

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВІДНОВЛЕННЯ КРОВОТОКУ У ЯЄЧНИКАХ ПРИ ХРОНІЧНИХ САЛЬПІНГООФОРИТАХ



О.В. БУЛАВЕНКО

д.мед.н., завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

О.М. ГОНЧАРЕНКО

Вінницький міський клінічний пологовий будинок № 2

Запальні захворювання жіночих статевих органів посідають одне з перших місць у структурі гінекологічної патології. Їх питома вага – 55-95% [4, 6]. При цьому варто зазначити, що у хворих на доброякісні пухлини яєчників в анамнезі спостерігається досить висока частота (30-60%) хронічних сальпінгоофоритів (ХСО) з різною тривалістю захворювання.

Хворі на ХСО становлять основну групу жінок, які звертаються у жіночу консультацію, що збільшує кількість таких діагнозів, як хронічний аднексит, аднексит у стадії загострення, підгострий сальпінгоофорит. Такі діагнози не відповідають сучасним уявленням про сутність патологічного процесу [2, 4], але досить часто встановлюються лікарями, зумовлюючи часте, іноді необгрунтоване застосування антибактеріальної терапії з недотриманням основних етапів лікування ХСО.

На думку деяких авторів [2, 5], діагноз «хронічний сальпінгоофорит» може бути встановлений як досвідченим лікарем, так і початківцем, але зняти цей діагноз, встановлений помилково, досить складно. Це зумовлено тим, що до цього часу не існує чітких критеріїв встановлення ХСО та єдиної класифікації. На відміну від гострого сальпінгоофориту, коли наявна яскраво виражена клінічна картина, доступний анамнез захворювання [3, 5], показові дані лабораторної діагностики, ХСО не завжди має чіткі прояви.

У розвитку хронізації запальних захворювань придатків матки та порушенні їх функціонального стану велике значення має відсутність або неефективність другого етапу лікування сальпінгоофоритів, що спричиняє розвиток таких ускладнень, як хронічний тазовий біль, спайковий процес придатків матки з розвитком безпліддя або позаматкової вагітності, атрофії рецепторного апарату яєчників, порушення чутливості гормональних структур до гуморальних впливів [1, 4]. Унаслідок вказаних процесів змінюється фолікулогенез і відповідно порушується синтез статевих гормонів. Протягом тривалого часу з метою розсмоктуючої терапії частіше всього застосовувались ферментативні препарати (лідаза, трипсин) та біостимулятори (алоє), ефективність яких при теперішньому стані реактивності організму є здебільшого недостатньою.

Незважаючи на успіхи у вивченні етіологічної структури та патогенезу ХСО, деякі питання все ж таки потребують дослідження. Зокрема, дотепер немає чітких діагностичних критеріїв ХСО та рекомендацій щодо реабілітації жінок після запальних захворювань придатків матки.

Мета нашого дослідження полягала у визначенні ефективності дії судинних антигіпоксантів у комплексній реабілітації жінок із ХСО.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами було обстежено 60 пацієнток із ХСО та 30 практично здорових жінок віком від 25 до 34 років, яких розподілили на три групи. До групи порівняння увійшли 30 жінок активного репродуктивного віку з ХСО, яким призначали традиційну схему відновлювального лікування: біогенні стимулятори алоє 1 мл внутрішньом'язово раз на добу протягом 10 днів і скловидне тіло 2 мл підшкірно раз на добу упродовж 10 днів. До основної групи увійшли пацієнтки після лікування загострення ХСО, яким призначили нову схему комплексної реабілітації: імуномодулятор ліастен 0,002 г внутрішньом'язово раз на 5 днів, всього 5 ін'єкцій; атитромботичний ферментний препарат дистрептаза по 1 супозиторію двічі на добу *per rectum* протягом 4 днів та по 1 супозиторію раз на добу *per rectum* упродовж 3 днів, а також метаболічний антигіпоксанта Актосегін. Актосегін є судинним антигіпоксантам, який містить тільки фізіологічні речовини з молекулярною масою < 5000 Да. На молекулярному рівні цей препарат збільшує утилізацію і споживання кисню (підвищує стійкість до гіпоксії), прискорює енергетичний метаболізм і споживання глюкози. Препарат застосовувався за схемою: по 1 таблетці (200 мг) тричі на добу. Загальна тривалість лікування становила 15 діб.

Обстеження жінок проводили на базі центру репродуктивної медицини REMEDI та жіночої консультації міського клінічного пологового будинку № 2 (м. Вінниця).

Функціональний стан яєчників оцінювали за допомогою сонографічного дослідження разом з доплерометричним картуванням, яке здійснювали на апараті Voluson-730 Pro з використанням абдомінального та вагінального трансдюсерів відповідно до фаз менструального циклу (МЦ) (на 5-6-й день, напередодні овуляції і на 19-20-й день) та проводили визначення перифолікулярного кровотоку.

ТАБЛИЦЯ 1. СТАН ПЕРИФОЛІКУЛЯРНОГО КРОВОТОКУ ПРОТЯГОМ МЦ У ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК (M ± m) ДО ЛІКУВАННЯ

День циклу	Групи жінок	n	Показник	
			IP* в інтраоваріальних судинах	МСШ** (см/с)
2-3-й	Основна	30	0,79 ± 0,02	8,66 ± 0,072
	Порівняння	30	0,78 ± 0,02	8,68 ± 0,072
	Здорові жінки	30	0,54 ± 0,01	12,65 ± 0,123
Напередодні овуляції	Основна	30	0,78 ± 0,002	10,74 ± 0,069
	Порівняння	30	0,77 ± 0,002	10,64 ± 0,069
	Здорові жінки	30	0,454 ± 0,002	17,65 ± 0,023
19-20-й	Основна	30	0,754 ± 0,002	10,4 ± 0,046
	Порівняння	30	0,762 ± 0,002	10,6 ± 0,046
	Здорові жінки	30	0,485 ± 0,002	18,15 ± 0,026

* IP – індекс резистентності; **МСШ – максимальна систолічна швидкість

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було виявлено у 36 (60%) обстежених жінок із ХСО порушення оваріо-менструального циклу, причому 26 (43,3%) з них в анамнезі мали від 1 до 3 абортів, 42 (70%) мали в анамнезі більше 3 загострень та давність ХСО від 2 до 10 років. Близько 32 (53%) хворих на фоні нормального МЦ відмічали зміни характеру менструації та появу тазового болю. У 12% пацієнок був встановлений діагноз безпліддя, 18% – були оперовані з приводу позаматкової вагітності.

При УЗД були виявлені ознаки запалення: потовщення в діаметрі маткової труби з потовщеною стінкою. У 34 (56,6%) жінок відмічався спайковий процес між придатками матки та тілом матки або сусідніми органами. Потовщення капсули яєчників та зниження кровотоку в яєчниках мали 28 (46,7%) пацієнок.

Перше УЗД у жінок обстежуваних груп проводилось на 2-3-й день МЦ з метою оцінки яєчникового резерву, виключення наявності функціональних об'ємних утворень перехідного характеру та визначення показників кровообігу в інтраоваріальних судинах.

Наступне УЗД проводилося пацієнткам напередодні овуляції (в день позитивного тесту на овуляцію), з метою визначення розмірів домінуючого фолікула та стану кровотоку у його стінці.

Аналізуючи отримані результати УЗД протягом трьох МЦ, ми не виявили достовірної різниці між розмірами преовуляторних фолікулів у жінок основної групи та групи контролю. Більш детальна реєстрація показників кровотоку в судинах домінуючого фолікула напередодні овуляції в групах досліджуваних жінок показала суттєве підвищення МСШ кровотоку

(14-20 см/с) та достовірне зниження показників периферичного судинного опору до 0,45 ± 0,001 у здорових жінок (табл. 1).

Натомість у жінок із ХСО спостерігалось незначне збільшення МСШ (до 12 см/с) у стінці домінуючого фолікула за відсутності або незначного зниження периферичного судинного опору. Найбільш високими IP напередодні овуляції залишалися в групі жінок активного репродуктивного віку, які мали в анамнезі запальні захворювання придатків та оперативні втручання на органах малого таза (IP = 0,560 ± 0,002).

Підвищення МСШ кровотоку та одночасне зниження IP у судинах стінки преовуляторного фолікула є неодмінною умовою для розриву фолікула під час овуляції.

Слід зазначити, що більш низькі показники швидкості кровообігу та високі показники судинного опору, що визначалися в преовуляторних фолікулах, мали місце у жінок із запальними захворюваннями в анамнезі і спостерігалися у сформованому на їх місці жовтому тілі. Отже, отримані результати свідчать про те, що у пацієнок із ХСО, на відміну від здорових жінок, при переході від фолікулінової до лютеїнової фази не відбувається зниження величин судинного опору в інтраоваріальних судинах домінуючого яєчника.

Після проведеного лікування із призначенням препарату Актювегін та повторного обстеження хворих через 6-8 тиж було встановлено покращення ангіогенезу за даними доплерометричних показників в основній групі (табл. 2). Скарги на ниючий біль внизу живота та в поперековій ділянці в основній групі відмічались лише у 6,67% пацієнок, а через 8 тиж після традиційної реабілітації мав місце лише один випадок загострення сальпінгоофориту.

ТАБЛИЦЯ 2. СТАН ПЕРИФОЛІКУЛЯРНОГО КРОВОТОКУ ПРОТЯГОМ МЦ У ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК (M ± m) ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

День циклу	Групи жінок	n	Показник	
			IP в інтраоваріальних судинах	МСШ (см/с)
2-3-й	Основна	30	0,54 ± 0,01	12,61 ± 0,123
	Порівняння	30	0,59 ± 0,02	10,66 ± 0,072
	Здорові жінки	30	0,54 ± 0,01	12,65 ± 0,123
Напередодні овуляції	Основна	30	0,455 ± 0,002	17,60 ± 0,023
	Порівняння	30	0,476 ± 0,002	15,42 ± 0,069
	Здорові жінки	30	0,454 ± 0,002	17,65 ± 0,023
19-20-й	Основна	30	0,482 ± 0,002	18,10 ± 0,026
	Порівняння	30	0,493 ± 0,002	16,1 ± 0,046
	Здорові жінки	30	0,485 ± 0,002	18,15 ± 0,026

ВИСНОВКИ


Отже, на основі отриманих результатів досліджень можна зробити висновок, що застосування судинного антигіпоксantu Актoвeгiн у складі запропонованої нами комплексної терапії у жінок із ХСО є більш ефективним методом відновлення ангіоге-

незу яєчників у порівнянні з традиційною відновлювальною терапією.

Запропонований метод лікування дає можливість зменшити кількість рецидивів захворювання, запобігти розвитку ускладнень та значно покращити продуктивне здоров'я жінок дітородного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белова А.Н., Крупина В.Н. Хроническая тазовая боль. – М.: Антитор, 2007. – 572 с.
 2. Голота В.Я., Колесник В.Л. Комплексный метод лікування хронічного сальпінгоофориту // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 3. – С. 106-107.
 3. Дробинская А.Н., Хонина Н.А., Пасман Н.М. и др. Экстракорпоральная антибиотикотерапия и иммунотерапия в лечении хронических персистирующих урогенитальных инфекций у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 5.

4. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 2-9.
 5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Современные подходы к лечению больных острым сальпингоофоритом с неосложненным течением // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 30-33.
 6. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровкова Е.И. Принципы лечения хронического воспалительного процесса придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 5. – С. 61-65. 

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВІДНОВЛЕННЯ КРОВОТОКУ У ЯЄЧНИКАХ ПРИ ХРОНІЧНИХ САЛЬПІНГООФОРИТАХ

О.В. Булаченко, О.М. Гончаренко

Оцінено ефективність комплексної реабілітації жінок з хронічним сальпінгоофоритом та порушенням кровотоку яєчників. Доведена доцільність застосування препарату Актoвeгiн в нових схемах комплексної відновлювальної терапії хронічного сальпінгоофориту.

Ключові слова: хронічний сальпінгоофорит, реабілітація, Актoвeгiн.

NEW APPROACHES FOR RESUMPTION OF BLOOD FLOW IN THE OVARIES AT CHRONIC SALPINGOOPHORIT

O.V. Bulavenko, A.M. Goncharenko

Efficiency of complex therapy of women with chronic salpingoophoritis and changes of ovaria hemodynamic is estimated. It is proved expediency applications of new schemes of complex rehabilitation chronic salpingoophoritis with application preparation actovegin.

Keywords: chronic salpingoophoritis, rehabilitation, actovegin.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
 АССОЦИАЦИЯ ГИНЕКОЛОГОВ-ЭНДОКРИНОЛОГОВ УКРАИНЫ

ОБЪЯВЛЯЕТСЯ КОНКУРС!

Учитывая роль становления репродуктивной системы и особенности течения пубертатного периода у девочек в генезе развития нарушений репродуктивного здоровья и формирования гормонозависимых предопухолевых и опухолевых заболеваний у женщин,
объявляется конкурс на лучшую научную работу
по проблемам гинекологии детского и подросткового возраста в двух номинациях:

Аналитический обзор по проблеме
 Результаты собственных клинических исследований

Лучшие работы будут награждены:
1-е место – участие во Всемирной научной конференции в 2013 г.
2-е место – участие в Европейском конгрессе в 2013 г.
3-е место – участие в Школе эндокринной гинекологии (четыре семинара на выбор)

Работы принимаются до 30 декабря 2012 г. Возраст соискателей – до 40 лет. Работы направлять на электронную почту irag.gyn@gmail.com с пометкой «конкурс»

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте www.femina-health.com