

Список літератури

1. Шилін Д. Е. Вітамін-гормон D в клініці XXI століття: плейотропні ефекти і лабораторна оцінка (лекція) / Д.Е. Шилін // Клінічна лабораторна діагностика. - 2010. - № 12. - С. 17-23.
2. Bikle D. Nonclassic actions of Vitamin D / D. Bikle // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2009. - Vol. 94. - P. 26-34.
3. Holick M. F. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences / M.F. Holick, T.C. Chen // The American journal of clinical nutrition. - 2008. - Vol. 87 (4). - P. 1080S-1086S.
4. Lips P. Worldwide status of vitamin D nutrition / P. Lips // J. Steroid Biochem. Mol. Biol. - 2010. - Vol. 121 (1-2). - P. 297-300.
5. Aloia J. F. Clinical Review: The 2011 report on dietary reference intake for vitamin D: where do we go from here? / J.F. Aloia // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2011. - Vol. 96. - P. 2987-2996.
6. Кэттайл В. М. Патофизиология эндокринной системы / В.М. Кэттайл, Р.А. Арки. - СПб.-М.: "Невский диалект" - "Изд-во БИНОМ", 2001. - 336 с.
7. Lerchbaum E. Mechanisms in endocrinology: Vitamin D and fertility: a systematic review / E. Lerchbaum, B. Obermayer-Pietsch // Eur. J. Endocrinol. - 2012. - Vol. 166. - P. 765-778.
8. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial / J.M. Lappe, D. Travers-Gustafson, K. M. Davies [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. - 2007. - Vol. 85. - P. 1586-1591.
9. Garland C. F. Vitamin D for cancer prevention: global perspective / C.F. Garland // Ann. Epidemiol. - 2009. - Vol. 19. - P. 468-483.

Шурпяк С.А.

D-STATUS ПАЦИЕНТОК С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. В статье представлены данные относительно распространенности дисфункции щитовидной железы, метаболических нарушений у женщин с дисгормональной патологией репродуктивных органов. По результатам обследования 150 пациенток с дисгормональными сочетанными заболеваниями репродуктивных органов, установлена значительная распространенность дисфункции щитовидной железы (43,7 %) избыточной массы тела (46,7%) и дисбаланса витамина D. Крайне тяжелый дефицит витамина D ($8,98 \pm 1,68$ нг/мл) обнаружен у 21,3 %, дефицит витамина D - у 60,0 % женщин основной группы. Только у 18,7 % пациенток с дисгормональной патологией репродуктивных органов и коморбидными состояниями имел место близкий к оптимальному уровень витамина D ($27,25 \pm 1,45$ нг/мл).

Ключевые слова: витамин D, коморбидная патология, дисгормональные заболевания репродуктивных органов.

Shurpyak S.A.

D-STATUS OF PATIENTS WITH DISHORMONAL DISEASES OF REPRODUCTIVE ORGANS AND COMORBID PATHOLOGY

Summary. The article presents data on the prevalence of thyroid dysfunction, metabolic disorders in women with dishormonal pathology of reproductive organs. Based on the results of a survey of 150 patients with dishormonal combined diseases of the reproductive organs, a significant prevalence of thyroid dysfunction (43.7%) was found in overweight (46.7%) and vitamin D imbalance. Extremely severe vitamin D deficiency (8.98 ± 1.68 ng/ml) was found in 21.3%, vitamin D deficiency in 60.0% of the women in the main group. Only 18.7% of patients with dishormonal pathology of the reproductive organs and comorbid conditions had a close to optimal level of vitamin D (27.25 ± 1.45 ng/ml).

Key words: vitamin D, comorbid pathology, dishormonal diseases of reproductive organs.

Рецензент - д.мед.н., проф. Пирогова В.І.

Стаття надійшла до редакції 21.11.2016р.

Шурпяк Сергій Олександрович - к.мед.н., докторант кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ЛНМУ імені Д. Галицького; +38(097)0514221; shurpyak_serhiy@yahoo.com

© Чайка Г.В., Яремчук Л.В., Каретна А.О.

УДК: 618.14-007.61:618.1-002.2:612.6

Чайка Г.В., Яремчук Л.В., Каретна А.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Резюме. В статті наведені результати дослідження етіопатогенетичних факторів розвитку гіперплазії ендометрію у жінок репродуктивного віку на основі аналізу ультрасонографічних ознак даного захворювання. Вивчено та висвітлено основні причини виникнення гіперплазії ендометрію. Проведено патоморфологічне дослідження тканин ендометрію у даної категорії пацієнток. Досліджено роль хронічних запальних захворювань малого тазу в патогенезі виникнення гіперплазії ендометрію. В результаті отриманих даних, представлено схему лікування та реабілітаційної терапії у жінок з наявними факторами розвитку гіперплазії ендометрію на тлі перенесених запальних захворювань органів малого тазу із застосуванням ензимних препаратів місцевої дії.

Ключові слова: гіперплазія ендометрію, запальні захворювання органів малого тазу, реабілітація репродуктивної функції.

Вступ

Особливої актуальності останнім часом набувають серед гінекологічних захворювань гіперпластичні процеси в ендометрії. Це пояснюється не тільки високим рівнем захворюваності і частими рецидивами, а й можливістю трансформації в атипичну гіперплазію.

Гіперплазія ендометрію - це одна з найбільш частих причин патологічних маткових кровотеч, супроводжувана характерними морфологічними змінами в ендометрії. Згідно із загальноприйнятою точкою зору, провідна роль у розвитку гіперпластичних процесів в ендометрії належить надлишковій естрогенній стимуляції, яка поєднується з недостатністю прогестеронового впливу [1]. Останнім часом з'явився ряд нових фактів, які вказують на можливість наявності інших механізмів розвитку гіперплазії у жінок репродуктивного віку [2].

Інша можлива причина розвитку гіперплазії ендометрію обумовлена наявністю хронічної персистоючої інфекції в ендометрії або травматичних його ушкоджень. Наслідком цього стають метаболічні порушення в тканині ендометрію, супроводжувані порушенням синтезу прозапальних цитокінів, перенапруженням в антиоксидантній системі і посиленням неангіогенезу. Патологічна проліферація ендометрію потенціюється самим запаленням або внаслідок порушення балансу між процесами проліферації клітин і апоптозом [3].

Алгоритм діагностики різних форм гіперплазії ендометрію в різні вікові періоди має деякі особливості. Загалом, діагноз ґрунтується на комплексній оцінці даних анамнезу, результатах клінічних і спеціальних досліджень. Обстеження завершується роздільним вишкрібанням слизової каналу шийки та тіла матки під контролем гістероскопії з обов'язковим гістологічним дослідженням зіскрібка.

Таким чином, складність і неоднорідність патогенезу захворювання, різноманітність думок щодо його окремих ланок створюють труднощі у виборі патогенетично обґрунтованої терапії, особливо в ситуаціях, коли гіперплазія ендометрію виникає на фоні запальних захворювань органів малого тазу та поєднується з іншими захворюваннями.

Мета дослідження - дослідити роль запального фактору як предиктору розвитку гіперплазії ендометрію та підвищити ефективність лікувальної та реабілітаційної тактики при наявності гіперпластичних процесів в ендометрії на тлі запальних захворювань органів малого тазу.

Матеріали та методи

Робота проводилась на базі кафедри акушерства та гінекології №1 - Вінницькому клінічному пологовому будинку №1.

На першому етапі роботи (ретроспективне дослідження) проведено визначення структури патології ендометрію та визначено основні фактори ризику розвитку гіперплазії ендометрію на основі вивчення даних

сучасної літератури та проведеної клініко-статистичної обробки медичної документації (історії хвороби, індивідуальні амбулаторні картки) 356 жінок з різною патологією ендометрію у віці від 20 до 45 років.

У другий етап дослідження (проспективне дослідження) увійшло 66 жінок з гіперплазією ендометрію, яка була констатована на ехосонаграфічному дослідженні. Всім пацієнткам проводилась гістероскопія на 7-9 день менструального циклу в умовах операційної, під короткочасним внутрішньовенним наркозом або роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу. Під час гістероскопії проводили оцінку розмірів і форми порожнини матки, відзначаючи наявність або відсутність її патологічних змін. Особливу увагу звертали на колір, товщину, складчастість ендометрію, наявність поліпів ендометрія, а також супутніх захворювань (внутрішньо маткових синехій, ендометріодних ходів, субмукозних міоматозних вузлів).

Використовуючи резектоскоп, виконували резекцію патологічних осередків порожнини матки і цервікального каналу, що сприяло повному видаленню гіперпластичних процесів. Після повного видалення патологічних процесів ендометрію отриманий матеріал відправлявся на гістологічне дослідження.

Також, всім жінкам обох досліджуваних груп проведено комплексну оцінку стану менструальної, репродуктивної функції, гінекологічної і соматичної захворюваності.

На основі результатів гістологічного дослідження матеріалу було сформовано дві групи дослідження. В основну групу увійшли 34 жінки з морфологічно підтвердженим діагнозом гіперплазії ендометрію, в контрольну групу - 32 пацієнтки, у яких за даними морфологічного дослідження не було виявлено гіперплазії ендометрію.

Під час проведення дослідження ми використовували діагностичний УЗ сканер Ultima РА Грис 991218.013 з використанням транспіхвового датчика з робочою частотою 5 МГц. Дослідження проводили двічі в динаміці менструального циклу - відразу після завершення менструації (6 - 8 день циклу) і в другій фазі менструального циклу (на 5-7 день після овуляції). При УЗД оцінювалися розміри і структура матки, товщина і структура ендометрію, розміри і структура яєчників. Візуалізація судин проводилася за допомогою кольорового доплерівського і енергетичного картування, що дозволяло оцінити судинний малюнок матки в цілому на всіх рівнях.

Морфологічне дослідження зіскобів було проведено на базі обласного клінічного онкологічного диспансеру м. Вінниці шляхом аналізу біоптатів ендометрію, які одразу фіксували в 10 % розчині нейтрального забуференого формаліну протягом 12 годин. Після фіксації і проводки за стандартним протоколом матеріал заливали у парафін. Для проведення рутинного па-

томорфологічного дослідження парафінові зрізи після фарбування гематоксиліном-еозином піддавали ретельному мікроскопічному дослідженню, за результатами якого встановлювали морфо тип гіперпластичного процесу, а також підтверджували ознаки хронічного ендометриту.

Результати. Обговорення

У результаті вивчення даних сучасної літератури та проведеної клініко-статистичної обробки медичної документації було отримано наступні дані: в структурі доброякісних гіперпластичних процесів ендометрію переважала залозиста гіперплазія ендометрію, що склало - 52,1%, поліпоз ендометрію зустрівся у 34,1%, аденоматозна гіперплазія ендометрію відповідно у 13,8% випадків.

Щодо вивчення основних факторів ризику виникнення гіперплазії ендометрію, то основними були: дисгормональні порушення (стани, пов'язані з абсолютною чи відносною гіперестрогенією), супутня гінекологічна патологія (лейоміома матки, ендометріоз, мастопатія та рак молочної залози, синдром полікістозних яєчників), запальні захворювання органів малого тазу (хронічний ендометрит), екстрагенітальна патологія (гіпертонічна хвороба, розлади функції печінки, порушення імунної системи, захворювання шлунково-кишкового тракту), ендокринні захворювання (цукровий діабет, порушення функції щитовидної залози, ожиріння), генетична схильність (спадковість по материнській лінії), що дає можливість формувати групи ризику за розвитком патології ендометрію.

Аналізуючи особливості клінічної характеристики пацієнток, які увійшли в другий етап дослідження, необхідно відмітити, що у всіх досліджуваних групах переважали жінки пізнього репродуктивного віку (32-47 років).

Соматично пацієнтки обох груп не мали статистичних відмінностей. У структурі екстрагенітальних захворювань в обох групах істотне місце займала вегетосудинна дистонія (48,9 і 50% відповідно). Захворювання органів шлунково-кишкового тракту зустрічалися також з однаковою частотою - 24,5 і 23,3%. Хронічні інфекційні захворювання дихальної (15,2 і 13,3%) і сечовидільної систем (15,2 і 20%) по частоті в досліджуваних групах не розрізнялися.

За структурою гінекологічної патології найбільш розповсюдженими захворюваннями однаковою мірою в обох групах були кандидозний кольпіт, ектопія шийки матки, хронічний сальпінгоофорит. Достовірно відрізнялась між групами частота, з якою зустрічається ендометрит, хламідійна інфекція, дисфункція яєчників та міома матки (табл. 1).

При вивченні репродуктивного анамнезу звертає увагу той факт, що в основній групі в три рази частіше було штучне переривання вагітності, в чотири рази - мимовільні викидні і завершення вагітності (табл. 2).

Таблиця 1. Структура гінекологічних захворювань у жінок основної і контрольної груп.

Гінекологічні захворювання у пацієнток	Основна група (n = 34)		Контрольна група (n= 32)	
	абс.	%	абс.	%
Хронічний сальпінгоофорит	9	26,5	8	25
Ендометрит	5	14,7	1	3,1
Кандидозний кольпіт	34	100	20	62,5
Хламідійна інфекція	13	38,2	2	6,3
Мікоплазменна інфекція	10	29,4	8	25
Ектопія шийки матки	24	70,6	12	37,5
Дисфункція яєчників	4	11,8	1	3,1
Міома матки	11	32,6	5	15,6
АМК	22	64,7	2	6,3
Аденоміоз	3	8,8	2	6,3
Безпліддя	5	14,7	2	6,3

Таблиця 2. Результати попередніх вагітностей у жінок основної і контрольної груп.

Результати попередніх вагітностей	Основна група (n = 34)		Контрольна група (n= 32)	
	абс.	%	абс.	%
Штучний аборт	31	91,2	10	31,3
Самовільний викидень	14	41,2	3	9,4
Завмерла вагітність	14	41,2	5	15,6
Пологи	34	100	30	93,8
Ненароджуючі	-	-	1	3,1

На підставі даних морфологічного дослідження у всіх випадках у пацієнток основної групи було діагностовано просту форму (типову) гіперплазії ендометрію. Звертає на себе увагу те, що у 17 (51,5%) пацієнток поряд з простою гіперплазією ендометрію був діагностований хронічний ендометрит, характерними морфологічними ознаками якого були: наявність вогнищ склерозу, вогнищевий фіброз стромы, лімфомакрофагальна інфільтрація стромы та наявність лімфоїдних фолікулів (рис. 1-а, б).

Таким чином, проведене нами дослідження ще раз підтверджує важливу роль запального фактору в розвитку ГПЕ. У 51,1% спостережень просту гіперплазію ендометрію супроводжує хронічний ендометрит. У зв'язку з цим своєчасне і комплексне лікування запального процесу в матці може служити профілактичним заходом розвитку проліферативних змін в ендометрії.

Тому, виходячи з вищесказаного, на нашу думку, доцільно в схему лікування ще на етапі АБ терапії та при проведенні в подальшому реабілітації репродуктивної функції у жінок з гіперплазією ендометрію на тлі запальних захворювань органів малого тазу, включити ензимні препарати місцевої дії, які виявляють фібринолітичну та протеолітичну активність у вогнищі запалення.

Такими якостями володіє препарат компанії

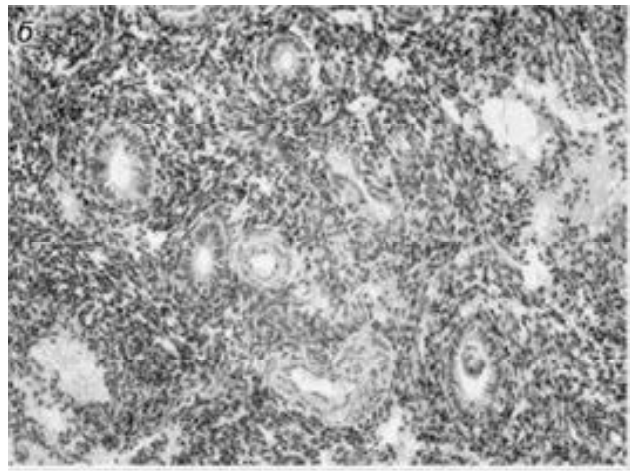
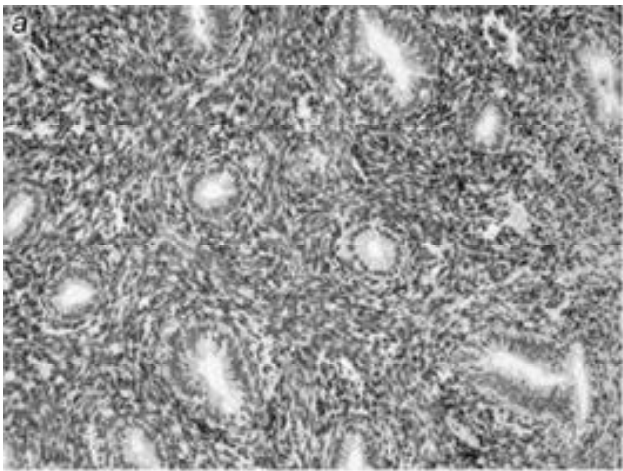


Рис. 1-а, б. Морфологічні ознаки простої форми (типової) гіперплазії ендометрія в поєднанні з ознаками ендометриту.

AlpenPharma, в складі якого є стрептокіназа 15 000МЕ та стрептодорназа 1250 МЕ. Призначається він у вигляді ректальних супозиторіїв у першому циклі після діагностичного роздільного вишкрібання порожнини матки за схемою: 1 суп. 3 рази на добу протягом 3 днів; наступні 3 доби по 1 суп. 2 рази на добу; наступні 3 доби 1 суп. 1 раз на добу (всього 18 суп.).

Терапевтична дія даного препарату пов'язана з позитивними ефектами основних його компонентів, а саме розчинення згортків крові та мертвих клітин, зменшення набряку та інфільтрації, покращення мікроциркуляції в міометрії і ендометрії та збільшення концентрації антибактеріального засобу в зоні запалення.

До того ж стрептокіназа і стрептодорназа первинно не проходять печінковий кровообіг, а максимально концентруються у зоні запалення, внаслідок чого зменшується їх системна дія та можливість розвитку побічних ефектів.

На етапі реабілітації репродуктивної функції жінок з гіперплазією ендометрія на тлі перенесених запальних захворювань органів малого тазу рекомендована схема застосування по 2 супозиторія на добу в другу фазу менструального циклу протягом 14 днів в комплексній терапії з іншими негормональними чи гормональними засобами.

Список літератури

1. Клиническая значимость морфологической классификации гиперпластических процессов эндометрия / Е.Г. Новикова, Ю.Ю. Андреева, С.М. Пронин, С.В. Анпилов // Российский онкологический журнал. - 2010. - № 6. - С. 49-51.
2. Пашков В. М. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия / В.М. Пашков, В.А. Лебедев, М.В. Коваленко // Вопр. гин. акуш. и перинатол. - 2006. - Т. 5, № 3. - С. 51-55.
3. Татарчук Т. Ф. Современные принципы диагностики, лечения гиперпластических процессов эндометрия / Т.Ф. Татарчук, Е.В. Бурлака // Здоровье женщины. - 2003. - № 4. - С. 107-114.

Чайка Г.В., Яремчук Л.В., Каретна А.О.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Резюме. В статье представлены результаты исследования по изучению этиопатогенетических факторов развития гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста с ультразвукографическими признаками данного заболевания. Изучены и освещены основные причины возникновения гиперплазии эндометрия. Проведено патоморфологическое исследование тканей эндометрия в данной категории пациенток. Исследована роль хронических воспалительных заболеваний малого таза в патогенезе возникновения гиперплазии эндометрия. В результате полученных данных, представлена схема лечения и реабилитационной терапии у женщин с имеющимися факторами развития гиперплазии эндометрия на

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,