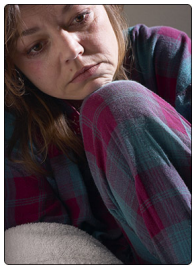
Автор: http://www.medeffect.ru
24.05.2009 08:49 -



Менопауза

Климактерический период, или менопауза, характеризуется прекращением циклической функции яичников. Она длится приблизительно 1/3 жизни женщины, занимая переходный период от лет возможного деторождения до последней менструации и распространяется на оставшуюся часть жизни. Для отдельно взятой женщины последняя менструация обычно считается началом менопаузы.

Овуляторные циклы уменьшаются по частоте в возрасте от 38 до 42 лет. Средний возраст последней менструации - 51,4 года.

Что определяет время наступления менопаузы?

Менструации прекращаются, когда истощается образование ооцитов. Несколько ооцитов находятся в матке, а 80% их максимального количества исчезают уже при рождении. Любопытным является также факт, что гораздо большее количество фолликулов прекращает свое существование путем атрезии, прежде чем фолликулы достигают овуляции.

Преждевременная недостаточность яичников

Прекращение циклической функции яичников в возрасте раньше 30-35 лет связывают либо с недостаточным числом фолликулов, сохранившихся после рождения, либо с ускоренной атрезией фолликулов вследствие коревого оофорита, облучения, химиотерапии, аутоиммунных расстройств или генетических дефектов.

Внешний вид яичников после менопаузы

Яичники после менопаузы уменьшаются в размере и становятся по весу меньше 2,5 г, их поверхность становится сморщенной. Толщина коры уменьшается, в то время как увеличивается число интерстициальных и гиларных клеток, что придает строме вид

гиперплазии.

Эстрогены при менопаузе

Эстрадиол является основным эстрогеном в репродуктивном возрасте. Во время менопаузы, однако, основным эстрогеном становится более слабый гормон - эстрон, который образуется путем конверсии андрогенов надпочечников, андростендиона в жировой ткани.

Приливы при менопаузе

Климактерические "приступы" длятся от нескольких секунд до минут, редко до часа. Симптомы включают неожиданное покраснение кожи, сопровождающееся образованием тепла, которое у некоторых женщин завершается профузным потоотделением. Температура поверхности тела повышается, тогда как температура внутренних органов снижается из-за вазомоторных влияний гипоталамуса, расширяющих поверхностные кровеносные сосуды. Патофизиология этого явления сложна и включает изменения содержания кате-холаминов, простагландинов, эндорфинов и других нейропептидов.

Оба термина - "вспышка" и "прилив" встречаются в медицинской литературе, и каждое из них является описательным. "Прилив" означает вазодилатацию, "вспышка" подчеркивает острое начало и непродолжительность состояния. Многие женщины в климактерическом возрасте описывают продромальные ауры.

Вероятность приливов при менопаузе

У приблизительно 80% женщин появляются вазомоторные симптомы. Их тяжесть частично определяется степенью изменений уровней эстрогенов. Больше всего страдают женщины с резким снижением уровней эстрогенов после удаления яичников. Если их не лечить, "приливы" начинают исчезать спустя 2-5 лет.

Физиологические изменения при менопаузе

Во время менопаузы наблюдаются "приливы", атрофия мочеполовой системы, вымывание кальция из костей, увеличенная частота болезней сердца и нарушение содержания липидов сыворотки крови, включая повышение уровней триглицеридов и холестерина.

Основная причина смерти женщин в климактерическом возрасте - сердечно-сосудистые заболевания.

Существует ли менопауза у мужчин?

На самом деле, нет. Мужчины с понижением функции половых желез также страдают от приступов и ускоренного вымывания минералов из костей. Если мужчина жалуется на "приливы", следует подозревать патологический процесс, так как, в отличие от приливов в менопаузе, такие симптомы у мужчин не отражают физиологически запрограммированных явлений.

Диагноз менопаузы

У женщины старше 45 лет с вторичной аменореей на протяжении 6-12 месяцев диагноз менопаузы ставится на основании только анамнеза. Тазовое исследование может подтвердить выявление атрофических изменений влагалища.

К концу периода деторождения сывороточные концентрации ФСГ постепенно растут. Появляются ановуляторные периоды, что приводит к сильным эндометриальным кровотечениям и меноррагии. Когда наступает аменорея, уровень гонадотропинов становится постоянно повышенным, ФСГ - более значительно (в 10-20 раз), чем Л Г (в 3 раза). Содержание ФСГ выше 40 ед/л позволяет говорить о недостаточности яичников. Однако повышенные уровни гонадотропинов сами по себе не могут быть диагностически значимыми, так как уровни ФСГ и ЛГ часто повышаются в тех же границах, что и при менопаузе, во время среднецикловой волны у женщин преклимактерического периода.

Схемы гормональной заместительной терапии при менопаузе

Продолжительное ежедневное замещение эстрогенами приемлемо для женщин с отсутствием эндометрия после гистерэктомии. Таким женщинам обычно назначают конъюгированные эстрогены, 0,625-1,25 мг/день. Для женщин, которым требуется добавление прогестерона с целью предотвращения гиперплазии эндометрия или возникновения опухоли, необходима комбинированная терапия. Такая терапия часто состоит из конъюгированных эстрогенов (0,625-1,25 мг/день на период с 1-го по 25-й день каждого месяца) и ацетата медроксипрогестерона (5-10 мг/день на 13-й - 25-й день каждого месяца); последние 5 дней месяца гормонов не дают. После отмены гормонов часто бывают кровотечения. В альтернативных методах используют комбинацию конъюгированных эстрогенов (0,625-1,25 мг) и ацетата медроксипрогестерона (2,5-5,0 мг каждый день месяца). Возможны мажущие выделения при любом методе лечения, но продолжительные кровотечения, особенно в начале цикла последующей терапии, могут потребовать биопсии эндометрия.

Наиболее частым показанием для гормонзаместительной терапии в климактерическом возрасте является необходимость устранения вазомоторных симптомов или атрофия мочеполовой системы.

Каковы преимущества этого метода?

Уменьшаются вазомоторные симптомы, снижается диспареуния; частота циститов может быть снижена восстановлением нормальной флоры влагалища. Другие преимущества включают благоприятные изменения сывороточных липидов, снижение уровня ЛНП и увеличение содержания ЛВП холестерина, уменьшение риска инсульта и ИБС, предотвращение остеопороза и связанных с ним остеопоретических переломов.

Результаты объективных лабораторных исследований сна показывают, что эстрогензаместительное лечение улучшает качество сна, уменьшает время наступления сна и увеличивает фазу быстрого сна (быстрых движений глаз).

Каковы потенциально вредные эффекты?

Назначение эстрогенов без прогестерона увеличивает риск гиперплазии эндометрия или рака в 6-8 раз. Увеличивает ли распространенность гипертензии, тромбоэмболической болезни или рака грудной железы заместительная терапия в климактерическом возрасте, неясно. Определенно, эстрогены не следует назначать при раке грудной железы. Однако последние исследования показали, что вспомогательная терапия тамоксифеном снижает скорость вымывания минералов из костей у больных раком грудной железы.

Прогестерон, который заметно снижает риск рака эндометрия, может вызвать задержку жидкости, а также уменьшение уровней ЛНП и ЛВП холестерина.