



ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРУЕМЫЕ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Мирходжаева С.А., Рахматова Г.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

✓ *Резюме*

Было изучено состояние психовегетативной системы женщин, подвергшихся хирургической менопаузе из-за осложнений в родах. На основании результатов исследования предложены рекомендации, направленные на устранение психовегетативных расстройств и сокращение реабилитационных сроков.

Ключевые слова: хирургическая менопауза, вегетососудистая дистония, личностная и реактивная тревожность, психовегетативные расстройства

PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS ASSOCIATED WITH SURGICAL MENOPAUSE

Mirhodjaeva S.A., Rahmatova G.K.

Center for the development of professional qualification of medical workers

✓ *Resume*

The aim of study was to analyse the state of the psychovegetative system in women of reproductive age after obstetric hysterectomy, as a result of research demonstrating the clinical structure of psychovegetative disorders among women with surgical menopause. In the work it is studied the etiopathogenetic role of hysterectomy at various psychovegetative disorders.

Key words: surgical menopause, vegetative dystonia syndrome, personality and reactive anxiety, psychovegetative disorders

ХИРУРГИК МЕНОПАУЗА БИЛАН БОҒЛИҚ ПСИХОВЕГЕТАТИВ БУЗИЛИШЛАР

Мирходжаева С.А., Рахматова Г.К.

Тиббиёт ҳодимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

✓ *Резюме*

Тузрук асоратлари сабаблар туфайли гистерэктомиа жарроҳлигидан кейинги даврда аёлда пайдо бўлган клиник ўзгаришлар- постгистерэктомик синдром патогенезини ўрганиш мақсадида психовегетатив тизими текширилди. Текшириш натижалар асосида, жарроҳлигидан кейинги даврда патологик ўзгаришларни бартараф қилиш мақсадида ва тикланиш муддатини қисқартириш учун тавсиялар ишлаб чиқилди.

Калит сўзлар: хирургик менопауза, вегетатив дистония синдроми, шахсий ва реактив ташвиш, психовегетатив бузилишлар.

Актуальность

В последние годы возросла частота гистерэктомий (ГЭ) в репродуктивном возрасте, произведенных в результате тяжелых патологических состояний, возникающих в родах (массивная кровопотеря, септические осложнения, полиорганная недостаточность).

В результате акушерской ГЭ женщины молодого возраста вступают в так называемую хирургическую менопаузу.



Хирургическая менопауза – состояние, при котором у женщины искусственно прекращается менструация в результате удаления яичников или матки, а также только яичников или только матки.

ГЭ ведет к резкому снижению уровня половых гормонов, возникает так называемое эстрогендефицитное состояние.

Осложнения данной операции у женщин репродуктивного возраста имеют гораздо более тяжёлые последствия, так как происходит резкое выключение функции яичников, по сравнению с женщинами менопаузального возраста, у которых происходит постепенное снижение уровня половых гормонов в результате возрастных изменений.

Хирургическая менопауза сопровождается целой гаммой системных изменений. Уже в течение первых месяцев после операции у большинства больных появляются вазомоторные, нервно-психические и эндокринные нарушения.

В то же время, особенности состояния женщин активного репродуктивного возраста после акушерской ГЭ остаются недостаточно изученными.

Актуальность изучения особенностей состояния здоровья женщин активного репродуктивного возраста после акушерской ГЭ обусловлена недостаточностью информации по ее частоте, отсутствием научно обоснованных рекомендаций по профилактике развития и лечения отдаленных осложнений, реабилитации и диспансеризации этого контингента женщин.

Целью исследования явилось изучение нейропсихологического статуса, вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности, сексуальной сферы у женщин, подвергшихся хирургической менопаузе.

Материал и методы

Для выполнения поставленных задач нами было проанализировано количество ГЭ, произведенных в городском родильном комплексе в течение 3-х лет. (табл.№1) На 13182 родов произведено 96 ГЭ, на 1000 родов – 7,1. При общей тенденции снижения количества родов имело место увеличение числа ГЭ.

Таблица №1 Частота акушерских ГЭ

Год	Количество родов	Количество ГЭ
1 год	4849	28 (0,58%)
2 год	4179	36 (0,86%)
3 год	4154	32 (0,77%)
Итого	13182	96 (0,73%)

Вовремя и после кесарева сечения 79 ГЭ, после родов через естественные пути – 17. Из них ампутаций было 73, экстирпации – 23. Средний возраст женщин, подвергшихся ампутации, составил 30,1 лет, экстирпации – 25,9 лет. Первородящих среди них было 20 (23%), повторнородящих – 76 (77%). Наиболее часто ампутации производились в возрастной группе 26-30 лет (табл.№2).

Таблица №2. Частота и объем операции в зависимости от возраста

Операция	20-25 лет	26-30 лет	31-35 лет
Ампутация без придатков	11	15	47
Экстирпация без придатков	6	10	7
Итого	17	25	54

В 37 (50,7%) случаях показаниями к ампутации матки были гипотонические кровотечения, в 16 (21,9%) – отслойка плаценты, в 8 (11,0%) – истинное приращение плаценты, 11 (15,1%) – органические изменения матки.

Наиболее частыми показаниями для экстирпации матки были гипотонические кровотечения – 20 (87,0%) случаев, истинное приращение плаценты – 2 (8,7%) случаев, в 1 (4,3%) случае – сепсис.

Осложнения ГЭ были у 7 (7,3%), в том числе: перевязка мочеточников у 2, нагноение швов у 3, острая почечная недостаточность у 2. Летальный исход был у 4 (4,2%). 52,2% случаев ГЭ

производились без придатков, в 13,1% - с трубами, в 8,7% - с придатками, в остальных случаях придатки удалялись, с одной стороны.

Нами обследовано 120 женщин активного репродуктивного возраста. Первая, контрольная группа, составила 20 женщин после физиологических родов. Вторую группу составили 70 женщин, перенесших ампутацию матки без придатков. Третья обследованная группа состояла из 30 женщин после экстирпации матки без придатков.

Обследование основной группы производилось через 3-6 месяцев после перенесенной акушерской ГЭ. По возрасту женщины распределялись следующим образом: от 20 до 25 лет – 33, от 26 до 30 лет – 40, от 31 до 35 лет – 27.

После родов через естественные пути произведено 22 ГЭ. Вовремя и после кесарева сечения произведено 78. Показаниями к ГЭ после родов через естественные пути были: разрыв матки в 2-х, истинное приращение плаценты и сочетанный разрыв шейки матки I-II степени в 3-х, гипотоническое кровотечение в 12 случаях.

Показаниями вовремя и после кесарева сечения в 36 случаях было гипотоническое кровотечение, истинное приращение плаценты в 10, миома в 13, сепсис в 8, коагулопатия в 11 случаях.

Общая операционная кровопотеря при ГЭ колебалась от 1200 до 4000 мл (в среднем $1747,6 \pm 53,2$ мл), при этом у 32 рожениц она составляла 1100-1500 мл, у 22 была в пределах 1600-2000 мл, у 9 – 2100-2500, и у 2 женщин составила более 2600 мл.

Все наблюдаемые женщины подвергались детальному неврологическому обследованию. Наличие и семиологические особенности СВД оценивалось с помощью стандартизированных вопросников и схем, разработанных в Центре вегетативной патологии под руководством А.М. Вейна.

Объективные вегетативные показатели и характер тонуса определялись с помощью таблицы, разработанной также в Центре вегетативной патологии. Это комбинированная таблица, имеющая элементы опросника и регистрации объективных показателей состояния вегетативной нервной системы, которые дают представление о вегетативных взаимоотношениях как внутри отдельной системы, так и об исходном вегетативном тоне организма.

Для исследования вегетативной реактивности мы изучали глазо-сердечный рефлекс Ашнера-Даньини.

Исследование вегетативного обеспечения деятельности проводилось экспериментальным моделированием деятельности и проведением орто-клиностатической пробы. Ортоклиностатическую пробу проводили по классическому варианту.

Психоземональное состояние (выявление реактивной и личностной тревожности) изучали с помощью методики Спилберга Ч.Д.

Личностная тревожность – относительная устойчивая характеристика, черта, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т.е. о его склонности или тенденции: а) воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие; б) реагировать на эти ситуации состоянием тревожности различного уровня.

Как реактивная диспозиция, личностная тревожность «активизируется» при восприятии определенных «опасных» стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида.

Напротив, реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождаемыми активацией в нервной системе. Состояние тревожности, как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию может быть различной интенсивности и является достаточно динамичной и изменчивой во времени.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, непараметрических критериев Вилконсона-Манна-Уитни, точного метода Фишера, углового преобразования Фишера. Кроме того, на персональном компьютере IBM PC/XT проведен корреляционный анализ электрофизиологических параметров между собой. Анализировалась матрица кросскорреляционных взаимосвязей в контрольной группе и группе больных. При необходимости вычислялись коэффициенты парной корреляции между отдельными показателями.

Результат и обсуждение

Признаки постгистерэктомического синдрома определялись на основании жалоб пациентки. Первые признаки, характерные для данного синдрома, появлялись у женщин 1-группы в среднем через 3-5 месяцев после операции, у женщин 2-й группы – через 2-3 месяца.

Авторы выделяют следующие неврологические синдромы: вегетососудистый, вестибулярный, нейро-эндокринно-обменный, нейротрофический, нервно-мышечный, нервно-психический, синдром нарушения сна, эпилептический синдром, патологию периферической нервной системы и дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике и костно-суставной системе.

Указанные синдромы у наших больных часто сочетались, динамика их выраженности была различной (таб.№3). Почти у всех больных (98,7%) наблюдался вегетососудистый синдром. Он проявлялся «приливами» жара, причем у женщин 1-й группы он отмечался в 10%, частота была редкой – 1 раз в 10-20 дней. У женщин 2-й группы он отмечался в 40% случаев «приливы» жара были более частыми – 1-2 раза в неделю. Пациентки обеих групп жаловались на головные боли, потливость, онемение конечностей, сердцебиение. Наиболее частой жалобой больных являлись головная боль диффузного характера, возникающая во второй половине дня, при перемене погодных условий.

Она имела место у 38 больных 2-группы и у 11 больных 1-й группы. В последнем случае головная боль имела несколько иной характер: она возникала чаще по утрам, имела давящий, сжимающий характер («каска», «обруч на голове»), выявлялась очевидная зависимость боли от психотравмирующих обстоятельств.

Вестибулярный синдром характеризовался головокружением, женщины 2-й группы жаловались на нарушение равновесия при ходьбе. 67% женщин 1-группы, 33% 2-й группы отмечали заметное нарастание массы тела после операции в течение 2-3 месяцев в среднем на 10-20 кг, что было отнесено нами к нейро-эндокринно-обменным расстройствам.

83% женщин после экстирпации, 12% после ампутации жаловались на интенсивное выпадение волос, у женщин 2-группы отмечались также участки алопеции, которые проявлялись через 2-3 месяца после операции – характерные признаки нейротрофического синдрома.

Почти все женщины в обеих группах жаловались на быструю утомленность и снижение работоспособности. Эти изменения мы отнесли к нейромышечному синдрому.

Нейропсихические расстройства проявлялись раздражительностью, плаксивостью, тревожностью, неустойчивостью настроения, депрессией, снижением памяти и внимания. На нарушение сна особых жалоб не предъявлялось, наоборот, наши пациентки отмечали быстрое засыпание, глубокий продолжительный сон, чего не было до операции.

В сексуальной сфере наблюдались следующие изменения. Операция имела стойкое влияние на либидо. В 1-группе 88% пациенток сообщили об улучшении, которое они приписывали освобождению страха забеременеть, в 13% случаев женщины не наблюдали изменений в сексуальной сфере, а случаев снижения либидо не было. Во 2-группе 76% женщин сообщили о снижении либидо, 24% изменений в сексуальной сфере не наблюдали. 46% женщин 2-й группы и 2% 1-й группы сообщили о диспареунии.

Таблица №3

Жалобы	I группа (n=70)	II группа (n=30)
Головная боль	15 (22%)	23 (76%)
«Приливы» жара	7 (10%)	12 (40%)
Головокружение	3 (4%)	12 (40%)
Чрезмерная утомленность	70 (100%)	30 (100%)
Депрессия	54 (78%)	24 (80%)
Снижение памяти	3 (4%)	24 (80%)
Либидо: улучшение	64 (88%)	-
Снижение	-	23 (76%)
без изменений	1 (2%)	13 (46%)
Диспареуния	1 (2%)	13 (46%)

Таким образом, акушерская ГЭ, формируя новое анатомическое качество, приводило к развитию нейроэндокринных, психоэмоциональных, вегетативных расстройств, которое мы сочли возможным обозначить как «акушерский постгистерэктомический синдром».

В клинической картине постгистерэктомического синдрома у обследованных нами женщин имели место перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения. Перманентные расстройства наблюдались у всех женщин. Они проявлялись в виде гипергидроза, субфебрилитета, онемения рук и ног, головокружения, головных болей, лабильности пульса и АД, сердцебиения, ощущения стеснения в груди, дискинезии ЖКТ, метеочувствительности, склонности к отёкам, снижении работоспособности, нарушении сна, повышенной раздражительности, плаксивости, тревожности.

Анализ данных анкеты и схемы для выявления и балльной оценки СВД показывает, что у всех женщин с ГЭ имеет место наличие синдрома вегетативной дистонии. Количественная балльная оценка выраженности СВД выявила, что по данным анкеты средний балл в I-группе оказался равен 43,4, при пороговой оценке 15 баллов; по данным схемы 50,4 баллов, при пороговой оценке 25 баллов. Эти показатели явно отличаются от данных контрольной группы, где они равны, соответственно, 20,9 и 26,9 ($P < 0,05$). Средний балл оценки СВД у больных II-группы составляет по данным анкеты 45, а по данным схемы 52,1 (таблица №4).

Анализ клинической семиологической структуры выявленного СВД показывает, что периферические вегетативно-сосудистые расстройства и признаки метеолабильности наблюдаются у 100% больных обеих групп, психоэмоциональные расстройства встречаются у всех женщин II-группы и у 89,5% больных I-группы. Признаки нейрогенной гипервентиляции имеют место в обеих группах – в 84,3% и 78,9% случаев, соответственно.

Во II-группе оказалось больше больных с признаками лабильности сердечно-сосудистой системы – 70,1% против 63,1% в I-й группе, а также чаще встречались мигрень, склонность к обморочным состояниям – 58,8% против 52,6% (табл. №5).

Таким образом, хирургическая менопауза у обследованных женщин сопровождается выраженными проявлениями дисфункции вегетативной нервной системы перманентного и пароксизмального характера, что выявляется как клинически, так и при обследовании с помощью унифицированных анкет и схем. Наиболее значимым среди полученных данных представляется то, что СВД как в количественном, так и в качественном отношении оказался существенно более выраженным в группе больных, перенесших экстирпацию. Отсюда следует, что акушерская ГЭ является важным фактором формирования синдрома вегетативной дистонии, и что на степень его выраженности влияет объем операции.

Поэтому на основании балльной характеристики СВД, акушерский постгистерэктомический синдром мы разделили на 3 степени тяжести: при сумме баллов исследований по вопроснику 25 по схеме 35 баллов – легкая, по вопроснику до 35 по схеме до 45 – средняя степень, более 35 – 45, соответственно – тяжёлая степень течения АПГЭС.

Таблица №4 Средние показатели выраженности СВД ($M \pm m$) в контрольной группе и у женщин, перенесших гистерэктомию

Группа больных	СВД	
	По анкете	По схеме
Контроль	20,9 \pm 3,49	26,9 \pm 3,59
I-группа	43,4 \pm 4,23	50,04 \pm 6,43
P	<0,05	<0,05
II-группа	46,04 \pm 2,61	52,1 \pm 8,87
P	<0,05	<0,05

Таблица №5 Семиологическая структура СВД (в %) у женщин, перенесших гистерэктомию

Признаки СВД	I-группа	II-группа
Периферические вегетативные расстройства	100	100
Метеолабильность	100	100
Психоземotionalные расстройства	89.5	100
Вегетативно-сосудистые пароксизмы	89.5	94.1
Нарушение сна	89.5	90.2
Признаки нейрогенной гипервентиляции	78.9	84.3
Лабильность ССС	63.1	70.1
Мигрени, склонность к обморокам	52.6	68.8
Нарушения функций ЖКТ	68.4	56.8

Состояние вегетативного тонуса у женщин, перенесших акушерскую ГЭ, имело место явное преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (66,7%), что достоверно больше ($P < 0,05$), чем у контрольной группы, где тонус в среднем близок к нормотонии с очень лёгким преобладанием симпатических проявлений (50,89%). Сопоставление показателей вегетативного тонуса показало, что выявленный уровень парасимпатикотонии достоверно выше у лиц II-группы (таблица №6) по сравнению с контролем и с показателями I-группы (69,5% против 50,8%).

Таблица №6 Средние показатели вегетативного тонуса ($M \pm m$) в контрольной группе и у женщин, перенесших ГЭ

Группы больных	P сим. (%)	R парасимпат. (%)
Контрольная группа	50.8±1.84	48.9±1.97
I-группа	33.3±3.82 *	66.7±3.81 *
II-группа	30.5±3.46 *	69.5±3.44 *

*Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля ($P < 0,05$)*

Анализ вегетативной реактивности по показателям пробы Ашнера-Даньини (табл.№7) обнаружил тенденцию к достоверно менее выраженному замедлению пульса в группе больных – замедление I и II группах на 6% и 6,2%, соответственно, при 5,45% в контрольной группе ($P < 0,05$).

Иными словами, в группе больных выявлена парасимпатическая направленность вегетативной реактивности. Эти результаты согласуются с данными исследования вегетативного тонуса в обследованных группах.

Сравнение показателей вегетативной реактивности в группах женщин, перенесших ампутацию, и в группе женщин, перенесших экстирпацию, показало, что во II-группе тенденция к парасимпатической направленности вегетативной реактивности выше, хотя достоверных различий в величине замедления ЧСС в пробе Ашнера-Даньини не получено.

Таблица №7 Показатели вегетативной реактивности по данным пробы Ашнера-Даньини у женщин, перенесших ГЭ

Группы больных	Проба Ашнера-Даньини		
	ЧСС до	ЧСС после	Замедление (%)
Контрольная группа	78.77±2.73	73.33±2.59	-5.5±1.74
I-группа	75.9±3.21	69.9±3.15	-6.0±1.71 *
II-группа	76.1	69.5	-6.2 *

*Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля (P<0,05)*

Исследование вегетативного обеспечения деятельности с помощью ортоклиностагической пробы (табл. №8) показало, что в контрольной группе границы колебаний АД и ЧСС как в орто, так и в клиностагической пробе не выходят за рамки нормы. Отмечается лёгкое ортостатическое ускорение с возвратом, спустя 3-5 минут в горизонтальном положении, к исходным показателям. В I-группе больных при ортостатической пробе отмечается извращенная реакция АД с падением как систолического (в среднем на 6,34 мм.рт.ст.) АД. Величина возрастания ЧСС при этом значительно меньше, чем в контрольной группе. По реактивности АД и ЧСС, а также абсолютной величине ЧСС при ортостатической пробе между контрольной группой и I-группой выявлены достоверные различия. В горизонтальном положении в I-группе, также как и в контрольной группе, наблюдается чёткая тенденция к возврату параметров АД и ЧСС к исходным данным. Следовательно, у больных, перенесших ампутацию матки без придатков при ортостатической пробе выявляются признаки вегетативного обеспечения деятельности.

Сравнение результатов ортоклиностагической пробы показало, что выявленные признаки недостаточности вегетативного обеспечения деятельности больше характерны для больных II-группы.

Это видно из таблицы №8, где показано степень падения систолической АД и снижение ЧСС во II-группе больных достоверно больше, чем в I-группе.

Таблица №8 Показатели вегетативного обеспечения деятельности по данным ортоклиностагической пробы у женщин, перенесших акушерскую ГЭ

Ортоклиностагическая проба	Контроль	I-группа	II-группа
Горизонтальное положение	110.56±3.63	119.21±5.3	120.0
АД систол.	67.22±2.54	73.69±3.24	74.02
АД диастол.	78.11±2.7	77.6±3.06	75.41
ЧСС			
Вертикальное положение	111.67±6.06	108.34±8.21	106.53±6.72
АД систол.	+1.11	-11.13 *	-13.47 *
АД диастол	67.78±2.86	67.03±4.8	68.24±3.27
ЧСС	+0.56	-6.34 *	-6.22
	85.56±3.46	80.4±3.67	73.91±2.40
	±17.45	±2.8 *	-1.5 *
Горизонтальное положение	110.11±3.68	117.11±5.67	120.43±4.72
АД систол.	-0.45	-2.10 *	±0.43 *
АД диастол.	67.89±2.99	75.22±3.96	76.76±2.55
ЧСС	+0.67	±1.63 *	±2.74
	77.05±3.26	78.96±3.44	75.29±2.07
	-1.06	±1.36	-0.12 *

*Примечание: * – достоверное отличие по сравнению с контрольной группой (P<0,05)*

У части женщин психоэмоциональное состояние (выявление реактивной и личностной тревожности) изучали с помощью методики Ч.Д. Спилберга.

С помощью этого метода обследовано 30 женщин, перенесших акушерскую ГЭ в активном репродуктивном возрасте и 20 женщин после физиологических родов (табл.№9).

При исследовании выявлены существенные изменения. Обнаружено повышение уровня реактивной и личностной тревожности в группе больных. Если в контрольной группе уровень реактивной и личностной тревожности 39,0 и 49,0, соответственно, то в I-группе уровень тревожности составил: 42,3 и 51,8, результаты теста во II-группе достоверно больше, чем в I-группе больных: 46,6 и 55,7 ($P<0,05$), соответственно.

Резюмируя изложенное, следует отметить, что ГЭ в активном репродуктивном периоде сопровождается развитием выраженного СВД с перманентными и пароксизмальными вегетативными изменениями в организме. В основе этого СВД лежит парасимпатическая направленность вегетативного тонуса и реактивности, недостаточность вегетативного обеспечения деятельности и комплекс психоэмоциональных нарушений с наличием высокой реактивной и личностной тревожности. Важно подчеркнуть, что при ГЭ в зависимости от объема операции формируется психовегетативный синдром с разной количественной и качественной выраженностью основных его признаков. Наши данные показывают, что экстирпация матки без придатков по сравнению с ампутацией сочетается с более выраженным СВД, большим превалированием парасимпатической направленности вегетативного тонуса и реактивности, более выраженной недостаточностью вегетативного обеспечения деятельности. В структуре личности этих больных обращает на себя внимание прежде всего более высокий уровень тревожности.

Таким образом, у женщин, перенесших акушерскую ГЭ, развиваются полисистемные расстройства психоэмоциональной, вегетативной, нейроэндокринной сфер, которые можно объединить в понятие «акушерский постгистерэктомический синдром».

Таблица №9
Психоэмоциональное состояние женщин активного репродуктивного возраста, перенесших акушерскую ГЭ (баллах)

Группа Больных	Тревожность (по тесту Спилберга)	
	Реактивная	Личностная
Контрольная	39.0	49.8
I-группа	42.3	51.8
II-группа	46.6 * @	55.7 * @

Примечание: * – достоверное отличие по сравнению с контрольной группой ($P<0,05$)
@ – достоверное отличие по сравнению с первой группой ($P<0,05$)

Выводы:

1. Акушерская ГЭ, формируя новое анатомическое качество, приводит к развитию нейроэндокринных, психоэмоциональных и вегетативных расстройств, которое обозначено нами, как акушерский постгистерэктомический синдром. В патогенезе синдрома ведущую роль играет психоэмоциональный стресс, нарушение гормональной рецепции вследствие удаления матки, которые способствуют тенденции к инволюции нарушению гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений.

2. Совокупность вегетативных изменений при постгистерэктомическом синдроме характеризуется полисистемными вегетативными дисфункциями в соматической сфере, которые проявляются синдромом вегетативной дистонии (СВД). В основе СВД у женщин, перенесших акушерскую гистерэктомию, лежит парасимпатическая направленность вегетативного тонуса и реактивности, недостаточность вегетативного обеспечения деятельности на фоне патологической избыточности восходящей неспецифической активности мозга.

3. Психоэмоциональным эквивалентом СВД является тревожный синдром, характеризующийся высоким уровнем как реактивной, так и личностной тревожности. Функциональное состояние ВНС находится в тесной корреляции с психоэмоциональным состоянием, а именно, состоянием тревожности в психоэмоциональной сфере. В частности, более высокому уровню тревоги соответствует более выраженная вегетативная активация в организме женщины.

4. При лечении акушерского постгистерэктомического синдрома, наряду с коррекцией эндокринных расстройств, необходимо одновременное применение вегетотропных и психотропных средств, а также препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга. Необходимым условием снижения выраженности акушерского постгистерэктомического синдрома является проведение ЗГТ, лечебно-профилактических мероприятий, начиная с раннего послеоперационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арефьева М.У. Применение Фемостона при климактерических расстройствах и сопутствующих заболеваниях. /Здоровье Украины.- 2008.- № 3(1).-С.15-18.
2. Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе. Круглый стол//Кардиология. - 2003. - № 4. - С. 88-95.
3. Атаджанова Н.П., Садыкова М.Ш., Зиякулов С.О. Фитоэстрогены в терапии климактерического синдрома, смешанной формы/ Педиатрия (Специальный выпуск).- 2003,- С.189-191.
4. Атаханова Л.Э. Кардиоваскулярная система в менопаузе. -Горно-Алтайск: Академия Холдинг, 2003.- 272с.
5. Атаханова Л.Э., Султанова А.У., Талипова Ю.Ш. Климадинон в коррекции климактерического синдрома //МесHcalexpress.- 2005.- №3.-С.36-39.
6. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными методами / Лечащий врач.- 2000.- №5-6,-С.24-26.
7. Баранов И.И, Серов В.Н. Климактоплан в терапии климактерического синдрома //Русский медицинский журнал.- 2005.- Т.13, №1.- С.13-15.
8. Баранова Е.И., Большакова О.О., Маслова Н.П., Кацап А.А., МанихасО.С., Воронина У.В., Туровцева Т.Ю., Репина М.А., Корнилова Я.А. Опыт применения нолипрела и его сочетания с заместительной гормональной терапией у женщин с гипертонической болезнью в постменопаузе //Артериальная гипертензия.- 2005.- Т.11, №1.- С.43-48.
9. Белова А.Е. Факторы риска, особенности клинического течения и сравнительная характеристика методов лечения постменопаузального остеопороза: / Автореф. дис.канд. мед. наук. Новосибирск, 2002.- 16с.
10. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Сметник В.П., Торопцова Н.В., Белоусов Д.Ю., Григорьев В.Ю. Клинико-экономическая оценка заместительной гормональной терапии у женщин с естественной менопаузой // Качественная Клиническая Практика. - 2003.- №4.- С.56-87, 96-106. 11.Белых О. А., Кочеткова Е. А. Состояние кальций-фосфорного обмена у больных сахарным диабетом I типа//Остеопороз и остеопатии. - 2005. -№ 1.-С.12-15.
11. Бритов А.Н., Быстрова М.М. Заместительная гормональная терапия в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца //Сопштmedicum. - Экстравыпуск. - 2002. - С. 7-10.
12. Быстрова М.М., Бритов А.Н., Горбунов В.М. и соавт. Заместительная гормонотерапия у женщин с артериальной гипертонией в пери- и постменопаузе: гемодинамические эффекты / Терапевтический архив. -2001.-№10.-С. 33-38.
13. Вартамян К.Ф. Клинико-диагностические аспекты остеопатии при сахарном диабете / Российские медицинские вести. - 2003. -№ 3. -С.39- 46.
14. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни. - М.: МЕДЭкспресс-информ, 2008.- 448с.
15. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Е., Головина Л.И. Клиническая оценка эффективности фитопрепарата Климадинон в лечении климактерического синдрома//Журнал акушерства и женских болезней. -2000.- Т.XLIX, Вып. 2.- С.41-43.
16. Вишневский А.С., Сафронникова Н.Е. Фитопрепараты в лечении заболеваний репродуктивной системы у женщин /А Лечащий врач.- 2001.-№2.- С.46-47.
17. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Казенашев В.В. Опыт применения гормонотерапии при климактерических расстройствах //Фарматека.- 2007.-№2(117).-С.19-24.
18. Modugno F., Ness. R., Ewin S.,Cauley J.A. Effect of raloxifene on sexual function in older postmenopausal women with osteoporosis //Obstet. Gynec. 2003.Vol. 101, № 2. P. 353- 361.
19. Wactjen L.E., Brown J.S., Modelska K., et al. Effect of raloxifene on urinary incontinence: a randomized controlled trial //Obstet. Gynecol. 2004. Vol.103, № 2.P 261- 266.
20. Wuttke W., Seidlova- Wittke D., Balzer I., et al. Phytoestrogens: dangerous drugs or soft hormones? // In: Menopause. The State of Art – in research and management / Ed. H.P.G. Schneider / The Parthenon Publishing Group, 2003. P 295- 306.

Поступила 09.07.2022