

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗЯТІНА ОЛЕНА МИКОЛАЇВНА

УДК 618.13-002-08-092

**ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНІ ПІДХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИДАТКІВ МАТКИ**

14.01.01 – Акушерство та гінекологія

Автореферат
на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків – 2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України Українська медична стоматологічна академія” МОЗ України (м. Полтава).

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
Громова Антоніна Макарівна, Вищий державний
навчальний заклад України „Українська медична
стоматологічна академія” МОЗ України, м. Полтава,
завідувач кафедри акушерства та гінекології.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Потапова Лілія Вікторівна, Харківський державний
медичний університет, професор кафедри акушерства і
гінекології №1

доктор медичних наук, професор
Іванюта Лідія Іванівна, Інститут педіатрії акушерства
та гінекології АМН України, завідувач відділом
реабілітації репродуктивної функції жінок

Провідна установа: Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика МОЗ України, м. Київ

Захист дисертації відбудеться “11” січня 2007 р. о 13.30 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.01 при Харківському державному медичному університеті за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського державного медичного університету за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4.

Автореферат розіслано “9” грудня 2006 р.

**Учений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор**

В.В. Лазуренко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Репродуктивне здоров'я жінок в Україні викликає значні занепокоєння, так як основні показники, що оцінюють його стан, не відповідають європейським і міжнародним стандартам (В.В. Подольський, 2003). Запальні захворювання придатків матки (ЗЗПМ) суттєво впливають на здоров'я та репродуктивну функцію жінок, представляючи собою серйозну проблему для суспільства (Л.І. Іванюта, 2003). Дані захворювання займають I місце у структурі гінекологічної захворюваності і складають 84% від усіх запальних захворювань жіночої статеві сфери і (Г.М. Савельєва, 2000; В.К. Чайка, Є.Ф. Трифонов, 2001;).

Роль запальних захворювань придатків матки визначена не лише їхньою зростаючою частотою, а й тими ускладненнями, до яких вони призводять, що є головною причиною серйозних медичних, соціальних та економічних втрат. Так, у 4-10% хворих ЗЗПМ призводять до тяжких гнійних ускладнень, у 16,7% – до хронічного тазового перитоніту, у 40-43% – до порушення менструального циклу, у 47% на тлі запального процесу розвивається ектопічна вагітність (М.Г. Гойда, 2000; Л.В. Потапова, 2000; В.П. Сметник, Л.А. Марченко, 2005).

Значної уваги заслуговує больовий синдром, що розвивається внаслідок перенесеного запального процесу і спричиняє у 60% жінок розлади сексуальної функції, порушення психічного та фізичного здоров'я, дисгармонію у шлюбі і призводить до тимчасової або стійкої непрацездатності (А.В. Шуршаліна, 2006).

Особливої актуальності наведені питання набувають у зв'язку з різкою тенденцією до „омолодження” ЗЗПМ, тому як 10% хворих перебувають у віці до 20 років, а ще 60% – від 21 до 25 (G. Huges, 2001; В.І. Краснопольський, 2004).

У останні роки багатоаспектні дослідження розширили знання що до етіології ЗЗПМ, гемостазіологічних, гормональних і імунологічних змін у організмі таких хворих (С.В. Лукашук-Федик, 2002; В.П.Квашенко, 2004;). Але, незважаючи на значні досягнення у цій галузі, лікування зазначених захворювань залишається складним і не остаточно вирішеним питанням (R. Quentin, J. Lansac, 2000; А.В. Чурілов, 2004).

Загальноприйняті методи лікування та реабілітації жінок після перенесеного ЗЗПМ, що включають масивну фармакотерапію, часто є не лише недостатньо ефективними але не дозволяють добитись повної реабілітації, мають певні недоліки на кшталт численних тяжких побічних дій лікарських препаратів та призводять до імунодефіциту (В.В. Подольський, 2004; О.В. Грищенко, 2006). За таких умов загальне ксенобіотичне навантаження на

організм стає неадекватно більшим за терапевтичну дію препаратів безпосередньо у вогнищі запального процесу.

У зв'язку з цим є актуальними подальша розробка цілісного комплексу сучасних методів діагностики з урахуванням місцевих патогенетичних змін, а також впровадження у клініку патогенетично обґрунтованих методик лікування хворих на ЗЗПМ на основі максимальної локалізації дії терапевтичних засобів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології Української медичної стоматологічної академії і є фрагментом комплексної теми “Особливості гомеостазу внутрішнього середовища організму жінок з гінекологічними захворюваннями і вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією, вплив методів їх консервативного і оперативного лікування на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, стан плода і новонародженого” (№ державної реєстрації 0103 U 001314). Автором самостійно проводилось вивчення особливостей перебігу запальних захворювань придатків матки, дослідження загальних і місцевих біохімічних та гемодинамічних змін органів малого тазу хворих та розробка методів корекції виявлених порушень.

Мета і задачі дослідження. Метою даної роботи стало підвищення ефективності діагностики та лікування жінок із запальними процесами придатків матки на підставі визначення клінічних, біохімічних, лапароскопічних та гемодинамічних змін, а також розробки та впровадження у клініку патогенетично обґрунтованої методики комплексного лікування.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **задачі**:

1. Вивчити структуру і особливості перебігу запальних захворювань придатків матки у жінок м. Полтави за останні двадцять років.

2. Дослідити вплив больового синдрому при запальних захворюваннях придатків матки на нервово-психічний стан та стан вегетативної нервової системи жінок.

3. Вивчити рівень вмісту церулоплазміну, серомукоїдів та фагоцитарну активність нейтрофілів у сироватці крові і у пунктаті з черевної порожнини хворих на запальні захворювання придатків матки.

4. Визначити органічні та гемодинамічні особливості запальних захворювань придатків матки, у залежності від форми перебігу, на підставі доплерометричних, реовазографічних та ендоскопічних методів.

5. Обґрунтувати та оцінити ефективність запропонованого комплексного

лікування запальних захворювань придатків матки.

Об'єкт дослідження: гострі і хронічні запальні захворювання придатків матки.

Предмет дослідження: клінічні та патогенетичні особливості запальних захворювань придатків матки, вплив диференційованого комплексу терапевтичних дій на ефективність лікування та перебіг захворювання.

Методи дослідження: загальноклінічні, біохімічні, імунологічні, ехографічні, доплерометричні, реографічні, лапароскопічні та статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів. У результаті проведеного дослідження уперше вдалося диференційовано підійти до оцінки місцевих гострофазних, імунологічних та гемодинамічних показників, враховуючи різні форми перебігу ЗЗПМ. На основі виявлених змін місцевої концентрації церулоплазміну, серомукоїдів та фагоцитарної активності нейтрофілів уперше уточнені стадії запального процесу при ЗЗПМ. На підставі доплерометричних та реографічних методів дослідження уперше вивчені локальні гемодинамічні особливості різних форм перебігу ЗЗПМ.

Уперше виявлено кореляційний зв'язок між зсувами біохімічних показників у пункті з черевної порожнини, ступенем порушень місцевої геодинаміки та станом центральної і вегетативної нервових систем, що дозволило науково обґрунтувати індивідуалізоване комплексне лікування з мінімізацією застосованих медикаментозних препаратів.

Уперше доведено ефективність запропонованого диференційованого підходу, з акцентом на корекцію місцевих запальних змін і гемодинамічних порушень, при лікуванні хворих на ЗЗПМ із застосуванням інтравагінальної гірудотерапії.

Практичне значення отриманих результатів. У результаті проведених досліджень запропоновано алгоритм ведення хворих на ЗЗПМ, який включає визначення концентрації церулоплазміну, серомукоїдів та фагоцитарної активності нейтрофілів у пункті з черевної порожнини, доплерометрію та реографію регіонарного кровообігу матки і придатків, що надало можливості більш чітко встановлювати стадію запального процесу і здійснювати адекватну терапію.

Запропоновано і клінічно адаптовано удосконалену методику лікування гострих та хронічних ЗЗПМ, що дозволило зменшити медикаментозне навантаження на організм пацієнок. Застосування у клініці запропонованої методики лікування призвело до зниження частоти ускладнень ЗЗПМ, які обумовлені структурними, місцевими гемодинамічними, нейровегетативними,

психоемоційними змінами, та зменшити тривалість перебування хворих у стаціонарі.

Запропонований спосіб впроваджений у гінекологічну практику Полтавського міського клінічного пологового будинку, гінекологічних відділень Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства, Полтавської та Чернігівської ЦРЛ, жіночої консультації поліклініки №5 Святошинського району м. Києва.

Теоретичні положення дисертації включені до програм навчання для студентів, лікарів-інтернів та лікарів сімейної медицини ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено клініко-статистичний аналіз перебігу ЗЗПМ, формування досліджуваних груп жінок та їх обстеження, що дозволило диференційовано підійти до лікування хворих. Лабораторні методи дослідження у хворих на ЗЗПМ, що виконані автором та за його участю, виявили, що вміст серомукоїдів та фагоцитарна активність нейтрофілів виявились більш показовими у пунктаті з черевної порожнини ділянки внутрішніх статевих органів ніж у сироватці крові, а вміст церулоплазміну підвищувався у крові і у пунктаті з черевної порожнини при гострих і загостренні хронічних захворювань придатків матки і знижувався, при хронічних тривалих процесах. Автором при проведенні функціональних методів виявлено, що порушення кровообігу в органах малого тазу мали залежність від гостроти і тривалості процесу, супроводжувались підвищенням резистентності артерій та збільшенням діаметру вен матки і яєчників.

На основі оцінки виявлених змін дисертантом розроблено диференційований підхід при лікуванні хворих на запальні захворювання придатків матки, який був направлений, у першу чергу, на корекцію місцевих запальних та гемодинамічних змін.

Дисертантом розроблено і впроваджено анкетування хворих на ЗЗПМ за допомогою авторської анкети “Загальне самопочуття” (Свідоцтво про реєстрацію авторського права №16302 від 13.04.2006) для об’єктивізації оцінювання нервово-психічного стану пацієнток в умовах комплексного лікування, що дозволило виявити ефективність запропонованої методики.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи викладені і обговорені на засіданнях кафедри акушерства і гінекології Вищого державного навчального закладу України „Українська медична стоматологічна академія”, клінічних конференціях Полтавського міського клінічного пологового будинку (Полтава, 2004-2006), Всеукраїнській науково-практичній

конференції „Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини та стоматології” (Донецьк, 2005), Всеукраїнській науково-практичній конференції „Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии” (Судак, 2006), З’їзді акушерів-гінекологів України (Донецьк, 2006), на сумісному засіданні кафедр акушерства і гінекології №1 і №2 Харківського державного медичного університету (протокол №2 від 07.09.2006).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових праць, з них 8 статей у провідних фахових виданнях, рекомендованих ВАК України і 2 тез у збірниках наукових праць.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 141 сторінці і складається з вступу, огляду літератури, характеристики матеріалів та методів дослідження, розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків та практичних рекомендацій. Список використаних джерел містить 219 найменувань, з них 158 робіт країн СНД і 61 – іноземна (19 сторінок). Робота ілюстрована 20 таблицями та 23 рисунками (обсяг – 7 сторінок).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети були проведені дослідження у 3 етапи. *На першому етапі*, для виявлення структури і особливостей перебігу ЗЗПМ, проведено обробку архівного матеріалу, а саме – відомостей з 905 історій хвороб жінок, що проходили лікування у гінекологічному відділенні Полтавського міського клінічного будинку з приводу ЗЗПМ у 1985-1986 рр. (група А), 1995-1996 рр. (група В) і 2003-2004 рр. (група С).

На другому етапі обстежена 161 жінка. З них – 140 жінок із ЗЗПМ, які були поділені на три групи. До I групи увійшло 45 хворих, які страждали на гострі запальні процеси, до II – 48 жінок, у яких на момент обстеження було загострення хронічного ЗЗПМ, до III – 47 жінок, які мали хронічний запальний процес, що проявлявся лише больовим синдромом. У подальшому в залежності від лікування хворі даних груп були розподілені на підгрупи (підгрупи А отримували запропоновану нами терапію, підгрупи Б - загальноприйняте лікування). Так у I групі - 22 хворі склали IA підгрупу, а 23 хворі - IB підгрупу порівняння. У II групі - 24 хворі склали IIA підгрупу, 24 хворі - IIB. У III групі - 26 хворих склали IIIA підгрупу, а 21 хвора – IIIB. Контрольну групу (IV) склали

21 практично здорова жінка.

Для з'ясування ступеню порушення нервово-вегетативних функцій нами проведено багатоаспектне анкетування за чотирма анкетами з бальними оцінками. Для виявлення вегетативних дисфункцій використовували анкету А.М. Вейна (1998), для з'ясування ступеню вираженості нервово-психічного напруження – анкету Т.О. Немчин (1983), для об'єктивізації оцінки загального самопочуття – авторську анкету (2006), для візуалізації „профілю болю” – шкалу С.Е. Романова і О.Ф. Потешкина (1998).

Для оцінки загальних і місцевих запальних змін вираховували: лейкоцитарний індекс інтоксикації (М.А. Андрейчин, 1998), концентрацію Ig A, Ig M, Ig G (Г.М.Фрімель, 1987) вміст серомукоїдів (М.М. Berford, 1976), церулоплазміну (В.Г. Колб, 1976) і фагоцитарної активності нейтрофілів (К.А.Лебедев, 1990) у крові та у пунктаті з черевної порожнини (пунктат отримували при проведенні пункції через заднє склепіння або при лапароскопії шляхом аспірації).

Кровообіг у органах малого тазу досліджували за допомогою доплерометрії артерій і вен матки та яєчників (апарат „Logiq” 400 CL pro Series), а також за допомогою реовазографії органів малого тазу (реограф РГ 2-02). При доплерометрії оцінювали індекс резистентності (IR) маткових і яєчникових артерій, діаметр отвору вен у спокої і після проби Вальсави (P.Waulsav, 1989) При реовазографії оцінювали реографічний індекс (PI) і венозний відтік (BV) (В. Lavandier, 1995). При наявності показань проводили лікувально-діагностичну лапароскопію (апарат „Екон”, Росія).

Для інтравагінальної гірудотерапії, яку проводили з урахуванням протипоказань, використовували *Hirudo medicinalis* Європейського центру п'явки „Біокон”. Після фіксації дзеркала Куско і обробки слизової піхви сухим тампоном, медичні п'явки притуляли до слизової правого і лівого бокових склепінь піхви (по одній в кожне) під пильним візуальним контролем. Жінка під час процедури лежала на гінекологічному кріслі. П'явку вилучали після того, як вона насмоктавшись крові, відпадала самостійно (10-15 хвилин). П'явки утилізували, відповідно Державним санітарним правилам МОЗ України ДСП 9.9.5.03599 „Безпека роботи з патогенними мікроорганізмами” від 1999 року, методом спалювання у муфельній печі.

На третьому етапі проводили контрольне анкетування, для визначення загального самопочуття та „профілю болю”, а також загально-клінічне обстеження, визначення серомукоїдів (СМ), церулоплазміну (ЦП), фагоцитарної активності нейтрофілів (ФАН) у крові та у пунктаті з черевної порожнини,

доплерометрію та реовазографію. Порівняння проводили між підгрупами відповідних груп.

Отримані кількісні показники обробляли методами математичної статистики з врахуванням: t – критерію Стьюдента (рівень достовірності $p < 0,05$); непараметричного критерію Манна-Уїтні; рангового показника Уїлксона для зв'язаних вибірок; коефіцієнт парної кореляції Пірсона; непараметричного критерію кореляції τ Кандела.

Обчислення проводили на персональному комп'ютері Pentium IV із використанням програм "Statistica for Windows. Version 5.0" та "SPSS for Windows. Release 8.0".

Основні результати дослідження та їх обговорення. При обробці і аналізі архівного матеріалу виявлено, що у наш час, у порівнянні з минулими двадцятиріччями, на ЗЗПМ жінки до 20 років хворіють частіше у 4 рази, а до 25 років - у 1,7 рази. Якщо у 1985 році серед усіх ЗЗПМ - хронічні процеси виявлялись у $67,6 \pm 4,6\%$ хворих то після 2000 року – у $86,4 \pm 3,4\%$, що свідчить про чітку тенденцію до хронізації. Також нами виявлено, що больовий синдром був і залишається основним симптомом, що турбує більше 95% хворих. Але у останні 10 років ЗЗПМ рідко супроводжувались значною температурною реакцією (найвища температура тіла у середньому під час перебування жінок у стаціонарі у 1985-1986рр. складала $38,1 \pm 0,6$ С, а після 2000р. – $36,9 \pm 0,7$ °С) і вираженою загальною протизапальною відповіддю (ЛПІ зменшився у 1,7 рази). Також з'ясовано, що у 51% хворих у наш час переважала умовно патогенна флора.

Результати наших досліджень довели необхідність більш поглибленого вивчення впливу больового синдрому на нейровегетативний та психоемоційний стан хворих, а також саме тих патологічних змін, що відбуваються безпосередньо у ділянці придатків матки у жінок із ЗЗПМ.

На другому етапі нами проведено поглиблене обстеження 140 жінок хворих на гострі та хронічні ЗЗПМ, середній вік яких склав $29,5 \pm 1,93$ років. Основною скаргою у 100% хворих був больовий синдром. Погіршення загального самопочуття відмічали $95,6 \pm 3,1\%$ (43) жінок I групи, $75,0 \pm 6,3\%$ (36) жінок II групи і $48,9 \pm 7,3\%$ (23) – III, а порушення менструального циклу - $42,2 \pm 11,3\%$ (19) жінок I групи, $56,3 \pm 9,5\%$ (27) - II та $76,6 \pm 7,1\%$ (36) – III групи. Дисфункції при статевому житті у вигляді аноргазмії, зниження лібідо відмічали $57,8 \pm 7,4\%$ (26) хворих I, $60,4 \pm 7,1\%$ (29) – II і $72,3 \pm 6,5\%$ (34) – III групи, причому поза стадією загострення у II групі статеві дисфункції відмічали $43,6 \pm 7,2\%$ (21) хворих, а у третій - $66 \pm 6,9\%$ (31) жінок.

Основними об'єктивними симптомами у хворих досліджуваних груп були болючість або чутливість придатків при бімануальному дослідженні та їх збільшення у $82,2 \pm 5,7\%$ жінок I групи і у $58,3 \pm 7,1\%$ жінок II групи. Злуки пальпаторно виявлено у $11,1 \pm 4,7\%$ (5) хворих I групи, у $66,7 \pm 6,8\%$ (32) хворих II і у $97,9 \pm 2,1\%$ (46) хворих III групи. Вище вказані зміни були підтверджені при УЗД та при лапароскопічному дослідженні.

При аналізі анкетних даних нами встановлено високу частоту вегетативних дисфункцій (ВД), що характерно для хворих, які мають схильність до невротичних реакцій. У жінок контрольної групи (КГ) показник ВД склав $14 \pm 0,6$ балів. У I групі сума балів анкети складала $24,85 \pm 1,23$, що у 1,8 рази ($p < 0,005$) більше ніж у жінок контрольної групи, у II групі цей показник дорівнював $29,83 \pm 1,65$ бали, що при порівнянні з КГ було у 2,1 рази ($p < 0,005$) більше, у хворих III групи сума балів складала $39,03 \pm 1,82$, що було відповідно більше у 2,8 рази ($p < 0,005$).

Також нами виявлено наявність нервово-психічного напруження (НПН), що прогресувало у залежності від тривалості запального процесу. У КГ сума склала $31 \pm 0,37$ бал. У хворих жінок найвищою сума балів ($59,35 \pm 1,07$) виявлялась у III групі, що було у 1,9 рази більше ($p < 0,005$) ніж у жінок КГ. У II групі сума балів була дещо нижчою і склала $57,13 \pm 1,04$, що було у 1,8 рази більше ($p < 0,005$) ніж у групі контролю, у I групі даний показник склав $55,44 \pm 1,35$ бали, що виявилось у 1,8 рази більшим ($p < 0,005$) за показники КГ.

Аналіз даних авторської анкети „Загального самопочуття” виявив, що вираженість болю у I групі у середньому склала $4,11 \pm 0,1$ бали, у II – $3,53 \pm 0,12$, а у III – $2,52 \pm 0,09$ бали. Погіршення настрою відзначили майже всі хворі, а середні бали, у окремих групах, виявлялись такими: I група – $4,26 \pm 0,1$, II – $3,57 \pm 0,09$, III – $1,83 \pm 0,07$ бали. Критерії, що характеризують соціальну адаптацію хворі оцінювали так: у I групі показник дорівнював – $4,44 \pm 0,1$ балам, у II – $3,37 \pm 0,09$, а в III – $2,41 \pm 0,12$. Свою статеву функцію, в узагальненому висновку хворі оцінювали у I групі у $4,33 \pm 0,12$ бали, у II групі – у $3,6 \pm 0,09$, а у III – на $2,14 \pm 0,15$ бали. При порівнянні бальної оцінки всіх показників у групах між собою нами виявлено суттєву різницю ($p < 0,001$).

Аналіз візуально-цифрової шкали „профілю болю” показав, що при гострих ЗЗПМ всі сенсорні якості больових відчуттів мали суттєві цифрові показники, але при загостренні запальних процесів вони були виражені дещо менше, а при тривалому больовому синдромі найвищими виявились цифрові показники вираженості тупого болю та його емоційно-ефективна оцінка.

При кореляційному аналізі показників анкет з'ясовано, що біль мав

негативний вплив на загальне самопочуття, настрої, соціальну адаптацію та лібідо хворих жінок. При чому коефіцієнт кореляції був завжди вище 0,5 ($p < 0,005$). При аналізі даних анкети “Загального самопочуття” виявлено паралельні зв’язки між усіма її показниками при високому коефіцієнті кореляції ($p < 0,001$). Також загальне самопочуття корелювало з вираженістю ВД, а ступінь НПН - із вираженістю болю, загальним самопочуттям, настроєм хворих, їхньою оцінкою соціальної адаптації та з якістю статевої функції ($p < 0,001$). Таким чином, нами виявлені чіткі прояви взаємовпливу хвороби та психіки при ЗЗПМ.

Показник ендотоксикозу, який оцінювали по рівню ЛШ, у КГ складав $0,55 \pm 0,04$. У I групі ЛШ дорівнював $2,2 \pm 0,2$, тобто відбувалось його підвищення у порівнянні з групою контролю у 4 рази ($p < 0,001$), у II групі він був вищим у 2,6 рази і дорівнював $1,45 \pm 0,18$ ($p < 0,005$), а у III групі – вищим у 2,2 рази і складав $1,2 \pm 0,1$ ($p < 0,005$).

ФАН крові у КГ складала $52,2 \pm 2,9\%$, у I групі – $23,6 \pm 2,9\%$, у II – $36,4 \pm 3,0\%$, а у III – $38,3 \pm 4,8\%$. При порівнянні цих показників між групами виявлено тенденцію до зменшення ФАН відносно контрольної групи: у I групі – у 2,2 рази ($p < 0,005$), а у II та III групах – у 1,4 рази ($p < 0,005$). Такі показники могли свідчити або про пригнічення захисно-приспосувальних можливостей організму зі зниженням неспецифічних факторів антибактеріального захисту, або про перерозподіл у організмі функціонально-активних нейтрофілів у напрямку локального запального вогнища. Тому це зумовило необхідність дослідження ФАН у осередку запального процесу, тобто у пунктаті з черевної порожнини. Так нами виявлено, що у пунктаті показник ФАН у I групі складав у $80,0 \pm 11,5\%$, у II – $73,4 \pm 10,4\%$, а у III – $36,1 \pm 13,9\%$. При порівнянні даних показників між групами виявлено достовірну різницю лише відносно III групи, де ФАН виявилась у 2,2 рази нижчою, ніж у I групі ($p < 0,05$), і у 2,0 рази - ніж у II групі ($p < 0,05$). Порівнюючи показники ФАН пунктату і крові, ми з’ясували, що зміни активності нейтрофілів при гострих та загостреннях ЗЗПМ були найбільш показові при локальному дослідженні, тому як у пунктаті з черевної порожнини вони були вищими ніж у крові у I групі у 3,4 рази, ($p < 0,001$), а у II – у 2,0 рази ($p < 0,005$). У III групі подібної тенденції нами не виявлено, що, можливо, пояснюється виснаженням активності нейтрофілів у результаті пригнічення неспецифічних факторів антибактеріального захисту унаслідок тривалого запального процесу.

Вміст СМ крові у жінок КГ складав $0,12 \pm 0,02$ од. У хворих I групи він підвищувався до $0,48 \pm 0,02$ од. ($p < 0,005$), а у хворих II групи – до $0,38 \pm 0,02$ од., тобто у 1,3 рази нижче ніж у I групі ($p < 0,005$). У III групі показник вмісту СМ у

крові дорівнював $0,23 \pm 0,02$ од., що було у 1,7 рази нижче ніж у II групі ($p < 0,005$).

Таким чином, вміст СМ у крові, при порівнянні з жінками КГ, підвищувався при гострих ЗЗПМ у 4 рази, при загостренні хронічних – у 3,2 рази, при тривалих хронічних процесах – у 1,9 рази. Також нами виявлено, що вміст СМ у пунктаті з черевної порожнини у хворих на ЗЗПМ по-перше був значно вищим, ніж у крові, по-друге – мав прямий кореляційний зв'язок з відповідними показниками сироватки ($r > 0,6$, $p < 0,001$), складаючи у I групі $0,68 \pm 0,02$ од. (вище, ніж у крові у 1,4 рази); у II – $0,49 \pm 0,02$ од. (вище, ніж у крові у 1,3 рази), а у III – $0,27 \pm 0,01$ од. (вище, ніж у крові у 1,2 рази). Отже, концентрація даних показників „гострої фази” при ЗЗПМ виявлялась максимальною саме у місці патологічного процесу.

Вміст ЦП сироватки крові жінок групи контролю дорівнював $333,27 \pm 24,44$ мг/л. У хворих I та II груп вони були статистично однорідними і відповідно складали $460,12 \pm 27,24$ мг/л та $419,35 \pm 21,97$ мг/л, що було у 1,4 рази ($p < 0,005$) та 1,3 рази ($p < 0,005$) вище ніж у жінок КГ групи. У хворих III групи ЦП крові дорівнював $288,63 \pm 22,2$ мг/л, суттєво не відрізняючись від показників у КГ, але це було у 1,6 ($p < 0,005$) та 1,5 рази ($p < 0,005$) нижче, ніж у I і II групах відповідно.

Показники ЦП пунктату у I і II групах також, як і у крові не відрізнялись і складали відповідно $483,97 \pm 47,78$ мг/л та $452,07 \pm 44,39$ мг/л. У III групі ЦП пунктату дорівнював $256,43 \pm 28,8$ мг/л, що було у 1,9 ($p < 0,005$) та у 1,8 ($p < 0,0051$) рази нижчим ніж у I та II групах. Отже, у жінок з гострими і загостреннями хронічних ЗЗПМ спостерігалась тенденція до підвищення локальної концентрації ЦП, а у III групі хворих, навпаки, до його зменшення. На думку попередніх дослідників (S.Yamoshoji, 1993) зниження вмісту ЦП у хворих із запальними захворюваннями, свідчить про декомпенсовані зміни в антиоксидантній системі організму.

Для дослідження функціонального стану судин матки і додатків використовували доплерометрію. При оцінці кровотоку у маткових артеріях жінок КГ виявлено, що показники IR лівобіч та правобіч складали по $0,53 \pm 0,01$. IR у хворих I групи у середньому дорівнював $0,79 \pm 0,01$ з обох боків, у II групі IR був суттєво нижчим і склав $0,71 \pm 0,01$ ($p < 0,005$). У III групі цей показник складав лівобіч $0,69 \pm 0,01$, а правобіч $0,71 \pm 0,01$, що при порівнянні з I групою було нижче на 12,9% ($p < 0,005$).

У яєчникових артеріях IR у КГ склав $0,56 \pm 0,01$ зліва та $0,54 \pm 0,01$ справа. У I групі - $0,78 \pm 0,01$ зліва і $0,76 \pm 0,01$ справа, що у 1,4 рази було вище ніж у

жінок КГ ($p < 0,005$). У II групі він був нижчим ніж у I групі, складаючи $0,75 \pm 0,01$ ($p < 0,005$) з обох боків, але при порівнянні з даними КГ це було у 1,3 рази вище ($p < 0,005$). У III групі хворих IR склав $0,72 \pm 0,01$ зліва і $0,71 \pm 0,01$ справа, що суттєво відрізнялось від показників I групи ($p < 0,005$) і у 1,3 рази вище ніж у жінок КГ ($p < 0,005$). Отже, локальні порушення кровообігу матки і її придатків супроводжувались спазмом судин з підвищенням резистентності артерій при гострих ЗЗПМ – у 1,5 рази і при хронічних – у 1,3 рази ($p < 0,005$). Такі зміни можуть відбуватись по-перше за рахунок порушення фолікулогенезу, по-друге із-за порушення мікроциркуляції у тканинах.

Діаметр вен матки у контрольній групі складав $0,35 \pm 0,02$ см зліва і $0,32 \pm 0,02$ см справа, а діаметр вен яєчників - $0,21 \pm 0,01$ см зліва і $0,22 \pm 0,01$ см справа. Отримані данні співпадали з показниками здорових жінок репродуктивного віку у дослідженнях В.Г. Мозеса (2006). У групі хворих на гострі ЗЗПМ діаметр вен матки дорівнював зліва $0,42 \pm 0,01$ см, а справа $0,43 \pm 0,01$ см, що було у 1,2 рази більше ніж у контрольній групі ($p < 0,005$). Діаметр вен матки у хворих при загостренні ЗЗПМ складав $0,74 \pm 0,02$ см зліва і $0,73 \pm 0,02$ см справа, тобто у 1,7 рази - більше ніж у жінок КГ ($p < 0,005$). У хворих III групи діаметр вен матки зліва склав $0,88 \pm 0,04$ см справа - $0,92 \pm 0,04$ см, що було у 2 рази більше ніж у жінок КГ ($p < 0,005$). Діаметр вен яєчників у I групі хворих дорівнював зліва $0,31 \pm 0,01$ см, а справа $0,29 \pm 0,01$ см, що було у 1,5 рази більше, ніж у жінок групи контролю ($p < 0,005$). У хворих II групи він складав $0,49 \pm 0,02$ см зліва і $0,48 \pm 0,02$ см справа, тобто більше ніж у жінок КГ у 2,3 рази ($p < 0,005$). У хворих III групи діаметр склав $0,58 \pm 0,03$ см зліва і $0,59 \pm 0,02$ см справа, що у 2,8 рази було більше ніж у групи контролю ($p < 0,005$).

У якості критерію варикозу використовували пробу Валсави. Нами виявлено, що отвір вен яєчників після проби у II групі дорівнював $0,89 \pm 0,02$ см зліва і справа, а отже цей показник збільшувався на 0,4 см ($p < 0,005$). У III групі діаметр вен склав - $1,18 \pm 0,03$ см зліва і $1,19 \pm 0,03$ см справа, тобто - збільшувався на 0,6 см ($p < 0,005$). Дані дослідження підтверджували наявність варикозного розширення вен у хворих з хронічними ЗЗПМ, тоді як у групі контролю діаметр яєчникових вен збільшувався лише на 0,045 см досягнувши $0,24 \pm 0,01$ см зліва і $0,25 \pm 0,01$ см справа. У хворих з гострими ЗЗПМ даний показник дорівнював $0,4 \pm 0,01$ см зліва і справа, збільшившись лише на 0,085 см.

Збільшення діаметру вен матки та яєчників у хворих з гострими ЗЗПМ

могло свідчити про ті порушення, які відбуваються у тканинах при запаленні: розширення венул, застій та стаз крові. У хворих на хронічні запальні захворювання придатків матки більш суттєві зміни, (збільшився отвору яєчникових вен на більш ніж на 0,4 см після проби) свідчило про варикоз.

Для з'ясування стану кровообігу органів малого тазу ми проводили реографію. При якісній оцінці реограм у пацієток із ЗЗПМ, звертала на себе увагу низька амплітуда реохвиль, особливо при тривалих процесах. У жінок з хронічним ЗЗПМ тривалістю більше 5 років (у 67,8% хворих) амплітуда була у 2 рази нижчою від калібрувального сигналу. РІ у I групі був знижений лівобіч до $0,45 \pm 0,02$, правобіч – до $0,44 \pm 0,02$, тобто у 1,5 рази, у порівнянні групою контролю, де РІ склав $0,66 \pm 0,02$ і $0,67 \pm 0,02$ відповідно ($p < 0,005$). РІ у II групі з обох боків знижувався у середньому до $0,39 \pm 0,01$ і був у 1,7 рази нижчим, ніж у КГ ($p < 0,005$). РІ у III групі хворих знижувався лівобіч до $0,20 \pm 0,02$, а правобіч – до $0,23 \pm 0,01$, тобто у середньому у 3,1 рази при порівнянні з КГ ($p < 0,001$).

У групі контролю ВВ складав лівобіч $60,15 \pm 1,07$, правобіч – $59,77 \pm 1,08$. Даний показник знижувався при всіх формах ЗЗПМ. Найбільше уповільнення венозного відтоку спостерігалось у жінок III групи – до $22,79 \pm 0,59$ і до $24,07 \pm 0,69$. У I групі ВВ лівобіч знижувався до $30,48 \pm 1,02$, правобіч – до $29,93 \pm 1,99$, у II групі до $26,40 \pm 0,66$, до $27,27 \pm 0,68$ відповідно. При порівнянні цих показників з даними КГ групи було встановлено, що при гострих ЗЗПМ ВВ знижується у 1,98 рази ($p < 0,005$), при загостренні хронічних – у 2,2 рази ($p < 0,005$), при хронічних, що проявляються лише больовим синдромом – у 2,6 рази ($p < 0,005$). Такі результати свідчили про виражені застійні явища у судинах органів малого тазу жінок із ЗЗПМ.

Проведена кореляція між реографічними показниками периферичного опору судин органів малого тазу і вираженістю ВД, НПН, настроєм хворих, больовими відчуттями, вмістом СМ у пунктаті з черевної порожнини і наявністю злук виявила високі зворотні корелятивні зв'язки ($r > 0,5$, $p < 0,001$). Прямі кореляційні зв'язки знайдено між величиною ІР артерій і вираженістю клінічних ознак, НПН, підвищенням ШОЕ, лейкоцитозом, вмістом СМ і ЦП, як у крові, так і у пунктаті ($r > 0,5$, $p < 0,001$).

Враховуючи виявлені зміни біохімічних, імунологічних, доплерометричних та реовазографічних показників та їх взаємовплив, нами розроблено диференційований підхід при лікуванні хворих на ЗЗПМ із застосуванням інтравагінальної гірудотерапії. Цей підхід був направлений, у першу чергу, на корекцію місцевих запальних та гемодинамічних змін, при мінімізації введення медикаментозних засобів. Протипоказаннями до

проведення гірудотерапії були ознаки гострого живота, менструація, вагітність, стійка гіпотонія, анемія II і III ступеню, захворювання крові, гострі та хронічні гепатити.

Хворі IA підгрупи отримували з першого дня - інтравагінальну гірудотерапію у комплексі із антибактеріальною, дезінтоксикаційною, протикандидозною терапією. Призначали по 2 п'явки кожен день. 10 таких сеансів ми вважали обов'язковими для місцевої протизапальної дії і нормалізації кровообігу органів малого тазу. Хворі IIА підгрупи отримували з першого дня інтравагінальну гірудотерапію №15. 10 сеансів проводили щоденно і 5 – через день (в умовах денного стаціонару), а також дезінтоксикаційну терапію (калоїдно-кристалоїдні розчини), розчин циклоферону внутрішньом'язово (250 мг №5 через день), супозиторії з диклофенаком натрію (per rectum, №10 кожен день на ніч). Хворі IIIА підгрупи отримували інтравагінальну гірудотерапію, як базове лікування у комплексі з внутрішньом'язовими ін'єкціями розчину циклоферону (250 мг №5 через день). Призначали 20 сеансів гірудотерапії: 10 – кожен день і 10 – через день. Етіотропне лікування проводили після повного обстеження

Ефективність проведеного лікування оцінювали по динамічним змінами загально-клінічних, біохімічних і гемодинамічних показників.

Запропоноване комплексне лікування хворих на ЗЗПМ сприяло зменшенню больового синдрому уже на другу добу після початку лікування у $73,8 \pm 5,4\%$ хворих, у пацієток, які отримували загальноприйнятту комплексну терапію інтенсивність болю зменшувалась лише з 3-4 доби у $20,4 \pm 6,8\%$ ($p < 0,005$). Після лікування – у 1,8-7 рази ($p < 0,005$) частіше ніж у хворих груп порівняння покращувалось загальне самопочуття, у 3,4 рази ($p < 0,001$) - настрої, у 2,5 рази ($p < 0,005$) - оцінка соціальної адаптації та у 3,4 рази ($p < 0,001$) - підвищувалось лібідо. Підвищена емоційно-ефективна оцінка болю до лікування та її зниження після, свідчили про значний вплив больових відчуттів на психологічний та емоційний стан хворої. Даний профіль значно зменшувався у жінок, що отримували запропоноване нами лікування.

Динаміка показників ЛШ до та після лікування у досліджуваних жінок виглядала таким чином. У обох підгрупах I групи ЛШ був значно підвищеним і не мав значних змін у процесі лікування, що вказувало на достатню гостроту та стійкість запального процесу. У II Б підгрупі цей показник після лікування майже не змінювався, а у II А підгрупі - знижувався у 2,2 рази ($p < 0,02$), що свідчило про зменшення ендогенної інтоксикації. Аналогічна картина спостерігалась і у III групі, де ЛШ після лікування знизився у підгрупі А у 2 рази

лише ($p < 0,005$) і залишився незмінним у підгрупі Б.

Запропонований нами комплексний диференційований підхід при лікуванні, призвів до нормалізації показників „гострої фази”. Так, у хворих І А підгрупи вміст СМ у крові знизився у 2,4 рази, досягши показників КГ, а у І Б їх рівень становив $0,25 \pm 0,02$ од. У ІІ групі вміст СМ суттєво знижувався у хворих обох підгруп, але після запропонованого нами комплексного підходу – у 2,1 рази, а при загальноприйнятій терапії – у 1,7 рази. У ІІІ групі зміни мали наступний вигляд: у ІІІА підгрупі СМ після лікування знижувались у 1,6 рази ($p < 0,005$), а у ІІІ Б - різниця до та після лікування виявилась недостовірною.

Вміст ЦП у крові ІІІ А підгрупи після лікування підвищився у 1,5 рази (з $276,1 \pm 19,9$ до $425,3 \pm 28,6$ мг/л) ($p < 0,005$), що демонструвало, зважаючи на показники СМ, вагоме збільшення потенціалу антиоксидантного захисту у жінок з хронічними ЗЗПМ при введенні до комплексу терапевтичних заходів інтравагінальної гірудотерапії.

Активність фагоцитуючих нейтрофілів у І А підгрупі збільшилась у 3,3 рази ($p < 0,005$), тоді як у І Б підгрупі достовірних змін виявлено не було. У ІІ А підгрупі після лікування ФАН збільшилась у 2,3 рази ($p < 0,005$), а у ІІ Б – 1,7 рази ($p < 0,005$). У ІІІ А підгрупі відбулося підвищення ФАН у 1,9 рази ($p < 0,005$), у ІІІ Б достовірних змін виявлено не було.

Отримані результати свідчили про виражену не тільки протизапальну, а й стимулюючу фагоцитарну активність та антиоксидантнозахисну дію запропонованого лікування. За дослідженнями інших авторів, такі результати можна пояснити дією біологічно активних речовин секрету п'явок (Г.И. Ніконов, 1998; І.П. Баскова, 2003)

Резистентність маткових і яєчникових артерій, а отже їхнє спазмування з погіршенням кровопостачання репродуктивних органів, у результаті лікування у І А і у ІІІ А підгрупах знизилась у 1,3 рази ($p < 0,005$), а у ІІ А – у 1,2 рази ($p < 0,005$). У підгрупах порівняння суттєвих змін не було. Діаметр вен матки у жінок ІІА підгрупи зменшувався у 1,9 рази складаючи $0,39 \pm 0,01$ см зліва і справа. Діаметр яєчникових вен у даній групі складав $0,29 \pm 0,01$ см, що було у 1,7 рази менше ніж до лікування, а після проби – збільшився лише на 0,1 см ($0,3 \pm 0,01$ см). У підгрупі ІІБ діаметр маточних вен дорівнював $0,62 \pm 0,01$ см, яєчникових - до проби $0,51 \pm 0,01$ см зліва і $0,53 \pm 0,01$ см справа (у 1,8 рази більше ніж у групі ІІА), а після проби розширювались на 0,4-0,5 см, що свідчило про наявність варикозу. У ІІІА підгрупі діаметр маточних вен складав $0,42 \pm 0,01$ см справа і зліва, а у яєчникових – $0,38 \pm 0,01$ см справа і зліва до проби та $0,4 \pm 0,01$ см після. У хворих ІІІБ підгрупи цей діаметр дорівнював $0,81 \pm 0,01$ см

зліва і $0,83 \pm 0,01$ см справа, що у 2,1 рази було більше ніж у підгрупі порівняння. Після проби їх діаметр збільшувався на 0,6 см і складав $1,41 \pm 0,01$ см, що свідчило про значне розширення регіонарного венозного компоненту.

Значний позитивний вплив запропонований метод виявляв на кровообіг органів малого тазу. Так, у хворих I А підгрупи пульсове кровонаповнення і венозний відтік підвищились у 1,8 та у 2,6 рази відповідно ($p < 0,005$), а у I Б підгрупі, навпаки, PI знизився у 1,3 рази ($p < 0,01$), а BV у 1,2 рази ($p < 0,005$). У II А підгрупі PI і BV підвищились у 1,9 та у 2,5 рази відповідно ($p < 0,005$), тоді як у II Б підгрупі PI не змінився, а BV підвищився лише у 1,3 рази ($p < 0,005$). У III А підгрупі PI і BV підвищились у 3,0 та у 1,7 рази, а у III Б – лише у 1,5 та у 1,6 рази відповідно ($p < 0,005$).

Суттєві покращення показників доплерометрії та реовазографії у жінок з різними формами ЗЗПМ, вказували на ефективність запропонованої терапії, яка усуває гемодинамічні порушення в ділянці запального процесу, не залежно від його гостроти і тривалості.

Під час застосування розробленої нами комплексної протизапальної терапії ЗЗПМ ускладнень та побічних реакцій не спостерігалось.

Таким чином, проведене комплексне дослідження показників загальноклінічного, біохімічного, імунологічного статусу, наявності гемодинамічних порушень у жінок із запальними захворюваннями придатків матки дозволило визначити нові сторони патогенезу, з урахуванням яких можливо рекомендувати диференційований підхід до комплексного лікування хворих з різним перебігом захворювання.

Отримані результати дають право стверджувати, що у сучасних умовах традиційне медикаментозне лікування може бути базовим комплексом терапії гострих і виражених загострень ЗЗПМ. Лікування ж ЗЗПМ, що мають тривалий перебіг і відсутність загальних запальних змін, необхідно починати саме з заходів, які покращують місцеву гемодинаміку, а в подальшому, після повного обстеження, долучати етіотропну терапію.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота містить теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання гінекології – патогенетичне обґрунтування та розробка індивідуалізованого терапевтичного алгоритму із включенням засобів корекції місцевих гемодинамічних порушень, що істотно підвищує ефективність

лікування запальних захворювань придатків матки.

1. На запальні захворювання придатків матки у 4 рази частіше хворіють жінки до 20 років, у 86% випадків захворювання мають хронічний перебіг, у 58,4% супроводжуються порушеннями менструального циклу та у 63,5% – статевими дисфункціями.
2. Запальні захворювання придатків матки у 98,2% пацієнток супроводжуються больовим синдромом, що має високий ступінь кореляції із загальною дисфункцією вегетативної нервової системи ($r > 0,5$) і в усіх випадках призводить до значного нервово-психічного напруження.
3. При гострих запальних захворюваннях придатків матки серомукоїди крові підвищуються до $0,48 \pm 0,02$ од., лейкоцитарний індекс інтоксикації до $2,2 \pm 0,2$, церулоплазмін до $460,12 \pm 27,24$ мг/л; при загостренні хронічних – серомукоїди підвищуються до $0,28 \pm 0,02$ од., лейкоцитарний індекс інтоксикації до $1,45 \pm 0,18$, церулоплазмін до $419,35 \pm 21,97$ мг/л. При хронічних процесах, що проявляються лише больовим синдромом вміст серомукоїдів підвищується до $0,23 \pm 0,02$ од. лейкоцитарний індекс інтоксикації до $1,2 \pm 0,1$, а церулоплазмін зменшується до $288,63 \pm 22,2$ мг/л.
4. Вміст серомукоїдів у пунктаті з черевної порожнини виявляється вищими ніж у крові складаючи при гострих процесах $0,68 \pm 0,02$ од., при загостренні хронічних – $0,49 \pm 0,02$ од., при тривалих хронічних процесах – $0,27 \pm 0,02$ од., що свідчить про переважання локального запального процесу над загальним.
5. Фагоцитарна активність нейтрофілів при гострих процесах у крові слала $23,6 \pm 2,9\%$, у пунктаті – $80,0 \pm 11,5\%$, при загостренні хронічних відповідно $36,4 \pm 3,0\%$ і $73,4 \pm 10,4\%$, при тривалих хронічних – у крові $38,3 \pm 4,8\%$, у пунктаті $36,1 \pm 13,9\%$.
6. Встановлено, що локальні порушення кровообігу в органах малого тазу супроводжуються: підвищенням резистентності регіонарних артерій при гострих запальних процесах до $0,79 \pm 0,01$ і при хронічних до $0,71 \pm 0,01$, зниженням пульсового кровонаповнення з $0,44 \pm 0,02$ до $0,20 \pm 0,02$, уповільненням венозного відтоку з $30,48 \pm 1,02$ до $22,79 \pm 0,59$ відповідно, збільшенням отвору вен матки і яєчників на $0,4 \pm 0,01$ см та ознаками варикозу при хронічних процесах.
7. Застосування диференційованого лікування ЗЗПМ зменшує активність запального процесу, що підтверджується зниженням серомукоїдів у 1,6-2,4 рази, лейкоцитарного індексу інтоксикації у 2 рази; підвищення вмісту

церулоплазміну у 1,5 рази, фагоцитарної активності нейтрофілів у 2,8 рази та пульсового кровонаповнення у 1,8-3 рази і венозного відтоку у 2,5-3 рази, на тлі зменшення резистентності маткових і яєчникових артерій у 1,3 рази. Це дозволяє більш якісно відновити репродуктивну функцію жінок.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. До плану обстеження хворих на запальні захворювання придатків матки рекомендується включати дослідження серомукоїдів, церулоплазміну і фагоцитарної активності нейтрофілів у сироватці крові і у пунктаті з черевної порожнини та доплерометрію і реовазографію органів малого тазу.

2. З метою корекції порушень кровообігу внутрішніх статевих органів, до схеми лікування хворих на запальні захворювання придатків матки, рекомендується додавати засоби, що покращують мікроциркуляцію, зокрема інтравагінальну гірудотерапію. Протипоказанням до призначення гірудотерапії є ознаки гострого живота, менструація, вагітність, стійка гіпотонія, анемія II і III ступеню, захворювання крові, гострі та хронічні гепатити. Медичні п'явки приставляються до бокових склепінь (по одній в кожне) один раз на день.

3. При гострих запальних захворюваннях придатків матки, підвищенні температури тіла вище 38°C, вираженій інтоксикації та ускладненнях рекомендовано призначати інтравагінальну гірудотерапію (№10 кожен день), антибіотики, супозиторії з диклофенаком натрію (per rectum №10 на ніч) та дезінтоксикаційну терапію.

4. При хронічних запальних захворюваннях придатків матки рекомендовано призначати інтравагінальну гірудотерапію (№ 10 кожен день і №5 через день), розчин циклоферону (250 мг №5 через день), супозиторії з диклофенаком натрію (per rectum на ніч №10), дезінтоксикаційну терапію.

5. При хронічних запальних захворюваннях придатків матки з тривалим больовим синдромом рекомендовано призначати інтравагінальну гірудотерапію (№ 10 кожен день і №10 через день), розчин циклоферону (250 мг №5 через день). Етіотропну терапію необхідно проводити після повного обстеження.

6. П'явки використовуються одноразово, після застосування їх необхідно погрузати у герметичну ємність з розчином дезактину, а утилізацію проводити методом спалювання.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Зятіна О.М. Аналіз захворюваності і перебігу запальних захворювань придатків матки //Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії: Наук.-практ. журнал. – 2004.- Т.4. – Вип.2 (8). – С.82-85.
2. Зятіна О.М. Біль, вегетативні і нервово-психічні порушення у жінок із запальними процесами придатків матки // Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини та стоматології: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. - Донецьк, 2005. – С.108.
3. Зятіна О.М. Вплив комплексного лікування з гірудотерапією на вміст білків гострої фази при запальних захворюваннях придатків матки // Науковий вісник Ужгородського університету: серія Медицина. – 2006. – Вип.28. – С.168-171.
4. Зятіна О.М. Фагоцитарна активність нейтрофілів та вміст церулоплазміну у жінок з запальними захворюваннями придатків матки //Світ медицини та біології. – Полтава, 2006. - №2. – С.87-91.
5. Зятіна О.М. Перспективи застосування гірудотерапії при запальних захворюваннях придатків матки // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії: Наук.-практ. журнал. – 2006.- Т.6. – Вип.3 (15). – С.170-173.
6. Громова А.М., Зятіна О.М. Гірудотерапія в комплексному лікуванні запальних захворювань придатків матки //Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. - №2.- С.76-79. (Дисертантом проведено підбір та обстеження хворих до і після лікування, статистичну обробку даних).
7. Громова А.М., Зятіна О.М. Характеристика білків гострої фази та кровообігу органів малого тазу при запальних захворюваннях придатків матки //Педіатрія акушерство та гінекологія. – 2006 - №3. – С. 101-105 (Дисертантом проведено забір матеріалу, його аналіз і статистична обробка)
8. Зятіна О.М. Застосування гірудотерапії при лікуванні запальних захворювань придатків матки //Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: Труды Крымского государственного медицинского университета им.С.Г. Георгиевского. – 2006. – Т.142. – часть II. – С.240-241.
9. Громова А.М., Зятіна О.М., Нестеренко Л.А., Мартиненко В.Б. Комплексне лікування хронічних запальних захворювань придатків матки з застосуванням лапароскопії та гірудотерапії // Збірник наукових праць

Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ. – 2006. – С.165-168. (Дисертантом проведено обстеження хворих до і після лікування, статистичну обробку даних).

10. Зятіна О.М. Диференційовані підходи при лікуванні запальних захворювань придатків матки // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії: Наук.-практ. журнал. – 2006.- Т.6. – Вип.4 (16). – С. 36-40.

АНОТАЦІЯ

Зятіна О.М. Патогенетично обґрунтовані підходи при лікуванні запальних захворювань придатків матки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2007.

Дисертація присвячена диференційованому підходу при діагностиці та лікуванні гострих і хронічних запальних захворювань придатків матки.

Автором проведено комплексний аналіз особливостей перебігу запальних захворювань придатків матки, вивчення клінічних, біохімічних та місцевих гемодинамічних змін у 140 хворих і у 21 практично здорової жінки, а також розробка та впровадження у клініку патогенетично обґрунтованої методики лікування, що дозволило уникнути значного медикаментозного навантаження на організм та сприяло покращенню місцевої гемодинаміки.

На основі запропонованого патогенетично обґрунтованого лікування відбулись: нормалізація локального кровообігу (підвищення пульсового кровонаповнення у 1,8-3 рази, посилення венозного відтоку у 2,5-3 рази, зменшення резистентності регіонарних артерій у 1,2-1,3 рази, усунення ознак варикозу); зменшення активності запалення (зниження вмісту серомукоїдів у 1,6-2,4 рази); при хронічному перебігу – підвищення вмісту основного ферменту антиоксидантного захисту церулоплазміну у 1,5 рази) та зменшення загального ендотоксикозу (зниження лейкоцитарного індексу інтоксикації у 2 рази), що сприяло швидшому усуненню больового синдрому, більш якісному відновленню репродуктивної функції і зменшенню ліжка днів на 3 дні.

Ключові слова: запальні захворювання придатків матки, серомукоїди, церулоплазмін, доплерометрія, реовазографія.

АНОТАЦІЯ

Зятин Е.Н. Патогенетически обоснованные подходы при лечении воспалительных заболеваний придатков матки. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Харьковский государственный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2007.

Диссертация посвящена дифференцированному подходу при диагностике и лечении острых и хронических воспалительных заболеваний придатков матки.

Автором проведено комплексный анализ особенностей течения воспалительных заболеваний придатков матки, обследовано 140 больных и 21 практически здоровая женщина.

На основе определения местной концентрации церулоплазмينا, серомукоидов и фагоцитарной активности нейтрофилов, проведения доплерометрии и реовазографии, уточнены стадии воспалительного процесса при воспалительных заболеваниях придатков матки, что позволило обосновать дифференцированные подходы к лечению.

Диссертантом разработан и внедрен терапевтический комплекс, что позволило избежать значительной медикаментозной нагрузки на организм, и способствовало улучшению местной гемодинамики. При острых воспалительных заболеваниях придатков матки больные получали в комплексе с общепринятым лечением (антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, противокандидозная терапия) с первого дня - интравагинальную гирудотерапию. Назначали 10 сеансов по 2 пиявки каждый день. При обострении воспалительных заболеваний придатков матки больным назначали дезинтоксикационную терапию (калоидно-кристаллоидные растворы), раствор циклоферона внутримышечно (250 мг №5 через день), суппозитории с диклофенаком натрия (per rectum, №10 каждый день на ночь). Также с первого дня назначали интравагинальную гирудотерапию, №15 (10 сеансов – каждый день, а 5 – через день в условиях дневного стационара). При хронических воспалительных заболеваниях придатков матки, которые проявлялись лишь болевым синдромом, больные получали интравагинальную гирудотерапию, как базисное лечение - 20 сеансов гирудотерапии (10 – каждый день и 10 – через день) в комплексе с внутримышечными инъекциями раствора циклоферона (250 мг №5 через день).

На основе предложенного патогенетически обоснованного лечения достигнуто: нормализацию локального кровообращения (повышение пульсового кровенаполнения в 1,8-3 раза, усиление венозного оттока в 2,5-

3 раза, уменьшение резистентности маточных и яичниковых артерий в 1,2-1,3 раза, снижение признаков варикоза); уменьшение активности воспаления (снижение содержания серомукоидов в 1,6-2,4 раза); при хроническом течении – повышение содержания основного фермента антиоксидантной защиты – церулоплазмينا в 1,5 раза) и уменьшение общего эндотоксикоза (снижение лейкоцитарного индекса интоксикации в 2 раза), что способствовало быстрому устранению болевого синдрома.

Полученные результаты дают право утверждать, что в современных условиях традиционное медикаментозное лечение может быть только базовым комплексом терапии острых и выраженных обострений воспалительных заболеваний придатков матки. Лечение заболеваний, которые имеют длительное течение при отсутствии общих воспалительных изменений, необходимо начинать именно с мероприятий, которые улучшают местную гемодинамику, а в дальнейшем, после полного обследования, назначать этиотропную терапию.

Ключевые слова: воспалительные заболевания придатков матки, серомукоиды, церулоплазмин, доплерометрия, реовазография.

SUMMARY

ZYATINA O.M. The Pathogenetic grounded approaches during the medical treatment of the Inflammatory diseases of uterine appendages. – Manuscript.

Thesis for a candidate's degree by specialty 14.01.01 – Gynecology and Obstetrics. – Kharkiv State Medical University of Public Health of Ukraine, Kharkiv, 2007.

The Thesis describes the differentiated approach during the diagnostics of and medical treatment of the acute and chronic inflammatory diseases of uterine appendages.

The author has made the complex analysis of the peculiarities of the inflammatory diseases of uterine appendages clinical course, the studying of the clinical, biochemical and local hemodynamic changes of 140 patients and 21 practically healthy women as well as the pathogenetic grounded methods of medical treatment had been worked out and introduced to the clinic that made possible to avoid the considerable medical loading for the organism and promoted the improvement of the local hemodynamics.

On the basis of the proposed pathogenetic grounded medical treatment once had the normalization of the local blood circulation (increasing of the pulse blood-filling in 1,8-3 times; the increasing of the venous drainage in 2,5-3 times; decreasing of the

regional arteries resistance in 1,2-1,3 times; the removal of the varicosity signs); the decreasing of the inflammation activity (decreasing of the sulfurmucoïd content in 1,6-2,4 times); during the chronic clinical course – the increasing of the content of the basic ferment of the antioxidant protection of the ceruloplasmin in 1,5 times) and decreasing of the general endotoxïcosis (the decreasing of the leukocytes index of intoxication in 2 times) that promoted the quick removal of the painful syndrome and the decreasing of the confinement to bed for 3 days.

Key-words: inflammatory diseases of uterine appendages, sulfurmucoïd, ceruloplasmin, dopplermetrics, reovasography.

ПРЕРЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВВ – венозний відтік
- ВД – вегетативні дисфункції
- ЗЗПМ – запальні захворювання придатків матки
- КГ – контрольна група
- ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом
- ЛІ – лейкоцитарний індекс інтоксикації
- НПН – нервово-психічне напруження
- ПМЦ – порушення менструального циклу
- РІ – реографічний індекс
- СМ – серомукоїди
- УЗД – ультразвукове дослідження
- ФАН – фагоцитарна активність нейтрофілів
- ЦП – церулоплазмін
- Іg – імуноглобулін
- ІR – індекс резистентності

Свідоцтво внесення до Державного реєстру видавців,
Виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК № 1891 від 06.08.2004 р.

Папір осетний. Друк трафаретний.
Умов. друк. арк. 0,9. Наклад 100 прим.
Формат 60 x 90 1/16. Зам. № 306.
Підписано до друку 07.12.2006 р.
Віддруковано ТОВ Фірма "Техсервіс"
Адреса: 36011, м. Полтава, вул. В. Міщенка, 2
Тел. (0532) 56-36-71