**Сольський Віталій Сергійович. Обгрунтування методів профілактики та лікування синдрому хірургічної менопаузи у жінок з артеріальною гіпертензією : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. — К., 2006. — 166арк. : рис., табл. — Бібліогр.: арк. 142-166**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Сольський В.С. Обґрунтування методів профілактики та лікування синдрому хірургічної менопаузи у жінок з артеріальною гіпертензією.– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. – акушерство та гінекологія.– Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України, Київ, 2006.У роботі встановлено що для жінок з АГ характерним є ранній розвиток синдрому виснаження яєчників після гістеректомії з вираженими клінічними проявами клімактеричного синдрому.Виявлено, що для СХМ у пацієнток з АГ характерним є важкий перебіг з переважанням вегетативних кризів та ранній розвиток метаболічних розладів, дисліпопротеїдемії та гіперкоагуляції.Доведено, що гормональною характеристикою СХМ при АГ є, окрім підвищення рівня гонадотропних гормонів, також зростання рівня пролактину, кортизолу та альдостерону.Обґрунтована доцільність та доведена клінічна ефективність застосування у жінок з АГ після гістеректомії для лікування клімактеричного синдрому комбінованого препарату для ЗГТ, що містить прогестаген з антиальдостероновою дією, а у разі наявності протипоказань для перорального застосування ЗГТ – негормонального комплексу (ескузан, магне В6, актовегін, клімадинон та циклодинон) як у вигляді самостійної терапії так і у сукупності з трансдермальним естрадіолом (естрожель). |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації вирішено наукове завдання щодо зниження частоти та ступеню вираженості СХМ у жінок з АГ шляхом вдосконалення методів його профілактики та лікування на основі дослідження у них взаємозв’язку гормонального статусу, церебральної гемодинаміки, ліпідного обміну та системи гемостазу.1. У 68,64% пацієнток з АГ, уже в перший місяць після гістероваріоектомії виникають клімактеричні розлади, які по мірі зростання тривалості постменопаузального періоду набувають більш важкого перебігу, у той час як у жінок з нормотонією клінічні прояви КС через місяць виявлено у 54,44% випадків. Після екстирпації матки без додатків маніфестація симптоматики КС у пацієнток з підвищеним АТ відмічається через рік після операції, тоді як у жінок з нормальним АТ – лише через 2 роки.
2. У жінок з підвищеним АТ як після гістероваріоектомії, так і після видалення матки без додатків, у структурі клінічних проявів СХМ переважають вегетативні розлади, зокрема, підвищення АТ, приступи головного болю на тлі приливів, вегетативні кризи, тахікардія, тоді як у осіб без гіпертензії більш вираженою є психопатологічна симптоматика.
3. Після гістеректомії як у жінок з АГ, так і у осіб з нормальним АТ, відмічається десинхронізація діяльності вегетативної нервової системи з переважанням активності симпатико-адреналового відділу та зниженням активності парасимпатичного компоненту, однак при цьому у пацієнток з АГ згадані вегетативні зміни супроводжуються погіршенням показників добового профілю АТ та підвищенням варіабельності АТ, що можна вважати несприятливим чинником прогнозу серцево-судинної патології.
4. Як у осіб з підвищеним АТ, так і при нормотонії після гістеректомії без оваріоектомії вже через місяць після операції відмічено достовірне збільшення вмісту гонадотропних гормонів та зменшення вмісту естрадіолу та прогестерону, але якщо у групі соматично здорових осіб через 3 місяці спостерігається тривала стабілізація показників, то при наявності АГ через 3 місяці відбувається нетривала стабілізація, а в подальшому – прогресивне зниження рівня статевих та підвищення вмісту гонадотропних гормонів.
5. У жінок з клінічними проявами СХМ як при наявності артеріальної гіпертензії, так і у разі нормотонії, виявлено вищі показники гонадотропних гормонів та кортизолу, та значно нижчі показники рівня естрадіолу протягом усього періоду спостереження, при цьому у осіб з АГ виявлено суттєво вищі показники пролактину, кортизолу та альдостерону порівняно з жінками з нормальним АТ, та прогресивне зростання їх рівня протягом першого року після операції.
6. У пацієнток з АГ після гістероваріоектомії вже через 3 місяці після операції, а у разі видалення матки без додатків – через рік, виявлено більш виражену в порівнянні з соматично здоровими жінками дисліпопротеїдемію із зростанням коефіцієнта атерогенності на тлі підвищення вмісту загального холестерину та тригліцеридів; відмічено також посилення активності згортуючої системи крові у вигляді зростання адгезивності, агрегації тромбоцитів, активності VII К- вітамінзалежного фактору крові та прискорення активованого парціального тромбопластинового часу, що в свою чергу зумовлює підвищений ризик виникнення серцево- та церебро-судинної патології.
7. Клінічне застосування розроблених індивідуалізованих методів профілактики розвитку СХМ у жінок з АГ після гістеректомії з використанням комбінованого препарату для ЗГТ, що містить прогестаген з антиальдостероновою дією, забезпечує попередження розвитку гормональної дисфункції в залишених яєчниках, сприяє стабілізації АТ та зменшує частоту та вираженість як ранніх постменопаузальних розладів, так і метаболічних порушень.
 |

 |