

УДК 618.19-006:618.14-08987

© О. І. Скорбач, О. В. Мерцалова, В. В. Лазуренко, 2012.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

О. І. Скорбач, О. В. Мерцалова, В. В. Лазуренко

Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. – професор М. О. Щербина), Харківський національний медичний університет, м. Харків.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND THERAPY OF THE POSTHYSTERECTOMY SYNDROM O. I. Skorbach, O. V. Mertsalova, V. V. Lazurenko

SUMMARY

Basing on clinical, immunological, vegetological investigations in 80 women with posthysterectomy disorders with the purpose of search of optimum pathogenetic approaches to therapy. It has been found that a posthysterectomy syndrome is accompanied by the different changes neyrovegetatic regulation and also psychoemotional disorders. New important hormonal and immunological aspects of pathogenesis were determined. Stable positive clinical and immunological changes at patients with a postgysterectomy syndrome showed high effect of including of immunological correction for the complex of treatment of patients with this pathology.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Е. И. Скорбач, О. В. Мерцалова, В. В. Лазуренко

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные клинико-иммунологического, вегетологического, психологического статуса 80 женщин, страдающих постгистерэктомическими расстройствами с целью поиска оптимальных подходов к терапии. Установлено, что постгистерэктомический синдром сопровождается различными изменениями нейровегетативной регуляции, коррелирующими с гормонально-иммунологическими нарушениями. Стабильные положительные клинико-иммунологические сдвиги у пациенток с постгистерэктомическим синдромом показали высокую эффективность включения иммунокорректирующих препаратов для оптимизации терапевтических мероприятий в борьбе с указанной патологией.

Ключові слова: постгістеректомічні порушення, імуноткорекція.

Актуальність вивчення патогенезу і терапії постгістеректомічного синдрому, перш за все, пов'язана з медико-соціальними проблемами, оскільки частота оперативних втручань у гінекології зростає, і в популяції жінок репродуктивного віку відсоток персон, яким з тих або інших причин проводилася гістеректомія з або без додатків, за останні 30 років потроївся і зріс, за даними різних авторів, з 6,0% до 18,6%-25,0%, а кількість постгістеректомічних патологічних проявів складає в даного контингенту пацієнток 40,0-60,0% [1, 3]. Патологічні симптоми з великими проявами як вегетосудинних, так і психоемоційних порушень після гістеректомії і їх наслідки значно погіршують здоров'я і благополуччя жінок, знижуючи якість їх життя [1-3].

Встановлено, що у певної частини жінок після видалення матки з'являються ті або інші клінічні прояви, що нагадують менопаузальні. Цей феномен автори пояснюють різними причинами: зміною функціонального стану яєчників, видаленням важливої ланки репродуктивної системи і органу-мішені для статевих стероїдів – матки,

зміною анатомо-функціональних взаємостосунків органів малого тазу та архітектоніки вагінальних склепінь [4-6].

Постгістеректомічні розлади, що ініціюються естрогенним дефіцитом, індукують широкий спектр порушень нейровегетативного, психоемоційного, метаболічного характеру. Постгістеректомічні зміни в яєчниках призводять до зниження вироблення ними статевих гормонів, що потенціуює патологічні клінічні прояви [1, 2]. Проте відсутність єдиної патогенетичної концепції різноманітних дезадаптаційних проявів естрогендефіцитних впливів на організм жінки вказує на необхідність пошуку нових патогенетичних і лікувально-профілактичних підходів до проблеми, що вивчається. Важливу роль при цьому відіграє вивчення імунного статусу пацієнток з постгістеректомічним синдромом, ролі гормональних чинників регуляції імунологічних реакцій і їх визначального впливу на перебіг патологічних проявів порушень імунної відповіді в умовах ендокринної дисфункції.

Метою дослідження є оптимізація ведення хворих на постгістеректомічний синдром на основі

визначення сучасних лікувально-діагностичних підходів до корекції даної патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 80 жінок у віці 39-49 років. Основну групу склали 42 (51,6%) жінки з нейровегетативними і психоемоційними постгістеректомічними порушеннями, яким проводилося комплексне диференційоване лікування із застосуванням імунокоректорів, підгрупа порівняння складалася з 38 (48,4%) обстежених, яким проводилося традиційне загальноприйняте лікування без призначення імунокоректорів. Середній вік пацієнток склав $41,0 \pm 4,3$ років.

Визначення особливостей ходу постгістеректомічного синдрому проводили шляхом клінічного обстеження з оцінкою психоемоційного стану та вегетативного статусу хворих. Дослідження гормонального й імунологічного гомеостазу проводили шляхом імунферментного аналізу з використанням комерційних тест-систем виробництва «Протеїновий контур» (Санкт-Петербург, Росія).

Діагностичні заходи виконувалися до лікування, через 1, 6, 12 місяців і через 24 місяців після гістеректомії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними скаргами, які висували пацієнтки в досліджуваних групах, були: лабільність артеріального тиску і пов'язані з ним головні болі, відчуття серцебиття в спокої, порушення сну у вигляді безсоння або неспокійного сну, приливи жару до обличчя і шиї, пітливість, парестезії та оніміння в кінцівках, сухість шкіри, емоційна лабільність з дратівливістю, підвищена стомлюваність, зниження працездатності, погіршення пам'яті, порушення настрою, зниження або втрата лібідо. Результати вегетологічного обстеження показали статистично достовірне переважання вегетативної дистонії над вегетативною рівновагою. Нормотонія початкового вегетативного тону виявлена у 2 (2,9%) пацієнток, а в 66 (97,1%) жінок – ознаки вегетативних розладів. Вивчення особистісної тривожності та психоемоційної лабільності показало наявність низької тривожності в 13 (19,1%) пацієнток, помірної тривожності – у 32 (47,1%), високої тривожності – у 23 (33,8%).

Дослідження гормонального статусу хворих показали, що вміст фоликулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів підвищується відповідно ступеня тяжкості порушень. Уміст естрогенів мав тенденцію до зниження ($p < 0,05$), корелюючи із ступенем тяжкості синдрому. Виявлена аналогічна динаміка зниження вмісту прогестерону, проте це зниження було менш вираженим. Рівень умісту тестостерону знаходився в межах вікової норми.

При дослідженні субпопуляційного складу лімфоцитів крові було встановлено, що у всіх пацієнток у периферичній крові спостерігається підвищення вмісту Т-клітин, експресуючих CD-69, і Т-хелперів, експресуючих активаційні молекули CD25, також збільшення вмісту НКТ-клітин. Аналіз цитокінового статусу жінок характеризувався підвищеним рівнем прозапальних цитокінів, поєднаних зі зниженим рівнем їх антагоністів – протизапальних цитокінів.

Система терапевтичних заходів у пацієнток основної групи з нейровегетативними і психоемоційними порушеннями включала психологічну корекцію та застосування препаратів психофармакологічної групи, із замісної гормональної терапії призначали фемостон 1/10 в циклічному режимі. Для корекції імунних розладів пацієнткам з вегетативними і психоемоційними порушеннями в комплексне лікування був включений імунокоректор іммуномакс по 100-200 ЕД курсом 3-6 ін'єкцій.

Позитивний клінічний ефект у пацієнток з постгістеректомічним синдромом на тлі диференційованого лікування спостерігався вже через 3-4 тижні від початку терапії. Через 6 місяців після комплексного лікування, за даними вегетативного статусу, спостерігалась відсутність ознак вегетативної дистонії і низький рівень тривожності. У групі хворих, що одержували традиційне лікування, у 12 (35,3%) пацієнток відзначалося відновлення клінічної симптоматики, поява патологічної вегетативної реактивності, наростання психоемоційної тривожності. Позитивна динаміка в клінічному перебігу постгістеректомічних порушень в обстежених пацієнток корелювала з позитивною динамікою в імунологічних і гормональних показниках. Імунологічними критеріями традиційного лікування і комплексної терапії в поєднанні з імунокорекцією були: нормалізація цитокінових профілів і відновлення нормального цитокінового балансу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведеного дослідження показали ефективність проведення комплексної імунокоригуючої терапії для оптимізації корекції постгістеректомічного синдрому, що дозволяє визначити включення імунокорекції в комплекс терапії вказаних порушень для підвищення стабільності результатів лікування даної категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / под. ред. А. М. Вейна. – М. : ООО «Медицинское информативное агентство», 2003. – 752 с.

2. Доброхотова Ю. Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / Доброхотова Ю. Э. – М., 2000. – 36 с.

3. Кулаков В. И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. – М.: Медицина, 1999. – 312 с.

4. Особенности гормональных соотношений по-

сле оперативного лечения больных миомой матки / Е. В. Гладун, В. М. Дюг, В. И. Корчмару [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 5. – С. 17–19.

5. Centernall B. Premenopausal hysterectomy / B. Centernall // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 139, № 1. – P. 58–61.

6. Honkins I. Total abdominal hysterectomy / I. Honkins, D. Williams // Br. J. Obstet. Gynecol. – 1996. – № 5, Vol. 69. – P. 20–29.