

Мамаева С.М., Хашаева Т.Х.-М., Абусуева З.А., Стефанян Н.А., Алиева С.А., Одаманова М.А., Аллахкулиева С.З., Нурмагомедова П.А., Меджидова А.М., Тетакаева А.М.

Особенности клинических данных у женщин в ранней хирургической постменопаузе

ГОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала

Mamaeva S.M., Hashaeva T.H.-M., Abusueva Z.A., Stefanyan N.A., Alieva S.A., Odamanova M.A., Allakhkuliyeva S.Z., Nurmagomedova P.A., Medzhidova A.M., Tetakaeva A.M.

Features of clinical data in women in early surgical postmenopausal women

Резюме

Хирургическое выключение функции яичников у женщин репродуктивного возраста остается одной из актуальных проблем современной медицины. Данный анализ был проведен у 60 женщин основной группы в возрасте от 40 до 55 лет в ранней хирургической постменопаузе, которые перенесли абдоминальные гинекологические операции с удалением яичников. Показаниями для оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы у женщин являются опухоли яичников, сочетанная патология половой системы, тяжелые гнойные процессы гениталий и другие, объем которых включает удаление яичников.

Ключевые слова: климактерический синдром, хирургическая менопауза, гинекологические операции

Summary

Surgical deactivation of ovarian function in women of reproductive age remains one of the urgent problems of modern medicine. This analysis was performed in 60 women of the main group aged 40-55 years in early surgical postmenopausal women who underwent abdominal gynecological operations with ovarian excision. Indications for surgical interventions on the organs of the reproductive system in women are ovarian tumors, combined pathology of the reproductive system, severe purulent processes of the genitals and others, the volume of which includes removal of the ovaries.

Key words: climacteric syndrome, surgical menopause, gynecological surgery

Введение

Хирургическое выключение функции яичников у женщин репродуктивного возраста остается одной из актуальных проблем современной медицины.

В последние годы отмечается рост частоты оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы у женщин, объем которых включает удаление яичников. Показаниями для данного объема операций являются опухоли яичников, сочетанная патология половой системы (опухоли матки в сочетании с опухолями яичников, фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки), эндометриоз, тяжелые гнойные процессы гениталий и другие.

Вокруг этого события оцениваются процессы репродуктивного старения до и после менопаузы. Эти процессы не проходят изолированно, так как всё в организме взаимосвязано. Поскольку половые гормоны, синтезируемые яичниками, оказывают влияние на многие органы и ткани, то по мере снижения уровня половых гормонов

возможно возникновение эстрогендефицитных симптомов [1,2].

Хирургическая менопауза связана с более высоким риском сосудистых изменений чем естественная [3,4]. Сердечно-сосудистая патология намного чаще встречается среди женщин, которые перенесли тотальную овариэктомию в раннем возрасте по сравнению с женщинами того же возраста, сохраняющими гормональный статус [4]. Увеличение риска развития сердечно-сосудистой патологии у данной группы женщин объясняется прежде всего реакцией тканей на выраженную гипострогению в условиях отсутствия физиологической адаптации женского организма к новым условиям [4,5,6,7].

После удаления яичников у женщин репродуктивного возраста развивается синдром постовариэктомии, который клинически проявляется вегетососудистыми, аффективными и личностными, обменно-эндокринными нарушениями, обусловленными дефицитом половых гормонов, у некоторых женщин психоэмоциональные рас-

стройства могут преобладать в клинической картине и определять тяжесть состояния пациенток [8,9]

Все клинические проявления синдрома постовариэктомии резко снижают качество жизни женщины и представляют опасность в плане развития новых соматических заболеваний или обострения уже имеющихся [10,11,12].

Именно в этот момент крайне важно вмешательство для улучшения общего состояния, повышения качества жизни, профилактики болезней старости [13,14,15].

Цель исследования - выявить клинико-anamnestические особенности у женщин в ранней хирургической постменопаузе

Материалы и методы

Данный анализ был проведен у 60 женщин основной группы в возрасте от 40 до 55 лет в ранней хирургической постменопаузе, которые перенесли абдоминальные гинекологические операции с удалением яичников.

Обследование проводилось современными информативными методами исследования. Помимо этого были использованы эндоскопические методы (кольпоскопия), ультразвуковое сканирование органов малого таза, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование мазков с шейки матки, гистоморфологическое исследование операционного материала.

Результаты и обсуждение

В плановом порядке на оперативное лечение поступили 52 (87%) пациентки, в экстренном - 8 (13%) пациенток.

Перед плановой операцией проводилось клинико-лабораторное обследование согласно современным общепринятым установкам.

Проведенное комплексное обследование выявило у женщин основной группы миому матки у 49 (81%) женщин, из них у 36 (73%) больных миома матки сочеталась с кистами или доброкачественными опухолями яичников, у 4 (8%) женщин имелось сочетание миомы матки с дисплазией шейки матки, у 6 (12%) пациенток миома сочеталась с рецидивирующей гиперплазией эндометрия.

Бимануальное вагинальное исследование выявило миому матки у 49 (82%) пациенток, размером от 12 до 24 недельной беременности. У 36 (74%) женщин миома матки сочеталась с кистами и доброкачественными опухолями яичников. У 6 пациенток (10%) - гнойные тубовариальные образования.

Анализ крови показал анемию I, II либо III степени у 26 (43%) пациенток. В общем анализе мочи изменений не было.

Данные обследования шейки матки: эрозия у 19 (32%), старые разрывы у 17 (28%), рубцовая деформация шейки матки у 20 (12%), эрозированный эктропион у 7 (2%), эндометриоз шейки матки у 5 (8%), железисто-мышечная гипертрофия у 12 (20%), шеечная локализация миомы матки у 2 (3%), лейкоплакия у 2 (3%) пациенток.

Ультразвуковое исследование органов малого таза подтвердило выявленную патологию.

Бактериоскопическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища: грибы рода *Candida* у 12 (20%), гарднереллы у 5 (8%), гонококк у 4 (7%), трихомонады у 4 (7%) женщин. У остальных женщин патологических изменений в мазках не выявлено.

Данные цитологического исследования мазков с шейки матки: дисплазия легкой степени у 4 (7%), дисплазия средней степени тяжести у 2 (3%), лейкоплакия шейки матки у 2 (3%) пациенток.

Результаты гистологического исследования соскобов из шейки матки и цервикального канала: полип цервикального канала у 6 (10%), дисплазия шейки матки легкой и средней степени у 6 (10%), полип эндометрия у 16 (27%), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у 14 (23%) пациенток.

Сочетанная патология яичников и матки явилась показанием для плановых операций: миома матки в сочетании с кистами или кистозными яичников у 31 (52%), миома матки в сочетании с эндометриозными кистами яичников у 13 (22%), миома матки в сочетании с дисплазией шейки матки у 6 (10%), миома матки в сочетании с рецидивирующей гиперплазией эндометрия у 2 (3%) пациенток.

Экстренные операции были проведены при следующих показаниях: гнойные тубовариальные опухоли придатков в сочетании с эндомиометритом, перитонитом у 4 (50%), гнойные тубовариальные образования придатков у 2 (25%), двусторонние кисты яичников, перекрут ножки кисты, в сочетании с аденомиозом и миомой у 1 (12%), миома матки, нарушение питания узла, в сочетании с двусторонними кистами яичников у 1 (12%) женщин.

При плановых оперативных вмешательствах был выполнен следующий объем в соответствии с установленными показаниями для оперативного лечения: ампутация матки с придатками у 40 пациенток (77%), экстирпация матки с придатками у 12 (23%), при экстренных операциях: двусторонняя аднексэктомия у 8 (13%), экстирпация матки с придатками у 1 (13%), ампутация матки с придатками у 1 (13%), двусторонняя аднексэктомия у 6 (75%) женщин.

Поперечный надлобковый разрез по Пфannenштилю был сделан у 54 (90%) больных, нижнесрединный разрез передней брюшной стенки у 6 (10%) пациенток. Спаечный процесс был диагностирован у 19 (32%) пациенток.

Объем кровопотери во время операции колебался от 180 до 700 мл. Продолжительность операции колебалась от 50 до 150 мин, и составила в среднем 68±16 мин.

Гистологическое исследование придатков выявило: гнойный сальпингоофорит у 8 (13%), эндометриоз яичников у 15 (25%), серозные кисты у 7 (12%), муцинозные кисты у 7 (12%), дермоидные кисты у 5 (8%), фолликулярные кисты у 6 (10%), папиллярные кисты у 3 (3%) больных.

Гистологическое подтверждение диагноза миомы

матки наблюдалось у всех пациенток с данным клиническим диагнозом. Гистологическое исследование шейки матки: эндоцервицит у 19 (32%), лейкоплакия у 2 (3%), дисплазия легкой степени у 4 (7%), дисплазия средней степени тяжести у 2 (3%).

Выводы

1. Миома матки в сочетании с придатковыми образованиями и эндометриозом - основная нозологическая форма определяющая показания для плановой гистерэктомии.
2. Неотложные хирургические вмешательства, как правило, обусловлены острой воспалительной патологией придатков матки и тела матки.
3. В 50% случаев миома матки сочеталась с гиперпластическим процессом эндометрия.
4. В связи с высокой частотой удаления яичников

при выполнении гистерэктомии у женщин периода менопаузального перехода и ранней постменопаузы, пациентки нуждаются в персонализированном подборе менопаузальной гормонотерапии. ■

Мамаева С.М., кандидат медицинских наук, Хашаева Т.Х.-М., доктор медицинских наук, профессор, Абусуева З.А., доктор медицинских наук, профессор, Стефанян Н.А., кандидат медицинских наук, Алиева С.А., кандидат медицинских наук, Одаманова М.А., кандидат медицинских наук, Аллахкулиева С.З., кандидат медицинских наук, Нурмагомедова П.А., Меджидова А.М., Тетакаева А.М., ГОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала. Автор, ответственный за переписку - Мамаева Салидат Магдиевна. Адрес: Россия, г.Махачкала, ул. Буганова 17. Телефон: 89604209900. E-mail: mamaeva.salidat@mail.ru.

Литература:

1. Сметник В.П., Ильина Л.М. Особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и роль половых гормонов (обзор литературы) . Проблемы репродукции. 2008; 2:80-87.
2. Сметник, В.П. Медицина климактерия. Ярославль: ООО Изд-во Литера. 2009.
3. Сметник, В.П. Коррекция климактерического синдрома (индивидуализация терапии). В кн. «Медицина климактерия» под. ред. В.П. Сметник. Изд-во «Литера». 2006: 50-67
4. Юренева С.В., Майчук Е.Ю.. Особенности формирования и течения артериальной гипертензии у женщин после тотальной овариэктомии. Русский медицинский журнал. 2004; 5:352-56.
5. Юренева, С.В. Хирургическая менопауза в репродуктивном возрасте (патогенетические механизмы, особенности клиники, диагностика, лечение): автореф. дис.... д-ра мед. наук. М. 2004.
6. Allison M.A., Manson J.E., Aragaki A. [et al.] Vasomotor symptoms and coronary artery calcium in postmenopausal women. Menopause. 2010; 17(6):1136-45.
7. Mikkola TS. Cardiovascular risk assessment in postmenopausal women: the role of the gynecologist . Climacteric. 2009;12:58-61.
8. Зимовина, У.В. Синдром психовегетативной дисрегуляции у женщин в периоде ранней постменопаузы и возможности негормональной и гормональной его коррекции: автореф. дис... канд.мед.наук. Пермь. 2007.
9. Ларева Н.В., Говорин А.В., Калинкина Т.В. Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни у женщин в постменопаузе. Казанский медицинский журнал. 2008; 89(4): 432-437.
10. Аккер Л.В., Павлова А.П., Гальченко А.И. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция. Российский вестник акушера-гинеколога. 2007;1: 46-52.
11. Баранова, Е.И. Артериальная гипертензия в постменопаузе: патогенез и подходы к терапии. Фарматека. 2009;12:29-34.
12. Чазова И.Е., Сметник В.П., Балан В.Е. [и др.] Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в перименопаузе: консенсус Российских кардиологов и гинекологов. Consilium medicum. 2008;10(6): 5-18.
13. Мычка, В.Б. Женское сердце. Москва. 2012.
14. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. Альтернативные и дополнительные методы терапии в климактерии (обзор литературы). Гинекология. 2011; 3: 4-7.
15. Allison M.A. ,Manson J.E. Age, hormone therapy use, coronary heart disease, and mortality. Menopause. 2011;18 (3): 243-5.