

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Наталья Пономарева

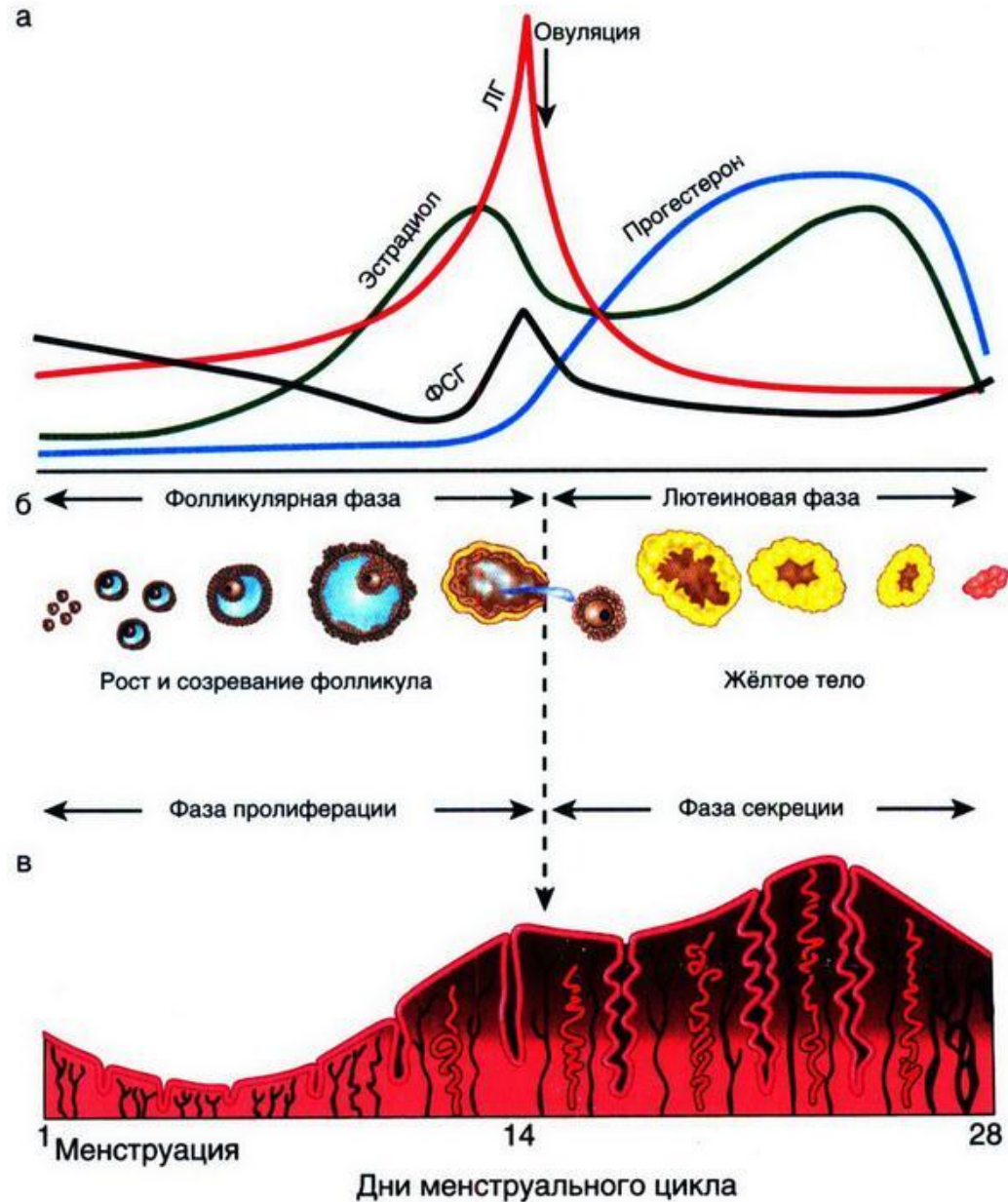
Определение

- **Климактерический период** — это физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.
- **Климактерический синдром (меномаузальный синдром)** — это патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервнопсихическими, вегетативнососудистыми и обменнотрофическими расстройствами.

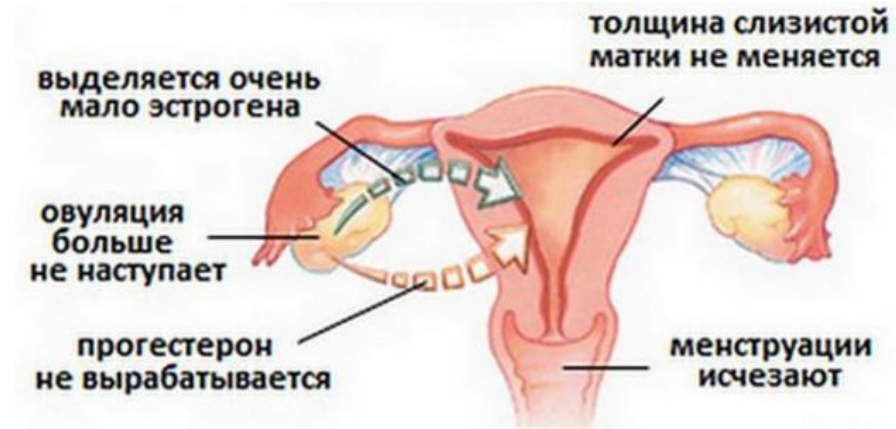
Климактерический синдром

- По статистике от 75% до 80 % женщин старше 45 лет страдают от симптомов климактерического синдрома.
- Увеличение продолжительности жизни на фоне постоянного снижения физической активности привело к тому, что на данный момент женщины в климатерии испытывают менопаузальные симптомы на протяжении 10-15 лет, а у 10-30% женщин симптомы продолжают проявляться до конца жизни, что негативно влияет на работоспособность и качество жизни.
- В современных условиях КС имеет склонность к длительному течению и почти у каждой 2-й женщины продолжается свыше 15 лет. Вместе с тем наибольшая частота и интенсивность типичных проявлений КС отмечаются в течение первых 2-3 лет периода постменопаузы.

Гормональная регуляция у женщин



Что происходит?



В течение репродуктивного периода (30–35 лет) происходит циклическое воздействие женских половых гормонов организм.

Половые гормоны воздействуют на два класса органов-мишеней:

- ✓ репродуктивные (половой тракт, молочные железы, гипоталамус и гипофиз)
- ✓ нерепродуктивные (головной мозг, сердечнососудистая система, костномышечная система, соединительная ткань, мочеиспускательный канал и мочевой пузырь, кожа и волосы, толстая кишка, печень).

Климактерический период характеризуется постепенным снижением, а затем и «выключением» функции яичников. В предверии менопаузы менструальные циклы могут варьироваться от регулярных овуляторных или ановуляторных (укороченных) до длительных задержек менструаций. В начале менопаузы ещё возможны колебания содержания эстрогенов в крови, что клинически может проявляться предменструальноподобными ощущениями.

Развитие менопаузы

1. Пременопауза — период от появления первых климактерических симптомов до последней самостоятельной менструации (менопаузы). Длительность периода может составлять от 2 до 8 лет.

2. Перименопауза — период, объединяющий пременопаузу и 1-2 года (по различным источникам) после наступления менопаузы.

3. Постменопауза — начинается с менопаузы и заканчивается в 65–69 лет; принято выделять раннюю (до 5 лет) и позднюю (от 5 до 10 лет) постменопаузу.

Первые проявления КС возникают в возрасте 45-50 лет, носят **волнообразный характер**, проявляя **сезонную зависимость** — появление приливов жара женщины чаще отмечают в весеннее (февраль — март) или осеннее (сентябрь — октябрь) время. У значительного числа женщин симптомы КС возникают в непосредственной связи с менопаузой или в 1-й год постменопаузы.

У 60–80% женщин в пери- или ранней постменопаузе возникает климактерический синдром различной степени выраженности.

Частота симптомов у женщин 45—54 лет

Жалобы	Частота в %
Раздражительность	92
Вялость / утомляемость	88
Депрессия	78
Головные боли	71
Приливы жара	68
Нарушения памяти	64
Прибавка массы тела	61
Бессонница	51
Суставные боли / боли в пояснице	48
Сильное сердцебиение	44
Истерические припадки	42
Запоры	37
Дизурия	20
Снижение либидо	20

Ранние симптомы

1. **Вазомоторные** (или **нейровегетативные**): приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, артериальная гипотензия или гипертензия, учащённое сердцебиение, боли в области сердца.
2. **Психоэмоциональные**: раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.
3. **Обменно-эндокринные**: нарушение жирового обмена (патологическая прибавка массы тела, которая, как правило, предшествует наступлению климактерия), гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет, артралгии и миалгии. Иногда симптомы этой группы относят к поздним проявлениям климактерия.

Отсроченные симптомы (через 1-2 года)

1. уrogenитальные расстройства
2. сухость кожи
3. морщины
4. ломкость ногтей
5. сухость и выпадение волос

Поздние симптомы (через 2-5 лет)

1. постменопаузальный метаболический синдром

- гиперлипидемия
- атеросклероз
- артериальная гипертензия
- инсулинорезистентность

2. неврологические симптомы

- снижение когнитивной функции
- ухудшение памяти
- снижение зрения
- ухудшение слуха

3. костномышечные нарушения

- остеопороз
- остеоартрит

Приливы жара и потливости

В США по статистике 88% женщин в возрасте от 45 до 64 ежедневно испытывают приливы жара и приступы ночной потливости.

Ощущение жара продолжается обычно несколько минут и часто сопровождается покраснением кожи и появлением пота на лице и шее. Эти эпизоды могут сочетаться с головокружением, тошнотой, головной болью, сердцебиениями.

Могут быть спровоцированы

- ✓ эмоциональным стрессом
- ✓ возбуждением
- ✓ страхом



Механизм развития приливов жара

Было обнаружено, что прилив жара сопровождается увеличением выброса в периферический кровоток **ЛГ (в 2,7 раза), АКТГ (в 1,7 раза), ТТГ (в 1,3 раза) и кортизола (в 1,9 раза)**. В то же время не выявлено изменений в плазме крови концентрации ФСГ, ПРЛ и гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4). При исследовании функции системы гипофиз – кора надпочечников было обнаружено существенное повышение уровня АКТГ в плазме периферической крови.

При изучении функционального состояния ЦНС при КС с помощью клинко-физиологических исследований выявлены выраженные нарушения — **лабильность сосудистых реакций, ослабление внутреннего торможения и инертность нервных процессов**, а также нарушения взаимоотношений между корой больших полушарий и нижележащими нервными образованиями.

Медицинский контроль

При атипичном течении климактерического синдрома (продолжительность более 5 лет, тяжёлые и кризовые формы) необходимо исключить заболевания *щитовидной железы, надпочечников, опухоли яичников, поджелудочной и молочных желёз, гиперпролактинемию, опухоль гипофиза, продуцирующую гонадотропины.*

В некоторых случаях назначается консультация врача-психотерапевта.

Лечение климактерического синдрома

Традиционное фармакологическое лечение:

- Заместительная гормонотерапия
- Фитоэстрогены
- Седативные препараты и антидепрессанты

Вспомогательное и альтернативное лечение:

- ЛФК
- Гидропроцедуры
- Дыхательные техники
- Медитация
- Прогрессивная мышечная релаксация и
Прикладная релаксация
- Йога
- Тай Чи

Заместительная гормонотерапия



Применение ЗГТ требует соблюдения ряда принципов:

- 1) Определение показаний, противопоказаний, факторов риска и индивидуальная оценка соотношения польза/риск.
- 2) Использование минимальных эффективных доз, снижение дозы в постменопаузе.
- 3) Индивидуальный выбор препарата.
- 4) Наблюдение и ежегодный контроль состояния эндометрия и молочных желёз.
- 5) Проведение перед терапией специального обследования и ежегодный контроль во время терапии.
- 6) Использование лишь натуральных эстрогенов и их аналогов.
- 7) Обязательное сочетание эстрогенов с прогестагенами (при сохранённой матке), что предотвращает развитие гиперпластических процессов в эндометрии

Три режима ЗГТ

- **1) Монотерапия эстрогенами или гестагенами.**
Монотерапию эстрогенами рекомендуют женщинам с удалённой маткой и назначают в пременопаузе женщинам с миомой матки и аденомиозом, не требующих оперативного лечения, с дисфункциональными маточными кровотечениями.
- **2) Комбинация эстрогенов с прогестагенами** показана женщинам в перименопаузе и постменопаузе с сохранённой маткой. Данный режим гормональной терапии рекомендуют также женщинам, подвергшимся гистерэктомии по поводу наружного генитального эндометриоза, аденомиоза.
- **3) Комбинация эстрогенов с андрогенами.**

Противопоказания к ЗГТ

Абсолютные противопоказания:

- наличие перенесённого ранее или подозрение на рак молочных желёз, наличие или подозрение на эстрогензависимый рак половых органов (рак эндометрия), кровотечения неясного генеза, идиопатическая или острая венозная тромбоэмболия (тромбоз глубоких вен, лёгочная эмболия), стенокардия, инфаркт миокарда, нелеченая гипертензия, острые заболевания печени, кожная порфирия (ферментопатия).

Относительные противопоказания:

- миома матки, эндометриоз, мигрень, венозный тромбоз и тромбоэмболия в анамнезе, семейная гипертриглицеридемия, желчнокаменная болезнь, эпилепсия, повышенный риск развития рака молочной железы.

Питание и Фитоэстрогены

Фитоэстрогены — нестероидные растительные молекулы, обладающие эстрогеноподобной активностью.

1. Изофлавоноиды — содержатся в соевых бобах, других стручковых растениях, чечевице, гранатах, финиках, семенах подсолнечника, капусте, красном клевере и др.;
2. Лигнаны — производятся под воздействием микроорганизмов кишечника из веществ, содержащихся преимущественно в наружном слое зёрен, особенно пшеницы, ржи и риса, пищевых растительных волокнах, семенах льна, орехах, фруктах (вишне, яблоках) и овощах (чесноке, моркови).

Витамин Е (усиливает действие эстрогенов и прогестерона на организм, обладает гипотензивным действием)

Витамин С (улучшает липидный обмен, оказывает влияние на биосинтез стероидных гормонов в яичниках и коре надпочечников)

Седативные препараты растительного происхождения (отвары корня валерьяны, пустырника и т.п.)

Физическая активность

- Средне-высокая интенсивность – 30 мин
 - Умеренная интенсивность – 45-60 мин
- 5 дней в неделю и более**



Под действием высокоинтенсивных физических нагрузок увеличивается выброс СТГ, гонадных гормонов и эндорфинов, что способствует поддержанию анаболических процессов в тканях и улучшает эмоциональное состояние.

Эффект от физической нагрузки:

1. Уменьшение вазомоторных симптомов (в т.ч. приливов)
2. Уменьшение болей в спине, артралгии и миалгии
3. Профилактика остеопороза
4. Профилактика СД II
5. Улучшение психоэмоционального состояния

Существует прямая корреляция между физической самооценкой и связанным с менопаузой качеством жизни