

Негматшайева Хабибахон Набиевна (к.м.н., доцент)

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Андижанский государственный медицинский институт

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ В
ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОВАРИЭКТОМИЮ**

Резюме: В последние годы отмечается тенденция к росту числа гинекологических заболеваний, требующих радикального оперативного вмешательства, а также «омоложение» контингента оперированных женщин.

Большой статистический материал показывает, что удаление одного яичника у женщин репродуктивного возраста осуществляется весьма часто и составляет около 12% в гинекологических стационарах.

Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60 - 80 % пациенток сопровождается развитием синдрома постовариоэктомии, представляющего собой комплекс нейровегетативных, психоэмоциональных, обменно-эндокринных нарушений, являющихся следствием острого дефицита половых стероидов.

Ключевые слова: овариэктомия, репродуктивный возраст, яичник.

Negmatshayeva Habibakhon Nabievna (k.m.n., Associate Professor)

Andijan State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

**MODERN METHODS OF DIAGNOSING DISORDERS IN THE
BODY OF WOMEN WHO HAVE UNDERGONE OVARIECTOMY**

Resume: In recent years, there has been a tendency towards an increase in the number of gynecological diseases requiring radical surgery, as well as "rejuvenation" of the contingent of operated women.

The most common operation in most countries of the world is hysterectomy with or without appendages for uterine fibroids and endometriosis.

In 60% of women, the ovaries are removed simultaneously during a hysterectomy. A large statistical material shows that the removal of one ovary in women of reproductive age is carried out very often and is about 12% in gynecological hospitals.

Surgical shutdown of ovarian function at reproductive age in 60 - 80% of patients is accompanied by the development of postovarioectomy syndrome, which is a complex of neurovegetative, psychoemotional, metabolic endocrine disorders resulting from an acute deficiency of sex steroids.

Key words: oophorectomy, reproductive age, ovary.

Актуальность проблемы: Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60-85% пациенток сопровождается развитием постовариэктомического синдрома (ПС), характеризующегося появлением нейро-вегетативных и обменно-эндокринных нарушений на фоне острого дефицита половых стероидов[3]. Широкий спектр клинических проявлений ПС объясняется тем, что различные типы эстрогеновых (а и (J), прогестероновых (А и В) и тестостероновых рецепторов локализуются не только в репродуктивной системе, но и в различных экстрагенитальных структурах[2]. Эти структуры весьма чувствительны к ослаблению физиологической регуляции половыми стероидами при резком выключении гормональной функции яичников.

К настоящему времени выполнено большое число работ, рассматривавших вопросы патогенеза, клиники и терапии системных изменений, связанных с естественной менопаузой. Заметно меньше накоплено информации об изменениях в женском организме в условиях остро возникающего дефицита половых стероидов после овариэктомии[1,3]. До настоящего времени практически отсутствуют обобщающие исследования, посвященные изучению времени появления и динамики системных нарушений сердечно-сосудистой и костной систем у женщин после овариэктомии, произведенной в репродуктивном возрасте.

Недостаточно изучены возможные механизмы адаптации после перенесенного оперативного вмешательства. Имеются единичные исследования по изучению эффективности различных режимов заместительной гормональной терапии (ЗГТ), назначаемой для коррекции не только нейровегетативных проявлений постовариэктомического синдрома, но и нарушений в костном гомеостазе и сердечно-сосудистой системе.

Цель исследования: Целью исследования явилась разработка патогенетически обоснованной дифференцированной тактики ведения женщин после овариэктомии, произведенной в репродуктивном возрасте, с учетом характера и динамики изменений со стороны сердечно-сосудистой и костной систем в различные сроки после операции.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач, мы обследовали 161 пациентку с диагнозом синдром постовариэктомии в обл. Андижана.

Результаты исследований и обсуждение: Влияние дефицита половых стероидов и гормональной терапии на общее состояние больных, перенесших овариэктомию в репродуктивном возрасте.

Постовариэктомический синдром, подтверждаемый по индексу Куппермана (ИК), выявлен у 92,4% женщин в первый год после оперативного вмешательства. ИК, соответствующий средним и тяжелым проявлениям ПС, регистрировали у 50 из 65 (76,9%) пациенток с продолжительностью хирургической менопаузы менее 1 года, у 35 из 61 (57,4%) женщины на сроках от 1 до 3 лет и у 12 из 35 женщин (34,3%) с продолжительностью хирургической менопаузы более 3 лет. Полученные результаты показали, что одномоментное выключение функции яичников в репродуктивном возрасте сопровождается на ранних сроках после операции развитием выраженных нейро-вегетативных нарушений у большинства больных. Из полученных данных также следует, что даже в

поздние сроки после выполненного вмешательства (> 3 лет) число пациенток со средними и тяжелыми проявлениями ПС, оцениваемым по ИК, остается весьма существенным, хотя и достоверно ($p < 0,05$) более низким, чем в первый год хирургической менопаузы.

На боли в области сердца указывали 93 (57,8%) женщины. Боли в области сердца на первом году после овариэктомии отмечали 49 из 65 больных (75,4%), на 2-3 году после операции - 32 из 61 больной (52,5%), в периоде более 3 лет после выполненного вмешательства - 12 из 35 женщин (34,3%).

Для пациенток с кардиалгией был характерен полиморфизм болевого синдрома: 52,8% больных беспокоили давящие, 45,1% - колющие, 45,2% - острые пронизывающие, 39,3% - сжимающие боли в области сердца. При этом 38,3% женщин отмечали сочетание разнообразных по характеру болевых ощущений. Преимущественной локализацией болевых ощущений являлась область верхушки сердца (67,4%) или локализация слева от грудины в 1У-У межреберье (29,1%). Редко отмечалось возникновение болей за грудиной (4,2%). К наиболее частым факторам, провоцирующим появление кардиалгии, пациентки относили психоэмоциональные нагрузки (78,2%) и физическое напряжение (21,8%). Особенности болевого синдрома по длительности, разнообразию локализации и зон иррадиации, условиям купирования (резистентность к эффекту нитратов) соответствовали не ишемической кардиалгии. Боли в области сердца примерно в половине случаев сопровождались разнообразными вегетативными реакциями в различных сочетаниях - покраснением или побледнением кожи, потливостью, головной болью, шумом в ушах, обильным мочеиспусканием, сердцебиением, дрожью, одышкой, ощущением дискомфорта и тяжести в грудной клетке, чувством нехватки воздуха без признаков нарастающей левожелудочковой недостаточности.

При анализе клинической картины ПС у 58 (36%) пациенток были выявлены клинические симптомы андрогендефицитного состояния: упадок сил, быстрая утомляемость, утрата либидо, депрессивное настроение, снижение мышечного тонуса. Наибольшее число пациенток с такими отклонениями отмечено среди женщин с продолжительностью периода после операции года - 29 женщин (44,6%). У каждой третьей пациентки с проявлениями андрогендефицита течение ПС осложнялось периодически возникающими вагоинсулярными кризами.

Реакция костной ткани на овариэктомию и костнопротективная (антирезорбтивная) эффективность различных режимов ЗГТ

Изучение влияния овариэктомии на костный метаболизм у 152 пациенток, оперированных и обследованных на момент начала исследования в

репродуктивном возрасте, показало очевидную зависимость показателей, характеризующих МПКТ и костное ремоделирование, от длительности хирургической менопаузы. Увеличение продолжительности хирургической менопаузы сочеталось со снижением значений МПКТ, оцениваемых по Т-критерию, во всех четырех исследованных отделах скелета, причем в наибольшей степени этот процесс был выраженным в поясничном отделе позвоночника (Б2-Б4). Коэффициент корреляции (r) между абсолютными значениями МПКТ и длительностью периода после овариэктомии составлял: в позвонках Б2-Б4: $r=-0,42$ ($p<0,001$); в шейке бедренной кости: $r=-0,35$ ($p<0,01$); в области Варда: $r=-0,38$ ($p<0,01$); в области большого вертела: $r=-0,38$ ($p<0,01$).

Вывод: Таким образом, во всех четырех исследованных отделах скелета абсолютные значения МПКТ находились в обратной зависимости от продолжительности хирургической менопаузы, причем наиболее выраженная потеря костной ткани отмечалась в поясничном отделе позвоночника.

На сроках после операции более 5 лет частота пациенток с остеопорозом позвоночника достигала уже 33,3% (8 из 24 женщин). Не было отмечено ни одного случая остеопороза в шейке бедра даже на отдаленных (>5 лет) сроках после оперативного вмешательства, что свидетельствует о более медленной потере костной массы в этом участке скелета в сравнении с позвоночником после выполненной овариэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Юренева СВ. Роль заместительной гормональной терапии в профилактике остеопороза у женщин, перенесших овариэктомию // Вопр. акуш., гинек. и перинат. -2004. -Т.3. -№1. -С. 86-89.

2. Юренева СВ. Остеопротегерин и его лиганды в регуляции костной резорбции: экспериментальные и клинические аспекты применения при эстрогендефицитных состояниях // Журнал акушерства и женских болезней. -2004. -Вып. 1.-Т. ЫП.-С 107-110.

3. Юренева СВ. Хирургическая менопауза и остеопороз //В кн.: Поликлиническая гинекология (клинические лекции) / -М.: МЕДпресс-информ, 2004. -С 441-459.

4. Майчук Е.Ю., Юренева СВ., Василевицкая О А Изменения липидного обмена у женщин в период постменопаузы // Журнал акушерства и женских болезней. -2004. -Вып. 2. -Т. ЛП. -С. 116-121.