

фоне перенесених воспалительных заболеваний органов малого таза с применением энзимных препаратов местного действия.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, воспалительные заболевания органов малого таза, реабилитация репродуктивной функции, дистрептаза.

Chaika H.V., Yaremchuk L.V., Karetna A.O

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND REABILITATION REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN WITH HYPERPLASIA ENDOMETRIAL BACKGROUND INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS

Summary. The article presents the results of a study of etiopathogenetic factors of the development of endometrial hyperplasia in women of reproductive age with ultrasonographic signs of the disease. The main causes of hyperplasia of the endometrium have been studied and highlighted. Pathomorphological studies of endometrial tissue in this category of patients have been carried out. The role of chronic pelvic inflammatory diseases in the pathogenesis of endometrial hyperplasia has been studied. As a result of the data obtained, the scheme of treatment and rehabilitation therapy in women with existing factors of endometrial hyperplasia on the background of the inflammatory diseases of the pelvic organs with the use of enzyme drugs of local action is presented.

Key words: endometrial hyperplasia, inflammatory diseases of the pelvic organs, rehabilitation of the reproductive function, distreptase.

Рецензент - д.мед.н., проф. Коньков Д.Г.

Стаття надійшла до редакції 01.12.2016 р.

Чайка Григорій Васильович - д.мн.н., проф. кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)4334152

Яремчук Лілія Вікторівна - к.мед. н., доц. кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(096)3002301; yaremchuk-liliya@mail.ru

Каретна Анна Олександрівна - аспірант кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)3502631

© Шаповал О.С.

УДК: 618.11-006.2:618.11-008.64:618.176]-055.2-053.84-07-089-036.868

Шаповал О.С.

Державний заклад "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України" (Бульвар Вінтера, буд.20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИНОПОДІБНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ

Резюме. Подані дані власних досліджень клінічної картини, даних ультразвукового та гормонального методу дослідження пацієнток з синдромом виснаження яєчників. Досліджені основні ланки етіопатогенезу захворювання. Запропонована програма обстеження пацієнток з вторинною морфофункціональною аменореєю. Реабілітаційно-лікувальні заходи у жінок репродуктивного віку з синдромом виснаження яєчників мають бути спрямовані на відновлення менструальної та репродуктивної функції.

Ключові слова: кісти яєчників, синдром виснаження яєчників, аменорея.

Вступ

Проблеми реабілітації пацієнток після оперативних втручань на органах репродуктивної системи займають особливе місце в гінекологічній практиці. Консервативних методик лікування в оперативні найбільш розповсюджена в менеджменті пухлиноподібних утворень яєчників [3, 10]. Наслідками такого лікування найчастіше є порушення менструального циклу у вигляді ановуляції, аменореї, також скарги можуть бути на безпліддя [1, 2, 5, 6, 7]. Це супроводжується змінами в психоемоційній сфері, сексуальній функції, знижує працездатність та підвищує ризик розвитку ендокринних, серцево-судинних, онкологічних, психічних і інших захворювань [2, 8, 9]. Відтак, питання своєчасної та повноцінної реабілітації пацієнток з оперованими яєчниками є актуальними. У зв'язку з цим метою дослідження було вивчити клініко-лабораторні

особливості у пацієнток репродуктивного віку після хірургічного лікування пухлиноподібних утворень яєчників та розробити комплекс реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи

Всього обстежено 32 пацієнтки репродуктивного віку, які звернулися до гінекологічного відділення з приводу аменореї (основна група). Контрольну групу склали 50 жінок без гінекологічної та соматичної патології, які звернулися до лікувального закладу з питань вибору контрацепції.

Всім жінкам проводилося трансвагінальне сканування органів малого тазу ультразвуковим апаратом LOGIQ 5 Premium № (США) 234778WX9 2000 з використанням трансабдомінального та вагінального датчиків частотою 3,5 і 4 МГц. Вивчалися розміри тіла матки,

однорідність структури міометрія, товщина ендометрія, його однорідність, зовнішній контур, наявність і характер деформацій. Оцінювався стан цервікального каналу, яєчників (діагностувалася наявність об'ємних утворень), маткових труб.

Гормональні дослідження були виконані за допомогою імуноферментних тест-систем для кількісного визначення в сироватці крові ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону.

У роботі з пацієнтками дотримувалися етичні принципи, які задекларовані Гельсінської Декларацією Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association Declaration of Helsinki).

Отримані результати були оброблені за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0). Статистичну значущість порівнюваних показників з нормальним розподілом встановлювали з використанням t-критерію Стьюдента для середніх величин.

Результати. Обговорення

Середній вік пацієнток основної групи склав $37 \pm 0,82$ роки, контрольної - $36 \pm 0,32$ роки. В минулому всі пацієнтки основної групи мали нормальну менструальну функцію. Середній вік менархе пацієнток обох груп достовірно не відрізнявся ($12,8 \pm 1,04$ років та $13,12 \pm 0,18$ років), так само як і тривалість менструальної кровотечі ($4,9 \pm 1,1$ днів та $4,9 \pm 0,14$ днів). Середня подовженість менструального циклу в групах порівняння склала $27,5 \pm 3,8$ днів та $27,6 \pm 0,4$ днів відповідно. Альтернативною в минулому відзначало 59% пацієнток основної групи. Всі пацієнтки основної групи народжували, в групі контролю за паритетом жінки розподілилися порівну.

В основній групі провідною скаргою були порушення менструального циклу в вигляді аменореї різної тривалості (мінімальна - 10 місяців, максимальна - 1,5 роки). У 15 жінок (46,88%) менструації припинилися несподівано, у 17 (53,13%) настанню аменореї передував період олігоменореї на протязі 5 - 7 років. Також у 17 пацієнток (53,13%) спостерігалися вегето-судинні прояви клімактеричного синдрому у вигляді "припливів жару", пітливості, серцебиття, головного болю, загальної слабкості.

Усі пацієнтки основної групи мали обтяжений гінекологічний анамнез. Так, оперативне лікування у вигляді субтотальних резекцій яєчників з приводу цистаденом проведено у 13 пацієнток (40,63%), ендометріодних кіст - у 14 (43,75%), кістозних змін під час проведення міомектомії - у 3 (9,38%), тубектомії - у 2 (6,25%). Описані порушення у 85% пацієнток протікали на фоні супутньої гінекологічної патології. Так, диспластичні процеси шийки матки спостерігалися у 68,75% хворих, патологія ендометрія в анамнезі - у 37,5%, міома матки та хронічні запальні процеси матки та її додатків - у 12,5%, сінехії в порожнині матки як

Таблиця 1. Ехографічні параметри органів малого тазу в досліджуваних групах ($M \pm m$, мм).

Параметри	Основна група (n=32)	Контрольна група (n=50)
Довжина матки	$46,6 \pm 1,1^*$	$51,58 \pm 0,48^*$
Ширина матки	$42,96 \pm 1,07^*$	$46,42 \pm 0,62^*$
Товщина матки	$32,97 \pm 1,07$	$35,08 \pm 0,54$
Мінімальні розміри матки	33x26x38	35x28x46
Максимальні розміри матки	45x38x35	55x44x59
Мінімальна товщина М-ехо	1	5
Максимальна товщина М-ехо	4,9	9
Середнє значення М-ехо	$4,2 \pm 0,22^*$	$6,12 \pm 0,75^*$

Примітка. * - рівень достовірності при $p < 0,05$.

Таблиця 2. Гормональні показники в групах порівняння.

Показники	Основна група (n=32)	Контрольна група (n=50)
ФСГ (МЕ/л)	$20,2 \pm 0,89^*$	$5,8 \pm 0,34^*$
ЛГ (МЕ/л)	$30,1 \pm 0,72^*$	$8,2 \pm 0,54^*$
Естрадіол (пмоль/л)	$84,4 \pm 0,76$	$350,2 \pm 0,48$
Прогестерон (нмоль/л)	$0,6 \pm 0,32$	$1,2 \pm 0,28$

Примітка. * - рівень достовірності при $p < 0,05$.

наслідок хронічного ендометриту - у 6,25%. Данні клінічної картини пацієнток основної групи свідчили про наявну яєчникову недостатність внаслідок проведеного хірургічного втручання. Синдром виснаження яєчників, що розвинувся, також міг розглядатися як один із маркерів зниженого оваріального резерву, що в майбутньому могло спричинити проблеми з настанням вагітності адже всі жінки були репродуктивного віку.

Загально клінічне дослідження виявило, що всі пацієнтки мали правильний жіночий тип статури, без ознак ожиріння, нормально розвинені вторинні статеві ознаки. При гінекологічному дослідженні були виявлені ознаки, які свідчили про наявність гіпоестрогенії: стоншування, крихкість та гіперемія слизових оболонок піхви, слабо позитивний симптом "зіниці", стоншення слизової шийки матки. При проведенні бімануального дослідження у пацієнток основної групи відзначалася гіпоплазія матки та дещо зменшені розміри яєчників.

З метою деталізації отриманих даних в досліджуваних групах було рекомендовано провести ультразвукове дослідження органів малого тазу. Отримані дані представлені в таблиці 1.

Отримані дані свідчили про достовірне зменшення лінійних розмірів матки у пацієнток основної групи відносно контрольної (довжини та ширини). Середні значення товщини ендометрія також мали достовірні відмінності порівняно з контрольною групою, що могло свідчити про неможливість повноцінної трансформації ендометрія на фоні яєчкової недостатності, що розвинулася. В групі контролю достовірних відміннос-

тей в ехографічних параметрах правого та лівого яєчників виявлено не було. Тому порівняння між групами проводили з правим яєчником групи контролю як найбільш функціонально активним [4, 6]. Треба зазначити, що у 17 пацієнок визначалися невеликих розмірів яєчники без фолікулярного апарату, у 15 розміри яєчників були нормальними з візуалізацією множинних фолікулів до 5 - 6 мм в діаметрі.

З метою встановлення етіологічного чиннику аменореї проводилися функціональні проби. Проби з кломіфеном, гестагеном та гонадотропінами були негативні, що свідчило про збережені резервні можливості гіпоталамо-гіпофізарної системи [1, 7], на відміну від естроген-гестагенної проби, яка у всіх пацієнок основної групи була позитивною і викликала поліпшення загального стану хворих.

З метою підтвердження синдрому виснаження яєчників було проведено визначення основних гормональних показників репродуктивної системи. Отримані результати наведені в таблиці 2.

Результати проведених досліджень свідчили про достовірне підвищення концентрації ФСГ та ЛГ в основній групі порівняно з контрольною. У пацієнок з аменореєю відзначалося зниження концентрації естрадіолу. Достовірних відмінностей в концентрації прогестерону в групах порівняння не було виявлено.

Таким чином, аналіз клініко-анамнестичних даних (перенесені оперативні втручання на яєчниках), результати гормонального дослідження (високий рівень гонадотропінів, низький рівень естрадіолу, нормальний рівень прогестерону) дозволили встановити, що у пацієнок основної групи вторинна аменорея була одним із проявів синдрому виснаження яєчників.

З метою реабілітації пацієнок основної групи було запропоноване застосування гормональної терапії комбінованими препаратами, які містили як естроген, так і гестаген. Перевагу надавали препарату, в складі якого містилося 2 мг естрадіолу та 10 мг дідрогестерону, оскільки саме такий склад та особливості дозування дозволяють доволі точно відтворити природній гормональний фон у жінок репродуктивного періоду з мінімальною кількістю побічних ефектів. Висока біодоступність та селективність його складових дозволили впродовж вже 3 місяців суттєво зменшити кількість скарг з боку вегето-судинної сфери. Так, частота "припливів жару" та пітливості знизилась з 70 до 10 %, серцебиття нормалізувалося у всіх пацієнок. Епізоди головного болю та періодичної загальної слабкості спостерігалися у 40 % опитуваних до початку лікування та у 10 % через 3 місяці після початку прийому

замісної гормональної терапії. Під час наступних візитів всі пацієнтки відзначали високий профіль переносимості гормональної терапії. Значних побічних ефектів, які б вимагали відміни препарату, не відзначалося.

Таким чином, проведене дослідження дозволяє визначити напрямок тактики подальшого ведення хворих і можливість реабілітації у них репродуктивної функції. На першому етапі діагностики вторинної морфофункціональної аменореї з яєчником недостатністю докладно проводиться збір анамнезу (у більшості пацієнок встановлюються травми яєчника в минулому). Анамнестично має місце нормальна менструальна та генеративна функції. В структурі скарг має місце аменорея, приливи та інші вегетативно-судинні порушення. Наступний етап обстеження включає дослідження гормонального профілю з встановленням гіперсекреції гонадотропінів на тлі гіпоестрогенії та нормогормонемії з боку прогестерону., Гормональні проби з прогестероном, гонадотропінами, кломіфена цитратом негативні. Проба з естроген-гестагенами препаратами в циклічному режимі позитивна. Комплекс лікувальних заходів при синдромі виснаження яєчників має бути спрямований на відновлення повноцінного менструального циклу, ліквідацію симптомів клімактеричного синдрому. Основу лікування для таких пацієнок складають препараті замісної гормональної терапії до віку природної менопаузи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У пацієнок репродуктивного віку, які в минулому перенесли оперативні втручання на яєчниках, розвиток аменореї слід розглядати як один з вірогідних проявів синдрому виснаження яєчників.

2. Ультразвукове дослідження при синдромі виснаження яєчників дозволяє виявити гіпопластичні зміни матки на фоні неповноцінної трансформації ендометрія та в деяких хворих ознаки виснаження фолікулярного апарату яєчників.

3. Вторинна морфофункціональна аменорея з яєчником недостатністю характеризується високим рівнем ФСГ (>20 МЕ/л), ЛГ (>30 МЕ/л) та низьким рівнем естрадіолу (<100 пмоль/л).

Перспективи подальших розробок полягають у розробці та індивідуалізації лікувально-реабілітаційної програми ведення пацієнок репродуктивного віку з доброякісними пухлиноподібними утвореннями яєчників, яким планується проведення оперативного лікування для профілактики розвитку синдрому виснаження яєчників.

Список літератури

- Борис Е. Н. Современный подход в лечении преждевременного истощения яичников / Е.Н. Борис, В.В. Суменко, Л.Н. Онищик // Здоровье женщины. - 2012. - № 4(70). - С. 125-130.
- Влияние хирургического лечения эн-
- дометриомы яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мета-анализа // Проблемы женского здоровья. - 2012. - № 3. - С. 10-15.
- Вовк І. Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк // Здоровье женщины. - 2013. - № 2 (78). - С. 11-15.
- Гажонова В. Е. Соноэластография в

- диагностике образований яичников / В.Е. Гаждонова, С.О. Чуркина, Е.Б. Савинова // Кремлёвская медицина. - 2009. - № 3. - С. 31-37.
5. Гаспарян С. А. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения / С.А. Гаспарян, Р.М. Ионова, О.С. Попова // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2015. - № 4. - С. 66-72.
6. Демидов В. Н. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников / В.Н. Демидов, А.И. Рус, Л.В. Адамян // Практическое пособие. - Вып. 2. Эхография органов малого таза у женщин. - М., 2006. - С. 5-27.
7. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. - М.: Триада X, 2005. - 21 с.
8. Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины / Т.Ф. Татарчук // Эндокринная гинекология. - 2006. - № 3. - С. 2-9.
9. Шаповал О. С. Репродуктивный потенциал. Состояние проблемы на современном этапе (обзор литературы) / О.С. Шаповал // Сучасні медичні технології. - 2014. - № 3 (23). - С. 85-92.
10. Шаповал О. С. Ендоскопічні методики в лікуванні ендометріодної хвороби / О.С. Шаповал // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2017. - № 1, ч.1 (21). - С. 65-68.

Шаповал О.С.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Резюме. Представлены данные собственных исследований клинической картины, ультразвукового и гормонального метода обследования пациенток с синдромом истощения яичников. Исследованы основные звенья этиопатогенеза заболевания. Предложена программа обследования пациенток с вторичной морфофункциональной аменореей. Реабилитационно-лечебные мероприятия у женщин репродуктивного возраста с синдромом истощения яичников должны быть направлены на восстановление менструальной и репродуктивной функции.

Ключевые слова: кисты яичников, синдром истощения яичников, аменорея.

Shapoval O.S.

ISSUES OF REHABILITATION OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE AFTER SURGICAL TREATMENT OF TUMOR-LIKE FORMATIONS OF OVARIES

Summary. The data presents the results of clinical, ultrasound and hormonal methods of study of patients with a syndrome of ovarian exhaustion. The basic units of the etiopathogenesis of the disease are represented. The program of examination of patients with secondary morphofunctional amenorrhea is proposed. Rehabilitation and therapeutic measures in women of reproductive age with a syndrome of ovarian exhaustion should be focused on the restoration of menstrual and reproductive function.

Key words: ovarian cysts, syndrome of ovarian exhaustion, amenorrhea.

Рецензент - д.мед.н., проф. Луценко Н.С.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2016р.

Шаповал Ольга Сергіївна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"; +38(050)8195300; shapoval_olga@ukr.net

© Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Палагнюк К.В.

УДК: 689:616.002-654,05.45.00

Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Палагнюк К.В.

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська, 3, м. Київ, Україна, 02166)

ВПЛИВ ПОШКОДЖЕНЬ ХРЕБТА НА РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНОГО ПРОЦЕСУ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ДТП

Резюме. Однією з основних проблем хірургії пошкоджень є визначення впливу конкретного пошкодження на перебіг травматичного процесу в цілому. Особливо це стосується такої складної патології, як пошкодження хребта. Метою нашого дослідження було визначення особливостей впливу різних клініко-нозологічних варіантів пошкоджень хребта на перебіг травматичного процесу у постраждалих з політравмою в результаті ДТП. Було проведено ретроспективний аналіз лікування постраждалих з політравмою та травмою хребта, що була отримана в результаті ДТП в період 2010 - 2016 роки. Було виявлено, що серед постраждалих з політравмою в результаті ДТП на перебіг травматичного процесу найбільш негативно впливають такі нозологічні форми як перелом хребця, множинні пошкодження хребта та пошкодження зв'язкового апарату. В структурі летальності за клініко-нозологічним принципом на першому місці знаходиться група пошкоджень з переломами тіл хребця, переважно за рахунок уламкових та вибухово-уламкових переломів.

Ключові слова: політравма, постраждалий, пошкодження хребта, клініко-нозологічна характеристика.

Вступ

Травма по всьому світу продовжує залишатися провідною причиною смерті людей молодше 40 років, роб-

лячи значний соціально-економічний вплив на суспільство. Ця ситуація не має істотних тенденцій до зни-