

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,  
ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

# **Роль перименопаузальной патологии в развитии хронических дерматозов**

**доц. Золото Е. В.**

**Директор НИИ РЗДПМ, внештатный республиканский специалист по детской и подростковой гинекологии МЗ ДНР, городской специалист по гинекологии детского и подросткового возраста МЗ ДНР, доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

**14 октября 2020 г. г.Донецк**

**МЕНОПАУЗА** — ЭТО БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, КОГДА НА ФОНЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРОИСХОДИТ ВЫКЛЮЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ - ПЕРИОД ПЕРЕХОДА ЖЕНЩИНЫ ОТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФАЗЫ К СОСТОЯНИЮ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ МЕНСТРУАЦИЙ.

**КЛИМАКТЕРИЙ** (ПЕРИМЕНОПАУЗА) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:  
- ПРЕМЕНОПАУЗУ — ВРЕМЯ УГАСАНИЯ ФУНКЦИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ;  
- МЕНОПАУЗУ — ПОСЛЕДНЮЮ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ МЕНСТРУАЦИЮ.  
ОПРЕДЕЛИТЬ МЕНОПАУЗУ МОЖНО ТОЛЬКО РЕТРОСПЕКТИВНО, КОГДА ЖЕНЩИНА ЗАМЕЧАЕТ, ЧТО НА ПРОТЯЖЕНИИ 12 МЕСЯЦЕВ У НЕЕ НЕТ МЕСЯЧНЫХ.





РАННЯЯ ПОСТМЕНОПАУЗА — ПЕРИОД В 1–2 ГОДА ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ;

ПОЗДНЯЯ ПОСТМЕНОПАУЗА — ЭТОТ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО КОНЦА ЖИЗНИ

Выделяют:

- × преждевременную менопаузу (до 40 лет);
- × раннюю (40-45 лет);
- × своевременную (46-54 года);
- × позднюю (старше 55 лет).

**Перименопауза** включает период менопаузального перехода +12 месяцев после последней самостоятельной менструации.

**Постменопауза** – период после наступления менопаузы.

Различают фазы раннего постменопаузального периода:  
+1a, +1b, +1c

У женщин между 30 и 90 годами более чем на 50% уменьшается количество выростов, что влияет на трофику кожи. Установлено, что в возрасте 30-80 лет уровень эпидермального обмена снижается приблизительно на 30-50%, также уменьшается скорость линейного роста волос и ногтей.



Ощутимые и принципиальные изменения происходят и в дерме. У пожилых людей толщина дермы уменьшается примерно на 20%, хотя на защищенных от солнца участках кожи существенное истончение происходит только после 80 лет. При этом значительно сокращается клеточный состав дермы, исчезают сосуды. Каждое десятилетие жизни и у мужчин, и у женщин эластичность и растяжимость кожи снижаются приблизительно на 25%.

Размер сальных желез и их число с возрастом не изменяются, но продукция кожного сала уменьшается приблизительно на 23% в десятилетие, начиная со второго, что связано с уменьшением производства гонадного или надпочечного андрогена, к которому сальные железы исключительно чувствительны.

Имеются данные о возможно связанных с возрастом изменений в мукополисахаридах или других молекулах основного вещества, в которое погружены коллагеновые и эластические волокна. Отмечено уменьшение содержания в коже мукополисахаридов. В итоге наступает обезвоживание кожи, а потеря воды ассоциирована с сухостью кожи у пожилых людей.

---

Особую проблему представляют процессы увядания и изменения со стороны кожи и придатков у женщин.

Известно, что после 30-35 лет начинается постепенное снижение содержания некоторых половых гормонов в крови человека. В период пери- и постменопаузы происходит угасание функции яичников и почти полностью прекращается производство эстрогенов фолликулярным аппаратом, но в строме яичников продолжается секреция их андрогенных предшественников. Так, суммарное количество эстрогенных гормонов у женщин после 40-45 лет снижается примерно в 13 раз по сравнению со средними значениями в норме. Снижение, а позднее и прекращение функции яичников в период пре- и постменопаузы приводят к синдрому дефицита эстрогенов, но, в отличие от гипоэстрогении, образование тестостерона и андростендиола в яичниках продолжается более длительное время.

- × С возрастными изменениями кожи ассоциированы некоторые хронические дерматозы у женщин: розацеа, сухость кожи, поздние угри, андрогенетическая алопеция, очаговая склеродермия.

Розацеа – хроническое заболевание кожи лица. Клинически розацеа характеризуется эритемой центральной части лица, телангиэктазиями, папулами, пустулами, узлами, очагами гиперплазии сальных желез и соединительной ткани. Розацеа редко выявляется у людей с темной кожей, болеют ею преимущественно светлокожие. Первые признаки в основном появляются в 30-40 лет, полная клиническая картина формируется в 40-50 лет. Чаще болеют женщины.

В патогенезе розацеа значительная роль отводится патологии желудочно-кишечного тракта, дисфункции эндокринной системы, психосоматическим и иммунным нарушениям. У 50-90% больных розацеа проявляются симптомы гастрита, многими авторами установлена корреляция розацеа с гепатопатией или холецистопатией. Однако, если у 28% больных розацеа был подтвержден гастрит, то среди пациентов с другими заболеваниями кожи – у 35%.

Некоторые продукты, такие как алкоголь, горячие напитки, пряности, благодаря рефлекторному действию вызывают расширение сосудов кожи лица. Однако существует мнение, что на расширение сосудов лица больше влияют не кофе, кола и другие напитки, а температура воды выше 60 °С. Предположение о связи чрезмерного увлечения мясными продуктами с ринофимой не подтверждается наличием розацеа у вегетарианцев. Вместе с тем больным розацеа рекомендуют исключить из рациона продукты, вызывающие эритему. Утяжеляют клинические проявления розацеа такие физические факторы, как солнечное облучение, тепло, холод. Считается, что в секрете сальных желез кожи лица повышено содержание порфиринов, в связи с чем возникает фотодинамическое поражение структурных элементов кожи.





Чаще всего заболевание отмечается у женщин с ранней менопаузой, физиологическим или хирургическим климаксом, в патогенезе розацеа несомненна роль изменений метаболизма половых стероидных гормонов. Высказывалось мнение о роли психических факторов в возникновении розацеа, однако, скорее, можно говорить о влиянии розацеа, как серьезного косметического дефекта, на психику больного.

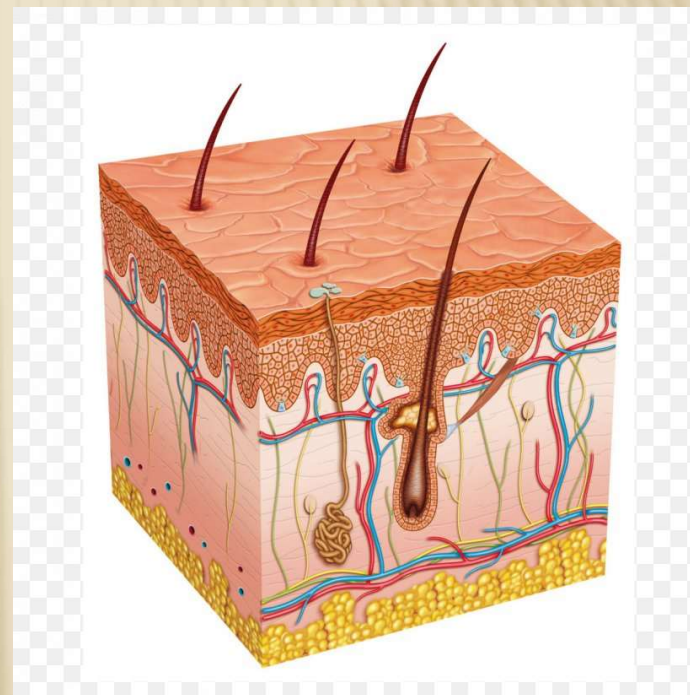
При розацеа развивается венозный стаз в области оттока лицевой вены, соответствующей наиболее частой локализации розацеа. В зону оттока лицевой вены попадает и конъюнктивит, что объясняет частое наличие при розацеа конъюнктивита. Предполагают, что кровеносные и лимфатические сосуды кожи первично не вовлекаются в патологический воспалительный процесс.

Различают четыре стадии заболевания – эритематозную, папулезную, пустулезную, инфильтративно-продуктивную. Частые эпизоды приливов (первая стадия) следуют за стойкой эритемой (эритроз) и телеангиэктазией (вторая стадия). Только у небольшого количества больных развиваются папулы и пустулы (акне розацеа). Ринофима является четвертой и последней стадией, развивающейся только у ограниченного числа больных, особенно у мужчин с эритрозом, ограниченным только кожей носа. Обычно одновременно с акне розацеа развивается поражение глаз.

С возрастом существенные изменения претерпевают и сальные железы, в частности в них начинаются атрофические и дегенеративные изменения. К гормонам, стимулирующим выделение кожного сала, относятся андрогены, прогестерон, к гормонам, подавляющим салоотделение, – эстрогены.

Развитие себореи у женщин климактерического возраста объясняется изменением нормальных соотношений в организме между андрогенами и прогестероном. При этом чаще отмечаются гиперандрогения в сочетании с гипоэстрогенией или гиперпрогестеронемией, приводящие не только к гиперсекреции, но и к гиперплазии сальных желез. Уровень гонадотропных гормонов в сыворотке крови у женщин с заболеваниями сальных желез повышен, уровень эстрадиола – снижен, причем в большей степени у женщин с поздними угрями. С возрастом у женщин дисфункция сальных желез преимущественно проявляется в виде сухости кожи, у части женщин изменение секреции кожного сала происходит в сторону ее усиления.

Такая нехарактерная для перименопаузального возраста гиперсекреция кожного сала может выразиться и в развитии воспалительных папулезно-пустулезных элементов – так называемые поздние акне. Терапия их мало отличается от лечения юношеских угрей: витамин А и его синтетические аналоги, тетрациклиновая группа антибиотиков, наружно комедонолитики, кремы с эритромицином и клиндомицином. Единственным принципиальным различием в терапии поздних и юношеских акне является назначение гормонозаместительной терапии, которая оказывается весьма эффективной.



Влияние возрастных гормональных дисфункций у женщин климактерического возраста на хроническое прогрессирующее течение дерматозов (розацеа, очаговая склеродермия, андрогенетическая алопеция, поздние угри) обосновывает рациональность применения заместительной гормональной терапии после обследования гормонального статуса у больных и консультации гинеколога-эндокринолога.



**Спасибо  
за внимание!**

