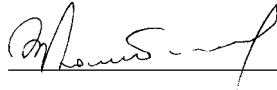


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

12 января 2005 г.

Регистрационный № 2-0105

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ
НАРУШЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Белорусский государственный медицинский университет

Авторы: Ю.В. Савочкина, д-р мед. наук, проф. Л.Ф. Можейко

Хирургическое вмешательство в объеме гистерэктомии с сохранением либо удалением придатков матки или билатеральной овариэктомии приводит к развитию системных нарушений в организме женщины уже в раннем послеоперационном периоде. Вначале возникают психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства, к которым через 6–9 мес. присоединяются метаболические нарушения, обуславливающие развитие постменопаузального синдрома. Проведение комплексной лечебно-профилактической терапии позволяет снизить проявления не только ранних, но и отдаленных последствий хирургической менопаузы и в целом улучшает качество жизни оперированных женщин.

Разработка комплексной, патогенетически обоснованной схемы коррекции системных нарушений при хирургической менопаузе проводилась на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии Белорусского государственного медицинского университета в 1-й городской клинической больнице г. Минска.

Данная инструкция предназначена для врачей гинекологических стационаров и женских консультаций.

Показания к применению: больные, оперированные в объеме гистерэктомии с удалением либо сохранением придатков матки или билатеральной овариэктомии.

Для диагностики системных нарушений при хирургической менопаузе применяются:

1. Шкала оценки модифицированного менопаузального индекса (ММИ) (Приложение 1).
2. Шкалы реактивной и личностной тревожности (Приложение 2).
3. Шкалы астении, депрессии, ипохондрии (Приложение 3).
4. Разработанная прогностическая карта оценки степени риска возникновения метаболических нарушений при хирургической менопаузе.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Беседа с пациенткой о необходимости комплексной лечебно-профилактической терапии системных нарушений при хирургической менопаузе с получением согласия на ее проведение.

2. Оценка степени риска возникновения метаболических расстройств при хирургической менопаузе. Проводится в соответствии

с результатами тестирования по разработанной прогностической карте (см. табл.).

3. Выявление системных нарушений. Проводится в соответствии с алгоритмом диагностики системных расстройств при хирургической менопаузе (см. рис.).

4. Полное клиническое обследование (с уточнением анамнеза, общего обследования больной, данных общего и биохимического анализов крови, свертывающей и антисвертывающей систем крови) для исключения противопоказаний к проведению заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Прогностическая карта оценки степени риска возникновения метаболических нарушений при хирургической менопаузе

№ п/п	Факторы риска	Баллы
1.	Возраст	
	– 36–45 лет	3
	– 46–55 лет	2
2.	Менструальный цикл	
	– нормальный	0
	– нарушенный	1
3.	Предменструальный синдром	
	– нет	0
	– есть	1
4.	Альгодисменорея	
	– нет	0
	– есть	1
5.	Роды	
	– нет	1
	– 1–2	0
	– 3 и более	2
6.	Аборты	
	– нет	1
	– 1–2	0
	– 3 и более	2
7.	Объем хирургического вмешательства	
	– гистерэктомия с придатками	3
	– билатеральная овариэктомия	3
	– гистерэктомия с сохранением придатков матки	2

№ п/п	Факторы риска	Баллы
8.	Степень менопаузального синдрома – проявления отсутствуют – легкая – средняя – тяжелая	0 1 2 3
9.	Психоэмоциональные расстройства – нет – есть	0 1
10.	Сопутствующая экстрагенитальная патология – нет – есть	0 2
11.	Артериальное давление – гипотония – нормотония – 140/90–150/100 мм. рт. ст. – свыше 150/100 мм. рт. ст.	1 0 2 3
12.	Эндокринопатии – нет – есть	0 2
13.	Нарушение жирового обмена – нет – I ст. – II ст. – III ст.	0 1 2 3
14.	Сердечно-сосудистые заболевания у родственников – нет – есть	0 3
15.	Переломы у родственников – нет – есть	0 3
16.	Курение и употребление алкоголя – нет – да	0 1
17.	Употребление кофе – нет – да	0 1
18.	Малоподвижный образ жизни – нет – да	0 1

Примечание: от 4 до 13 баллов — низкий риск метаболических расстройств при хирургической менопаузе; от 14 до 24 баллов — средний; от 24 и более баллов — высокий.

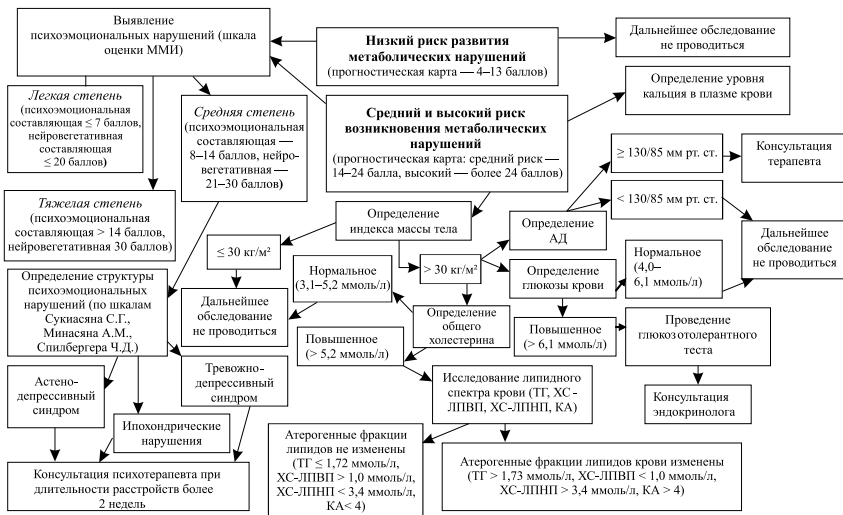


Рис. Алгоритм диагностики системных расстройств при хирургической менопаузе

Абсолютные противопоказания к назначению ЗГТ:

- тромбозы и тромбоэмболические заболевания в анамнезе;
- тромбоз глубоких и поверхностных вен;
- кровотечения из половых путей неясного генеза;
- острый гепатит;
- опухоли молочных желез и половых органов;
- менингиома.

Относительные противопоказания к назначению ЗГТ:

- эндометриоз;
- мигрень;
- эпилепсия;
- желчнокаменная болезнь;
- семейная гипертриглицеридемия.

Комплексная лечебно-профилактическая терапия состоит из трех этапов:

- первый этап — начинается в раннем послеоперационном периоде (7–10-й день) и продолжается в течение 3 мес.;
- второй этап — продолжается с 3-го по 6-й мес.;
- третий этап — с 6-го по 12-й мес.;

На *первом этапе* лечебно-профилактические мероприятия включают:

I. Назначение иммуномодулирующей терапии: тимолин по 10 мг внутримышечно № 5.

II. Коррекцию психоэмоциональных расстройств:

1. При нарушениях психоэмоционального и нейровегетативного статуса легкой степени (в соответствии со шкалой оценки ММИ психоэмоциональная составляющая — не более 7 баллов; нейровегетативная — не более 20 баллов) следует проводить психокоррекцию в форме беседы с больной с учетом предъявляемых жалоб. Женщине объясняется механизм развития болезни, причины и возможные исходы.

2. При психоэмоциональных и нейровегетативных нарушениях средней (по шкале оценки ММИ психоэмоциональная составляющая — 8–14 баллов; нейровегетативная — 21–30 баллов) и тяжелой степени (психоэмоциональная составляющая — более 14 баллов; нейровегетативная — более 30 баллов) выраженности с преобла-

данием тревожно-депрессивной симптоматики (шкалы Сукиасяна С.Г., Минасяна А.М., Спилбергера Ч.Д.) необходимо проводить фитоседативную терапию: настойка валерианы — по 30 капель 2–3 раза в сутки или настойка пустырника — по 30 капель 2–3 раза в сутки в течение 10–14 дней.

3. При преобладании астенодепрессивной симптоматики (шкалы Сукиасяна С.Г., Минасяна А.М., Спилбергера Ч.Д.) больным рекомендуются фитоадаптогены: экстракт элеутерококка — по 20 капель 3 раза в сутки или настойка женьшеня — по 20 капель 1 раз в сутки в течение 10–14 дней.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 2 недель женщин следует направлять на консультацию к психотерапевту для углубленного обследования и определения дальнейшей лечебной тактики.

III. Назначение проведения ЗГТ в раннем послеоперационном периоде на 7–10-е сутки с учетом данных клинического обследования и объема оперативного вмешательства:

1. При оперативном вмешательстве в объеме гистерэктомии в сочетании с двухсторонней овариэктомией следует назначать трансдермальный гель, содержащий 17 β -эстрадиол (эстрожель), по 1 дозе (2,5 г) на предплечье 1 раз в сутки в течение 3 мес. и более в сочетании с приемом ацетилсалициловой кислоты (аспирин) по 0,25 г 1–2 раза в сутки в течение 1 мес.

2. При двухсторонней овариэктомии назначается 17 β -эстрадиол с дидрогестероном (фемостон 2/10) — по 1 драже на ночь в течение 3 мес. и более в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (аспирин) — по 0,25 г 1–2 раза в сутки в течение 1 мес.

3. При хирургическом лечении в объеме гистерэктомии с сохранением придатков матки с профилактической целью рекомендуется прием препаратов, содержащих 2,5 г сухого вещества корневища цимицифуги (климадинон), — по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 3 мес. и более в сочетании с аспирином — по 0,25 г 1–2 раза в сутки в течение 1 мес.

IV. Назначение препаратов кальция (кальций-Д₃ никомед форте — по 1 таблетке 2 раза в день или кальцецин адванс — по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 3 мес. и более.

V. Диетотерапия (ограничение потребления жиров до 80 г/сут, холестерина — до 300 мг/сут, белков — 120 г/сут, поваренной соли — 3–5 г/сут; преобладание продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты: оливковое и подсолнечное масло, рыба, рыбий жир, творог и др.).

В конце первого этапа проводится оценка эффективности применения ЗГТ (бимануальное обследование, определение толщины эндометрия, пальпаторное обследование молочных желез, оценка ММИ, определение рН влагалищного содержимого). При необходимости назначается гормональное обследование (фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), эстрадиол (Е₂)) и денситометрия. При эффективности проводимых лечебных мероприятий женщины переводятся на второй и третий этапы.

На *втором и третьем* этапах проводятся следующие лечебно-профилактические мероприятия:

I. Психокоррекция:

1. При выявлении тревожно-депрессивных расстройств (шкалы Сукиасяна С.Г., Минасяна А.М., Спилбергера Ч.Д.) применяются фитоседативные препараты (новопассит — по 5 мл 3 раза в сутки) в сочетании с ноотропными лекарственными средствами с преобладанием седативного эффекта (глицин — по 100 мг 2–3 раза в сутки) в течение 10–14 дней.

2. При преобладании астенодепрессивной симптоматики (шкалы Сукиасяна С.Г., Минасяна А.М., Спилбергера Ч.Д.) назначаются фитоадаптогены (экстракт элеутерококка — по 20 капель 3 раза в сутки или настойка женьшеня — по 20 капель 1 раз в сутки) в сочетании с ноотропными препаратами с преобладанием активирующего действия (пирацетам — по 200 мг 2 раза в сутки) в течение 10–14 дней.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения рекомендуется консультация психотерапевта с целью углубленного обследования и дальнейшей корригирующей терапии.

II. Оценка эффективности ЗГТ (бимануальное обследование, определение толщины эндометрия, пальпаторное обследование молочных желез, оценка ММИ, определение рН влагалищного со-

держимого). При необходимости назначается гормональное обследование (ФСГ, ЛГ, E₂) и денситометрия.

В случае эффективности проводимых лечебных мероприятий следует продолжать ЗГТ с учетом риска развития метаболических нарушений по результатам прогностической карты: при низком риске (4–13 баллов) ЗГТ назначается сроком до 3 лет; при среднем (14–24 баллов) — от 3 до 5 лет; при высоком (более 24 баллов) — на 5 и более лет.

III. Коррекция локальных проявлений эстрогенного дефицита (по показаниям) (назначается вагинальный крем «Овестин» — 1 раз в сутки 2–3 раза в неделю) в течение 1 мес.

IV. Продолжается прием препаратов кальция (кальций-Д₃ никомед форте — по 1 таблетке 2 раза в день или кальцецин аванс — по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 3 мес.

V. Рекомендуются продолжение диетотерапии (ограничение потребления жиров до 80 г/сут, холестерина — до 300 мг/сут, белков — 120 г/сут, поваренной соли — 3–5 г/сут; преобладание продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты: оливковое и подсолнечное масло, рыба, рыбий жир, творог и др.).

Дальнейшее наблюдение и оценка эффективности проводимых лечебных мероприятий осуществляется в женской консультации каждые 6 мес. (бимануальное обследование, определение толщины эндометрия, пальпаторное обследование молочных желез, оценка ММИ, определение рН влагалищного содержимого). При необходимости назначается гормональное обследование (ФСГ, ЛГ, E₂) и денситометрия.

Приложение 1

**Оценка модифицированного менопаузального индекса
(Уварова Е.М., 1982)**

Симптомы	Оценка в баллах		
	1	2	3
Нейровегетативные симптомы			
Повышение АД (мм рт. ст.)	140/90	150/100	более 160/100
Понижение АД (мм рт. ст.)	100/70	95/65	90/60
Головные боли	редко	часто	постоянно
Вестибулопатии	редко	часто	постоянно
Сердцебиение	редко	часто	постоянно
Непереносимость высокой температуры	редко	часто	постоянно
Судороги/онемения	после переноса тяжестей	в ночное время	постоянно
Гусиная кожа	изредка	ночью	всегда
Дермографизм	белый	красный нестойкий	красный стойкий
Сухость кожи	шелушение	кератоз	трещины
Потливость	редко	часто	постоянно
Отечность	пастозность лица и конечностей	конечностей к вечеру	постоянно выраженные отеки
Аллергические реакции	ринит	крапивница	отек Квинке
Экзофтальм, блеск	редко	часто	постоянно
Повышенная возбудимость	редко	часто	постоянно
Сонливость	утром	вечером	постоянно
Нарушения сна	при засыпании	прерывисто	бессонница
Приливы жара (раз в день)	менее 10	от 10 до 20	более 20
Приступы удушья (раз в неделю)	1	2	более 2
Симптоадреналовые кризы (раз в месяц)	1	2	более 2
Психозэмоциональные нарушения			
Утомляемость	после легкой физической нагрузки	после легкой умственной нагрузки	пробуждение с чувством усталости

Окончание таблицы

1	2	3	4
Снижение памяти	редко	часто	постоянно
Плаксивость	редко	часто	постоянно
Изменение аппетита	повышение	понижение	потеря
Навязчивые идеи	подозрительность	страхи	суицид
Настроение	лабильное	депрессия	меланхолия
Либи́до	угнетение	отсутствие	повышение
Метаболические нарушения			
Нарушение жирового обмена, ст.	I	II	III
Тиреоидная дисфункция	субклинический гипотиреоз	гипотиреоз	выраженная
Сахарный диабет	нарушение толерантности к глюкозе	тип 2	тип 1
Жажда	редко	периодически	постоянно
Мышечно-суставные боли	редко	периодически	постоянно
Гиперплазия молочных желез	диффузная	узловатая	фиброаденома
Атрофия гениталий	невыраженная	средней степени	выраженная

Шкала оценки ММИ

Симптомы ММИ	Степень выраженности, баллы		
	легкая	средняя	тяжелая
Нейровегетативные	от 10 до 20	от 21 до 30	>30
Психоэмоциональные	от 1 до 7	от 8 до 14	>14
Метаболические	от 1 до 7	от 8 до 14	>14
Сумма баллов	от 12 до 34	от 35 до 58	>58

Приложение 2

Шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (1979)

Данная анкета состоит из двух шкал для определения реактивной и личностной тревожности. Каждая шкала состоит из 20 утверждений, которые сопровождаются четырьмя видами комментариев. Пациентка выбирает любой из ответов в зависимости от самочувствия. Ответы суммируются в баллы.

Шкала реактивной тревожности

№	Утверждение	Нет, не верно	Вероятно, это так	Верно	Абсолютно верно
1.	Я спокойна	1	2	3	4
2.	Мне ни что не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я взволнованна	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшей	1	2	3	4
9.	Я встревожена	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверена в себе	1	2	3	4
12.	Я нервничаю	1	2	3	4
13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчена	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности или напряженности	1	2	3	4
16.	Я довольна	1	2	3	4
17.	Я озабоченна	1	2	3	4
18.	Я слишком возбужденна	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности

№	Суждение	Нет, не верно	Вероятно, это так	Верно	Абсолютно верно
1.	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
2.	Я быстро устаю	1	2	3	4
3.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
4.	Я хотела бы стать такой же счастливой, как и другие	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя бодрой	1	2	3	4
6.	Я проигрываю оттого, что недостаточно быстро принимаю решение	1	2	3	4
7.	Я спокойна и собранна	1	2	3	4
8.	Ожидаемые трудности очень тревожат меня	1	2	3	4
9.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10.	Я вполне счастлива	1	2	3	4
11.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
12.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13.	Я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
14.	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16.	Я довольна	1	2	3	4
17.	Всяческие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18.	Я так сильно переживаю неудачи, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
19.	Я уравновешенна	1	2	3	4
20.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Примечание: низкая тревога — менее 30 баллов; средняя — от 31 до 45 баллов, высокая — более 46 баллов.

**Шкалы астении, депрессии, ипохондрии
(Сукиасян С.Г., Минасян А.М., 1994)**

Шкала астении

1. Я чувствую упадок сил.
2. Я стала раздражительной.
3. Я быстро устаю от привычных занятий.
4. Я с трудом переношу яркий свет, сильные звуки и запахи.
5. Мне трудно сосредоточиться.
6. Я стала плохо спать.
7. Мое самочувствие меняется в течение дня.
8. Я чувствую вялость и усталость в теле.
9. Мне трудно сдерживать свои чувства.
10. Мне трудно думать и рассуждать.
11. Часто ловлю себя на том, что неоднократно повторяюсь в мыслях, действиях, не доводя их до конца.
12. Часто клонит ко сну в течение дня.
13. Постепенно ухудшается память.

Примечание: при положительном ответе на 7 утверждений выявляется астенический синдром.

Шкала депрессии

1. Жизнь мне кажется пустой и бессмысленной.
2. Не могу избавиться от неприятных мыслей, приходящих в голову.
3. Я чувствую снижение энергии, упадок сил.
4. Я не могу делать что-то, хотя знаю, что нужно делать.
5. Я разочаровалась в себе.
6. Я не могу заставить себя что-то сделать.
7. Мне тяжело делать то, что всегда было привычным.
8. Мне тоскливо.
9. Я не способна мыслить с такой ясностью, как раньше.
10. Я потеряла интерес к приятным мне вещам.
11. Моя память уже не та, что раньше.
12. Я не имею надежды на будущее.
13. Я чувствую себя менее счастливой, чем остальные люди.

Примечание: при положительном ответе на 7 утверждений выявляется депрессивный синдром.

Шкала ипохондрии

1. Я часто беспокоюсь, что у меня серьезная болезнь.
2. Меня часто беспокоят болевые ощущения в теле.
3. Я не представляю себе, что происходит в моем организме.
4. Я беспокоюсь о состоянии своего здоровья.
5. Меня беспокоят признаки тяжелой болезни.
6. Я озабочена тем, как преодолеть болезнь.
7. Я раздражаюсь, если кто-то говорит, что хорошо выгляжу, а чувствую себя плохо.
8. Я считаю, что меня беспокоят многие другие симптомы.
9. Мне трудно не думать о себе.
10. Мне трудно поверить врачу, когда он говорит, что нет ничего серьезного, о чем стоит беспокоиться.
11. Я считаю, что окружающие несерьезно воспринимают мою болезнь.
12. О своем здоровье я беспокоюсь больше, чем другие.
13. Я боюсь заболеть.

Примечание: при положительном ответе на 7 утверждений выявляется ипохондрический синдром.