

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК В МЕНОПАУЗИ

Дністрянська А.П., Дністрянський В.С., Годлевська Н.А., Яцина О.І., м. Вінниця
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Патологічний перебіг постменопаузального періоду супроводжується метаболічними розладами, які проявляються не тільки симптомокомплексом вегетативних порушень, який пов'язаний з порушенням адаптації систем і органів жінки до процесів старіння організму, а й стає причиною урогенітальних, остеопоротичних ускладнень, органічних змін серцево-судинної системи у віддалений постменопаузальний період. Сукупність постменопаузальних розладів суттєво впливає на якість життя жінки, що становить як медичну, так і соціальну проблему, яка останнім часом привертає до себе увагу не лише гінекологів, але й лікарів інших спеціальностей. Постменопаузальному періоду притаманний ризик розвитку ішемічної хвороби серця, особливо на тлі метаболічного синдрому, вегето-гормональної кардіоміопатії. Клінічними проявами якої є кардіалгії, серцебиття, задишка, а також урогенітальних розладів і остеопорозу (Александрова Н.В., Марченко Л.А., 2007; Жук С.І. та ін., 2002). 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 фракції естрадіолу (Жук С.І. та ін., 2002; Єфіменко О.О., 2005; Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П., 2003). 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 клімактеричний період, що поглиблюється зниженням імунітету у жінок пострепродуктивного віку. Таким чином, пошук ефективних і безпечних заходів для підтримки адаптаційних можливостей організму в жіночій профілактики та корекції вегетативних порушень, кардіоміопатій, урогенітальних розладів і остеопорозу залишається актуальним.

Метою нашого дослідження було дослідити стан серцево-судинної системи, ризик розвитку урогенітальних розладів і остеопорозу у жінок з патологічним перебігом клімаксу та оцінити ефективність комплексних заходів профілактики і лікування.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 123 жінки з патологічним перебігом клімаксу в періоді менопаузи, які спостерігалися в кабінеті патологічного клімаксу в жіночій консультації І пологового будинку м. Вінниці. Групу контролю склали 35 жінок того ж віку без патології, які зверталися в жіночу консультацію для профілактичних оглядів. Для оцінки перебігу клімактеричного синдрому використовували 10-бальну шкалу оцінки клімактеричних розладів, розроблену Німецьким товариством менопаузи в доповненні до індексу

пермана. Стан серцево-судинної системи визначали електрокардіографічно, стабільність ритму серця — добовим Холтерівським монітуванням і 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, тригліцеридів. Для характеристики урогенітальних розладів використовували оцінку стану епітелію. Стан епітелію піхви оцінювали за клінічними проявами (свербіж, виділення, диспареунія) та при локальному огляді слизової піхви, який дозволяє оцінити стан атрофічних змін (поверхня і колір слизової піхви та шийки, еластичність слизової оболонки піхви, наявності її блиску).

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

Безпечність терапії визначали традиційними лабораторними показниками: активністю цінкових ферментів, рівнем діастази. Для оцінки якості життя (ЯЖ) використаний загальний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form). Результати обстежень опрацьовані використанням методів варіаційної статистики, прийнятими у медицині та біології, з використанням стандартного пакету програм.

Результати дослідження та їх обговорення. Жінкам з патологічним перебігом клімаксу, проявами вегетативних порушень та кардіоміопатією, урогенітальними розладами застосовували комплексне лікування: естрогенотерапія (естрадіол, поєднання естрадіолу — 1,0 мг та дідрогестерону — 5,0 мг, фітоестрогени на основі цимеціфуги, дикого ямсу, конюшини), танквілізатори, похідні біциклічних бісечовин (адаптол по 500 мг тричі на добу), гіполіпідемічну терапію аторвастатином, за показами — антиаритмічну терапію, при урогенітальних розладах — етіопатогенетичне лікування, при атрофічних кольпітах — комплексні супозитори з подальшим застосуванням лактогелю. До початку терапії у хворих спостерігалися ранні симптоми клімактеричного синдрому. Серед них виділялися вазомоторні (припливи жару, потливість, розлади сну) і порушення стану серцево-судинної системи (варіабельність ритму АТ), клінічні ознаки міокардіопатії (біль, відчуття серцебиття, задишка), урогенітальні розлади, атрофічні кольпіти.

При проведенні біохімічних досліджень виявлено порушення ліпідного спектру крові: підвищення рівня атерогенних фракцій і зниження рівня антиатерогенних фракцій.

Після проведення 3-місячного комплексу лікування спостерігалась позитивна динаміка у перебігу клімактеричного синдрому. Найбільш виражені зміни відбулися в клінічних проявах патологічної менопаузи. Зменшилися прояви припливів жару, порушення сну, потливості, стомленості, плаксивості, дратівливості.

Суттєво змінилось 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. Холтерівське монітування дозволило констатувати нормалізацію ритму, відсутність тахікардій, відмітилась позитивна тенденція АТ.

Зменшилися клінічні прояви (свербіж, виділення, диспареунія) атрофічного кольпіту, при перкальному огляді встановлено відновлення поверхні і кольору слизової піхви та шийки, еластичності слизової оболонки піхви, блиску. Одночасно з цим терапія не супроводжувалася розвитком побічних дій, не мала негативного впливу гіполіпідемічних препаратів на активність цінкових ферментів, що дозволяє ефективно та безпечно застосовувати комплексну терапію.

Оцінюючи якість життя, встановили, що рівень «Фізичного функціонування (PF)», що характеризує діапазон посиленої фізичної активності, виявився достатнім у жінок з патологіч-

ним перебігом клімаксу. При оцінці «психологічної» компоненти якості життя виявили достовірні відмінності за шкалами «Соціальне функціонування (SF)» ($p < 0,1$) і «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 ступеня ризику остеопоротичних ускладнень за шкалою FRAX дозволила виявити прямий сильний кореляційний зв'язок між ступенем розвитку клімактеричних розладів і прогнозованим ризиком великих остеопоротичних переломів у майбутні 10 років. Застосована терапія є засобом профілактики остеопоротичних ускладнень.

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

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКУ ПЛОДУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАННЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ

ЄГОРОВ О.О., м. Харків, Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2

Мета дослідження — вивчити особливості змін венозного кровотоку у фетоплацентарній системі у вагітних після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників. Допплерометричні дослідження кровотоку у вені пуповини, венозній протоці та нижній порожнистій вені проводилися з використанням доплерографа Acuson (США) на наступних етапах гестації: 23-27, 28-33, 34-40 тижнів. При оцінці кривих швидкості кровотоку вимірювали: середню швидкість кровотоку, максимальну систолічну швидкість, максимальну діастолічну швидкість, швидкість кровотоку в період скорочення передсердя. У основну групу увійшли 40 вагітних після органозберігаючого лікування пограничних пухлин і ранньої онкологічної патології яєчників (злоякісні пухлини яєчників Ia та Ic стадій). Контрольну групу склали 40 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. У контрольній групі були отримані монофазні спектри в інтраабдомінальному відділі вени пуповини, трифазні спектри — у венозній протоці і нижній порожнистій вені. В основній групі істотних відмінностей у якісних параметрах кровотоку не виявлено, кількісні характеристики не мали достовірних відмінностей. Монофазний спектр кровотоку в пупочній вені у вагітних контрольної основної груп обумовлений автономністю гемодинамічної системи доставки оксигенованої крові плоду при нормальних показниках центрального венозного тиску у плодів.

ФІТОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Корчинська О.А., Корчинський Б.М., м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Розвиток фармацевтичної промисловості призвів до зростання кількості препаратів, які використовуються для лікування гінекологічних захворювань, особливо гормонозалежних.