**Берегуляк Олеся Олександрівна. Клініко-патогенетичні аспекти профілактики та лікування постоваріоектомічного синдрому : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2008.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Берегуляк О.О. Клініко-патогенетичні аспекти профілактики та лікування постоваріоектомічного синдрому. –** Рукопис.  Дисертація на здобуттянаукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 **–**акушерство та гінекологія, Державний вищий навчальний заклад "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського", Тернопіль, 2008 р.  Дисертаційна робота присвяченарозробці та вивченню порівняльної ефективності етапного методу гормональної і фітотерапії посткастраційного синдрому для ефективної адаптації гіпоталамо-гіпофізарної системи до хірургічної менопаузи та профілактики порушень гемостазу, ліпідного, кальцієво-фосфорного обміну, атрофічних змін урогенітального тракту, остеопенічних змін в кістках.  Хірургічна кастрація в післяопераційному періоді призводить до наростання клінічних проявів постоваріоектомічного синдрому, змін гормонального статусу, гіперкоагуляції, атерогенних зсувів в ліпідограмі, розвитку порушень кальцієво-фосфорного обміну з достовірними змінами мінеральної щільності кісткової тканини та урогенітальних порушень.  Застосування традиційної гормонотерапії в 3 рази (за індексом Куппермана) зменшує ранні клінічні прояви посткастраційного синдрому, попереджує урогенітальні розлади (динаміка кольпоцитограми, індексу ”вагінального здоров’я”) та остеопенічні зміни в кістках, але викликає ознаки гіперкоагуляції та атерогенні зміни в ліпідограмі.  Розроблений метод нормалізує ранні (психоемоційні та нейровегетативні) й пізні (урогенітальні розлади та остеопенічні зміни кісткової тканини) прояви постоваріоектомічний синдром, позитивно впливає на гормональний баланс, кальцієво-фосфорний обмін, не має атерогенного впливу на ліпідограму та не сприяє розвитку гіперкоагуляційного синдрому. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі представлено нове вирішення наукового завдання з удосконалення комплексної терапії та тактики ведення постоваріектомічного синдрому на основі розробки, клінічної апробації та впровадження в практику патогенетично обґрунтованого етапного застосування гормональної та фітотерапії завдяки його позитивному впливу на гормональний, ліпідний, кальцієво-фосфорний обмін, гемостаз та мінеральну щільность кісткової тканини.  1. Хірургічна кастрація через 1, 3 та 6 місяців динамічного спостереження достовірно викликає ранню появу та зростання клінічних проявів постоваріоектомічного синдрому (за індексом Куппермана в 2,8–4,5 рази) та патологічні зміни гормонального статусу (зростання рівня фолікулостимулюючого гормону в 2,3–4,1 рази, лютеїнізуючого гормону – 1,5–2,5 рази, зниження концентрація естрадіолу у 1,3–2,1 рази, індексу ЛГ/ФСГ у 1,4–1,6 рази) в порівнянні з показниками до операції. Через 6 місяців у цій групі виникає гіперкоагуляційний синдром та атерогенні зміни в ліпідограмі (достовірне зростання коефіцієнта атерогенності, концентрації холестерину, ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів та зменшення концентрації ліпопротеїдів високої щільності). Гістероваріоектомія активізує процеси кісткового метаболізму з переважанням резорбції та вимивання кальцію з кісток, що підтверджується достовірним зростанням концентрації лужної фосфатази на 41 %, збільшенням екскреції кальцію з сечею на 156 %. Зниження мінеральної щільності кісткової тканини у цій групі хворих корелює з динамікою концентрації естрадіолу та розвитком атрофічних процесів слизової вагіни (зниження еозинофільного індекса на 79 % та каріопікнотичного індекса на 74%).  2. Застосування традиційної гормонотерапії протягом 6 місяців після операції в 3 рази зменшує прояви посткастраційного синдрому (за індексом Куппермана) та достовірно сповільнює зростання рівня фолікулостимулюючого гормону (у 1,9 –2,9 рази), лютеїнізуючого гормону (1,4–2,0 рази), зменшення концентрація естрадіолу (у 1,2–1,3 рази) в порівнянні з показниками до операції. Проте використання традиційної гормонотерапії протягом шести місяців має негативний атерогенний вплив на ліпідограму (викликає достовірне (р<0,005) зростання концентрації тригліцеридів, холестерину, ліпопротеїдів низької щільності), сприяє розвитку гіперкоагуляційного синдрому (достовірне зростання протромбінового індексу, вкорочення тромбінового часу, підвищення концентрації фібриногену та спонтанної агрегації тромбоцитів).  3. Розроблений етапний метод гормональної та фітотерапії достовірно нормалізує ранні (психоемоційні та нейровегетативні) та запобігає розвитку пізніх (урогенітальні порушення та остеопенічні зміни кісткової тканини) симптомів постоваріоектомічного синдрому, про що свідчить зниження індексу Куппермана в 4,65 рази в порівнянні з першою групою та в 1,55 рази – в порівнянні з другою групою, сповільнює зростання рівня фолікулостимулюючого гормону ( в 1,7–2,5 рази), лютеїнізуючого (в 1,3–1,9 рази), зменшення концентрації естрадіолу (в 1,1-1,4 рази) в порівнянні з доопераційними показниками, та наближаються до показників природної менопаузи.  4. Застосування традиційного та розробленого методів гормонотерапії достовірно запобігає розвитку порушень кальцієво-фосфорного обміну, мінеральної щільності кісткової тканини, попереджує розвиток атрофічних процесів в слизовій вагіни. Розроблений метод лікування не має атерогенного впливу на ліпідограму та не сприяє розвитку гіперкоагуляційного синдрому. | |