

Соматическая патология и депрессивные расстройства у жительниц Екатеринбурга с хирургической менопаузой

Изможерова Н.В.¹, Попов А.А.¹, Обоскалова Т.А.², Андреев А.Н.¹

¹ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия

²Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга

Ключевые слова: хирургическая менопауза, соматическая патология, депрессивные расстройства

Введение

Согласно статистическим отчетным данным гинекологических стационаров муниципальных учреждений здравоохранения в г. Екатеринбурге ежегодно производится более 900 операций гистерэктомии, а также свыше 400 двусторонних овариэктомий, в том числе женщинам, у которых до операции сохранялась менструальная функция.

Хирургическая менопауза сопровождается рядом негативных вегетососудистых, психоэмоциональных и метаболических нарушений [1, 12]. Частота и структура обсуждаемой патологии в общей популяции изучена недостаточно. Врачи общей практики, врачи акушеры-гинекологи женских консультаций и участковые терапевты недостаточно информированы об особенностях течения заболеваний внутренних органов у женщин с хирургической менопаузой.

Целью работы явилась оценка структуры соматической патологии у женщин, перенесших оперативные вмешательства на органах малого

таза, следствием которых явилось наступление менопаузы.

Материалы и методы.

В одномоментное исследование на условиях добровольного информированного согласия включены 249 женщин, перенесших одно- или двухстороннюю овариэктомию, гистерэктомию или сочетание этих вмешательств. Из них 105 были моложе 50 лет, 144 пациентки - в возрасте 50 лет и старше.

Обследование включало осмотр терапевтом и гинекологом, измерение артериального давления (АД), массы тела, роста, объема талии (ОТ), расчёт индекса массы тела (ИМТ). Диагностика остеоартроза коленных суставов проводилась в соответствии с клиническими и рентгенологическими критериями Института Ревматологии РАМН и Американской Коллегии Ревматологов [15]. Остеопороз диагностировали с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника согласно рекомендациям ВОЗ и Российской Ассоциации По Остеопорозу [13].

Тяжесть нейро-вегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных расстройств, ассоциированных с дефицитом эстрогенов, оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) [1].

Диагностика артериальной гипертензии (АГ) и стабильной стенокардии проводилась согласно Российским рекомендациям Комитета экспертов ВНОК 2004 г. [10] Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностировалась на основании "Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН" [7].

Содержание общего холестерина (ОХС),

Изможерова Надежда Владимировна - канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней №2 УГМА;

Попов Артем Анатольевич - канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней №2 УГМА;

Обоскалова Татьяна Анатольевна - докт. мед. наук, главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга;

Андреев Аркадий Николаевич - докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 УГМА, главный терапевт Уральского федерального округа

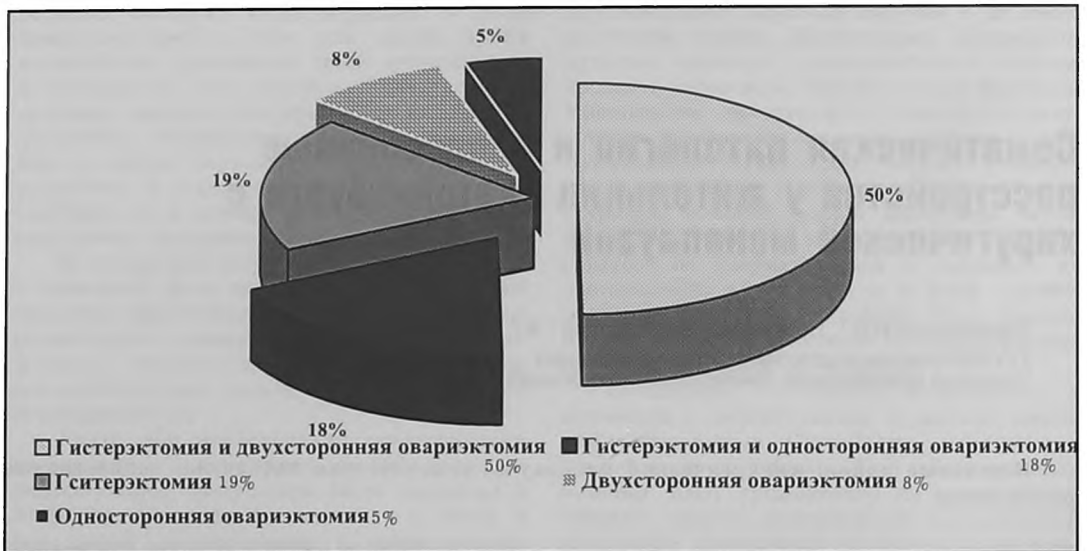


Диаграмма 1. Распределение женщин в зависимости от объема оперативного вмешательства

Таблица 1. Общая характеристика антропометрических параметров и тяжести постовариэктомического синдрома (медианы, 25-й и 75-й процентиля)

Показатель	Вся группа n=249
Возраст, годы	51,0 (47,0 ÷ 54,0)
Длительность менопаузы, годы	4,0 (1,0 ÷ 7,0)
Возраст операции, годы	46,0 (40,0 ÷ 49,0)
Возраст появления приливов, годы	48,0 (43,0 ÷ 50,0)
Вес, кг	71,0 (63,0 ÷ 80,0)
Индекс массы тела, кг,м ²	27,86 (24,67 ÷ 30,48)
Объем талии, см	87,0 (80,0 ÷ 96,0)
Объем бедер, см	106,0 (101,0 ÷ 113,0)
ОТ/ОБ	0,81 (0,77 ÷ 0,85)
Нейровегетативные проявления КС, баллы	15,0 (12,0 ÷ 20,0)
Обменно-эндокринные проявления КС, баллы	5,0 (3,0 ÷ 7,0)
Психо-эмоциональные проявления КС, баллы	10,0 (6,5 ÷ 14,0)
Менопаузальный индекс, баллы	31,0 (23,5 ÷ 39,0)
HADS, депрессия, баллы	6,0 (4,0 ÷ 9,0)
HADS, тревога, баллы	8,0 (5,0 ÷ 11,0)
Вопросник Бека, баллы	14,0 (9,0 ÷ 19,0)

холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли ферментативным способом на анализаторе фирмы "Cobas Integra", Roche: тест-системами "Roche Chol-2", "Roche HDL-C plus 2 gen",

"Roche TG". Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывали по формуле $КА = ОХС/ЛПВП$. Уровень холестерина липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП) рассчитывали по формуле Фридвальда. Кровь

Таблица 2. Частота социально значимых заболеваний внутренних органов и депрессии среди женщин с хирургической менопаузой (медианы, 25-й и 75-й процентиля)

Заболевание	Количество случаев заболеваний	%
Артериальная гипертензия	168	67,5
ИБС	24	9,6
Хроническая сердечная недостаточность	85	34,1
Абдоминальное ожирение	120	48,2
Расстройства углеводного обмена	10	4,0
Метаболический синдром	67	26,9
Инфаркт миокарда	3	1,2
Острое нарушение мозгового кровообращения	8	3,2
Депрессия	103	41,4
Аутоиммунный тиреоидит	37	14,9
Струмаэктомия	16	6,4
Гипотиреоз	35	14,1
Остеоартроз коленных суставов	128	51,4
Остеопения	42	16,9
Остеопороз	45	18,1
Хронический холецистит и билиарная дисфункция	169	67,9
Желчно-каменная болезнь	52	20,9
Холецистэктомия	21	8,4
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	35	14,1
Железодефицитная анемия	28	11,2
Гиперурикемия	48	19,3

для исследования брали натошак в 8 часов из локтевой вены после 14-ти часового голодания [3, 18].

Наличие метаболического синдрома определяли согласно критериям АТР III [17], сахарный диабет диагностировали по критериям ВОЗ [20].

Депрессию верифицировали по критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра (МКБ-10) [6, 14]. Тяжесть депрессии оценивали с помощью опросника Бека [16] и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [21].

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Statistica for Windows 5.0" с использованием критерия Манна-Уитни, данные приведены в виде медианы, 25-го и 75-го процентилей [11]. Значимость различий частот в группах оценивали с помощью критерия Chi square [2].

Результаты

Наиболее распространенным оперативным вмешательством в обследованной группе оказалась гистерэктомия и двухсторонняя

овариэктомия, ее перенесли 50% обследованных (Диаграмма 1). 32% участниц исследования перенесли одностороннюю овариэктомию, причем у 5% второй яичник был сохранен, тем не менее, после вмешательства у женщин появлялись приливы и расстройства менструального цикла с быстрым наступлением менопаузы.

Пациентки имели достаточно тяжелые проявления постовариэктомиического синдрома. Медиана ММИ составила 31,0 (23,5-39,0) балл (Табл. 1). Для большинства женщин было характерно отсроченное возникновение приливов. Медиана возраста операции составила 46 лет, возраст появления приливов - 48 лет.

АГ выявлена у 67,5%, ИБС - у 9,6%, ХСН - у 34,1% участниц (Табл. 2). Инфаркт миокарда перенесли 1,2%, а ОНМК 3,2% пациенток. Абдоминальным ожирением страдали 48,2%, причем 26,2% соответствовали критериям диагноза метаболического синдрома.

Клинически выраженную депрессию имели 41,4% обследованных. Частота остеоартроза составила более 50% (Табл. 2). Остеопения выявлена у 16,9 %, а остеопороз - у 18,1 %. Две

трети обследованных имели клинические проявления дискинезии желчевыводящих путей и хронического холецистита, причем у 20,9% выявлена желчнокаменная болезнь [8].

Уровень ОХС был умеренно повышен за счет ЛПНП (таблица 3). Относительно высокой была концентрация в сыворотке мочевой кислоты - 290 (235,0-346,37) мкмоль/л, гиперурикемия выявлена у 48 женщин. Отмечена тенденция к снижению уровня сывороточного железа 11,25 (9,31-14,40) мкмоль/л, анемия диагностирована у 28 человек. Частота ИБС, сердечно-сосудистых катастроф, ХСН и остеопороза увеличивалась среди лиц старше 50 лет.

Обсуждение

Операции на органах малого таза, следствием которых является наступление менопаузы и резкое одномоментное снижение уровня эстрогенов часто производятся у женщин моложе 50 лет, т.е. до среднего возраста наступления менопаузы. В обследованной группе медиана возраста операции составила 46 лет. В Екатеринбурге, по данным отчетов лечебно-профилактических учреждений, медиана возраста гистерэктомии составила 44 года.

Следствием операции является возникновение клинических проявлений постовариэктомического синдрома, нередко очень тяжелого, развитие патологии внутренних органов. Частота АГ среди обследованных женщин значительно превышает среднюю частоту в популяции и частоту АГ у женщин данной возрастной группы, полученную в процессе обследования по программе Российской репрезентативной выборки [10]. Хирургическая менопауза является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин [4, 19], что подтверждается значительной частотой ИБС и ХСН у обследованных. Остеоартроз и остеопороз также рассмат-

риваются сегодня как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний [13, 15]. Переломы, боли в спине и суставах, а также диспептические нарушения, существенно снижают качество жизни.

Частота депрессивных нарушений превышает их распространённость в популяции [14]. Развившиеся после хирургического вмешательства, реактивные психические реакции могут оказывать влияние на течение соматических заболеваний [5, 13]. Выбор лечебной тактики часто осложняется сочетанием нескольких заболеваний у одной пациентки. Разнообразие нозологических форм требует участия в реабилитации женщин, перенесших вмешательства на органах малого таза, специалистов различного профиля. Очевидно, этот процесс должен находиться под общим контролем участкового или семейного врача. При этом наряду с проведением заместительной гормонотерапии, эффективность которой у женщин с хирургической менопаузой признается большинством исследователей [1, 4, 9, 12], необходимо применение других немедикаментозных и медикаментозных методов лечения: гипотензивной и гиполипидемической терапии, антидепрессантов, антирезорбтивных средств и др. [3, 4, 7, 8, 13, 14, 15].

Таким образом, жительницы Екатеринбурга, перенесшие гистер- и/или овариэктомию, относятся к группе риска по развитию важнейших соматических заболеваний, а также депрессивных нарушений. Для полноценной реабилитации женщин с хирургической менопаузой, необходимо полноценное обследование, целью которого должно являться наиболее полное выявление всей имеющейся соматической патологии с обязательной оценкой психоэмоционального статуса. В реабилитации таких пациенток необходимо сотрудничество врачей различных специальностей, психологов и социальных работников.

Литература:

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М. Вихляевой. М. Медицинское информационное агентство. 1997: 603-50.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М.: Практика, 1998.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. М., 2004.
4. Здоровье женщин и менопауза. Пер. с англ. М. ГЭОТАР-МЕД, 2004.
5. Каменецкая Г.Я., Юренина С.В. Особенности депрессивных нарушений у женщин с хирургической менопаузой. Климактерий, 2003; 2: 4-7.
6. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина СПб.: "АДИС" 1994.
7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. Сердечная недостаточность, 2003; 4 (6): 276-297.
8. Петухов В.А. Желчно-каменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. М.: ВЕДИ, 2003.
9. Практические рекомендации по применению заместительной гормональной терапии у

- женщин в пери- и постменопаузе. Климатерий, 2004; 4: 3-14.
10. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр), разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004 (приложение).
 11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002.
 12. Руководство по климактерию. Под ред. Сметник В.П. и Кулакова В.И. М.: Медицинское информационное агентство; 2001.
 13. Руководство по остеопорозу. Под ред. Л.И. Беневоленской. - М.: Бином. Лаборатория знаний. 2003.
 14. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. - М.: Берг; 2000. -160 с.
 15. Цветкова Е.С. Остеоартроз. Ревматические болезни: Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997: 385-96.
 16. Beck AT, Beamesderfer A: Assessment of depression: the depression inventory. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry, 1974; 7: 151-69
 17. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) JAMA. 2001; 285, 19: 2486-97.
 18. Frederickson D., Levy R., Lees R. Fat transport in lipoprotein - an integrated approach to mechanisms and disorders. N Engl J Med 1967; 267: 148-56.
 19. Peters HW, Westendorp CD, Hak AE, et al. Menopausal status and risk factors for cardiovascular disease. J Intern Med 1999; 246: 521-8
 20. WHO. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diab. Care. 1999; 23, 1: 4-16.
 21. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiat. Scand. -1983; 76: 361-70.