**Яроцький Микола Євгенійович. Профілактика та корекція системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою: дис... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Яроцький М.Є. Профілактика та корекція системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою. Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за фахом 14.01.01.– акушерство та гінекологія. - Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, 2005.  Дисертація присвячена вивченню особливостей формування та розвитку синдрому хірургічної менопаузи залежно від віку та обсягу операції у жінок з доброякісними пухлинами матки. На підставі клінічних та гормональних досліджень: біфункціонального добового моніторингу (АТ, ЕКГ), комплексного ультразвукового дослідження стану нирок, верхніх сечовивідних шляхів та молочної залози, дослідження функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів у жінок до і після гістер- та гістероваріоектомії, розроблені схеми профілактики та корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено клініко-теоретичне обґрунтування та запропоновано нове рішення наукового напрямку щодо зниження частоти та ступеня тяжкості синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістер- та гістероваріоектомії на підставі результатів вивчення системних порушень (гормональних, вегето-судинних та психоемоційних, змін з боку молочних залоз, серцево-судинної та сечовивідної системи), розробки та впровадження у клінічну практику патогенетично обґрунтованих методів діагностики, профілактики та корекції патологічних змін залежно від віку та поєднаної патології.   1. Характерною ознакою хірургічної менопаузи після гістероваріоектомії є зниження рівня статевих стероїдних гормонів (Е, П) та збільшення вмісту гонадотропних гормонів (ЛГ,ФСГ), починаючи з 3 доби післяопераційного періоду, яке прогресує протягом 6 місяців. Після гістеректомії рівень статевих стероїдних та гонадотропних гормонів (до і протягом 1, 3 і 6 місяців після операції) суттєво не відрізняється. 2. У 66,4% жінок після гістеректомії на 3 добу післяопераційного періоду виникають психоемоційні розлади, а вегето-судинні у 29% пацієнток. При цьому психоемоційні розлади переважають у групі пацієнток віком до 40 років (79,1%). 3. Після гістероваріоектомії психоемоційні розлади виникають у 88,9% хворих, а вегето-судинні у 92,7% пацієнток. При цьому психоемоційні порушення у жінок до 40 років реєструються у 100% випадків, а в віці після 50 років у 73,9%. Частота вегето-судинних порушень в групах за віком суттєво не відрізняється. Розлади переважно виникають на 2-3 добу післяопераційного періоду і прогресують протягом 6 місяців після операції незалежно від віку. 4. За даними добового моніторингу артеріального тиску, в 50% початково нормотензивних жінок у віці 45,4+4,2 протягом 6 місяців після гістероваріоектомії спостерігається розвиток артеріальної гіпертензії, що пов’язано з порушенням вегетативного балансу у бік симпатикотонії. 5. У 61% жінок з лейоміомою матки спостерігаються доброякісні утворення в молочних залозах. Застосування розробленого методу комплексного ультразвукового дослідження дає змогу підвищити ефективність диференціальної діагностики доброякісних утворень молочних залоз, при цьому чутливість, специфічність і точність комплексного УЗД становить від 80% до 100% залежно від типу патологічного утворення. 6. У 42% хворих з лейоміомою матки розміром більше 12 тижнів вагітності до операції виявляються ознаки одно- або двобічної обструкції нирок, що виявляється змінами відповідних показників допплерографії (однобічне підвищення R1 на долькових артеріях). Визначення R1 є більш чутливим показником під час виявлення залишкової обструкції, ніж визначення розширених ниркових мисок у разі конвекційної ехографії. 7. У 47% жінок з доброякісними пухлинами матки розміром 12 тижнів та більше до операції спостерігаються порушення функціонального стану нижніх сечовивідних шляхів - гіпотонія детрузора (53%), високий ступінь опущення сечового міхура (25%), гіперактивність сечового міхура (15%) та запальні зміни слизової оболонки(7%), які прогресують зі збільшенням розміру лейоміоми та віку жінки. 8. Через місяць після гістер- та гістероваріоектомії відмічається погіршення функціонального стану сечового міхура та сфінктерів у 100% обстежених жінок. Після гістероваріоектомії зміни були виражені більшою мірою - збільшилась ємкість сечового міхура, зменшився максимальний та середній потік сечі. Через 3 місяці після гістероваріоектомії спостерігається часткове відновлення функції нижніх сечовивідних шляхів. Після гістеректомії відновлення функції сечового міхура і сфінктерів досягає початкового рівня. Термін відновлення функції сечового міхура після операції залежить від ступеня доопераційних порушень та обсяг оперативного втручання. 9. З метою своєчасного призначення профілактичних та лікувальних засобів жінкам з хірургічною менопаузою необхідно формувати групи підвищеного ризику щодо виникнення постоваріоектомічних розладів ще до оперативного лікування. До розвитку постоваректомічних змін схильні жінки з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, екстрагенітальною патологією, проведеним раніше хірургічним втручанням на матці та додатках, наявністю стресових ситуацій, з істероїдним та астенічним типом акцентуації, а також жінки, робота яких пов’язана з високим інтелектуальним навантаженням. 10. Прийом препаратів ЗГТ призводить до позитивної динаміки змін в молочних залозах (зменшення суб’єктивних відчуттів у 25% пацієнток, наростання інволюційних процесів та зниження щільності молочних залоз за даними комплексного ультразвукового дослідження і мамографії до 58%) протягом 6 місяців спостереження. 11. Методи профілактики та корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою забезпечили відсутність тяжких форм синдрому хірургічної менопаузи та значне зниження розладів легкого і середнього ступеня тяжкості. Ефективність рекомендованих нами профілактичних і лікувальних заходів після гістеректомії дозволила знизити психоемоційні розлади на 22,3% та вегето-судинні порушення на 17,2%; відповідно після гістероваріоектомії – на 47,7% вегето-судинні та на 40,7% психоемоційні порушення. | |