

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Милош Т. С.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь*

Актуальность. В настоящее время хирургическая менопауза является значимой медико-социальной проблемой. Поскольку частота полостных операций, сопровождаемых овариэктомией, не имеет тенденции к снижению и составляет в России 38%, в Великобритании – 25%, в США – 36%, в Швеции – 35%, средний возраст пациенток приходится на 43-45 лет [1], свидетельствуя о том, что каждая третья-четвертая молодая женщина находятся в состоянии хирургической менопаузы.

Отличительной чертой оперативного выключения яичников является выраженный вегето-сосудистый симптомокомплекс с ранним развитием метаболических изменений, возникающих у большинства пациентов. Многообразие проявлений климактерических расстройств обуславливает необходимость подбора комплексной реабилитации, разработки алгоритмов профилактики и коррекции симптомов, ухудшающих качество жизни пациенток [3].

Цель: изучить анамнестические и метаболические особенности женщин с хирургической менопаузой и установить зависимость от некоторых факторов.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезни 76 прооперированных женщин за 2011-2016 гг., находившихся на стационарном лечении в Гродненском областном клиническом перинатальном центре в возрасте 45-50 лет с сохраненной менструальной функцией, которым произведена двусторонняя овариэктомия изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников или их перекрута.

У всех женщин были изучены анамнез, данные лабораторных и клинических исследований, выполнено УЗ-исследование органов малого таза. Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост}^2 (\text{м}^2)}$, измеряли окружность талии (ОТ) и устанавливали наличие абдоминального ожирения при превышении $ОТ > 80$ см [2]. Исследовали антропометрические показатели: ОТ, окружность бедер (ОБ), соотношение их окружностей $ОТ/ОБ$ (ВОЗ, 1997). Тип распределения жировой ткани рассчитывали по соотношению объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) ($ОТ/ОБ > 0,85$ – абдоминальный тип, $ОТ/ОБ < 0,85$ – глутеофemorальный).

Полученные результаты обрабатывались при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для описания относительной частоты

бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) по формулам Клоппера–Пирсона (Clopper–Pearson interval). После проверки данных на нормальность распределения по критерию Шапиро–Уилка рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение, если распределение переменных не соответствовало Гаусовскому – для ее (их) описания использовали величины верхней (Q_{75}) и нижней квартилей (Q_{25}) и медианы (Me).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $48,2 \pm 3,3$ лет. У большинства прооперированных пациенток месячные регулярные и безболезненные, но у 17,1% (95% ДИ 9,4-27,5) наблюдаются нерегулярные, у 9,2% (95% ДИ 3,8-18,1) – болезненные. При исходном обследовании нормальный вес тела (ИМТ 18,5-25 кг/м²) зарегистрирован у 25% (95% ДИ 15,8-36,3) участниц, избыточная масса тела (ИМТ 25-30 кг/м²) у 39,5 % (95% ДИ 28,4-51,5) обследованных, ожирение 1 степени (ИМТ 30-35 кг/м²) выявлено у 19,7% (95% ДИ 11,5-30,5) пациенток, ожирение 2 степени (ИМТ 35-40 кг/м²) – у 5,3% (95% ДИ 1,5-12,9) женщин и ожирение 3 степени (ИМТ >40 кг/м²) – у 2,6% (95% ДИ 0,3-9,2) пациенток. Однако глутеофеморальный тип распределения жира наблюдался у 66,7% (95% ДИ 44,7-84,4) пациенток, абдоминальный – у 25% (95% ДИ 9,8-46,7). Установлено, что ОТ прооперированных женщин составила 90,0 (83,0; 98,0) см, соотношение ОТ/ОБ равнялось 0,82 (0,79; 0,86).

Среди генитальной патологии обследованных участниц чаще всего встречалась эрозия шейки матки, составив 47,4% (95% ДИ 35,8-59,2), на втором месте – миома матки – у 38,2% (95% ДИ 27,3-50,0) женщин, третье место занимали опухоли яичников в 21,1% (95% ДИ 12,5-31,9) случаев, аднексит встречался у 11,8% (95% ДИ 5,6-21,3) пациенток, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у 7,9% (95% ДИ 2,9-16,4) пациенток, аденомиоз и ИППП – у 2,6% (95% ДИ 0,3-9,2) участниц, заболевания молочной железы отмечены у 3,9% (95% ДИ 0,8-11,1) женщин.

Среди экстрагенитальной патологии лидировала сердечно-сосудистая патология у 39,5% (95% ДИ 28,4-51,4) участниц, включая ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, пороки сердца и т. д., заболевания желудочно-кишечного тракта отмечены у 32,9% (95% ДИ 22,5-44,6) женщин, поровну распределилась патология мочевыделительной системы и варикозная болезнь – в 11,8% (95% ДИ 5,6-21,3) случаев, болезни органов дыхания встречались у 7,9% (95% ДИ 2,9-16,4) пациенток, эндокринные заболевания – у 3,9% (95% ДИ 0,8-11,1) женщин и вегето-сосудистая дистония – у 1,3% (95% ДИ 0,03-7,1).

Объем проведенных оперативных вмешательств: у 64,5% (95% ДИ 52,7-75,1) женщин выполнена экстирпация матки с придатками, у 27,6% (95% ДИ 18,0-39,1) пациенток произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками и у 3,9% (95% ДИ 0,8-11,1) обследованных – двусторонняя аднексэктомия. Количество женщин с положительным резу-

фактором составило 45 (88,2%). При этом с первой группой крови по системе АВО зарегистрировано 40,8% (95% ДИ 29,7-52,7) пациенток, у 36,8% (95% ДИ 26,1-48,7) участниц выявлена вторая, с третьей отмечены у 15,8% (8,4-26,0) женщин и у 5,3% (1,5-12,9) пациенток с четвертой.

Выводы. Итак, у прооперированных женщин высока частота гинекологической и экстрагенитальной патологии, особенно сердечно-сосудистых заболеваний, включая ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, пороки сердца. Отмечаются метаболические нарушения: увеличение массы тела, ожирение разной степени выраженности, перераспределение жира с формированием абдоминального ожирения. Совокупность имеющихся изменений в условиях резкого эстрогенного дефицита, обусловленного хирургической менопаузой, влияет на состояние общего здоровья, трудоспособность и качество жизни женщин, служит предпосылкой дальнейшего их усугубления и требует комплексного подхода к их коррекции. Преобладание экстирпации матки с придатками среди выполненных операций вызвана многогранностью генитальной патологии и служит профилактикой возникновения их в дальнейшем. Поэтому диспансеризация таких пациенток должна осуществляться гинекологом, терапевтом, врачом общей практики и эндокринологом.

Литература:

1. Гинекология : учебник / Б. И. Баисова и др.; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.
2. Дедов, И. И. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. – Москва, 2004. – С. 216-232.
3. Леваков, С. А. Клинические принципы коррекции ранних нарушений хирургической и естественной менопаузы: пособие для врачей / С. А. Леваков [и др.]. – Москва, 2011. – С. 4.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЯИЧНИКОВ

Милош Т. С., Гуляй И. Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь*

Введение. Проблема лечения женщин после тотальной овариэктомии (ТО) многие годы остается по-прежнему актуальной из-за роста числа гинекологических заболеваний и их «омоложения», сложности этиопатогенеза, недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий, более тяжелых климактерических расстройств в сравнении с естественным угасанием репродуктивной функции, снижения индекса здоровья женщин и больших экономических затрат на проведение терапии.