

Summary

WAYS TO AMELIORATE SURGICAL TREATMENT OF INGROWN NAIL

Osipov A. S., Bezruchko M. V., Lyashenko V. O., Rybalka Ya. V.

Key words: ingrown toenails, radiowave surgery.

This paper describes the method of surgical treatment of onychocryptosis, which consists in the removal of the nail growing zone (matrix) in the projection of the growth zone of the nail in the inflamed side using radio wave surgery device in cutting-coagulation mode (by electrode loop). This method, compared with the conventional techniques, demonstrated the a number of advantages: minimization of tissue trauma, of shortcut of wound healing period, no necrotic wound complications, preserving the anatomic integrity and aesthetic form of the nail and the nail fold.

УДК: 618.145-007.61:618.173

Сельський П.Р., Слива А.Ф., Слива В.В.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІУ ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

ВДНЗУ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

З метою підвищення ефективності діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального віку було проведено ретроспективний аналіз 52 карт стаціонарного хворого жінок, що знаходились на лікуванні в гінекологічних відділеннях Тернополя і області. У відповідності з патогістологічним висновком 1-шу групу складала 28 жінок з простою гіперплазією ендометрію, 2-гу групу – 24 жінки з комплексною гіперплазією ендометрію. В групу порівняння увійшли 12 соматично здорових жінок. Середній вік хворих 1-ї групи – (47,0±1,0) років, 2-ї групи – (56,0±1,5) років. Встановлено, що до факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального періоду відносяться неблагополучні соціально-економічні фактори: проживання в сільській місцевості, важкі умови праці, шкідливі звички та обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, 3 і більше вагітностей, велика кількість (4 і більше) акушерсько-гінекологічних втручань, використання внутрішньоматкової контрацепції. У жінок з різними видами гіперплазії ендометрію клімактеричний синдром перебігав середньоважко чи важко з нейровегетативними, ендокринно-обмінними та психоемоційними проявами. Серед коморбідних станів найчастіше спостерігались дисгормональна патологія молочних залоз та порушення гепато-біліарного тракту.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрію, клімактеричний синдром, перименопаузальний вік, дисфункційні маткові кровотечі, коморбідні стани.

Дослідження виконано у ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України" в рамках науково-дослідної міжкафедральної теми "Діагностика, лікування та профілактика захворювань органів репродуктивної системи у жінок із супутньою патологією", № державної реєстрації 0113U001241.

Вступ

За останнє десятиліття у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, в структурі гінекологічної патології спостерігається зростання гіперпластичних процесів ендометрію [ГПЕ], які складають від 10 до 50%. За прогнозами експертів ВООЗ до 2015 року відсоток жіночого населення світу старше 45 років досягне 46%. Щороку кількість жінок, що перебувають в перименопаузальному віці збільшується на 2,5 млн. [4, 5].

Не зважаючи на велику кількість досліджень в даному напрямку, недостатньо вивченими залишаються фактори ризику, клінічні особливості перебігу та вплив супутньої патології при різних видах ГПЕ у жінок перименопаузального віку, що обґрунтовує високу актуальність даної проблеми.

Мета дослідження

Проаналізувати клініко-епідеміологічні аспекти гіперпластичних процесів ендометрію для підвищення ефективності діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузального віку на основі поглибленого аналізу

клініко-анамнестичних даних при різних видах гіперплазії.

Методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 52 карт стаціонарного хворого і біопсій, взятих у жінок перименопаузального віку, що знаходились на обстеженні в гінекологічних відділеннях лікувальних закладів Тернополя та області. Проаналізовано: вік хворих, соціально-економічні фактори, акушерсько-гінекологічний анамнез, клінічні особливості перебігу клімактеричного синдрому та коморбідні стани у жінок з різними видами гіперплазії.

Патогістологічний діагноз верифікований клінічно та гістологічно з врахуванням класифікації гіперпластичних процесів ендометрію ВООЗ 1994 р. [3].

Контрольну групу становили 12 соматично здорових жінок віком (45,5±0,7) років.

Математичний аналіз даних проведений за допомогою методів варіаційного, кореляційного аналізу з використанням стандартного пакету прикладних програм Microsoft Excel.

Результати й обговорення

Нами було проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 52 жінок. У відповідності з патогістологічним висновком 1-шу групу склали 28 жінок з простою гіперплазією ендометрію (ПГЕ); 2-гу групу – 24 жінки з комплексною гіперплазією ендометрію (КГЕ).

Середній вік хворих 1-ї групи – (47,0±0,7) років, 2-ї групи – (56,0±1,2) років.

Як правило, менопаузальний вік є періодом найбільшої соціальної активності жінки в сучасних умовах, тому неблагополучні соціально-економічні умови можна віднести до факторів

ризиків ускладненого періоду перименопаузи з розвитком різних видів ГПЕ.

Серед обстежених хворих 2/3 жінок проживали в сільській місцевості. Очевидно це зумовило низький ступінь звертань до лікувальних закладів та своєчасної профілактики захворювання. Крім того, 18% жінок з ПГЕ та майже 21% з КГЕ відмічають важкі чи шкідливі умови праці протягом життя. Немаловажливу роль відіграє наявність шкідливих звичок, які спостерігались майже в 11% та 17% хворих 1-ї та 2-ї групи відповідно (табл. 1).

Таблиця 1
Соціально - економічні фактори впливу у жінок з з гіперпластичними процесами, М±т

Критерії	Кількість жінок (%)		
	ПГЕ (n=28)	КГЕ (n=24)	ГП (n=12)
Місце проживання	71,4±8,7	70,8±9,5	67,7±14,2
Важкі умови праці	17,9±7,4	20,8±8,5	8,3±8,3
Шкідливі звички	10,7±6,0	16,7±7,8	8,3±8,3

Проведений нами аналіз анамнезу встановив, що майже в половини жінок кількість вагітностей перевищувала три, що в 2,5 рази більше, ніж в групі порівняння. Крім того, кількість перенесених акушерсько-гінекологічних втручань та відсоток використання внутрішньоматкової конт-

рацепції був достовірно ($P < 0,05$) вищим у жінок з ПГЕ та КГЕ, ніж у жінок без гіперплазії. Поряд з тим, безпліддя виявлено у 2 ((7,14±5,0)%) жінок 1-ї групи та 1 ((4,17±4,17)%) жінки 2-ї групи (табл. 2).

Таблиця 2
Акушерсько-гінекологічний анамнез жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, М±т

Критерії	Кількість жінок (%)		
	ПГЕ (n=28)	КГЕ (n=24)	ГП (n=12)
Кількість вагітностей, ≤3	42,9±9,5	45,8±10,4	16,7±11,2
Кількість акушерсько-гінекологічних втручань, ≤4	60,7±9,4	62,5±10,1	25,0±13,1 $P_{1-3} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$
Внутрішньоматкова контрацепція	21,4±7,9	37,5±10,1	8,3±8,3 $P_{2-3} < 0,05$
Безпліддя	7,14±5,0	4,17±4,17	0

Аналіз клінічного перебігу перименопаузального періоду встановив, що середньоважкий та важкий ступінь клімактеричного синдрому відмічався достовірно частіше у жінок з ПГЕ ($P < 0,001$, $P < 0,01$) та з КГЕ ($P < 0,05$, $P < 0,01$), тоді як у жінок групи порівняння вірогідно частіше ($P < 0,001$) спостерігались легкі форми.

В межах ретроспективного аналізу хворих

нами виявлено наступні клінічні ознаки клімактеричного синдрому: дисфункційні маткові кровотечі (100%), уrogenітальні порушення (30%), дратівливість (90%), втомлюваність (80%), депресія (70%), головний біль (65%), припливи (70%), збільшення маси тіла (29%). Достовірної різниці клінічних ознак, залежно від виду гіперплазії чи віку хворих, не виявлено (табл. 3).

Таблиця 3
Клінічні прояви клімактеричного синдрому у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, М±т

Клінічні ознаки	Кількість жінок (%)		
	ПГЕ (n=28)	КГЕ (n=24)	ГП (n=12)
Дисфункційні маткові кровотечі	100	100	100
Уrogenітальні порушення	21,4±7,9	33,3±9,8	8,3±8,3
Дратівливість	89,3±5,9	91,7±5,8	58,3±14,9
Втомлюваність	75,0±8,3	83,3±7,8	50,0±15,1
Депресія	64,3±9,2	75,0±9,0	66,7±14,2
Головний біль	60,7±9,4	70,8±9,5	41,7±14,9
Припливи	67,9±8,9	75,0±9,0	41,7±14,9
Прибавлення маси тіла	28,6±8,7	29,2±9,5	16,7±11,2

Відомо, що ГПЕ найчастіше розвиваються на фоні зниження адаптаційних можливостей, порушення обмінних процесів, розладів різних ланок гіпоталамо-гіпофізарно-яєникової системи, гіперестрогенемії зумовлених, зокрема, і вікови-

ми змінами, що особливо характерно в період пре- та менопаузи [4, 5, 7]. Відомо також, що ризик гіперплазії підвищується при деяких коморбідних станах, наприклад, ожирінні, діабеті та артеріальній гіпертензії, які опосередковано, че-

рез змінений стероїдогенез, призводять до гіперестрогенії і виникнення гіперпластичних процесів ендометрію [1, 2, 3, 6]. Крім того, негативно впливають патологія гепатобіліарної системи, шлунково-кишкового тракту, щитовидної залози і порушення імунітету.

Нами встановлено, що майже в 1/3 жінок з різними видами гіперпластичними процесами ендометрію спостерігалась дисгормональна патологія молочних залоз та захворювання гепатобі-

ліарного тракту. У 20% всіх обстежених мали місце порушення серцево-судинної системи. Хвороби ендокринної системи і обміну речовин, серед яких значну частку складала ожиріння і цукровий діабет виявлено у 18% жінок з ПГЕ та 17% – з КГЕ. Патологію ШКТ виявлено у 3 (14,3±6,7%) жінок 1-ї групи та 5 (20,8±8,5%) – 2-ї групи. Хвороби сечовидільної системи спостерігались в 25 % жінок з КГЕ та 14%-з ПГЕ (табл.4).

*Таблиця 4
Екстрагенітальна патологія у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію, М±т*

Патологія	Кількість жінок (%)		
	ПГЕ (n=28)	КГЕ (n=24)	ГП (n=12)
Дисгормональна патологія молочних залоз	32,1±8,9	33,3±9,8	8,3±8,3
Захворювання серцево-судинної системи	21,4±7,9	20,8±8,5	16,7±11,2
Хвороби ендокринної системи і обміну речовин	17,9±7,4	16,7±7,8	8,3±8,3
Патологія шлунково-кишкового тракту	14,3±6,7	20,8±8,5	25,0±13,1
Хвороби сечовидільної системи	14,3±6,7	25,0±9,0	8,3±8,3
Захворювання гепато-біліарного тракту	28,6±8,7	29,2±9,5	25,0±13,1

Висновки

1. До факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрію у жінок перименопаузальному періоді відносяться неблагополучні соціально-економічні фактори: проживання в сільській місцевості, важкі умови праці, шкідливі звички.

2. Гіперпластичні процеси ендометрію достовірно частіше розвиваються у жінок з трьома і більше вагітностями, великою кількістю (4 і більше) акушерсько-гінекологічних втручань та використанням внутрішньоматкової контрацепції в анамнезі.

3. У жінок з різними видами гіперпластичних процесів ендометрію клімактеричний синдром перебігав середньоважко чи важко з нейровегетативними, ендокринно-обмінними та психоемоційними проявами.

4. Серед коморбідних станів у жінок перименопаузального періоду з гіперпластичними процесами ендометрію найчастіше спостерігались дисгормональна патологія молочних залоз та порушення гепато-біліарного тракту.

Література

1. Вихляева Е.М. Гиперпластические процессы эндометрия / Е.М. Вихляева, Б.И. Железное, В.Н. Запорожан // Руководство по эндокринной гинекологии. - М. : МИА, 2002. - С.603-710.
2. Волкова Н.И. Здоровье женщин в перименопаузе. Теория и практика / Н.И. Волкова // Жур. акуш. и жен. болезней. - 2004. - Вып. 2. - Т. LIII. - С.54-59.

3. Кузнецов И.В. Гиперпластические процессы эндометрия / И.В. Кузнецов. - М. : Медицина, 2009. - 48 с.
4. Климатерический период и менопауза // Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии : руководство для практ. вр. ; по общей редакцией В.И. Кулакова, В.Н. Серова. - М. : «Литерра». - 2005. - С. 593-603.
5. Кэпп Ф. Менопауза и связанные с ней расстройства / [Ф. Кэпп и др.] // Акушерство, гинекология и здоровье женщины : пер. с англ. - М. : 2005. - Разд. 12. - С.156-163.
6. Чеботникова Т.В. Клинические и метаболические проявления климактерического синдрома / Т.В. Чеботникова, Г.А. Мельниченко, Е.Н. Андреева // Пробл. репродукции. - 2004. - №2. - С.69-77.
7. Rosano G.M.C. Metabolic and vascular effect of progestins in postmenopausal women: implications for cardioprotection / G.M.C. Rosano, C. Vitale, A. Silvestri, M. Fini // Maturitas. - 2003. - Vol.46 (Suppl. 1). - P.17-29.

References

1. Vihljaeva E.M. Giperplasticheskie processy jendometrija / E.M. Vihljaeva, B.I. Zheleznoe, V.N. Zaporozhan // Rukovodstvo po jendokrinoj ginekologii. - M. : MIA, 2002. - S.603-710.
2. Volkova N.I. Zdorove zhenshin v perimenopauze. Teorija i praktika / N.I. Volkova // Zhur. akush. i zhen. boleznej. - 2004. - Vyp. 2. - T. LIII. - S.54-59.
3. Kuznecov I.V. Giperplasticheskie processy jendometrija / I.V. Kuznecov. - M. : Medicina, 2009. - 48 s.
4. Klimaktericheskij period i menopauza // Racional'naja farmakoterapija v akusherstve i ginekologii : rukovodstvo dlja prakt. vr. ; po obshhej redakciej V.I. Kulakova, V.N. Serova. - M. : «Literra». - 2005. - S. 593-603.
5. Kapp F. Menopauza i svjazannye s nej rasstrojstva / [F. Kapp i dr.] // Akusherstvo, ginekologija i zdorove zhenshiny : per. s angl. - M. : 2005. - Razd. 12. - S.156-163.
6. Chebotnikova T.V. Klinicheskie i metabolicheskie projavlenija klimaktericheskogo sindroma / T.V. Chebotnikova, G.A. Mel'nichenko, E.N. Andreeva // Probl. reprodukcii. - 2004. - №2. - S.69-77.
7. Rosano G.M.C. Metabolic and vascular effect of progestins in postmenopausal women: implications for cardioprotection / G.M.C. Rosano, C. Vitale, A. Silvestri, M. Fini // Maturitas. - 2003. - Vol.46 (Suppl. 1). - P.17-29.

Реферат

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Сельский П.Р., Слива А.Ф., Слива В.В.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, климактерический синдром, перименопаузальный возраст, дисфункциональные маточные кровотечения, коморбидные состояния.

С целью повышения эффективности диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста было проведено ретроспективный анализ 52 карт стационарного больного женщин, которые находились на лечении в гинекологических отделениях Тернополя и области. 1-ю группу составляли 28 женщин с простой гиперплазией эндометрия, 2-ю группу - 24 женщины с комплексной гиперплазией эндометрия. Группу сравнения составили 12 соматически здоровых женщин. Средний возраст больных 1-й группы – (47,0±1,0) лет, 2-й группы – (56,0±1,5) лет. Дока-

зано, что к факторам риска развития гиперпластических процессов эндометрия женщин перименопаузального возраста относятся неблагоприятные социально-экономические факторы: проживание в сельской местности, тяжелые условия труда, вредные привычки и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, 3 и более беременностей, большое количество (4 и более) акушерско-гинекологических вмешательств, использование внутриматочной контрацепции. У женщин с различными видами гиперплазии эндометрия течение климактерического синдрома было среднетяжелым и тяжелым с нейровегетативными, эндокринно-обменными и психоэмоциональными проявлениями. Среди коморбидных состояний чаще всего наблюдались дисгормональная патология молочных желез и нарушения гепатобилиарного тракта.

Summary

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

Selskiy P. R., Slyva A. F., Slyva V. V.

Key words: endometrial hyperplasia, perimenopausal women, risk factors, comorbidities.

This study was aimed to improve the efficiency of diagnosis of endometrial hyperplastic processes in perimenopausal women. The data were obtained by carrying out a retrospective analysis of 52 case histories of in-patient women who get treated at the gynecological departments of Ternopol and regional medical settings. According to the histopathological findings the 1st group was made up of 28 women with simple endometrial hyperplasia; the 2nd group involved 24 women with complex endometrial hyperplasia. The group of comparison consisted of 12 somatically healthy women. The average age of the patients of the 1st group was $47,0 \pm 1,0$ years, the 2nd group 2 was $56,0 \pm 1,5$ years. The risk factors for hyperplastic endometrial processes in women of perimenopausal period included unfavourable social and economic factors as residence in rural areas, tough working conditions, bad habits and burdened obstetric and gynecological history, 3 or more pregnancies, a large number (4 and more) obstetrical interventions, use of intrauterine contraception. In women with different types of endometrial hyperplasia the course of the climacteric syndrome was described as moderate and severe with neuro-vegetative, endocrine-metabolic, and psycho-emotional manifestations. Among the comorbid conditions dys hormonal pathology of breast and hepatobiliary tract disorders were observed to prevail.

УДК 617.54-089.85+616.832.9-089.82+615.211

Синицин М.М., Євсєєнко В.Г., Старовойт Л.А., Шарпова Ю.В.

ВПЛИВ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ СТРЕС-РЕАКЦІЇ ТА МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ТОРАКОТОМІЇ

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м.Київ, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Представлені результати впливу мультимодальної аналгезії у 61 хворого після торакотомії на показники стрес – реакції та маркери запалення. Встановлено, що різні методи знеболення не на всі маркери стресу та запалення мають однаковий вплив. Нейроаксіальні та регіонарні методи забезпечують ефективний протизапальний захист, але повноцінний стрес – протективний захист можливі лише при дотриманні мультимодальної концепції з використанням наркотичних анальгетиків. Використання пролонгованої паравертебральної блокади в комплексі мультимодальної аналгезії є доцільним.

Ключові слова: торакотомія, маркери стресу та запалення, мультимодальна аналгезія, нейроаксіальна і регіонарна аналгезія, паравертебральна блокада.

Вступ

Операційна травма є причиною розвитку запалення, гіперкоагуляції та нейроендокринної реакції. Післяопераційний біль обумовлений запаленням тканин. До медіаторів запалення відносять брадикінін, серотонін, гістамін, лейкотрієни та цитокіни. Цитокіни безпосередньо зв'язані з ноцицептивною реакцією і є невід'ємною частиною розвитку феномену гіперальгезії. Згідно останніх досліджень, концентрація як прозапальних (фактор некрозу пухлини [TNF], інтерлейкін IL-6, IL-1 β , IL-2) так і протизапальних (IL-10, розчинний рецептор 1 до TNF [s-TNF-R1]) цито-

кінів в плазмі крові є критерієм оцінки системної запальної відповіді та відновлення [11,15].

Регіонарні техніки мають певний вплив на показники стрес-реакції організму на операційну травму. Пошкодження нервових стовбурів або застосування нервових блокад послаблюють нейрогенну запальну відповідь. В експерименті на тваринах було доведено, що використання нервової блокади попереджує розвиток пізньої гіперальгезії [13]. Встановлено, що пригнічення метаболічної активності та секреторної функції лейкоцитів місцевими анестетиками має дозозалежний характер [16].

Вплив окремих видів регіонарного знеболен-