

УДК 616.12 – 008.331

## ПРОФІЛАКТИКА ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПАТОЛОГІЧНОГО КЛІМАКСУ

*ДНІСТРЯНСЬКА А.П., ЧАЙКА Г.В., ДНІСТРЯНСЬКИЙ В.С.,*

*КИЛИМНЮК Л.І.*

м. Вінниця

Патологічний перебіг перименопаузального та постменопаузального періодів супроводжується не тільки симптомокомплексом вегетативних порушень, який пов'язаний з порушенням адаптації систем і органів жінки до процесів старіння організму, але й стає причиною урогенітальних, остеопоротичних ускладнень, органічних змін серцево-судинної системи у віддалений постменопаузальний період. Повний спектр перименопаузальних та постменопаузальних розладів суттєво впливає на якість життя жінки і становить як медичну, так і соціальну проблему, яка на протязі багатьох десятиріч привертає до себе увагу не тільки гінекологів, але й лікарів інших спеціальностей. Перименопаузальному періоду притаманний ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), особливо на тлі метаболічного синдрому, вегето-гормональної кардіоміопатії, клінічними проявами якої є кардіалгії, серцебиття, задишка, а також урогенітальних розладів, остеопорозу [1, 3]. Системні ускладнення зумовлені дефіцитом естрогенів внаслідок поступового припинення гормональної функції яєчників. Гормональний дисбаланс в перименопаузальному періоді у жінок проявляється зростанням рівня ФСГ, ЛГ (ФСГ значно переважає над ЛГ), зниженням рівня фракцій естрадіолу [3,2,4]. Серед проявів перименопаузальних розладів суттєве місце займають і ушкодження урогенітального тракту, зумовлені як проявом хронічної інфекції, що передається статевим шляхом, так і атрофічними змінами, притаманними урогенітальному епітелію в клімактеричному періоді, що поглиблюється зниженням імунітету у жінок постменопаузального періоду.

Атрофічний кольпіт характеризується зникненням поверхневих клітин, зменшенням чи зникненням клітин проміжного шару і абсолютним домінуванням клітин базального шару, що призводить до зниження рівня глікогену, перешкоджає проліферації паличок Додерляйна і призводить до зниження молочної кислоти і залуження піхви. Це, в свою чергу, сприяє появі патогенних мікроорганізмів, котрі викликають урогенітальні інфекції, які спостерігаються в цей період життя жінки. Атрофічний вагініт супроводжується досить тривалою симптоматикою, що суттєво знижує якість життя пацієнток. Це виділення з неприємним запахом, значний свербіж, відчуття печії та сухості піхви.

Таким чином, пошук ефективних і безпечних заходів для підтримки адаптаційних можливостей організму в жінок, профілактики та корекції вегетативних порушень, кардіоміопатій, урогенітальних розладів та остеопорозу залишається актуальним.

**Мета** нашого дослідження виявити ризик розвитку серцево-судинної патології, урогенітальних розладів та остеопорозу у жінок з патологічним перебігом клімаксу та оцінити ефективність комплексних заходів профілактики та лікування.

### **Матеріали і методи дослідження**

Обстежено 123 жінки в періоді перименопаузи, які спостерігаються в кабінеті патологічного клімаксу в жіночій консультації пологового будинку №1 м. Вінниці. Групу контролю склали 35 жінок того ж віку без патології, які зверталися для профілактичних оглядів.

Для оцінки перебігу клімактеричного синдрому використовували 10-ти бальну шкалу оцінки клімактеричних розладів, розроблену Німецьким товариством менопаузи в доповненні до індексу Купермана.

Стан серцево-судинної системи визначали шляхом електрокардіографічного дослідження, стабільність ритму серця - добовим Холтеровським монітуванням та проводили монітування АТ.

Додатково визначали показники ліпідного спектру крові: загальний холестерин (ХС), холестерин ліпопротеїдів низької щільності, ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності, ХС ліпопротеїдів високої щільності, тригліцериди.

Для характеристики уrogenітальних розладів використовувалася оцінка стану епітелію. Стан епітелію піхви оцінювався за клінічними проявами (свербіж, виділення, диспареунія) та при локальному огляді слизової піхви, який дозволяє оцінити стан атрофічних змін (поверхня і колір слизової оболонки піхви та шийки матки, еластичність слизової оболонки піхви, наявності її блиску).

Для стратифікації 10-літнього ризику великих остеопоротичних переломів була використана електронна шкала FRAХ.

Безпечність терапії визначали традиційними лабораторними показниками: активністю печінкових ферментів, рівнем діастази.

Для оцінки якості життя (ЯЖ) використаний загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form).

Результати обстежень оброблені з використанням методів варіаційної статистики, прийнятими у медицині та біології, з використанням стандартного пакета програм.

### Результати дослідження та їх обговорення

Жінкам з патологічним перебігом клімаксу, проявами вегетативних порушень та кардіоміопатією, уrogenітальними розладами застосовували комплексне лікування: естрогенотерапія (естрадіол, поєднання естрадіолу – 1,0 мг та дідрогестерону – 5,0 мг, фітоестрогени на основі циміцифуги, дикого ямсу, конюшини), транквілізатори, похідних біциклічних бісмочевин (адаптол по 500 мг тричі на добу), гіполіпідемічну терапію аторвастатином, за показами антиаритмічну терапію, при уrogenітальних розладах – етіопатогенетичне лікування, при атрофічних кольпітах - комплексні супозиторії із подальшим застосуванням лактогеля.

До початку терапії у хворих спостерігалися ранні симптоми клімактеричного синдрому. Серед них виділялися вазомоторні (приливи жару, пітливість, розлади сну) та порушення стану серцево-судинної системи (варіабельність ритму та АТ), клінічні ознаки міокардіопатії (біль, відчуття серцебиття, задишка), уrogenітальні розлади, атрофічні кольпіти.

При проведенні біохімічних досліджень виявлено порушення ліпідного спектру крові: підвищення рівня атерогенних фракцій і зниження рівня антиатерогенних фракцій. Після проведення 3-х місячного комплексу лікування спостерігалась позитивна динаміка у перебігу клімактеричного синдрому. Найбільш виражені зміни відбулися в клінічних проявах патологічної менопаузи. Зменшилися прояви приливів жару, порушення сну, пітливості, втомленості, плаксивості, дратівливості. Суттєво змінилося співвідношення фракцій ліпідів. Загальний ХС зменшився від  $7,1 \pm 0,2$  ммоль/л, до  $5,3 \pm 0,09$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) після лікування. Аналогічна тенденція спостерігалась і в динаміці рівня атерогенних фракцій ліпідів.

Позитивні зміни відбулися і в стані серцево-судинної системи. Холтеровське монітування дозволило констатувати нормалізацію серцевого ритму, відсутність тахікардії, відмітилась позитивна тенденція АТ.

Зменшилися клінічні прояви (свербіж, виділення, диспареунія) атрофічного кольпіту, при дзеркальному огляді встановлено відновлення поверхні і кольору слизової піхви та шийки, еластичності слизової оболонки піхви, блиску.

Проведена терапія не супроводжувалася розвитком побічних дій, не мала негативного впливу гіполіпідемічних препаратів на активність печінкових ферментів, що дозволяє ефективно та безпечно застосовувати комплексну терапію.

Оцінюючи якість життя, встановлено, що рівень «Фізичного функціонування (PF)», що характеризує діапазон посиленої фізичної активності, виявився достатнім у жінок з патологічним перебігом клімаксу. При оцінці «психологічної» компоненти якості життя виявили достовірні відмінності за шкалами «Соціальне функціонування (SF)» ( $p < 0,1$ ) та «Психічне здоров'я (MH)» ( $p < 0,05$ ) в групі жінок з патологічним клімаксом при порівнянні з групою контролю. Проведене лікування суттєво підвищувало якість життя у цих жінок за всіма досліджуваними компонентами.

Оцінка ступеню ризику остеопоротичних ускладнень за шкалою FRAX дозволила виявити прямий сильний кореляційний зв'язок між ступенем розвитку клімактеричних розладів та прогнозованим ризиком великих остеопоротичних переломів у майбутні 10 років. Застосована терапія є засобом профілактики остеопоротичних ускладнень.

### Висновки

Застосування комплексної терапії зменшує прояви клімактеричного синдрому, є безпечним, підвищує якість життя, є засобом профілактики остеопоротичних ускладнень.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Александрова Н. В.* Современные подходы к оценке овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н. В. Александрова, Л. А. Марченко // Проблемы репродукции. — 2007. — № 2. — С. 25-28.
2. *Єфіменко О.О.* Обґрунтування принципів лікування клімактеричного синдрому у жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.01 Акушерство і гінекологія / О.О. Єфіменко, - Київ, 2005. — 21 с.
3. *Жук С.І.* Оцінка особливостей психічного статусу жінки у перименопаузі / С.І.Жук, Т.Д. Мойсєєва, В.В.Марцинковська // Вісник наукових досліджень. — 2002.- № 3(28). — С. 109.
4. *Татарчук Т.Ф.* Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. — К.: Заповіт, 2003. — 200 с.

УДК 618.1-089

## СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

*ДРОНОВА В.Л., ДРОНОВ О.І., КРЮЧИНА Є.А., ТЕСЛЮК Р.С.*

*БУРМІЧ К.С., НАСТАШЕНКО М.І., ЛУЦЕНКО О.В.*

м.Київ

Наявність у багатьох пацієнток поєднаних гінекологічних та хірургічних екстрагенітальних захворювань, частота яких за даними ВООЗ становить 20-30%, ставить перед хірургами і гінекологами завдання про можливість одночасної корекції цієї патології. Підвищення ефективності лікування гінекологічних хворих, що потребують оперативного втручання, за наявності у них поєднаної хірургічної патології, досягається за рахунок виконання симультанних операцій [8,10,13]. Використання комбінованих операційних доступів (лапаротомного/лапароскопічного, гістероскопічного, вагінального тощо) в лікуванні хворих з поєднаними гінекологічними та хірургічними екстрагенітальними захворюваннями дозволяє усунути виявлену хірургічну патологію в рамках одного оперативного втручання, позбавляє від повторних операцій і пов'язаних з ними операційних і післяопераційних хірургічних та анестезіологічних ускладнень та емоційних навантажень; виключає виникнення в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді загострення супутнього захворювання, підвищує якість життя хворих (фізична активність, психічний стан, рольове, соціальне і сексуальне функціонування) [9,12,14]. Наразі симультанні операції виконуються частіше як випадкові, і це найбільш поширено при ургентній гінекологічній патології. При цьому залишається достатньо високою частота післяопераційних ускладнень, крім того, організаційно багато гінекологічних відділень розташовані в акушерських стаціонарах, без хірургічних відділень, і не готові до виконання хірургічних втручань. Ба-