

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРАНДАКСИНА ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Ф.А. Фаттахова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л.И. Мальцева)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

В последние годы отмечается рост частоты оперативных вмешательств на половых органах, объем которых включает удаление яичников [1]. После тотальной овариэктомии развивается обширный комплекс нервно-психических, вегетососудистых и обменно-эндокринных нарушений, обусловленных резким исключением гормональной функции яичников. В ответ на снижение уровня половых стероидов развивается закономерное повышение секреции гонадотропных гормонов [4]. После билатеральной оофорэктомии концентрация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в сыворотке крови повышается на 5—7-й день после операции, а через 20—30 дней уровень содержания этих гормонов становится в 7—10 раз выше, чем у женщин в детородном возрасте, и приближается к уровню, характерному для климактерического периода [8]. Удаление яичников, произведенное в периоде естественной возрастной инволюции, усугубляет биологическую трансформацию организма [5].

Вегетососудистые и нервно-психические симптомы возникают обычно через 2—3 недели после овариэктомии и достигают полного развития спустя 2—3 месяца. Обратное развитие посткастрационного синдрома происходит в первый год после операции, но у 25% женщин патологические симптомы сохраняются в течение 2—5 и более лет. В первые 2 года у 73% женщин преобладают нейровегетативные нарушения, у 16% — психоэмоциональные и у 11% — обменно-эндокринные расстройства. В последующие годы частота обменно-эндокринных нарушений возрастает, психоэмоциональные расстройства сохраняются длительное время, уменьшается частота нейровегетативных нарушений. Особенно тяжело переносят удаление яичников женщины, прооперированные

в переходном возрасте (45—50 лет). Затяжное и тяжелое течение имеет посткастрационный синдром у женщин с экстрагенитальной патологией [6, 7].

Среди препаратов, назначаемых в комплексной терапии посткастрационного синдрома, достойное место занимают транквилизаторы и седативные средства. Однако в литературе нам не встретилась информация о применении анксиолитика грандаксина при посткастрационном синдроме.

Целью нашего исследования была оценка влияния грандаксина на вегетососудистые и нервно-психические симптомы посткастрационного синдрома по данным опроса, контроля АД и частоты пульса в динамике. Результаты подвергнуты статистическому анализу [2].

Обследованы 14 женщин в возрасте от 40 до 53 лет ($45,6 \pm 1,6$ года). В репродуктивном возрасте была одна женщина, в менопаузе — 11, и у 2 менструация отсутствовала в течение 6 месяцев. Больные были прооперированы 3—8 месяцев назад в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками. Показанием для удаления яичников служили сочетание миомы матки или аденомиоза с патологией яичников (эндометриоидные кисты — у 9, серозная цистаденома — у одной, простые кисты — у 3, двусторонний пиовар — у одной).

У 7 больных отмечалась отягощенная наследственность (онкологические заболевания у кровных родственников, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), у 2 — отягощенный аллергологический анамнез (бронхиальная астма, отек Квинке на прием медикаментов). Экстрагенитальная патология констатирована у 13 женщин: хроническая анемия — у 12, гипертоническая болезнь — у 2, ИБС — у одной, хронический холецистит — у одной, хронический гастрит — у 2.

Больные были осмотрены через $3,5 \pm 0,3$ месяца после операции. У 11 больных в клинической картине преобладали вегетососудистые расстройства. Всех больных беспокоили приливы жара, озноб, повышенная потливость (преимущественно в ночное время). При незначительном волнении у 10 (71%) женщин появлялись расстройства дыхания в виде учащения, чувство “кома в горле”, “нехватки воздуха”. Спонтанное изменение частоты сердечных сокращений либо “замирания сердца” отмечали 86% больных. У 71% пациенток был неустойчивый стул (запоры, поносы, метеоризм). 9 больных жаловались на сонливость, слабость, ухудшение памяти, рассеянность, снижение либидо. Указанные нарушения появлялись через 3 недели после оперативного вмешательства.

Больным был назначен грандаксин в суточной дозе 100 мг в 2 приема в утренние и дневные часы в течение 3 недель в виде монотерапии. Во время приема препарата больные вели дневник наблюдения, где регистрировали субъективную выраженность имеющихся нарушений, частоту пульса каждые 3 часа 5 раз в день и АД в полдень.

В результате применения грандаксина у всех больных с посткастрационным синдромом самочувствие улучшилось, но в различной степени. Головными болями до лечения страдали 71% больных, при лечении — 36% ($P < 0,05$). Расстройства желудочно-кишечного тракта сохранялись у 4 больных (снижение на 43%; $P < 0,05$). Нормализация дыхания наступила у 6 из 10 женщин ($P < 0,05$). Вазомоторные реакции имелись у 6 из 14 больных ($P < 0,05$), утомляемость — у 5 из 9, нарушения сердечно-сосудистой системы — у 4 из 12.

Наилучшие результаты были получены в отношении вазомоторных реакций, расстройств дыхания, желудочно-кишечного тракта; уменьшились утомляемость, головные боли (в 2,5 раза). Побочных эффектов грандаксина нами не отмечено.

Удаление яичников выключает циклическую функцию с последующим нарушением гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений с развитием психовегетативного синдрома [3]. Специфику вегетативных и психоэмоциональных расстройств после кастрации определяет неоднозначность сдвигов в механизмах гормональных обратных связей. Возникающий клинический симптомокомплекс сходен с таковым у больных с климактерическим синдромом. При лечении климактерического синдрома многие годы с хорошим эффектом применялся грандаксин. Результаты, полученные при лечении вегетососудистых нарушений у больных с посткастрационным синдромом, подтвердили вегетостабилизирующие свойства препарата и позволяют считать целесообразным включение грандаксина в комплексную терапию посткастрационного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — Л., 1989.
2. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение критериев непараметрической статистики для оценки различий двух групп наблюдений в медико-биологических исследованиях. — М., 1969.
3. Мануилова И.А.// Акуш. и гин. — 1973. — Т. 66. — С. 54—57.
4. Мануилова И.А. Клиника, патогенез и лечение посткастрационного синдрома. — М., 1980.
5. Сметник В.П., Тумилова Л.Г. Неоперативная гинекология/ Руководство для врачей. — СПб, 1995.
6. Christiansen C.// First in a series of women health after menopause. — Madrid, 1992.
7. Pekonen F., Siesbers R., Makinen T.// Clin. Endocr. — 1986. — Vol. 25. — P. 1—6.
8. Yen S.S.C.// J. Reprod. Med. — 1977. — Vol. 18. — P. 287—295.

Поступила 30.12.99.

USE OF GRANDAXIN IN PATIENTS WITH POSTCASTRATION SYNDROME

F.A. Fattakhova

S u m m a r y

The results obtained in the treatment of 14 women ($45,6 \pm 1,6$ years) with postcastration syndrome confirmed the vegetostabilizing properties of grandaxin. It is advisable to include grandaxin ($0,1 \times$ twice daily) into the complex therapy of postcastration syndrome.