

Дисфункція яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії: діагностика і корекція

Т.В. Лещева, Н.В. Поп

Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини

Результати проведених досліджень свідчать, що корекція оваріальної дисфункції після гістеректомії у жінок репродуктивного віку повинна носити комплексний характер і включати, крім гормональної корекції, метаболічну терапію. Рациональне використання пропонованого підходу дозволяє знизити частоту нейроендокринних порушень і поліпшити якість життя пацієнок, що перенесли видалення органа – матки, в репродуктивному віці.

Ключові слова: дисфункція яєчників, гістеректомія, репродуктивний вік.

Проблема дисфункції яєчників є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, що зумовлене збільшенням в нашій країні кількості жінок репродуктивного віку з різною генітальною патологією, яка вимагає оперативного лікування [1–5]. Серед різних проблем гінекологічної захворюваності жінок репродуктивного віку частіше спостерігають лейоміому матки і ендометріоз, в лікуванні яких оперативні методи складають близько 60%, а в структурі всіх операцій основне місце посідає гістеректомія [3, 4].

Відомо, що гістеректомія з придатками супроводжується симптомокомплексом, що характеризується вегетосудинними, психоемоційними і обмінно-ендокринними змінами в організмі жінки, що призводить до суттєвого зниження якості життя. Проте збереження одного або навіть двох яєчників не виключає розвиток описаного патологічного симптомокомплексу, не дивлячись на відсутність будь-яких післяопераційних ускладнень [5]. У сучасній літературі наводять дані про різке зниження функції яєчників, що залишилися після гістеректомії, а також описують гормональні зміни в організмі з розвитком серцево-судинних захворювань, остеопорозу, метаболічного синдрому, стресового недержание сечі, зниження сексуальної функції тощо [2].

Багато дослідників пов'язують зазначені ускладнення з гіпофункцією яєчників, яка настає у зв'язку з порушенням кровопостачання і іннервації яєчників, спричинених оперативним втручанням [1–5]. У даному аспекті вкрай цікавою, але маловивченою проблемою реабілітації жінок після гістеректомії без яєчників є психоемоційні порушення, які розвиваються у 50–70% пацієнок після гістеректомії і проявляються депресивними станами, емоційною лабільністю, безсонням, тривожним настроєм, занепокоєнням тощо.

Таким чином, одним із невирішених наукових завдань даної проблеми є дисфункція яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії.

Мета дослідження: знизити частоту клініко-ендокринологічних і психологічних проявів дисфункції яєчників у жінок після гістеректомії в репродуктивному віці на основі вдосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань у дослідження включено 150 жінок репродуктивного віку, які склали 4 групи. 125 пацієнок з них страждали на лейоміому матки, 100 з яких

було виконано гістеректомію (ГЕ) – надпівову ампутацію матки (НАМ), що відповідає субтотальній ГЕ (СТЕ).

Пацієнок після тотальної гістеректомії не включали в дослідження, оскільки в більшості випадків цей об'єм оперативного втручання проводили в перименопаузальному віці і частіше разом з яєчниками.

Першу (1-у) групу склали 50 пацієнок репродуктивного віку, які перенесли СТЕ та отримували загальноприйнятні реабілітаційні заходи. 2-у групу склали також 50 жінок після СТЕ, які отримували гормональну корекцію та метаболічну терапію. Слід зазначити, що основним показанням до видалення матки у пацієнок обох груп була лейоміома матки. Хворі цієї групи до моменту проведення обстеження знаходились у репродуктивному віці, а в ході операції у всіх пацієнок були повністю збережені яєчники. Пацієнок з вираженими кістозними змінами або іншою патологією яєчників в дослідження не включали.

Третю (3-ю) групу склали 25 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки невеликих розмірів, які знаходилися на диспансерному обліку (так звана група порівняння).

Четверту (4-у) групу представлено 25 здоровими жінками репродуктивного віку, що також було визначено метою і завданнями роботи. Ці пацієнтки утворили контрольну групу.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні та лабораторні методи, які є найбільш інформативними.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що субтотальна гістеректомія в репродуктивному віці призводить протягом першого року після операції до високої частоти дисфункції яєчників (78,0%) у вигляді недостатності лютеїнової фази (56,0%) і ановуляції (22,0%).

Протягом першого місяця після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці відбувається компенсоване збільшення об'єму яєчників (до $6,9 \pm 0,3$ см³) при одночасній зміні кровотоку в яєчникових артеріях в 52,0% спостережень. Протягом року після операції відбувається зниження об'єму яєчників на 18,0% за рахунок зменшення числа і розмірів фолікулів, а також гомогенності яєчників і відновлення кровотоку.

Частота різних клінічних проявів депресії у жінок після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці складає 62,0% через 1 міс і 70,0% – через 1 рік після операції, причому має місце виражена кореляційна залежність між зниженням рівня естрадіолу і вираженістю депресивних станів ($r = -0,89$).

Зниження якості життя у пацієнок після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці відбувається протягом 1 міс (з $54,06 \pm 4,66$ бала до операції – до $38,27 \pm 3,21$ – через 1 міс), а через 1 рік цей показник складає $32,13 \pm 3,09$ бала, що корелює зі ступенем зниження рівня естрадіолу ($r = +0,76$).

Використання вдосконаленого алгоритму діагностичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту дисфункції яєчників у жінок репродуктивного віку після субто-

тальної гістеректомії протягом 1 року (з 78,0% до 32,0%) за рахунок як недостатності лютеїнової фази (з 56,0% до 26,0%), так і ановуляції (з 22,0% до 6,0%).

Поєднане використання гормональної корекції і метаболічної терапії у жінок репродуктивного віку після субтотальної гістеректомії вже протягом 3 міс після операції сприяє зменшенню розмірів яєчників (на 28,0%), проявів депресивних станів (на 30,0%) і підвищенню якості життя (на $10,21 \pm 1,08$ бала), що зберігається протягом 1 року після оперативного лікування.

Для практичної охорони здоров'я рекомендовані такі моменти:

1. Субтотальна гістеректомія в репродуктивному віці призводить до дисфункції яєчників, що вимагає динамічного клініко-ендокринологічного і психологічного обстеження з оцінюванням якості життя.

2. Для зниження частоти клініко-ендокринологічних і психологічних прояви дисфункції яєчників після субтотальної

ної гістеректомії в репродуктивному віці необхідне використання гормональної корекції і метаболічної терапії, починаючи з раннього післяопераційного періоду і протягом 3–6 міс після операції.

3. З метою контролю за станом яєчників після субтотальної гістеректомії в репродуктивному віці необхідне динамічне використання ендокринологічних показників, об'єму яєчників і оцінки кровотоку в яєчникових артеріях.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що корекція оваріальної дисфункції після гістеректомії у жінок репродуктивного віку повинна носити комплексний характер і включати, крім гормональної корекції, метаболічну терапію. Раціональне використання запропонованого підходу дозволяє знизити частоту нейроендокринних порушень і поліпшити якість життя пацієнток, що перенесли видалення органа – матки в репродуктивному віці.

Дисфункция яєчників у жінок репродуктивного віку після гістеректомії: діагностика і корекція

Т.В. Лещева, Н.В. Поп

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что коррекция овариальной дисфункции после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста должна носить комплексный характер и включать, кроме гормональной коррекции, метаболическую терапию. Рациональное использование предложенного подхода позволяет снизить частоту нейроэндокринных нарушений и улучшить качество жизни пациенток, которые перенесли удаление органа – матки, в репродуктивном возрасте.

Ключевые слова: дисфункция яєчників, гістеректомія, репродуктивний вік.

Dysfunction of ovarium at women of reproductive age after hysterectomy: diagnostics and correction

T.V. Leshcheva, N.V. Pop

Results of the spent researches testify that correction of ovarial dysfunctions after hysterectomy at women of reproductive age should have complex character and include except hormonal correction and metabolic therapy. Rational use of the offered approach allows to lower frequency neuroendocrinological infringements and to improve quality of life of patients which have transferred body removal – a uterus at reproductive age.

Key words: dysfunction of ovariums, hysterectomy, reproductive age.

Сведения об авторах

Лещева Татьяна Владимировна – Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, 49005, г. Днепропетровск, ул. Севастопольская, 17, корп. 4; тел.: (067) 740-53-30

Поп Наталья Васильевна – Гинекологическое отделение № 2 9-й городской больницы г. Днепропетровска, 49023, г. Днепропетровск, пр. Воронцова, 29; тел.: (067) 347-53-07. E-mail: nata.p.78@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцовський Б.М. Замінна гормональна терапія як патогенетичний метод профілактики та лікування клімактеричних зрушень / Б.М. Венцовський, Н.М. Нізова, Т.Ф. Татарчук // ПАГ. – К., 2008. – № 1 (додаток). – С. 49–58.
2. Замісна гормональна терапія (ЗГТ) у жінок після гістерооваріоектомії і її вплив на коагуляційні властивості крові / Т.Ф. Татарчук, Г.М. Васильчук, Т.І. Кваша [та ін.] // Здоров'я жінчини. – 2011. – № 3 (7). – С. 17–21.
3. Климактерический синдром / [Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глайзер Т.А., Москаленко Н.П.] // Под ред. В.П. Сметник. – М.: Медицина, 2008. – 228 с.
4. Кулаков В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.И. – М., 2012. – С. 3–8.
5. Яроцький М.Є. Розвиток системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою / М.Є. Яроцький // Здоров'я жінчини. – 2009. – № 2 (18). – Ч. 2. – С. 78–82.

Статья поступила в редакцию 28.10.2013