

З.М. Дубоссарська, заслужений діяч науки та техніки України,
д. мед. н., професор кафедри сімейної медицини Дніпровського державного медичного університету

Вік — не привід для старіння

У публікації проаналізовано функціональний стан вегетативної нервової системи та її взаємозв'язок із виникненням вегетосудинних і психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок віком 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю і тривалістю перебігу клімактеричного синдрому та характером зворотних реакцій на функціональні проби, які визначають резервні потенційні можливості вегетативної нервової системи.

Ключові слова: перименопауза, вегетативна нервова система, менопаузальна гормональна терапія.



З.М. Дубоссарська

Минулого року англійській королеві-матері Єлизаветі II виповнилося 95 років. Кожну мислячу людину її бадьорість, розумові можливості й життєрадісність у такому похилому віці наводять на думку, що, ймовірно, й менопаузальна гормональна терапія (МГТ) свого часу відіграла важливу роль у збереженні здоров'я такої віп-персони.

Якщо говорити про пересічних співгромадян королеви Єлизавети II, то й тут також усе непогано: тривалість життя у Європі, у т.ч. у Великій Британії та багатьох інших розвинених країнах, на сьогодні становить у середньому 83 роки для жінок і 75 років для чоловіків. У нашій країні дані не такі оптимістичні, і справа не тільки у важких соціально-економічних потрясіннях, пов'язаних із пандемією COVID-19, яка завдала сильного удару по здоров'ю нації. При спробі розібратися у цій проблемі стає ясно, що причиною гострого стресу, поширеного серед українського населення, є не лише гібридна війна на сході країни, а й недопрацювання системи охорони здоров'я в цілому й проміжних лікарів зокрема. Дана ситуація вимагає вживання простих заходів — адекватного контролю рівня холестерину, артеріального тиску (АТ) та глюкози у крові, здатних у разі знизити загальну смертність від інфарктів та інсультів, як це вже протягом півстоліття відбувається в економічно розвинених країнах. Серед таких можливостей, що реально збільшують тривалість життя у жіночій популяції, є МГТ. І це вагома причина сприяти її поширенню.

Не слід забувати, що поняття «підвищення якості життя» включає в себе й такі цінності, від яких навіряд чи відмовиться нормальна сучасна жінка: доведений косметичний ефект, підвищення щільності кісткової тканини, що знижує ризик розвитку системного остеопорозу, нормалізація сексуальної функції, а головне — дієва профілактика хвороби Альцгеймера. У цьому полягає величезний соціальний потенціал МГТ, зокрема й для самих лікарів. Звичайно, існує альтернатива МГТ — це фітоестрогени, виробники яких говорять про «натуральність» своїх засобів як основну їхню перевагу. Утім на рослинні речовини з естрогеноподібною дією не варто покладати надто великі надії. Із позицій доказової медицини фітоестрогени не можна вважати адекватною заміною МГТ: хоча деякі з них і мають терапевтичний ефект при вегетативних симптомах менопаузи, але затримати старіння судин та кісткової тканини не можуть. Так, жінка має право на вільний вибір на користь «рослинних негормональних» препаратів, але й вона, і її лікар мають бути в курсі того, що доказова база ефективності цих засобів відсутня, а їхній вплив, швидше, буде симптоматичним, без довгострокових позитивних ефектів, властивих МГТ.

Нами були проаналізовані функціональні стани вегетативної нервової системи (ВНС) та їх взаємозв'язки з виникненням вегетосудинних та психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок віком 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю й тривалістю перебігу клімактеричного синдрому (КС) та характером зворотних реакцій на функціональні проби, що визначають резервні потенційні можливості ВНС.

У роботах останніх років описано багато патогенетичних аспектів КС [11]. Докладно охарактеризовано гіпоталамо-гіпофізарну регуляцію функції яєчників та щитоподібної залози, доведено роль рецепторних систем в екстрагенітальних органах-мішенях, що визначають перебіг патологічного КС [2]. Показано, що найбільш типовими й постійними компонентами КС є вегетативно-судинні та психоемоційні розлади, що визначають патофізіологічні механізми основного

симптому КС — «припливів» жару [1]. Водночас функціональний стан ВНС не піддавався систематичному вивченню.

Нейрофізіологи розвинули ідею про побудовану за вертикальним принципом системну організацію функцій. Створено вчення про неспецифічні системи мозку, які здійснюють інтегративну діяльність. Вивчається функціональна міжпівкульна асиметрія. Все це змінило картину сучасної вегетології та уявлення про механізми функціонування ВНС [1, 8].

ВНС належить важлива, по суті, вирішальна, роль життєдіяльності організму. Механізми, що підтримують гомеостаз, досконало відпрацьовані еволюцією і дозволяють людині добре адаптуватися до всіх змін довкілля. Серед показників внутрішнього середовища існують і вкрай жорсткі константи, найменші зміни яких призводять до загрозливих порушень (рН крові, концентрація H^+ -іонів та ін.), і менш жорсткі, що коливаються в певних межах (АТ, температура тіла, рівень глюкози у крові тощо). Порушення гомеостазу не тільки проявляється безліччю різноманітних вегетативних розладів, а й істотно змінює поведінку людини. Думка Claude Bernard про те, що підтримка сталості внутрішнього середовища організму є неодмінною умовою повноцінного функціонування особистості, афористично й яскраво відображає значення гомеостатичних механізмів [9].

Серед сучасних жінок зростає частка тих, які перенесли гінекологічні операції (оваріоектомія, пангістеректомія, екстирпація матки з придатками). У цій групі пацієнтів виникають нові соціально-економічні, загальномедичні та психологічні проблеми, пов'язані з адаптацією до нейроендокринної перебудови організму. Зміна соціальної ролі та самооцінки, переосмислення уявлень про себе (побоювання втратити жіночність, жіночу привабливість), зміни у міжособистісних відносинах приходять разом із фізіологічними корективами періоду постменопаузи. Гіпоестрогенія, характерна як для природної, так і для хірургічної постменопаузи, веде до порушення функцій гіпоталамічної та лімбічної систем, секреції гормонів гіпофіза. Зниження опіоїдергічної активності (β -ендорфіни), зміни у серотонінергічній системі супроводжуються зменшенням дофамінергічного та підвищенням норадренергічного тону центральної нервової системи [3, 10]. Ці нейроендокринні зміни можуть проявлятися такими психоемоційними порушеннями, як тривожність, депресія, безсоння, нервозність, погіршення когнітивних функцій, зниження концентрації уваги, мотивації та статевого потягу [5, 7].

Метою дослідження було вивчення генезу вегетативно-судинних розладів у хворих із патологічним перебігом перименопаузи та постменопаузального періоду для оптимізації лікувальної тактики.

Матеріал та методи

У дослідженні взяли участь 30 жінок віком від 50 до 57 років. Хворі були відібрані для подальшого обстеження та лікування під час проведення періодичних диспансерних медичних оглядів співробітників вищих навчальних закладів м. Дніпра.

Клінічне обстеження включало ретельний аналіз скарг, анамнезу (у т.ч. генеалогічного, гінекологічного, акушерського) та гінекологічного статусу, загальноклінічні лабораторні дослідження, за необхідності — денситометрію хребта, обстеження щитоподібної та молочних залоз. Було проведено оцінку нейропсихологічного синдрому за допомогою кількох тестів. Використано шкалу самооцінки за Ч.Д. Спілбергером у модифікації Ю.Л. Ханіна для виявлення рівня реактивної

тривожності (тривожності в даний момент) як стану та особистісної тривожності як сталої характеристики людини [6]. При аналізі керувалися положенням, що реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю, а особистісна — визнає стійку схильність сприймати значне число ситуацій як загрозливі й реагувати на них станом тривоги. Застосовували тест Люшера, заснований на тому, що вибір кольору відображає спрямованість досліджуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан та найбільш стійкі риси особистості, а також тест Айзенка, що оцінює нейропсихічну лабільність, екстраверсію та психотизм. Зі спеціальних методів застосовували ультразвукову доплерографію судин голови та шиї; електроенцефалографію; дослідження очного дна, рівня гормонів (пролактину, кортизолу, фолікулостимулюючого гормону [ФСГ] методом імуноферментного аналізу); ультразвукове дослідження органів малого таза.

Результати та їх обговорення

При вивченні даних анамнезу виявлено, що більш ніж у третини хворих в одного з батьків відзначалася гіпертонічна хвороба. У 31% осіб перебіг перименопаузального періоду у найближчих родичок ускладнювався тяжким КС. У дитячому та пубертатному віці мали місце різні захворювання: кір (58,2%), хронічний тонзиліт (43,0%), часті гострі респіраторні вірусні інфекції (34,0%), інфекційний паротит та скарлатина (20%). У значній кількості жінок в анамнезі спостерігалися перманентні вегетативні розлади (зміна забарвлення шкіри, підвищена вологість або сухість шкіри, тенденція до зниженого або підвищеного АТ, різноманітні алергічні прояви). На цьому фоні у 27,5% жінок виникли, переважно в перименопаузальному переході, вегетативні порушення пароксизмального характеру (симптоадреналові кризи, напади пароксизмальної тахікардії, вестибулопатії, психовегетативні розлади). У 43,3% хворих КС розвинувся на фоні екстрагенітальних захворювань: гепатохолециститу та жовчнокам'яної хвороби (25,0%), гіпертонічної хвороби (33,0%), виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки (16,0%). У 15% жінок провокуючим моментом виникнення КС стали оперативні втручання або черепно-мозкові травми, а у 40,6% — психотравмуючі ситуації.

Ці дані свідчать про те, що у пацієнок із КС ще до періоду перименопаузального переходу відзначалися порушення центральних механізмів регуляції вегетативних функцій. Вплив різного роду несприятливих факторів у перехідному періоді, коли легко виникає стан вегетативної нестійкості у зв'язку з віковою перебудовою комплексної вегетативно-гуморально-гормональної системи, є лише вирішальним фактором. Головний біль переважно лобно-скроневий локалізації, іноді — потиличної, що корелює зі статичними фізичними навантаженнями, ниючого, тупого характеру, що нападає подібно посилюється, іноді з нудотою, блюванням, запамороченням, спостерігався у 23 (76,6%) хворих. Половина з них систематично приймали анальгетики з тимчасовим ефектом. Запаморочення несистемного характеру відзначалося у 9 (30%) жінок, причому у 3 (10%) досліджуваних мали місце епізоди вираженого системного запаморочення з нудотою, повторним блюванням, іноді з вегетативним компонентом. Зорові порушення у вигляді «туману перед очима» турбували 2 (6,7%) жінок, шум у вухах — 3 (10%). Періодична хиткість при ходьбі

виникала у 3 (10%) пацієнток, синкопальні пароксизми — у 6 (20%).

Вегетативні розлади у вигляді похолодання кінцівок, відчуття «повзання мурашок», дистального гіпергідрозу відзначали 8 осіб, перепади АТ — 9 осіб. Більшість обстежених (21,70%) скаржилися на швидку втомлюваність, запальність, дратівливість, знижений фон настрою, порушення сну, пам'яті, зниження працездатності. Абсолютно всіх жінок турбував періодичний біль у шийному відділі хребта, іноді — з іррадіацією у надпліччя; 15 хворих скаржилися на біль у грудному відділі хребта, 15 — у поперековій ділянці (у двох із них — з іррадіацією в обидві нижні кінцівки). Больові відчуття посилювалися при статичних та динамічних навантаженнях.

При переважанні впливу симпатичного відділу ВНС шкірні покриви були блідими, сухими, холодними. Дихальні порушення виражалися у відчутті нестачі повітря, утрудненості вдиху, задишці, шумних зітхань. При ваготонії спостерігався поглиблений вдих із неповним видихом або нечастий вдих із тривалим шумним видихом, глибокі нав'язливі вдихи під час звичайного дихання. Для симпатичної спрямованості характерна раптова задишка під час помірного фізичного навантаження, напади пароксизмального кашлю при невротичних реакціях.

Найбільш широкий спектр порушень пов'язаний із серцево-судинною дисфункцією. Залежно від переважання симптомів можлива дисрегуляція за кардіальним або васкулярним типом [4]. При переважанні дисфункції парасимпатичного відділу спостерігалася екстрасистолія, при ваготонії — пароксизмальна тахікардія. У структурі психовегетативного синдрому можливий розвиток пролапсу мітрального клапана. Вегетативні артеріальні дистонії також поширені у перименопаузальному періоді. Можливі різноманітні кризові стани у вигляді панічних атак, синкопальних пароксизмів [1].

Переважає більшість досліджуваних (27,2%) скаржилися на дратівливість, запальність, тужливість, поганий настрій, плаксивість, емоційну нестійкість або посилення цих симптомів у зв'язку з настанням перименопаузи.

Неврологічна симптоматика, виявлена під час огляду невропатологом, була мізерною. Горизонтальний ністагм при погляді у сторони відзначався у 6 жінок, легка асиметрія носогубних складок — у 3. Пожоввлення сухожильних та періостальних рефлексів виявлено у 18 випадках, деяке ослаблення рефлексів — у 4. Зниження м'язового тону у кінцівках діагностовано у 17 хворих: у руках та ногах — у 14, у руках — у 3. Легке похитування у позі Ромберга мало місце у 4 випадках.

Дослідження рівня тривожності та особистісної тривожності за допомогою тесту Спілбергера, рівня екстравертованості, психотизму та нейропсихічної лабільності за тестом Айзенка та особистісних характеристик за тестом Люшера показали досить суттєві порушення (у 47,8; 43,2 та 41,5% осіб відповідно).

Поглиблене тестування за Спілбергером виявило досить високий рівень тривожних і депресивних

розладів, схильність до іпохондрії. Пацієнтки скаржилися на часті депресивні думки, висловлювали ідеї безперспективності та безнадійності. Більшість із них вимагала підвищеної уваги до себе, особливо з боку близьких. Будь-яке зменшення уваги викликало образ, роздратування з усіма наступними наслідками. У деяких жінок на фоні зниженого настрою (похмуро-дратівливого або тривожно-тужливого) домінували іпохондричні прояви.

Аналіз результатів тесту Айзенка показав збільшення балів за шкалою нейротизму (а при вираженому нейротизмі достатньо було незначного стресу для розвитку невроту).

За даними обстеження на всіх пацієнток було складено синдромальну характеристику психосоматичних розладів. Результати свідчили про помітне переважання симптомів астенізації.

Виявлені порушення слід інтерпретувати як соматизовані психологічні розлади, викликані поєднанням вегетативно-судинних проявів та «соматичної ослабленості», пов'язаної з патологічним перебігом клімактерію.

Спроба кореляційного аналізу показників менопаузального індексу за шкалами нейровегетативних, ендокринно-метаболических та психоемоційних порушень із результатами тестування за методиками Спілбергера, Люшера та Айзенка виявила достовірні кореляційні зв'язки нейропсихологічних порушень із вираженістю клінічних проявів вікової інволюції жіночого організму.

За допомогою ультразвукової доплерографії судин голови та ший встановлено порушення церебрального кровотоку в усіх пацієнток; підвищення тону артерій у басейнах загальних сонних та хребтових артерій — у 21 випадку; міжпівкульну асиметрію пульсового кровонаповнення — у 9. Зниження кровонаповнення в басейні загальних сонних артерій відзначено в 9 випадках. Порушення венозного відтоку у вигляді його нестійкості та утрудненості спостерігалася у 12 хворих.

При електроенцефалографії помірні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з ознаками дисфункції стовбурових структур виявлено у 15 хворих, значущу міжпівкульну асиметрію у потиличній ділянці — у 6, у тім'яно-потиличній — у 3. Зниження порога судомної готовності відзначалося у 9 жінок.

При дослідженні очного дна пацієнток спазм артерій сітківки виявлено у 9 випадках, ангіопатію сітківки I ступеня — у 15.

Дослідження гормонального профілю з визначенням рівнів кортизолу, ФСГ, пролактину у периферичній крові виявило такі закономірності: у всіх пацієнток був підвищений рівень кортизолу (до $643,52 \pm 13,73$ нмоль/л), підвищений рівень ФСГ ($30,7 \pm 2,6$ мМЕ/мл), у 3 хворих — знижений рівень пролактину (до $42,6 \pm 3,1$ мМЕ/л).

Після закінчення комплексного обстеження з урахуванням виразності клінічних проявів патологічного перебігу КС пацієнткам було призначено лікування: МГТ — 85% жінок, ноотропні препарати протягом 4-6 тиж, апаратну фізіотерапію, масаж, лікувальну

фізкультуру, бальнеолікування йодо-бромними ваннами.

Уже наприкінці першого місяця лікування спостерігалася зниження частоти головного болю у переважній кількості хворих; через 3 тиж запаморочення не відзначалося у 89,6% жінок. Нейропсихологічні симптоми значно регресували (нормалізувався сон, підвищився фон настрою, емоційні реакції стали адекватнішими, знизилася або зникла тривожність, плаксивість, поліпшилися концентрація уваги, пам'ять). Найбільший регрес спостерігався у групі вегетативних реакцій (зменшення припливів) та нейропсихологічних симптомів (дистальний гіпергідроз, похолодання кінцівок, нудота, дратівливість, емоційна лабільність, плаксивість, уразливість, недовірливість, тривожність). Аналіз результатів ультразвукової доплерометрії судин голови та ший показав позитивну динаміку у 72% пацієнток у вигляді зменшення міжпівкульної асиметрії пульсового кровонаповнення, нормалізації тону артерій та артеріол, зменшення вираженості церебральної ангіодистонії, поліпшення венозного відтоку.

Аналіз тестів Спілбергера, Люшера, Айзенка, проведених після 3 міс комплексного лікування, показав зменшення рівня нейротизму, астенічних, депресивних, іпохондричних проявів у 63% хворих, що стало підставою для їх диспансерного спостереження сумісно з невропатологом і психотерапевтом та розробки індивідуальної стратегії МГТ.

Таким чином, аналіз результатів дослідження свідчить про необхідність розширення діагностичного алгоритму у жінок із патологічним перебігом клімактерію для уточнення генезу вегетативно-судинних та нейроендокринних розладів із метою оптимізації лікувальної тактики та профілактики системних порушень у перименопаузальному періоді. У соціальному аспекті МГТ можна вважати одним із інструментів ефективної демографічної політики, спрямованої на уповільнення старіння населення.

Література

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. — М.: МИА, 2000. — С. 109-209.
2. Дубоссарская З.М. Репродуктивная эндокринология. Перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская. — Днепропетровск: Лири-ЛТД, 2008. — С. 281-311.
3. Фон Вольфф М., Штутте П. Менопауза и климактерический синдром — ВКН «Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина». — М.: Медпрессинформ, 2018. — С. 301-341.
4. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Проблемы репродуктивного старения женщин и необходимость протективной anti-aging терапии // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2019 — № 7-8 (128-129). — С. 5-9.
5. Теория и практика эндокринной гинекологии / Под ред. проф. З.М. Дубоссарской. — Днепропетровск: Лири-ЛТД, 2010. — С. 398-418.
6. Энциклопедия психологических тестов. Личность, мотивация, конкретность. — М.: ООО «Изд-во АСТ», 2003. — 300 с.
7. Borrelli F., Ernst E. Alternative and complementary therapies for the menopause. Maturitas 2010; 66: 333-343.
8. Freedman R.R. Hot flashes: behavioral treatment, mechanisms, and relation to sleep. Am J Med 2005; 118 Suppl 12B: 124.
9. Kuhl H., Wiegatz I. Klimakterium, Postmenopause und Hormonsubstitution, 4. Aufl. Bremen: Uni-Med 2008.
10. NAMS (North American Menopause Society). The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. Menopause 2012; 19: 257-271.
11. Smetana G.W. Approach to the patient with night sweats. 2012. www.up-to-date.com (Online-Recherche 01.04.2013)



КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Невідкладна урологія в практиці лікарів хірургічного профілю / За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, Г.В. Чайки, І.В. Барала, О.М. Капшука. — Вінниця: Твори, 2018. — 824 с.; іл.

У навчальному посібнику висвітлено проблематику гострих урологічних захворювань і синдромів, уражень сечостатевої системи, із якими стикаються урологи та лікарі хірургічного профілю. Представлено причини цих станів і захворювань, їх симптоматику та сучасні принципи лікування. Розглянуто клінічну анатомію сечостатевої системи і техніку виконання основних невідкладних операцій на них. Описано власні оригінальні класифікації, способи діагностики та лікування деяких невідкладних урологічних захворювань.

Видання пропонується для практичного використання урологам, хірургам, акушерам-гінекологам, судинним хірургам, онкологам, травматологам, анестезіологам, нейрохірургам, лікарям швидкої медичної допомоги, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам медичних вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53.