

манией понимания аутодеструктивної направленності свого поведіння, по руйнуванню аутоагресивних шаблонів реагування, виробке нових стилей поведіння і формовано конструктивних способів досягнення задовільного стану в суспільстві і в мікросоціумі.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Созависимые женщины, состоящие в браке с больным опийной наркоманией, имеют склонность к суицидальному поведению; несуйцидальная аутоагрессия на соматическом уровне преимущественно наблюдается у созависимых женщин; формами проявления

психической аутоагрессии являются: для созависимых женщин использование нехимических аддиктивных форм поведения (анорексия, булимия), а для больных опийной наркоманией - химические аддиктивные формы поведения (употребление алкоголя и табака); аутоагрессия у созависимых женщин носит менее травматический характер, чем у их мужей больных опийной наркоманией.

Результаты исследования свидетельствуют, что жены больных опийной наркоманией мужчин представляют собой группу риска аутоагрессивного поведения, что делает это исследование перспективным в плане разработки мер первичной профилактики аутоагрессии.

Список литературы

Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практики преодоления / В.Д. Москаленко // Лекции по нар-	кологии (Изд-е второе, переработанное и расширенное) / Под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Н.Н. Иванца.	- Москва : "Нолидж". - 2000. - С. 365-405.
--	---	--

Boiko A.A.

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У СПІВЗАЛЕЖНИХ ЖІНОК

Резюме. Матеріалом дослідження були жінки 34 чоловіків хворих наркоманією, середній вік склав 26,3±1,6 роки. Анамнестичними предикторами аутоагресивної поведінки жінок, чоловіки яких хворі опійною наркоманією, являються: психопатологічна обтяженість алкоголізмом і наркоманією, насильницька смерть серед родичів і близького оточення, фізичне насилля в сім'ї. Несуйцидальна аутоагресивна поведінка проявлялась на соматичному, психічному, соціально-побутовому і професійному рівнях у вигляді ризикованих форм поведінки. У процесі терапії необхідна направлена на руйнування аутоагресивних шаблонів реагування.

Ключові слова: пробанди, опійна наркоманія, співзалежні жінки.

Boiko A.A.

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR OF CODEPENDENT WOMEN

Summary. The wives of 34 men sick with a thebaic narcomania (their middle age made 26,3±1,6 years) were a material of research. Anamnestic to predictors of autoaggressive behavior of the women whose husbands are sick with an opiate narcomania are: psychopathologic aggravation of affective pathology, aggravation with an alcoholism and a narcomania, a violent mortality among relatives and the immediate environment, a physical abuse in a family. The autoaggressive behavior was shown by somatic, mental, social and professional levels, by means of risky forms of behavior. In the course of therapy work on destruction of autoaggressive gages of reaction is necessary.

Key words: probands, opiate addiction, codependent women.

Стаття надійшла до редакції 24. 10.2012р.

© Булавенко О.В.

УДК: 618.145-007.415:616-07-08

Булавенко О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

КОРЕКЦІЯ ТАЗОВОГО БОЛЮ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ

Резюме. Метою даної роботи стало визначення основних проявів ендометріозу і можливих механізмів виникнення симптомів, оцінка консервативного методу лікування синдрому тазового болю та безпліддя при ендометріозі шляхом призначення препарату дієногест 2 мг на добу після попередньо проведеної лапароскопічної кістектомії.

Ключеві слова: ендометріоз, больовий синдром, консервативна терапія.

Вступ

Ендометріоз - патологічний процес, що характеризується утворенням еktopічних вогнищ функціонуючої тканини ендометрія (залоз і стромі) і асоціюються з запальним процесом. В першу чергу уражаються органи малого тазу: яєчники, фаллопіїв труби, прямокишково-маткові зв'язки, ректосигмоїдний

відділ товстої кишки і сечовий міхур, що обумовлює основний прояв даного захворювання-синдром хронічного тазового болю. За даними наукових досліджень, ендометріоз являється широко розповсюдженим захворюванням, яким страждають близько 10%-40% жінок дітородного віку (біля 176 млн. жінок по

всьому світу). Це захворювання переважно виникає у жінок репродуктивного віку, незалежно від їх приналежності до тих чи інших етнічних чи соціальних груп [Reese, Reddy 1996; Stratton, Berkley, 2010].

Незважаючи на десятки років досліджень і клінічного досвіду, причини розвитку ендометріозу та вибір методу лікування залишаються суперечливими. Існує кілька теорій, які пояснюють патогенез даного захворювання. Перша теорія, яка пояснювала виникнення ендометріозу, ґрунтувалась на поширенні життєздатних клітин ендометрію при ретроградній менструації. Ектопічні вогнища ендометрія зберігають свою циклічну залежність від гормональної стимуляції, що і зумовлює симптоматику. Діагностична лапароскопія у жінок у перименструальному періоді свідчить, що 90% пацієнок з прохідними матковими трубами мають геморагічну рідину в перитонеальній порожнині. Однак ендометріоз розвивається не у всіх жінок з ретроградною менструацією. Дослідження останніх років свідчать про значення імунологічних факторів у розвитку хвороби. У жінок з ендометріозом виявлено порушення клітинного та гуморального імунітету, і це наводить на думку про їх вирішальну роль на початковій стадії захворювання та його прогресуванні. Припускають, що клітини ендометрію можуть поширюватися гематогенним і лімфогенним шляхом, а також ятрогенно (під час операції), і це пояснює виникнення вогнищ ендометріозу за межами черевної порожнини (наприклад, в легенях або післяопераційних рубцях).

Теорія ціломічної метаплазми пояснює гістогенез ендометріозу, ґрунтуючись на постулаті, що мезотелій очеревини може піддаватися процесам метапластичної трансформації в ендометрію тканину. Ця теорія ґрунтується на факті про те, що і ендометрій, і очеревина, розвиваються з ціломічного епітелію. Метапластична трансформація може індукуватися хронічним подразненням ретроградної менструальної рідини.

Третя теорія припускає, що рудиментарні клітини Міллера можуть залишатися в порожнині таза після розвитку протоків Міллера. При певних обставинах, таких, як естрогенна стимуляція, ці рудиментарні клітини отримують поштовх до диференціації в функціонуючі ендометріальні залози і строму. Ця теорія пояснює виникнення ендометріозу у чоловіків, яких лікували великими дозами естрогенів.

Потенційна роль генетичних факторів у розвитку ендометріозу була доведена, коли з'явилися численні повідомлення про сімейну схильність до цього захворювання. При наявності хвороби в родині ризик виникнення ендометріозу складає приблизно 7%. Генетичні дослідження наводять на думку про полігенетичний і багатофакторний типи успадкування. Подальша інформація про генетичний чинник може бути отримана, очевидно, шляхом молекулярно-біологіч-

них досліджень сімей з ендометріозом.

До факторів ризику розвитку ендометріозу відносять: генетична схильність до захворювання; порушення гормонального балансу організму; аборт; патологічні (оперативні) пологи; припікання ерозії шийки матки; перенесені інфекційні захворювання; зміни в нейроендокринній системі внаслідок стресів; неправильне харчування; порушення функцій залоз внутрішньої секреції; інфікування статевих органів; особливості будови маткових труб [Ballar et al., 2010; Porpora et al., 1999].

Симптоми ендометріозу різноманітні, і серед них немає жодного патогномонічного для цього захворювання. Найчастіше спостерігаються дисменорея, диспареунія, хронічний біль в ділянці малого таза і спині, або відчуття дискомфорту в прямій кишці. Біль може бути різноманітним: постійним або виникати циклічно. Вважають, що характер цієї симптоматики визначається локалізацією ендометрію вогнищ, однак інтенсивність болю рідко корелює з тяжкістю захворювання. Безпліддя - ще одна типова скарга хворих ендометріозом. Причини неможливості завагітніти в даному випадку різні: порушення процесу овуляції (дозрівання й вихід яйцеклітини), утворення спайок у малому тазі в результаті діяльності ендометрію вогнищ в області яєчників і маткових труб, а також неповноцінність ендометрію внаслідок зміни менструального циклу.

Ендометріоз часто діагностують під час лапароскопії та відзначають у 60% пацієнок з безпліддям. Рідше ендометріоз поєднується з обструкцією шлунково-кишкового або сечовипускного каналів. Біль також може виникати при дефекації (при проростанні ендометріозу в пряму кишку) і сечовипусканні (якщо ендометріоз проникнув у сечовий міхур).

Певну негативну роль відіграють простогландини, кількість яких збільшується через запальну реакцію в тканинах, що оточують ендометрію вогнища. Більш того, у вогнищі запалення зростає число макрофагів - клітин, що володіють здатністю поглинати продукти розпаду тканин, бактерії і, найголовніше, сперматозоїди [Jones et al., 1998].

Для лікування ендометріозу використовуються різні підходи: медикаментозний, хірургічний і комбінований.

Мета - визначення основних проявів ендометріозу і можливих механізмів виникнення симптомів даного захворювання.

Матеріали та методи

Нами були обстежено 30 пацієнок. Критерії включення - жінки репродуктивного віку, ендометріоз яєчників верифікований після оперативного втручання лапароскопічним доступом, наявність больового синдрому різного ступеню інтенсивності.

З метою зменшення розмірів та кількості ендометрію

метріодних ектопій, полегшення проявів синдрому тазового болю, було призначено Дієногест у дозуванні 2 мг/добу протягом 6 місяців.

Особливості больового синдрому жінок - у 24 пацієнток біль носив розлитий характер, був надзвичайно інтенсивним під час місячних, спричинюючи дискомфорт при ходьбі та статевому акті. У 6 пацієнток біль носив слабо інтенсивний та локальний характер в області прямої кишки.

Результати. Обговорення

Больовий синдром має місце та був провідною скаргою у 100% жінок як з ізольованим ендометріозом, так і з наявністю супутньої гінекологічної патології. Характеризуючи больовий синдром, особливу увагу звертали на його характер, локалізацію, інтенсивність, зв'язок з менструальним циклом.

За допомогою кількісної шкали оцінки (КШО), яку тричі впродовж дослідження заповнювали пацієнтки, нами було проаналізовано зміну оцінки тазового болю, що була пов'язана з ендометріозом. Проведення опитування за допомогою опитувальника ПЗЕ-5, дало змогу співвіднести якість життя жінки з інтенсивністю болю, яку пацієнти оцінювали по шкалі КШО, а також визначити загальну оцінку терапії.

На наявність інтенсивного больового синдрому протягом 3 місяців лікування скаржилась 1 пацієнтка, протягом 6 місяців лікування-0 жінок. На наявність слабого за інтенсивністю болю протягом 3 місяців лікування скаржилось 5 жінки, протягом 6 місяців-2 жінки, а через 3 місяці після відміни терапевтичного комплексу наявність хронічного тазового болю не відзначала жодна з пацієнток. Болі внизу живота, не пов'язані з менструацією, протягом лікування на протязі 6 міс не відмічала жодна з жінок. Болі з іррадіацією в попереk і куприк впродовж перших місяців лікування турбували лише 2 жінок. Диспареунія (болі під час статевого акту) на початку лікування турбувало 21 жінку: 2 з них відмічали нездатність до статевого збудження під час статевого акту, 19 мали утруднений (болісний) коїтус. Наприкінці курсу лікування дієногестом 2 мг, диспареунію відмічала 1 пацієнтка,

2 жінки відчували страх болісного статевого акту. Темні кров'яністі виділення зі статевих шляхів до і після менструації мало 3 жінки, а по завершенню курсу лікування - 1.

Наявність супутньої патології у досліджуваних жінок: 4 пацієнтки мали вузлову фіброміому матки менше 6 тижнів вагітності, 2 пацієнтки - залізодефіцитну анемію, 2 пацієнтки - параоваріальні кісти яєчників.

При фізикальному обстеженні на початку дослідження характерним для 13 пацієнток було виявлення чутливих вузлуватих мас уздовж потовщених матково-крижових зв'язок, для 3 хворих - на задній стінці матки і в задньому дугласовому просторі. Облітерація останнього одночасно з фіксацією матки в ретроверсія було визначено у двох пацієнток.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати проведеного дослідження свідчать, що основним проявом ендометріозу є синдром тазового болю, що характеризується різним ступенем інтенсивності, характером, локалізацією та іррадіацією. Але в усіх випадках больовий синдром значно погіршує якість життя жінки, змінює її психоемоційний стан та може бути основною причиною безпліддя.

2. Так, після проведення консервативної терапії ендометріозу на протязі 6 місяців, нами було відмічено позитивний результат в мінімізації проявів больового синдрому та покращення якості життя жінок за показниками опитувальників пацієнтів.

Після встановлення стадії захворювання лікувальну тактику можна індивідуалізувати у відповідності з метою терапії. В цілому, більшість хворих можна віднести до однієї з трьох груп: 1) з визначеним наперед ендометріозним безпліддям з больовим синдромом або без нього; 2) з больовим синдромом (без безпліддя) при бажанні пацієнтки зберегти дітородну функцію; 3) з больовим синдромом при небажанні більше мати дітей. Такий поділ пацієнток допомагає сконцентрувати увагу на основній меті лікування.

Список літератури

- | | | |
|---|---|---|
| Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain" / [Ballar K., Lane H., Hudelist G. et al.] // British Journal of Obstetrics & Gynaecology. - 2010. - P. 50-69. | Piazza J. et al.] // Jam. Assoc. Gynecol. - 1999. - № 6. - P. 429-434. | Reese, J.A. Reddy // J Pediatr Adolesc Gynecol. - 1996. - № 9. - P. 125-128. |
| Correlation between endometriosis and pelvic pain / [Porpora M.G., Koninckx P.R., | Jones G. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis / G. Jones, C. Jenkinson, S. Kennedy // J. Psychosom. - 1998. - P. 61-83. | Stratton P. Chronic pelvic pain and endometriosis: Translational evidence of the relationship and implications / P. Stratton, K. J. Berkley // Human Reproduction Update. - 2010. - Vol. 17, № 3. - P. 327-346. |

Булавенко О.В.

КОРРЕКЦІЯ ТАЗОВОЇ БОЛІ У ЖЕНЩИН С ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Резюме. Целью данной работы стало определение основных проявлений эндометриоза и возможных механизмов возникновения симптомов, оценка консервативного метода лечения синдрома тазовой боли и бесплодия при эндометриозе путем назначения препарата диеногест 2 мг после предварительно проведенной лапароскопической кистэктомии.

Ключевые слова: эндометриоз, болевой синдром, консервативная терапия.

Bulavenko O.V.

CORRECTION PELVIC PAIN IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS OVARIAN

Summary. *The aim of this study was to determine the major manifestations of endometriosis and possible mechanisms of symptom score conservative treatment of pelvic pain syndrome and infertility in endometriosis by the drug dienogest 2 mg daily after laparoscopic cystectomy.*

Key words: *endometriosis, pain, conservative therapy.*

Стаття надійшла до редакції 23.10.2012 р.
