

ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ ТА РЕЗЕРВИ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ХРОНІЧНИМИ НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ ТА РЕЗЕРВИ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ХРОНІЧНИМИ НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ – Досліджено ставлення дільничних акушерів-гінекологів до окремих принципів та конкретних засобів амбулаторної допомоги жінкам з хронічними неспецифічними запальними процесами внутрішніх статевих органів. Існують реальні проблем та конкретні резерви оптимізації даної роботи.

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ И РЕЗЕРВЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ – Изучено отношение участковых акушеров-гинекологов к некоторым принципам и конкретным средствам амбулаторной помощи женщинам с хроническими неспецифическими воспалительными процессами внутренних половых органов. Существуют реальные проблемы и конкретные резервы оптимизации данной работы.

SOME PRINCIPLES AND RESERVES OF DISPENSARY CARE FOR WOMEN WITH CHRONIC INFLAMMATORY PROCESSES OF INTERNAL SEXUAL BODIES – Obstetric and gynecologist's attitude to some principles and concrete remedy of dispensary care for women with chronic inflammatory processes of internal sexual bodies are investigated. There are real problems and concrete opportunity to improve the quality of this work.

Ключові слова:
Ключевые слова:
Key words:

ВСТУП Метою майже 20-річної науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології Тернопільського державного медичного інституту була розробка патогенетично обґрунтованих схем лікування неспецифічних запальних процесів внутрішніх статевих органів жінок. На початку 80-х років визначено принцип поетапного надання медичної допомоги даному контингенту хворих, з відповідними конкретними заходами щодо кожного етапу. Проте, і на початку нового століття тема залишається актуальною [1,2,3,4]. З'являються публікації, що свідчать про збереження та загострення цієї проблеми. Як і в минулому, сподівання на підвищення ефективності лікування часто покладають на більш сильні антибактеріальні препарати, сучасні методи стимуляції імунної системи тощо [5,6]. Водночас, не можна не бачити, як змінюються погляди стосовно деяких принципів надання медичної допомоги при хронічних запальних захворюваннях придатків матки. Під сумнівом опиняється навіть загальноновизнана думка щодо неприпустимості застосування антибіотиків при відсутності ознак мікробної агресії, без характерних проявів загострення хронічного запального процесу. Підставою для призначення антибактеріальних засобів пропонують вважати такий варіант "загострення", що не супроводжується інфекційно-токсичними проявами і має серед клінічних ознак зміни в нервовій системі (невралгії тазових нервів, порушення в периферійних гангліях вегетативної системи), а також зміни функції гіпофіза і яєчників. Іншим приводом для антибіотикотерапії хронічного запального захворювання вважають необхідність знищення так званих персистуючих мікроорганізмів [7]. Метою дослідження було вивчення реального ставлення лікарів амбулаторної ланки системи охорони здоров'я до основних складових комплексної терапії хронічних запальних захворювань придатків матки та визначення імовірних резервів покращання медичної допомоги жінкам.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Дослідження проводилося за допомогою анкетного методу, ретро- та перспективного аналізу тактики дільничних акушерів-гінекологів щодо амбулаторного лікування жінок з хронічними неспецифічними запальними процесами (ХНЗП). Базою дослідження стали жіночі консультації Тернополя, Рівного, Дубна.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Всього отримано інформацію з 50 акушерсько-гінекологічних дільниць. Стаж роботи до 10 років мають 12 (24 %) лікарів; 10 років та більше – 38 (86 %). Всі лікарі поділяють думку про ХНЗП внутрішніх статевих органів як наслідок перенесеного гострого, неадекватно лікованого захворювання. В 30 (60 %) анкетах відмічено вирішальне значення особливих властивостей збудника та можливість первинного хронічного перебігу захворювання. Роль аутоімунної реакції в підтримці ХНЗП враховують 16,7 % лікарів, чий стаж менше 10 років та 39,7 % більш досвідчених.

Визнають принцип поетапного лікування ХНЗП 40 з 50 акушерів-гінекологів. Проте 92 % фахівців відмічають, що переважна більшість хворих не отримує реабілітаційного лікування санаторно-курортного етапу. Можна зробити припущення, що відсутність завершального етапу лікування ХНЗП є частиною відомої загальнодержавної проблеми, яка знаходиться в процесі вирішення [8].

Антибактеріальну терапію – головний компонент першого етапу лікування запальних процесів верхнього відділу жіночих статевих органів – 75 % лікарів зі стажем до 10 років здійснюють амбулаторно. Робиться це при хронічному перебізі захворювання, що тривалий час вважалося лікарською помилкою. Серед лікарів з більшим стажем думки розділилися: 50 % "за" антибіотикотерапію ХНЗП, 50 % – "проти". З'ясувати позиції дозволяє запитання анкети щодо припустимості емпіричного (без бактеріологічного діагнозу) призначення антибактеріальних засобів. Заперечують дану практику 36 (72 %) фахівців, але 15 (30 %) вважають, що переважає саме вона. Чотири лікарі (8 %) не визначили свого ставлення до даного питання. Лікування ХНЗП обов'язково включає антибактеріальну терапію у випадку застосування схеми, за якої хронічний процес буде переведено в підгостру фазу. Використання з цією метою пірогеналу, продигіозану чи гоновакцини передбачає стаціонарний режим спостереження, але 56 % лікарів жіночих консультацій інколи застосовують такі схеми амбулаторно. Не користуються даним методом 3 (6 %). Можна констатувати, що за об'єктивних та суб'єктивних причин відступ від принципу поетапного лікування ХНЗП має місце.

Нестероїдні протизапальні засоби забезпечують при ХНЗП аналгетичний ефект, антиагрегантну дію та десенсибілізуючий вплив. Використання дільничними лікарями окремих препаратів цієї групи показано в таблиці 1.

Таблиця 1. Використання дільничними лікарями нестероїдних протизапальних препаратів для лікування ХНЗП

Назва препарату	Кількість лікарів	%
Месулід	28	56
Диклофенак	24	48
Індометацин	13	26
Аспірин, анальгін	4	8
і н ш і	2	4

Диклофенак та індометацин, на відміну від месуліду, мають 3-4 "плюси" в графі показників ступеня токсичності. Отже, для багатьох лікарів зберігається можливість поновити і покращити свій арсенал препаратів цієї групи.

До важливих складових успішного лікування ХНЗП відноситься імунотерапія. Думки фахівців щодо даного компонента, виглядають наступним чином. Імунотерапія призначається:

– переважно емпірично, без дослідження імунограми – 21 (42 %);

– виключно шляхом індивідуального підбору препаратів – 19 (38 %).

В трьох анкетах лікарі вказали, що переважно не застосовують імунотерапію. Два лікарі не відповіли на це запитання. Існує велика кількість стимуляторів різних ланок імунної системи, починаючи від традиційних – біогенних стимуляторів та адаптогенів, до більш сучасних – синтетичних імуномодуляторів, індукторів інтерферонів тощо. Відповідно до запропонованого списку препаратів, які забезпечують імунотерапевтичний ефект, було визначено деякі лікарські пріоритети (табл. 2).

Таблиця 2. Використання дільничними лікарями різних імунотерапевтичних препаратів для лікування ХНЗП

Назва препарату	Кількість лікарів	%
Циклоферон	29	58
Плазмол	25	50
Екстракт алое	22	44
Метилурацил	18	36
Завись плаценти	17	34
Полібіолін	15	30
Тимолін	11	22
ФІБС	9	18
Тимохен	6	12
Левамізол	6	12
Активін	2	4

Поряд з перевіреними часом малотоксичними біогенними стимуляторами, такими як плазмол, екстракт алое, завись плаценти, найчастіше лікарями відмічено циклоферон – індуктор всіх типів інтерферонів. Унікальний вітчизняний препарат інфламафертин, з м'якою імуномодулюючою дією, що поєднана з вираженим протизапальним та розсмоктуючим ефектом [5,6], залишається невикористаним резервом.

Повну однотайність (100 %) продемонстровано стосовно призначення таких антиоксидантних середників як токоферолу ацетат та аскорбінова кислота, що зайвий раз свідчить про добру інформованість лікарів щодо системного оксидантного стресу, який спостерігається при запальних процесах.

Фізіотерапія належить до головних діючих факторів амбулаторного етапу лікування ХНЗП. Ставлення лікарів до різних методів фізіотерапії наведено в таблиці 3.

Таблиця 3. Використання фізіотерапевтичних методів для лікування ХНЗП

Метод фізіотерапії	Кількість лікарів	%
Ультразвук	31	62
Електрофорез	26	52
Лазерні промені	12	24
Діодинамічні струми	8	16
Змінні магнітні поля	5	10

На перших позиціях знаходяться добре відомі фізіотерапевтичні методи, хоча відсоток їх використання явно недостатній. За допомогою електрофорезу (нетеплопередаючого методу) можна здійснювати ферментне лікування, досягати фібринолітичного ефекту на більш ранніх стадіях реабілітації після гострого процесу або після оперативних втручань [9]. Лікувальний ультразвук малої інтенсивності (0,2-0,8 Вт/см²) багато років вважають визнаним методом при ХНЗП [10].

За відсутності інфекційно-токсичних проявів при хронічних запальних захворюваннях значна увага приділяється адаптаційним процесам та розладам, типовим для полісистемних захворювань [11]. Імовірно тому дільничні лікарі часто вдаються до нетрадиційних методів лікування: гомеопатичні засоби відмічено в 32 (64 %) анкетах, а голкорексотерапію – в 14 (28 %). З метою корекції змін у нервовій системі хворих з ХНЗП або як симптоматичне

лікування 38 (76 %) фахівців призначають оригінальний високоефективний антистресовий препарат Магне-В₆. Слід зауважити: довготривале гінекологічне захворювання є для жінок безперечним хронічним стресовим фактором. Крім того, препарат Магне-В₆ довів свою ефективність в усіх випадках різноманітних проявів дисадаптації, що виникають на тлі порушень гормональних рівнів [12, 13, 14, 15]. Водночас, вважається за доцільне використовувати комбіновані оральні контрацептиви з метою профілактики розвитку вторинних кістозних змін в яєчниках внаслідок ановуляторних циклів при спайковому периаднекситі [11, 16].

Препарати рослинного походження Новопасіт, Персен відмічено в 31 (62 %) анкеті.

ВИСНОВКИ 1. Принцип поетапного лікування ХНЗП визнається дільничними акушерками-гінекологами, але переважно не реалізується.

2. Емпіричне амбулаторне призначення антибактеріальних препаратів хворим з ХНЗП слід вважати лікарською помилкою.

3. Спроби амбулаторного застосування лікувальної схеми з пірогенолом тощо є відступом не тільки від принципу етапності, але й принципу "Не зашкодити!".

4. Ступінь використання фізіотерапевтичних методів в лікуванні ХНЗП залишає певне місце для покращання цієї роботи.

5. З групи нестероїдних протизапальних засобів перевага повинна надаватися більш безпечному високоефективному оригінальному препарату Месуліді.

6. Використання препарату Магне-В₆ в схемах лікування ХНЗП є визнаним і патогенетично обґрунтованим кроком.

ЛІТЕРАТУРА

- Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть // Журнал практичного лікаря. – 2000. – №5. – С. 2-6.
- Аксененко В.А. Состояние репродуктивного здоровья и профилактика рецидивов у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. – Автореф. дис...д-ра. мед. наук. – М., 2001.
- Руденко А.В., Ромашенко О.В., Романенко А.М., Білоголовська В.В., Кузьменко А.Е. Роль інфекційних факторів у формуванні порушень репродуктивного здоров'я сім'ї // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – №2. – С. 83-86.
- Чурілов А.В. Особливості морфогенезу хронічного гнійного сальпінгіту // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 3. – С. 100-106.
- Іванюта Л.І., Ципку А.Г., Іванюта С.О., та співавт. Застосування вобензину та інфламафертину в комплексному лікуванні запальних захворювань геніталій // Ліки. – 1999. – №1. – С. 3-6.
- Корнацька А.Г., Вовк І.Б., Борисик О.Ю., Подолька Д.В., Чубей Г.В. Сучасні можливості в комплексному лікуванні жінок з хронічними запальними захворюваннями // Новости медицины и фармации. – 2003. – №2 (130). – С. 46-47.
- Венцківський Б.М., Гордеева Г.Д. Сучасні аспекти амбулаторного лікування запалення статевих органів жінок // Здоров'я України. – 2002. – № 6-7. – С. 14,25.
- Сокрут В.Н., Казаков В.Н., Уманский В.Я. и соавт. Медицинская реабилитация в Украине: современное положение и перспективы развития // Новости медицины и фармации. – 2003. – №10. – С. 19-20.
- Співак А.В. Спосіб реабілітації жінок після оперативного втручання з приводу позаматкової вагітності // Українські медичні вісті. – 2003. – Т. 5, № 1. – С. 49.
- Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. –М.: МЕДпресс, 1999. – 233 с.
- Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровкова Е.И. Принципы лечения хронических воспалительных процессов придатков матки // Акушерство и гинекология. – 2003. – №5. – С. 61-65.
- Воронцов О.О., Гошинский В.Б., Архіпова Н.О., Воронцова Т.В. Возможности сохранения репродуктивного здоровья молодых женщин путем оптимизации лечения первичной альгодисменореи // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 2. – С. 112-115.
- Воронцов О.О. МАГНЕ-В₆ в схемі амбулаторної допомоги жінкам з клімактеричним синдромом // Український медичний часопис. – 2003. – № 8.
- Громова О.Л., Бухарина Е.В., Галицкая С.А. и соавт. Коррекция дефицита магния у женщин с предменструальным синдромом // Акушерство и гинекология. – 2003. – №3. – С. 50-52.
- Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Мехевитинова Е.А. Профилактика побочных реакций при гормональной контрацепции препаратом Магне-В₆ // Акушерство и гинекология. – 2003. – №4. – С. 52-54.
- Гормональная контрацепция / Под ред. В.Н. Прилепской. – М., 1998.