

МЕНОПАУЗА ЁШИДАГИ АЁЛЛАРДА СУБТОТАЛ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ПРЕМЕДИКАЦИЯ

Г. С. Худойбердиева, Э. Г. Хамдамова, Ш. К. Пардаев
Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: премедикация, бачадон миомаси, климактерик синдром, психоэмоционал бузилишлар, гемодинамика, климадинон, грандаксин, операциядан олдинги тайёргарлик.

Ключевые слова: премедикация, миома матки, климактерический синдром, психоэмоциональные нарушения, гемодинамика, климадинон, грандаксин, предоперационная подготовка.

Key words: premedication, uterine myoma, menopausal syndrome, psychoemotional disorders, hemodynamics, klimadynon, grandaxin, preoperative preparation.

Жарроҳлик касалликлари билан бирга тобора кенг тарқалган юрак-қон томир касалликлари (20%), артериал гипертензия (60%), қон томир дистонияси (70%), миё қон айланишининг бузилиши ёки анамнезида инсульт бўлган беморлар кўп учрамоқда. Беморларни операциядан олдин тайёрлашнинг аҳамияти, хусусан, даволовчи премедикацияга бўлган талаб ошди [1-3]. Оператив гинекологияда шунга ўхшаш ҳолат менопаузада бачадон миомаси бўлган 40-55 ёшгача бўлган аёлларда учрамоқда. Ишнинг мақсади терапевтик премедикациянинг таркибий қисми сифатида климадинон ва грандаксиндан фойдаланиш самарадорлигини аниқлаш.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Г. С. Худойбердиева, Э. Г. Хамдамова, Ш. К. Пардаев

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

В сочетании с хирургическими заболеваниями страдают многие пациенты распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями (20%), артериальной гипертензией (60%), сосудистой дистонией (70%), нарушениями мозгового кровообращения или инсультом в анамнезе. Возросла важность подготовки больных к оперативному вмешательству, в частности, возросла потребность в терапевтической премедикации [1-3]. Аналогичная ситуация в оперативной гинекологии возникает у женщин в возрасте 40-55 лет с миомой матки в период менопаузы. Целью исследования является определение эффективности применения климадинона и грандаксина в качестве компонента лечебной премедикации.

PREMEDICATION USED IN SUBTOTAL HYSTERECTOMIC SURGERY IN MENOPAUSE WOMEN

G. S. Hudayberdieva, E. G. Hamdamova, Sh. K. Pardaev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Along with surgical diseases, patients with an increasingly common cardiovascular disease (20%), arterial hypertension (60%), vascular dystonia (70%), cerebral circulatory disorders, or a history of stroke are more common. The importance of preoperative preparation of patients has increased, in particular, the demand for therapeutic premedication has increased [1-3]. In operative gynecology, a similar situation occurs in women aged 40-55 years with menopausal uterine fibroids. The aim of the study was to determine the effectiveness of the use of climadynon and grandaxine as part of therapeutic premedication.

Долзарблиги. Жарроҳлик касалликлари билан бирга тобора кенг тарқалган юрак-қон томир касалликлари (20%), артериал гипертензия (60%), қон томир дистонияси (70%), миё қон айланишининг бузилиши ёки анамнезида инсульт бўлган беморлар кўп учрамоқда. Беморларни операциядан олдин тайёрлашнинг аҳамияти, хусусан, даволовчи премедикацияга бўлган талаб ошди [1-3]. Оператив гинекологияда шунга ўхшаш ҳолат менопаузада бачадон миомаси бўлган 40-55 ёшгача бўлган аёлларда учрамоқда.

Климактерий - бу аёл ҳаётидаги физиологик босқич, бу даврда танадаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар фонида репродуктив тизимда инволюция жараёнлари устун туради [4, 5]. Вегетатив қон томир, метаболик эндокрин ва психоэмоционал бузилишлар мажмуаси билан кечадиган менопаузадаги гормонал ўзгаришлар "климактерик синдром" тушунчаси билан бирлаштирилган. Унинг частотаси, турли хил муаллифларнинг фикрига кўра, 40 дан 70% гача ўзгариб туради [4-6]. Ушбу синдромдаги патологик ўзгаришлар танадаги адаптив жараёнларни сезиларли даражада камайтиради, гомеостазда безовталикларни келтириб чиқаради ва аёлларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилади. Ҳаёт давомида тўпланган генитал ва экс-

трагенитал патология ушбу синдром намоён бўлишининг оғирлигини сезиларли даражада кучайтиради [4, 5, 7, 8].

Бачадон миомаси (БМ) кенг тарқалган гинекологик касалликдир. 35 ёшдан кейин ҳар бешинчи аёл бундан азият чекади, баъзи маълумотларга кўра ҳар тўртинчи аёл [9]. Беморларнинг аксарият қисмида ўсманнинг аниқ ўсиши ва тегишли симптомларнинг пайдо бўлиши 40-45 йилдан сўнг, ёшга боғлиқ дисгормонал бузилишлар миометриядаги патологик жараённинг янада ривожланишига ҳисса қўшганда намоён бўлади. Бачадон миомаси билан оғриган беморлар гинекологик шифохоналарда сезиларли кўпчиликти ташкил қилади ва ушбу касаллик учун жарроҳлик аралашувларнинг улуши режали операциялар умумий сонининг тахминан 30-50% ни ташкил қилади. Гормонал соҳадаги эстроген етишмовчилиги ёки мувозанат фонида нафақат юрак-қон томир тизими, балки бошқа тизимларга, хусусан, психоэмоционал соҳага ва гемостазга тегишли климакс белгилари ва унинг асоратларини аниқлайдиган гомеостатик, тўқима ва тизимли касалликлар мажмуаси ривожланади [6, 8, 10]. Бачадон миомаси бўлган аёлларда менопауза синдромидаги функционал бузилишларнинг оғирлиги тўғрисидаги маълумотлар қарама-қарши бўлиб, операциядан олдинги тайёргарликни жуда қийинлаштиради [3, 4, 11, 13]. Операциядан олдинги даврда психоэмоционал ҳолат ва юрак-қон томир тизимининг бузилишларини даволаш бўйича тадқиқотлар, асосан, фақат симптоматик антигипертензив терапия ва седатив воситалардан фойдаланишга аҳамият берилган [11, 13]. Демак, бачадон миомасининг тез-тез учраб туриши, климактерик синдром фонида жарроҳлик муолажага муҳтожлиги, шунингдек анестезия бўйича анестезиолог - реаниматологга амалий патогенетик жиҳатдан асосланган тавсияларнинг етишмаслиги ушбу тадқиқотнинг долзарблиги ва мақсадини белгилайди.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. СамМИ №1 клиникасининг гинекология бўлимида менопауза давридаги 41-52 ёшли 80 аёл текширилди. Барча беморлар кузатув ва таққослаш гуруҳларига бўлинган. 1-гуруҳ (40 бемор) - бачадон миомаси ва климактерик синдром билан касалланган беморлар - кейинчалик иккита кичик гуруҳга бўлинган. А гуруҳи - терапевтик премедикация сифатида стандарт терапия билан биргаликда 5 кун давомида кунига 2 марта перорал климадинон ва грандаксин билан терапевтик премедикация ўтказилган беморлар. Бу кичик гуруҳдаги барча аёллар ушбу дориларга қарши кўрсатмалар бўлмаган, даволаниш ҳақида хабардор бўлиб, бунга ёзма равишда розилик бердилар.

Эстроген терапияси операциядан кейинги даврда касалхонадан чиққунга қадар давом эттирилди ва йил давомида юқорида кўрсатилган дозаларда амбулатория шароитида тавсия этилди (Халқаро Менопауз Кўмитасининг кўрсатмаларига биноан). Б кичик гуруҳига климактерик синдромга чалинган 20 нафар аёл кирган, улар одатдаги анъанавий премедикация ва операциядан кейинги терапияни олганлар. Беморларнинг 2-гуруҳига (40 бемор) физиологик климактерик давридаги (ФКД) ва бачадон миомаси (БМ) бўлган беморлар киритилган. Тадқиқотлар операциядан 5-7 кун олдин, асосан клиникада (80%) тиббий даволанишни тайинлаш пайтида, операциядан олдин, шунингдек, беморлар 7-8-куни касалхонадан чиқарилгандан сўнг ўтказилди. Стандарт премедикацияга антигипертензив ва седативлар дорилар киритилган. Беморни операция хонасига олиб боришдан олдин промедол 1% - 1 мл, димедрол 1%-1 мл ва атропин 0,1% - 0,5 мл мушак ичига юборилди. Иккала гуруҳдаги беморларга бир хил операция, ўпка сунъий вентилизацияси ва тотал миооплегия билан умумий

1 жадвал.

Пременопаузада бачадон миомаси бўлган беморларда гормонлар миқдори.

Беморлар гуруҳи	ФСГ (МЕ/Л)	ФГ (МЕ/Л)	Э (Пмол/л)
1. БМ + КС	23,81±4,63	15,28±2,01	145,13±14,25
2. БМ + ФКД	14,23±1,16	10,01±0,39	212,09±37,11
p	p2,3<0,05	p2,3<0,05	p2,3<0,05

Изоҳ: БМ - бачадон миомаси; КС - климактерик синдром; ФКД - физиологик климактерик давр; ФСГ - гипофиз фолликуласини стимуляция қилувчи гормон; ЛГ - гипофиз лютеинизация қилувчи гормон; Э - эстрадиол; МЕ / Л - литрдаги халқаро бирликлари; ПМол / Л - литрдаги пикомол.

комбинацияланган анестезия фонида бачадон суправагинал ампутацияси ўтказилди. Кетамин қон айланишининг гипердинамик реакцияларини ва уларга мос келадиган дориларни юбориб бошқариш билан тана вазнига 4-6 мг/кг дозада умумий анестезия учун асосий восита сифатида ишлатилди.

Климактерик синдром билан касалланган беморларни кузатиш жараёнида климактерик синдром ва айниқса терапевтик таъсирини кузатиш мақсадида турли шкала ва тестлардан фойдаланилди. Ушбу усуллар ёрдамида климактерик синдромнинг барча хусусиятларини жумладан, нейровегетатив, эндокрин ва психоэмоционал ўзгаришлар ҳақида маълумот олиш мумкин. Метаболик эндокрин ва психоэмоционал 1-7 балл оралиғидаги бузилишлар - енгил даража; 8-14 балл – ўрта даража; 14 баллдан юқори - оғир даража. Хотира ҳолати 10 та сўзни ёд олиш орқали ўрганилди [14]. Бу хотиранинг динамикасини баҳолашга имкон берди - қисқа муддатли хотира (биринчи ўринишдан кейинги сўзлар сони), ёдлаш самарадорлиги ҳақида (10 марта такрорлангандан кейинги жами сўзлар сони), узоқ муддатли хотира (30 дақиқадан сўнг ижро этилган сўзлар сони).

Фикрлаш Равенна тестини тақдим этиш орқали ўрганилди [14,15], бу фикрлаш мантиғини, фаол эътиборнинг жамланмасини, унинг тақсимланишини, шунингдек, тизимлаштирилган, режалаштирилган интеллектуал фаолият қобилятини ўрганишга имкон берди. Диққатни ўрганиш учун Шульте жадвалларидан фойдаланилди.[14, 15], бу диққатнинг миқдорини, қарашнинг тахминий қидирув ҳаракатларининг тезлигини, асосий нерв ҳужайраларининг ҳаракатчанлигини (қўзғалиш ва тормозланиш) ва мия ярим шарларининг хусусиятларини ифодолашга имкон берди. Тажрибалар ҳар бир бемор учун стандарт шароитларда ўтказилди: тинч, ёруғ хона, оғриқ, шовқин стимуллари ва бошқа чалғитувчи омиллар таъсирисиз амалга оширилди. Марказий гемодинамика электрокардиография ва эхокардиография билан текширилди Бундан ташқари, бир қатор нисбий гемодинамик кўрсаткичлар ҳисоблаб чиқилган: систолик ва диастолик артериал қон босими, пулс, ўртача динамик (АД сист., диаст., пулс., ўртача), юрак уриш сони (ЮУС), юракнинг зарб ҳажми (ЗХ), қоннинг бир дақиқалик ҳажми (ҚДХ), юрак индекси (ЮИ), умумий периферик қон томир қаршилиги (УҚТҚ) кўрсаткичлар ўрганилди. Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш Микрософт Эксел электрон жадваллари учун статистик дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилди. Тафовутлар $p < 0,05$ да муҳим деб ҳисобланди.

Олинган натижалар ва муҳокамаси. Бачадон миомасидан азият чекадиган турли гуруҳдаги беморларда жинсий ва гонадотропик гормонлар контцентрациясини ўрганаётганда, нормал менапауза даври бўлган аёлларга қараганда менопауза синдроми бўлган беморларда ФСГ даражаси юқори бўлганлиги, (23,8 МЕ /Л га нисбатан 14,2 МЕ/Л). ЛГ даражасидаги фарқлар унчалик катта бўлмаган (15МЕ/Л га нисбатан 10 МЕ/Л) фарқлар аниқланди. Эстрадиол даражасининг пасайиши бачадон миомаси ва унга ҳамроҳ климактерик синдром билан оғриган беморларда катта аҳамиятга эга эканлиги аниқланди. Климактерик даврнинг клиник курсига қараб, ҳам этиологик, ҳам патогенетик жиҳатдан асосланиб, терапевтик премедикация схемасида эстрадиол ўрнини босувчи гормонал терапиядан фойдаланишга тўғри келди. Лекин баъзи беморлар гормон ўрнини босувчи гормонал терапиядан фойдаланиш истаги бўлмаслиги ва қарши кўрсатмаларнинг мавжудлиги фитоэстрогенлардан фойдаланишга имкон яратди. Деярли барча беморларда премедикациядан олдин текширувларнинг биринчи этапида хотиранинг сустлиги, фикрлаш ва диққатнинг бузилиши, юқори даражадаги хавотирлик аниқланди. Узоқ муддатли хотиранинг ва ёдлаш самарадорлигининг сезиларли даражада пасайиши кузатилди. Беморлар 10 дақиқа давомида 8 сўздан кўп бўлмаган сўзларни ёд олдилар.

Гемодинамик тадқиқотларни таҳлилида шу нарса аниқ бўлдики, патологик климакс билан касалланган бачадон миомаси бор бўлган беморлар даволовчи премедикациядан олдин гипертоник-гиподинамик диссоциациядан(63.4%) ва гипертензиядан азият чекишганлиги маълум бўлди. Гемодинамик силжишларни ҳисобга олган ҳолда фитоэстроген ва транквилизатор билан терапевтик премедикация пайтида марказий гемодинамик кўрсаткичлар жум-

2 жадвал.

Бачадон миомаи ва ҳамроҳ климактерик синдроми бўлган беморларни операциядан олдинги тайёргарлиги натижасида марказий гемодинамик кўрсаткичларининг ўзгариши.

Кўрсаткичлар	Гуруҳ ва кичик гуруҳлар	Шифохонага келгандаги	Премедикациянинг 5-7 кунидан сўнг	P
АҚБсис.	1a	150,5±2,4	130.2±2.1	<0.001
мм.сим.уст.	1b	150,8±3,1	146.3±3.2	>0.05
	2	142.2±2.2	142.2±2.4	>0.05
АҚБдиас.	1 a	90.3±1.6	80.1±1.6	<0.05
мм.сим.уст.	1 b	90.1±1.3	84.0±2.0	>0.05
	2	87.1±1.9	80.0±2.3	<0.01
АҚБпульс	1a	60.2±1.9	50.1±1.6	<0.05
мм.сим.уст.	1b	60.7±1.3	52.5±1.1	>0.05
	2	57.1±1.9	59.2±1.8	<0.01
АҚБ ўрт.	1a	110.4±2.4	96.4±1.6	<0.05
мм.сим.уст.	1b	110.1±3.1	101.3±2.0	>0.05
	2	106.1±1.9	99.8±2.3	<0.05
ЮУС дақ.	1a	76.1±2.9	72.0±1.2	>0.05
	1b	76.4±2.1	76.4±2.0	>0.01
	2	74.2±1.3	76.3±2.2	>0.05
ЗХ ml	1a	66.7±2.4	65.6±1.6	>0.05
	1b	66.3±3.2	65.3±2.3	>0.05
	2	67.1±1.6	67.1±1.6	>0.05
	1a	32.2±0.1	31.6±0.9	>0.05
ЗИ ml/m ²	1b	32.1±0.9	31.7±0.1	>0.05
	2	32.1±0.7	31,8±1.1	>0.05
ДҚХ l/дақ	1a	5.0±0.1	4.7±0.1	>0.05
	1b	5.0±0.1	4.9±0.1	>0.05
	2	5.0±0.1	5.1±0.1	>0.05
ЮИ l/дақ/m ²	1a	2.4±0.3	2.2±0.1	>0.05
	1b	2.4±0.2	2.4±0.1	>0.05
УПҚТҚ дин/с/см ²	1a	1759.3±42.1	1626±38.1	<0.05
	1b	1599.6±32.9	1518±32.6	>0.05
	2	1584.2±37.1	1616.2±41.7	>0.05
АПҚТҚ	1a	4486.1±54.6	4094.1±34.2	<0.05
дин/с/см ²	1b	4493.2±49.1	4374.2±53.4	>0.05
		4032.4±32.3	4176.2±43.2	>0.05

ладан, гипертоник гиподинамик диссоциацияланишнинг частотаси 24,7% гача, ажратилган гипертензия - 12,0% гача 1А кичик гуруҳида 31,2%, таққослаш кичик гуруҳида эса мос равишда 31,2% дан 17,6% гача пасайиш кузатилди. 1 Б кичик гуруҳида 30,3% пасайиш кузатилди. Ҳар икки усулда ҳам яъни гемодинамиканинг турини ҳисобга олган ҳолда операциядан олдинги даволаш ва терапевтик премедикация гипотензив ҳолатни пасайтирмади. Бундан ташқари, биринчи кичик гуруҳда унинг частотаси камроқ ошиши аниқланди (3,6% гача), иккинчи кичик гуруҳда унинг ўсиши 8,6% гача. Иккинчи кичик гуруҳга нисбатан, (мос равишда 2,3 ва 3,3%) даволаш натижасида изоляция қилинган гиподинамия билан касалланиш камайди. Биринчи кичик гуруҳдаги гипотензив гипердинамик диссоциация фақатгина 3,6% да сақланиб қолди, бунга солиштира кичик гуруҳда эришиб бўлмади, бу ерда 8,6% гача ўсиш қайд этилди.

Шуни таъкидлаш керакки, климактерик синдромнинг оғирлиги нафақат қон босимининг қийматида, балки ЮИ ва УҚҚ даги селектив ўзгаришларда ҳам акс этади. Климактерик синдромда гемодинамик бузилишларнинг ривожланиши гипертензив ҳолатга тўғридан-тўғри пропорционалдир (УҚҚ ўсиши, барқарор ЮИ билан) ва гипертоник гиподинамия диссоциация (бир вақтнинг ўзида ЮИ пасайиши билан УҚҚ ўсишининг прогрессияси). Мак-

рогемодинамик ўзгаришларни тавсия этилган барқарорлаштириш тизимида қўллаш, шунингдек, гипотестероидизмни меъёрлаштириш, марказий гемодинамик кўрсаткичларни тезроқ нормаллаштиришга ёрдам беради. Натижада, бу гемодинамик беқарорлик шунингдек гипертоник кризлар ва аритмияларни камайтиришга олиб келади.

Хулоса. Ҳамроҳ климактерик синдромли беморларни операциядан олдин тайёрлаш самарадорлигини баҳолашда, терапевтик премедикациянинг таркибий қисми сифатида 5-7 кун давомида фойдаланилган климадинон ва грандаксиндан кунига 2 марта фойдаланиш, ҳам психоэмоционал, ҳам гемодинамик афзалликларга эга эканлигини кўриш мумкин. Муайян гормонал ва седатив таъсир, ҳамда эстроген терапияси психоэмоционал бузилишларни барқарорлаштиришга, шунингдек юрак-қон томир фаолиятини нормаллаштиришга ёрдам беради. Буларнинг барчаси операцияни силлиқ кечиришга ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришга олиб келади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Вихляева Е. М. Климактерический синдром. В кн.: Вихляева Е. М. (ред.) Руководство по эндокринной гинекологии. М.: МИА; 2008. 603—650.
2. Горбаченков А. А., Буткевич Н. М. Заместительная гормональная терапия при сердечно-сосудистых заболеваниях у женщин. Пособие для врачей. М.: Медицина; 2011.
3. Кулаков В. И., Селезнёва Н. Д., Краснопольский В. И. Оперативная гинекология. М.: Медицина; 2014.
4. Кулаков В. И., Серов В. Н., Абубакирова А. М. и соавт. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Трида Х; 2011.
5. Мельниченко Г. А., Чазова Т. Е. Особенности заместительной гормональной терапии у женщин с эндокринными заболеваниями. Рус. мед. журн. 2012; 8: 764—767.
6. Нехотина И. В. Предоперационный период. В кн.: Долина О. А. (ред.) Анестезиология и реаниматология. М.: Медицина; 2014. 194—200.
7. Осипова Н. А. Подготовка больного к анестезии и операции. В кн.: Бунатян А. А. (ред.) Руководство по анестезиологии. М.: Медицина; 2013. 116—143.
8. Сметник В. П., Ткаченко Н. М., Глезер Г. А., Москаленко Н. П. Климактерический синдром. М.: Медицина; 2009.
9. Тювина Н. А. Психические нарушения у женщин в период климакса. Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 2013; 91 (2): 96—100.
10. Щеглова И. Ю. Психические расстройства в акушерско-гинекологической клинике Соц. и клинич. психиатрия 2014; 4 (3): 26—29.
11. Barratt:Connor E., Wingard D., Criqui M. Postmenopausal estrogen use and heart disease risk factories in 1980s. Amer. Med. Ass. 2012; 261 (14): 2095—2100.
12. Rudolf I., Zimmermann T., Kaminsky K. et al. Changes in psychic and somatic wellbeing and cognitive capabilities of peri and post menopausal women after the use of hormone replacement drag contain ing estradiol valerate and levonorgestrel. Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 2013; 22 (1): 51—56.