

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

А. М. АГАРОНОВ

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ НЕВРОЗЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
ПО ПОВОДУ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

В период, предшествующий полному физиологическому прекращению месячных или после наступления такового, у женщин нередко наступает ряд функциональных вазомоторных, секреторных и трофических нарушений, именуемых «эндокринопатией», «климактерическими расстройствами», «явлениями выпадения функций яичников». Эти нарушения чаще всего характеризуются: внезапными и кратковременными приливами «горячего» к голове с покраснением лица и шеи, часто сменяющимися ненормальной бледностью; склонностью к обильному потоотделению по всему телу или в ограниченных участках тела; сердцебиением и головокружением; ощущением ползания мурашек; иногда—зудом наружных половых органов; повышенной раздражительностью; быстрой утомляемостью и понижением трудоспособности; ослаблением памяти и, весьма редко, психическими расстройствами (климактерический психоз).

Эти функциональные расстройства авторы [1—14] приписывают различным факторам. Многие из них основной причиной этих расстройств считают нарушение функций яичников (Г. Л. Дозорцева, Г. В. Труевцева, Б. Цондек (Zondek) и др.), которое наступает в период предшествующий менопаузе, поэтому этот симптомокомплекс называют «выпадением функции яичников».

Сложность этого симптомокомплекса не позволяет считать, что нарушение функции только одной половой железы может привести к целому ряду нарушений как вегетативного, так и невротического и даже психического характера. Исследования состояния эндокринных желез, проведенные отечественными и зарубежными авторами, указывают на плюригландулярный характер нарушений при этом симптомокомплексе.

Нарушение функций яичников, надо полагать, в определенных случаях приводит через центральную нервную систему к нарушению функции других эндокринных желез—гипофиза, коры надпочечников, щитовидной железы, а эти, в свою очередь, вызывают ряд расстройств характера вазомоторного, секреторного и трофического.

В. Г. Баранов считает, что в основе климактерического невроза лежит распространенная возрастная перестройка гипоталамических цен-

тров характера повышенной реактивности. Эта перестройка приводит к нарушению циклической гонадотропной деятельности яичников с прекращением овуляции и репродуктивной способности организма. Как правильно указывает М. И. Аствацатуров, в патогенезе климактерических расстройств, помимо выпадения функции яичников, немалую роль играет, по-видимому, невропатическая конституция.

Повседневные наблюдения подтверждают, что эти расстройства отмечаются не у всех женщин, достигших определенного возраста. Иногда они выявляются много времени спустя после полного прекращения менструации. Эти расстройства иногда полностью отсутствуют после рентгенокастрации или оперативного удаления матки с придатками у молодых женщин.

В. Штеккель (Stoeckel) считает, что женщина со здоровыми нервами часто быстро и легко справляется с климактерическими симптомами, в то время как неврастенички и психопатические субъекты сильно страдают. Дюбуа (Dubois) и Вальтард (Waltherdt) высказали предположение, что в основе этих расстройств лежит психоневроз.

Нам кажется, что весь этот симптомокомплекс, наблюдаемый у женщин при климаксе или в менопаузе, правильнее называть, как это делают многие авторы, климактерическим неврозом, тем самым будет подчеркнуто значение центральной нервной системы в патогенезе этого страдания.

Частоту климактерического невроза определить трудно, так как страдающие этим заболеванием женщины обращаются к врачебной помощи только при более или менее беспокоящих проявлениях болезни, причем некоторая часть поступает под наблюдение гинекологов, другая—терапевтов, третья—невропатологов. Можно считать, что значительная часть женщин старше 42—44 лет страдает климактерическим неврозом в различных его проявлениях.

Так как вопрос о методике оперативного вмешательства при фибромиоме матки некоторыми гинекологами рассматривается в связи с климактерическим неврозом, иногда наступающим после этой операции, мы сочли необходимым проверить состояние у части женщин, подвергшихся этой операции в ранее заведываемой нами клинике Одесского мединститута. Оказалось, что из числа 176 оперированных нами больных с фибромиомой матки, ответивших на наш запрос, климактерический невроз, в различной степени выраженный, развился у 118 женщин (67%), а у 58 женщин (33%) не было никакого проявления невроза.

По Е. И. Кватеру «климактерический синдром» наблюдается, главным образом, в первые три года климакса и менопаузы у 66,3% всех женщин, предъявляющих жалобы.

На наш запрос ответила только половина запрошенных. Нужно полагать, что в числе не ответивших было больше женщин, не имевших жалоб. По нашим данным следует, что климактерический невроз развивается у женщин, оперированных по поводу фибромиомы матки не чаще, чем у женщин, не подвергшихся оперативному вмешательству. Подобное

же соотношение частоты развития климактерического невроза (2 : 1) сохранилось почти во всех основных группах больных по характеру произведенных операций, как это видно из прилагаемой таблицы.

Таблица 1

Характер операции	Невроз развился	Остались здоровыми
Ампутация матки	73	36
Ампутация матки с односторонним удалением придатков . .	30	11
Ампутация матки с двухсторонним удалением придатков . .	7	—
Консервативная миомэктомия	2	7
Экстирпация матки	4	1
Экстирпация матки с односторонним удалением придатков .	2	1
Экстирпация матки с двухсторонним удалением придатков .	—	2
Всего	118 б-ных	58 б-ных

Из 58 оперированных, у которых не было явлений невроза, 53 подверглись операции с сохранением обоих яичников (у 44 б-ных) или одного яичника (у 12), а у 2 менструирующих больных была произведена экстирпация матки с удалением придатков обеих сторон.

Больные этой группы были в возрасте: до 40 лет—24, от 41 до 45—22, от 46 до 50—9 и свыше 51 года—3. Длительность наблюдения: 2 года—8 жен., 3 года—11 и до 10 лет—37 женщин. Таким образом, при длительном наблюдении (от 2 до 10 лет) у 46 женщин, оперированных в возрасте до 45 лет, климактерический невроз не развивался. В их числе было 5 больных в возрасте 30—34 лет, а двум больным была произведена экстирпация матки с удалением придатков обеих сторон.

В группе женщин, у которых развился невроз, 116 больных подверглись операции ампутации или экстирпации матки с оставлением обоих или одного яичника. Эти больные были в возрасте: до 40 лет—33, от 41 до 45—40, от 46 до 50—37, от 51 и выше—16.

Из этой группы двум больным была произведена консервативная миомэктомия; у них месячные сохранились, но в последующем развивался невроз. Одна из них была 39 лет, другая—43 лет; у первой невроз развивался через 7 лет, т. е. в 46 лет, а у другой—через 6 лет при сохранившихся месячных.

У наших больных после операции по поводу фибромиомы с оставлением одного или обоих яичников невроз развивался в возрасте: у больных от 33 до 40 лет—в среднем к 40,1 годам; у больных от 41 до 45 лет—в среднем к 45,4 годам.

Из приведенных данных следует, что и при консервативной миомэктомии климактерический невроз может развиться вне зависимости от произведенной операции: при ампутации или экстирпации матки у боль-

ных в возрасте от 41 до 45 лет климактерический невроз развивается тогда же, когда и у женщин, не страдающих фибромиомой; у больных же, оперированных в возрасте до 40 лет, невроз развивается несколько раньше.

Все изложенное позволяет сделать и некоторые другие выводы в отношении характера оперативного вмешательства при фибромиоме матки. Как известно, некоторые гинекологи считают, что удаление тела матки (следовательно и эндометрия) при операции по поводу фибромиомы способствует мелкокистозному перерождению оставленных яичников с последующей их гибелью и наступлением климактерического невроза. С целью предупреждения развития невроза предложены различные модификации ампутации матки с оставлением ткани эндометрия (Н. П. Верхацкий, Э. М. Каплун, С. Б. Голубчин, А. Р. Гусейнов).

Предложение оставлять эндометрий основано на клиническом наблюдении за состоянием яичников после операции и на экспериментальных данных у животных, чаще—у крольчих. Между тем еще в 1895 г. Д. Д. Попов описал мелкокистозное перерождение яичников при фибромиоме, что подтверждается повседневно при операциях. Развитие кист или мелкокистозное перерождение в оставленных при операции фибромиомы яичниках является не следствием удаления эндометрия, а продолжением процесса дисфункции, начавшегося до развития фибромиомы и способствовавшего развитию самой фибромиомы. Кроме того, результаты экспериментальных наблюдений у животных не могут быть целиком перенесены на людей, тем более в вопросах, связанных с функцией центральной нервной системы.

Сохранение ткани эндометрия при ампутации матки часто не дает положительного непосредственного эффекта, так как нередко оставленная ткань некротизируется и отпадает в ближайшие дни после операции. И по данным авторов, сторонников этого метода, оставленный эндометрий не гарантирует от развития климактерического невроза.

Учитывая, что модификация ампутации матки при фибромиомах с целью сохранения эндометрия усложняет операцию и отдаленные результаты при них, в смысле профилактики неврозов, весьма проблематичны, мы считаем, что «аутотрансплантация эндометрия», как метод сохранения овариально-менструальной функции, может быть применена только у женщин в возрасте до 35 лет.

Как указано было выше, климактерический невроз может быть выражен в различной степени и быть кратковременным или весьма длительным и тягостным. Основная жалоба у оперированных нами больных была на прилив «горячего» к лицу или по всему телу. Из них приливами средней силы страдали 63 женщины, редкими и незначительными—31, частыми—10, сильными—5; приливами холодного к лицу—3. Кроме этого основного страдания, отмечено: чувство анемии у 1, зуд половых органов—у 2, головные боли—у 9, понижение трудоспособности, быстрая утомляемость—у 8, бессонница—у 3, сонливость—у 1.

Для лечения климактерического невроза предложены различные средства. Сторонники овариальной этиологии невроза применяют эстрогенные препараты, сторонники же гипофизарной этиологии—препараты гипофиза (пролан). Рекомендуется рентгенотерапия на область гипофиза (А. Р. Попова-Дюмина) или щитовидной железы. Чаще применяют симптоматическое лечение (валерьянка, бром, веронал, люминал, пиромидон; при зуде—облучение кварцевой лампой, кальций и т. п.).

Мы широко применяли гормональные препараты с положительными результатами в начале лечения, однако в дальнейшем применение их чаще всего неэффективно. При тяжелых проявлениях заболевания иногда неплохие результаты давало рентгенооблучение области гипофиза с височных полей по $\frac{1}{3}$ эритемной дозы. Но и при этой терапии мы иногда наблюдали неудачи.

За последние 5 лет мы, исходя из концепции о главенствующей роли состояния нервной системы при климактерических неврозах, стали широко применять как при слабых, так и при сильных проявлениях невроза бром-кофеиновую терапию в сочетании с гидропроцедурами и снотворными на ночь.

Бром-кофеиновую терапию мы проводили в виде внутривенных инъекций (ежедневно) по 10 мл 10% раствора бромистого натрия и одновременно (подкожно) инъекции кофеина 10% по 1 мл; на ночь—барбитал 0,2. Особенно хорошие результаты мы получали при одновременном применении гидропроцедур в виде тепловатого ($36-35^{\circ}\text{C}$) веерного или циркулярного душа, прохладных обливаний или влажных тепловатых обтираний на ночь области спины, груди и поясницы. Подобное комбинированное лечение в течение двух недель обычно дает весьма эффективные результаты. Не дожидаясь возобновления невротических явлений, желательно повторение подобного курса лечения два-три раза, в зависимости от тяжести заболевания.

Резюмируя изложенное, мы считаем возможным отметить следующее:

1. Симптомокомплекс функциональных расстройств, наблюдаемых у женщин перед или после полного прекращения месячных, правильнее называть «климактерическим неврозом».

2. В развитии климактерического невроза, наряду с нарушениями эндокринной корреляции, играет определенную роль и невропатическая конституция.

3. Климактерический невроз после операции по поводу фибромиомы матки развивается не чаще, чем у практически здоровых женщин.

4. Средний возраст для наступления климактерического невроза после операции по поводу фибромиомы у женщин в возрасте до 40 лет равен 40,1 годам, а у оперированных в возрасте 41—45 лет—45,4 годам.

5. Климактерический невроз может развиваться и после консервативной миомэктомии и при высокой ампутации с сохранением месячных.

6. Различные модификации ампутации или экстирпации матки, имеющие целью сохранить небольшую ткань эндометрия для овариально-

менструальной функции, могут быть обоснованы только для женщин в возрасте до 35 лет.

7. Применяемая нами комбинированная методика лечения климактерических неврозов весьма эффективна.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступило 23.I 1961 г.

Ա. Մ. ԱՀԱՐՈՆՈՎ

ԱՐԳԱՆԻ ՖԻՐՐՈՄԻՈՄԱՅԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ԱՌԱՋԱՅՈՂ ԿԼԻՄԱԿՏԵՐԻԿ ՆԵՎՐՈԶՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Արգանդի ֆիբրոմիոմայով տառապող 176 հիվանդի մոտ կատարված վիրահատումից՝ ամպուտացիայից, էքստիրպացիայից կամ կոնսերվատիվ միոմէկտոմիայից հետո ստացված հեռավոր արդյունքների ուսումնասիրության հիման վրա հեղինակը հանգում է այն եզրակացությանը, որ արգանդի ամպուտացիայի առաջարկված մոդիֆիկացիաները այն դեպքում, երբ պահպանվում է էնդոմետրի հյուսվածքը, արդյունավետ չեն, մանավանդ որ մեկ կամ երկու կողմերի հավելուկների պահպանմամբ կատարված՝ արգանդի ամպուտացիայից հետո կլիմակտերիկ ներոզները զարգանում են ոչ ավելի հաճախ, քան այն կանանց մոտ, որոնք չեն ենթարկվել այդ վիրահատմանը:

Հեղինակի կողմից առաջարկվող մեթոդիկայով կլիմակտերիկ ներոզների կոմբինացված բուժումը տալիս է դրական արդյունքներ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арсеньева М. Г. и Раскин А. М. Акуш. и гинек., 1960, 4.
2. Аствацатуров М. И. В кн. Руководство по жен. бол. под ред. Л. Л. Кривского 1927,
3. Баранов В. Г. Клин. мед., 1960, 12.
4. Верхацкий П. П. Акуш. и гинек., 1937, 12.
5. Голубчин С. Б. Акуш. и гинек., 1952, 1.
6. Гусейнов А. Р. Акуш. и гинек., 1952, 1.
7. Дозорцева Г. Л. Здравоохр. Белоруссии, 1957, 8.
8. Каплун З. М. Акуш. и гинек., 1937, 7.
9. Кватер Е. И. Сов. мед., 1957, 2.
10. Попова-Дюмина А. Р. Акуш. и гинек., 1939, 5.
11. Труевцева Г. В. Акуш. и гинек., 1954, 2.
12. Dubois, Walthardt, цит. по Р. Шредеру, учебник гинекологии, 1930 (перевод).
13. Stoeckel W. Lehrbuch der Gynaekologie, 1930.
14. Zondek B. Arch. Gynäk., 1931, bd. 144.