

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЕСТЕСТВЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ

КОЛБАСОВА Е.А., КИСЕЛЕВА Н.И., АРЕСТОВА И.М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

Резюме.

Цель исследования - провести сравнительную клинико-лабораторную оценку состояния здоровья женщин с хирургической и естественной менопаузой и изучить качество их жизни.

Материалы и методы: Обследовано 213 женщин перименопаузального возраста: 98 женщин с хирургической менопаузой (I группа), 75 женщин с естественной менопаузой (II группа), 40 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов (контрольная группа). Определяли степень тяжести климактерического синдрома (модифицированный менопаузальный индекс Куппермана-Уваровой), качество жизни (опросник SF-36), выраженность депрессии (шкала депрессии Бека), уровень гормонов (радиоиммунологический метод).

Результаты исследования: Климактерический синдром (КС) легкой степени тяжести выявлен у 34,7% пациенток с хирургической менопаузой и у 56,0% пациенток с естественной менопаузой; КС средней степени тяжести – у 56,1% и у 40% пациенток; КС тяжелой степени – у 9,2% и у 4% женщин соответственно. Симптомы депрессии отмечены у 83,7% пациенток I группы, у 70,7% пациенток II группы и у 15,0% женщин контрольной группы. Качество жизни у женщин I группы было на 9,2% ниже, чем у женщин II ($p<0,01$) группы и на 23,5% ниже, чем у женщин контрольной группы ($p<0,001$).

У женщин с хирургической менопаузой содержание ФСГ и ЛГ превышало в 8,7 раза и 6,2 раза показатели контрольной группы; у женщин с естественной менопаузой – в 7,8 раза и в 5,4 раза соответственно ($p<0,001$). Содержание эстрадиола и прогестерона у женщин I группы было на 18,2% и 27,8% соответственно ниже показателей II группы и также статистически значимо отличалось от показателей группы контроля ($p<0,01$). Заключение: У пациенток после двусторонней овариэктомии по сравнению с пациентками с естественной менопаузой выявлен более выраженный дефицит половых гормонов, проявляющийся повышением уровней ФСГ и ЛГ при одновременном снижении уровней эстрадиола, прогестерона, более тяжелое течение климактерического синдрома, депрессивных нарушений, снижение физической и социальной активности, эмоционального статуса и общего состояния здоровья.

Ключевые слова: постменопауза, качество жизни, модифицированный менопаузальный индекс, депрессия, гормоны.

Abstract.

Objectives. To make a comparative clinical and laboratory evaluation of the health status of women with surgical and natural menopause and explore their life quality.

Material and methods. The study included 213 perimenopausal women: 98 women with surgical menopause (I group), 75 women with natural menopause (II group), 40 women at late reproductive and premenopausal age (control group). The severity of menopausal syndrome (modified menopausal Kupperman-Uvarova index), quality of life (SF-36 questionnaire), the severity of depression (Beck Depression Inventory), hormone levels (radioimmunoassay) were determined.

Results. The mild climacteric syndrome was detected in 34,7% of female patients with surgical menopause and 56,0% of women with natural menopause; the moderate climacteric syndrome - in 56,1% and 40% of female patients; severe climacteric syndrome - in 9,2% and 4% of women, respectively. The symptoms of depression were observed in 83,7% of patients of the first group, in 70,7% of patients of the second group and in 15,0% of women of the control group. Life quality of the women in Group I was by 9,2% lower than that of women in Group II ($p<0,01$) and by 23,5% lower than that of women in the control group ($p<0,001$). In surgically menopausal women

FSH and LH content 8,7 times and 6,2 times exceeded the indices of the control group; in women with natural menopause - 7,8 times and 5,4 times, respectively ($p < 0,001$). Estradiol and progesterone content in women of the first group was by 18,2% and 27,8%, respectively, lower than that of the second group and was statistically significantly different from that of the control group ($p < 0,001$).

Conclusions. In patients after bilateral ovariectomy compared to those with natural menopause we revealed a more pronounced deficiency of sex hormones, manifested in the rising levels of FSH and LH and simultaneously reducing levels of estradiol, progesterone, more severe menopausal symptoms, depressive disorders, decreased physical and social activity, emotional status and general health status.

Key words: postmenopause, quality of life, modified menopausal index, depression, hormones.

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни, ростом гинекологических заболеваний, требующих радикального оперативного вмешательства, растет интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы [1, 2, 3]. Высокая частота климактерических расстройств у женщин, находящихся в расцвете профессиональной и творческой деятельности, обусловленная эстрогендефицитным состоянием вследствие естественного угасания или хирургического выключения функции яичников, многовариантность клинической симптоматики и тяжесть процесса значительно ухудшают состояние здоровья женщин, снижают качество их жизни, приобретая большую медицинскую, социальную и экономическую значимость [4, 5].

Изменения, происходящие в организме женщины в результате хирургического выключения функции яичников в репродуктивном и пременопаузальном периодах, могут служить моделью для изучения влияния на здоровье дефицита половых стероидов, а не старения организма вообще [6]. С этих позиций значительный интерес представляет сравнительная клинико-лабораторная характеристика состояния здоровья женщин с хирургической и естественной менопаузой и оценка качества их жизни.

Цель исследования – провести сравнительную клинико-лабораторную оценку состояния здоровья женщин с хирургической и естественной менопаузой и изучить качество их жизни.

Методы

Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский

университет», УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2», ЦНИЛ УО «Витебский государственный медицинский университет».

Нами обследовано 213 женщин перименопаузального возраста, разделенных на три группы: I группа – 98 женщин с хирургической менопаузой, II группа – 75 женщин с естественной менопаузой, контрольная группа – 40 женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов.

Критериями включения в I группу были: возраст 44-57 лет, двусторонняя овариэктомия в анамнезе. Средний возраст женщин на момент обследования составил $50,8 \pm 3,3$ года, возраст проведения оперативного вмешательства – $49,1 \pm 3,1$ года, длительность менопаузы – $1,0 (0,8; 1,7)$ год.

Показаниями к оперативному вмешательству у пациенток I группы явились миома матки (87,8%), доброкачественные опухоли придатков матки (5,1%), аденомиоз (4,1%), воспалительные тубоовариальные образования (3,1%). Экстирпация матки с придатками выполнена 88 женщинам (89,8%), надвлагалищная ампутация матки с придатками – 2 (2,0%), двусторонняя овариэктомия – 8 (8,2%).

Критерии включения пациенток во II группу обследования: возраст 44-57 лет, аменорея 1 год и более, наличие клинических и лабораторных (уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови более 30 МЕ/л) признаков эстрогенного дефицита. Средний возраст пациенток на момент обследования составил $50,5 \pm 3,1$ лет, возраст наступления менопаузы – $49,2 \pm 3,3$ года, длительность менопаузы – $1,3 (1,0; 3,0)$ года.

Критериями включения пациенток в контрольную группу исследования явились: возраст 43-55 лет, наличие менструаций. На

момент обследования средний возраст женщин данной группы – $48,8 \pm 3,0$ лет.

Для оценки степени тяжести климактерического синдрома (КС) использовали модифицированный менопаузальный индекс Куппермана – Уваровой [7]. Учитывали нейровегетативные (нестабильное артериальное давление, головные боли, вестибулопатии, сердцебиение, потливость, отечность, повышенная возбудимость, сонливость, нарушение сна, приливы, приступы удушья), метаболические и психоэмоциональные (утомляемость, снижение памяти, повышенная плаксивость, изменение аппетита, депрессия) симптомы.

Степень выраженности того или иного симптома определялась по 4-балльной шкале: 0 баллов – норма; 1 балл – неярко выраженная легкая степень; 2 балла – симптомы средней степени выраженности; 3 балла – выраженная степень проявления климакса. Подсчет баллов проводился отдельно по 3 группам симптомов, а также оценивалась общая сумма баллов.

Значения модифицированного менопаузального индекса (ММИ) по шкале нейровегетативных симптомов до 10 баллов рассматривали как отсутствие КС, от 10 до 20 баллов – как КС легкой степени; от 21 до 30 баллов – как КС средней степени тяжести; от 31 балла – как тяжелый КС. Метаболические и психоэмоциональные нарушения, оцененные в пределах 1–7 баллов, определяли как КС легкой степени; 8–14 баллов – средней и свыше 14 баллов – тяжелой степени.

Сумма всех полученных данных формировала суммарное значение ММИ: 12–34 балла соответствовало легкой степени КС; 35–58 баллов – средней степени и более 58 баллов – тяжелому течению КС [8].

Для оценки качества жизни использовали общепринятую русскую версию опросника SF-36 [9], который не специфичен для возрастных групп, заболеваний, программ лечения и характеризуется высокой воспроизводимостью и валидностью, в том числе в исследованиях с участием малых групп.

Анкета включает 36 вопросов, отражающих 8 доменов (шкал) здоровья (физическую работоспособность, социальную активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или утомляемость, боль, общую оценку здоровья и его

изменения в течение последнего года), и обеспечивает количественное определение качества жизни по указанным шкалам. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале.

Оценка анкет проводилась в соответствии с методическими рекомендациями [11].

Уровень депрессии определяли с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory), включающей в себя 21 категорию симптомов и жалоб [12]. Каждая категория состоит из 4 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии.

Результаты теста оценивали следующим образом: 0 – 9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов, 10 – 15 баллов – легкая депрессия, 16 – 19 баллов – умеренная депрессия, 20 – 29 баллов – выраженная депрессия (депрессия средней тяжести), 30 – 63 балла – тяжелая депрессия.

Уровень гормонов в сыворотке крови исследовали радиоиммунологическим методом при помощи стандартных наборов реактивов «Хозрасчетного опытного производства Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси»: (РИА-ФСГ-СТ, РИА-ЛГ-СТ, ИРМА-ТТГ-СТ, РИА-Т4-свободный, РИА-ЭСТРАДИОЛ-СТ, РИА-ПРОГЕСТЕРОН-СТ, РИА-КОРТИЗОЛ-СТ). В сыворотке крови определяли содержание ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, ТТГ, Т4 свободного, кортизола, прогестерона, используя автоматический гамма-счетчик «Гамма-12».

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0», Microsoft Excel. Были использованы модули BasicStatistic/Tables, Nonparametrics. Результаты исследования представляли в виде Me (25%; 75%), где Me – медиана, (25%; 75%) – верхняя и нижняя квартили. При сравнении независимых групп с ненормальным распределением признаков использовался непараметрический U- критерий Манна-Уитни. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Результаты оценки степени выраженности КС по данным ММИ Куппермана - Уваровой представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели модифицированного менопаузального индекса у обследованных пациенток (Me (25%; 75%))

Показатели ММИ, степень выраженности в баллах	Группы пациенток		
	I группа (n=98)	II группа (n=75)	контрольная группа (n=40)
Нейровегетативные симптомы	23 (20; 27) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,03$	22 (15; 25) $p_* < 0,001$	6 (5; 8)
Метаболические симптомы	5 (4; 7) $p_* < 0,001$, $p_{**} < 0,001$	4 (2; 6) $p_* < 0,001$	1 (1; 1)
Психоэмоциональные симптомы	7 (6; 10) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,04$	7 (4; 10) $p_* < 0,001$	2 (1; 3)
Менопаузальный индекс (МПИ)	37 (30; 43) $p_* < 0,001$, $p_{**} < 0,01$	31 (23; 38) $p_* < 0,001$	9 (8; 11)

Примечание: P – вероятность справедливости нулевой гипотезы; * – при сравнении с контрольной группой (U-критерий Манна-Уитни); ** - при сравнении с пациентками II группы (U-критерий Манна-Уитни).

Как видно из данных, представленных в таблице 1, медианное значение ММИ по шкале нейровегетативных симптомов у пациенток с хирургической менопаузой соответствовало КС средней степени тяжести – 23 (20; 27) балла и статистически значимо отличалось от аналогичных показателей контрольной ($p < 0,001$) и II ($p < 0,001$) групп.

Метаболические симптомы стандартной «Шкалы оценки ММИ» у пациенток с хирургической и естественной менопаузой соответствовали КС легкой степени и встречались статистически значимо чаще, чем у пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов.

Психоэмоциональные симптомы свидетельствовали о КС легкой степени выраженности в I и во II группах (7 (6; 10) баллов и 4 (2; 6) баллов соответственно) и статистически значимо отличались от показателя контрольной группы – 2 (1; 3) балла ($p < 0,001$).

Полученные нами данные медианного значения суммарного ММИ свидетельствуют о том, что у пациенток I группы имел место КС средней степени тяжести (суммарный ММИ – 37 (30; 43) баллов), у пациенток II группы – КС легкой степени тяжести (суммарный ММИ – 31 (23; 38) балл). У женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов медианное значение суммарного ММИ 8 (6; 11) баллов свидетельствует об отсутствии КС.

В нашем исследовании КС легкой степени тяжести отмечался у 34 (34,7%) пациенток с хирургической менопаузой и у 42 (56,0%) пациенток с естественной менопаузой; КС средней степени тяжести – у 55 (56,1%) и у 30 (40%) пациенток; КС тяжелой степени – у 9 (9,2%) и у 3 (4%) женщин соответственно.

Учитывая высокий уровень нарушений в психоэмоциональной сфере у женщин после наступления менопаузы, мы исследовали психическое состояние обследованных пациенток путем их тестирования по шкале депрессии Бека (табл. 2).

Как видно из данных, представленных в таблице 2, симптомы депрессии выявлены у 83,7% пациенток I группы, у 70,7% пациенток II группы и у 15,0% женщин контрольной группы. При этом легкая депрессия отмечалась у 28,6% пациенток с хирургической менопаузой, у 36% пациенток с естественной менопаузой и у 15,0% женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов. Умеренная депрессия имела место у 21,4% женщин I группы и у 14,7% женщин II группы, выраженная депрессия – у 22,5% женщин и у 14,7% женщин соответственно, тяжелая депрессия – у 11,2% и у 5,3% женщин соответственно.

Таким образом, у женщин с хирургической и естественной менопаузой статистически значимо чаще ($p < 0,001$), чем у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов формируется депрессия. В структу-

Таблица 2 – Уровень депрессии у обследованных пациенток по шкале депрессии Бека (%)

Обследованные пациентки	Уровень депрессии									
	отсутствие депрессии		легкая депрессия		умеренная депрессия		выраженная депрессия		тяжелая депрессия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа (n=98)	16*	16,3	28*	28,6	21*	21,4	22*,**	22,5	11*,**	11,2
II группа (n=75)	22*	29,3	27*	36	11*	14,7	11*	14,7	4*	5,3
контрольная группа (n=40)	34	85,0	6	15,0	0	0	0	0	0	0

Примечание: * – статистически значимые ($p < 0,001$) различия при сравнении с контрольной группой (классический критерий Хи-квадрат Пирсона - χ^2); ** – статистически значимые ($p < 0,05$) различия при сравнении показателя между I и II группами (классический критерий Хи-квадрат Пирсона - χ^2).

ре депрессии у пациенток I и II групп преобладает легкая депрессия, что свидетельствует о наличии относительно благоприятного эмоционального состояния. Вместе с тем, у женщин с хирургическим выключением функции яичников статистически значимо чаще, чем у женщин с естественной менопаузой формируется выраженная и тяжелая депрессия: 22,5% и 14,7% соответственно ($p < 0,05$).

Депрессивная симптоматика у обследованных пациенток проявлялась в виде пониженного настроения, утраты интересов и ощущения удовольствия, снижения энергичности и часто скрывалась под маской повышенной утомляемости, снижения активности. Некоторых пациенток беспокоило чувство вины, пессимистическое видение будущего. Большинство пациенток жаловались на нарушение сна

(затруднение засыпания, беспокойный сон, частые ночные пробуждения или утреннее пробуждение в 4-5 часов), чувство утомляемости после ночного сна. В структуре депрессивного синдрома у женщин в постменопаузе преобладал эффект тревоги, сопровождающийся разнообразными вегетативными проявлениями (головокружение, сердцебиение, тремор, сухость во рту, тошнота и др.).

Выраженность депрессивных симптомов у пациенток с естественной менопаузой составила 12,0 (9,0;17) баллов и была статистически значимо ниже ($p < 0,05$) выраженности депрессивных симптомов у женщин после тотальной овариэктомии – 16,0 (11,0; 23,0) баллов (рис. 1).

В группе женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов медианное значение выраженности депрессивных

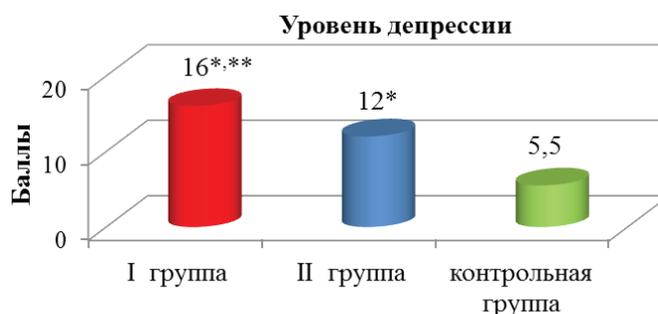


Рисунок 1 – Уровень депрессии у обследованных пациенток в баллах:

* – статистически значимые ($p < 0,001$) различия при сравнении с контрольной группой;

** – при сравнении показателя между I и II группами ($p < 0,05$)

симптомов по шкале Бека составило 5,5 (2,5; 8,5) баллов, что в 2,9 раза ниже, чем в группе женщин с хирургической менопаузой ($p < 0,001$) и в 2,2 раза ниже, чем у женщин с естественной менопаузой ($p < 0,001$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности депрессии среди женщин с естественной менопаузой (70,7%) и с хирургической менопаузой (83,7%), что значительно снижает качество их жизни.

Для оценки гормонального статуса обследованных пациенток нами определены уровни женских половых гормонов, кортизола и гормонов щитовидной железы у 166 женщин, в том числе у 93 – с хирургической менопаузой (I группа), у 73 – с естественной менопаузой (II группа), у 26 – позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов (контрольная группа). Результаты проведенных исследований представлены в таблице 3.

Как видно из данных таблицы 3, у пациенток I и II групп имеет место эстрогеновый дефицит, проявляющийся повышением уровня ФСГ в крови более 30 МЕ/л при одновременном снижении уровня эстрадиола. Так, у

женщин с хирургической менопаузой уровень эстрадиола составил 0,27 (0,20; 0,38) нмоль/л, уровень ФСГ – 57,5 (41,4; 83,5) МЕ/л, соотношение лютеинизирующий гормон (ЛГ)/ФСГ – 0,9 (0,6; 1,3); у женщин с естественной менопаузой – 0,33 (0,22; 0,48) нмоль/л, 51,2 (39,1; 72,8) МЕ/л и 0,7 (0,6; 1,0) соответственно.

Нами установлено, что у женщин с хирургической и естественной менопаузой отмечалось статистически значимое увеличение медианного значения ФСГ и ЛГ по сравнению с женщинами позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов. Так, у женщин I группы содержание ФСГ было в 8,7 раз выше, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,001$), содержание ЛГ – в 6,2 раза ($p < 0,001$) выше; у женщин с естественной менопаузой – в 7,8 раз и в 5,4 раза ($p < 0,001$) соответственно выше, чем у женщин контрольной группы.

Содержание эстрадиола и прогестерона у женщин I группы было на 18,2% ($p < 0,001$) и 27,8% ($p < 0,001$) соответственно ниже аналогичных показателей II группы и также статистически значимо отличалось от показателей группы контроля ($p < 0,001$). Между тем, уровни ФСГ, ЛГ у женщин I и II групп статистически

Таблица 3 – Гормональный профиль обследованных пациенток (Ме (25%; 75%))

Гормоны	Группы обследованных пациенток		
	I группа (n=93)	II группа (n=73)	контрольная группа (n=26)
Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), МЕ/л	57,5 (41,4; 83,5) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,15$	51,2 (39,1; 72,8) $p_* < 0,001$	6,6 (4,7; 8,1)
Лютеинизирующий гормон (ЛГ), МЕ/л	39,9 (30,2; 50,8) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,11$	34,3 (23,2; 50,2) $p_* < 0,001$	6,4 (3,7; 11,4)
Эстрадиол, нмоль/л	0,27 (0,20; 0,38) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,049$	0,33 (0,22; 0,48) $p_* < 0,01$	0,48 (0,35; 0,61)
Прогестерон нмоль/л	2,6 (2,2; 4,9) $p_* < 0,001$, $p_{**} = 0,014$	3,6 (2,1; 7,7) $p_* < 0,001$	15,9 (4,2; 83,3)
Кортизол, нмоль/л	538,4 (389,5; 723,1) $p_* = 0,01$, $p_{**} = 0,07$	458,0 (337,9; 644,1) $p_* = 0,23$	408,4 (324,1; 521,6)
Свободный тироксин, нмоль/л	18,6 (14,5; 20,7) $p_* = 0,6$, $p_{**} = 0,14$	18,9 (15,9; 22,2) $p_* = 0,4$	19,0 (17,6; 20,3)
Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	2,1 (1,2; 4,2) $p_* = 0,06$, $p_{**} = 0,6$	2,4 (0,6; 3,7) $p_* = 0,15$	1,6 (0,8; 2,2)

Примечание: P – вероятность справедливости нулевой гипотезы; * – при сравнении с контрольной группой (U-критерий Манна-Уитни); ** – при сравнении со II группой (U-критерий Манна-Уитни).

значимо не отличались ($p > 0,05$). Показатели гормонов щитовидной железы (тиреотропный гормон, свободный тироксин.) у женщин с естественной и хирургической менопаузой статистически значимо не отличались от показателей в группе контроля. Уровень кортизола у женщин I группы превышал аналогичный показатель контрольной группы в 1,3 раза ($p = 0,01$), что можно считать физиологическим адаптационным процессом, направленным на поддержание механизмов, обеспечивающих резервные возможности организма в условиях резкого дефицита половых стероидов.

Результаты сравнительного анализа показателей качества жизни пациенток с хирургической и естественной менопаузой, контрольной групп представлены в таблице 4.

Как свидетельствуют данные, представленные в таблице 4, пациентки после хирургического вмешательства имели умеренную физическую активность, которая составила 75,0 (50,0;85,0) баллов и была на 6,3% ниже аналогичного показателя у женщин с естественной менопаузой ($p = 0,003$) и на 16,7% ниже показателя в группе контроля ($p < 0,001$).

Ниже среднего в I и во II группах был

Таблица 4 – Качество жизни женщин с хирургической, естественной менопаузой и контрольной группы в баллах (Me (25%;75%))

Шкала оценки качества жизни	Обследованные женщины		
	I группа (n=98)	II группа (n=75)	контрольная группа (n=40)
Физическая активность (PF)	75,0 (50,0; 85,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,003$	80,0 (70,0; 95,0) $p^* < 0,001$	90,0 (82,5; 95,0)
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP)	50 (0; 75,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,22$	75,0 (0,0; 100,0) $p^* < 0,001$	100,0 (87,5; 100,0)
Физическая боль (BP)	62,0 (41,0; 80,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,17$	72,0 (51,0; 100,0) $p^* < 0,001$	100,0 (73,0; 100,0)
Общее восприятие здоровья (GH)	50,0 (40,0; 65,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,03$	57,0 (45,0; 75,0) $p^* < 0,001$	70,0 (57,0; 84,5)
Жизнеспособность (VT)	57,5 (45,0; 65,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,24$	60,0 (45,0; 70,0) $p^* < 0,001$	80,0 (67,5; 85,0)
Социальная активность (SF)	63,0 (50,0; 88,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,16$	75,0 (63,0; 88,0) $p^* < 0,001$	88,0 (88,0; 100,0)
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE)	67,0 (0; 100,0) $p^* < 0,01$ $p^{**} = 0,14$	67,0 (33,0; 100,0) $p^* < 0,001$	100,0 (67,0; 100,0)
Психическое здоровье (MH)	62,0 (48,0; 72,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,94$	60,0 (52,0; 76,0) $p^* < 0,001$	80,0 (68,0; 84,0)
Общий показатель здоровья по физической компоненте (PH-ф)	59,0 (45,0; 69,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,02$	64,0 (48,0; 79,0) $p^* < 0,001$	82,0 (73,5; 87,5)
Общий показатель здоровья по психологической компоненте (MH-п)	57,0 (45,0; 69,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,07$	64,0 (48,0; 77,0) $p^* < 0,001$	81,0 (70,0; 86,5)
Общее значение	59,0 (47,0; 71,0) $p^* < 0,001$ $p^{**} = 0,04$	65,0 (53,0; 79,0) $p^* < 0,001$	82,5 (76,0; 87,5)

Примечание: P – вероятность справедливости нулевой гипотезы; * – при сравнении с контрольной группой (U-критерий Манна-Уитни); ** - при сравнении с пациентками II группы (U-критерий Манна-Уитни, критерий Крускала-Уоллиса).

показатель RP (50 (0;75,0) баллов и 75,0 (0,0; 100,0) баллов соответственно, $p=0,22$), свидетельствующий о влиянии физического состояния на повседневную ролевую деятельность женщин (работу, выполнение повседневных обязанностей). Данный показатель у пациенток I и II групп был на 50,0% и на 25,0% соответственно ниже аналогичного показателя контрольной группы ($p<0,001$ и $p<0,001$).

У пациенток в постменопаузе невысока была выраженность болевых ощущений: 62,0 (41,0; 80,0) балла в I группе и 72,0 (51,0;100,0) балла во II группе ($p=0,42$). У женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов, в отличие от пациенток в постменопаузе, данный показатель имел максимальное значение 100,0 (73,0; 100,0) баллов ($p<0,001$) и свидетельствовал о незначительном влиянии боли на способность заниматься повседневной деятельностью.

У пациенток I и II групп отмечался средний уровень социальной активности (SF) – 63,0 (50,0; 88,0) балла и 75,0 (63,0; 88,0) баллов соответственно ($p=0,03$). У женщин контрольной группы уровень социальной активности был выше среднего (88,0 (88,0; 100,0) баллов) и статистически значимо превышал аналогичный показатель у женщин с хирургической и естественной менопаузой ($p<0,001$).

Показатель общего восприятия здоровья (GH) у пациенток с хирургической и естественной менопаузой был в средних пределах – 50,0 (40,0; 65,0) баллов и 57,0 (45,0;75,0) баллов соответственно ($p=0,03$), но на 28,6% и на 18,6% соответственно ниже аналогичного показателя контрольной группы ($p<0,001$). Это свидетельствует о невысокой оценке пациенткой своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

У женщин I и II групп имела место средняя эмоциональная способность заниматься профессиональной работой (RE) – 67,0 (0; 100,0) баллов и 67,0 (33,0; 100,0) баллов соответственно ($p=0,14$), что на 33,0% ниже по сравнению с показателем в контрольной группе ($p<0,001$).

У женщин с хирургической менопаузой оценка жизненной активности (VT) была на 28,0% ниже, показатель психического здоровья (MH) – на 22,5% ниже ($p<0,001$), чем у женщин контрольной группы ($p<0,001$). У пациенток с естественной менопаузой данные показатели

были соответственно на 25,0% ниже, чем у пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов ($p<0,001$).

Общие показатели здоровья по физической (РН-ф) и психологической (МН-п) компоненте у пациенток с хирургической и естественной менопаузой были на 28% ($p<0,001$), 22% ($p<0,001$) и на 29,6% ($p<0,001$), 21% ($p<0,001$) соответственно ниже аналогичных показателей контрольной группы.

Самую низкую самооценку здоровья имели женщины I группы – 59,0 (47,0; 71,0) баллов, что на 9,2% ниже, чем у женщин II группы ($p<0,01$) и на 23,5% ниже, чем у женщин контрольной группы ($p<0,001$).

Заключение

1. У пациенток после двусторонней овариэктомии по сравнению с пациентками с естественной менопаузой тяжелее протекает период постменопаузальной адаптации, о чем свидетельствуют более тяжелое течение климактерического синдрома и более выраженные депрессивные нарушения.

2. У пациенток с хирургической и естественной менопаузой отмечается дефицит стероидных половых гормонов, проявляющийся повышением уровней ФСГ и ЛГ при одновременном снижении уровней эстрадиола, прогестерона, более выраженный у женщин после хирургического выключения функции яичников.

3. Клинические проявления климактерического синдрома значительно ухудшают качество жизни женщин, особенно после радикального хирургического вмешательства на органах малого таза, что подтверждается снижением физической и социальной активности, эмоционального статуса и, в целом, общего состояния здоровья у женщин в постменопаузе по сравнению с женщинами позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов.

Литература

1. Вихляева, Е. М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни / Е. М. Вихляева. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 448 с.
2. Занько, Ю. В. Современный взгляд на пробле-

- мы хирургической менопаузы / Ю. В. Занько // Охрана материнства и детства. – 2003–2004. – № 4–5. – С. 172–176.
3. Freeman, E. W. Temporal associations of hot flashes and depression in the transition to menopause / E. W. Freeman, M. D. Sammel, H. Lin // Menopause. – 2009. – Vol. 16, № 4. – P. 728–734.
 4. Апетов, С. С. Влияние дефицита половых гормонов и его коррекции на заболеваемость и качество жизни у пациенток с хирургической менопаузой / С. С. Апетов, С. Ю. Калинин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11, № 5. – С. 72–78.
 5. Зайдиева, Я. З. Гормональная терапия в климактерии : рекомендации для клинической практики / Я. З. Зайдиева // Гинекология. – 2011. – Том 13, № 3. – С. 8–12.
 6. Бабичев, В. Н. Нейроэндокринология репродуктивной системы : (состояние физиологических исследований и перспективы их применения в клинической практике) / В. Н. Бабичев // Проблемы эндокринологии. – 1998. – Т. 44, № 1. – С. 3–12.
 7. Можейко, Л. Ф. Диагностика и лечение системных нарушений при хирургической менопаузе / Л. Ф. Можейко, Ю. В. Савочкина // Рецепт. – 2005. – № 2. – С. 136–143.
 8. Савочкина, Ю. В. Диагностика и лечение системных нарушений при хирургической менопаузе : инструкция по применению № 2–0105, утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 12.01.2005 / Ю. В. Савочкина, Л. Ф. Можейко ; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск : БГМУ, 2005. – 15 с.
 9. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 1998. – № 4–5. – С. 236–241.
 10. Психосоматические расстройства и качество жизни у женщин с климактерическим синдромом в период ранней постменопаузы / Д. В. Ельчанинов [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 1. – С. 47–50.
 11. Валидизация опросника для диагностики пограничного личностного расстройства: определение конструктивной валидности [Электронный ресурс] / Т. Ю. Ласовская [и др.] // Современные научные исследования [электронный журнал]. – 2012. – № 6. – С. 9–12. – Режим доступа : <http://www.uecs.ru>.
 12. Beck, A. T. Assessment of depression: the depression inventory / A. T. Beck, A. Beamesderfer // Mod Probl. Pharmacopsychiat. – 1974. – № 7. – P. 151–169.

Поступила 18.03.2014 г.

Принята в печать 09.06.2014 г.

Сведения об авторах:

Колбасова Е.А. – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Киселева Н.И. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;

Арестова И.М. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Адрес для корреспонденции: 210023, Республика Беларусь, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии. E-mail: lankolb@rambler.ru – Колбасова Елена Анатольевна.