

Б.В. Хабрат, М.Є. Яроцький, О.О. Литвак, Б.М. Лисенко, В.І. Коноваленко, Т.І. Дашук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХІРУРГІЧНОЇ МЕНОПАУЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПЕРИМЕНОПАУЗНОГО ВІКУ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ*

ВСТУП

Однією з найскладніших проблем сучасної медицини є поліморбідність. Серед хворих гінекологічного стаціонару 25–57% складають жінки різних вікових груп із доброякісними утвореннями матки та супутніми екстрагенітальними захворюваннями [1–5]. Літературні дані свідчать про те, що доброякісні захворювання матки не є ізольованими, їх формування, як правило, відбувається на тлі ендокринопатій (цукровий діабет, тиреоїдна патологія), анемій, патологій серцево-судинної системи тощо, і є результатом дисбалансу діяльності ендокринної системи жінки [1–5, 8–10, 14]. На підставі широкого розповсюдження останніми роками випадків порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ), що супроводжуються патологією матки, низка авторів висловлюють думку про певний зв'язок цих порушень [2, 3, 8–10].

Серед доброякісних захворювань матки особливе місце посідають гіперпластичні процеси ендометрію, частка яких складає 70–75%. Вони є однією з головних причин аномальних маткових кровотеч, частота яких складає 10–25% серед усіх гінекологічних захворювань [7, 8]. Лейоміома матки спостерігається у 25–35% жінок у репродуктивному віці та у 15–27% — у період перименопаузи [6]. Останніми роками зростає частота виявлення поєднаних форм доброякісних захворювань матки. Наприклад, за даними аутопсії, поєднання аденоміозу та міоми має місце у 34–85% випадків [1, 4–6, 10, 14].

Наразі вдосконалення лапароскопічної техніки сприяло зниженню ризику розвитку спайкового процесу завдяки мінімізації інвазії, а також дало змогу застосування новітньої технології практично в усіх випадках доброякісних пухлиноподібних утворень матки [11–14, 16, 17, 20].

Звертає на себе увагу питання змін у тиреоїдній системі, що виникають у хворих із посткастраційним синдромом або з атрофією яєчників після видалення матки та порушенням нормальних

гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових взаємин. На думку низки фахівців, після гістероваріоектомії рівень ТТГ знижується порівняно з нормою. Окремі автори вважають, що зниження рівня ТТГ відбувається за рахунок зменшення синтезу естрадіолу та підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону. Дослідники пояснюють це тим, що естрадіол бере участь у регуляції вмісту ТТГ шляхом активації тироліберину [15, 18, 19, 21].

Отже, з огляду на значну розповсюдженість поєднання порушень функцій репродуктивної системи та ЩЗ, зростання частоти патології обох систем очевидно, що питання особливостей перебігу, клінічних проявів синдрому хірургічної менопаузи, а також розробка й оптимізація комплексу профілактичних і лікувальних заходів після гістероваріоектомії у таких хворих вимагає поглибленого вивчення.

Метою нашого дослідження було вдосконалення методів профілактики та корекції синдрому хірургічної менопаузи у хворих із доброякісною патологією матки на тлі порушення функції щитоподібної залози.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під нашим спостереженням перебували 100 жінок, яким було виконано гістероваріоектомію з приводу доброякісних захворювань матки, 54 із них мали патологію ЩЗ. Пацієнтки були розподілені на групи. I групу склали 54 жінки після гістероваріоектомії з патологією ЩЗ. За результатами передопераційного обстеження (ТТГ, T_4 і T_3) залежно від патології ЩЗ хворих розподіли на підгрупи: Ia — 30 жінок із проявами гіпотиреозу, Ib — 24 особи з гіпертиреозом. II групу склали 46 жінок без патології ЩЗ після гістероваріоектомії.

Стан гіпофізарно-яєчкової та тиреоїдної систем визначали за рівнем гонадотропних гормонів — фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (Пр), тиреотропного (ТТГ); статес-

вих стероїдних гормонів — естрадіолу (Е), прогестерону (П); тиреоїдних — тироксину (T_4), трийодтироніну (T_3). Вимірювання проводили радіоімунним методом, за допомогою стандартних наборів, напередодні та після операції, під час застосування замісної гормональної терапії (ЗГТ) на 7-й день менструального циклу. Гормональні дослідження виконували у клінічній лабораторії біохімічних, гормональних та імунологічних досліджень Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України.

Ультрасонографію здійснювали у I та II фазу менструального циклу за допомогою сканеру Aloka-1700 (Японія) з використанням трансабдомінального (3,5 МГц) і трансвагінального датчиків (5–7,0 МГц) із застосуванням кольорового доплерівського картування та імпульсно-хвильової доплерометрії. Оцінювали розташування, розміри, форму матки, структуру міометрію, М-ехо, наявність гіпер- і гіпоехогенних включень у порожнині матки та міометрії. Комплексне ультразвукове дослідження ЩЗ включало дослідження у В-режимі, кольорове та енергетичне доплерівське картування та тривимірну графічну реконструкцію знайдених осередкових утворень ЩЗ. Дослідження проводили на ультразвуковому сканері HDI-5000 фірми ATL (США) напередодні та після операції, а також під час проведення ЗГТ.

Хірургічне лікування з приводу доброякісних захворювань матки здійснювали лапаротомічним або лапароскопічним методом.

Для оцінки тяжкості синдрому хірургічної менопаузи використовували менопаузний індекс (індекс Куппермана, МПІ), для обчислення якого виділяли симптоми у такій послідовності: припливи жару, пітливість, парестезії, безсоння, біль у м'язах, суглобах і кістках, стомлюваність, головний біль, збуджуваність, запаморочення, депресія, серцебиття та емоційна лабільність. Для кожного симптому вводиться чинник конверсії; для припливів він дорівнює 4, для пітливості, безсоння, парестезій — 2, для решти — 1. Показник індексу є сумою чинників конверсії окремих симптомів, помножених на ступінь їх вираженості (0 — відсутність симптому, 1 — легкий ступінь, 2 — помірний, 3 — тяжкий прояв). Максимальне значення має не перевищувати 57. Для психоемоційних розладів МПІ, що дорівнює 0 балів, трактується як відсутність порушень, 1–7 балів — порушення легкого ступеня, 8–14 балів — середнього, 15 і більше — тяжкого ступеня. Для вегето-судинних

порушень значення МПІ до 10 балів оцінюється як відсутність патологічних проявів, 11–20 балів — як легкий ступінь порушень, 21–30 балів — середній, 31 і більше — тяжкі вегето-судинні порушення.

Отримані цифрові результати обробляли методом варіаційної статистики з використанням прикладних статистичних програм Microsoft Excel 7.0 для Windows 95, а також спеціальних програм. З метою визначення вірогідності різниці між величинами застосовували критерій Стюдента (t). Різницю вважали вірогідною за $p < 0,05$. Для визначення оцінки різниці між частинами (відсотками) використовували метод кутового перетворення Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

З першої доби поопераційного періоду розвивалися прояви синдрому хірургічної менопаузи у групі жінок із патологією ЩЗ, причому вегето-судинні порушення переважали у підгрупі жінок із гіпотиреозом (25 осіб, 83,3%), а психоемоційні розлади — у підгрупі жінок, які мали гіпертиреоз: 22 випадки (91,6%).

З метою корекції синдрому хірургічної менопаузи у жінок із патологією ЩЗ після гістероваріоектомії ми застосовували замісну гормональну терапію, яку проводили з першої доби поопераційного періоду (20 жінок Іа підгрупи, 16 жінок Іб підгрупи).

Враховуючи стан хворих у ранній поопераційний період, пов'язаний із порушенням всмоктування у шлунково-кишковому тракті, у перші дві доби ми застосовували монотерапію естрогенами та парентеральну замісну гормональну терапію — трансдермальну та піхвову (гель естрадіолу 17 бета по 2,5 г на добу 1 раз — 3 курси по 24 дні з інтервалом у 7 діб).

Після виключення зловиясного процесу за результатами патогістологічного дослідження видаленого матеріалу проводили корекцію ЗГТ, а саме — призначали монофазну терапію естрогенгестагенами у безперервному режимі.

Призначення тіболону (по 2,5 мг 1 раз на добу впродовж 28 днів) після гістероваріоектомії має низку переваг. Даний препарат належить до засобів тканиноселективної терапії, застосовується для тривалої ЗГТ, не справляє стимулюючої дії на молочну залозу, позитивно впливає на настрій та лібідо. Крім того, тіблон не справляє стимулюючої дії на ендометрій, тому є препаратом першого вибору для жінок, прооперованих із приводу ендометріозу.

Жінкам, які мали протипоказання до проведення ЗГТ або не бажали приймати гормональні препа-

рати, проводили симптоматичне лікування (10 жінок Іа підгрупи, 8 жінок Іб підгрупи).

Жінкам ІІ групи, які не мали патології ЩЗ (30 осіб), профілактику синдрому хірургічної менопаузи проводили з другої доби поопераційного періоду, призначали монотерапію естрогенами, парентеральну ЗГТ — трансдермальну та піхвову (гель естрадіолу 17 бета по 2,5 г на добу 1 раз — 3 курси по 24 дні з інтервалом у 7 діб), 16 жінкам ІІ групи не проводили замісної гормональної терапії у зв'язку з наявністю протипоказань або небажання пацієнток.

Усім хворим з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень призначали надпропарин по 0,3–1,4 мл підшкірно за 2 години перед операцією, а потім — по 0,3 мл протягом 7 діб. З метою підвищення неспецифічної резистентності організму застосовували полівітамінні препарати з мінералами з 3-ї доби поопераційного періоду.

Клінічна оцінка синдрому хірургічної менопаузи та результати гормональних досліджень виявили низку особливостей його перебігу у жінок із патологією ЩЗ і жінок, які приймали пропоноване нами лікування, порівняно з жінками, яким проводили симптоматичну терапію.

Аналіз частоти та ступеня вегето-судинних порушень на 3-ю добу поопераційного періоду показав, що серед осіб Іа підгрупи, які приймали ЗГТ, у 4 (20%) жінок були порушення легкого ступеня, тоді як 10 (100%) жінок цієї підгрупи, яким проводили симптоматичну терапію, мали вегето-судинні розлади: 5 (50%) — легкого ступеня, 3 (30%) — середнього і 2 (20%) — тяжкого ступеня.

У жінок Іб підгрупи, які приймали запропоноване нами лікування, виявлено лише 2 (12,5%) випадки вегето-судинних порушень легкого ступеня, тоді як серед 8 жінок, які приймали симптоматичне лікування, у 5 (62,5%) виявлено порушення легкого ступеня, у 2 (25%) — середнього, в 1 (12,5%) — тяжкого ступеня.

У ІІ групі зафіксовано 1 випадок (6,2%) вегето-судинних порушень легкого ступеня серед жінок, яким проводили профілактику синдрому хірургічної менопаузи, і 10 випадків (62,5%) серед жінок, яким проводили симптоматичне лікування: 1 (6,3%) — тяжкого ступеня, 2 (12,6%) — середнього та 7 (43,7%) — легкого ступеня.

Частота психоемоційних порушень у жінок обстежених груп, які приймали запропоновану терапію, була значно меншою: група Іа — 2 (10%) випадки, Іб — 2 (12,5%), ІІ — 2 (12,5%), а їх ступінь — лише легким.

Щодо жінок, які приймали симптоматичну терапію, то в Іа підгрупі психоемоційні порушення мали 10 (100%) жінок: 6 (60%) — легкого ступеня, 3 (30%) — середнього та 1 (10%) — тяжкого ступеня. В Іб підгрупі дані порушення виявлено у 8 (100%) жінок: у 3 (37,5%) — легкого ступеня, у 2 (25%) — середнього та у 3 (37,5%) — тяжкого.

У ІІ групі в 11 (68,7%) жінок розвинулися психоемоційні порушення, з них у 8 (50%) — легкого ступеня, у 2 (12,5%) — середнього та в 1 (6,3%) — тяжкого ступеня.

Отже, клінічні прояви синдрому хірургічної менопаузи значно частіше розвиваються у жінок із патологією щитоподібної залози, мають тяжчий перебіг порівняно з жінками без патології ЩЗ. Вегето-судинні порушення середнього та тяжкого ступеня переважають у жінок із гіпотиреозом, а психоемоційні — у жінок із гіпертиреозом.

У жінок, які приймають ЗГТ, майже у 5 разів менше проявів вегето-судинних і психоемоційних порушень в усіх групах.

У жінок, які приймали запропоновану терапію, не було відзначено погіршення стану через місяць по операції. Кількість пацієнтів із проявами вегето-судинних порушень зменшилася в Іа підгрупі до 10% і в Іб підгрупі — до 6,3% випадків. Випадків вегето-судинних порушень у ІІ групі зафіксовано не було. Психоемоційних зсувів не спостерігали у жінок Іа і ІІ групи, а в Іб групі їх частота знизилася до 6,2%. Рівень гонадотропних і стероїдних гормонів, а також ТТГ, T_4 і T_3 значно не змінювався порівняно з 3-ю добою по операції.

Жінок, які мали патологію ЩЗ, консультував ендокринолог і за необхідності призначував лікування з метою корекції функції щитоподібної залози.

Оцінка клінічних симптомів синдрому хірургічної менопаузи через 1 місяць після оперативного лікування показала підвищення частоти та ступеня вегето-судинних і психоемоційних порушень у жінок, які не приймали замісної гормональної терапії, а також збільшення вмісту гонадотропних і зниження — стероїдних статевих гормонів, прогресування проявів гіпотиреозу та гіпертиреозу у жінок із патологією ЩЗ.

Так, в Іа підгрупі прояви вегето-судинних порушень тяжкого ступеня відзначено у 3 (30%) жінок, середнього — у 4 (40%), легкого — у 3 (30%) випадках. В Іб підгрупі порушення легкого ступеня зафіксовано у 37,5% випадків, середнього — у 37,5%, тяжкого — у 25% спостережень.

Серед жінок II групи вегето-судинні порушення зареєстровано у 14 (87,5%) випадках, із них у 10 (62,5%) — легкого ступеня, у 3 (18,7%) — середнього та в 1 (6,3%) — тяжкого ступеня.

Аналіз частоти та ступеня психоемоційних порушень через 1 місяць після гістероваріоектомії показав, що в Ia підгрупі прояви тяжкого ступеня розвинулися у 2 (20%) жінок, середнього — у 4 (40%), легкого — у 4 (40%) випадках. В Ib підгрупі частота психоемоційних порушень тяжкого і середнього ступеня склали по 37,5%, легкого — 25%.

У II групі кількість жінок із вегето-судинними порушеннями збільшилася до 15 (93,7%) випадків: 10 (62,5%) — легкого ступеня, 3 (18,7%) — середнього та 2 (12,5%) — тяжкого ступеня.

Рівень гонадотропних і статевих стероїдних гормонів через 1 місяць після гістероваріоектомії в обстежених жінок, які приймали симптоматичне лікування, наведено у таблиці 1.

чено відповідне лікування. Жінкам із патологією ЩЗ за призначенням ендокринолога проводили відповідну корекцію її функції.

Аналіз скарг через 6 місяців у жінок після гістероваріоектомії, які не приймали ЗГТ, показав розвиток вегето-судинних і психоемоційних порушень у 100% випадків, причому частота вегето-судинних розладів збільшилася до 3 (18,7%) випадків тяжкої форми, порушення середнього ступеня розвинулися у 3 (18,7%) жінок і легкого — у 10 (62,5%); випадків психоемоційних розладів тяжкої форми було 3 (18,7%), середнього ступеня — 3 (18,7%) і легкого — 10 (62,5%).

У жінок із гіпотиреозом випадків вегето-судинних порушень тяжкої форми було 3 (30%), середнього ступеня — 4 (40%) і 3 (30%) — легкого ступеня; психоемоційні розлади спостерігалися у тій же пропорції.

Серед жінок із гіпертиреозом зафіксовано по

Таблиця 1

Рівень гонадотропних і статевих стероїдних гормонів через 1 місяць після гістероваріоектомії в обстежених жінок, які приймали симптоматичне лікування

Групи	ФСГ, мМО/л	ЛГ, мМО/л	Пр, мМО/л	Е, нмоль/л	П, нмоль/л
Ia	78,8±3,41*	71,2±1,81 *	438,2±5,7*	142,4±13,4*	0,65±0,03*
Ib	72,1±2,74*	67,3±2,3*	389,7±9,2*	133,4±18,5*	0,61±0,08*
II	65,4±3,08*	59,3±2,8*	251,4±5,6	154,3±17,11	0,6±0,05*

Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з показниками перед операцією та на 3-ю добу після неї.

Як видно з таблиці 1, вірогідно підвищувався рівень гонадотропних гормонів і знижувався вміст статевих стероїдних гормонів в усіх групах порівняно з показниками перед операцією та на 3-ю добу після гістероваріоектомії.

Показники ТТГ, T_4 і T_3 у жінок через 1 місяць по операції вказували на прогресування гіпо- та гіпертиреозу, що значно погіршувало загальний стан пацієнток (табл. 2).

Жінкам, які не мали протипоказань до проведення замісної гормональної терапії, було призна-

37,5% випадків тяжких і середніх форм вегето-судинних і психоемоційних розладів і по 25% — порушень легкого ступеня.

Рівень гонадотропних і статевих стероїдних гормонів через 6 місяців після гістероваріоектомії в обстежених жінок, які приймали симптоматичне лікування, наведено у таблиці 3.

Показники ТТГ, T_4 і T_3 у жінок, які приймали симптоматичну терапію, через 6 місяців після операції свідчили про поглиблення функціональних розладів у щитоподібній залозі (табл. 4).

Рівень гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) прогресивно зростав, статевих гормонів — значно знижувався порівняно з показниками перед операцією, надто у групі жінок із гіпотиреозом, де підвищувався і рівень пролактину.

Отже, синдром хірургічної менопаузи у жінок із патологією ЩЗ розвивається з першої доби поопераційного періоду, виникає у 100% випадків і має тяжкий перебіг, що проявляється підвищенням вмісту ФСГ, ЛГ, Пр і зниженням рівня Е, П, а також

Таблиця 2

Рівень ТТГ, T_4 і T_3 у жінок із патологією щитоподібної залози, які приймали симптоматичну терапію, через 1 місяць після гістероваріоектомії

Групи	ТТГ, мМО/л	T_4 , нмоль/л	T_3 , нмоль/л
Ia	10,1±0,08*	33,2±1,87*	0,6±0,04*
Ib	0,7±0,13*	194,1 ±1,76*	4,8±0,06*

Примітка: * — $p < 0,05$ відносно показників перед операцією.

Таблиця 3

Рівень гонадотропних і статевих стероїдних гормонів через 6 місяців після гістероваріоектомії в обстежених жінок, які приймали симптоматичне лікування

Групи	ФСГ, мМО/л	ЛГ, мМО/л	Пр, мМО/л	Е, нмоль/л	П, нмоль/л
Ia	88,8±3,21*	79,2±1,21 *	498,2±3,7*	98,4±11,4*	0,4±0,03*
Iб	79,1±3,74*	77,3±2,3*	479,7±3,2*	100,4± 15,5*	0,41±0,06*
II	73,4±1,08*	64,3±3,8*	254,4±6,6	104,3±13,11	0,48±0,06*

Примітка: * — $p < 0,05$ порівняно з показниками перед операцією.

Таблиця 4

Рівень ТТГ, T_4 і T_3 у жінок із патологією щитоподібної залози, які приймали симптоматичну терапію, через 6 місяців після гістероваріоектомії

Групи	ТТГ, мМО/л	T_4 , нмоль/л	T_3 , нмоль/л
Ia	14,1±0,03*	22,2±1,99*	0,3±0,04*
Iб	0,4±0,13*	209,1±1,66*	5,8±0,02*

Примітка: * — $p < 0,05$ відносно показників перед операцією.

збільшенням концентрації ТТГ і зменшенням вмісту T_4 і T_3 у жінок із гіпотиреозом і, навпаки, зниженням рівня ТТГ і підвищенням вмісту T_4 і T_3 у жінок із гіпертиреозом впродовж 6 місяців.

Призначення замісної гормональної терапії з першої доби поопераційного періоду дозволяє попередити розвиток синдрому хірургічної менопаузи у жінок із патологією щитоподібної залози, а також прогресування порушення функції ЩЗ, що є ще одним підтвердженням існування взаємозв'язку між репродуктивною та тиреоїдною системами.

ВИСНОВКИ

1. Синдром хірургічної менопаузи у жінок із патологією щитоподібної залози розвивався вже з першої доби поопераційного періоду, виявлявся у 100% випадків і мав тяжкий перебіг, що проявлялося підвищенням вмісту ФСГ, ЛГ, Пр і зниженням рівнів Е і П, а також підвищенням ТТГ і зниженням T_4 , T_3 у жінок із гіпотиреозом і, навпаки, зниженням ТТГ і підвищенням T_4 , T_3 у жінок із гіпертиреозом протягом 6 місяців.

2. Призначення замісної гормональної терапії з першої доби поопераційного періоду дозволяє попередити розвиток синдрому хірургічної менопаузи у жінок із патологією щитоподібної залози, а також прогресування порушення функції органа, що є підтвердженням взаємозв'язку репродуктивної та тиреоїдної систем.

3. Профілактика та корекція синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістероваріоектомії за розробленою схемою забезпечили відсутність тяж-

ких форм синдрому та дозволили зменшити частоту розвитку психоемоційних розладів у 4,5 разу та вегето-судинних — у 5 разів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Ч.1. — К.: Заповіт, 2003. — 300 с.
2. Лейкок Дж. Ф., Вайс П.Г. Основы эндокринологии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 504 с.
3. Эндокринология. Под ред. Н. Лавина. Пер. с англ. — М.: Практика, 1999. — 1128 с.
4. Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. Репродуктивная эндокринология. — М.: Мир, 1998. — Т.2. — 430 с.
5. Лопухов Д.А. Клинико-диагностическая характеристика сочетанной доброкачественной патологии матки в перименопаузе: Автореферат дис.... канд. мед. наук: 14.00.01. — М., 1992. — 33 с.
6. Дамиров М.М. Аденомиоз. — М.: ООО «БИОНОМ-Пресс», 2004. — 320 с.
7. Степанковская Г.К., Борода А.Н. Гиперпластические процессы эндометрия: новые подходы в лечении // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Фенікс, 2001. — С. 593–595.
8. Руднев С.В., Волобуев А.И., Адамян Л.В., Малышева В.А. Состояние щитовидной железы у больных с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами женских половых органов // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 2. — С. 41–43.
9. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии: Справочник. — 3-е изд., стереотипное. — М.: ЭликсКом, 2004. — 80 с.
10. Мохарт Т.В. Функциональное состояние ряда гормональных систем при патологии щитовидной железы: Дис... канд. мед. наук. — 1990. — 33 с.
11. Венцківський Б. М., Жегулович В. Г., Яроцький М. Є., Семенюк Л. М., Бурка О. А. Оригінальні технології та методи ендоскопічної хірургії в гінекології // Шпитальна хірургія. — 2004. — № 2. — С. 27–30.
12. Ландеховская О.П., Щетинин В.В., Медведев М.В., Лютая Е.Д. Современные лучевые и эндоскопические методы диагностики подслизистой миомы матки // Эхография. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 148–154.

13. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Киселев С.И., Гайдарова А.Х. Применение современных малоинвазивных технологий и методов визуализации (СКТ) в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов эндометрия и сочетанной гинекологической патологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — Вып. 1. — Том XLX. — С. 23–25.
14. Симрок В.В. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікувальної тактики при поєднаних доброякісних процесах матки: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Одеса, 2000. — 36 с.
15. Венцівський Б.М., Коханевич Є.В., Татарчук Т.Ф., Сенчук А.Я., Яроцький М.Є., Купновицький О.П., Суменко В.В., Суханова А.А., Кваша Т.І. Клініка, діагностика та лікування постоваректомічного синдрому // Методичні рекомендації. — 2000. — 29 с.
16. Дивакова Т.С. Органосохраняющее лечение больных миомой матки и эндометриозом гениталий. — Витебск: ВГМУ, 2000. — 192 с.
17. Канпушева Л.М. Оперативная гистероскопия // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 3. — С. 53–59.
18. Запорожан В.М., Рожковська Н.М., Бітенський В.С. та ін. Особливості психосоматичних реакцій у жінок після гістеректомії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2002. — № 1. — С. 76–78.
19. Chiaffarino F., Parazzini F., La-Vecchia C. et al. Oral contraceptive use and benign gynecologic conditions. A review // Contraception. — 1998. — Vol. 57, № 1. — P. 11–18.
20. Dubuisson J.B., Fauconnier A., Chapron C. et al. Second-look after-laparoscopic myomectomy // Hum. Reprod. — 1998. — Vol. 1, № 8. — P. 2102–2106.
21. Subramanian S., Clark M.A., Isaacson K. Outcome and Resource Use Associated With Myomectomy // Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 98, № 4. — P. 583–587.

РЕЗЮМЕ

Особенности течения хирургической менопаузы у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста на фоне патологии щитовидной железы

Б.В. Хабрат, Е.О. Литвак, Б.Н. Лысенко, В.И. Коноваленко, Т.И. Дашук

По результатам комплексного обследования и лечения 100 женщин показано, что синдром хирургической менопаузы у женщин с патологией щитовидной железы развивается с первых суток послеоперационного периода, возникает в 100% случаев и имеет более тяжелое

течение, что проявляется повышением содержания в крови фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов и пролактина, снижением уровня эстрадиола и прогестерона, а также повышением концентрации тиреотропного гормона и снижением содержания тиреоидных гормонов у женщин с гипотиреозом и, наоборот, снижением уровня ТТГ и повышением T_4 , T_3 у женщин с гипертиреозом в течение 6 месяцев. Применение заместительной гормональной терапии с первых суток послеоперационного периода позволяет предупредить развитие синдрома хирургической менопаузы у женщин с патологией щитовидной железы, а также прогрессирование нарушений функции органа, что является еще одним подтверждением наличия взаимосвязи между репродуктивной и тиреоидной системами.

Ключевые слова: репродуктивная функция, женщины, щитовидная железа, синдром хирургической менопаузы, заместительная гормональная терапия.

SUMMARY

Peculiarities of clinical course of surgical menopause in women of reproductive and perimenopausal age at the background of thyroid dysfunction

B. Khabrat, E. Litvak, B. Lysenko, I. Konovalenko, T. Dashuk

Results of complex investigation and treatment of 100 women have shown that syndrome of surgical menopause at thyroid dysfunction has been developed from first days of post operative period in 100% cases and has more severe clinical course that manifested with increase in follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone and prolactin, decrease in estradiol and progesterone and also decrease in thyrothropin (TSH) and thyroid hormones in women with hypothyroidism vice versa, increase in thyrothropin (TSH) and T_4 , T_3 in women with hyperthyroidism during 6 months. Use of substitutive hormonal therapy from first days of post-operative period allows to prevent development of syndrome of surgical menopause in women with thyroid pathology and progression of thyroid dysfunction that prove presence of connection between reproductive and thyroid function.

Key words: reproductive function, women, thyroid gland, syndrome of surgical menopause, substitutive hormonal therapy.

Дата надходження до редакції 26.08.2010 р.