



**ПЕРМСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**
имени академика
Е. А. Вагнера

ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИ Й СИНДРОМ

**Выполнила: студентка 518 группы
лечебного факультета Тляшева А.Г**

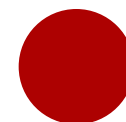
ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Постгистерэктомический синдром (ПГС)** — клинический симптомокомплекс, развивающийся после удаления матки (с сохранением одного или двух яичников) или эндомиомэктомии, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- В России частота ГЭ варьирует от 32,5 до 38,2%
- Средний возраст пациенток — 42–43 года.
- Частота развития ПГС составляет 20–40% и зависит от возраста, в котором выполнена операция, объема оперативного лечения, преморбидного фона, характера сопутствующей патологии и особенностей кровоснабжения яичников.
- В случае радикальной гистерэктомии синдром развивается у 60–80% оперированных, при сохранении яичников — у 30–50% женщин.



КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По времени возникновения:

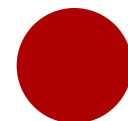
- Ранний - симптомы возникают с первых дней послеоперационного периода.
- Поздний - симптомы возникают спустя 1 мес после операции и до года.

2. По длительности проявлений:

- Транзиторная форма - характеризует восстановление овариальной функции в сроки от месяца до года.
- Стойкая форма - длится более года с момента операции.

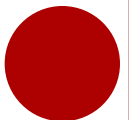
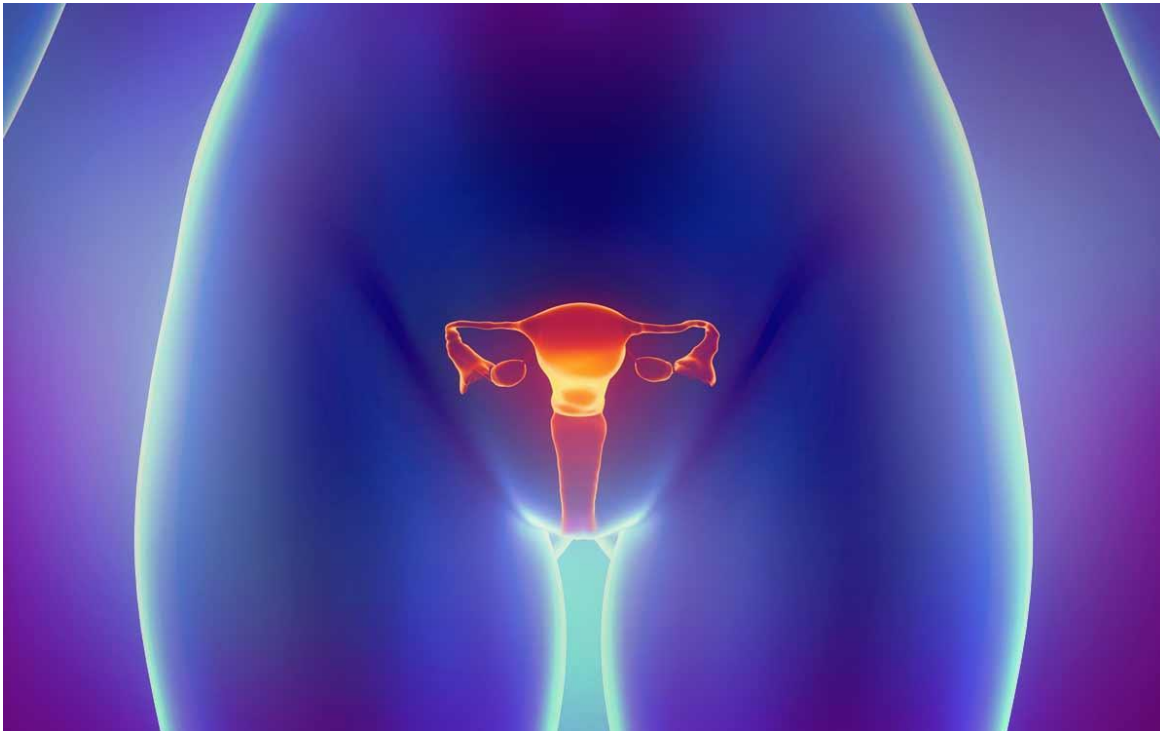
3. По степени выраженности клинических проявлений:

- Лёгкая степень
- Средняя степень
- Тяжёлую степень.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Патогенетическим фактором является гипоэстрогения.



Уменьшение притока
артериальной крови в
яичники из маточных
артерий



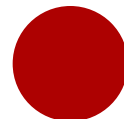
Нарушение иннервации
яичников

- острая ишемия,
- венозный и лимфатический застой,
- структурные и функциональные изменения в яичниках

Снижается овуляторная и
гормонопродуцирующая
функция яичников с
преобладанием ановуляторных
циклов

Изменяется выработка нейротрансмиттеров, что приводит к патологической перестройке регуляции всех систем, и в первую очередь сердечно-сосудистой.

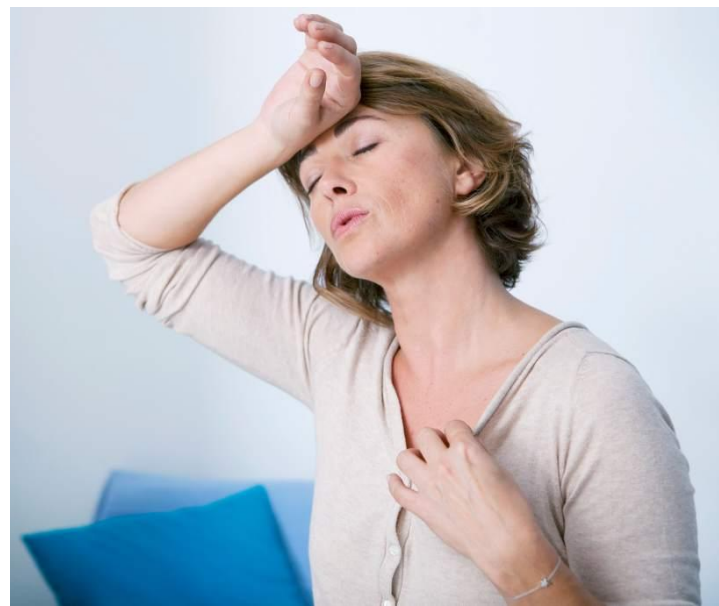
Понижение
уровня
эстрадиола



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1. Психоэмоциональные проявления (у 44%):

- повышенная утомляемость
- снижение толерантности к физическим нагрузкам
- ухудшение памяти и сна
- эмоциональная неустойчивость
- шум в ушах
- депрессия
- повышенную слезливость



- ❑ У 25% больных развивается чувство тревоги, сопровождающееся немотивированным страхом внезапной смерти.
- ❑ Прекращение менструальной и детородной функции в репродуктивном возрасте нередко воспринимается как утрата женственности.
- ❑ Появляется чувство страха, боязнь распада семьи, оценка себя как неполноценного сексуального партнёра.



2. Нейровегетативная симптоматика (у 30–35%):

- ❑ плохая переносимость высокой температуры,
- ❑ приступы сердцебиения в покое,
- ❑ зябкость,
- ❑ ознобы,
- ❑ чувство онемения и ползания мурашек,
- ❑ «приливы»,
- ❑ нарушение сна,
- ❑ повышенную потливость,
- ❑ склонность к отёкам,
- ❑ транзиторную гипертензию



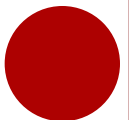
3. Обменно-эндокринные расстройства (отдаленных последствий ГЭ):

- патологическая прибавка массы тела
- боли в костях и суставах
- сухость кожных покровов
- изменения функций щитовидной железы
- остеопороз



ДИАГНОСТИКА

- Анкетирование для оценки менопаузального индекса Купермана.
- Данный индекс основывается на анализе вегетативных, метаболических и психоэмоциональных изменений в период менопаузы. Женщине предлагается ответить на 30 вопросов с 4 вариантами ответов:
- симптомы отсутствуют — 0 баллов,
- слабо выражены — 1 балл,
- умеренно выражены — 2 балла,
- тяжелые формы проявления симптомов — 3 балла.
- После этого все баллы суммируются и оцениваются.
- 0-11 баллов - отсутствия проявлений климактерического синдрома.
- 12-34 балла - слабом проявлении синдрома.
- 35- 58 баллов — умеренная степень выраженности, показано назначение гормональной заместительной терапии на определенное время.
- Свыше 59 баллов — сильная степень выраженности, требуется постоянное наблюдение у эндокринолога и гинеколога для контроля состояния и назначения лечения.



ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

- ❑ Определяют концентрацию глюкозы, инсулина, С-пептида.
- ❑ Проведение глюкозотолерантного теста.

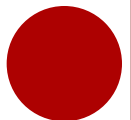


Недостаточность эстрогенов, возникающая у большого числа женщин после ГЭ, приводит к ИР и нарушению толерантности к глюкозе.

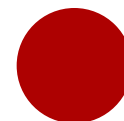


ВЫРАЖЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЯИЧНИКОВ

- Эстрадиол, ФСГ, В-ингибин и АМГ.
- Снижение АМГ и эстрадиола, повышение ФСГ - свидетельствуют о стойком снижении овариальной функции.



- Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки выполняют :
- в случае ранее выполненной эндометрэктомии и субтотальной гистерэктомии с целью исключения патологии шейки матки.
- УЗИ органов малого таза необходимо для динамического контроля состояния яичников (ежегодно).



ЛЕЧЕНИЕ

1. Физиотерапия (при отсутствии противопоказаний):

- гальванизация шейно- лицевой области
- электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев
- массаж воротниковой зоны
- крайне высокочастотная терапия
- бальнеотерапия (доказательная база отсутствует или слабая).

Оптимально проведение лечения в первые 1,5 года после операции.

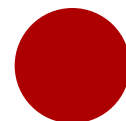


2. Фитотерапия и гомеопатическая терапия (доказательная база отсутствует или слабая).

Препараты растительного происхождения, обладающие эстрогеноподобным действием.

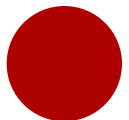
- ❑ Климадинон (30 капель 2 раза в сутки)
- ❑ Климактоплан (1 таблетка 2 раза в сутки)

Способны связываться с рецепторами эстрогенов гипоталамических нейронов.



3. Патогенетическая терапия.

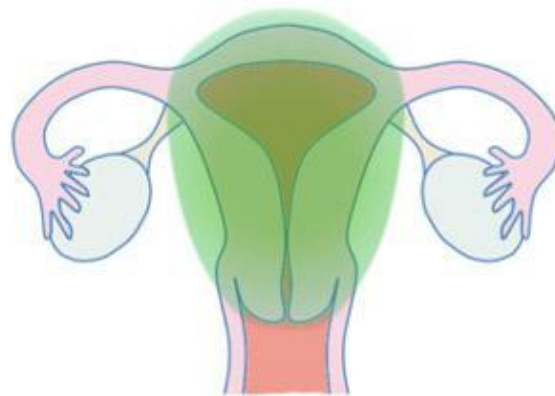
- МГТ, которая представляет собой основной метод коррекции ПГС у женщин позднего репродуктивного возраста.
- Следует оценивать состояние эндокринной системы женщины спустя как минимум 3 мес с момента операции, так как хирургическое вмешательство на органах малого таза может способствовать транзиторному повышению уровня ФСГ.
- Подтверждение наличия дефицита эстрогенов на основании определения уровня ФСГ, эстрадиола, АМГ и В-ингибина является показанием к назначению эстрогензамещающей терапии.



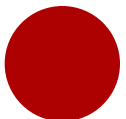
▣ 4. До среднего возраста наступления менопаузы (51 год).

После **тотальной гистерэктомии** показано применение монотерапии эстрогенами с использованием трансдермальных систем в виде гелей или пластыря в непрерывном режиме (не менее 6 месяцев).

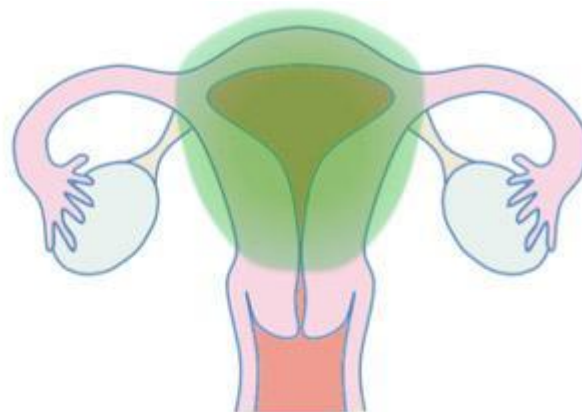
- ✓ уменьшается выраженность колебаний концентрации эстрадиола в плазме крови
- ✓ метаболизм и его выведение соответствует биотрансформации и выведению естественных эстрогенов, что исключает активацию синтеза факторов прокоагуляции и изменение тромбогенного потенциала крови.



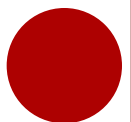
тотальное удаление матки



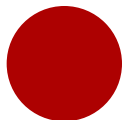
- В случае **субтотальной гистерэктомии**, ввиду возможного сохранения участков эндометрия в оставшейся культе и для профилактики развития РЭ, предпочтительней комбинированный режим МГТ.
- Принимаются в циклическом режиме. Содержат препараты эстрогенов и прогестерона, однако не обладают контрацептивным эффектом в силу низких доз.
- Комбинированные препараты МГТ рекомендуют в случае выраженного остеопороза, поскольку гестагены, в частности норэтистерон, оказывают влияние на процессы формирования костной ткани.



субтотальное удаление матки



- Оценку эффективности проводимой терапии проводят через 1–3 мес, далее через 1 год.
- По показаниям проводят денситометрию (современный метод, позволяющий оценить плотность костной ткани).
- Женщинам, получающим препараты МГТ, ежегодно проводят стандартное обследование.



ПРОФИЛАКТИКА

- Рекомендуют проведение утренней гимнастики
- лечебный массаж
- бальнеотерапию (ванны хвойные, шалфейные, жемчужные, кислородные, радоновые)
- санаторно-курортное лечение
- В рационе питания: фрукты и овощи, жиры растительного происхождения, ограничение углеводов.



Спасибо за внимание

