

© Булавенко О.В., Гончаренко О.М., Очеретна О.Л.

УДК: 612.015.036:613.996618.12-002:618.12-002

Булавенко О.В., Гончаренко О.М., Очеретна О.Л.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ САЛЬПІГООФОРИТІВ ТА ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЯЄЧНИКІВ

Резюме. *Оцінено ефективність комплексної реабілітації жінок з хронічним сальпінгоофоритом та порушенням функції яєчників. Доведено доцільність застосування нових схем комплексної реабілітації хронічного сальпінгоофориту із застосуванням препарату дістрептаза.*

Ключові слова: *хронічний сальпінгоофорит, реабілітація, дістрептаза.*

Вступ

Запальні захворювання жіночих статевих органів займають одне з перших місць в структурі гінекологічної патології. Їх питома вага [Татарчук, 2006; Сидорова і др., 2003] складає 55-95%. І серед хворих на доброякісні пухлини яєчників в анамнезі відмічається досить висока частота (30-60%) хронічних сальпінгоофоритів з різним стажем захворювання.

Хворі на ХС складають основну групу жінок, які звертаються у жіночу консультацію, що призводить до розповсюдження таких діагнозів як хронічний аднексит, аднексит в стадії загострення, підгострий сальпінгоофорит. Такі діагнози не відповідають сучасним уявленням про сутність патологічного процесу [Дробинская і др., 2006; Стрижаков і др., 2005], але досить часто виставляються лікарями, зумовлюючи часте, іноді необгрунтоване, застосування антибактеріальної терапії та не притримуючись основних етапів лікування ХС. На думку деяких авторів [Голота, 2006; Колесник та ін., 2005] діагноз хронічного сальпінгоофориту може бути встановлений як досвідченим, так і лікарем-початківцем, але зняти діагноз ХС, встановлений помилково, досить складно. Це зумовлено тим, що до цього часу не існує чітких критеріїв встановлення ХС, не існує єдиної класифікації. На відміну від гострого СА, коли є яскраво виражена клінічна картина, доступний анамнез захворювання [Татарчук, 2006; Сидорова і др., Шешукова, 2003], показові дані лабораторної діагностики, ХС має досить багато запитань.

З позиції сучасної патофізіології розвиток захворювання, специфіка його перебігу багато в чому визначається індивідуальними особливостями макроорганізму або його реактивністю, найважливішим компонентом якої є імунний гомеостаз. Зміна імунного статусу може бути умовою, коли багато які, доти непатогенні мікроорганізми, знаходять для себе "екологічні ніші" [Татарчук, 2006; Митченко і др., 2002].

У розвитку хронізації запальних захворювань придатків матки та порушенні їх функціонального стану велике значення має відсутність або неефективність другого етапу лікування сальпінгоофоритів, що призводить до розвитку таких ускладнень як хронічний тазовий біль, спайковий процес придатків матки з розвитком непліддя або позаматкової вагітності, атрофії рецепторного апарату яєчників, тому порушується чутливість гор-

мональних структур до гуморальних впливів [Татарчук, 2006]. Внаслідок вказаних процесів змінюється фолікулогенез і відповідно порушується синтез статевих гормонів. Протягом тривалого часу з метою розсмоктувальної терапії частіше всього застосовувались ферментативні препарати (лідазу, трипсин) та біостимулятори (алое), ефективність яких при теперішньому стані реактивності організму є недосяжною в більшості випадків.

Незважаючи на успіхи у вивченні етіологічної структури, патогенезу ХС та, деякі питання вимагають дослідження. До теперішнього часу не знайдено чітких діагностичних критеріїв хронічного сальпінгоофориту, немає чітких рекомендацій щодо реабілітації жінок після запальних захворювань придатків матки.

Мета роботи - оцінити ефективність комплексної реабілітації жінок з хронічним сальпінгоофоритом

Матеріали та методи

Було обстежено 60 жінок одразу після лікування загострення хронічного сальпінгоофориту віком від 25 до 34 років, контрольну групу склали 30 практично здорових жінок активного (25-34 років) репродуктивного віку. Основна група розподілена на 2 групи по 30 жінок у відповідності до призначеної реабілітаційної терапії. Першу групу складали жінки після лікування загострення хронічного сальпінгоофориту, яким призначалась традиційна розсмоктувочна терапія ("Скловидне тіло", "Алое"), до другої групи належать жінки після лікування загострення хронічного сальпінгоофориту, яким запропонована нова схема комплексної реабілітації до складу якої входить ферментативний двокомпонентний препарат - дістрептаза. Механізм дії якого базується на поєднанні активних компонентів (стрептокіназа 15000 МЕ, стрептодорназа 1250 МЕ), які сприяють швидкому лізису некротичних мас, нашарувань фібрину та тромбів, покращенню кровообігу та мікроциркуляції в ділянці запалення, сприяє збільшенню в ній концентрації лікарських засобів, швидкому зменшенню інфільтрації, набряку та клінічних проявів. Препарат застосовувався за схемою по 1 супозиторію per rectum 2 рази на добу протягом 3 діб, далі по 1 супозиторію 1 раз на день протягом 4 діб. Загальна тривалість лікування склада-

Таблиця 1. Порівняння методів реабілітаційної терапії у пацієнок з хронічним сальпінгоофоритом.

Досліджувані показники	Групи жінок		
	I група (n=30)	II група порівняння (n=30)	III група контролю (n=20)
Наявність больового синдрому	6,67%±2,46%	16,61%±2,34%	0
Регулярний цикл	97,56%±1,39%	76,12%±3,46%	98,81%±3,14%
Відновлення ангиогенезу в яєчниках	46,34%±4,50%	31,15%±6,25%	84,17%±2,90%

Примітка. Різниця вірогідна $p < 0,05$.

ла 7 діб. До третьої групи увійшли жінки з хронічними сальпінгоофоритом, які не отримували реабілітаційну терапію.

Обстеження жінок проводилось на базі центру репродуктивної медицини "REMEDI" (м. Вінниця), жіночої консультації №2 МКПБ№2 (м. Вінниця).

Для визначення рівня гормонів використовувався імуноферментний та радіоімунний методи. Базальні рівні фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів, естрадіолу, пролактину, визначалися на 2-4 день менструального циклу.

Функціональний стан яєчників оцінювали за допомогою сонографічного дослідження разом з доплерометричним картуванням, яке проводилось на апараті Voluson-730 pro з використанням абдомінального та вагінального трансдюсерів відповідно фазам менструального циклу (на 5-6 день, 19-20 день) та проводилось визначення перифолікулярного кровотоку відповідно фазам циклу.

Результати. Обговорення

Виявлено у 36 (60%) обстежених жінок з ХС порушення оваріо-менструального циклу, при чому, 26 (43,3%) з них в анамнезі мали від 1 до 3 абортів, 42(70%) мали в анамнезі більше 3-х загострень та давність хронічного сальпінгоофориту від 2 до 10 років. Близько 32 (53%) хворих на фоні нормального менструального циклу відмічали зміни характеру менстру-

ації та появу тазового болю.

Після проведених гормональних досліджень на 2-4 день менструального циклу (визначення рівня ФСГ, ЛГ, ФСГ/ЛГ, естрогену, прогестерону) у 46 (76,7%) жінок з ХС були виявлені зміни функціонального стану яєчників, що склало приблизно 20 (33,3%) - монофазний цикл, 26 (43,4%) - вкорочення або недостатність лютеїнової фази циклу.

У 12% хворих встановлений діагноз безпліддя, у 18% в анамнезі були оперативні втручання з приводу позаматкової вагітності.

При ультразвуковому дослідженні виявлені ознаки серозного запалення: потовщені в діаметрі та вздовж маткові труби, з потовщеною стінкою. В 34 (56,6%) відмічався спайковий процес між придатками матки та тілом матки або сусідніми органами. В 28 (46,7%) мали місце потовщення капсули яєчників та зниження кровотоків в яєчниках.

Після проведеної комплексної реабілітації та повторного обстеження хворих через 6-8 тижнів була встановлена нормалізація показників гормонального гомеостазу у 97,56% жінок, в групі порівняння у 76,12%, покращення ангиогенезу за даними доплерометричних показників в I групі та II групі 46,34% та 31,15% відповідно, скарги на тянучий біль внизу живота та в попереку в I групі відмічались лише у 6,67%, в II групі у 16,67% випадках, в групі порівняння через 8 тижнів після традиційної реабілітації спостерігалось 2 випадка загострення сальпінгоофориту.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Застосування комплексної реабілітації у жінок з хронічними сальпінгоофоритами є ефективним методом реабілітації, про що свідчать нормалізація показників гормонального гомеостазу у 97,56% жінок.

2. Запропонований метод дозволяє покращити ангиогенез у 46,34% жінок з хронічним сальпінгоофоритом.

Розроблена методика дає можливість зменшити кількість рецидивів захворювання, попередити розвиток ускладнень та відновити репродуктивне здоров'я жінок дітородного віку.

Список літератури

Голота В. Я. Комплексний метод лікування хронічного сальпінгоофориту / В. Я. Голота, В. Л. Колесник // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2005. - № 3. - С. 106-107.

Дробинская А. Н. Экстракорпоральная антибиотикотерапия и иммунотерапия в лечении хронических персистирующих урогенитальных инфекций у гинекологических больных / А. Н. Дробинская, Н. А. Хонина, Н. М. Пасман [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2006. - № 5. - С. 21-23.

Митченко Г. В. Значение системной энзимотерапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных образований придатков матки / Г. В. Митченко, Я. А. Корнилова // Журнал акушерства и женских болезней. - 2002. - № 1 - С. 46-52.

Сидорова И. С. Принципы лечения хронического воспалительного процесса придатков матки / И. С. Сидорова, Н. А. Шешукова, Е. И. Боровкова // Акушерство и гинекология. - 2003. - № 5. - С. 61-65.

Стрижаков А. Н. Современные подходы к лечению больных острым сальпингоофоритом с неосложненным течением / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2005. - № 2 - С. 30-33.

Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины // Международный эндокринологический журнал. - 2006. - № 3. - С. 2-9.

Булавенко О.В., Гончаренко О.Н., Очеретная О.Л.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Резюме. *Оценена ефективність комплексної терапії жінок з хронічним сальпингоофоритом і порушенням функції яєчників. Доказана целесообразність применения новых схем комплексной реабилитации хронического сальпингоофорита с применением препарата дистрептаза.*

Ключевые слова: *хронический сальпингоофорит, реабилитация, дистрептаза.*

Bulavenko O.V., Goncharenko O.M., Ocheretna O.L.

WAYS TO IMPROVE THE TREATMENT OF CHRONIC SALPINGITIS AND OVARIAN FAILURE

Summary. *Efficiency of complex therapy of women with chronic salpingitis and function changes of ovarian function is estimated. It is proved expediency applications of new schemes of complex rehabilitation chronic salpingitis with preparation application distreptaza.*

Key words: *chronic salpingitis, rehabilitation, distreptaza.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Дзись Н.П.

Стаття надійшла до редакції 11.05.2015 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 623-16-71

Гончаренко Оксана Миколаївна - асистент кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 470-39-96; oksanariga77@mail.ru

Очеретная Ольга Леонідівна - к.мед.н., асистент кафедри нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 580-86-82

© Бевз Г.В.

УДК: 616-085.214.22-085.24-089.5

Бевз Г.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, курс анестезіології, кафедра хірургії № 1 з курсом анестезіології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ: ВПЛИВ НА ВИБІР ПРЕМЕДИКАЦІЇ

Резюме. *У статті розглядається проблема зміни психоемоційного та вегетативного стану у пацієнтів перед плановими гінекологічними втручаннями та можливості корекції цих змін. Зроблено висновок про клінічну ефективність запропонованого способу премедикації (препарат бупірон дозою 5 мг у таблетованій формі ввечері напередодні операції та за 60 хв. до початку операції), що дозволило значно знизити емоційну реакцію хворих на стресову ситуацію.*

Ключові слова: *премедикація, тривога, бупірон.*

Вступ

Передопераційне емоційне напруження за відсутності антистресового захисту негативно позначається практично на всіх функціях організму, збільшуючи ступінь операційного/анестезіологічного ризику та ризику розвитку периопераційних ускладнень [Салтанов и др., 2000]. На теперішній час найбільш проблемним і найменш розробленим етапом анестезіологічного забезпечення є премедикація [Заболотских, Малышев, 2006; Кабанова, Ясногор, 2011].

В результаті проведених досліджень доведено, що основним проявом синдрому психоемоційного напруження перед оперативним втручанням є тривожність різного ступеня вираженості: від стану дискомфорту до невротичного рівня тривоги [Бобринская и др., 2007], пацієнти з високим ступенем тривожності мають високий операційний ризик в зв'язку з порушенням адаптації до передопераційного стресу [Салтанов и др., 2000; Полушин и др., 2003], а, отже, вимагають для корекції індивідуального підходу.

З урахуванням сучасної концепції анестезії призначення премедикації вважається обов'язковим. На сьогодні

для вирішення основних завдань профілактичної премедикації застосовують наркотичні анальгетики, хо- ліноблокуючі та антигістамінні засоби, снодійні (барбітурати), психотропні засоби (транквілізатори бензодіазепінового ряду), нейролептики (похідні бутирофенону), у вигляді універсальних лікарських схем [Бобринская и др., 2007; Глумчер, Трещинский, 2008; Кабанова, Ясногор, 2011]. Премедикація, котра включає тільки наркотичний анальгетик і антигістамінний препарат далеко не завжди забезпечує адекватність реакцій гомеостатичних систем в передопераційному періоді. Як показує клінічний досвід, застосування транквілізатора в якості основного компонента премедикації також не завжди виправдано. Відомо, що ефекти бензодіазепінових транквілізаторів в значній мірі залежать від фенотипу емоційно-стресової реакції [Рексан et al., 2005]. Крім того, нерідкими є випадки, коли загальноприйняте дозування транквілізатора бензодіазепінового ряду надає або недостатню, або надмірну дію. У таких випадках доводиться констатувати неадекватну премедикацію.

В цьому аспекті, на наш погляд, перспективним є