

дистальній частині труби і фімбрії, а також супровідні патологічні відхилення в порожнині таза. Вірогідність успіху пластичної операції при наявності ураження і в проксимальній, і в дистальній частині труби значно нижча. У разі проксимального закупорювання прохідність дистальної частини труби можна виявити лише шляхом ретроградної хромоперфузії через черевний отвір труби. Крім того, вигляд труби і супровідну патологію органів таза необхідно оцінювати сумісно, щоб виявити істинний стан функції маткових труб. Частота сприятливих результатів збільшується, якщо виходити із строгих критеріїв операбельності при оклюзіях маткової труби.

Як і при оперативних втручаннях з приводу запальних процесів, ми вважали за доцільне робити посіви матеріалу з труб і очеревини для отримання культур мікроорганізмів, щоб врахувати ці результати при проведенні післяопераційних реабілітаційних заходів. У ході операційної лапароскопії строго дотримувалися основних принципів мікрохірургії: ретельного гемостазу та мінімальних маніпуляцій з тканинами при роз'єднанні спайок.

Проведення хірургічного лікування безплідності лапароскопічними методиками дає можливість досягти високої частоти відновлення репродуктивної функції жінки. Ми проводили при трубно-перитонеальній безплідності наступні операції: сальпінгооваріолізис, фімбріолізис, сальпінгостомію, сальпінгонеостомію.

Операцію **сальпінгооваріолізису** проводили у випадку перитонеальної безплідності за наявності виражених спайок і зрощень, що викликають порушення анатомо-топографічних відношень між органами малого таза, перетискання труб, ізолюють яєчник від труби, що перешкоджає попаданню яйцеклітини в трубу. Реконструктивна операція передбачала не лише роз'єднання, але і видалення спайок. Це можуть бути як площинні спайки, так і тяжисті зрощення вздовж серозної оболонки труби та поверхні яєчника, а також спайки з найближчою ділянкою кишки та маткою. Особливу увагу звертали на дугласів простір, оскільки його стан може відігравати критичну роль у транспорті яйцеклітини від яєчника до протилежної труби, яка функціонує.

Для відновлення прохідності маткової труби у разі її оклюзії в дистальному відділі ампули проводили операції **сальпінгостомії**. Перед операцією виконували хромопінгоскопію для виявлення прохідності чи місця оклюзії. У разі непрохідності у ділянці труби, що знаходиться між матковим кінцем труби та місцем оклюзії утворюється розширення. Через стінку труби просвічується синій барвник, а місце у ділянці зрощення труби виявляється у вигляді білого рубчика.

При відсутності технічних умов для відновлення прохідності черевного отвору труби формування нового отвору труби більш доцільне, ніж відновлення анатомічного отвору в ділянці лійки. У такому випадку проводили операцію

сальпінгонеостомію. Техніка виконання та методика цієї операції ідентична сальпінгостомії. Згідно з прийнятою термінологією цю операцію можна кваліфікувати як створення нового черевного отвору з повною відсутністю фімбрії. Перед створенням отвору труби ми усували всі перитубарні і периваріальні спайки, а оголені поверхні перитонізували як при фімбріопластиці. Операцію завершували санацією ділянки оперативного втручання з метою профілактики спайок.

Із 40 жінок, яким ми проводили ендохірургічне лікування, у 24 випадках проведено сальпінго- та сальпінгооваріолізис, у 10 – сальпінгостомію і у 2 – сальпінгонеостомію. У 4 випадках були проведені комбіновані втручання – сальпінгооваріолізис та сальпінгостомія. Ми спостерігали за оперованими жінками упродовж 2-х років. За цей час у 16 із них наступила маткова вагітність (40%), у 2 випадках настала трубна позаматкова вагітність (табл. 1).

Таблиця 1. Результати мікрохірургічного лікування безплідності

Види операції	Кількість	Вагітність	
		Трубна	маткова
Сальпінгооваріолізис	24	-	10
сальпінгостомія	10	1	2
сальпінгонеостомія	2	1	-
Комбіновані операції	4	-	4
Всього	40	2 (5%)	16 (40%)

ВИСНОВКИ Мікрохірургічне лікування трубно-перитонеальної безплідності дає високий шанс настання вагітності. Однією з умов успіху при цьому методі лікування є правильна підготовка хворих: визначення мікробного спектра та цілеспрямоване етіотропне доопераційне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е., Зурабиани З.Р. Лапароскопия в оперативной гинекологии //Акушерство и гинекология. – 1991. – № 2. – С. 69-74.
2. Балалыкин А.С. Прошлое и настоящее абдоминальной эндоскопической хирургии. // Эндоскопическая хирургия: Материалы конференции врачей Дальнего Востока и Сибири (Южно-Сахалинск 23-25 авг. 1993 г.): Тез. докл. – Южно-Сахалинск, 1993. – С. 5-11.
3. Василенко Л.В., Кривенко Л.І., Млінарч А.М. До питання патогенезу і діагностики хронічних неспецифічних сальпінгоофоритів //Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1992. – № 4. – С. 59.
4. Дубоссарская З.М. Иммунологические факторы как критерий регуляции генеративной функции организма //Иммунология и аллергия. – Киев, 1985. – вып. 19. – С. 76-78.
5. Бенедиктов Д.И. Полная и частичная кастрация женщин как исход лечения специфических воспалительных процессов при бесплодном браке //Актуал. вопросы бесплодного брака, обусловленного болезнями, передающимися половым путем: Тез. Свердловск, 1989. – с. 50-51.
6. Радиация и иммунитет человека / Под ред. Комиссаренко С.В., Зака К.П. К.: Наукова думка, 1994. – 112 с.
7. Савельев Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Методы диагностики, профилактики, терапии // Акушерство и гинекология. – 1990. – №1. – С. 67-75.

УДК 618.173–02:616.36–085]–097

Лимар Н.А., Маланчук Л.М.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ – Останніми роками триває активний пошук медикаментозних засобів для корекції порушень менструальної функції. Особливо ця проблема актуальна в молодому віці, коли ще не реалізована репродуктивна функція жінки і не завжди є доцільною гормональна терапія. Згідно з літературними даними,

близько 60 % жінок дітородного віку страждають дисменореєю [1,2]. Це захворювання супроводжується гормональною перебудовою в організмі, що є результатом незбалансованого виділення естрогенів, прогестерону та простагландинів. Ці зміни призводять до зниження імунної реактивності, загострення екстрагенітальної патології, виникнення вегетативних розладів, остеопенії.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ – В последние годы продолжается активный поиск медикаментозных средств для коррекции нарушений менструальной функции. Особенно эта проблема актуальна в молодом возрасте, когда еще не реализованная репродуктивная функция женщины и не всегда является целесообразной гормональной терапией. Согласно с литературными данными, около 60 % женщин детородного возраста страдают дисменореей [1,2]. Это заболевание сопровождается гормональной перестройкой в организме, что является результатом несбалансированного выделения эстрогенов, прогестерона и простагландинов. Эти изменения приводят к снижению иммунной реактивности, обострению экстрагенитальной патологии, возникновению вегетативных расстройств, остеопении.

USING OF ANTIHOMOTOXIC REMEDIES FOR COMPLEX TREATMENT OF DISTURBANCES OF MENSTRUAL FUNCTION – During the last years an active search of remedies for correction of the disturbance of menstrual function is continuing. This problem is especially actual in young age, when female reproductive function isn't realized and hormone treatment isn't desired. According to scientific data about 60 % women of reproductive age have dysmenorrhea. Hormonal reorganization in the organism accompanies this disease. Inadequate secretion of estrogens, progesterone and prostaglandines is the cause of this process. These changes cause the lowering of immune reactivity, exacerbation of extragenital diseases, occurrence of vegetative disturbances and osteopenia.

Ключові слова: порушення менструальної функції, дисменорея, остеопенія, антигоммотоксичні засоби.

Ключевые слова: нарушение менструальной функции, дисменорея, остеопения, антигоммотоксические средства.

Key words: disturbances of menstrual function, dysmenorrhea, osteopenia, antihomotoxic remedies.

ВСТУП Проблема розладів менструальної функції протягом багатьох років займає одне з провідних місць серед гінекологічної патології і сягає 60 %. Зокрема, заслугу уваги зростання частоти дисменореї та недостатня ефективність лікувально-профілактичних заходів [1, 2, 3].

Вагомими причинами такої ситуації є зростання екстрагенітальної патології, особливо у молодих жінок, зниження імунологічної реактивності, несприятливий вплив зовнішнього середовища. Значна частота розладів менструальної функції та виражені клінічні прояви спонукають спеціалістів до пошуку нових методів лікування та реабілітації даного захворювання. В зв'язку з наявністю соматичної патології останніми роками все більшу перевагу отримує негормональне лікування у поєднанні з адекватною реабілітаційною терапією [4, 5].

Метою нашого дослідження було визначити стан імунної системи, ендокринний статус, їх кореляцію з клінічними проявами та розробити метод ефективної терапії дисменореї.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Нами було обстежено 30 жінок, які отримували традиційну терапію, до другої групи увійшли 34 жінки з проявами дисменореї, яким застосовувалась запропонована терапія. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок.

Традиційна терапія проводилась дуфастоном в циклічному режимі протягом 6 місяців та симптоматична терапія залежно від переважаючих тих чи інших клінічних проявів, а саме: знеболювальні, кровозупинні, заспокійливі засоби. Запропонована нами терапія включала антигоммотоксичні препарати гінекохеель – по 15 капель тричі на добу протягом 1 місяця, оваріум композитум по 2,2 мл двічі на тиждень 10 ін'єкцій, жінкам з вираженим больовим синдромом застосовували диклофенак в ректальних свічках протягом 7-10 днів. Всім пацієнткам проводилось детальне клінічне обстеження, загальноприйняте лабораторне обстеження: клінічне дослідження крові, сечі, визначення глюкози, білірубину, холестерину, білка, сечовини, креатиніну, трансаміназ в крові. Імунологічні дослідження проводили шляхом визначення загальної популяції Т-лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів (Тх), Т-супресорів (Тс), співвідношення Тх/Тс, В-лімфоцитів. Гормональні дослідження проводили імуоферментним методом: визначали рівень ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах $26,7 \pm 1,9$ року, у контрольній – $28,7 \pm 2,1$ року. У 58 % пацієнток досліджуваних груп спостерігався обтяжений гінекологічний анамнез: первинне безпліддя у 19 % жінок, вторинне – у 7 %. Невиношуванням страждало 27 % хворих. Серед соматичної патології найчастіше спостерігались наступні захворювання: хронічні гастрити – в 1 групі 31 %; в 2 – 35 %, дискінезії жовчних шляхів – 24 % і 22 %, хронічні холецистохолангіти – 41 % і 37 %, хронічні панкреатити – 4 % і 6 % відповідно. Одним з найчастіших клінічних проявів була дисменорея ($93,2 \pm 100$ %), кровомазання спостерігались у 67,2 % в 1 групі і в 71,3 % в 2 групі. Середня тривалість захворювання в 1 і 2 групах коливалась від 2,5 до 5,5 років. Контрольне обстеження жінок проводилось через 1 рік після лікування.

Отримані результати імунологічних досліджень дали змогу виявити зниження загальної популяції Т-лімфоцитів в 1 досліджуваній групі до $43,17 \pm 1,12$ % ($P < 0,05$) і $41,21 \pm 1,22$ % ($P < 0,05$) проти $52,50 \pm 2,34$ % в контрольній групі, кількість Т-хелперів становила $31,27 \pm 2,14$ % ($P < 0,05$) і $32,31$ % ($P < 0,05$) відповідно проти $38,71 \pm 2,06$ % в контрольній групі, Т-супресорів – $19,34 \pm 1,16$ % ($P < 0,05$) і $18,24$ % ($P < 0,05$) проти $15,62 \pm 1,64$ % в контрольній групі, зменшилась кількість В-лімфоцитів до $9,03 \pm 0,14$ % ($P > 0,05$) і $9,02$ % ($P < 0,05$) проти $9,60 \pm 0,45$ % в контрольній групі. У 79 % пацієнток досліджуваних груп спостерігався монофазний менструальний цикл. Рівень естрадіолу в цих пацієнток становив $61,72 \pm 11,16$ пг/мл ($P > 0,05$) і $66,56 \pm 10,31$ пг/мл ($P < 0,05$), причому, цей рівень утримувався протягом усього циклу. Кількість прогестерону у пацієнток коливалась в межах $0,57 \pm 0,31$ мг/мл ($P < 0,05$) і $0,52 \pm 0,36$ мг/мл ($P < 0,05$).

Після застосування традиційної терапії через 6 місяців значно покращились показники імунного та гормонального статусу: нормалізувався рівень загальної популяції Т-лімфоцитів, наблизився до контрольних показників Тх/Тс коефіцієнт. Проте у 36 % пацієнток 1 групи через 6 місяців після завершення терапії менструальний цикл знову став монофазним, спостерігались хаотичні піки ЛГ. В 2 групі спостерігалась стійка нормалізація показників імунного та гормонального статусу протягом року після припинення запропонованої схеми лікування. Через 1 рік після лікування відмічено зниження показників імунного статусу за рахунок загальної популяції Т-лімфоцитів та зниження Тх/Тс коефіцієнта в 1 групі, в 2 групі показники імунного статусу достовірно не відрізнялись від контрольних. Гормональні дослідження в 1 групі через 1 рік після лікування виявили достовірне зниження рівня прогестерону до $0,23 \pm 0,04$ мг/мл. Рівень естрадіолу становив $82,21$ пг/мл. Ехографічні дослідження виявили гіпоплазію матки у 27 % пацієнток 1 групи і в 31 % пацієнток 2 групи. У 2 групі через 1 рік після лікування розміри матки нормалізувались.

ВИСНОВКИ Таким чином, враховуючи проведені дослідження, можна зробити висновок, що запропонована комплексна терапія порушень менструальної функції шляхом застосування антигоммотоксичних засобів дає змогу на тривалий період нормалізувати менструальну функцію і відновити репродуктивне здоров'я жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Можевитинова Е.А. Дисменорея – вопросы диагностики и терапии // Материалы Всероссийского форума "Мать и дитя". – Москва, 2000. – С. 3-8.
2. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. и др. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: МИА, 2001. – 294 с.
3. Жуковский М.А., Детская гинекология. – Москва, Медицина, 1995. – 656 с.
4. Парашук Ю.С. Репродуктивное здоров'я дівчат-підлітків. – К.: Здоров'я, 2003. – 112 с.
5. Cassidy A., Bingham S., Setehell K.D. Biological effect of a diet of soy protein rich in isoflavones on the menstrual cycle of premenopausal women // Am. J. Clin. Nutr. – 1994. – V. 60. – P. 333-340.