

ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

УДК 618.1; 616-05

¹Глазкова О.Л., ²Шмелева С.В., ¹Фадеев И.Е., ¹Полетова Т.Н., ¹Назарова С.В.

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва, Россия

²ГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет» Минобрнауки России, Москва, Россия

ISOLATION RISK OF DEVELOPING OR PROGRESSION OF OBESITY AFTER HYSTERECTOMY FOR PLANNING PREVENTIVE MEASURES

¹Glazkova OL., ²Shmeleva SV., ¹Fadeev IE., ¹Poletova TN., ¹Nazarova SV.

¹«Russian Medical Academy of Postgraduate Education Medical University», Moscow, Russia

²«Russian State Social University», Moscow, Russia

Введение

Последствия удаления матки для женщины – одна из самых обсуждаемых проблем современной гинекологии, при этом мнения исследователей варьируют. На одном полюсе мнений находится признание того факта, что после удаления матки без придатков может не наступить заметных изменений в состоянии здоровья, сохраниться нормальный, соответствующий возрасту, гормональный фон (в том числе двухфазный овариальный цикл). На другом полюсе – категорическое утверждение, что у женщины практически в обязательном порядке после операции формируется комплекс обменно-эндокринных и психо-эмоциональных расстройств (постгистерэктомический синдром), требующий серьезных профилактических и лечебных мероприятий. Среди ожидаемых негативных последствий гистерэктомии наибольший интерес вызывает возможность развития или прогрессирования ожирения и метаболических расстройств.

Цель исследования

Выявление различий в общем состоянии здоровья и пищевом поведении пациенток с манифестацией или выраженным прогрессированием ожирения и без таковых после перенесенной гистерэктомии с сохранением яичников.

Материалы и методы

Обследованы 34 женщины через 5 лет после гистерэктомии без придатков или с маточными трубами. Операция была выполнена лапароскопическим у 21 пациентки (61,76%), абдоминальным у 9 (26,47%) или влагалищным у 4 (11,76%) доступами в позднем репродуктивном или пременопаузальном возрасте: в 38–45 лет. На момент исследования возраст составил $46,4 \pm 3,2$ года. Показанием для оперативного лечения было наличие миомы матки и/или внутреннего эндометриоза. В качестве сопутствующей патологии дисплазия шейки матки диагностирована у 2 (5,88%), полипы эндометрия у 3 (8,82%), простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у 2 (5,88%), гидросальпинкс у 4 (11,7%). Все женщины имели в анамнезе беременно-

сти и роды. В основную группу включены 22 женщины, которые сообщили об увеличении за период времени после операции массы тела на 10–25 кг ($14 \pm 3,2$). Контрольную группу составили 12 женщин, масса тела которых за данный период была стабильной или увеличилась не более, чем на 3 кг. Исследование включало опрос, общее клиническое обследование, тестирование по анкете оценки пищевого поведения (Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) 1986). Также выполняли электроэнцефалографию на 9-ти канальном бумажно-пишущем аппарате Nichon Kohden (Япония) по стандартной методике с би- и монополярной регистрацией биоэлектрической активности в спокойном состоянии и в условиях проб (светового, звукового раздражения и дозированной гипервентиляции).

Результаты и их обсуждение

В основной группе исходно нормальная масса тела на момент операции была у 5 (22,7%), избыточная масса тела у 7 (31,8%), различная степень ожирения – у 10 (45,8%). В контрольной группе исходно нормальная масса тела была у большинства обследованных (75,0%), в остальных наблюдениях масса тела была избыточной, но не до степени ожирения (см. рис 1). При анализе анамнестических данных были выявлены существенные отличия между пациентками обеих групп. Симптомы, которые с высокой вероятностью могут свидетельствовать о гипоталамической дисфункции (стрии на коже в периоде полового созревания, периоды нейрогенной гипертермии, гипергидроз, головные боли, первичная гипердипсия, разнообразные нарушения сна, вегетативные кризы, расстройства настроения, выраженная метеозависимость и непереносимость жары) по 1–3 симптома отмечены в основной группе у всех, тогда как в контрольной – только у 2 женщин. В основной группе у одной пациентки имел место синдром хронической тазовой боли. Как известно, нейромедиаторная дисфункция ЦНС может лежать в основе ожирения [1, 3], а все описанные здесь симптомы могут являться ее проявлением.

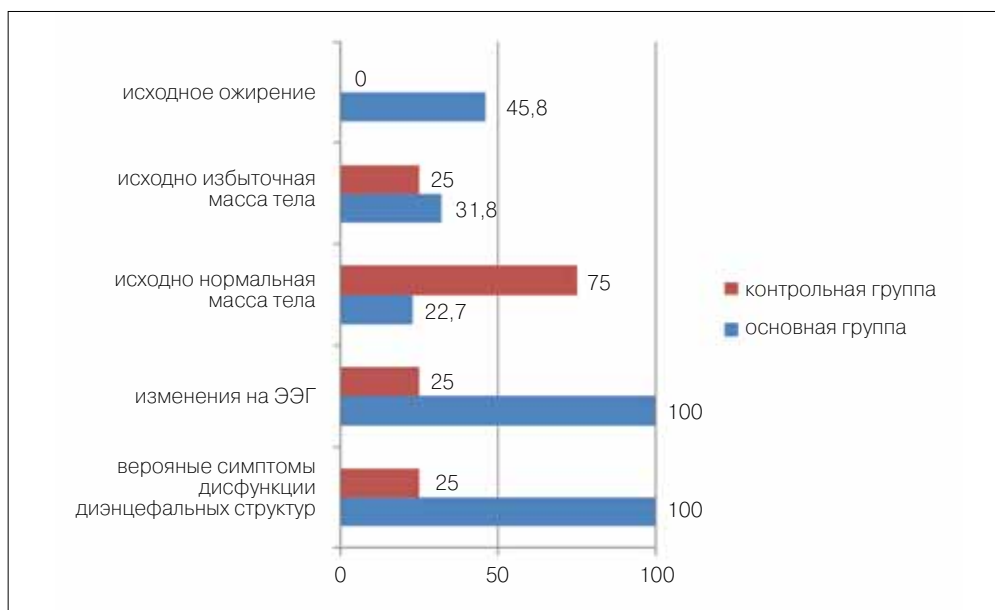


Рис. 1. Различия анамнеза и результатов изучения биоэлектрической активности головного мозга пациенток основной и контрольной групп (%)

Точно также общепризнано, что в патогенезе ожирения имеют значение психологические проблемы [4]. В основной группе 31,8% обследованных считали, что когда-либо в жизни у них были различные по продолжительности периоды психической депрессии [3], в контрольной группе таких женщин не было. Отличалось и отношение к самому факту операции.

При оценке пищевого поведения по DEBQ обнаружены существенные различия между группами (см. рис 2). По шкале оценки экстернального пищевого поведения показатель основной группы составил $3,5 \pm 1,4$, контрольной $1,4 \pm 0,5$ (нормативный показатель – не выше 2,68). Это означает, что у женщин основной группы отмечена повышенная реакция на внешние, а не на гомеостатические стимулы к приему пищи, когда основное значение имеет не чувство голода, а доступность продуктов, внешний вид, запах пищи, наличие компании для застолья и пр. В контрольной группе такие отклонения нетипичны.

Пациентки контрольной группы не считали, что гистерэктомия [5–7] может являться поводом для снижения самооценки, почувствовали облегчение при избавлении от гинекологического заболевания, послужившего поводом для операции, не думали, что их женственность пострадала. И напротив, 40,9% женщин основной группы сообщили, что операция послужила для них поводом серьезных переживаний по поводу «утраты женственности», сомнений в своей полноценности, привела к длительному снижению эмоционального фона, снижению самооценки, выраженным колебаниям настроения, а также «послужила свидетельством надвигающейся старости».

По шкале оценки эмоционального пищевого поведения, показатель по которой в норме не должен быть выше 2,03, он составил $4,03 \pm 1,6$ в основной группе, и $2,9 \pm 0,7$ – в контрольной. Иными словами, у пациенток основной группы отмечались гиперфагическая реакция на стресс, при которой прием пищи

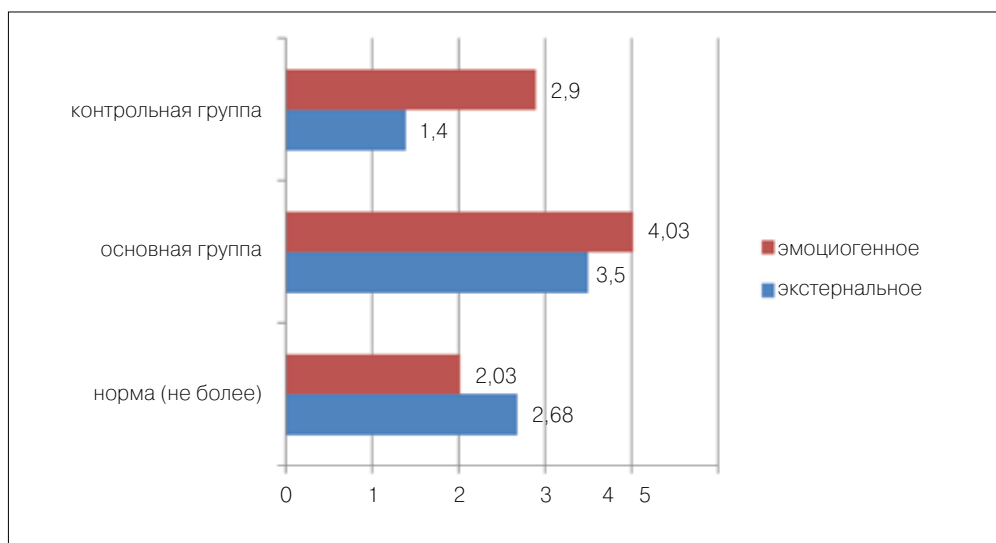


Рис. 1. Различия анамнеза и результатов изучения биоэлектрической активности головного мозга пациенток основной и контрольной групп (%)

является средством справиться с негативными чувствами, одиночеством, скукой, тревогой, раздражением, тоской и др. В основной группе были, в том числе пациентки с компульсивным пищевым поведением. При беседах с пациентками в большинстве наблюдений оказалось, что нарушение пищевого стереотипа было свойственно им в той или иной степени и до операции [8–10].

При ЭЭГ в основной группе у 16 женщин (72,0%) наблюдалась умеренная или выраженная дезорганизация фоновой активности. Пространственное распределение альфа-ритма было сохранено лишь у 3 (13,63%). Индекс альфа-ритма варьировал в диапазоне 42–76%. У 2 (9,09%) регистрировались диффузно распределенные альфа-волны, у 4 (18,18%) – альфа-вспышки. В 18,18% при ритмической фотостимуляции на ЭЭГ регистрировались четкие билатерально-синхронные вспышки σ -диапазона. Можно заключить, что у всех пациенток основной группы имели место признаки дисфункции диэнцефальных структур. В контрольной группе изменения на ЭЭГ, позволяющие говорить о вероятной дисфункции диэнцефальных структур мозга, отмечены всего у 3 человек (см. рис 1).

Заключение

Исходя из полученных данных, можно считать, что выполнение гистерэктомии служит не столько причиной, сколько триггером развития или прогрессирования ожирения при наличии предпосылок. Группа женщин, у которых отмечалась значительная прибавка массы тела (несопоставимо большая, чем допустимая возрастная прибавка) отличалась некоторыми особенностями. Во-первых, обращает внимание значительное количество указаний на вероятное наличие в момент выполнения операции дисфункции диэнцефальных структур мозга, что косвенно подтверждается данными ЭЭГ. Во-вторых, в группе пациенток со значительной прибавкой массы тела преобладал нарушенный пищевой стереотип, что особенно важно – эмоциогенное поведение. Кроме этого, женщины основной группы негативно и невротически относились к факту операции и вообще часто страдали нарушениями настроения и даже депрессией. Особенности пациенток основной группы по сути представляют собой описание группы риска развития (прогрессирования) ожирения после гистерэктомии, выделение такой группы позволяет проводить направленную профилактическую работу с участием смежных специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вознесенская Т.Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция. В кн. Ожирение / под. ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. Москва МИА, 2004. – 456 с.
2. Голубева В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. Руководство для врачей. Москва «Эйдос-Медиа» 831с.
3. Глазкова О.Л., Шмелева С.В., Полетова Т.Н., Гапонова Н.М. динамика метаболических нарушений у женщин с ожирением, перенесших гистерэктомию: обоснование необходимости восстановительного лечения. Вестник восстановительной медицины 2013; №3: 59–62.
4. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // *Int. J. Eating Disord* – 1986 2: 188–204.
5. Moorman P.G., Schildkraut J.M., Iversen E.S. et al. A prospective study of weight gain after premenopausal hysterectomy // *J. Womens Health (Larchmt)*. 2009 May; 18 (5): 699–708. doi: 10.1089/jwh.2008.1019.
6. Greenway F.L. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain // *Int. J. Obes.* 2015 Apr 21. doi: 10.1038/ijo.2015.59. [Epub ahead of print]
7. Gibson C.J., Thurston R.C., El Khoudary S.R. et al. Body mass index following natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy // *Int. J. Obes. (Lond)*. 2013 Jun; 37 (6): 809–13. doi: 10.1038/ijo.2012.164. Epub 2012 Sep 25.
8. Moorman P.G., Schildkraut J.M., Iversen E.S. et al. A prospective study of weight gain after premenopausal hysterectomy // *J. Womens Health (Larchmt)*. 2009 May; 18 (5): 699–708. doi: 10.1089/jwh.2008.1019.
9. Howard B.V., Kuller L., Langer R. et al. Women's Health Initiative. Risk of cardiovascular disease by hysterectomy status, with and without oophorectomy // *The Women's Health Initiative Observational Study. Circulation*. 2005 Mar 29; 111 (12): 1462–70. Epub 2005 Mar 21.
10. Hickey M, Ambekar M, Hammond I. Should the ovaries be removed or retained at the time of hysterectomy for benign disease? // *Hum. Reprod. Update*. 2010 Mar-Apr; 16 (2): 131–41. doi: 10.1093/humupd/dmp037. Epub 2009 Sep 30.

REFERENCES:

1. Voznesenskaya T.G. Typology of eating disorders and emotional and personality disorders in primary obesity and their correction. Proc. Obesity / under. Ed. Dedov I, Melnichenko GA Moscow MIA, 2004. – 456 p.
2. Глазкова О.Л., Шмелева С.В., Полетова Т.Н., Гапонова Н.М. динамика метаболических нарушений у женщин с ожирением, перенесших гистерэктомию: обоснование необходимости восстановительного лечения. Вестник восстановительной медицины 2013; №3: 59–62.
3. Golubeva V.L., Vein A.M. Neurological syndromes. Guide for physicians. Moscow «Eidos Media» 831 p.
4. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior // *Int. J. Eating Disord* – 1986 2: 188–204.
5. Moorman P.G., Schildkraut J.M., Iversen E.S. et al. A prospective study of weight gain after premenopausal hysterectomy // *J. Womens Health (Larchmt)*. 2009 May; 18 (5): 699–708. doi: 10.1089/jwh.2008.1019.
6. Greenway F.L. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain // *Int. J. Obes.* 2015 Apr 21. doi: 10.1038/ijo.2015.59. [Epub ahead of print]
7. Gibson C.J., Thurston R.C., El Khoudary S.R. et al. Body mass index following natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy // *Int. J. Obes. (Lond)*. 2013 Jun; 37 (6): 809–13. doi: 10.1038/ijo.2012.164. Epub 2012 Sep 25.
8. Moorman P.G., Schildkraut J.M., Iversen E.S. et al. A prospective study of weight gain after premenopausal hysterectomy // *J. Womens Health (Larchmt)*. 2009 May; 18 (5): 699–708. doi: 10.1089/jwh.2008.1019.
9. Howard B.V., Kuller L., Langer R. et al. Women's Health Initiative. Risk of cardiovascular disease by hysterectomy status, with and without oophorectomy: the Women's Health Initiative Observational Study. *Circulation*. 2005 Mar 29; 111 (12): 1462–70. Epub 2005 Mar 21.
10. Hickey M, Ambekar M, Hammond I. Should the ovaries be removed or retained at the time of hysterectomy for benign disease? // *Hum. Reprod. Update*. 2010 Mar-Apr; 16 (2): 131–41. doi: 10.1093/humupd/dmp037. Epub 2009 Sep 30.

РЕЗЮМЕ

Последствия удаления матки для женщины – одна из самых обсуждаемых проблем современной гинекологии. Целью нашего исследования было выявить различия в общем состоянии здоровья и пищевом поведении пациенток с манифестацией или выраженным прогрессирующим ожирением и без таковых после перенесенной гистерэктомии с сохранением яичников. Обследованы 34 женщины через 5 лет после гистерэктомии без придатков или с маточными трубами. На момент исследования возраст составил $46,4 \pm 3,2$ года. В основную группу включены 22 женщины, которые сообщили об увеличении за период времени после операции массы тела на 10–25 кг ($14 \pm 3,2$). Контрольную группу составили 12 женщин, масса тела которых за данный период была стабильной или увеличилась не более, чем на 3 кг. Исследование включало опрос, общее клиническое обследование, тестирование по анкете оценки пищевого поведения (Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) 1986). Также выполняли электроэнцефалографию. Симптомы, которые с высокой вероятностью могут свидетельствовать о гипоталамической дисфункции (стрии на коже в периоде полового созревания, периоды нейрогенной гипертермии, гипергидроз, головные боли, первичная гипердипсия, разнообразные нарушения сна, вегетативные кризы, расстройства настроения, выраженная метеозависимость и непереносимость жары) по 1–3 симптома отмечены в основной группе у всех, тогда как в контрольной – только у 2 женщин. В основной группе 31,8% обследованных считали, что когда-либо в жизни у них были различные по продолжительности периоды психической депрессии, в контрольной группе таких женщин не было. По шкале оценки экстерналичного пищевого поведения показатель основной группы составил $3,5 \pm 1,4$, контрольной $1,4 \pm 0,5$ (нормативный показатель – не выше 2,68). По шкале оценки эмоциогенного пищевого поведения, показатель по которой в норме не должен быть выше 2,03, он составил $4,03 \pm 1,6$ в основной группе, и $2,9 \pm 0,7$ – в контрольной. При ЭЭГ в основной группе у 16 женщин (72%) наблюдалась умеренная или выраженная дезорганизация фоновой активности. В контрольной группе изменения на ЭЭГ, позволяющие говорить о вероятной дисфункции диэнцефальных структур мозга, отмечены всего у 3 человек. Исходя из полученных данных, можно считать, что выполнение гистерэктомии служит не столько причиной, сколько триггером развития или прогрессирования ожирения при наличии предпосылок (дисфункции диэнцефальных структур мозга), нарушения пищевого поведения, склонности к депрессии).

Ключевые слова: гистерэктомия, гистерэктомия без придатков, ожирение, избыточная масса тела, постгистерэктомический синдром, пищевое поведение, экстерналичное пищевое поведение, эмоциогенное пищевое поведение, пищевой стереотип, профилактика ожирения, дисфункция диэнцефальных структур.

ABSTRACT

The consequences of hysterectomy for a woman – one of the most discussed problems of modern gynecology. The aim of our study was to identify differences in the general health and feeding behavior of patients with severe manifestation or progression of obesity without such after undergoing a hysterectomy with preservation of ovaries. The study included 34 women 5 years after a hysterectomy without appendages or fallopian tubes. At the time of the study age was $46,4 \pm 3,2$ years. The study group included 22 women who reported an increase in the period of time after the surgery the body weight of 10–25 kg ($14 \pm 3,2$). The control group consisted of 12 women whose weight for the period was stable or increased by no more than 3 kg. The study included a survey, the general clinical examination, testing the questionnaire assessment of eating behavior (Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) 1986). Also perform electroencephalography. Symptoms that are highly likely to indicate a hypothalamic dysfunction (stretch marks on the skin during puberty, periods of neurogenic hyperthermia, hyperhidrosis, headaches, primary giperdipsiya, various sleep disorders, autonomic crises, mood disorders, severe heat intolerance and meteoavisimost) 1–3 symptoms observed in all of the main group, while in the control group - only two women. In the study group 31,8% of the surveyed believed that ever in my life have been different duration periods of mental depression in the control group of women was not. On a scale of externalities eating behavior index of the main group was $3,5 \pm 1,4$, the control $1,4 \pm 0,5$ (the statutory rate – no higher than 2,68). On a scale of emotion-eating behavior, the rate at which normally should not be higher than 2,03, it was $4,03 \pm 1,6$ in the main group and $2,9 \pm 0,7$ – in control. When the EEG in the study group, 16 women (72%) had moderate or severe disorganization of background activity. In the control group, the changes in the EEG, lets talk about the probable dysfunction diencephalic brain structures observed in all 3 people. Based on the data, it can be assumed that the performance of a hysterectomy is not so much the cause as a trigger the development or progression of obesity in the presence of prerequisites (dysfunction diencephalic brain structures), eating disorders, addiction to depression).

Keywords: hysterectomy, hysterectomy without appendages, obesity, overweight, postgisterektomichesky syndrome, eating behavior, externalities feeding behavior, emotion-eating behavior, food stereotype prevention of obesity, dysfunction diencephalic structures.

Контакты:

Шмелева Светлана. E-mail: 89151479832@mail.ru