

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ

К нейроэндокринным синдромам относятся клинические симптомокомплексы, при которых изменения функции половой сферы сочетаются с нарушениями других систем женского организма, регулируемых гипоталамо-гипофизарным отделом нерв-

ной системы. Среди этих нейроэндокринных нарушений основными являются предменструальный, климактерический и посткастрационный синдромы.

Предменструальный синдром представляет комплекс патологических симптомов, появляющихся за 3—12 дней перед менструацией и исчезающих с началом или в первые дни ее. Заболевание характеризуется нейропсихическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, которые оказывают отрицательное влияние на здоровье и трудоспособность, и отмечается у 25—30 % здоровых женщин, а при наличии сопутствующих заболеваний у 50 % и более. Синдром наблюдается преимущественно в репродуктивном возрасте (25—35 лет), тяжелые формы его чаще встречаются у женщин старше 35 лет. Заболевание может возникнуть сразу после появления менструаций, однако нередко оно начинается после стрессовых ситуаций, умственного перенапряжения, хронических инфекционных болезней, аборт и патологических родов.

П а т о г е н е з предменструального синдрома сложен и недостаточно изучен. Считается, что он возникает вследствие нарушения компенсаторных реакций на «менструальную волну» в результате неполноценности системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников.

В первую половину менструального цикла женщина чувствует себя здоровой и трудоспособной. Степень выраженности и сочетание нейропсихических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений бывают различными, чаще наблюдаются нейропсихические симптомы: раздражительность, депрессия, плаксивость. Нередко во вторую фазу менструального цикла изменяется поведение женщины на работе и в семье, появляются мнительность, замкнутость или агрессивность, неадекватная реакция на окружающее, навязчивые идеи и др. Из вегетативно-сосудистых нарушений преобладают головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боли в области сердца, приступы сердцебиения, изменение артериального давления. У больных предменструальным синдромом нередко наблюдаются изменения водно-солевого обмена: отеки, отрицательный диурез, нарушение сна, нагрубание и болезненность молочных желез, суточная прибавка массы тела может достигать 700г, гипокалиемия, гипернатриемия и гиперхлоремия. Из трофических нарушений отмечаются зуд кожи, акме. При тяжелом течении заболевания могут наблюдаться кризы диэнцефального генеза, проявляющиеся ознобом, повышением температуры, приступами сердцебиения, удушья, болями в сердце, полиурией. **Д и а г н о з** устанавливается на основании циклического течения характерного синдрома, появления его перед менструацией, исчезновения всех симптомов заболевания с наступлением или в первые дни менструации. Предменструальный синдром необходимо дифференцировать с альгоменореей, соматическими и психическими заболеваниями.

Лечение больных предменструальным синдромом заключается в психотерапии, применении нейролептических и диуретических средств, витаминов и половых гормонов. Психотерапия способствует снятию у больной страха неизлечимости. Для ликвидации эмоциональной напряженности назначаются нейролептические средства: триоксазин (0,3 г), мепробамат (0,4 г), элениум (0,005 г), фенолон (0,005 г) по 1 таблетке 1—2 раза в день с 10—12-го дня менструального цикла до начала менструаций. Для выведения из организма хлорида натрия и воды применяются диуретические средства: хлорид аммония, 10 % раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день, гипотиазид (0,00125 г) в сочетании с 10 % раствором хлорида калия по 1 столовой ложке 2—3 раза в день. Показана калийная диета. Целесообразно назначать калийсберегающие средства: альдактон (верошпирон) по 0,05 г с 10—12-го дня менструального цикла (через день) до начала менструации в сочетании с пищей, содержащей ограниченное количество хлорида натрия. Для усиления диуреза применяется прогестерон за 8 дней до менструации в течение 6 дней, который способствует выделению натрия без потери калия, повышает диурез даже при отсутствии эффекта от диуретиков. Целесообразно применять витамины А и Е, так как они влияют на гипоталамо-гипофизарную систему, витамин А оказывает противоаллергическое и противозастойное действие. Проводится 15 инъекций витамина А (35 мг) и витамина Е (100 мг) по 1 мл через день. Можно применять жировой раствор витамина А по 4—5 капель натошак ежедневно или в таблетках по 30 мг в день, одновременно витамин Е по 1 чайной ложке 2—3 раза в день или в виде 30 % раствора по 1 мл внутримышечно через день — всего 15 инъекций. Лечение половыми гормонами проводится с учетом функции яичников. Поскольку у большинства больных предменструальным синдромом отмечается прогестероновая недостаточность, за 10 дней перед менструацией внутримышечно вводится 1 % раствор прогестерона по 1 мл ежедневно в течение 8 дней или 12,5 % раствор 17-оксипрогестерона по 1 мл внутримышечно на 18—24-й день цикла. При ановуляции или неполноценности лютеиновой фазы применяются синтетические комбинированные гормональные препараты (бисекурин) с 5-го по 25-й день менструального цикла с перерывом в 7 дней. Лечение проводится прерывистыми курсами по 2—3 мес с перерывом в 2 мес. При ановуляции, сочетающейся с гипозастенией, назначается циклическая гормональная терапия. Больным в возрасте старше 40 лет прогестерон вводится в сочетании с андрогенами (метилтестостерон или метиландростендиол по 10—20 мг в сут за 8 дней до менструации в течение 6 дней). При аллергических проявлениях лечение дополняется димедолом (0,05 г) или супрастином (0,025 г) по 1—2 таблетки в день, с 10—12-го дня цикла до начала менструации. Одновременно проводится терапия сопутствующих заболеваний.

Для профилактики предменструального синдрома важное значение имеют рациональное чередование труда и отдыха, закаливание организма с детского возраста, борьба с инфекциями и интоксикациями, снижение частоты осложнений родов и абортов, а также другие мероприятия, повышающие способность организма к адаптации.

Климактерический синдром — своеобразный клинический симптомокомплекс вегетативно-сосудистых, нервно-психических и эндокринных нарушений, осложняющих течение климактерического периода, — наблюдается у 40—50 % женщин в возрасте 46—50 лет. Основное значение в его развитии придается возрастным изменениям гипоталамических структур, ослаблению тормозного влияния коры головного мозга и снижению функции коры надпочечников. Климактерический синдром часто развивается у женщин эмоционально неуравновешенных, перенесших стрессовые ситуации, хронические заболевания, вызывающие функциональную неполноценность системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников в поддержании гомеостаза при возрастной перестройке организма.

Клиника климактерического синдрома весьма разнообразна. Наиболее характерными признаками его являются: 1) вегетативно-сосудистые нарушения — приливы жара к голове, шее, потливость, сердцебиение, головная боль, головокружение, чувство онемения в конечностях; 2) нервно-психические расстройства — нервозность, повышенная возбудимость, раздражительность, плаксивость, бессонница, ослабление памяти, плохое настроение, состояние депрессии, чувство страха, быстрая утомляемость, зрительные и слуховые галлюцинации; 3) обменно-эндокринные нарушения — ожирение, боли в молочных железах, суставах и конечностях, атеросклероз, гиперхолестеринемия, остеопороз, дисфункция щитовидной железы, надпочечников, гипертрихоз. Часто наблюдаются дисфункциональные маточные кровотечения. Наиболее типичным симптомом климактерического синдрома являются «приливы», частота которых может служить показателем тяжести заболевания. При легкой форме климактерического синдрома «приливы» наблюдаются до 10 раз, при тяжелой — более 20—30 раз в сут. Относительно часто отмечаются потливость и головная боль, локализующаяся в височной и затылочной областях, иногда сопровождающаяся тошнотой, рвотой. Приступы головной боли могут сочетаться с бледностью кожных покровов, незначительным повышением артериального давления, судорогами и обильным мочеиспусканием. К редким симптомам климактерического синдрома относятся парестезии, инволюционные психозы, обменные артриты, дизурические и диспептические явления, зуд и крауроз вульвы. При гипертонической болезни, диабете, ожирении и обострении соматических заболеваний климактерический синдром протекает тяжелее и длительнее.

Лечение больных климактерическим синдромом начи-

нается с психотерапии: женщине объясняется сущность и временный характер происходящих в организме изменений переходного периода, обращается внимание на то, что прекращение менструаций не вызывает быстрого старения и снижения трудоспособности организма при соблюдении рационального режима и общегигиенических мероприятий. Патологически протекающий климакс легче переносится, если женщина не выключается из привычной трудовой деятельности. В этот период необходимо избегать перенапряжения и переутомления, чередовать умственную работу с дозированной физической нагрузкой и отдыхом. Пища должна быть преимущественно молочно-растительной, полноценной с некоторым ограничением жирных, мясных и мучных блюд. Исключаются алкоголь и продукты, возбуждающие нервную систему: кофе, крепкий чай, пряности. Хорошее действие при климактерическом синдроме оказывают общеукрепляющие мероприятия: утренняя гимнастика, прогулки, водные процедуры, сочетающиеся с седативными средствами (фрелон, триоксазин, препараты валерианы, элениум, диазепам, мепробамат по 1 таблетке 2 раза в день). В связи с дефицитом витаминов в пожилом возрасте необходимо периодически назначать витаминные комплексы «Ундевит» и «Декамевит». С целью активизации глюкокортикоидной функции коры надпочечников вводятся витамины В₁, В₆, С и РР в сочетании с 2 % раствором новокаина в одном шприце внутримышечно в течение 20—25 дней. Растворы 2 % новокаина и 1 % витамина РР начинают вводить по 1 мл, повышая дозу к 15-му дню до 5 мл, затем постепенно снижая ее к 25-му дню до 1 мл. Витамины С, В₁, В₆ вводят ежедневно в виде 5 % растворов по 1 мл. Если климактерический синдром протекает с нарушением менструальной функции, применяется инфекундин по 1 таблетке в день в течение 10 сут с перерывом в 7 дней на протяжении 3—4 мес. В период менопаузы лучше назначать инфекундин или бисекурин по 1/4 таблетки 2 раза в день в течение 7—10 дней, затем 10 дней по 1/4 таблетки один раз в день с перерывами в 10—20 дней. Эстрогены и андрогены применяются в сочетании 1 : 20 или 1 : 50, оказывают синергическое действие и уменьшают побочные явления. Противопоказано лечение только эстрогенами (возможно кровотечение) или андрогенами (вирилизация). Эффективным комбинированным препаратом является амбосекс — по 1 таблетке под язык 3—4 раза в день в течение месяца или по 1 мл масляного раствора 1 раз в мес. При климактерическом синдроме можно все три половых гормона вводить внутримышечно 1—2 раза в нед в одном шприце (25 мг тестостерона пропионата, 1 мг эстрадиол-дипропионата и 10 мг прогестерона). Лечение маточных кровотечений в климактерическом периоде (см. Дисфункциональные маточные кровотечения).

Посткастрационный синдром возникает у 60—70 % женщин через 24—30 дней после удаления яичников в связи со злока-

чественными опухолями матки и ее придатков, а также гнойными tuboовариальными образованиями с атрофией тканей яичников и др. В отличие от климактерического посткастрационного синдрома наступает после одномоментного полного выключения функции яичников.

В развитии заболевания основную роль играют изменения в нервной и эндокринной системах. После удаления яичников снижается уровень эстрогенов и повышается секреция гонадотропных гормонов. Адаптация осуществляется за счет незначительной гипогликемии, умеренной активации симпатико-адреналовой системы, повышения глюкокортикоидной функции коры надпочечников, снижения функции щитовидной железы и повышения тонуса периферических сосудов. Течение посткастрационного синдрома во многом определяется функциональным состоянием системы гипоталамус — надпочечники. При тяжелом течении синдрома в патологический процесс вовлекается и кора головного мозга, нарушается регуляция функции коры надпочечников и щитовидной железы. Снижаются глюкокортикоидная и андрогенная функции коры надпочечников, может нарушаться стероидогенез.

Посткастрационный синдром проявляется клиническим симптомокомплексом вегетативно-сосудистых, нервно-психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих на фоне полного прекращения функции яичников и циклических изменений в организме. Основными симптомами заболевания являются: раздражительность, депрессия, страх, быстрая утомляемость, снижение памяти, частые «приливы» (ощущение жара), повышенная потливость, головная боль, ощущение тяжести в голове, боли в области сердца, сердцебиение, парестезии, обморочное состояние. У женщин старше 45 лет заболевание возникает чаще и протекает тяжелее. Нервно-психические расстройства характеризуются явлениями астении, слабостью, усталостью, не связанными с физическим и умственным напряжением. У больных снижается способность запоминать текущие события, названия окружающих предметов, появляется безразличие к близким, любимому делу. Обменно-эндокринные нарушения при посткастрационном синдроме проявляются гипохолестеринемией, атеросклерозом, ожирением. Отмечается обратная зависимость выраженности вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных расстройств. Остеопороз трубчатых костей, связанный с отсутствием эстрогенов, сопровождается нередко мучительными болями.

В связи с общностью патогенеза и клинических проявлений климактерического и посткастрационного синдромов лечение этих больных во многом аналогично (см. Климактерический синдром) и начинается с общеукрепляющих мероприятий, лечебной физкультуры, психотерапии, назначения седативных средств, транквилизаторов, витаминов В₁, В₆, С в сочетании с 2 % раствором новокаина, витаминных комплексов «Ундевит»,

«Декамевит», половых гормонов или синтетических прогестин-
нов прерывистыми курсами. Комплексная патогенетическая
терапия, направленная на активацию реакций адаптации, спо-
собствует легкому течению посткастрационного синдрома.