**Ханча Галина Миколаївна. Корекція порушень репродуктивної системи після гістеректомії у жінок фертильного віку. : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2006.**

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

|  |
| --- |
| **Ханча Г.М. Корекція порушень репродуктивної системи після гістеректомії у жінок фертильного віку.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 - акушерство та гінекологія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького державного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України, Донецьк, 2006.Дисертацію присвячено вирішенню однієї з актуальних задач гінекології – зниженню кількості дисгормональних порушень в яєчниках та молочних залозах, поліпшення якості життя жінок фертильного віку після гістеректомії.У роботі встановлено, що функція яєчників залежить від того, за якими показаннями виконувалася операція, об'єму операції, наявності післяопераційних ускладнень, особливостей, структури та функції яєчників до операції. Розширено уяву про особливості анатомічних і функціональних змін яєчників, а також їхнього кровопостачання в залежності від об'єму оперативного втручання. Вперше розроблені критерії формування груп ризику щодо розвитку порушень функції яєчників: група ризику з розвитку синдрому виснаження яєчників, група ризику з розвитку кістозних змін яєчників та група мінімального ризику з розвитку порушень в яєчниках. Вперше виявлено взаємозв'язок між станом молочних залоз та особливостями функціонування яєчників після гістеректомії без придатків як у жінок з існуючими доброякісним захворюваннями молочних залоз до операції, так і без них. Доведена необхідність розробки диференційованих принципів профілактики та корекції порушень в яєчниках і молочних залозах. Вперше розроблена, науково обгрунтована та впроваджена методика диференційованої корекції та профілактики порушень в яєчниках і молочних залозах у жінок після гістеректомії без придатків у фертильному віці дозволила знизити: синдром виснаження яєчників у цій групі ризику на 46,0 %, частоту розвитку доброякісних захворювань молочних залоз – на 83,5 %; у групі ризику з розвитку кістозних змін яєчників – кістозних змін яєчників – на 62,6 %, доброякісних захворювань молочних залоз – на 54,5 %; у групі мінімального ризику з розвитку порушень в яєчниках кістозні зміни яєчників – на 26,3 %, синдром виснаження яєчників – на 25,9 %, доброякісних захворювань молочних залоз – на 40,3 %. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі викладено нове вирішення актуальної задачі сучасної гінекології - корекції порушень репродуктивної системи у жінок фертильного віку після гістеректомії. На основі вивчення динаміки розвитку дисгормональних порушень, змін стану та функціонування яєчників, стану молочних залоз були розроблені критерії для формування груп ризику щодо порушення функції яєчників.1. Доведено, що у жінок фертильного віку після гістеректомії без придатків менопаузальний синдром виникав у 8 % протягом першого року, через 5 років – у половини, а після 5 років – у 2/3 прооперованих жінок.
2. Встановлено, що функція яєчників оперованих жінок визначалася їхнім станом до операції, видом виконаної операції, наявністю післяопераційних ускладнень і тривалістю періоду післяопераційного втручання, що дозволило сформувати групи ризику з розвитку функціональних порушень. Виявлено, що виконання операцій з приводу гіперестрогенних станів (симптомна міома матки – 31,3 %, рецидивуюча гіперплазія ендометрія – 37,7 %, міома великих розмірів – 11,1 %, швидкозростаюча міома – 15,5 %) без виконання клиновидної резекції яєчників в 84,4 % випадків супроводжувалося розвитком кістозних змін яєчників через 1,3±0,7 роки; при виконанні клиновидної резекції яєчників – в 8,8% випадків через 4,3±1,2 роки. Ускладнення в післяопераційному періоді (гнійно-септичні – 74,6%, кровотечі – 7,6%) супроводжувалися розвитком синдрому виснаження яєчників через 5,4±1,3 роки.
3. Доведено, що після гістеректомії збільшення об'єму яєчника вдвічі відзначалося впродовж першого року, а через 5 років – зменшення об'єму яєчників в 1,7 рази.
4. Виявлено, що впродовж першого року після гістеректомії у 87,3 % жінок були виявлені доброякісні захворювання молочних залоз, через 5 років – у 98,3 %. При ановуляторній дисфункції яєчників доброякісні захворювання молочних залоз виявляли у 91,1 % пацієнток, причому переважали доброякісні дисплазії молочних залоз (71,1 %). У жінок з нормальною функцією яєчників однаково часто спостерігалися мастодинія та доброякісна дисплазія молочних залоз, а при гіпофункції яєчників – мастодинія й інволюція молочних залоз.
5. Виявлено підвищення ФСГ вдвічі, ЛГ – в 1,4 рази, зниження П – в 2,9 рази і тенденцію до зниження у жінок після гістеректомії, через 5 років – достовірне підвищення рівня ФСГ в 5,6 і ЛГ в 4,5 рази, а також зниження Е2 в 3 рази та П в 18,6 рази порівняно з контрольною групою.
6. Застосування розроблених схем диференційованої корекції дозволило знизити частоту патології в групах ризику: СВЯ у відповідній групі ризику на 46,0 %, частоту розвитку ДЗМЗ – на 83,5 %; у групі ризику з розвитку КЗЯ – кістозні зміни яєчників на 62,6 %, ДЗМЗ - на 54,5 %; у групі мінімального ризику з розвитку порушень в яєчниках КЗЯ – на 26,3 %, СВЯ – на 25,9 %, ДЗМЗ – на 40, 3%.
 |

 |