

ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Брацун Анастасия Дмитриевна

студент, Пермский Государственный Медицинский Университет им. ак. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Колесникова Юлия Андреевна

студент, Пермский Государственный Медицинский Университет им. ак. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Лопатин Николай Александрович

студент, Пермский Государственный Медицинский Университет им. ак. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Гордеев Андрей Антонович

студент, Пермский Государственный Медицинский Университет им. ак. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Аннотация. В данной статье проанализирована современная литература по этиологии, классификации, патогенезу и клиническому течению, диагностике и лечению постгистерэктомического синдрома.

Abstract. This article analyzes the modern literature on the etiology, classification, pathogenesis and clinical course, diagnosis and treatment of posthysterectomy syndrome.

Ключевые слова: гистерэктомия, матка, хирургическая менопауза, остеопороз.

Keywords: hysterectomy, uterus, surgical menopause, osteoporosis.

Постгистерэктомический синдром – это клинический симптомокомплекс, который развивается после удаления матки (гистерэктомии) с сохранением одного или двух яичников, характеризуется психовегетативными и метаболическими нарушениями в организме женщины.[1] Данная тема очень актуальна, так как заболевания, требующее радикального хирургического лечения, все чаще встречаются, например, миома матки, запущенные случаи эндометриоза и т.д. За последние 30 лет процент пациенток, перенесших гистерэктомию, вырос с 6,2% до 18,6%. Таким образом, в Швеции на гистерэктомию выпадает около 38 % полостных гинекологических операций, в США — 36 %, в Великобритании — 25 %, а в России — 38 %. При этом средний возраст прооперированных женщин составляет $40,5 \pm 3,2$ года. [2]

Больше всего после удаления матки страдают яичники, так как уменьшается их кровоснабжение. Напомним, что яичники снабжаются кровью напрямую от аорты – яичниковая артерия, а так же от маточной артерии яичниковой ветви. Их пропорциональное соотношение зависит от индивидуальных особенностей. Поэтому выделяют следующие исходные типы кровоснабжения яичников: с преобладанием ветви маточной артерии (38%),

яичниковой (11%) и равномерным кровоснабжением за счёт этих двух ветвей (51%). При гистерэктомии перевязывается яичниковая ветвь маточной артерии, что влечет за собой резкое уменьшение кровоснабжения яичников, нарушение микроциркуляции и начинается острая ишемия. В дальнейшем изменяется архитектура сосудов в яичнике, нарушается венозный отток, нарастает лимфостаз. У пациентки начинают преобладать ановуляторные циклы. В яичниках происходят атрофические и дегенеративные процессы. Все эти процессы в совокупности влекут за собой угасание гормонпродуцирующей и овуляторной функций. Возникает гипоестрогемия, которая проявляется всеми симптомами перименопаузального периода. [3]

Начинается все с появления двух основных симптомокомплексов: вегетоневротический (приливы жара, расстройства сна, потливость, склонность к отекам, транзиторная гипертензия) и психоэмоциональный (утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, раздражительность и слабость). В последующем страдают все органы, имеющие рецепторы к эстрогену. В первую очередь это мочеполовая система, это характеризуется дизурическими расстройствами (болезненные мочеиспускания), воспалительными процессами, например, хронический цистит, который не восприимчив к терапии антибиотиками. В большинстве случаев при таком цистите, если назначить пациентке менопаузальную медикаментозную гормональную терапию, воспалительные процессы сходят на нет. Изменения затрагивают и половые органы: pH повышается до 5,5-6,8, уменьшается число поверхностных клеток эпителия, снижается содержание гликогена, снижается количество колоний лактобацилл (естественная среда). Все это происходит из-за снижения эстрогенной депривации. Атрофические изменения во влагалище проявляются преобладанием базальных и парабазальных клеток, снижением кровотока и кровоснабжения, эластические волокна фрагментированы и коллагеновые волокна с отложением гиалина.

Также после гистерэктомии характерно развитие менопаузального метаболического синдрома: женщина довольно быстро прибавляет в весе на 5-10 кг за 6-12 месяцев. Причина такой быстрой прибавки опять же заложена в недостатке эстрогенов. Из-за того что эстрогены в должном количестве не синтезируются в яичниках, они начинают синтезироваться в жировой ткани, поэтому она начинает разрастаться и наблюдается значительная прибавка.

Если никак не компенсировать удаление матки, то в отдаленном будущем (5-10 лет) возникают симптомы остеопороза, атеросклероза венечных, мозговых, почечных артерий. [4]

Лечение постгистерэктомического синдрома зависит от степени его выраженности и длительности течения. Патогенетически обоснованной считают постменопаузальную гормональную терапию, с её помощью быстро купируются как психоэмоциональные, так и вегетососудистые проявления постгистерэктомического синдрома, не происходит развитие метаболических нарушений. Однако гормональная терапия имеет широкий спектр противопоказаний и сопряжена с рядом осложнений [5].

Для коррекции постгистерэктомического синдрома, как правило, применяют монотерапию натуральными эстрогенами. Они по химической структуре идентичны эстрадиолу, который продуцируется в организме женщин. В России зарегистрированы и применяются трансдермальные формы в виде геля (Эстрогель) и пластыря (Климара), вагинальные формы в виде крема и свечей (Овестин) и таблетированные препараты. Пероральные препараты содержат эстрадиола валерат 2 мг (Прогинова) или эстриол 2 мг (Овестин). При правильном учете всех факторов эффективность такой терапии может достигать 80-90%.

Список литературы:

1. Д.И. Гайворонских, А.А. Коваль, В.Г. Скворцов Постгистерэктомический синдром: клинические проявления и методы их коррекции // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2012. -№4. – С 120-122
2. Каменецкая, Г.Я. Терапия депрессивных нарушений при хирургической менопаузе / Г.Я.

Каменецкая // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 3. - С. 37-40.

3. Сметник, В.П. Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулаков. - М.:Мед. инф. Агенство, 2001. - 685 с.

4. Радзинский В.Е., Фукса А.М. Гинекология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1000. - С 856-862.

5. Доброхотова, Ю.Э. Психоэмоциональный и гормональный статус женщин после гистерэктомии без придатков / Ю.Э. Доброхотова // Росс. мед. журн. - 2000. - № 4. - С. 25-28.