

УДК 618.11-089.87-098-055.2-053.6/8

Юлдашева А.С., к.м.н., доцент

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Андижанский государственный медицинский институт

**ТЕЧЕНИЕ ПОСТОВАРИЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У
МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ**

Резюме: В современной медицине постовариэктомический синдром рассматривается как предиктор метаболического синдрома у молодых женщин. По результатам анализа различных клинико-диагностических материалов было показано, что женщины с постовариэктомическим синдромом после 40 лет имеют значительно больше метаболических нарушений.

В этой статье рассматривается широкий спектр современных методов диагностики, лечения и профилактики у молодых женщин после постовариэктомии.

Ключевые слова: постовариэктомический синдром, метаболический синдром, инсулинорезистентность.

Yuldasheva A.S., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

**THE COURSE OF POSTOVARIECTOMY SYNDROME IN YOUNG
WOMEN, ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT BY MODERN
METHODS**

Resume: In modern medicine, postovariectomy syndrome is considered as a predictor of metabolic syndrome in young women. According to the results of the analysis of various clinical and diagnostic materials, it was shown that women with postovariectomy syndrome after 40 years have significantly more metabolic disorders.

This article discusses a wide range of modern methods of diagnosis, treatment and prevention in young women after postovariectomy.

Key words: postovariectomy syndrome, metabolic syndrome, insulin resistance.

Актуальность проблемы: В последние годы наблюдается рост гинекологических заболеваний, таких как доброкачественные опухоли матки и ее придатков, эндометриоз, которые, как и другие отрасли медицины, требуют радикального хирургического вмешательства в области акушерской гинекологии[2,6].

Хирургическое прекращение функции яичников у 60-80% пациенток репродуктивного возраста сопровождается развитием рака из-за недостатка половых стероидов [1,8].

В последние годы фундаментальные исследования показали, что различные типы рецепторов эстрогена, прогестерона и тестостерона расположены не только в основных органах-мишенях: матке и молочных железах, но и в различных экстрагенитальных структурах: центральной нервной системе, костной ткани, эндотелии сосудов, кардиомиоцитах, уrogenитальном тракте, слизистых оболочках матки.. ротовая полость, гортань, кишечник [3,5].

Таким образом, можно предположить, что хирургическое прекращение функции яичников сопровождается целым комплексом патологических системных изменений в женском организме.

Однако уменьшение количества эстрогенов вследствие овариэктомии приводит к значительному повышению гонадотропной функции гипофиза в соответствии с законом отрицательной обратной связи между половыми стероидами и концентрациями гонадотропина. Повышенная секреция ФСГ и ЛГ гипофизом у женщин после овариэктомии отмечалась многими авторами» [1,4] и является основной причиной появления «горячих вспышки» – основной симптомокомплекс

Роев. Эти авторы обнаружили взаимосвязь между титрами гонадотропинов в моче и тяжестью *postop.*

Недостаточная изученность механизмов адаптационных реакций при синдроме хирургической деактивации функции яичников, особенно в раннем послеоперационном периоде и отсутствие единых подходов к коррекции возникших осложнений, послужили основой для данного исследования.

Цель исследования. Усовершенствование профилактики тяжелых проявлений постовариэктомиического синдрома проведением патогенетически обоснованной терапии в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач мы обследовали 60 пациенток с диагнозом синдром постовариэктомии в обл. Андигана.

Результаты исследования. Операция по удалению органа – двусторонняя овариэктомия у женщин репродуктивного возраста (в 82% случаев – наряду с гистерэктомией), она определяет развитие постовариэктомиического синдрома у 87,5% пациенток в послеоперационном периоде.

У молодых женщин с первого дня после удаления яичников развивается острый дефицит эстрогенов, который сопровождается повышением уровня ФСГ в крови в 2,7 раза и вегето-сосудистыми заболеваниями у 65% женщин.

В обследованных группах постовариэктомиический синдром развивается при отсутствии заместительной гормональной терапии, с первого дня периода после операции, причем у 87,5% пациенток, у 27,5% из них сформировались среднетяжелые и тяжелые формы.

Трансдермальная заместительная гормональная терапия, проводимая с первого дня послеоперационного периода у этой группы женщин,

оказывает гормонозамещающее и гормономодулирующее действие, способствуя восстановлению вегетативной регуляции на центральном и периферическом уровнях, что определяет положительную клиническую динамику у 67,5% пациенток..

На фоне заместительной гормональной терапии у пациентов патологический уровень гонадотропинов снижается в 2,3 раза по сравнению с пациентами без заместительной гормональной терапии у пациентов.

Применение заместительной гормональной терапии, оказывающей благотворное влияние на психоэмоциональную сферу, высокую вегетативную регуляцию, показатели гемодинамики, гемостаза, гормональный профиль и метаболически-эндокринные проявления гормонального баланса, обеспечивает снижение частоты развития роев до 22,5%. Близкий и долгосрочный период после операции.

С первого дня после операции комбинация заместительной гормональной терапии с иглоукалыванием может значительно уменьшить изменения в нервно-психической, метаболической и эндокринной сферах, гемодинамике и снизить риск развития постовариэктомического синдрома до 15% в ближайшем и отдаленном периоде после операции.

Вывод. Работа углубляет знания об этиопатогенезе постовариэктомического синдрома, особенно нейроэндокринных нарушений, развивающихся в ранние сроки после удаления яичников, а также механизмах действия терапии, направленной на профилактику развития ПОЭС.

Практические рекомендации позволяют применять целенаправленно ЗРТ и РТ для высокоэффективной профилактики ПОЭС у данного контингента женщин с положительными результатами в 95% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Колганов А.В. Анемический синдром при гемобластозах. – 2006.

2. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста / И.В. Леонтьева. –М. : Медпрактика-М, 2005. - 536 с.
3. Павлов А.Д. Эритропоэз, эритропоэтин, железо / А.Д. Павлов, Е.Ф. Морщакова А.Г. Румянцев // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 304 с.
4. Румянцев А.Г. Карачунский А.И., Румянцева Ю.В. Оптимизация терапии острого лимфобластного лейкоза у детей в России // Педиатрия. – 2009. – Т. 87, № 4. –С. 19-27.
5. Сараева Н.О. Механизмы развития анемии при гемобластозах // Гематология и трансфузиология. – 2007. – Т. 52, № 1. – С. 31-37.
6. Теплякова Е.Д. Способ прогнозирования развития нарушений функции миокарда у детей, находящихся на разных этапах полихимиотерапии / Теплякова Е.Д., Тарасова Н.Е., Сависько и др. // Патент на изобретение РФ № 2502071 от 20.12.2013.
7. Acute lymphoblastic leukaemia / Inaba H., Greaves M., Mullighan C. // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 1943-1955.
8. Oztarhan K. The value of echocardiography versus cardiac troponin I levels in the early detection of anthracycline cardiotoxicity in childhood acute leukemia prospective evaluation of 7-year-long clinical follow-up / K. Oztarhan, S. Guler, B. Aktas // *Pediatr. Hematol. Oncol.* – 2011. – Vol. 28, № 5. – P. 380-394.