Галникіна С.О., Хміль С.В., Луків А.К., Белінська Л.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТКАСТРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТКАСТРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ – В статті висвітлено основні прояви посткастраційного синдрому, показана залежність клініки від гормональних змін в організмі, які розвиваються після двобічної оваріектомії.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА – В даной статье изложено основные проявления посткастрационного синдрома, показана зависимость клиники от гормональных изменений в организме, которые развиваются после двусторонней овариэктомии.

FEATURES OF CURRENT POSTCASTRATION SYNDROM AT THE WOMEN MENOPAUSE OF AGE – In this to clause is stated the basic displeys postcastration syndrom, the dependence of clinic from hormone of changes in organisme is shown which develop after bilaterial ovariectomye.

Ключові слова: менопауза, посткастраційний синдром, оваріектомія.

Ключевые слова: менопауза, посткастрационный синдром, овариэктомия.

Key words: menopausa, postcastration syndrom, ovariectomya.

Проблема менопаузи є предметом дискусій уже не одного десятиліття. Велика частота патологічного перебігу клімактерію та захворювань жінок у цьому періоді життя зумовлюють особливий інтерес численних вітчизняних та зарубіжних авторів до цього питання.

Жінка є унікумом серед живих істот, тому що навіть після втрати репродуктивних можливостей вона тривалий час живе повноцінним життям [1]. Актуальність проблеми клімактерію посилюється ще й тим, що в цей період жінка вступає на межі свого сорокаліття, тобто в пору її найбільшої творчої активності, коли максимально можна реалізувати на практиці набуті роками знання та життєвий досвід, коли жінка, як берегиня сімейного вогнища, повинна створювати психологічний мікроклімат у родині, формувати активну життєву позицію підростаючих дітей.

Якщо клімактерій – це фізіологічний період у житті жінки, впродовж якого на фоні вікових змін в організмі поступово домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, то після хірургічної кастрації різко обриваються гормональні функції яєчників [15].

Симптомокомплекс, що розвивається в організмі жінки після оваріектомії й проявляється у вигляді нейровегетативних, психоемоційних та обмінно-ендокринних зрушень, в літературі описується як посткастраційний синдром (ПКС), частота якого серед оперованих жінок досягає 80 %, причому у 25 % з них

патологічні зрушення наростають швидше і мають значно тяжчий перебіг, ніж при своєчасному настанні менопаузи [2].

Широкий діапазон біологічної дії статевих гормонів пояснює складну гаму симптомів, які виникають після хірургічного видалення яєчників[3,8,9]. Важливу роль в розвитку посткастраційного синдрому відіграє вся нейроендокринна система, яка бере участь в адаптації організму у відповідь на овариектомію. У жінок репродуктивного віку естрогени постійно впливають на органи і тканини шляхом взаємодії з екстрогенними рецепторами[8]

Симптоми посткастраційного синдрому виникають, як правило, через 2-3 тижні після овариектомії і досягають повного розвитку через 2-3 місяці і більше. В перші 2 роки після операції у 72,8 % жінок переважають нейровегетативні порушення, у 16 % — психоемоційні порушення і в 11,2 % — обмінно-ендокринні [8]. В останні роки частота обмінно-ендокринних порушень зростає, психоемоційні порушення зберігаються тривалий час, а нейровегетативні-зменшуються [13]. За характером проявів і часом виникнення ці патологічні стани можна розділити на три групи: I — вазомоторні: припливи жару, підвищена пітливість, головний біль, гіпотонія чи гіпертонія, озноби і серцебиття; емоційно-психічні: подразливість, сонливість, слабість, неспокій, депресія, забудькуватість, неуважність, зниження лібідо. II група — урогенітальні: сухість в піхві, біль при статевих зносинах, сверблячка, печія, частіше сечовипускання, цисталгія, пієлонефрити; шкіра і її придатки – сухість, ламкість нігтів, зморшки, сухість і випадіння волосся. III група — пізні обмінні порушення: остеопороз, серцево-судинні захворювання.[9,14,17,18]

Більшість авторів вважають, що найчастішим симптомом ранньої менопаузи, який зустрічається у 75-85 % хворих, є “припливи” жару до голови і верхньої частини тулуба. Крім того, до ранніх симптомів відносять головний біль, гіпергідроз, подразливість, плаксивість і ін.

Тривалість хвороби в деяких випадках може досягти 10-15 років. За даними В.П. Сметник і Л.Г. Тумилович тривалість посткастраційного синдрому до 5 років спостерігається у 35 % хворих, 5-10 — у 55 %, понад 10 років — у 10 % хворих. Чим пізніше лікування, тим триваліше захворювання. Через 2-5 років після овариектомії починають приєднуватися урогенітальні симптоми у 30-40 % жінок, вони характеризуються свербінням вульви, пекучістю і сухістю в піхві . На фоні гіпоестрогенії знижується глікоген в клітинах і відповідно знижується число лактобацил, РН піхви підвищується до 5,5-6,8. Нерідко приєднується інфекція, особливо активізується ріст кишкових бактерій, стрепто- і стафілококів. Розвивається стійкий атрофічний кольпіт, який важко піддається антибактерійній терапії. [4] Атрофічні зміни в уретрі зумовлюють часті рецидиви бактерійної інфекції, що може призвести до розвитку “уретрального синдрому”, для якого характерні часті болючі сечовипускання. Колонізація сечостатевих шляхів грамнегативною флорою ускладнює перебіг циститів і уретритів.

У післяопраційний період, коли гормональної та загальної перебудови зазнають майже всі органи та системи організму, спостерігаються трофічні зміни шкіри, які, залежно від вираженості, поділяються на кілька типів:1) cutis sebonormalis hypotonica – поверхня шкіри матова, пори тонкі, в середній частині обличчя чітко помітні, ротаційно-компресійний тест (РКТ) слабопозитивний,ретидоз I ступеня; 2)cutis sebostatica atonica – поверхня шкіри матова, пори майже непомітні, шкіра витончена, в’яла, багато зморщок та складок, РКТ позитивний, ретидоз II-III

ступеня; 3)cutisseborroica normotonica – поверхня шкіри має грубу структуру, жирна, пори розширені, але вільні, мімічні зморшки, РКТ слабопозитивний, позитивний, ретидоз I-II ступеня [16].

Також виникають зміни і в придатках шкіри: сухість, ламкість нігтів, сухість очей, порушення ковтання. Після оваріектомії може спостерігатися пародонтоз внаслідок ослаблення процесів репаративної регенерації ясен. У жінок з посткастраційним синдромом частіше розвивається глаукома [5,11,19,20].

Одним з основних ускладнень в постменопаузі є постменопаузальний остеопороз. В даний час постменопаузальний остеопороз в розвинених країнах складає одну з основних проблем охорони здоров'я через свою частоту, важкість, інвалідизацію хворих і необхідність соціальних витрат [7,12,14,21]. Остеопороз — метаболічне захворювання скелета, що характеризується низькою кістковою масою та порушенням мікроархітектоніки кісткової тканини, яка призводить до підвищеної крихкості кісток та збільшення ризику переломів [7]. Доведений негативний вплив на кісткову масу куріння, що пояснюється його антиестрогенною активністю [12,14,21].

Постменопаузальний остеопороз розвивається в перші 5-10 років постменопаузи. На фоні гіпоестрогенії найчастіше спостерігається ураження хребців і переломи нижньої третини кісток передпліччя. В розвитку остеопорозу відіграють роль два домінуючих фактори: вихідна кісткова маса кістки, що формується до 30-35 років, а також ступінь вираженості імбалансу в кістковому обміні з переважанням процесів резорбції. Ендогенні естрогени відіграють важливу роль в модуляції процесів резорбції кісток після менопаузи. На фоні гіперестрогенії відмічається прискорення процесів резорбції кісток після менопаузи.[7,8,22]

Захисна роль естрогенів обумовлена наступними факторами: естрогени інгібують активність синтезу паратгормону в паращитоподібних залозах; пригнічують катаболічний ефект тироксину на кісткову тканину, підсилюючи синтез тироксинзв'язуючого альбуміну, остеобласти мають естроген-рецептори, зв'язуючись з якими естрогени підсилюють синтез остеобластів. В останні роки встановлено, що прогестерон також має антирезорбтивну дію, стимулюючи рецептори остеобластів і блокуючи рецептори цих клітин до глюкокортикоїдів, тим самим понижуючи тормозіння остеосинтезу [13]; естрогени підсилюють абсорбцію кальцію кістковою тканиною.

Встановлено, що після оваріектомії у жінок репродуктивного віку темпи втрати кісткової тканини в перші п'ять років після операції складають (3,5 $\pm$ 0,5) % на рік. У наступні 5 років — швидкість втрати кісткової тканини зменшується до (1,9 $\pm$ 0,6) % на рік. При цьому, якщо в перші п'ять років різко зростає рівень кальцію в крові і екскреція його з сечею, то в наступні п'ять років рівень кальцію в крові і сечі знижується.

Враховуєчи те, що з кожним роком зростає число жінок, яким проводиться хірургічне видалення яйників у віці їх громадської і статевої активності, питання клініки і діагностики ПКС залишається актуальним на даний час і потребує подальшого вивчення.

1. Венк А.Менопауза. Сучасна медицина, 1994 р., жовтень. – С. 673-6.

2. Сольський Я.П. Використання замісної гормональної терапії у жінок після овариектомії // ПАГ. – 1998. – №3. – С.104-106.

3. Вихляева Е.М. Постменопаузальный синдром и стратегия заместительной гормонотерапии // Акушерство и гинекология. – 1997. – №5.– С.51-57.

4. Кулаков Б.И., Прилепская В.Н. и соавт. Лечение урогенитальных нарушений у женщин в постменопаузе //Акушерство и гинекология. – 1996. – №2. – С.10-13.

5. Татарчук Г.Ф. Особливості перебігу клімактеричного синдрому у жінок з ранньою менопаузою // ПАГ. – 1998. – №1. – С.33-35.

6. Вихляева Е М. Гинекологическая ендокринология. – М., 1980. –С.396-436.

7. Повознюк В.В. Остеопороз в Україні; Медико-соціальна проблема та шляхи її вирішення // Матеріали І Укр. Науково-практичної конференції. – Київ, 1995. – С.3-6.

8. Сметник В.П., Тумиович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 1997. – С. 105 – 106.

9. Тамае Л. Менопауза. М., 1992. – 24 с.

10. Куликова В.Ч., Вихляева Е.М. Менопаузальный синдром. – М., Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, 1996. – 64 с.

11.Татарчук Т.Ф., Сольський М.Л., Тараховський М.Л. Прогнозування виникнення синдрому передчасного виснаження яйників // ПАГ. – 1998. – №5. – С. 99-103.

12. Майданник М.Л. Клинические гормональные и имунологические показатели оценки тяжести климактерического синдрома // Автореферат дис....канд. мед.наук. – Ташкент, 1989. – 17 с.

13. Исследование проблем менопаузы в 90-х годах // Доклад научной группы ВОЗ. – Женева, 1996. – 155 с.

14. Вінцківський Б.М. Естрогенозамісна терапія в менопаузі // Тези доповідей. – Одеса, 1996. – С. 45-46.

15. Миронович Д.Ю., Чурилов А.В., Петренко С.О. Тактика ведення хворих з посткастраційним синдромом // ПАГ. – 1998. – №1. – С. 68-69.

16. Цепколенко В.О., Насибулін Б.А., Максимова С.Ф. і співавт. Косметологічні аспекти трофічних постменопаузальних зрушень та замінна гормональна терапія // ПАГ. – 1998. – №1. – С. 96-97.

17. Holte A.Prevalence of climacteric complaints in representative sample of middle-aged women in Oslo, Norway // Journal of psychosomatic jbstetrics and ginaecolody. – 1991. – № 1. – P. 303-317.

18. Oldenhave A, Jaszmann LJB. The climacteric:absence or presence of ot flushes and their relation to other complaints// Basic Clinical phapmacology. – 1991. – Vol. 6. – P. 6-39.

19. Gordon H/ The cjrrelation of menopausal symptoms with cjtohormonal status // Lancaster, MTP Press, 1976. – P. 263-270.

20. Ras R, Stamm WE. A controlled trial of intra-vaginal estriol in ostmenopausal women with recurrent urinary tract infections // New England journal of medicine. – 1993. – №3. – P. 753-756.

21. Keisey JL, Hoffman S. Risk factors for hip fracture // New England journal of medicine. – 1987. – №5. – P. 404-406.

22. Wark JD.Osteoporosis: pathogenesis, diagnosis, prevention and anagement // Bailliere's clinical endocrinology and metabolism. – 1993. – P. 151-181.