**Мойсеєва Тетяна Дмитрівна. Нові підходи до діагностики, прогнозування та корекції клімактеричного синдрому: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. - Вінниця, 2003**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Мойсеєва Т.Д. Нові підходи до діагностики, прогнозування та корекції клімактеричного синдрому**. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2003.Дисертація присвячена питанню психо-вегетативних порушень при клімактеричному синдромі, їх діагностиці, етіопатогенетичним механізмам виникнення, прогнозуванню та їх лікуванню.Встановлено, що поява окремих проявів психо-вегетативного синдрому та ступінь їх виразності залежить від концентрації в сироватці крові нейроамінів та нейротрансмітерів, при чому відхилення їх рівня від нормативних показників, у визначеній мірі, є одним із патогенетичних механізмів виникнення психо-вегетативних ускладнень клімактерію.В роботі вперше доведено, що психо-вегетативні прояви клімактеричного синдрому в переважній більшості випадків виникають і прогресивно розвиваються у жінок з функціональним домінуванням правої півкулі головного мозку, що пов’язано з нерівномірним перерозподілом нейроамінів та біохімічно-активних речовин симпатико-адреналової та серотонінергічної систем в різних півкулях головного мозку.Науково обґрунтовані принципи індивідуалізованого та диференційованого підходу до вибору методу терапії в жінок із КС у пери- і в постменопаузі в залежності від переваги тих чи інших психо-вегетативних симптомів та стану гормонального і нейротрансміттерного гомеостазу. |

 |
|

|  |
| --- |
| Дослідження психо-вегетативних розладів у різні періоди клімактерію у пре- і постменопаузі (тривалістю від 1 до 5років і від 6 до 10 років) показало найбільш широку представленість їх у постменопаузальному періоді тривалістю від 1 року до 5 років. Психо-вегетативні розлади маніфестували вираженими вегетативно-судинними, больовими синдромами, мотиваційними й емоційно-афективними розладами.1. Дослідження гормонального профілю вказує на підвищення концентрації гонадотропних гормонів в сироватці крові й зниження рівня стероїдних яєчникових гормонів. У пременопаузальному періоді концентрація ФСГ в сироватці крові становила 26,16±1,17 МО/л, ЛГ - 10,9±1,14 МО/л, естрадіолу - 134,32±34,11 нмоль/л, прогестерону - 5,31±1,46 нмоль/л, пролактину 478,25±12,23 мМО/л; в ранній постменопаузі рівень ФСГ становив 78,42±12,85 МО/л, ЛГ - 29,14±3,45 МО/л, естрадіолу - 165,24±16,32 нмоль/л, прогестерону - 5,21±2,19 нмоль/л, пролактину 635,54±11,19 мМО/л; в пізній постменопаузі концентрація ФСГ в сироватці крові становила 84,12±14,24 МО/л, ЛГ - 27,28±1,45 МО/л, естрадіолу - 63,14±7,65 нмоль/л, прогестерону - 3,67±1,72 нмоль/л, пролактину 186,47±12,74 мМО/л. Виявлене підвищення концентрацій пролактину у хворих із психо-вегетативними проявами клімактеричного синдрому зворотньо-пропорційно корелює з вмістом дофаміну в сироватці крові, що свідчить про зниження дофамінергічної активності гіпоталамусу при КС.
2. Стан, що розвивається на фоні вікового зниження і “виключення” функції яєчників, супроводжується розвитком різноманітних нейроендокрин-них порушень, зміною функції гіпоталамічної і лімбічної систем, секреції нейрогормонів та нейротрансміттерів, а саме: зниження рівня серотоніну в пременопаузі до 4,45±0,66 нг/мл, в ранній постменопаузі до 2,89±0,24 нг/мл, в пізній постменопаузі до 3,78±0,41нг/мл, а також дофаміну в пременопаузі до 1,73±0,24 мкг/л, в ранній постменопаузі до 1,68±0,43 мкг/л, в пізній постменопаузі до 2,81±0,35 мкг/л, та підвищення концентрації норадреналіну в плазмі крові в пременопаузі до 6,34±0,24 нмоль/л, в ранній постменопаузі до 9,94±1,11 нмоль/л, в пізній постменопаузі до 8,74±0,43 нмоль/л. На період ранньої постменопаузи (1-5 років менопаузи) припадає пік підвищення концентрації адреналіну до 8,78±0,73 нмоль/л, норадреналіну до 9,94±1,11 нмоль/л та 11-оксикортикостероїдів до 412,09±27,82 нмоль/л у сироватці крові, що свідчить про високий рівень стресогенності та емоційної напруженості, та призводить до виражених порушень в адаптаційному процесі жінок даної вікової групи.
3. За даними дослідження функціональної асиметрії півкуль головного мозку серед жінок із психо-вегетативними проявами клімактеричного синдрому, у всіх вікових групах стабільно переважають особи з домінуванням правої півкулі головного мозку, що має суттєве значення для прогнозування виникнення клімактеричного синдрому.
4. Згідно результатів кореляційного параметричного аналізу у розвитку вегето-судинних та психо-емоційних проявів КС достовірне значення відіграють порушення усіх ланок нейротрансміттерного гомеостазу. У розвитку метаболічно-ендокринних розладів найбільш вірогідну та суттєву роль відіграють зміни дофамінергічного та норадренергічного тонусу. Депресивні прояви та розлади сну, що є частими у жінок із КС, мають пряму патогенетичну залежність від змін рівню серотоніну в сироватці крові.
5. Різні ефекти застосованих видів терапії є підставою для диференційованого підходу у виборі патогенетичної терапії у різні періоди клімактерію з урахуванням проявів психо-вегетативного синдрому. Терапію психо-вегетативних розладів доцільно починати в пременопаузі. Позитивні клінічні результати поєднаної ЗГТ із препаратом із групи синтетичних аналогів гормону структури головного мозку шишкоподібного тіла, свідчать про найбільший патогенетично обґрунтований ефект даного виду терапії щодо проявів психо-вегетативного синдрому. ЗГТ зменшує вегетативні прояви, переносимість болю, поліпшує характеристики сну, зменшує виразність емоційно-афективних розладів та поліпшує показники якості життя. При наявності протипоказань до призначення ЗГТ, корекцію психо-вегетативних розладів слід проводити синтетичним аналогом гормону структури головного мозку шишкоподібного тіла, а при наявності депресивних розладів - антидепресантами.
 |

 |