данные анамнеза, указывающие на связь возникновения симптомов с наступлением климактерического периода, отсутствие эффекта от традиционной терапии имеющихся расстройств и положительный эффект на фоне лечения препаратами половых стероидов или парлодела (при гиперпролактинемической форме).

Этапы лечения больных климактерическим синдромом

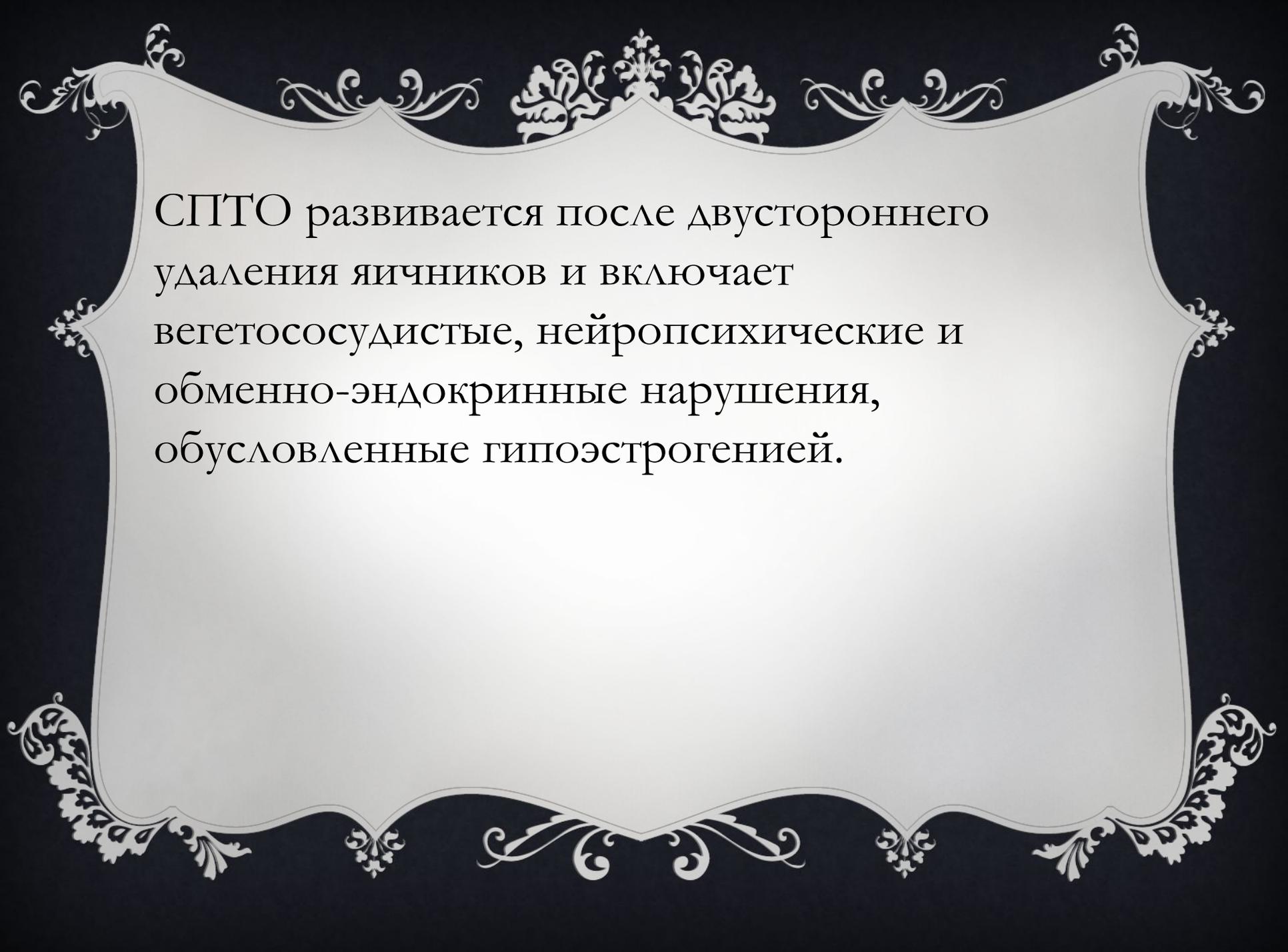
- 1) **немедикаментозная терапия** (психопрофилактическая подготовка каждой женщины к переходному периоду, диета, упражнения, витамины и т.д.)
- 2) **специальная медикаментозная негормональная терапия** (для снижения эмоционального напряжения, улучшения сна может быть рекомендовано: отвары или настойки корня валерианы, пустырника, микстура Кватера, Ново-Пассит.)
- 3) **гормональная терапия** (только при отсутствии полного эффекта от комплексной негормональной терапии.)



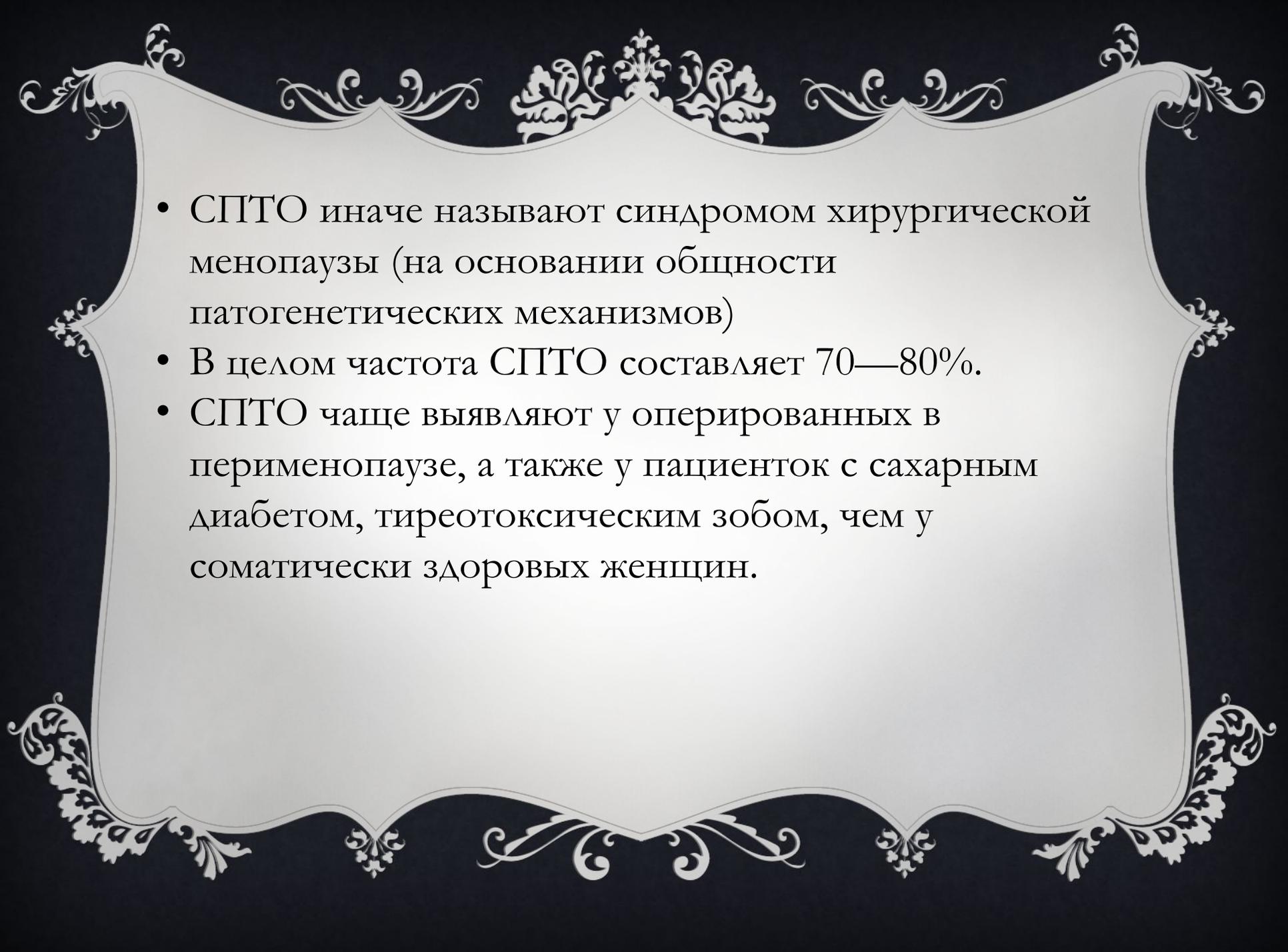
Прогноз иногда вызывает значительные затруднения, что связано с длительностью течения этого своеобразного и сложного по патогенезу заболевания, которое нередко приобретает атипичные и сочетанные формы. В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии показано углубленное обследование для исключения органических и функциональных нарушений центральной нервной системы, эндокринной и сердечно-сосудистой системы.



**СИНДРОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ОВАРИЭКТОМИИ
(ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ)**



СПТО развивается после двустороннего удаления яичников и включает вегетососудистые, нейропсихические и обменно-эндокринные нарушения, обусловленные гипоэстрогенией.

- 
- СПТО иначе называют синдромом хирургической менопаузы (на основании общности патогенетических механизмов)
 - В целом частота СПТО составляет 70—80%.
 - СПТО чаще выявляют у оперированных в перименопаузе, а также у пациенток с сахарным диабетом, тиреотоксическим зобом, чем у соматически здоровых женщин.

Патогенез:

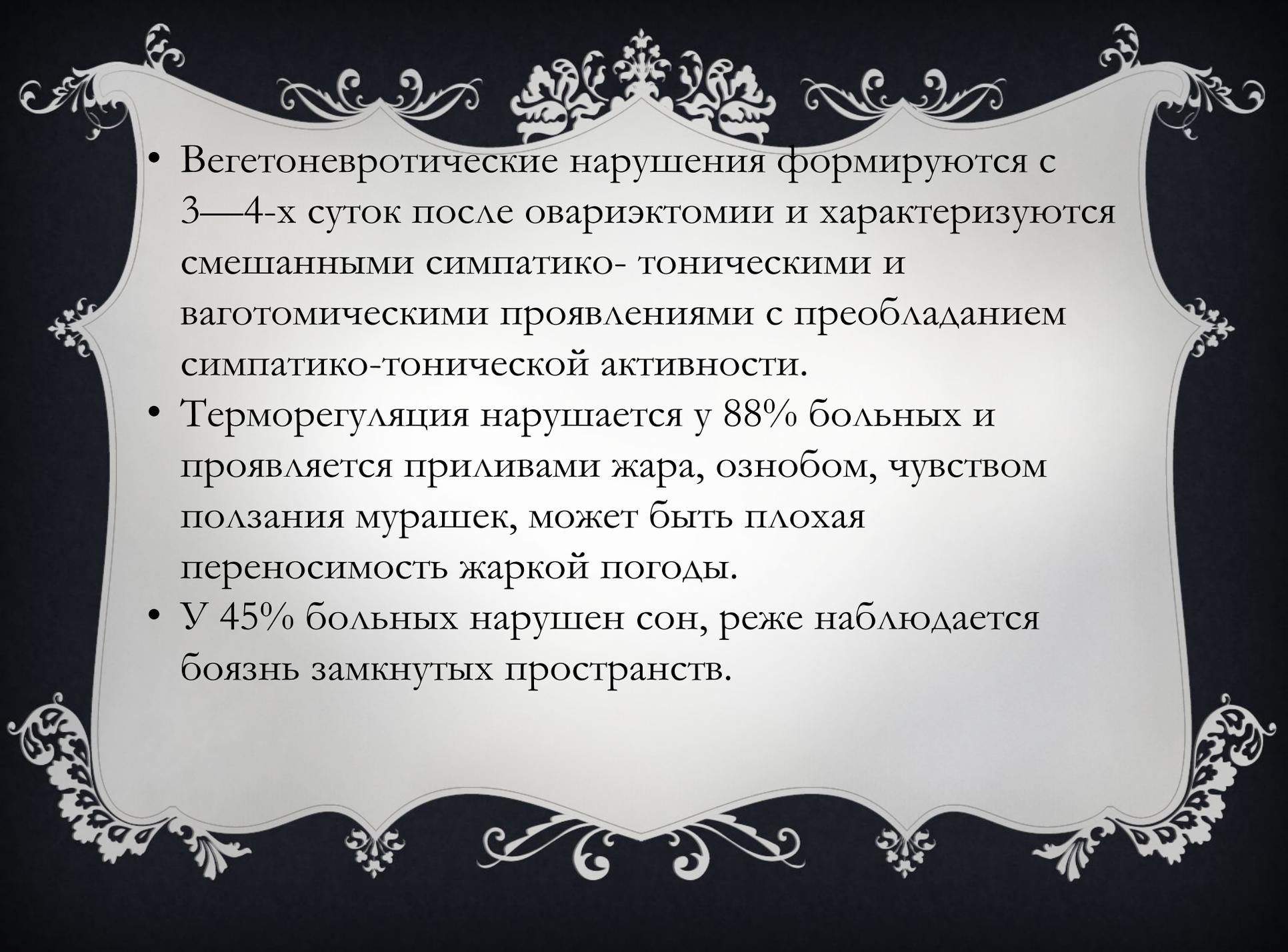
- пусковым и патогенетически ведущим фактором является гипоэстрогения
- нарушения в гипоталамо-гипофизарной области сопровождаются дезадаптацией подкорковых структур
- следствием снижения уровня половых гормонов с прекращением действия ингибина становится значительное повышение уровней ЛГ и ФСГ до соответствующих постменопаузальным.
- длительный дефицит эстрогенов отражается на состоянии эстроген-рецептивных тканей, в том числе мочеполовой системы — нарастает атрофия мышечной и соединительной ткани со снижением количества коллагеновых волокон, снижается васкуляризация органов, истончается эпителий. Недостаток половых гормонов приводит к постепенному прогрессированию остеопороза.

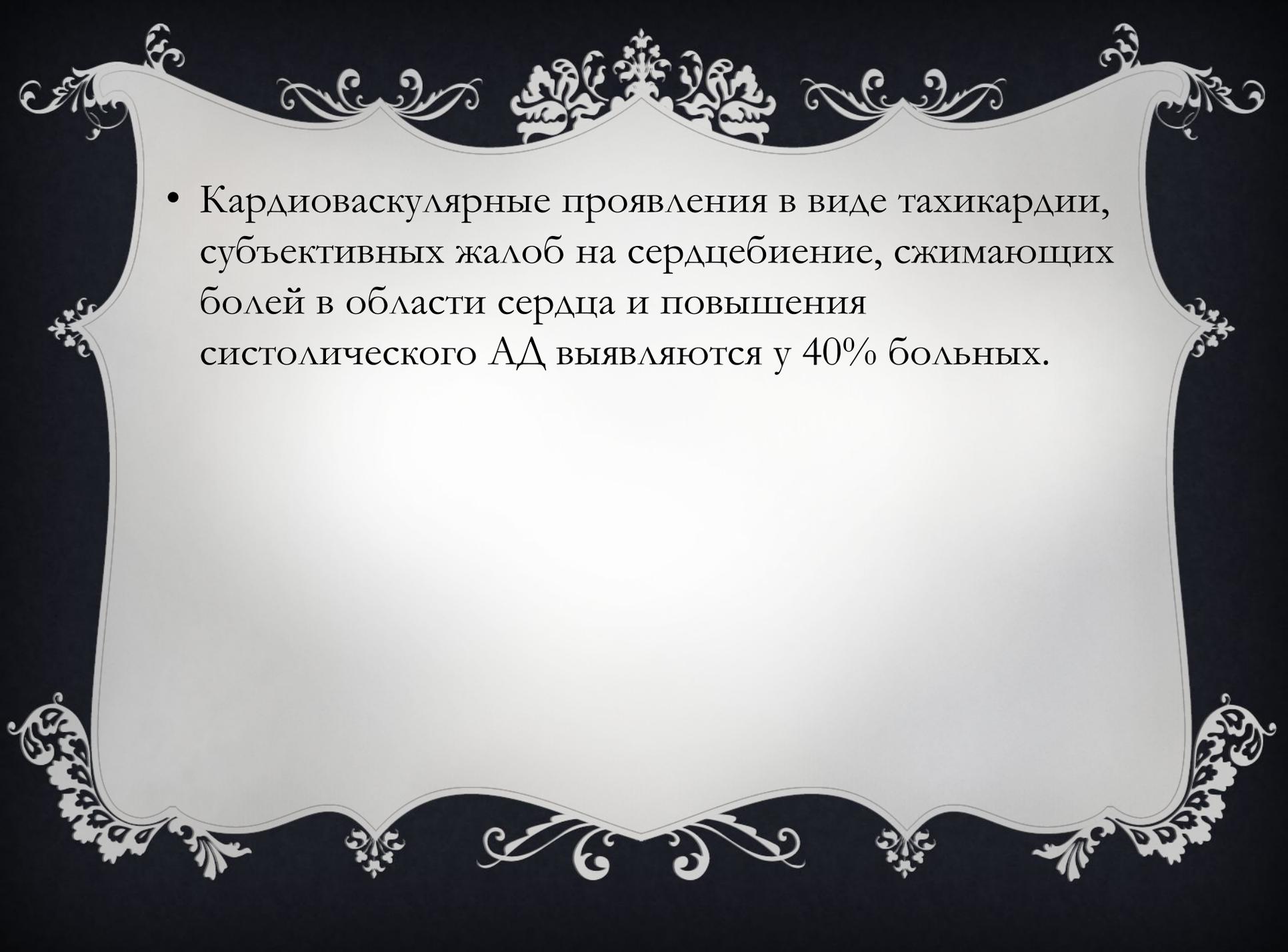
Клиническая картина СПТО

включает в себя:

1. психоэмоциональные
2. нейровегетативные
3. обменно-эндокринные расстройства.

- Психоэмоциональные расстройства могут возникать с первых дней послеоперационного периода.
- Наиболее выражены астенические (37,5%) и депрессивные (40%) проявления, реже бывают фобические, паранойяльные и истерические.
- В формировании психоэмоциональных расстройств играют роль как гормональные изменения, так и психотравмирующая ситуация в связи с восприятием гистерэктомии как калечащей операции.

- 
- Вегетоневротические нарушения формируются с 3—4-х суток после овариэктомии и характеризуются смешанными симпатико-тоническими и ваготомическими проявлениями с преобладанием симпатико-тонической активности.
 - Терморегуляция нарушается у 88% больных и проявляется приливами жара, ознобом, чувством ползания мурашек, может быть плохая переносимость жаркой погоды.
 - У 45% больных нарушен сон, реже наблюдается боязнь замкнутых пространств.

- 
- Кардиоваскулярные проявления в виде тахикардии, субъективных жалоб на сердцебиение, сжимающих болей в области сердца и повышения систолического АД выявляются у 40% больных.

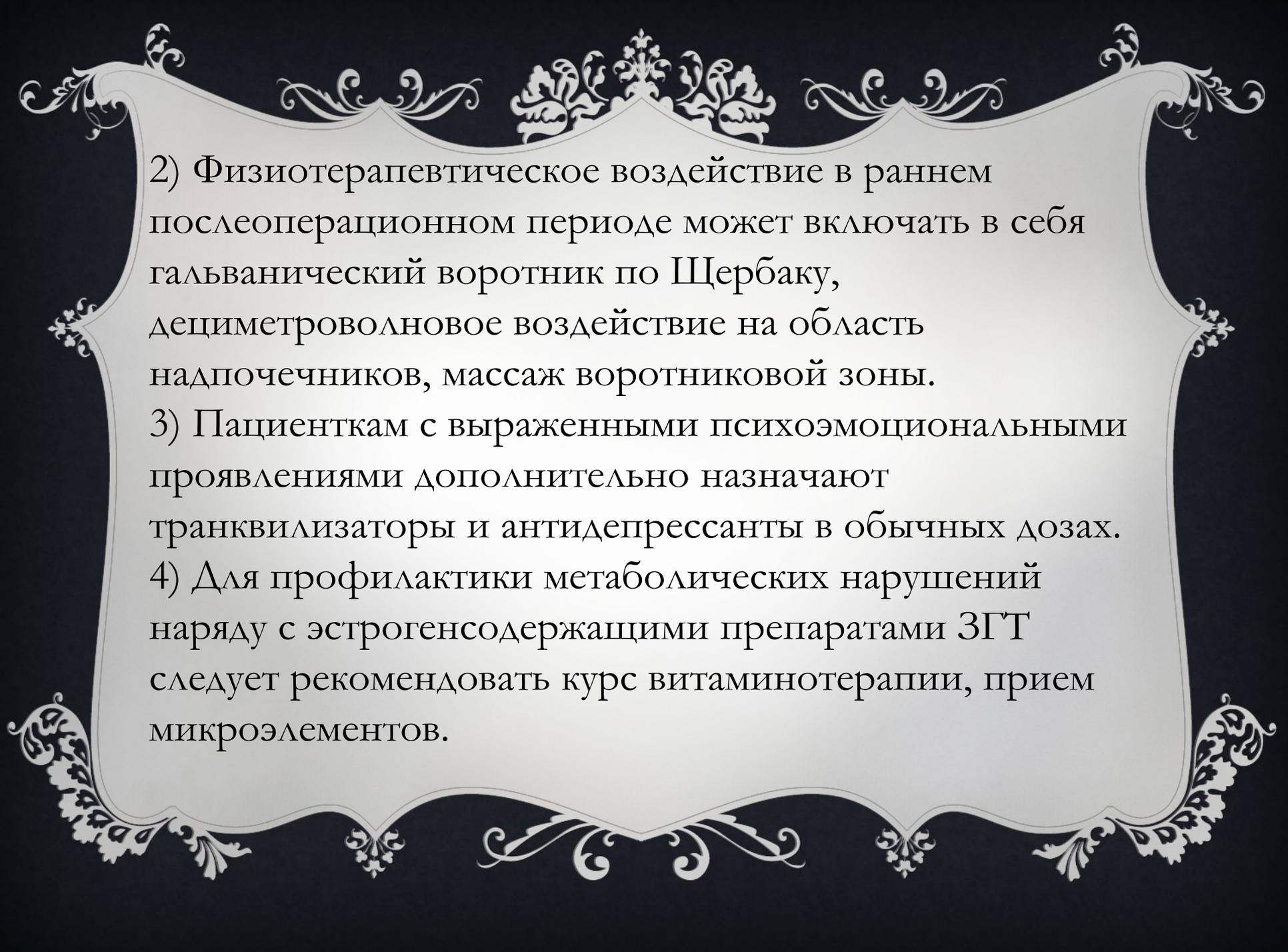
Диагностика:

- Выраженность психоэмоциональных и вегетоневротических проявлений у больных, перенесших гистерэктомию, оценивают по модифицированному менопаузальному индексу (ММИ) Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.
- Выделяют легкий, среднетяжелый и тяжелый патологический СПТО.
- При необходимости используют дополнительные методы диагностики психоэмоциональных, урогенитальных нарушений и остеопороза.

Лечение:

1) Основное лечение СПТО заключается в назначении препаратов заместительной гормональной терапии:

- предпочтительны парентеральные формы эстрогенов (гино- диан-депо), возможно использование гормональных пластырей (эстродерм, климара), в дальнейшем — пероральных конъюгированных эстрогенов (премарин).
- Назначение ЗГТ в первые дни после операции предотвращает СПТО.



2) Физиотерапевтическое воздействие в раннем послеоперационном периоде может включать в себя гальванический воротник по Щербаку, дециметроволновое воздействие на область надпочечников, массаж воротниковой зоны.

3) Пациенткам с выраженными психоэмоциональными проявлениями дополнительно назначают транквилизаторы и антидепрессанты в обычных дозах.

4) Для профилактики метаболических нарушений наряду с эстрогенсодержащими препаратами ЗГТ следует рекомендовать курс витаминотерапии, прием микроэлементов.

5) При выявлении остеопороза, помимо ЗГТ, назначают патогенетическую терапию (препараты кальция, бифосфонаты, кальцитонин и др.).

Длительный прием препаратов ЗГТ у больных с СПТО требует профилактики тромботических осложнений и наблюдения маммологом: маммография 1 раз в 2 года, УЗИ молочных желез и пальпаторный осмотр каждые 6 мес.

При противопоказаниях к ЗГТ можно назначать седативные препараты (валериана, пустырник, новопассит и др.), транквилизаторы (феназепам, реланиум, лоразепам и др.), антидепрессанты (коаксил, аурорикс, прозак и др.), гомеопатические препараты (климактоплан, климадинон и др.).



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!