**Кваша Тамара Ігорівна. Прогнозування та профілактика синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістеректомії : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. — К., 2003. — 163 арк. — Бібліогр.: арк. 141-163**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Кваша Т.І. Прогнозування і профілактика синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістеректомії. Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. – Акушерство і гінекологія. – Інститут педіатрії. акушерства і гінекології АМН України, Київ, 2003.  У роботі висвітлені особливості перебігу вегето-судинних, психопатологічних та сексуальних порушень у жінок після гістеректомії, залежно від обсягу операції, віку жінки та терміну, що минув після операції. У ході обстеження виявлені фактори ризику виникнення СХМ та сексуальних порушень у жінок після гістеректомії, розроблені математичні моделі та алгоритми прогнозування їх виникнення. На підставі результатів вивчення особливостей функціонування вегетативної нервової системи, аналізу психопатологічного статусу нейроендокринної характеристики, даних УЗДГ (доплерографії), розроблені схеми диференційованої профілактики синдрому виснаження яєчників та синдрому хірургічної менопаузи з урахуванням прогнозу імовірності виникнення цих патологічних станів. | |
| |  | | --- | | В дисертації вирішено наукове завдання щодо зменшення ступеня важкості синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістеректомії, шляхом розробки диференційованих методів його профілактики на основі вивчення особливостей клінічного перебігу, змін гормонального гомеостазу, стану вегетативної нервової системи, психопатологічної характеристики жінок, оцінки структурно-функціонального стану яєчників (за даними УЗД) та оваріальної гемодинаміки (за даними доплерографії), з використанням розроблених алгоритмів та математичних моделей прогнозування СХМ та статевої дисфункції.  1.Вже через 1 місяць після гістероваріектомії, у 79,1% жінок розвиваються вегетосудинні, а у 73,19% - психоемоційні порушення, тоді як при збереженні придатків вегетосудинні порушення розвиваються лише через рік в 50%, а психоемоційні в - 55,89% випадків.  2. В структурі клінічних проявів СХМ у жінок молодшої вікової категорії (до 45 років) переважають психоемоційні розлади, а у жінок старше 45 років - вегетосудинні. Частота та ступінь вираженості вегетативних розладів не залежить від обсягу гістеректомії в усіх вікових групах жінок. Психопатологічні розлади в віці до 45 років після екстирпації розвиваються частіше (в 44,2% випадків) ніж після надпіхвової ампутації матки (в 28,5% випадків).  3. У жінок після гістеректомії без видалення придатків лише через 12 місяців після операції відмічені зміни ВНС у вигляді переваги активності її парасимпатичної ланки, тоді як у пацієнток після гістероваріоектомії десинхронізація ВНС з переважанням активності симпатико-адреналового відділу відмічена вже через 6 місяців. На протязі ж другого року після гістеректомії у жінок всіх груп, виявлена гіперактивність симпатоадреналової системи поряд із виснаженням вагоінсулярної ланки та барорефлекторних механізмів регуляції вегетативного гомеостазу.  4. У пацієнток після гістероваріектомії вже через 3 місяці після операції відмічено достовірне збільшення вмісту гонадотропних гормонів та зменшення вмісту статевих стероїдних гормонів, яке поглиблюється до кінця першого року і надалі залишається незмінним. У жінок без видалення придатків аналогічні зміни гормонального гомеостазу з'являються через 12 місяців після операції переважно у пацієнток старше 45 років і поглиблюються на протязі другого року в усіх вікових групах.  5. Частота та ступінь вираженості сексуальних розладів у жінок після гістеректомії обумовлена особливостями статевої функції до операції, рівнем статевої освіти, віком жінки, особистісними характеристиками особистості, ступенем її психологічної дезадаптації до операції, фактом видалення яєчників і рівнем статевих гормонів у сироватці крові і не залежить від обсягу гістеректомії (екстирпація чи надпіхвова ампутація матки). У структурі порушень сексуальної функції у жінок після гістеректомії на протязі першого року переважає зниження лібідо, а в подальшому розвивається диспареунія та аноргазмія.  6. Вже через 1 рік після гістеректомії без видалення придатків відзначено зменшення індексу площі яєчників, фоллікулярно-стромального коефіцієнту (за даними УЗД), та збільшення ІЦО і зменшення ІП яєчникових артерій (за даними доплерографії), що відображає погіршення кровотоку в яєчниках, і поряд із змінами гормонального гомеостазу є свідченням процесу виснаження яєчників.  7. Розроблені алгоритми та математичні моделі прогнозування синдрому хірургічної менопаузи та статевої дисфункції у жінок після гістеректомії є високоінформативними і дають можливість формувати групи ризику з урахуванням ступеня імовірності прогнозу їх виникнення для своєчасного застосування індивідуалізованих профілактичних заходів.  8. Клінічне застосування розроблених індивідуалізованих методів профілактики розвитку СХМ у жінок після гістеректомії, забезпечує попередження розвитку гормональної дисфункції в залишених яєчниках, та зменшує частоту як вегетативних (до 56,25% при 86,83% - в контролі), так і психоемоційних (до 65,78% при 76,32% - в контролі) проявів СХМ. | |