

©Г. М. Гаврилук, О. М. Макарчук

Івано-Франківський національний медичний університет

ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ. В останні роки відмічається розвиток міоми матки у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, причому зростає частка поєднаних форм гіперпластичних процесів репродуктивної системи – у 20–25 % жінок у віці до 30 років і у 60 % – у віці старше 40 років. Мета – оцінка окремих показників метаболічного гомеостазу у пацієнток з міомою матки після оперативного її оздоровлення та оцінка показників якості життя. Проведено комплексне обстеження і оперативне лікування 40 жінок репродуктивного віку з міомою матки, яким виконано гістеректомію зі збереженням придатків. У контрольну групу ввійшли 20 соматично здорових жінок. Використано загальноприйняті клініко-лабораторні обстеження, лабораторну оцінку гормонального статусу, ліпідного профілю, оцінку характеру розподілу жирової тканини і ступеня ожиріння за індексом маси тіла, ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, печінки, нирок, щитоподібної залози, молочних залоз. Якість життя вивчали на основі комплексної оцінки, з використанням модифікованої шкали SF-36 та дослідженням таких важливих показників, як енергійність, сон, емоційні реакції, соціальна ізоляція, фізична активність, больові відчуття. Усі види статистичної обробки виконано за допомогою стандартного пакета «Statistica for Windows – 6,0». Загалом, при аналізі показників гормонального профілю у жінок із проявами постгістеректомічного синдрому через 5 років після операції встановлено у 36,66 % випадків статистично достовірне підвищення рівня пролактину, у 40,00 % – гіпоестрогенію та у 46,66 % пацієнток – ознаки гіперандрогенії, підтвержені лабораторними критеріями. Зміна якості життя у пацієнток із гіперпластичними процесами матки у післяопераційному періоді проявлялася: зниженням фізичної активності у 43,33 % випадків, ростом сексуальних дисфункцій – у 36,66 %, пригніченням психічного стану, конфліктною спрямованістю соціальної поведінки, ослабленням ролевих функцій та суб'єктивним погіршенням загального здоров'я та якості життя у 51,66 % випадків. Віддалені наслідки після оперативного втручання супроводжуються прогресивною гіпоестрогенією із погіршенням функції яєчників, що відобразалося у зменшенні їх об'єму при ультразвуковому дослідженні, зменшенні числа та розмірів фолікулів, погіршенні кровопостачання яєчників, зниженні кровотоку в басейні внутрішньої здухвинної артерії та суб'єктивним погіршенням загального здоров'я та якості життя.

ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. В последние годы отмечается рост миомы матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией, причем растет доля сочетанных форм гиперпластических процессов репродуктивной системы – в 20–25 % женщин в возрасте до 30 лет и у 60 % – в возрасте старше 40 лет. Цель – оценка отдельных показателей метаболического гомеостазу у пациенток с миомой матки после оперативного ее оздоровления и оценка показателей качества жизни. Проведено комплексное обследование и оперативное лечение 40 женщин репродуктивного возраста с миомой матки, которым выполнено гистерэктомия с сохранением придатков. В контрольную группу вошли 20 соматически здоровых женщин. Используются общепринятые клинико-лабораторные обследования, лабораторная оценка гормонального статуса, липидного профиля, оценка характера распределения жировой ткани и степени ожирения по индексу массы тела, ультразвуковое исследование органов малого таза, печени, почек, щитовидной железы, молочных желез. Качество жизни изучали на основе комплексной оценки, с использованием модифицированной шкалы SF-36 и исследованиями таких важных показателей, как энергичность, сон, эмоциональные реакции, социальная изоляция, физическая активность, болевые ощущения. Все виды статистической обработки выполнены с помощью стандартного пакета «Statistica for Windows – 6,0». В общем, при анализе показателей гормонального профиля у женщин с проявлениями постгистерэктомического синдрома через 5 лет после операции установлено в 36,66 % случаев статистически достоверное повышение уровня пролактина, в 40,00 % – гипозестрогению и в 46,66 % пациенток – признаки гиперандрогении, подтвержденные лабораторными критериями. Изменение качества жизни у пациенток с гиперпластическими процессами матки в послеоперационном периоде проявлялось: снижением физической активности в 43,33 % случаев, ростом сексуальных дисфункций – в 36,66 %, угнетением психического состояния, конфликтной направленностью социального поведения, ослаблением ролевых функций и субъективным ухудшением общего здоровья и качества жизни в 51,66 % случаев. Отдаленные последствия после оперативного вмешательства сопровождаются прогрессивной гипозестрогенией с ухудшением функции яичников, что отражалось в уменьшении их объема при ультразвуковом исследовании, уменьшении числа и размеров фолликулов, ухудшении кровоснабжения яичников, снижении кровотока в бассейне внутренней подвздошной артерии и субъективным ухудшением общего здоровья и качества жизни.

POSTHYSTERECTOMIC INFRINGEMENT, FEATURES EVALUATING QUALITY OF LIFE. In recent years, marked by the development of uterine fibroids in women with unfulfilled reproductive function, and increases the fate of combined forms of hyperplastic processes of the reproductive system – in 20–25 % of women aged 30 years and 60 % – over the age of 40 years. PURPOSE – evaluation of individual indicators of metabolic homeostasis in patients with uterine cancer after surgical its health and is an assessment of the quality of life. A comprehensive examination and surgical treatment of 40 women of reproductive age with uterine cancer who performed hysterectomy with preservation applications. The control group included 20 somatically healthy women. Used conventional clinical laboratory tests, laboratory evaluation of hormonal status, lipid profile, the character of the distribution of fat and degree of obesity by body mass index, ultrasound (US) of the pelvis, liver, kidney, thyroid, mammary glands. Quality of life was studied based on a comprehensive evaluation using the modified scale SF-36 and the study of such important

indicators as energy, sleep, emotional reactions, social isolation, physical activity, pain feeling. All kinds of statistical analysis performed using a standard package «Statistica for Windows – 6.0». A history revealed in the surveyed contingent deteriorating physical health of patients with high rates of liver and gastrointestinal tract, metabolic disorders (obesity, hypertensive disorders, cystic fibrosis, breast), metabolic-endocrine changes and surgery. Overall, the analysis of indicators of hormonal profile of women with the syndrome manifestations posthysterectomy 5 years after the operation is set to 36.66 % of the cases statistically significant increase in prolactin levels at 40.00 % – gipoestrogen and 46.66 % of patients – signs of hyperandrogenism confirmed laboratory criteria. Changing the quality of life in patients with hyperplastic processes uterus manifested in the postoperative period, a decrease in physical activity in 43.33 % of cases, sexual dysfunction growth – at 36.66 % inhibition mental state, conflict orientation of social behavior, weakening role-playing functions and subjective deterioration of general health and quality of life in 51.66 % of cases. Long-term effects after surgery accompanied by a progressive deterioration of hypoestrogen the ovaries that appear to reduce their volume by ultrasound, reducing the number and size of follicles, deterioration of blood supply to the ovaries, reducing blood flow to the internal iliac artery basin and subjective deterioration of general health and quality of life.

Ключові слова: гістеректомія, постгістеректомічний синдром, психосоматичні порушення, якість життя.

Ключевые слова: гистерэктомия, постгистерэктомический синдром, психосоматические нарушения, качество жизни.

Key words: hysterectomy, posthysterectomy syndrome, psychosomatic violations quality of life.

ВСТУП. В останні роки відмічається розвиток міоми матки у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, причому зростає частка поєднаних форм гіперпластичних процесів репродуктивної системи – у 20–25 % жінок у віці до 30 років і у 60 % – у віці старше 40 років [3–5]. Після найбільш частоті у світі хірургічної операції – гістеректомії – частота постгістеректомічних патологічних проявів складає у даного контингенту 40–60 %, розповсюдженість психічних розладів та психологічних проблем після оперативних втручань на матці становить 50–80 % [3]. Випадіння функції яєчників як провідного моменту постгістеректомічного синдрому коливається від 20 до 80 %, а менопауза настає в середньому на 4–5 років раніше, ніж у неоперованих жінок [1–4].

Синдром хронічного тазового болю після тотальної та субтотальної гістеректомії є провідним у клінічній симптоматиці, його діагностують практично в половині прооперованих пацієнок [6]. Це обумовлено ізольованими або поєднаними патологічними порушеннями в ділянці малого таза: персистоючим запальним процесом (18,0 %), злуковою хворобою (11,1 %), хронічною венозною недостатністю вен малого таза (16,7 %), ураженням нервових закінчень та сплетень (17,8 %), дисфункцією суглобів тазового кільця, різних відділів хребта, міофасціальними порушеннями в ділянці таза та нижніх кінцівок у 84 % пацієнок [5–7].

Представлені наукові факти вимагають подальшого вивчення не тільки безпосередніх післяопераційних, але і віддалених результатів хірургічного лікування міоми матки, що включають як об'єктивну, так і суб'єктивну оцінку самою пацієнткою наслідків хірургічного втручання. Проте питання якості життя жінок після оперативних втручань на матці та додатках, відповідно до даних літератури, на сьогодні залишається відкритим, чому свідченням є нечисленні публікації [1, 8].

Мета дослідження – оцінка окремих показників метаболічного гомеостазу в пацієнок з гістеректомією без додатків та оцінка параметрів якості життя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено комплексне обстеження і оперативне лікування 40 жінок репродуктивного віку з міомою матки, яким виконано гістеректомію зі збереженням додатків. У контрольну групу ввійшли 20 соматично здорових жінок. Крім загальноприйнятих клініко-лабораторних обстежень, оцінювали характер розподілу жирової тканини і ступінь ожиріння за індексом

маси тіла. Використовували ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, печінки, нирок, щитоподібної залози, молочних залоз із застосуванням лінійних і секторальних датчиків до апарата Siemens-250 (Австрія). Для оцінки порушень метаболічного гомеостазу вивчали спектр окремих ліпопротеїдів крові за основними показниками: загальний холестерин, ліпопротеїди низької щільності, ліпопротеїди високої щільності із застосуванням спеціальних стандартних методик, а також основні гемостазіологічні показники. Якість життя вивчали на основі комплексної оцінки, з використанням модифікованої шкали SF-36 та дослідженням таких важливих показників, як енергійність, сон, емоційні реакції, соціальна ізоляція, фізична активність, больові відчуття. Усі види статистичної обробки виконано за допомогою стандартного пакета «Statistica for Windows – 6,0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Анамнестичні дані дозволили встановити в обстеженого контингенту пацієнок погіршення соматичного здоров'я з високими показниками захворювань печінки та шлунково-кишкового тракту, метаболічних порушень (ожиріння, гіпертензивні розлади, фіброзно-кістозна мастопатія), обмінно-ендокринні зміни та оперативні втручання, а репродуктивний анамнез характеризувався тривалим становленням регулярного менструального циклу, його порушенням у періоді пубертату, запальними захворюваннями статевих органів, доброякісними пухлинами яєчників та невиношуванням і безпліддям.

Отримані результати дослідження гормонального фону через 3 роки після операції дозволили відмітити більше як у двох третин жінок порушення, що проявлялися високим рівнем кортизолу (у 1,8 раза вище показників контролю, $p < 0,05$), недостатньою продукцією естрогенів (у 1,6 раза, $p < 0,05$) на фоні достовірної гіпопрогестеронемії (у 2,9 раза нижче проти даних контролю, $p < 0,05$) та гіперандрогенемії (у 2 рази вище проти даних контролю, $p < 0,05$). Загалом, при аналізі показників гормонального профілю у жінок із проявами постгістеректомічного синдрому через 5 років після операції встановлено у 36,66 % випадків статистично достовірне підвищення рівня пролактину, у 40,00 % – гіпоестрогенію та у 46,66 % пацієнок – ознаки гіперандрогенії, підтверджені лабораторними критеріями.

Результати наших досліджень вказують, що через 3 роки після операції у жінок одного віку поряд з нейровеге-

тативними та психоемоційними порушеннями починають переважати, а згодом і превалюють обмінно-ендокринні розлади у вигляді патологічної надбавки ваги, підвищення АТ, зміни зі сторони ліпідного обміну. До третього року після операції у більшості обстежених жінок діагностували кілька обов'язкових компонентів метаболічного синдрому: тенденція до розвитку АГ, ожиріння, дисліпідемія, зміна толерантності до глюкози. На даний час можна вважати доведеним, що до зміни ліпідного спектра крові приводять естрогендефіцитні стани. Крім того, недостатність естрогенів суттєво впливає на метаболізм глюкози та інсуліну, при гіпоестрогенії виникає резистентність до інсуліну та порушення толерантності до глюкози [4–8]. Встановлено достовірну гіперліпідемію більше як у половині пацієнток (52,5 %), підвищення вмісту загального холестерину відмічено на 34,10 %, збільшення вмісту ліпопротеїдів низької щільності на 32,66 % та зниження рівнів ліпопротеїдів високої щільності на 32,81 %, що у 1,5 раза збільшувало коефіцієнт атерогенності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Очевидно, наслідком цих змін є і досить високий відсоток метаболічних порушень, таких, як фіброзно-кістозна мастопатія, дисфункція щитоподібної залози, надмірна маса тіла та зміни в гемостазіологічних показниках. Вказані зміни є свідченням метаболічного дисбалансу, зумовлено ендокринним впливом та коливанням гормонального профілю в процесі розвитку та маніфестації симптомокомплексу постгістеректомічного синдрому.

При оцінці показників якості життя в більшості випадків (до 86,6 %) встановлено їх зниження до оперативного втручання, що в основному пояснюється симптомним перебігом основного захворювання. Після оперативного втручання спостерігалось покращення показників якості життя протягом перших трьох місяців практично у всіх жінок, що проявлялося позитивною зміною психоемоційного стану та відсутністю скарг, пов'язаних з

міомою. Однак у подальшому поряд із біохімічними, нейровегетативними та гормональними порушеннями спостерігалось поступове погіршення якості життя. Слід відмітити, що результатами наших досліджень отримано підтвердження залежності показників якості життя після гістеректомії від віку жінки. Так, у жінок 40–45 років показники якості життя поступово покращувалися, в той час як після подібного оперативного втручання у жінок до 40 років відмічено прогресивне зниження соціальної активності та працездатності. Зміна якості життя у пацієнток із гіперпластичними процесами матки у післяопераційному періоді проявлялася: зниженням фізичної активності у 43,33 % випадків, ростом сексуальних дисфункцій – у 36,66 %, пригніченням психічного стану, конфліктною спрямованістю соціальної поведінки, ослабленням ролевих функцій та суб'єктивним погіршенням загального здоров'я та якості життя у 51,66 % випадків. До 5 року після гістеректомії найбільш часто пригніченими були такі показники якості здоров'я, як емоційні реакції і психологічне здоров'я.

ВИСНОВКИ. Порушення гомеостазу в даній категорії жінок можна розглядати як преморбідний фон для розвитку метаболічного синдрому, що проявляється досить вираженими загальносоматичними змінами і може мати суттєвий вплив уже на етапі формування та розвитку постгістеректомічного метаболічного симптомокомплексу.

Зміна якості життя у пацієнток із гіперпластичними процесами матки проявлялася: зниженням фізичної активності, ростом сексуальних дисфункцій, пригніченням психічного стану, конфліктною спрямованістю соціальної поведінки, ослабленням ролевих функцій та суб'єктивним погіршенням загального здоров'я та якості життя.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспективним є вивчення динаміки метаболічних порушень при постгістеректомічному синдромі з врахуванням резервних можливостей овуляторного апарату.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков А. Е. Психоемоциональные нюансы посткастрационного синдрома / А. Е. Волков // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2002. – № 1 (1с). – С. 138–139.
2. Зелюк С. В. Функция яичников после гистерэктомии / С. В. Зелюк, Е. Д. Миревич // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 132–135.
3. Макаров О. В. Синдром постгистерэктомии / О. В. Макаров, В. П. Сметник, Ю. Э. Доброхотова. – М., 2000. – С. 10–167.
4. Павлова Ж. С. Спорные вопросы постгистерэктомического синдрома / Ж. С. Павлова, С. С. Лубяна // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 4. – С. 141–145.
5. Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье женщин

после хирургического лечения гинекологических заболеваний / В. Е. Радзинский, А. О. Духин. – М., 2004. – С. 130–161.

6. Фахрутдинова Э. Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии / Э. Х. Фахрутдинова // Вестник РУДН. – 2002. – № 1. – С. 262–268.

7. Ahn E. H. Effect of hysterectomy on conserved ovarian function / E. H. Ahn, C. W. Bai, C. H. Song // Yonsei Med. J. – 2002. – Vol. 43. – P. 53–58.

8. Hysterectomy and risk of cardiovascular disease: a population-based cohort study / E. Ingelsson, C. Lundholm, A. L. Johansson, D. Altman // Fut Heart. – 2011. – № 32 (6). – P. 745–750.

Отримано 12.08.16