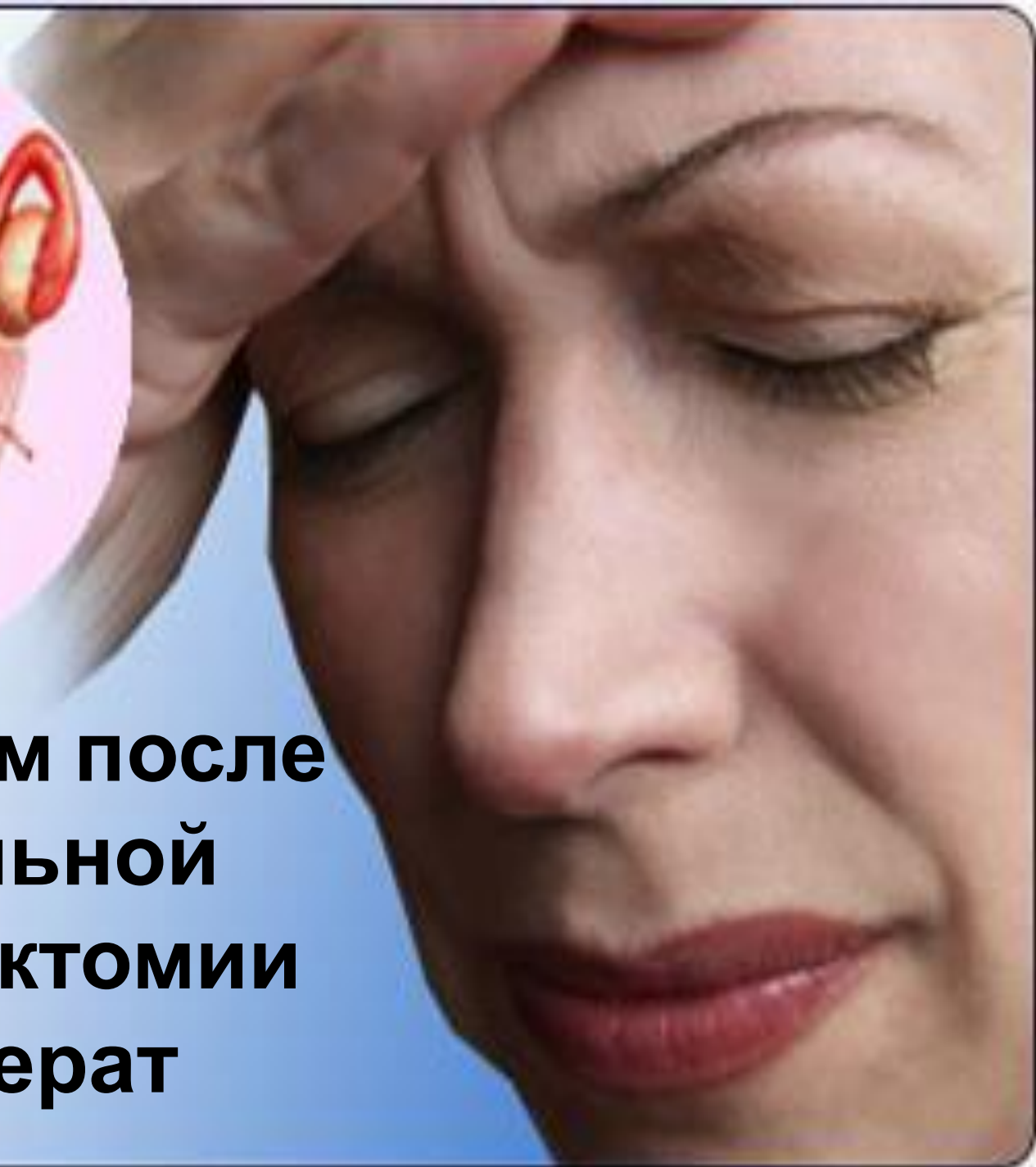




Синдром после тотальной овариэктомии реферат

Выполнил ст.509 гр.:
Дугаров Б.Б.



Что такое Синдром после тотальной овариэктомии

Гистерэктомия с удалением придатков матки является одной из наиболее часто выполняемых операций в гинекологии и сопряжена с развитием синдрома после тотальной овариэктомии (СПТО). Среди полостных операций гистерэктомия составляет 38% в России, 25% в Великобритании, 36% в США, 35% в Швеции. 20% женщин в течение жизни переносят гистерэктомию. Средний возраст к моменту операции 43-45 лет. Наряду с позитивным лечебным эффектом по основному заболеванию гистерэктомия может отрицательно повлиять на здоровье и качество



Что провоцирует Синдром после тотальной овариэктомии

- СПТО развивается после двустороннего удаления яичников и включает вегетососудистые, нейропсихические и обменно-эндокринные нарушения, обусловленные гипоэстрогенией. СПТО иначе называют синдромом хирургической (индуцированной) менопаузы на основании общности патогенетических механизмов. Частота СПТО варьирует от 55 до 100% в зависимости от возраста пациентки к моменту операции, преморбидного фона, функциональной активности надпочечников. В целом частота СПТО составляет 70-80%.
- Постгистерэктомический синдром чаще выявляют у оперированных в перименопаузе, а также у пациенток с сахарным диабетом, тиреотоксическим зобом, чем у соматически здоровых женщин

Патогенез (что происходит?) во время Синдрома после тотальной овариэктомии

- При СПТО пусковым и патогенетически ведущим фактором является гипоэстрогения со свойственной ей множественностью проявлений.
- Нарушения в гипоталамо-гипофизарной области сопровождаются дезадаптацией подкорковых структур, регулирующих кардиальную, васкулярную и температурную реакции организма, поскольку при дефиците эстрогенов снижается синтез нейротрансмиттеров, ответственных за функционирование подкорковых структур.
- Следствием снижения уровня половых гормонов с прекращением действия ингибина становится значительное повышение уровней ЛГ и ФСГ до соответствующих постменопаузальным. Дезорганизация адаптационных процессов может приводить к повышению уровней ТТГ, АКТГ. Длительный дефицит эстрогенов отражается на состоянии эстроген-рецептивных тканей, в том числе мочеполовой системы - нарастает атрофия мышечной и соединительной ткани со снижением количества коллагеновых волокон, снижается васкуляризация органов, истончается эпителий. Недостаток половых гормонов приводит к постепенному прогрессированию остеопороза.

Удаление яичников ведет к резкому снижению уровня наиболее биологически активного эстрогена — 17 β -эстрадиола (E2), уже в первые недели после овариэктомии он может снижаться до следовых значений. В ответ на выключение яичников снимается ингибирующее влияние эстрогенов на гипоталамо-гипофизарную систему по механизму отрицательной обратной связи. Это приводит к повышению уровня гонадотропинов, причем содержание ФСГ возрастает раньше и достигает более высокого уровня по сравнению с ЛГ. Соотношение ФСГ/ЛГ всегда превышает 1. После овариэктомии у женщин репродуктивного возраста для нарастания уровня гонадотропинов требуется разный промежуток времени, но зачастую на установление стабильного постменопаузального уровня уходит более 1 мес. Повышается уровень гонадотропинов — ЛГ

Основным эстрогеном, циркулирующим в крови прооперированных женщин, становится эстрон. Последний образуется из андрогенов в результате экстрагонадной ароматизации. Согласно принятой сегодня концепции, андрогены, особенно андростендион, продуцируемые главным образом надпочечниками, превращаются (ароматизируются) в эстрогены вне эндокринных желез, т. е. вне яичников или надпочечников. Где это происходит, точно неизвестно, но способностью к ароматизации андрогенов обладают жировая ткань, печень, почки, кожа и определенные ядра гипоталамуса. Такое экстрагландулярное образование эстрогенов касается в основном образования эстрона из андростендиона. У полных женщин скорость превращения андрогенов в эстрогены и концентрация последних в крови выше, чем у худых. В жировой ткани эти процессы могут усиливаться за счет увеличения активности ароматазы жировых клеток из-за повышенного уровня ФСГ. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста 49% тестостерона, наиболее активного андрогена, синтезируется в коре надпочечников, 17% образуется путем периферической конверсии из других стероидных предшественников и 33% синтезируется в яичниках. Яичники также продуцируют около 60% андростендиона и 20% дегидроэпиандростендиона. Таким образом, тотальная овариэктомия может привести к снижению уровня андрогенов у оперированных женщин за счет исключения яичниковой фракции тестостерона и его предшественника андростендиона

Резко возникающий дефицит половых стероидов и, прежде всего, эстрогенов вызывает системные изменения в органах и тканях вследствие нарушения гормонального гомеостаза. Развитие синдрома постовариэктомии (СПТО) различной степени выраженности отмечено у 60–80% лиц, перенесших оперативное вмешательство. Тяжелое течение заболевания наблюдается почти у 60% пациенток, у каждой четвертой женщины (26%) его проявления носят умеренный характер и лишь в 14% случаев имеет место легкое течение СПТО. У 25% больных происходит стойкое нарушение трудоспособности как следствие операции

Симптомы Синдрома после тотальной овариэктомии

Клиническая картина СПТО включает в себя

- психоэмоциональные
- нейровегетативные
- обменно-эндокринные расстройства

Психоэмоциональные расстройства могут возникать с первых дней послеоперационного периода. Наиболее выражены астенические (37,5%) и депрессивные (40%) проявления, реже бывают фобические, паранойяльные и истерические. В формировании психоэмоциональных расстройств играют роль как гормональные изменения, так и психотравмирующая ситуация в связи с восприятием гистерэктомии как калечащей операции.



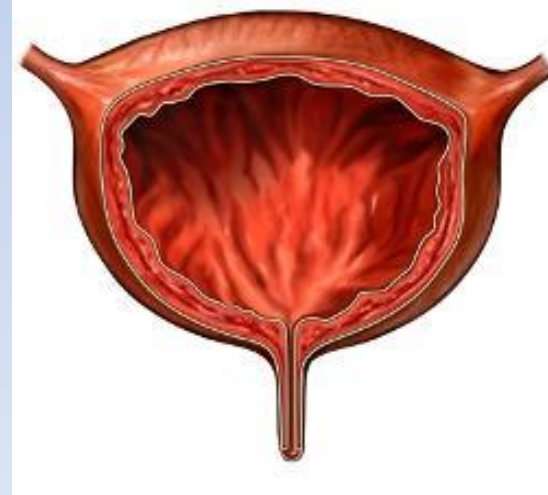
ADP04008 [RF] (c) www.visualphotos.com

Вегетоневротические нарушения формируются с 3-4-х суток после овариэктомии и характеризуются смешанными симпатико-тоническими и ваготомическими проявлениями с преобладанием симпатико-тонической активности. Терморегуляция нарушается у 88% больных и проявляется приливами жара, ознобом, чувством ползания мурашек, может быть плохая переносимость жаркой погоды. У 45% больных нарушен сон, реже наблюдается боязнь замкнутых пространств. Кардиоваскулярные проявления в виде тахикардии, субъективных жалоб на сердцебиение, сжимающих болей в области сердца и повышения систолического АД выявляются у



Дефицит эстрогенов является причиной атрофических изменений в мочеполовой системе, которые развиваются у 40–60% пациенток. Женщины со СПТО нередко жалуются на частое мочеиспускание, дизурию и императивные позывы.

Недержание мочи при физическом напряжении часто сопровождает СПТО. Атрофический вагинит, рецидивирующие цистоуретриты, недержание мочи, никтурия крайне отрицательно сказываются на качестве жизни женщины.



Дефицит эстрогенов при СПТО приводит к ускорению процессов увядания, снижению тургора и истончению кожи, быстрому появлению морщин, усилению сухости и ломкости волос, ногтей. К неспецифическим симптомам, возникающим после тотальной овариэктомии, относятся боли в мышцах и суставах, атрофические конъюнктивиты, ларингиты, ксеростомия, раннее развитие глаукомы.

Диагностика Синдрома после тотальной овариэктомии

- **. АНАМНЕЗ**

Ранняя диагностика СПТО основана на появлении вегетососудистых, нейропсихических нарушений, появляющихся через несколько дней после оперативного вмешательства и отсутствовавших до операции. Выраженность психоэмоциональных и нейровегетативных проявлений у больных, перенесших гистерэктомию, оценивают по менопаузальному индексу Куппермана. Выделяют лёгкую, среднюю и тяжёлую степень течения патологического симптомокомплекса после тотальной овариоэктомии.

- ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При физикальном обследовании оценивают телосложение, индекс массы тела, состояние различных органов, систем, в частности сердечнососудистой и нервной. Однако данные физикального исследования не имеют решающего значения в диагностике СПТО.

- ЛАБОРАТОРНОИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациенток с СПТО дополнительно определяют уровень гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол), которые соответствуют ранней постменопаузе. При необходимости прибегают к дополнительным методам диагностики психоэмоциональных (опрос, тестирование), урогенитальных нарушений (уродинамическое обследование, УЗИ, цистоскопия), остеопороза (денситометрия, рентгенография). При неосложнённом течении послеоперационного периода диагностика СПТО не вызывает затруднений.

Лечение Синдрома после тотальной овариэктомии

- Основным и наиболее патогенетически обоснованным методом лечения после тотальной оvariэктомии является заместительная гормональная терапия.



Назначение ЗГТ сразу после операции способствует плавной адаптации организма женщины к условиям остро возникающего дефицита половых стероидов и предупреждает развитие постовариэктомированного синдрома. На фоне приема половых гормонов замедляются процессы старения кожи, уменьшаются или исчезают аффективные расстройства, поддерживается половое влечение, улучшается качество жизни (Г. Я. Каменецкая, В. Н. Краснов, С. В. Юренева, 2001). Длительность курса ЗГТ может быть различной. Считается, что после овариэктомии минимальный срок, на который назначается ЗГТ, составляет 5–7 лет.

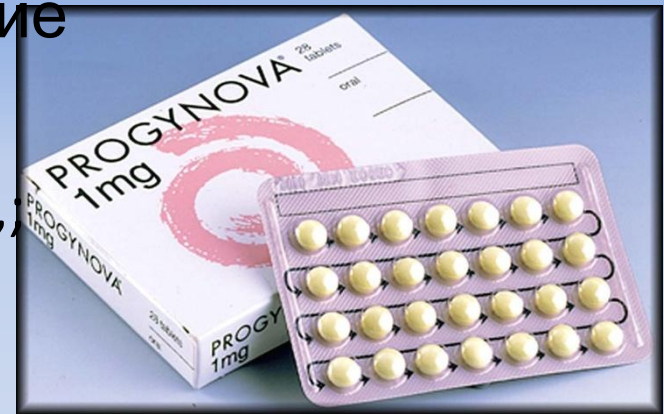
Выбор режима терапии зависит от возраста женщины, заболевания, послужившего причиной оперативного вмешательства, наличия факторов риска, объема операции, а также особенностей клинических признаков и результатов инструментального обследования. Следует отметить, что вазомоторные проявления СПТО ослабевают или проходят через несколько месяцев после начала лечения. Однако лечебный и профилактический эффект в отношении сердечно-сосудистой, костной и центральной нервной систем проявляется только при длительной (в течение 3–5 лет и более) терапии.

- В составе современных препаратов ЗГТ используются преимущественно эстрогены — 17 β -эстрадиол, эстрадиол валериат, эстриол.
- Первые 2 являются активными эстрогенами, обеспечивающими стойкий лечебный эффект и отсутствие симптомов постовариэктомии во время приема препарата. Эстриол — более слабый эстроген, однако он обладает выраженным положительным влиянием на слизистую мочеполового тракта и эффективен при лечении мочеполовых нарушений.

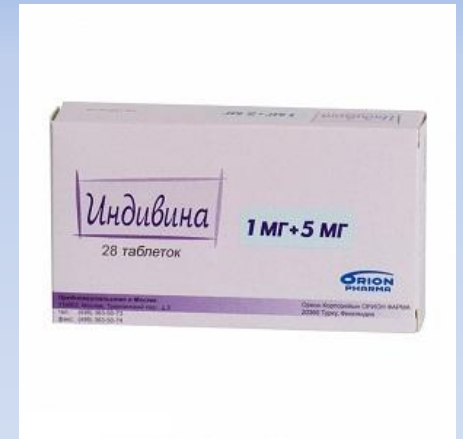


Наиболее распространен прием гормонов внутрь в виде таблеток, которые эффективны как для лечения, так и для профилактики ранних и поздних проявлений постовариэктомированного синдрома. Препараты, содержащие только эстрогены, назначают женщинам с удаленной маткой в непрерывном режиме (прогинова, эстрофем,; овестин,).

Женщинам с сохраненной маткой назначаются таблетированные препараты, содержащие эстрогены и прогестагены в виде монофазных, двухфазных и трехфазных препаратов.



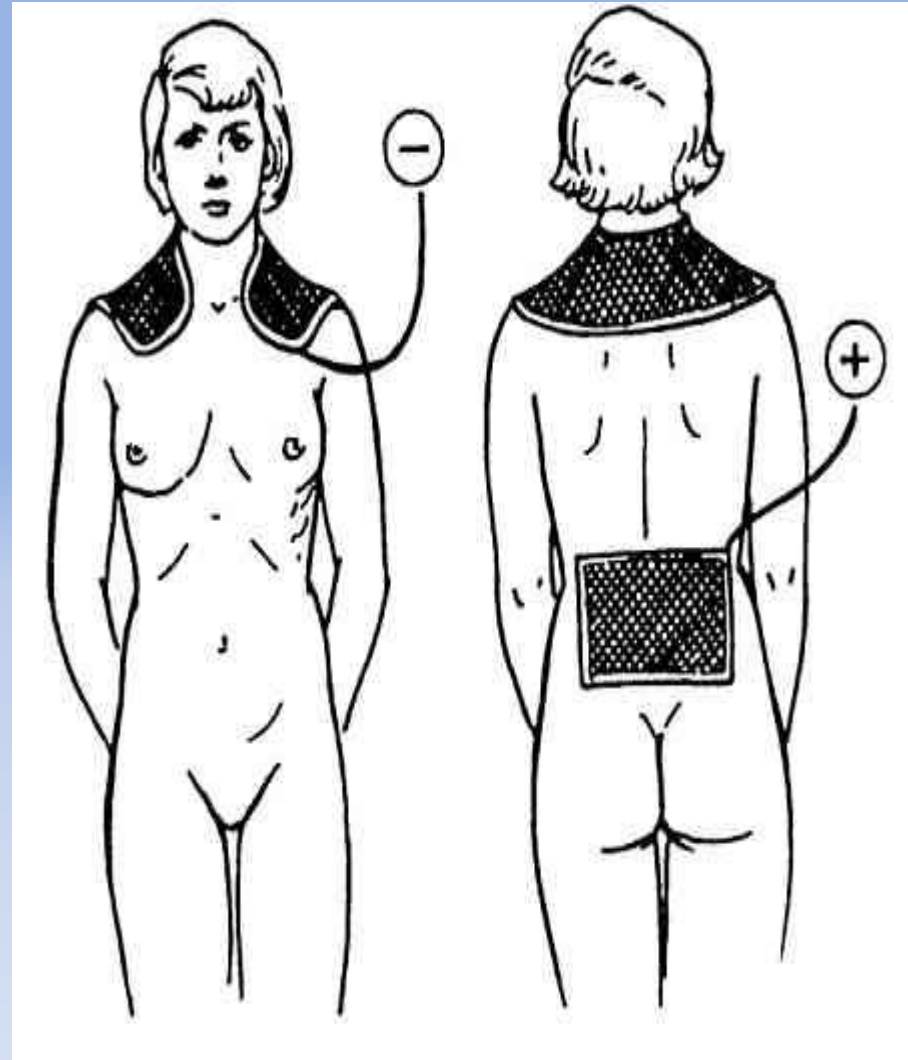
Монофазные препараты содержат одинаковое количество эстрогенов и прогестагенов в каждой таблетке (клиогест,; индивина,; климодиен,; фемостон 1/5,; ливиал,).



Двухфазные препараты содержат в первых 14 таблетках только эстрогены, а в последних 7 таблетках эстрогены в сочетании с прогестагенами, что имитирует двухфазный менструальный цикл (климен,; климонорм,; циклопрогестерон,; дивина,).



- Физиотерапевтическое воздействие в раннем послеоперационном периоде может включать в себя гальванический воротник по Щербаку, дециметроволновое воздействие на область надпочечников, массаж воротниковой зоны.



Профилактика Синдрома после тотальной овариэктомии

- Для профилактики метаболических нарушений наряду с эстрогенсодержащими препаратами ЗГТ следует рекомендовать курс витаминотерапии, прием микроэлементов. При выявлении остеопороза, помимо ЗГТ, назначают этиотропную терапию (препараты кальция, бифосфонаты, кальцитонин и т.д.). Длительный прием препаратов ЗГТ у больных с СПТО требует профилактики тромботических осложнений и наблюдения маммологом: маммография 1 раз в 2 года, УЗИ молочных желез и пальпаторный осмотр каждые 6 мес.
- При противопоказаниях к ЗГТ можно назначать седативные препараты (валериана, пустырник, новопассит и др.), транквилизаторы (феназепам, реланиум, лоразепам и др.), антидепрессанты (ко-аксил, аурорикс, ирозак и др.), гомеопатические препараты (климактоплан, климачинон и др.).

Спасибо за внимание