

618.13-089:618.173:612.67

И.И. Бенедиктов, А.В. Воронцова, М.А. Звычайный

ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАСТРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Уральская государственная медицинская академия

В связи с неблагоприятными социально-экономическими и экологическими условиями в последнее время не снижается частота оперативных вмешательств на внутренних половых органах. Так, полная кастрация при доброкачественных заболеваниях у молодых женщин составляет 6-8% всех оперируемых [1,2,3].

Хирургическое выключение функций яичников проявляется развитием посткастрационных расстройств, возникающих, по литературным данным, у 48-85% оперированных [1,2,4-6]. Кастрационная болезнь (КБ) не только создает благоприятный фон для обострения существующей и развития новой экстрагенитальной патологии, но и нередко приводит к инвалидизации и преждевременной смерти женщин [1,5,6].

Как резкое снижение синтеза половых стероидов, оказывающих многостороннее влияние на обменные процессы и соответственно на функции различных органов и систем, так и ответная реакция нейро-эндокринной системы на развившуюся гипострогению [2,5,6] обуславливают крайнее разнообразие клинической картины КБ, что в значительной мере затрудняет правильную оценку состояния больных и возможность проведения адекватных лечебных мероприятий.

Для выяснения основных особенностей характера течения КБ у женщин репродуктивного возраста нами было обследовано 111 пациенток 25-35 лет, перенесших двухстороннюю овариэктомию, ампутацию матки с придатками или экстирпацию матки и имеющих на момент обследования различные посткастрационные расстройства. В зависимости от степени тяжести проявлений КБ (определялась по общему ММИ - менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой) больные были подразделены следующим образом: I группа - 48 женщины с легким течением, II группа - 32 пациенток со средней степенью тяжести и III группа - 31 больная с тяжелым течением КБ. Средний возраст женщин при выполнении оперативного вмешательства составил $26,2 \pm 3,13$, $24,7 \pm 3,09$ и $23,5 \pm 1,02$ лет соответственно в I, II и III группах обследуемых.

При ретроспективном анализе времени возникновения и продолжительности существования первых проявлений КБ в зависимости от степени ее тяжести обнаружено, что первые посткастрационные рас-

стройства возникли при легком течении КБ в основном (у 60,4% больных) за период от 6 месяцев до 1 года с момента проведения операции. При средней степени тяжести посткастрационных расстройств - преимущественно (37,5%) в сроке от 1 до 6 месяцев, а при тяжелом течении КБ - у большинства пациенток (54,8%) в течение первого месяца после операции. Посткастрационные нарушения продолжительностью до 1 года выявлены у 47,9%, от 1 года до 5 лет - у 43,8% и от 5 до 10 лет - у 8,3% больных I группы. Среди женщин со средней степенью тяжести КБ длительность посткастрационных расстройств меньше 1 года зарегистрирована у 21,9%, от 1 года до 5 лет - у 34,4%, от 5 до 10 лет - у 21,9% и больше 10 лет - у 21,9% пациенток. У обследуемых III группы продолжительность существования проявлений КБ менее 1 года выявлена у 16,1%, от 1 года до 5 лет - у 19,4%, а от 5 до 10 лет и более - соответственно у 25,8% и у 38,7%.

Таким образом, более раннее развитие первых посткастрационных расстройств и значит. более длительное их существование отмечено по мере нарастания тяжести КБ.

Большинство женщин с КБ (85,6%) не смогли связать начало своего заболевания с каким-либо определенным провоцирующим фактором (острая соматическая патология, обострение хронических заболеваний, острые респираторные заболевания, длительная умственная или тяжелая физическая нагрузка и др.) и 14,4% - указали на перепесенные стрессовые ситуации.

У всех больных I-III групп первыми симптомами КБ явились нейро-вегетативные нарушения, далее возникла психо-эмоциональная симптоматика, а затем присоединились обменно-эндокринные расстройства. В основном, женщины указали на незначительную выраженность первых посткастрационных расстройств (79,1%, 81,3%, и 80,6% - соответственно при легком, средней степени тяжести и тяжелом течении КБ), у остальных пациенток первые симптомы были выражены умеренно или значительно (соответственно у 14,6% и 6,3% - в I, у 6,3% и 12,5% - во II, у 9,7% и 9,7% - в III группах). Однако если среди больных с легкими посткастрационными расстройствами резкое усиление выраженности первых проявлений КБ отметили лишь 8,3% (у остальных: интенсивность первых симптомов нарастала постепенно - у 81,3%, не изменилась - у 8,3%, а у одной женщины наблюдалось даже их постепенное ослабление), то во II и III группах резкое утяжеление возникшей симптоматики соответственно отметили 56,3% и 77,4% обследуемых.

За врачебной помощью по поводу различных проявлений КБ обращалось 93,7% больных (из III группы - 100% женщин): 73,9% - к гинекологам, 39,6% - к терапевтам, 13,5% - к эндокринологам и 26,1% - к другим специалистам (невропатологам, травматологам, урологам и др.). 71,2% пациенток (47,9%, 84,4% и 93,5% женщин соответственно I, II и III групп) обращались к нескольким, а 52,3% (74,2% -

с тяжелыми посткастрационными нарушениями) - более, чем к трем специалистам.

Коррекция посткастрационных расстройств в группе женщин с легким течением КБ проводилась у 56,3% (из них у 37,5% - в течение первого года после операции). Лишь у 10,4%, у 14,6% и у 8,3% больных соответственно немедикаментозное, медикаментозное и гормональное и гормональное лечение сопровождалось кратковременным улучшением состояния.

У женщин со средней степенью тяжести КБ реабилитационные мероприятия проводились у 46,9% (на протяжении первого года после хирургического вмешательства - у 21,9%), при этом эффект от применения немедикаментозной, медикаментозной негормональной и гормональной терапии был отмечен только у 0%, 12,5% и 6,3% соответственно.

Среди женщин с тяжелыми посткастрационными расстройствами лечебно-профилактические мероприятия проводились лишь у 38,7% (только у 12,9% больных в течение первых 12 месяцев после оперативного вмешательства). Незначительное улучшение состояния после немедикаментозного, медикаментозного негормонального и гормонального лечения отметили соответственно 0%, 0% и 6,5% пациенток.

Таким образом, первыми проявлениями КБ являются нейро-вегетативные расстройства, дальнейшее прогрессирование которых и присоединение психоэмоциональных нарушений приводит к значительному ухудшению качества жизни оперированных женщин. Последующее усугубление тяжести состояния больных обуславливают обменно-эндокринные сдвиги, в значительной мере затрудняющие возможность обратного развития заболевания. В свою очередь, отсутствие эффективной и (или) своевременной коррекции посткастрационных расстройств приводит к нарастанию тяжести КБ и дальнейшему ухудшению общего состояния больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов Д.И. Кастрационная болезнь у женщин - реабилитация и профилактика: практическое руководство для врачей. - Екатеринбург: Антарес-94, 1995.
2. Бенедиктов Д.И. Хирургическая кастрация женщин - последствия, реабилитация, профилактика. - Екатеринбург: Антарес-94, 1995.
3. Краснопольский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. - М., 1984.
4. Мануилова И.А. Нейроэндокринные изменения при выключении функции яичников. - М., 1972.
5. Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М., 1990. - С. 194-205.
6. Справочник по акушерству и гинекологии. - М.: Медицина. 1996. - С. 259-260.

УДК 618. 2+616.3

В.В. Ковалев, В.А. Ломовских

АЛГОРИТМ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА

Уральская государственная медицинская академия

Функционально узкий таз является одной из наиболее острых проблем современного акушерства. Частота этой патологии с учетом всех степеней по клинической классификации Р.А. Калгановой [1] достигает 20-25%. Функционально узкий таз является одним из ведущих факторов в структуре перинатальной смертности среди доношенных детей, важнейшей причиной интранатальных повреждений центральной нервной системы новорожденных, приводящих к инвалидизации детей. В то же время остаются нерешенными многие вопросы, связанные с этой проблемой. В частности, даже наиболее современные способы прогнозирования диспропорции головки плода и таза матери в родах, основанные на рентгенопельвиометрии с компьютерной обработкой данных, по признанию авторов [4,5] не дают абсолютно надежных результатов и носят только консультативный характер. Непосредственная диагностика данной патологии, по-прежнему базируется исключительно на опыте, знаниях и практических навыках врача, ведущего роды, т.е. носит сугубо субъективный характер. По этим причинам результаты родов в условиях функционально узкого таза нельзя признать удовлетворительными.

Цель работы состояла в разработке и обосновании применения алгоритма ведения родов при высоком риске функционально узкого таза на основе расширенного фетального мониторинга.

Клиническая симптоматика несоответствия размеров головки плода и таза матери хорошо известна и включает следующие основные симптомы: отсутствие продвижения головки плода по родовому каналу при условии полного открытия шейки матки и интенсивной родовой деятельности, особенности биомеханизма родов присущие той или иной форме сужения таза, аномалии родовой деятельности, симптом Вастена, симптом прижатия мочевого пузыря [1,3]. Из перечисленных признаков абсолютно патогномичным является только симптом особенностей биомеханизма родов, определение которого в начале родов клиническими способами невозможно, а в дальнейшем часто бывает, затруднено наличием родовой опухоли или кефалогематомы. Исходя из этого, нами совместно с Серовым В.Н. разработан способ ультразвуковой диагностики характера вставления головки плода (патент на изобретение Российской Федерации № 2140196 от 5.06.1998г.), который лег в основу расширенного фетального мониторинга в процессе родов. Таким образом, известные возможности оценки состояния плода и функциональной активности матки с помощью кардиотокографии дополнены нами объективной диагностикой особенностей биомеханизма родов. Кроме этого, ультразвуковое исследование