

ЗБІРНИК  
наукових праць

*Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України*

Київ  
“Інтермед”  
2007

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З МІОМОЮ МАТКИ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

Міома матки відноситься до найпоширеніших доброякісних пухлин статевого тракту, яка діагностується, за даними літератури, у 25-40% жінок, але реальна частота захворювання залишається невизначеною в зв'язку з безсимптомним перебігом більш ніж 70% випадків [1, 2]. На сьогоднішній день основним методом лікування цієї патології є гистеректомія без додатка матки (оваріоектомія здійснюється у жінок віком понад 45 років в зв'язку з онкологічною насторогою). Відомо, що значним негативним наслідком двосторонньої оваріоектомії є формування посткастраційного синдрому, перші клінічні ознаки якого (вегетативно-судинні та психосоматичні розлади) з'являються вже через 1-3 тижні після операції [3]. Слід зазначити, що перебіг післяопераційної адаптації значно ускладнює метаболічна (анемічна) кардіоміопатія, яка розвивається у переважній більшості жінок з міомою матки та надмірними матковими кровотечами. Так, за даними дослідників внаслідок гемічної гіпоксії поступово порушується ліпідний обмін в міокарді з підвищеним розпадом фосфоліпідів, зниженням активності  $K^+/Na^+$ -залежної АТФази сарколеми та  $Ca^{2+}/Mg^{2+}$ -залежної АТФази саркоплазматичного ретикула, в результаті чого в цитоплазмі кардіоміоцитів знижується вміст іона  $K^+$  з одночасним збільшенням іонів  $Ca^{2+}$ , що загалом обумовлює зростання енергетичного дефіциту і електричну нестабільність міокарда [4]. Додільно підкреслити, що патогномонічних клінічних ознак цієї патології немає, крім того симптоматика досить схожа з ранніми клінічними проявами посткастраційного або клімактеричного синдромів, отже у разі їх сполучення неодмінно спостерігається ефект «нашарування» з посиленням дисфункції, що потребує призначення тривалої, патогенетично спрямованої медикаментозної терапії.

**Мета дослідження** – визначити ефективність превентивної медикаментозної лікування посткастраційного синдрому у жінок з міомою матки на тлі метаболічної (анемічної) кардіоміопатії.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 34 жінки в віці 46-57 років після операції екстирпації матки з додатками з приводу міоми матки.

Діагноз метаболічної (анемічної) кардіоміопатії ставили на підставі анамnestичних даних, скарги жінок на слабкість, втому, головні болі, роздратованість, трагічні болі в ділянці серця тягучого характеру, серцебиття, запинки, об'єктивних даних (граніці серця не збільшені, тони голосні, слабкий систолічний шум в ділянці верхівки серця, помірно підвищення артеріального тиску) та ЕКГ-ознак (вкорочення інтервалу PQ, подовження інтервалу QT, юсовисхідний сегмент ST, шпильчастий зубець T).

Пацієнток розділили на 2 підгрупи:

I підгрупа – 17 жінок, яким в після виписки із стаціонару з метою профілактики

клінічних проявів посткастраційного синдрому призначали комплексну медикаментозну терапію, до складу якої включали клімадинон, прелуктал, АТФ-лонг та ферумбо.

II підгрупа – 17 жінок, які отримували клімадинон та ферумбо.

Клімадинон УНО – препарат з групи фітоестрогенів, який містить екстракт з кореневища шимідифуги, споріднений до рецепторів естрогенів в гіпоталамусі, що обумовлює зниження продукції РГ ЛГ, отже гіпосекрецію ЛГ передньою ділянкою гіпофізу та сприяє усуненню вегето-судинних порушень, обумовлених одномоментним раптовим припиненням стероїдпродукуючої функції яєчників. Препарат призначали по 1 таблетці на ніч на протязі 3 місяців.

Слід особливо зазначити, що в післяопераційному періоді не призначали препарати гормональної замісної дії в зв'язку з наявністю у жінок залізодефіцитної анемії різного ступеня виразності, що було б вельми небезпечно враховуючи нестабільність гемокоагуляційних механізмів, отже високий ризик тромбофілічних ускладнень.

АТФ-ЛОНГ – препарат, що містить аденозин-5-трифосфат, гистидин, солі магнію, калію, стимулює активність іонотранспортних систем клітинних мембран, активність мембранозалежних ферментів, сприяє відновленню ліпідного складу біомембран, поліпшує антиоксидантний захист міокарда. Препарат призначали сублінгвально по 1 таблетці (10 мг) 2 рази на добу незалежно від прийому їжі на протязі 20 діб.

Прелуктал MR (триметазидин) – сприяє оптимізації енергетичного метаболізму в міокарді шляхом посилення процесів окислення глюкози, поліпшує обмін фосфоліпідів та їхнє включення в біомембрани. Препарат призначали по 1 таблетці двічі на добу під час їжі на протязі 20 діб.

З метою корекції залізодефіцитної анемії призначали сироп Ферумбо, основною діючою речовиною якого є полімальтозний комплекс гідроксиду трьохвалентного заліза, який на відміну двоохвалентного не утворює нерозчинних хелатних сполук з компонентами їжі та лікарськими речовинами, що обумовлює підвищення його біодоступності. Призначали по 10-15 мл (100-150 мг заліза) одноразово після їжі на протязі 30 діб.

Будь-яких побічних реакцій при проведенні курсу лікування не спостерігали.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

При контрольному клініко-лабораторному обстеженні пацієнток I підгрупи після трьохмісячного курсу лікування 14 (82,4%) жінок відмітили значне покращення самопочуття з підвищенням настрою та працездатності, нормалізацію сну, відсутність загальної слабкості та періодичних цефалій. Також у 11 (64,7%) пацієнток повністю припинилися болі в області серця тягучого характеру, серцебиття та запинки тоно, у решті – виразність цих проявів значно знизилась. Відбувалася також нормалізація показників крові у 15 (88,2%) жінок та електрокардіограми у 12 (70,6%). Слід зазначити, що клінічні маркери гіпоестрогенії, зокрема, приливи, пітливість, озноби, приступи тахікардії та пароксизми артеріального тиску не спостерігали у жодній пацієнтки. Враховуючи той факт, що за рекомендаціями провідних фахівців превентивне лікування посткастраційного синдрому повинно призначатися на протязі не менш 1 року після операції, було вирішено продовжувати курси комплексного лікування з перервами в 1 місяць. Слід обов'язково підкреслити, що продовжували призначати й антіанемічну терапію, незважаючи на значне покращення показників крові, в зв'язку з необхідністю

відновлення саме тканинного пулу заліза в організмі. Доцільно наголосити, що по завершенні повного курсу лікування були досягнуті досить позитивні результати. Пацієнтки відчували себе впевнено, лише у 3 (17,6%) в зв'язку з стресовими ситуаціями на роботі спостерігались періодичні болі в області серця та коливання артеріального тиску, що було розцінено як клінічні ознаки латентної гіпертонічної хвороби, яка мала місце раніше.

Що стосується результатів лікування в підгрупі порівняння, то після трьохмісячного курсу тільки 5 (29,4%) пацієток відзначали деяке покращення самопочуття, та у майже всіх жінок збереглися скарги на періодичні цефалгії і кардіалгії. Слід зазначити, що не зважаючи на призначення фітоестрогенів у 4 (23,5%) пацієток через 3-4 тижня після операції з'явилися перші епізоди приливів жару, ознобів, пітливості, пароксизми артеріального тиску по типу симпато-адреналових кризів різного ступеня виразності. При інтерпретації лабораторно-інструментальних даних було відмічена достатня ефективність антианемічної терапії і відсутність значних позитивних змін на ЕКГ. Пацієнткам II підгрупи також було запропоновано 2 додаткових курсу лікування з 4 тижневої перервами, але при контрольному обстеженні через 1 рік після операції було визначено, що у більшості жінок не відбулось значного покращення загального стану, а у 6 (35,3%) спостерігалось навіть деяке погіршення самопочуття в зв'язку з почастинами епізодів приливів, пітливості, серцебиття, кардіалгії, ознак астеничного синдрому тощо. При цьому зміни на ЕКГ характеризувалися динамічністю, з відсутністю паралелізма з інтенсивністю болювого синдрому.

#### Висновки:

Знаходиться наявність метаболічної (анемічної) кардіоміопатії, яка майже неодмінно формується у пацієток з міомою матки та надмірними матковим кровотечами, певною мірою зніжує ефективність превентивного лікування посткастраційного синдрому. В зв'язку з чим в схемі медикаментозної корекції доцільно включати не тільки препарати з естрогеномодулюючими властивостями, але обов'язково призначати курси метаболічної кардіотропної та антианемічної терапії.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 195-201.
2. Веттоценко Г.Б. Неоперативная гинекология. Москва: Медицинская книга. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – С. 289-313.
3. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / Мухомин Н.В., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – С. 182-187.
4. Окоркова А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 8. Диагностика болезней сердца и сосудов. – М.: Мед. лит., 2004. – С. 287-308.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО КАНДИДОЗНОГО ВАГІНІТУ У ЖІНОК, ЯКІ ПРИЙМАЛИ ПЕРОРАЛЬНІ ГОРМОНАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

За даними літератури, частота кандидозного вагініту серед молодих жінок за останні десятиріччя збільшилась майже вдвічі і складає 30-45% в структурі інфекційних уражень нижнього відділу статевого тракту, що на думку багатьох фахівців пов'язано, зокрема, з широким застосуванням гормональних контрацептивів [1, 2]. Слід зазначити, що патогенетичні механізми цієї взаємодії досить складні й ще до кінця не вивчені, проте за сучасним уявленням генітальний кандидоз є одним з проявів системного інфікування з основним джерелом високовирулентних штампів грибів роду *Candida* в кишечнику, отже вагомим чинником, сприяючим персистенції цих умовно-патогенних мікроорганізмів саме в кишечнику може виступати внутрішньопечінковий холестаза, якій формується, зокрема, при застосуванні пероральних гормональних контрацептивів, навіть низькодозованих [3, 4]. Доведено, що змінення хімічного складу жовчі негативно впливає на перистальтику кишечника, зумовлює зниження бактеріцидних та бактеріостатичних властивостей компонентів жовчі з порушенням еубіотичних співвідношень її, як наслідок, нерегульованим розмноженням грибів роду *Candida* [4, 5].

**Мета дослідження** – визначити ефективність комплексного медикаментозного лікування хронічного рецидивуючого кандидозного вагініту у жінок, які приймали пероральні гормональні контрацептиви.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 30 жінок у віці 18-30 років з внутрішньопечінковим холестазом внаслідок застосування монофазних низькодозованих гормональних контрацептивів, які страждали на хронічний рецидивуючий кандидозний вагініт.

Лабораторні підтвердження кандидозного вагініту здійснювали шляхом мікроскопії піхлових виділень, які брали з переднього склепіння піхви (за даними сучасних наукових досліджень саме ці дані є більш інформативними, ніж при взятті матеріалу із заднього склепіння). Позитивними результатами мікроскопії вважали вміст грибів більше  $10^4$  КУО/мл.

Також проводили оцінку мікробного пейзажу кишечника шляхом бактеріологічного дослідження випорожнень. Ступінь виразності дисбіозу оцінювали за класифікацією І.Б. Кувашої, К.С. Лядола [6].