

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Прегравідарна підготовка жінок з безплідністю повинна включати корекцію психоемоційного

стану. В перспективі планується вивчення якості життя у жінок з безплідністю.

Література

1. Пехню Н.В. Уровень стресса при беременности, осложнившейся репродуктивными потерями / Пехню Н.В. // Репрод.здор. женщины. – 2008. – № 4 (38). – С.140-142.
2. Могілевкіна І.О. Короточасні та довгострокові ефекти відповіді на стрес. Можливості оцінки стресу під час вагітності / Могілевкіна І.О., Карасьова О.В. / Репрод.здор. женщины. – 2007. – № 1. – С.64-72.
3. Бойко В.В. Потребность в детях // Под ред. Райгородского Д.Я. – В.: Психология и психоанализ беременности. – Самара, 2003. – 312 с.
4. Marks M. N. Aims, measures, study sites and participant samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression / Marks M. N., Asten P., Oates M. R. // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – № 184. – P. 3-9.
5. Мілевський О.В. Психологічні особливості та емоційний стан вагітних жінок з безплідністю в анамнезі //Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2009. – №2. С. – 119–121.
6. Homocysteine and folate levels as risk for recurrent early pregnancy loss / Nelen L., Blom H.J., Steegers E.F. [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2000. – Apr.95(4). – P.519-524.
7. Hughes P. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium / Hughes P., Turton P., Badenhorst W. // The British Journal of Psychiatry. – 2006.– № 188. – P.165–172.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие / Филиппова Г.Г. – М., 2002. – 240 с.
9. McQueeney D.A. Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems / McQueeney D.A., Stanton A.L., Sigmon S. // J. Behav. Med. – 1997 Aug. – Vol. 20(4). – P. 313–331.
10. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth // Policy Statement, December. – 1998. – P.71.
11. Практическая психология в тестах, или как научиться принимать себя и других / Под ред. Римской Р., Римского С. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2003. – 400 с.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Райгородский Д.Я.-Самара: Издательский дом "Бахрах-М". – 2002. – 672 с.

УДК 618.17-009.8-02-618.36-002

И.Б. Венцовская, В.В. Белая, Е.Ф. Майданник, О.Ю. Костенко, Ю.А. Никитина
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г.Киев

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ HELLP-СИНДРОМУ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ. Представлено клінічний опис двох випадків HELLP-синдрому, що виникли під час вагітності та після пологів, з благополучним наслідком випадків у породіль та плодів. Розглядалися питання: варіанти клінічного перебігу, діагностики, лікування.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ. Представлено клиническое описание двух случаев HELLP-синдрома, возникших во время беременности и в послеродовом периоде, с благоприятным исходом случаев для родильниц и плодов. Рассматривались вопросы: варианты клинического течения, диагностики, лечения.

PECULIARITIES OF PROGRESS OF HELLP-SUNDROME IN TOCOLOGY PRACTICE. Two clinical incidents of HELLP-syndrome during pregnancy and after labour was described in this article. Questions of clinical duration variants, diagnosis and treatment was considered.

Ключові слова: HELLP-синдром, клініка, діагностика, лікування.

Ключевые слова: HELLP-синдром, клиника, диагностика, лечение.

Key words: HELLP – syndrome, clinic, diagnostics, treatment.

ВВЕДЕНИЕ. В отечественной литературе почти нет сведений о HELLP-синдроме, тогда как в зарубежной эта акушерская патология отме-

чается всё чаще [3]. При тяжёлой преэклампсии HELLP-синдром встречается в 4-12% случаев и характеризуется высокой материнской (до

75%) и перинатальной (79 на 1000) смертностью [1].

Многие авторы отмечают, что лабораторные изменения максимально проявляются в послеродовом периоде, в это же время развёртывается и полная клиническая картина HELLP-синдрома. Также считается, что такие основные признаки, как тромбоцитопения и нарушение функции печени достигают при HELLP-синдроме максимума своего развития спустя 24-48 часов после родов. У новорожденных при HELLP-синдроме встречается в 36% случаев тромбоцитопения, что приводит к развитию у них кровоизлияний и поражений нервной системы. В качестве иллюстрации приводим два следующих наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Случай 1. Беременная С., 36 лет, жительница Голосеевского р-на г.Киева, с 24 недель беременности стояла на учёте в ЖК КЦБКБ. Из анамнеза уровень гемоглобина до беременности был в пределах нормы. При постановке на учёт гемоглобин – 108 г/л. Остальные клинико-лабораторные показатели в норме. Приём алкоголя и наркотических средств отрицала. Из предрасполагающих факторов, которые бы повышали риск возникновения HELLP-синдрома отмечались: отёки нижних конечностей с 29 недель беременности при отсутствии протеинурии в разовой порции мочи, патологическая прибавка в весе (4 кг за 2 недели), нестабильность гемодинамики. Врождённых или приобретённых тромбоцитопений не выявлено. Со стороны печени: с детского возраста наблюдает хронический холецистит. Из анамнеза: течение данной беременности осложнилось носительством TORCH-инфекций (HSV, CMV), острым циститом в 13-14 недель, острым тонзиллитом в 27 недель с повышением температуры тела до 37,5 С, АВО-изосенсибилизация (1:4). Гинекологический анамнез без особенностей. Из анамнеза жизни отмечались: хронический гастрит, операция по поводу варикозной болезни вен нижней конечности в 2003.

В сроке 33 недель беременная доставлена каретой скорой помощи в КГРД №7 с жалобами на повышение АД до 160/100 мм рт.ст., отёки нижних конечностей. До госпитализации бригадой СП оказана помощь в виде гипотензивной терапии (фармадипин). В стационаре выставлен диагноз: Беременность I, 33 недели. Головное предлежание. Преэклампсия средней степени. Анемия легкой степени. Артериальное давление на момент поступления 140/100 мм рт.ст., отмечались отёки нижних конечностей. Из особенностей разового анализа мочи: белок-0,594 г/л, удельный вес-1012, гиалиновые цилиндры – 1-2 в п/з. Коагулограмма: ПТИ-95%,

АВР-39“, фибрин-14 м/г, фибриноген-3,5г/л, АЧТВ-17,4. Общий анализ крови: гемоглобин-103 г/л, тромбоциты-163*10⁹/л. Биохимия и ферменты печени: билирубин-16,9 мкмоль/л, АлАТ – 3,78 ммоль/ч/л (N – 0,1 – 0,7), АсАТ – 3,6 ммоль/ч/л (N – 0,1 – 0,45), общий белок-55,3 г/л, тимоловая проба-2,1 ед, мочевины-9,6 ммоль/л, азот мочевины-4,5 ммоль/л, уровень железа в крови – 27 мкмоль/л. УЗИ: Беременность 32-33 недели. СЗВУР асимметричная форма I ст. ФПН IIст. БФПП-8б. КТГ-8б.

Учитывая степень тяжести гестоза, клинико-лабораторные показатели, переведена в отделение реанимации для дальнейшего наблюдения и почасовой терапии (проводилась магнезиальная, седативная терапия, профилактика СДР плода, терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровотока и улучшение реологических свойств). На протяжении интенсивного наблюдения в ОРИТ состояние больной не улучшилось, появились признаки HELLP-синдрома: отмечалась нестабильность АД, протеинурия (от 0,693 г/л до 1,65 г/л), олигурия (650 мл за сутки), моча бурого цвета на фоне проводимой стимуляции, повышение уровня трансаминаз (АлАТ – 67 Ед/л, АсАТ – 124 Ед/л), тромбоцитопения (от 136*10⁹/л до 100*10⁹/л), повышение уровня щелочной фосфатазы (от 136 Ед/л до 167 Ед/л), лактатдегидрогеназы до 626 Ед/л, падение уровня белка в крови (от 54,2 г/л до 41,6 г/л, альбумины 20,3 г/л при норме 35-50 г/л), увеличение времени свёртываемости крови (от 5'20"-5'40" до 9'30"-9'55"), коагулограмма (ПТИ-91%, АВР-51“, фибрин-16 м/г, фибриноген-4,0 г/л, АЧТВ-15“), падение уровня гемоглобина (от 106 г/л до 101 г/л).

Таким образом лабораторные показатели были:

1. Повышение уровня трансаминаз (АсАТ – в 8 раз, АлАТ – в 5,4 раза);
2. Тромбоцитопения (от 160*10⁹/л до 100*10⁹/л);
3. Гемолиз, который проявился наличием в мазке сморщенных и деформированных эритроцитов, полихромазией;
4. Отсутствие повышения уровня билирубина;
5. Без удлинения протромбинового индекса наблюдалось падение АЧТВ до 15“;
6. Снижение уровня фибриногена не отмечалось;

Выставлен диагноз: Беременность I, 33 недели. Головное предлежание. Преэклампсия средней степени тяжести, не поддающаяся медикаментозной коррекции. HELLP-синдром. Анемия легкой степени. Решено родоразрешить путём операции кесарева сечения в ургентном порядке. При кесаревом сечении, по нашему мнению, следует применять наиболее щадящие методы защиты матери и плода от акушерской

агрессии. Содержание тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$ считать критической величиной для проведения регионарной анестезии при тяжёлом гестозе с HELLP-синдромом. Во время проведения перидуральной или спинальной анестезии нельзя забывать о высоком риске экстрадуральных или субдуральных кровотечений при низком уровне тромбоцитов.

Во время операции извлечён живой недоношенный мальчик массой 1460,0, длиной 39 см, 5-6 баллов по Апгар (0 баллов за тонус и рефлексы, 1 балл за цвет кожи). Диагноз: Асфиксия средней степени тяжести, РДС I, ДН I-II, ЗВУР, асимметричная форма, недоношенность 33-34 недели. Учитывая сохраняющуюся ДН I-II, кислородозависимость, нестабильность гемодинамики, ребёнок заинтубирован, переведен на ИВЛ, в дальнейшем переведен на второй этап выхаживания.

Продолжена интенсивная терапия [1] в послеоперационном периоде:

1. Инфузионно-трансфузионная терапия с целью нормализации ОЦК, коллоидно-осмотического давления плазмы, реологических и коагуляционных свойств крови: альбумин 10-20% (объём и длительность инфузии определялась индивидуально), СЗП (20 мл/кг/сутки), гидроксипропановый крахмал 6-10% (рефортан, стабизол – объём и длительность инфузии определялась индивидуально), кристаллоидные растворы, тромбоконцентрат не менее двух доз при уровне тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$. В начале терапии скорость инфузии должна превышать диурез в 2-3 раза, в конечном моменте скорость вводимой жидкости уменьшается до 1,5-2 раза;

2. Мембранные стабилизаторы: глюкокортикоиды (до 1000 мг преднизолона в сутки);

3. Гипотензивная терапия (стабилизация систолического АД на уровне 140 мм рт.ст.);

4. Гепатопротекторы: витамин С, эссенциале в/в по 5 мл 3 раза в сутки;

5. Профилактическая антибактериальная и противовоспалительная терапия: далацин, метрагил;

6. Ингибиторы протеаз: транексамовая кислота в/в 15мг/кг массы тела каждые 6 часов (тугина);

7. Плазмафарез не проводился.

На фоне проводимой интенсивной терапии общее состояние больной улучшилось: гемодинамика стабилизировалась на 6-е сутки (АД 130/80 мм рт.ст.), показатели анализа мочи нормализовались на 4-е сутки (белок-0,099 г/л, цилиндры отсутствуют, цвет стал светло-жёлтый, полиурии не наблюдалось), уровень тромбоцитов достиг нормы на 3-е сутки ($214 \cdot 10^9/\text{л}$), показатели печени нормализовались на 4-е сутки (АлАТ – 27 Ед/л, АсАТ – 38 Ед/л). Анемия оставалась в течении длительного времени (гемоглобин-82 г/л, ЦП-0,87). Выписана на 6-е сутки

послеоперационного периода, в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача ЖК.

Полная клиническая картина HELLP-синдрома развернулась в сроке 33 недели беременности. Клинические симптомы у первородящей развились с 29 недель беременности, что отличает данный клинический случай от ранее описанных в литературе [7]. Присутствовали ранние симптомы: тошнота, рвота, без диарреи, что расценивалось как пищевое отравление. Боли в эпигастральной области и правом подреберье отсутствовали. Отмечались проявления преэклампсии в виде: отёков нижних конечностей с 29 недель беременности при отсутствии протеинурии в разовой порции мочи, патологической прибавке в весе (4 кг за 2 недели), нестабильности гемодинамики. Билирубин и его фракции, ферменты печени, тромбоциты были в пределах нормы. Наблюдались признаки анемии лёгкой степени с 26 недель беременности. Клинические проявления HELLP-синдрома начались с 33 недель беременности. Анализируя клинико-лабораторные данные надо отметить усугубление гестоза, который был представлен всей триадой Цангенмейстера. Данный случай расценивается нами как проявление усугубления тяжести преэклампсии, что отличается от точки зрения Т.Н.Kirschbaum [3], который считает, что HELLP-синдром имеет чисто метаболическую природу и не связан с преэклампсией. Преэклампсия уже сама по себе является синдромом полиорганной недостаточности, развивающейся в результате беременности, а присоединение HELLP-синдрома указывает, видимо, на крайнюю степень функциональной дезадаптации организма матери в попытке обеспечить потребности плода, что согласуется с точкой зрения других авторов [1].

В данном случае коагуляционное звено было в пределах нормы. Лабораторные изменения максимально начали проявляться через 4 недели после проявления признаков преэклампсии во время беременности. Анализируя клинико-лабораторные данные и исход случая можно отметить: во-первых, в коагуляционном звене наблюдалось выраженное падение АЧТВ (15") на фоне замедленного падения уровня тромбоцитов (от $163 \cdot 10^9/\text{л}$ до $100 \cdot 10^9/\text{л}$), других признаков нарушения коагуляционного звена не наблюдалось, во-вторых, развитие HELLP-синдрома достигло максимума в течении 24 часов во время беременности [6]. Таких осложнений, как отслойка плаценты, острая почечная недостаточность, отёк лёгких, субкапсулярная гематома, разрыв печени, выраженный ДВС-синдром, на которые указывают авторы [7], не наблюдалось. В-третьих, в данном случае не было перинатальных потерь (ребёнок переведен на второй этап выхаживания для дальнейшего наблюдения). В-

четвёртых, удаление матки не проводилось. В-пятых, полиурии не наблюдалось.

Случай 2. Беременная Р., 25 лет, жительница Дарницкого района, стала на учёт в сроке 10 недель в ЖК Печерского района. Вредных привычек не имела. Беременность проходила без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечала хронический аднексит. Соматический анамнез не отягощен. Поступила в родильный дом №7 г.Киева с диагнозом: Беременность I, 39-40 недель. Головное предлежание. I период родов.

Произошли роды живой здоровой доношенной девочкой массой 3100,0, длиной 50 см, 9-9 баллов по шкале Апгар. В раннем неонатальном периоде состояние ребёнка удовлетворительное. В родах гемодинамика не страдала. Все клинико-лабораторные показатели в пределах нормы. Через 5 часов после родов появилась клиника гестоза. Артериальное давление на обеих руках составило 160/110 мм рт. ст. При осмотре отмечались отёки нижних конечностей. Клинико-лабораторные данные: гемоглобин – 101 г/л, тромбоциты – $155 \cdot 10^9$ /л, АЧТВ-35,4“, билирубин общий – 23,6 мкмоль/л, АлАТ – 163,5 Ед, АсАТ – 203,4 Ед, общий белок – 41,7 г/л, белок мочи – 9,9 г/л. В течении 1-ых суток состояние больной расценивалось как средней степени тяжести. Артериальное давление держалось в пределах 150/100 – 130/80 мм рт.ст. Диурез составил 70 мл/ч. Продолжалась интенсивная почасовая терапия.

Через 17 часов после родов общее состояние больной ухудшилось. Жалобы на общую слабость, чувство тяжести в голове. Отмечались отёки голеней, пастозность лица. Носовое дыхание несколько затруднено. АД – 150/100 мм рт.ст. Диурез за 12 часов – 1200,0, моча приобрела бурый цвет. Отмечается ухудшение клинико-лабораторных показателей: снижение гемоглобина до 78 г/л, деформированные эритроциты, снижение тромбоцитов до $46 \cdot 10^9$ /л, АЧТВ-17,9“, повышение уровня билирубина до 55,8 мкмоль/л, АлАТ до 319 Ед, АсАТ до 676 Ед, креатинин – 0,08 ммоль/л, появление признаков гемолитического сыворотки, белок мочи – 6,6 г/л, гиалиновые, зернистые цилиндры – 2-3 в п/з. Выставлен диагноз: Послеродовый период, 1-е сутки. Преэклампсия тяжёлой степени. HELLP – синдром.

Таким образом лабораторные показатели были:

1. Повышение уровня трансаминаз (АсАТ – в 16 раз, АлАТ – в 8 раз);
2. Тромбоцитопения (до $46 \cdot 10^9$ /л);
3. Гемолитический синдром, который проявился наличием в мазке сморщенных и деформированных эритроцитов, полихромазией;
4. Повышения уровня билирубина (до 55,8 мкмоль/л);

5. Без удлинения протромбинового индекса наблюдалось падение АЧТВ до 15“;

6. Снижение уровня фибриногена не отмечалось;

Лечение HELLP – синдрома в послеродовом периоде проводилось аналогично терапии описанной нами в первом случае. В течении суток диурез достаточный, цвет мочи ярко-красный (лаковый), реакция кислая. Клинико-лабораторные показатели: уровень тромбоцитов снизился до $42 \cdot 10^9$ /л, белок мочи повысился до 16,5 г/л, цилиндры гиалиновые – 4-5 в п/з, зернистые – 5-6 в п/з. При УЗ-исследовании в брюшной полости определяется свободная жидкость в количестве до 500 мл, в полости перикарда – до 10 мл. Рекомендовано, учитывая аутоиммунный характер имеющейся патологии, продолжить иммунодепрессивную терапию метилпреднизолоном, проводить дезинтоксикационную терапию методом форсированного диуреза под контролем уровня электролитов, гепатопротекторную, гипотензивную терапию. В целях дезинтоксикации, нормализации пассажа по кишечнику – лактулоза, голодная диета, достаточное питьё. При отсутствии ДВС-синдрома, признаков кровотечения, от переливания тромбоконцентрата отказаться.

После проведенной интенсивной терапии в отделении реанимации под постоянным мониторингом состояние больной значительно улучшилось. Общее состояние стабилизировалось на удовлетворительном уровне, клинико-лабораторные показатели пришли в норму в динамике: тромбоциты на 6-е сутки ($203 \cdot 10^9$ /л), печёночные ферменты на 9-е сутки (АлАТ – 37,5 Ед, АсАТ – 18 Ед), при УЗ-исследовании отсутствовала свободная жидкость в брюшной полости и перикарде. Признаки анемии оставались длительный период (гемоглобин-101 г/л на 10-е сутки). Выписана на 12-е сутки послеродового периода, в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение уролога.

Лабораторные изменения, характерные для HELLP-синдрома, начали проявляться через 5 часов после родов. Анализируя клинико-лабораторные данные необходимо отметить: в коагуляционном звене наблюдалось выраженное падение уровня тромбоцитов (от $155 \cdot 10^9$ /л до $42 \cdot 10^9$ /л) на фоне замедленного падения АЧТВ (от 35,4“ до 17,9“), других признаков нарушения коагуляционного звена не наблюдалось, отмечались проявления полисерозита (при УЗ-исследовании в брюшной полости определяется свободная жидкость в количестве до 500 мл, в полости перикарда – до 10 мл), сохранялась стойкая артериальная гипертензия, полиурия, макрогематурия, гемолитический синдром 70%. Оценить гемолитический синдром по уровню свободного гемоглобина не представлялось возможным. Спустя 24 часа при стабилизации гемодинамики восстановительный

період протекав на фоні вираженої поліурії без гематурії (по 8л в теченні 5 днів с послуючим переходом на 4 л в сутки), в зв'язі с чим переведена для дальшої реабілітації в відділення нефрології.

Ми придержуємося точки зору, що вагітність представляє собою випадок аллотрансплантації, а HELLP-синдром як аутоімунна реакція. Аутоімунні комплекси осідають на поверхні ниркових лоханок, в зв'язі с чим виникає клініка поліурії, с цим зв'язано використання при HELLP-синдромі глюкокортикоїдів, що і було зроблено в нашому випадку. Данна точка зору відповідає думці інших авторів [1,2,4,8].

Незважаючи на крайню тяжкість перебігу HELLP-синдрому, його присоединення до преєклампсії не призводить до таких важких ускладнень, як розвиток ДВС-синдрому, смерті матері чи дитини, при своєчасній діагностиці, адекватній терапії з використанням глюкокортикоїдів на фоні постійного інтенсивного моніторингу стану життєво-

важких функцій організму, так як клініка розвивається в теченні 24 годин.

HELLP-синдром може розвиватися як в час вагітності, так і в післяродовому періоді, у первородящих.

Лабораторні дані можна використовувати для класифікації HELLP-синдрому за ступенем внутрисудинної коагуляції і за рівнем тромбоцитопенії.

Не всі випадки HELLP-синдрому проходять с такими ранніми ознаками, як нудота, блювання, біль в епігастральній області і правому подребер'ї, іноді лабораторні дані являються первинними ознаками.

Важливим в діагностиці HELLP-синдрому є визначення активності лактатдегідрогенази, що відображає пошкодження гепатоцитів і тяжкість гемолізу. Відношення аланін- і аспартатамінотрансферази при HELLP-синдромі зазвичай становить 0,55.

Своєчасна діагностика і адекватна інтенсивна терапія – запорука успіху в лікуванні HELLP-синдрому.

Література

1. Барсуков А.Н., Одинцова Н.А., Якубовская С.Л. Лікувальна тактика при ускладненні гестоза // Медичні новини. – 2008. – №14
2. Венцовский Б.М., В.Н. Запорожан, А.Я. Сенчук, Б.Г. Скачко. Гестозы. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – С.233-251.
3. Квінан Д.Т., Хоббінс Д.С., Спонг К.У. Протоколи для вагітностей високого ризику. – Київ, 2009. – С.490.
4. Kirschbaum T.H. Year book of Obstetrics and Gynecology.-Chicago, 1987, p.59.
5. Rappaport V.J., Hirata G., Yapp H.K. et al. Antivascular endothelial cell antibodies in severe preeclampsia//

Amer.J.Obstet.Gynecol.,1990, v.162, p.138-146.

6. R.Douglas Collins. Algoritmicheskaya diagnostika simptomov i znakov, 2003.

7. Sibai B.M., Ramadan M.K., Usta I., Salama M. et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome)// Amer.J.Obstet.Gynecol.,2004, v.169, p.1000-1006.

Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy // Amer.J.Obstet.Gynecol., 2005, v.193, p.859.

УДК 616.173+618.11.

Л.В. Гінчицька, Н.І. Генік, О.В. Нейко, І.Т. Кишакевич, С.О. Остафійчук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Івано-Франківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. Обстежено 134 жінки у віці від 40 до 50 років, які були поділені на три групи в залежності від тривалості та генезу менопаузи. Загальноклінічне дослідження проводилося за стандартною схемою, що передбачає з'ясування скарг на момент обстеження, анамнезу, а також об'єктивне терапевтичне і гінекологічне обстеження.

Так по нейровегетативному синдрому (НВС) у жінок після тотальної оваріоектомії в залежності від часу гіпоестрогенемії відмічалось зменшення кількості жінок зі скаргами на приливи і супроводжуючу їх підвищену пітливість, головний біль. Разом