

НАРУШЕНИЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНИЗМА ПОСЛЕ ОВАРИЭКТОМИИ

Касимова Ш.О., Каримов А.Х., Бакиева Ш.Х.

Кафедра акушерства и гинекологии
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

В работе впервые определена частота, основные показания, удельный вес овариэктомий в структуре оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста г. Андижана; впервые выявлены особенности клинического течения синдрома постовариэктомии в зависимости от объёма операции и изучены основные аспекты качества жизни у женщин репродуктивного периода после овариэктомии в зависимости от гормональной реабилитации.

Ключевые слова: патопфизиология, овариум, овариэктомия.

ОВАРИЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН ОРГАНИЗМ ПАТОФИЗИОЛОГИЯСИНИНГ БУЗИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Касимова Ш.О., Каримов А.Х., Бакиева Ш.Х.

Акушерства ва гинекология кафедраси
Андижон Давлат тиббиёт институти.

✓ **Резюме,**

Ушбу мақолада биринчи марта Андижон шаҳридаги репродуктив ёшдаги аёлларда жарроҳлик аралашувлар таркибида овариэктомия учраш частотасининг асосий кўрсаткичлари аниқланди; Биринчи марта операция ҳажмига қараб постовариэктомия синдромининг клиник кўриниши аниқланди ва гормонал реабилитация асосида овариэктомиядан сўнг репродуктив даврда аёлларда ҳаёт сифатининг асосий жиҳатлари ўрганилганлиги кўрилади.

Калит сўзлар: патопфизиология, овариум, овариэктомия.

DISTURBANCES OF THE PATHOPHYSIOLOGY OF THE ORGANISM AFTER OVARIECTOMY

Kasimova Sh.O., Karimov A.Kh., Bakiyeva Sh.H.

Department of Obstetrics and Gynecology
Andijan State Medical Institute (Uzbekistan, Andijan).

✓ **Resume,**

In the work, for the first time, the frequency, main indications, the proportion of ovariectomy in the structure of surgical interventions in women of reproductive age in Andijan were determined; For the first time, features of the clinical course of postovarioectomy syndrome depending on the volume of the operation were identified and the main aspects of the quality of life in women of the reproductive period after ovariectomy were studied depending on hormonal rehabilitation.

Key words: pathophysiology, ovarium, oophorectomy.

Актуальность проблемы.

В последние годы отмечается тенденция к росту гинекологических заболеваний, таких как доброкачественные опухоли матки и ее придатков, тубовариальные образования воспалительной этиологии, эндометриоз, требующих радикального оперативного вмешательства, а так же "омоложение" контингента оперированных женщин [2,4].

Наиболее частой операцией в большинстве стран мира является гистерэктомия с придатками или без них по поводу миомы матки и эндометриоза. У 60% женщин во время гистерэктомии одновременно удаляют яичники [1,3]. Частым оперативным вмешательством, производимым по поводу доброкачественных и ретенционных образований яичника, является по данным [7] односторонняя аднексэктомия. Большой статистический материал показывает, что удаление одного яичника у женщин репродуктивного возраста осуществляется весьма часто и составляет около 12% в гинекологических стационарах [5].

Исследования Д.И. Бенедиктова и М.В. Сапира показали, что после односторонней овариэктомии развивается комплекс патологических симптомов, сходный с таковым при полной кастрации. Возникает тенденция к нарушениям гормонального баланса, что в совокупности с другими клиническими проявлениями свидетельствует о неблагоприятном влиянии на здоровье удаления одного яичника в репродуктивном периоде и обуславливает необходимость тщательного послеоперационного наблюдения и реабилитации таких больных.

Одним из перспективных направлений, посвященных профилактике и лечению женщин, перенесших овариэктомию, является разработка метода оценки качества жизни женщин после овариэктомии. Качество жизни — это интегральная характеристика физического, эмоционального, психологического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [2], определили качество жизни, как оптимальное состояние, при котором физические, эмоциональные и социальные ас-

пекты жизни человека не подвержены влиянию заболевания или/и его лечения [1,3,5].

Научными исследованиями последних лет подтверждается важность оценки состояния здоровья и качества жизни больных [6]. Важным итогом любого лечебного процесса является не столько его радикализм по отношению к заболеванию, сколько улучшение состояния больного, применительно ко всем сферам его деятельности по окончании лечения. Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов лечения больных после выживаемости [3,4].

Объективизация ощущений пациента при помощи оценки качества жизни предоставляет возможность пересмотреть методы лечения при некоторых гинекологических заболеваниях[4].

Последствия овариоэктомии для женского организма изучаются давно. И если влияние тотальной овариоэктомии исследовано достаточно полно, то данные о последствиях односторонней овариоэктомии в доступной литературе единичны и противоречивы.

Помимо вышеизложенного, в доступной литературе работ, посвященных оценке качества жизни женщин после односторонней овариоэктомии, нами не обнаружено. Всё это диктует необходимость изучения влияния овариоэктомии на здоровье и качество жизни женщин, так как данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни [2].

Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60-85% пациенток сопровождается развитием постовариоэктомического синдрома (ПС), характеризующегося появлением нейро-вегетативных и обменно-эндокринных нарушений на фоне острого дефицита половых стероидов. Широкий спектр клинических проявлений ПС объясняется тем, что различные типы эстрогеновых (а и (J), прогестероновых (А и В) и тестостероновых рецепторов локализируются не только в репродуктивной системе, но и в различных экстрагенитальных структурах. Эти структуры весьма чувствительны к ослаблению физиологической регуляции половыми стероидами при резком выключении гормональной функции яичников[2,4].

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 овариоэктомии. До настоящего времени практически отсутствуют обобщающие исследования, посвященные изучению времени появления и динамики системных нарушений сердечно-сосудистой и костной систем у женщин после овариоэктомии, 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 постовариоэктомического синдрома, но и нарушений в костном гомеостазе и сердечно-сосудистой системе[1,5].

Таким образом, отсутствие патогенетически обоснованного подхода к реабилитации больных после овариоэктомии предполагает необходимость создания как краткосрочных, так и долгосрочных мер профилактики и коррекции различных проявлений постовариоэктомического синдрома для поддержания соматического здоровья, а также сохранения трудоспособности и качества жизни женщин, перенесших операцию удаления яичников в репродуктивном возрасте. При этом особенно актуальным представляется изучение наблюдаемых при ПС механизмов нарушений именно в тех тканях и органах, со стороны которых отмечаются наиболее выраженные изменения, провоцируемые резко возникающим дефицитом половых гормонов. Очевидно, что такие исследования подразумевают и разработку патогенетически обоснованных подходов для более эффективной коррекции подобных нарушений.

Цель исследования: Целью исследования явилась разработка патогенетически обоснованной дифференцированной тактики ведения женщин после овариоэктомии, 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 пациенток с диагнозом синдром постовариоэктомии в обл. Анджана.

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

Проведен анализ выраженности нейро-вегетативных проявлений ПС в период исходного обследования у 161 пациентки, оперированных в репродуктивном возрасте больных и не достигших 50 лет к моменту обследования в разные сроки после двусторонней овариоэктомии. Постовариоэктомический 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 овариоэктомии 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 бес-

покоили 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 IY-Y 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.

Преобладание симпатического типа регуляции по данным оценки вегетативного индекса Кердо (ВИК) и наличие электрической нестабильности (экстрасистолы, аллоаритмии, наличие пробежек тахи- и брадикардии) по результатам суточного мониторирования ЭКГ подтвердили наличие вегетативного дисбаланса у пациенток с хирургической менопаузой. При этом, частота и выраженность кардиалгии, их вегетативного сопровождения, эпизодов подъема АД ($>140/80$ мм рт.ст.) по данным суточного АД-мониторирования, а также преобладание симпатикотонии (по данным ВИК) были заметно большими у женщин в начальном периоде хирургически индуцированной менопаузы. Так, на первом году после выполненной овариэктомии выраженная симпатикотония была зарегистрирована у 44 из 65 больных (67,7%) и сопровождалась учащением эпизодов суправентрикулярной экстрасистолы и тахикардии по данным ЭКГ.

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.

Сопоставление данных клинических и гормональных исследований показало, что хирургическая менопауза сопровождалась снижением уровня эстрадиола (<150 пмоль/л), повышением ФСГ (>40 МЕ/л) и сохранением тестостерона в пределах нормативных значений ($1,0-2,5$ нмоль/л). При этом средние концентрации указанных гормонов оказывались сопоставимыми ($p>0,05$) у женщин с разной продолжительностью хирургической менопаузы, степенью выраженности ПС по индексу Куппермана и наличием или отсутствием КМКД.

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 (B2-B4). Коэффициент корреляции (г) между абсолютными значениями МПКТ и длительностью периода после овариэктомии составлял: в позвонках B2-B4: $г=-0,42$ ($p<0,001$); в шейке бедренной кости: $г=-0,35$ ($p<0,01$); в области Варда: $г=-0,38$ ($p<0,01$); в области большого вертела: $г=-0,38$ ($p<0,01$).

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. Первые случаи остеопороза позвоночника (значения МПКТ, уменьшенные на величину более 2,5 от пиковой костной плотности, составляющей $1,2+0,12$ г/см²) среди женщин с удаленными яичниками регистрировались уже к 3 году после операции. 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. Аккер Л.В., Гальченко А.И. Особенности системы гемореологии и гемостаза у больных с постовариоэктомическим синдромом и влияние на них ЗГТ климамонорм // Успехи современного естествознания. - Москва, 2008. - №5. С. 72.
2. Балан В.Е. Применение фитопрепаратов для лечения климактерических расстройств. // Consilium medicum. - Москва, 2007. - Т.9. №6.
3. Можарова Л.Г. Состояние сердечно-сосудистой системы и метаболические изменения у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии с сохранением одного яичника / Автореф. дис.канд. мед. наук. М., 2005. - 24 с.
4. Преображенский Д.В., А.В.Маренич, Б.А.Сидоренко, М.К.Пересыпко, Т.М.Стеценко. Современная терапия артериальной гипертензии (анализ рекомендаций Европейского общества кардиологов) // Consilium Medicum. - М., 2003. -Т.5. - №11.
5. Howard B.V., Kuller L., Langer R. et al. Risk of cardiovascular disease by hysterectomy status, with and without oophorectomy. The Women's Health Initiative Observational Study // Circulation. - 2005. - Vol.111. - №12- P. 14621470.
6. Nijland E.A., Schultz W., Davis S.R. Effects of tibolone and raloxifene on health-related quality of life and sexual function // Maturitas. 2007. - № 58. - P. 164-173.
7. Toth P., Lukacs H., Gimes G. et al. Clinical importance of vascular LH/hCG receptors - a review // Reprod Biol. - 2001. - №1. - P. 5 - 11.

Поступила 03.03.2019