

## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ НА ТЛІ ШТУЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО КЛІМАКТЕРІЮ.

**Є. О. Шевченко,**

*асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

З кожним роком збільшується число жінок, які вступають у період менопаузи. Так, за даними ВООЗ, 10% усього населення земної кулі становлять жінки в клімактеричному періоді. З одного боку, це пов'язано зі збільшенням тривалості життя, з іншого – з раннім настанням клімактеричного періоду. Це призводить до того, що жінка третину свого біологічного часу проводить в стані гіпоестрогенії. За прогнозами ВООЗ, в світі до 2030 р. в періоді постменопаузи перебуватиме 1,2 млрд жінок, що становитиме приблизно шосту частину населення планети. Вікові зміни, що відбуваються в організмі, формують зовнішній вигляд та емоційний статус людини. Вони впливають на професійну діяльність, соціальну активність, взаємовідносини в суспільстві та добробут у родині.

Згідно із сучасними уявленнями, універсальними гормональними характеристиками перименопаузального періоду є підвищення у сироватці крові рівня фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ) при практично незмінному рівні лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і зниження рівня прогестерону і естрогенів при відносній гіперандрогенії. У перименопаузі одноразове визначення гормонів в сироватці крові є інформативним тільки для даного менструального циклу, оскільки в однієї і тієї ж жінки протягом одного року перименопаузи можуть спостерігатися різні за ендокринними характеристиками менструальні цикли («танок» гормонів). Відповідні зміни відбуваються і в ендометрії. Загальновизнаним є той акт, що дефіцит естрогенів у крові – це тільки пусковий механізм розвитку ранніх клімактеричних розладів; він також лежить в основі подальших трофічних і метаболічних порушень в організмі жінки.

На фоні дефіциту статевих стероїдних гормонів у пери- і постменопаузі виникають різноманітні порушення. Клімактеричний синдром є найбільш раннім і найбільш поширеним ускладненням клімактеричного періоду. Його клінічні прояви зумовлені наявністю в корі головного мозку (насамперед в гіпоталамусі та лімбічній системі) великої кількості цитоплазматичних рецепторів до статевих стероїдних гормонів. Збалансоване функціонування структур гіпоталамуса та лімбічної системи значною мірою забезпечує стан здоров'я на рівні як психічних (сфера емоцій і процеси мислення), так і вегетативних (терморегуляція, апетит, артеріальний тиск та ін.) процесів. Злагоджена взаємодія вище згаданих структур досягається за допомогою

нейротрансмітерів і нейропептидів. Дисфункція на рівні ядер гіпоталамуса та лімбічної системи зумовлює нейроендокринні порушення, що є основними клінічними симптомами КС.

За часом виникнення і характером проявів їх прийнято розподіляти на 4 групи:

- Ранні симптоми – типові прояви КС, частота виникнення якого становить від 40 до 60% випадків. Вони проявляються в основному в пери-менопаузальному періоді і включають: нейровегетативні (вазомоторні) порушення – приливи жару, озноб, підвищена пітливість, головний біль, гіпотонія чи гіпертензія, тахікардія, посилене серцебиття; психоемоційні порушення – дратівливість, порушення сну (безсоння, сонливість), порушення уваги, слабкість, знервованість, неспокій, депресія, забудькуватість, неухважність, зниження лібідо.
- Середньочасові симптоми – прояви, що виникають через 3-5 років після настання менопаузи (30-50% випадків): урогенітальні порушення – сухість слизової піхви, біль при статевому акті, свербіж і печіння у ділянці зовнішніх статевих органів, уретральний синдром, цисталгія, полакіурія, нетримання сечі, дизуричні явища; патологія шкіри та її придатків – сухість і втрата тургору шкіри, трофічні зміни, ламкість нігтів, випадіння волосся, поява зморщок, пігментних плям («плям старості»), сухий кон'юнктивіт, стоматит, ларингіт, рожеві акне.
- Пізні обмінні порушення – прояви, що виникають через 5-10 років постменопаузального періоду (25-40%): остеопороз – переломи хребців, шийки стегна і променевої кістки; ССЗ – ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), інфаркти, інсульт.
- Дуже пізні порушення (5-12% випадків): хвороба Альцгеймера – емоційні порушення і порушення функції мислення (постменопаузальна депресія, деменція, меланхолія).

Мета даного дослідження вивчити особливості клінічного перебігу клімактерію при природній і штучній менопаузі у пацієнток різних вікових груп.

Матеріали та методи. Всього обстежено 98 жінок з природною (68) і штучною (30) менопаузою, у віці від 32 до 65 років, з клінічними проявами цієї патології (КС), а також 20 практично здорових жінок (контрольна група) у пізньому репродуктивному віці та з фізіологічним перебігом менопаузи. Використовувались такі методи обстеження: анкетування, клінічні, гормональні, інструментальні.

Результати. При аналізі клімактеричних проявів у обстежених хворих було виявлено: нейровегетативні і психоемоційні розлади у 80 (81,6%) жінок, майже кожна третя жінка відмічала нестабільність артеріального тиску і серцебиття – 34 (34,6%), обмінно-трофічні порушення проявлялися ожирінням 1–2 ступеня у 31 (31,6%) хворої, сухістю або сальністю шкіри та її придатків – 21 (21,4%), гіпертрихозом – 18 (18,3%).

Найчастішими проявами нейровегетативного синдрому у спостережуваних жінок були: припливи (94%), пітливість (89,7%), відчуття “повзання мурашок” (52%), головний біль (41,8%). Психоемоційні скарги характеризувалися, здебільшого, підвищеною стомлюваністю (68,3%), зміною настрою (53%), зниженням працездатності (53%), погіршенням пам'яті (38,7%). Кожна четверта жінка скаржилася на збільшення ваги (у середньому на 3-5 кг) і біль у суглобах.

Порівнюючи між собою патологічні стани, що виникають при природній і штучній менопаузі, було встановлено: ознаки клімактеричного синдрому виявлено у 26 жінок (86,6%) при штучній менопаузі, тоді як при природній – у 52 (76,4%). У структурі клімактеричних розладів при штучній менопаузі переважали нейровегетативні (16 жінок – 61,5%), психоемоційні (8 жінок – 30,7%) розлади, урогенітальні порушення (7 жінок – 26,9%); при природній менопаузі переважали нейровегетативні (34 жінки – 65,3%), психоемоційні (22 жінки – 42,3%) розлади, обмінно-трофічні порушення (19 жінок – 36,5%), серцево-судинні захворювання (23 жінки – 44,2%).

Використовуючи індекс Куппермана для оцінки ступеня тяжкості КС у обстежених нами пацієнток, виявили слабкі прояви симптомів у 33,6% жінок, помірний ступінь тяжкості – у 55,1% жінок і тяжкий перебіг КС – у 10,2% випадків.

Таким чином досліджуючи жінок із природньою і штучною менопаузою, вдалося визначити, що в період клімаксу на фоні зниження і виключення функції яєчників виникає ціла гама розладів. І хоча клімактерій не є захворюванням, він викликає порушення ендокринної рівноваги в організмі, що в свою чергу призводить до виникнення симптомів клімактеричного синдрому, згаданих вище. Профілактика КС повинна починатися задовго до перехідного віку жінки, оскільки розвиток і тяжкість перебігу КС залежать від резервних можливостей гіпоталамуса та соматичного стану.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

***Н. В. Шудрікова,***

*аспірант кафедри акушерства та гінекології  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Створення оптимальних умов для здійснення жінкою функції материнства, народження здорового потомства, а також збереження її репродуктивного здоров'я, як і раніше залишаються основними завданнями служби допомоги породіллі. (Лебеденко Е. Ю., 2012.) Проблема невиношування вагітності (НВ) продовжує зберігати свою актуальність і пріоритетність в сучасному акушерстві. Обумовлено це, перш за все тим, що