
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830;
перереєстрований у Міністерстві юстиції України 18.11.2010

№ 3 (53)
(липень - вересень)

Одеса 2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

*О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобе́й (науковий редактор),
Н. А. Мацего́ра (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, О. І. Верба, М. І. Голубятніков,
Ю. І. Гульченко, В. М. Євстаф'єв, О. В. Кузнєцов, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов,
Н. Ф. Петренко, С. А. Праник, Е. М. Пся́дло, В. Г. Руденко, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула*

РЕДАКЦІЙНА РАДА

*О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), А. М. Войтенко (Одеса),
С. А. Гуля́р (Київ), В. М. Запоро́жан (Одеса), М. Ф. Ізмеров (Москва), С. Іднані (Індія),
Н. К. Казимирко (Луганськ), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харків),
І. Ф. Костюк (Харків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кундієв (Київ), Т. Л. Лебеде́ва (Одеса),
В. І. Лузі́н (Луганськ), В. В. Поворо́знюк (Київ), А. М. Пономаре́нко (Київ), М. Г. Проданчу́к
(Київ), А. М. Сердю́к (Київ), В. П. Сіде́нко (Одеса), Ю. Б. Чайковський (Київ)*

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63
e-mail *nymba@mail.ru*
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний
інститут медицини транспорту, 2005
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті, 2010

где использовали повидон-йод и октанисепт исследования были с незначительным или без роста колоний микроорганизмов.

Применяя гидрогелевую повязку Aqua-Gel процесс реэпителизации кожи протекал значительно быстрее (7-10 дней), чем при использовании традиционных повязок (до 3 нед). Это позволило на несколько дней раньше провести запланированное лечение (иммобилизация циркулярной гипсовой повязкой или хирургическое вмешательство). После санации фликтен у 14 пациентов произведена открытая репозиция с внутренней фиксацией, чрескостный остеосинтез – у 8, остальные лечились в гипсовой повязке. Проблем с заживлением ран не возникло. Среди оперативных методов лечения чрескостный остеосинтез имел преимущества перед погружным, поскольку в раннем периоде позволял проведение спиц вне как поврежденных фликтен, так и при наличии неповрежденных.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии существенных различий в эффективности использования различных методов лечения ишемических повреждений кожи.

При лечении фликтен наиболее целесообразны для практического применения в остром периоде травмы повидон-йод и октанисепт, а для сокращения сроков реэпителизации кожи – гидрогелевая повязка Aqua-Gel.

Литература:

1. Giordano C.P. Treatment of fracture blisters: a prospective study of 53 cases. / C.P. Giordano, K.J. Koval // J. Orthop. Trauma. – 1995. – Vol. 9, №2. – P.171-176.
2. Varela C.D. Fracture Blisters: Clinical and Pathological Aspects. / C.D. Varela, T.K. Vaughan, J.B. Carr, B.K. Slemmons. // J. Orthop. Trauma. – 1993. – Vol.7, №5. – P.417-427.

УДК 618.14-089.87:612.662.9:612.013.004.12

З. В. Чумак, М. В. Шаповал, В. В. Артьоменко

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З ХІРУРГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ

Одеський національний медичний університет

Реферат. З. В. Чумак, Н. В. Шаповал, В. В. Артеменко **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.** В работе проводилось изучение показателей качества жизни и менопаузального индекса у женщин с хирургической менопаузой (гистерэктомия с овариэктомией – I группа, гистерэктомия с сохранением одного или обоих яичников или части яичника/ яичников – II группа, овариэктомия без гистерэктомии – III группа) и женщин климактерического возраста без хирургических вмешательств в анамнезе (IV группа). Было установлено, что любой вид хирургической менопаузы, независимо от объема оперативного вмешательства, снижает показатели качества жизни как физический, так и психический компоненты, а также осложняет течение менопаузального синдрома.

Ключевые слова: качество жизни, менопаузальный индекс, хирургическая менопауза, гистерэктомия.

Реферат. З. В. Чумак, М. В. Шаповал, В. В. Артьоменко **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З ХІРУРГІЧНОЮ МЕНОПАУЗОЮ.** В роботі проводилося вивчення показників якості життя та менопаузального індексу у жінок з хірургічною менопаузою

(гістеректомія з оваріектомією – I група, гістеректомія із збереженням одного або обох яєчників чи частини яєчника/яєчників – II група, оваріектомія без гістеректомії – III група) та жінок клімактеричного віку без хірургічного втручання в анамнезі (IV група). Було встановлено, що любий вид хірургічної менопаузи, незалежно від об'єму оперативного втручання, знижує показники якості життя, як фізичний, так і психічний компоненти, а також ускладнює перебіг менопаузального синдрому.

Ключові слова: якість життя, менопаузальний індекс, хірургічна менопауза, гістеректомія.

Summary. Z. V. Chumak, N. V. Shapoval, V. V. Artyomenko **ESTIMATION OF THE QUALITY OF LIFE ESTIMATION IN WOMEN WITH SURGICAL MENOPAUSE.** The study deals with the life quality and menopausal index figures estimation in women with surgical menopause (hysterectomy with ovariectomy – 1st group, hysterectomy with one or both ovaries or its/their part/parts preservation – 2nd group, ovariectomy without hysterectomy – 3rd group) and in climacteric women without surgical interventions in anamnesis (4th group). It was determined that every type of surgical menopause, independently from operation volume, is decreasing quality life figures, as physical as psychological compounds, complicating menopausal syndrome course.

Key-words: quality of life, menopausal index, surgical menopause, hysterectomy.

Вступ. Хірургічна менопауза являється відносно новим для вітчизняної літератури терміном. Він використовується стосовно жінок, менструальна функція яких закінчилась в результаті оперативного втручання. Різноманітність даних операцій, при яких відбувається втрата маси «орган-мішені», достатньо велика та в різній мірі проявляється порушеннями гормонального гомеостазу [1,5].

Згідно з рекомендаціями (Краснопольский В.І. та співавт., 1998) виділяють наступні варіанти хірургічної менопаузи:

1. Оваріектомія без гістеректомії;
2. Гістеректомія з оваріектомією;
3. Гістеректомія з збереженням одного чи обох яєчників, або частини яєчника/яєчників після їх резекції.

За даними досліджень [4], гістеректомія складає близько 40% серед всіх хірургічних втручань, що проводяться в гінекологічних стаціонарах, при цьому в 40-50% пацієнток одночасно видаляють і яєчники [3]. Передчасна менопауза настає майже в 25% жінок в наслідок видалення яєчників [1].

Штучне передчасне вимкнення із функціональної системи репродукції ендокрино-активних периферичних ланок являється для організму сильним біологічним стресом, який може проявляти себе поліморфною клінічною картиною досить тривалий час і обумовлює хірургічну менопаузу як одне із складних соматичних та психологічних ускладнень, що суттєво впливає на якість життя жінки [3,5,6].

Якість життя (ЯЖ) багатьма дослідниками рекомендується як самостійний критерій оцінки самопочуття пацієнта та ефективності терапії. Відносно гінекологічних хворих він в основному застосовується до жінок в клімактерії [8]. Встановлено, що показник якості життя з одного боку об'єктивно оцінює основні аспекти життєдіяльності хворої та здорової людини, з іншого – відображає суб'єктивний рівень її благополуччя [4,7].

Універсального визначення показника ЯЖ не існує. Вважається, що по мірі розвитку суспільства відношення до нього змінюється. ВООЗ (WHO Quality of Life Group, 1994) – рекомендує розцінювати ЯЖ як індивідуальну оцінку людиною свого положення в житті суспільства, в контексті культури і систем цінностей даного суспільства і з точки зору мети даного індивіду, згідно з його планами, можливостями, стандартами, інтересами [7].

N. Wengere and al., (1984) вважають, що медичні аспекти ЯЖ, які пов'язані зі здоров'ям, визначають три основних компоненти – функціональні здібності, сприйняття, симптоми та їх наслідки.

Функціональні здібності – це здатність здійснювати повсякденну діяльність, соціальну, інтелектуальну і емоційну функції, створювати економічну забезпеченість.

Сприйняття включає погляди людини та її роздуми про цінність даних компонентів; важливе значення має сприйняття загального стану здоров'я, рівня благополуччя та задоволення життям. Симптоми – наслідки основного або супутніх

захворювань, вони зменшуються або зникають в результаті лікування. В наслідок застосування лікувальних заходів можуть виникати нові симптоми, пов'язані з побічним впливом лікарських препаратів, які, в свою чергу, можуть звести на нівець результати лікування або суттєво обмежити його потенціальний результат, погіршуючи ЯЖ [9].

Методи вивчення ЯЖ ґрунтуються на визначенні пацієнткою рівня свого благополуччя в фізичному, психічному, соціальному і економічному відношеннях. Всі ці компоненти можуть бути проаналізовані окремо або, в цілому, за допомогою різноманітних анкет, тестів, шкал, індексів.

Метою нашої роботи була оцінка ЯЖ пацієнток з хірургічною менопаузою з врахуванням об'єму проведеного хірургічного втручання.

Матеріали і методи

З метою оцінки ЯЖ нами було обстежено 37 жінок з хірургічною менопаузою та 13 жінок клімактеричного віку, в анамнезі яких були відсутні хірургічні втручання.

Для кількісної оцінки ЯЖ жінок з хірургічною менопаузою нами було використано опитувальник Medical Outcomes Study Short Form «MOS SF-36» - стисла, універсальна форма оцінки здоров'я, який запропоновано J.E. Ware в 1992р. Була використана російська версія SF-36, створена в Міжнародному Центрі досліджень ЯЖ (МЦДЯЖ, м. Санкт-Петербург) в 1998р., що дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворої своїм фізичним та психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Результати представляються у вигляді оцінок в балах (від 1 до 100) по 8 шкалам, які складені таким чином, що більш висока оцінка відповідає кращій якості життя. Кількісно оцінювали наступні показники:

1. Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування, що відображає ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходіння, підйом по сходах).

2. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольову функцію, здатність виконувати роботу, типову для специфічного віку та соціальної приналежності (робота, виконання буденної діяльності).

3. Bodily Pain (BP) – фізичний біль та його інтенсивність, вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, в тому числі роботою по дому та поза його межами.

4. General Health (GH) – загальний стан – оцінка хворою свого стану здоров'я на теперішній час та перспективи лікування.

5. Vitality (VT) – життєздатність (мається на увазі відчуття повноти сил та енергії або навпаки знесилення).

6. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, визначається ступенем в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).

7. Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності.

8. Mental Health (MH) – оцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Оцінку менопаузального індексу проводили за шкалою Куппермена Х. в модифікації Уварової Е.В. (1982р.).

Результати дослідження опрацьовані методом варіаційної статистики з оцінкою достовірності за критерієм Ст'юдента та використанням стандартних комп'ютерних систем.

Результати та їх обговорення

Гінекологічні операції у 37 пацієнток були проведені з приводу лейоміом матки - 17, ендометріозу - 9, кіст і кістом яєчників - 5, гіперпластичних станів ендометрію - 4, резистентних менометроррагій - 2. З приводу вищевказаних захворювань було проведено гістеректомія з оваріектомією - 12, гістеректомія з збереженням одного чи обох яєчників - 7, гістеректомія з збереженням частини яєчника/яєчників після їх резекції - 8, оваріектомія без гістеректомії - 10.

В залежності від об'єму проведеного оперативного втручання були виділені наступні клінічні групи: I (n=12) - гістеректомія з оваріектомією, середній вік жінок становив відносно по групам $47,92 \pm 0,69$ роки; II (n=15) - гістеректомія з збереженням одного чи обох яєчників, або частини яєчника/яєчників після їх резекції - $43,07 \pm 2,28$ роки; III (n=10) - оваріектомія без гістеректомії - $40,60 \pm 0,73$ роки, IV (n=13) - жінки

клімактеричного віку без хірургічних втручань - $47,46 \pm 0,63$ роки. Операція у всіх жінок була проведена на тлі збереженої менструальної функції, чи менометроррагій, що опосередковано свідчить про нормальний рівень естрогенів або відносну гіперестрогенію. Середній період після операції становив - $4,24 \pm 0,36$ роки.

Всім жінкам проводили загальноклінічні обстеження. Перед заповненням анкет і опитувальників проводилась індивідуальна бесіда. Пацієнти відмічали лише ті зміни які з'явилися після операції. За допомогою опитувальника MOS SF-36 проводилась кількісна оцінка ЯЖ після перенесеного хірургічного втручання (табл.1).

Таблиця 1

Кількісна оцінка якості життя жінок з хірургічною менопаузою ($M \pm m$)

<i>Критерії ЯЖ</i>	<i>I (n=12)</i>	<i>II (n=15)</i>	<i>III (n=10)</i>	<i>IV (n=13)</i>
PF	86,09 \pm 1,95	90,00 \pm 1,41	85,32 \pm 1,24	91,01 \pm 1,44
RP	83,27 \pm 1,46	91,73 \pm 2,01	84,13 \pm 1,75	93,67 \pm 0,89
BP	75,82 \pm 2,03	87,43 \pm 0,98	89,51 \pm 0,47	92,65 \pm 1,03
GH	73,24 \pm 1,03	81,35 \pm 1,09	72,94 \pm 0,93	89,75 \pm 0,85
VT	67,23 \pm 0,76	74,85 \pm 0,63	63,34 \pm 0,99	82,35 \pm 1,04
SF	84,29 \pm 0,87	80,73 \pm 0,69	81,34 \pm 1,07	91,45 \pm 1,08
RE	79,93 \pm 1,04	82,75 \pm 0,97	76,64 \pm 0,52	89,34 \pm 0,96
MN	79,11 \pm 0,87	78,34 \pm 1,05	76,27 \pm 1,23	86,52 \pm 1,08

Опитувальник MOS SF-36 дозволяє розділити шкали на два показники: фізичний компонент здоров'я (PF, RF, BP, GH) та психічний компонент здоров'я (VT, SF, RE, MN). Що дозволяє в результаті аналізу оцінити суб'єктивність задоволення пацієнткою своїм фізичним та психічним станом.

Аналізуючи дані, наведені в таблиці 1 нами було виявлено зниження показників ЯЖ у всіх групах жінок з хірургічною менопаузою по відношенню до пацієнток клімактеричного віку. Найнижчі показники були виявлені в I та III клінічних групах, майже по всім шкалам, що свідчить що одномоментне проведення гістер- та овариєктомії, або лише овариєктомії являється трагічним для жінки в будь-якому віці, що було виявлено як при вивченні фізичного, так і психічного компонентів ЯЖ, так як дані стани можна віднести до порушень, які виникають на тлі дефіциту статевих стероїдів. Фундаментальні дослідження останніх років [4,7] свідчать про наявність різних типів естрогенових, прогестеронових та андрогенових рецепторів не лише в основних органах мішенях, але й в різноманітних екстрагенітальних структурах – центральній нервовій системі, клітинах кісткової тканини, ендотелії судин, кардіоміоцитах, уrogenітальному тракті та інш. [5]. З цієї точки зору можна пов'язати хірургічне вимкнення функції яєчників з цілою гамою системних порушень, які суттєво впливають на ЯЖ.

У пацієнток II клінічної групи нами були виявлені зниження показників ЯЖ в основному лише психічного компоненту (VT, SF, RE, MN). Наші результати співпадають з даними авторів, які свідчать, що в психіатричні клініки потрапляє в 2 рази більше жінок після гінекологічних операцій ніж після інших оперативних втручань [6]. Отже, втрата матки, як специфічного органу для організму, багатьма пацієнтками переноситься більш емоційно, ніж видалення любого іншого органу, що щільно пов'язано з особливостями її психонейровегетативного статусу, виникненням почуття дефемінізації в 50% жінок [2].

Виявлення незначного зниження показників фізичного компоненту ЯЖ у пацієнток II клінічної групи по відношенню до пацієнток IV клінічної групи можна трактувати як зміни,

які виникають в післяопераційному періоді з часом та можуть впливати на різні органи й системи, що розцінюється як синдром постгістеректомії у 23-40% пацієнток [2,5]. Вважається, що він може виникати як внаслідок зниження гормональної активності яєчників після порушення їх кровопостачання в результаті оперативних маніпуляцій на судинах, так і в результаті зникнення пулу біологічно-активних речовин, які продукуються безпосередньо маткою: фактори системи згортання, інтерлейкіни, фактори росту, ренін, утероглобін, ендорфіни та інші.

Таблиця 2

Оцінка модифікованого менопаузального індексу ($M \pm m$)

<i>Симптоми</i>	<i>I (n=12)</i>	<i>II (n=15)</i>	<i>III (n=10)</i>	<i>IV (n=13)</i>
Нейро- вегетативні	23,85±0,83	14,35±1,04	21,35±0,89	12,34±0,65
Обміно-ендокрині	13,33±0,57	9,82±0,31	15,73±0,61	4,91±0,67
Психоемоційні	14,18±0,33	13,74±0,52	12,85±0,69	9,35±0,97

В результаті аналізу даних, наведених в таблиці 2, нами були виявлені наявність важкого та середнього ступеню важкості перебігу менопаузального синдрому у пацієнток I та III клінічних груп. Прояви нейровегетативної симптоматики були оцінені в середньому 23,85±0,85 та 21,35±0,89 балів відповідно. Самою частою скаргою були наявність припливів, які виникали у більшості вже в перші 2-7 днів після операції, та з часом ставали досить інтенсивні й доходили до 20-40 разів на добу. 50-60% жінок скаржились на виражену пітливість, особливо ніччю, інколи настільки інтенсивну, що потребувало зміни нательної білизни. 38-45% жінок вказували на перепади артеріального тиску, які досить важко корегувалися гіпотензивною терапією. Більшість пацієнток вказували на роздратованість та безсоння. В даній категорії жінок були виявлені прояви обміно-ендокринної та психоемоційної симптоматики в основному середнього ступеня важкості з акцентом на збільшення маси тіла (27%), урогенітальних порушень (53%) та порушень опорно-рухової системи (в 17% виявлено остеопенію, та в 7% - остеопороз). Наші дані співпадають з результатами досліджень в яких виявлено аналогічні зміни після тотальної овариєктомії у 60-80% прооперованих жінок [1,3]. Адаптація організму до повної відсутності яєчникових стероїдів відбувається досить повільно і в середньому триває приблизно від 3 до 5 років, а інколи і довше [5].

Для пацієнток II клінічної групи дані прояви були теж притаманні, але в меншій мірі, менопаузальний індекс був оцінений як слабкого та середнього ступеня важкості, лише прояви психоемоційної симптоматики співпадали з аналогічними в I та II клінічній групі, що підтверджує суттєві зміни в психосоматичному статусі жінок після втрати матки як органа-мішені.

Висновки

Хірургічна менопауза, незалежно від об'єму оперативних втручань, призводить до порушень, які суттєво знижують як фізичні, так і психічні компоненти якості життя та ускладнюють перебіг менопаузального синдрому. Розвиток і широке впровадження в практику органозберігаючих засобів лікування являється найбільш перспективним в напрямку збереження якості життя.

Всім пацієнткам з хірургічною менопаузою необхідний диспансерний нагляд, для своєчасного визначення замісної гормональної терапії, а в разі збереження оваріальної тканини ретельного контролю за рівнем гормонального гомеостазу. При виявленні гіпоестрогенії визначати перспективу своєчасної корекції гормональними препаратами.

Література

1. Аккер Л. В., Павлова А. П., Гальченко А. И. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т.7. - №1. - С.46-51.
2. К вопросу обеспечения мониторинга гормонального статуса женщин / В. В. Каминский, С. И. Жук, Н. А. Сиенко, А. В. Каминский // Репродуктивное здоровье женщины - №2(36).- 2008.- С. 49 - 52.

3. Современный подход к лечению и профилактике последствий хирургической менопаузы / В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина, Г. Г. Мельникова и др // Здоровье женщины.- №7 (43).- 2009.- С. 47 - 52.
4. Улучшение медицинской помощи женщинам, перенесшим пангистеэктомию / А. Н. Додонов, В. Б. Трубин, Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова// Мать и дитя: материалы III Рег. Научн. Форума (Саратов).- М., 2009.- С. 90 - 91.
5. Hysterectomy, oophorectomy and endogenous sex hormone levels in older women: the Rancho Bernardo Study/ G. A. Laughlin, E.Barrett-Connor, D. Kritz-Silverstien, D. von Muhlen // J. Clin. Endjcrinol. Metab. - 2000. - Vol.85. - P.645.
6. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy / J. L .Shifren, G. D. Braunstein, J. A. Simon et al. // N. Engl. J. Med.- 2000. - Vol.343. - P.682.
7. Update practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause // Climacteric.- 2008.- №11.- P.108 -123.
8. Scott D. L., Garrood T. Quality of life measures: use and abuse // Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 2000. — Vol. 14, № 4. — P. 663–687.
9. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Heath Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.- 1993.