

УДК 618.173-085. 397-036. 8-07

ДУБОССАРСКАЯ З.М.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ВЕГЕТОСОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Наиболее яркими и постоянными компонентами климактерического синдрома являются вегетативно-сосудистые и психоэмоциональные расстройства, предопределяющие патофизиологические механизмы основного симптома климактерического синдрома – «прилива» жара.

Цель исследования – изучение генеза вегетативно-сосудистых расстройств у больных с патологическим течением климактерия для оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы. *Обследованы 30 женщин в возрасте от 50 до 57 лет. Обследование включало анализ жалоб, анамнеза и гинекологического статуса, общеклинические лабораторные исследования, инфракрасную термографию позвоночника, щитовидной и молочных желез, ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи; электроэнцефалографию; исследование глазного дна, уровня гормонов (пролактин, кортизол, фолликулостимулирующего гормона – методом иммуноферментного анализа); ультразвуковое исследование органов малого таза. Проведена оценка нейропсихологического синдрома с помощью нескольких тестов (Ch.D. Spielberger в модификации Ю.Л. Ханина, Люшера, Айзенка).*

Результаты и их обсуждение. *Проанализированы функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и его взаимосвязи с возникновением вегетососудистых и психоэмоциональных расстройств при патологическом течении перименопаузы у женщин 50-57 лет. Установлена корреляционная зависимость между тяжестью и длительностью течения климактерического синдрома и характером обратных реакций на функциональные пробы, определяющие резервные потенциальные возможности ВНС.*

Вывод. *Необходимо расширение диагностического алгоритма у больных с патологическим течением климактерия для уточнения генеза вегетативно-сосудистых и нейроэндокринных расстройств в целях оптимизации лечебной тактики и профилактики системных нарушений в перименопаузе.*

Ключевые слова: *климакс, вегетативная нервная система, климактерический синдром.*

В работах последних лет описаны многие патогенетические аспекты климактерического синдрома (КС) [5]. Подробно охарактеризована гипоталамо-гипофизарная регуляция функции яичников и щитовидной железы, доказана роль рецепторных систем в экстрагенитальных органах-мишенях, определяющих течение патологического КС [7]. Показано, что наиболее яркими и постоянными компонентами КС являются вегетативно-сосудистые и психоэмоциональные расстройства, предопределяющие патофизиологические механизмы основного симптома КС – «прилива» жара [2]. В то же время функциональное состояние вегетатив-

ной нервной системы (ВНС) не подвергалось систематическому изучению.

Нейрофизиологи развили идею о построенной по вертикальному принципу системной организации функций. Создано учение о специфических системах мозга, осуществляющих интегративную деятельность. Изучается функциональная межполушарная асимметрия. Все это изменило картину современной вегетологии и представление о механизмах функционирования ВНС [1]. Вегетативной нервной системе принадлежит важная, можно сказать, решающая роль в жизнедеятельности организма. Механизмы, поддерживающие гомеостаз,

совершенно отработаны эволюцией и позволяют человеку хорошо адаптироваться ко всем изменениям внешней среды. Среди показателей внутренней среды существуют и крайне жесткие константы, малейшие изменения которых приводят к грозным нарушениям (рН крови, концентрация Н-ионов и другие), и менее жесткие, колеблющиеся в определенных пределах (артериальное давление, температура тела, уровень глюкозы в крови и другие). Нарушение гомеостаза не только проявляется множеством разнообразных вегетативных расстройств, но и существенно меняет поведение человека. Мнение Claude Bernard о том, что поддержание постоянства внутренней среды организма является неперемным условием полноценного функционирования личности, афористично и ярко отражает значение гомеостатических механизмов [3,4].

Возрастает число женщин, перенесших гинекологические операции (овариоэктомия, пангистерэктомия, экстирпация матки с придатками). В этой группе возникают новые социально-экономические, общемедицинские и психологические проблемы, связанные с адаптацией пациенток к нейроэндокринной перестройке организма. Изменение социальной роли и самооценки, переосмысление представлений о себе (опасения потерять женственность, женскую привлекательность), перемены в значимых межличностных отношениях приходят вместе с физиологическими особенностями периода постменопаузы. Гипоэстрогения, характерная как для естественной, так и для хирургической постменопаузы, ведет к нарушению функций гипоталамической и лимбической систем, секреции гормонов гипофиза. Снижение опиоидергической активности (β -эндорфины), изменения в серотонинергической системе сопровождаются уменьшением дофаминергического и повышением норадренергического тонуса центральной нервной системы [9]. Эти нейроэндокринные изменения могут проявляться такими психоэмоциональными нарушениями как тревога, депрессия, бессонница, нервозность, ухудшение когнитивных функций, снижение концентрации внимания, мотивации и полового влечения [6].

ЦЕЛЮ настоящего исследования явилось изучение генеза вегетативно-сосудистых расстройств у больных с патологическим течением климактерия для оптимизации лечебной тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Обследованы 30 женщин в возрасте от 50 до 57 лет. Больные были отобраны для дальнейшего обследования и лечения при проведении периодических диспансерных медицинских осмотров сотрудников вузов г. Днепра. Клиническое обследование включало подробный анализ жалоб, анамнеза (в том числе генеалогического, гинекологического, акушерского) и гинекологического статуса, общеклинические лабораторные исследования, инфракрасную термографию позвоночника, щитовидной и молочных желез. Была проведена оценка нейропсихологического синдрома с помощью нескольких тестов. Использована шкала самооценки по Ch.D. Spielberger в модификации Ю.Л. Ханина для выявления уровня реактивной тревожности как состояния (тревожности в данный момент) и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. При анализе руководствовались положением о том, что реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, а личностная – характеризует устойчивую склонность воспринимать значительное число ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Применяли тест Люшера, основанный на том, что выбор цвета отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности, а также тест Айзенка, оценивающий нейропсихическую лабильность, экстраверсию и психотизм. Из специальных методов применяли ультразвуковую доплерографию сосудов головы и шеи; электроэнцефалографию; исследование глазного дна, уровня гормонов (пролактина, кортизола, фолликулостимулирующего гормона – методом иммуноферментного анализа); ультразвуковое исследование органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

При изучении данных анамнеза выявлено, что более чем у 1/3 больных у одного из родителей отмечалась гипертоническая болезнь. В 9 (30 %) случаях течение перименопаузального периода у ближайших родственниц осложнилось тяжелым климактерическим синдромом. В детском и пубертатном возрасте отмечались различные заболевания: корь – у 17 (56,7 %), хронический тонзиллит – у 13 (43,3

%), частые острые респираторные инфекции – у 10 (33,3 %), инфекционный паротит и скарлатина – у 6 (20 %) больных. У значительного числа женщин в анамнезе наблюдались перманентные вегетативные расстройства (изменение окраски кожи, повышение влажности или сухость кожи, тенденция к понижению или повышению АД, разнообразные аллергические проявления). На этом фоне у 8 (26,6 %) женщин возникли, в основном в переходном возрасте, вегетативные нарушения пароксизмального характера (симптоадреналовые кризы, приступы пароксизмальной тахикардии, вестибулопатии, психовегетативные расстройства). У 13 (43,3 %) больных КС развился на фоне экстрагенитальных заболеваний: гепатохолецистита и желчнокаменной болезни – у 7 (23,3 %), гипертонической болезни – у 10 (33,3 %), язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки – у 5 (16,6 %). У 4 (13,3 %) женщин провоцирующим моментом возникновения КС явились оперативные вмешательства или черепно-мозговые травмы, а у 12 (40 %) больных – психотравмирующие ситуации.

Эти данные свидетельствуют о том, что у больных с КС еще до переходного периода имелись нарушения центральных механизмов регуляции вегетативных функций. Влияние разного рода неблагоприятных факторов в переходном периоде, когда легко возникает состояние вегетативной неустойчивости в связи с возрастной перестройкой комплексной вегетативно-гуморально-гормональной системы, является только разрешающим фактором.

Головные боли преимущественно лобно-височной локализации, иногда – затылочной, коррелирующие со статическими физическими нагрузками, ноющего, тупого характера, приступообразно усиливающиеся, иногда с тошнотой, рвотой, головокружением наблюдались у 23 (76,6 %) больных. Половина из них систематически принимала анальгетики с временным эффектом. Головокружение несистемного характера отмечалось у 9 (30 %) женщин, причем у 3 (10 %) – эпизоды выраженного системного головокружения с тошнотой, повторной рвотой, иногда с вегетативным компонентом. Зрительные нарушения в виде тумана перед глазами беспокоили 2 (6,7 %) женщин, шум в ушах – 3 (10 %). Периодическая шаткость при ходьбе возникала у 3 (10 %) пациенток, синкопальные пароксизмы – у 6 (20 %).

Вегетативные расстройства в виде похолодания конечностей, ощущения ползания мурашек, дистального гипергидроза отмечали у 8 (26,7 %), перепады артериального давления – у 9 (30 %) человек. Большинство обследованных женщин 21 (70 %) жаловались на быструю утомляемость, вспыльчивость, раздражительность, пониженный фон настроения, нарушения сна, памяти, снижение трудоспособности. Абсолютно всех женщин беспокоили периодические боли в шейном отделе позвоночника, иногда – с иррадиацией в надплечья; 15 (50 %) больных жаловались на боль в грудном отделе позвоночника, 14 (46,6 %) – на боль в поясничной области (у 2 из них – с иррадиацией боли в обе ноги). Болевые ощущения усиливались при статических и динамических нагрузках.

При преобладании симпатического отдела вегетативной нервной системы кожные покровы были бледные, сухие, холодные. Дыхательные нарушения выражались в ощущении нехватки воздуха, затрудненности вдоха, одышке, шумных вздохах. При ваготонии наблюдался углубленный вдох с неполным выдохом или редкий вдох с длительным шумным выдохом, глубокие навязчивые вдохи во время обычного дыхания. Для симпатической направленности была характерна внезапная одышка во время умеренной физической нагрузки, приступы пароксизмального кашля при невротических реакциях.

Наиболее широкий спектр нарушений связан с сердечно-сосудистой дисфункцией. В зависимости от превалирования симптомов возможна дисрегуляция по кардиальному или васкулярному типу [8, 9]. При преобладании парасимпатического отдела наблюдалась экстрасистолия, при ваготонии – пароксизмальная тахикардия. В структуре психовегетативного синдрома возможно развитие пролапса митрального клапана. Вегетативные артериальные дистонии также распространены в перименопаузальном возрасте. Возможны разнообразные кризовые состояния в виде панических атак, синкопальных пароксизмов [11].

Подавляющее большинство обследованных 17 (56,7 %) жаловались на раздражительность, вспыльчивость, тоскливость, плохое настроение, плаксивость, эмоциональную неустойчивость или усиление этих симптомов в связи с наступлением перименопаузы.

Неврологическая симптоматика, выявленная при осмотре невропатологом, была скудной. Горизонтальный нистагм при взгляде в стороны отмечался у 6 (20 %) женщин, легкая асимметрия носогубных складок – у 3 (10 %). Оживление сухожильных и периостальных рефлексов выявлено в 11 (36,7 %) случаях, некоторое ослабление рефлексов – в 4 (13,3 %). Снижение мышечного тонуса в конечностях отмечено у 17 (56,7 %) больных: в руках и ногах – у 14, в руках – у 3. Легкое пошатывание в позе Ромберга имело место в 4 (13,3 %) случаях.

Исследования уровня тревожности и личностной тревожности по тесту Спилберга, уровня экстравертированности, психотизма и нейропсихической лабильности по тесту Айзенка и личностных характеристик по тесту Люшера показали достаточно существенные нарушения (46,7%; 43,3% и 40 % соответственно).

Углубленное тестирование по Спилбергу выявило довольно высокую степень тревожных и депрессивных расстройств, склонность к ипохондрии. Пациентки жаловались на частые депрессивные мысли, высказывали идеи бесперспективности и безнадежности. Большая часть из них требовала повышенного внимания к себе, особенно со стороны близких. Любое уменьшение внимания вызывало обиду, раздражение со всеми вытекающими последствиями.

У некоторых женщин на фоне сниженного настроения (угрюмо-раздражительного или тревожно-тоскливого) доминировали ипохондрические проявления.

Анализ результатов теста Айзенка показал увеличение фактора нейротизма (а при выраженном нейротизме достаточно было незначительного стресса для развития невроза).

По данным обследования на всех пациенток была составлена синдромальная характеристика психосоматических расстройств. Результаты свидетельствуют о заметном преобладании симптомов астенизации.

Выявленные нарушения следует интерпретировать как соматизированные психологические расстройства, вызванные сочетанием вегетативно-сосудистых проявлений и «соматической ослабленности», связанной с патологическим течением климактерия.

Попытка корреляционного анализа показателей менопаузального индекса по шка-

лам нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных нарушений с результатами тестирования по методикам Спилберга, Люшера и Айзенка выявила достоверные корреляционные связи нейропсихологических нарушений с выраженностью клинических проявлений возрастной инволюции женского организма.

Ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи установила нарушение церебрального кровотока у всех пациенток; повышение тонуса артериол в бассейнах общих сонных и позвоночных артерий в 21 (70 %) случае; межполушарную асимметрию пульсового кровенаполнения – в 9 (30 %). Снижение кровенаполнения в бассейне общих сонных артерий отмечено в 9 (30 %) случаях. Нарушение венозного оттока в виде его неустойчивости и затрудненности наблюдалось у 12 (40 %) больных.

При электроэнцефалографии умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции стволовых структур выявлены у 15 (50 %) больных, значимая межполушарная асимметрия в затылочной области – у 6 (20 %) и в теменно-затылочной – у 3 (10 %). Снижение порога судорожной готовности отмечалось у 9 (30 %) женщин.

При исследовании глазного дна спазм артерий сетчатки обнаружен в 9 (30 %) случаях, ангиопатия сетчатки I степени – у 10 (33,3 %).

Исследование гормонального профиля с определением уровня кортизола, фолликулостимулирующего гормона, пролактина в периферической крови выявило следующие закономерности: у всех пациенток был повышен уровень кортизола до $(643,52 \pm 13,73)$ нмоль/л, у всех повышен уровень фолликулостимулирующего гормона $(> 30,7 \pm 2,6)$ мМЕ/мл, у 3 (10 %) больных понижен уровень пролактина до $(42,6 \pm 3,1)$ мМЕ/л.

По окончании комплексного обследования с учетом выраженности клинических проявлений патологического течения КС пациенткам было назначено лечение: менопаузальная гормональная терапия у 21 (70 %) женщины, ноотропные препараты на протяжении 4-6 недель, глицин по 0,1 г 3 раза в день на протяжении 2 месяцев, физиотерапия (ионогальванический воротник с бромистым натрием по Щербаку, массаж, лечебная физкультура).

Уже в конце первого месяца лечения наблюдалось снижение частоты головной боли у подавляющего числа больных; через 3 нед. головокружения не наблюдались у 7 из 9 женщин. Нейропсихологические симптомы значительно регрессировали (нормализовался сон, повысился фон настроения, эмоциональные реакции стали более адекватными, снизилась или исчезла тревожность, плаксивость, улучшились концентрация внимания, память). Наибольший регресс наблюдался в группе вегетативных реакций (уменьшение приливов) и нейропсихологических симптомов (дистальный гипергидроз, похолодание конечностей, тошнота, раздражительность, эмоциональная лабильность, плаксивость, обидчивость, мнительность, тревожность). Сравнительный анализ результатов электроэнцефалографии и ультразвуковой доплерометрии сосудов головы и шеи показал положительную динамику у 70 % пациенток в виде уменьшения межполушарной асимметрии пульсового кровенаполнения, нормализации тонуса артерий и артериол, уменьшения выраженности церебральной ангиодистонии, улучшения венозного оттока.

Анализ тестов Спилбергера, Люшера, Айзенка, проведенных после 3 мес. комплексного лечения, показал уменьшение уровня нейротизма, астенических, депрессивных, ипохондрических проявлений у 19 (63,3 %) больных, что явилось основанием для их диспансерного наблюдения вместе с невропатологом, психотерапевтом и разработки индивидуальной стратегии менопаузальной гормональной терапии.

ВЫВОДЫ

Анализ результатов исследования свидетельствует о необходимости расширения диагностического алгоритма у больных с патологическим течением климактерия для уточнения генеза вегетативно-сосудистых и нейроэндокринных расстройств в целях оптимизации лечебной тактики и профилактики системных нарушений в перименопаузе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. Дубос-

- сарская. – Днепропетровск: Лира ЛТД, 2008. – С. 281–311.
3. Луденко Н.С. Климактерический синдром с позиции старения и витаукта / Н.С. Луденко, И.В. Ломака, И.Н. Кириченко // Вісн. асоц. акуш.-гін. України. – 2001. – № 3 (13). Сметник В.П., Тумилович Л.Г. С. 35–38.
4. Сборник рекомендаций по актуальным проблемам клинической медицины. // Изд.дом «Здоровье Украины, Медицинские журналы». – Медицинские аспекты здоровья женщины. – К., 2009. – С. 72–108.
5. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – М.: МИА, 2003. – 591 с.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: МИА, 2004. – 768 с.
7. Стрижова Н.В. Сравнительная характеристика эффективности лечения климактерического синдрома гормональными и комплексными гомеопатическими препаратами / Н.В. Стрижова, О.А. Нестерова, Н.Д. Водяник [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гін. – 2000. – №2. – С. 51–54.
8. Теория и практика эндокринной гинекологии / Под ред. проф. З.М. Дубоссарской. – Днепропетровск: Лира ЛТД, 2010. – С.398–418.
9. Энциклопедия психологических тестов. Личность, мотивация, конкретность. – М.: ООО «Изд-во АСТ», 2003. – 300 с.
10. Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 2003. – С. 857–877.
11. Эндокринология / Под ред. А.А. Зелинского. Т.1. От симптома, синдрома к диагнозу. – Одесса: ОКФА, 2000. – С.20–53.

РЕЗЮМЕ

ВЕГЕТОСУДИННІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ ДУБОССАРСЬКА З.М.

Найбільш яскравими і постійними компонентами клімактеричного синдрому є вегетативно-судинні та психоемоційні розлади, які обумовлюють патофізіологічні механізми основного симптому клімактеричного синдрому - «приплив» жару. **МЕТА** дослідження - вивчення генезу вегетативно-судинних розладів у хворих з патологічним перебігом клімактерію для оптимізації лікувальної тактики. **МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ.** Обстежено 30 жінок у віці від 50 до 57 років. Обстеження включало аналіз скарг, анамнезу та гінекологічного статусу, загальноклінічні лабораторні дослідження,

інфрачервону термографію хребта, щитовидної і молочних залоз, ультразвукову доплерографію судин голови та шиї; електроенцефалографію; дослідження очного дна, рівня гормонів (пролактину, кортизолу, фолікулостимулюючого гормону - методом імуноферментного аналізу); ультразвукове дослідження органів малого таза. Проведено оцінку нейропсихологічного синдрому за допомогою декількох тестів (Ch.D. Spielberger в модифікації Ю.Л. Ханіна, Люшера, Айзенка). **РЕЗУЛЬТАТИ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Проаналізовано функціональний стан вегетативної нервової системи (ВНС) і її взаємозв'язки з виникненням вегетососудистих і психоемоційних розладів при патологічному перебігу перименопаузи у жінок 50-57 років. Встановлено кореляційну залежність між тяжкістю і тривалістю перебігу клімактеричного синдрому і характером зворотних реакцій на функціональні проби, що визначають резервні потенційні можливості ВНС. **ВИСНОВОК.** Необхідне розширення діагностичного алгоритму у хворих з патологічним перебігом клімактерію для уточнення генезу вегетативно-судинних і нейроендокринних розладів з метою оптимізації лікувальної тактики та профілактики системних порушень в перименопаузі.

Ключові слова: клімакс, вегетативна нервова система, клімактеричний синдром.

SUMMARY

VEGETOSOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS IN POSTMENOPAUSE AND THE POSSIBILITY OF THEIR CORRECTION

DUBOSSARSKAYA Z.M.

The most vivid and permanent components of the climacteric syndrome are vegetative-vas-

cular and psychoemotional disorders, which predetermine the pathophysiological mechanisms of the main symptom of climacteric syndrome-the "hot flush". **OBJECTIVE:** to study the genesis of vegetative-vascular disorders in patients with pathologic climacteric course to optimize therapeutic tactics. **MATERIAL AND METHODS.** Thirty women aged 50 to 57 years were examined. The examination included the analysis of complaints, anamnesis and gynecological status, general clinical laboratory studies, infrared thermography of the spine, thyroid and mammary glands, ultrasonic dopplerography of vessels of the head and neck; Electroencephalography; Study of the fundus of the eye, the level of hormones (prolactin, cortisol, follicle-stimulating hormone - by the method of immune enzyme analysis); Ultrasound examination of the pelvic organs. The neuropsychological syndrome was assessed using several tests (Ch.D. Spielberger in the modification of Y.L. Khanin, Lusher, Eysenck). **RESULTS AND ITS DISCUSSION.** The functional state of the autonomic nervous system (ANS) and its relationship with the occurrence of vegetovascular and psychoemotional disorders in the pathological period of perimenopause in women 50-57 years are analyzed. A correlation between the severity and duration of the climacteric syndrome and the nature of the reverse reactions to functional tests that determine the reserve potential of the ANS is established. **CONCLUSION.** It is necessary to expand the diagnostic algorithm in patients with a pathological course of climacterium to clarify the genesis of vegetative-vascular and neuroendocrine disorders in order to optimize therapeutic tactics and prevent systemic disorders in the perimenopause.

Key words: climacterium, vegetative nervous system, climacteric syndrom.