

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ВОРОБІЙ ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ

УДК 618.1-002:616.381-072.1-08

**РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ
ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРИВАНЬ ГЕНІТАЛІЙ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Тернопіль – 2005

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Київській медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор *Вдовиченко Юрій Петрович*, Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор *Юзько Олександр Михайлович*, Буковинський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології;

доктор медичних наук, професор *Маляр Василь Андрійович*, Ужгородський національний університет МОН України, завідувач кафедри акушерства та гінекології

Провідна установа: Одеський державний медичний університет МОЗ України, кафедра акушерства та гінекології №1.

Захист дисертації відбудеться 5 жовтня 2005 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.02 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 31 серпня 2005 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент

Павлишин Г. А.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема запальних захворювань органів малого тазу є однією з найактуальніших у сучасній гінекології (В.Н. Запорожан і співавт., 1999; Б.М. Венцківський та співавт., 2002). Це обумовлено зростаючою частотою даної патології, а також недостатньою ефективністю запропонованих лікувально-профілактичних заходів. Зростання запальних захворювань матки і придатків пов'язане із зміною екологічного фактору в сторону переважання змішаної інфекції, порушенням імунологічної реактивності організму, погіршенням матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ, несприятливим впливом екологічних і виробничих факторів та інше. (Л.І. Іванюта, 1999; В.В. Подольський та співавт., 2002).

В структурі запропонованих методів лікування запальних захворювань органів малого тазу хірургічний займає від 40% до 70% (С.В. Хміль та співавт., 2000; Л.А. Товштейн та співавт., 2001). Останніми роками спостерігається збільшення питомої ваги оперативного лікування даної патології, що пов'язують із значною частотою запущених процесів і неефективністю консервативної терапії (В.П. Сметник та співавт., 1995; Е.П. Шатунова, 2002). Крім того, з року в рік підвищується частота ендоскопічних оперативних втручань з приводу запальних захворювань органів малого тазу, яким багато авторів віддають перевагу (І.З. Гладчук, 1999; В.М. Запорожан та співавт., 2000).

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми запальних захворювань геніталій, не всі питання даного наукового напрямку повністю вирішені. В першу чергу це стосується віддалених наслідків перенесених різних варіантів оперативного втручання: лапаротомічного і ендоскопічного. Основним моментом є розробка ефективних реабілітаційних заходів, які б включали лікування основного захворювання, профілактику можливих ускладнень і відновлення репродуктивної функції (О.М. Юзько та співавт., 2000; В.І. Грищенко та співавт., 2001). При цьому неродивші жінки складають особливу групу ризику, оскільки, крім медичних аспектів, значну роль набувають і соціальні.

В сучасній літературі недостатньо висвітлені питання практичних рекомендацій по веденню пацієнток, що перенесли хірургічне лікування з приводу запальних захворювань геніталій на постгоспітальному етапі, у тому числі й після лапаротомічних і лапароскопічних операцій, а також ефективні методи відновлення репродуктивної функції.

Все вищевикладене є достатнім обґрунтуванням актуальності вибраного наукового завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика "Прогнозування, профілактика,

лікування і реабілітація порушень репродуктивної функції жінок на сучасному етапі” № держ. реєстрації: 0101U007154 у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно реабілітації репродуктивної функції жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань геніталій. Тема затверджена експертною комісією АМН та МОЗ України “Акушерство та гінекологія” протокол №1 від 26.01.05.

Мета дослідження. Знизити частоту порушень репродуктивної функції жінок після різних варіантів хірургічного лікування запальних захворювань геніталій на підставі вивчення клініко-мікробіологічних особливостей, ендокринного та імунного статусу, а також розробити і впровадити комплекс реабілітаційних заходів.

Завдання дослідження.

1. Вивчити клінічні особливості запальних захворювань геніталій, показання до різних варіантів оперативного лікування та віддалені наслідки.
2. Виявити особливості мікробіоценозу статевих шляхів жінок із запальними захворюваннями геніталій до і після різних варіантів оперативного лікування.
3. Дослідити вплив запальних захворювань на зміни ендокринного та імунного статусу жінок до і після лапоротомічного і лапароскопічного лікування.
4. Встановити взаємозв'язок між клінічними, мікробіологічними, ендокринними та імунними особливостями жінок із запальними захворюваннями геніталій до і після різних варіантів оперативного лікування.
5. Розробити та впровадити комплекс реабілітаційних заходів щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок із запальними захворюваннями геніталій після різних варіантів оперативного лікування.

Об'єкт дослідження – порушення репродуктивної функції жінок із запальними захворюваннями геніталій.

Предмет дослідження – мікробіологічний статус статевих шляхів, вміст гормонів в крові, субпопуляцій лімфоцитів і неспецифічних факторів захисту.

Методи дослідження – з метою визначення клінічного перебігу запальних захворювань геніталій проведено загальноклінічні, лабораторно-біохімічні, імунофлюоресцентні, бактеріологічні дослідження. Вміст гормонів в плазмі крові визначали імуноферментним методом. Показники гуморального і клітинного імунітету визначали фотонейлометричним методом.

Бактеріологічні дослідження вагінального секрету проводили за загальноприйнятою методикою.

Цифровий матеріал, отриманий в результаті досліджень, обробляли математично-статистичними методами параметричної та непараметричної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше вивчені віддалені наслідки різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу залежно від початкового премордібного фону і показань до лапаротомічного і лапароскопічного лікування. Встановлено роль порушень мікробіоценозу статевих шляхів, дисгормональних та імунних змін в генезі запальних захворювань органів малого тазу, а також до і після різних варіантів їх оперативного лікування.

Вперше встановлено взаємозв'язок між клінічними, мікробіологічними, ендокринними та імунними змінами у пацієнок із запальними захворюваннями органів малого тазу до і після лапаротомічного і лапароскопічного лікування. Це дозволило розширити існуючі дані про патогенез порушень репродуктивної функції жінок, а також науково обґрунтувати необхідність розробки нового комплексу реабілітаційних заходів.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлено основні клінічні особливості запальних захворювань органів малого тазу у пацієнок до і після різних варіантів оперативного лікування. Визначені основні показання до лапаротомічного і лапароскопічного лікування запальних захворювань органів малого тазу, а також віддалені наслідки в аспекті відновлення репродуктивної функції. Запропоновано методи контролю за клінічним перебігом раннього і віддаленого післяопераційного періоду у жінок з різними варіантами хірургічного лікування запальних захворювань органів малого тазу.

Розроблено і впроваджено практичні рекомендації щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу на основі застосування антигомотоксичної терапії.

Результати досліджень впроваджені в практику роботи Центру охорони здоров'я матері та дитини Київської області, Івано-Франківського обласного перинатального центру, Івано-Франківського міського пологового будинку, в початковий процес кафедри акушерства, гінекології та перинатології Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

Особистий внесок здобувача. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2002 по 2005 рр. Автором проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження 150 жінок, 100 із яких були з різними варіантами оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу на базі Прикарпатського центру репродукції людини та Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Самостійно зроблено збір і підготовку біологічного матеріалу. Автором написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки, розроблені практичні рекомендації щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції

жінок після оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу. Автором виконана статистична обробка отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладені в науковій праці, опублікованій в співавторстві, а також у тій частині актів впровадження, що стосуються науково-практичної новизни.

Апробація результатів роботи. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені на Науково-практичній конференції “Актуальные вопросы репродуктологии” (Крим, Симеїз, 2004), на засіданні асоціації акушерів-гінекологів Івано-Франківської і Київської областей (2004 листопад-грудень).

Публікації. За темою кандидатської дисертації опубліковано 4 наукових роботи, з яких 3 - у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 – у матеріалах конференції.

Об’єм та структура дисертації. Дисертація викладена на 171 сторінці комп’ютерного друку, складається зі вступу, шістьох розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку літературних джерел (всього 150 найменувань) та додатків. Бібліографічний опис літературних джерел, ілюстрації та додатки викладені на 24 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 150 пацієнок, що були розділені на три групи: контрольна група - 50 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку; 1 група - 50 пацієнок після різних варіантів хірургічного лікування запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ), які одержували загальноприйняті реабілітаційні заходи (підгрупа 1.1. – 25 пацієнок після лапаротомічного лікування і 1.2. – 25 пацієнок після лапароскопічного лікування); 2 група - 50 пацієнок після різних варіантів хірургічного лікування запальних захворювань органів малого тазу, які одержували запропоновану нами методику реабілітації (підгрупа 2.1. – 25 пацієнок після лапароскопічного лікування і 2.2. – 25 пацієнок після лапаротомічного лікування).

Комісією Київської медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика з питань біоетики порушень не виявлено. Висновок від 28.02.05 р.

Загальноприйняті реабілітаційні заходи проводилися відповідно до рекомендацій В.І.Кулакова та співавт. (2002) та включали використання антибактеріальної терапії, гормональних препаратів, імунокорекцію та фізичні фактори впливу.

Основні відмінності запропонованих нами реабілітаційних заходів полягали у корекції імунних, ендокринних та мікробіологічних порушень: використання препарату Траумель С 2,2 мл внутрішньом’язово або внутрішньовенно в день операції і інтраопераційно в черевну порожнину,

після операції повторно інтраопераційно через дренажну трубку, наступні 2 дні по 2,2 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно з послідуочим переходом на сублінгвальну форму по 1 таблетці 3 рази в день; препарат Гінекохель при наявності ознак запалення з 1 дня сублінгвально по 10-15 крапель 3 рази на день; Лімфоміозот для зняття післяопераційного набряку по 10-15 крапель щоденно тричі на день; при наявності порушень функції яєчників – Оваріум композитум 2,2 мл внутрішньом'язово 1 раз в 5 днів; при злуковому процесі - Коензим композитум 2,2 мл внутрішньом'язово 1 раз в 3-4 дні; при наявності гнійного вмісту - Ехінацея композитум по 2,2 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень; для зняття больового синдрому - Вібуркол в ректальних свічках 3-5 днів; при наявності порушень мікробіоценозу статевих шляхів - інтравагінально свічки Агнус – космоплекс. Тривалість реабілітаційного курсу склала 14-21 дні. Після лапароскопічного лікування ЗЗОМТ використовували 1-2 курси, а після лапаротомічного – не менш 3-4 курсів. Питання використання антибактеріальної терапії за профілактичними або лікувальними схемами вирішувалось індивідуально з врахуванням вираженості запального процесу та наявності гнійного вмісту.

Наш вибір корекції порушень репродуктивної системи після різних варіантів хірургічного лікування ЗЗОМТ ґрунтується на даних препаратів у зв'язку з тим, що вони є комплексними антигомотоксичними препаратами, мають широкий спектр дії стосовно різноманітних ланок ендокринної і репродуктивної систем, не мають побічних ефектів, не викликають алергічних реакцій, добре переносяться пацієнтами.

Лапаротомічне лікування проводили за загальноприйнятими методиками під ендотрахеальним наркозом. Лапароскопію виконували за допомогою обладнання фірми "Karl Storz" (Німеччина).

Всім пацієнткам, що знаходилися під спостереженням на протязі 2-х років після різних методів хірургічного лікування ЗЗОМТ, поряд із детальним клінічним дослідженням, проводили комплексне функціональне і лабораторне обстеження, результати яких реєстрували у спеціально розробленій карті.

Ультразвукове дослідження проводилося за допомогою апарату «Siemens Sonoline SI 250» (Німеччина), що працює в реальному масштабі часу.

Гормональні дослідження проводилися імуноферментним методом (О.Г. Резніков, 2002) та включали визначення в плазмі крові вмісту естрадіолу (Е), прогестерону (ПГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) і лютеїнізуючого гормону (ЛГ).

Для оцінки імунного статусу хворих вивчали субпопуляції Т-лімфоцитів: CD3+; CD4+; CD8+ і співвідношення CD4+/CD8+ (Т.Г. Сухих, 1999). Активність лізоциму і β-лізину досліджували фотонейфелометричним методом (Т.Г. Сухих, 1999). Поглинальну здатність нейтрофілів оцінювали по фагоцитарному показнику (ФП), фагоцитарному числу (ФЧ) і

фагоцитарному індексу (ФІ). Кількісне визначення імуноглобулінів і інтерферонового статусу проводили за загальноприйнятою методикою (Т.Г. Сухих, 1999).

Морфологічне дослідження макропрепаратів, видалених під час лапароскопії, робили після попередньої фіксації шматочків тканини в 10 % нейтральному формаліні за загальноприйнятою методикою (В.П. Сильченко та співавт., 2001).

Бактеріологічні дослідження вагінального секрету проводили за загальноприйнятою методикою (В.А. Анохін, 1999; А.С. Павлюк, 1999).

Цифровий матеріал, одержаний в результаті досліджень, обробляли методом варіаційної статистики на комп'ютері Pentium з використанням програми Microsoft Excel. Для аналізу динаміки змін і порівняння показників у варіаційних рядах обчислювали середню арифметичну величину (M) і стандартну помилку середньої арифметичної (m). Визначення показника істотної різниці між двома середніми арифметичними їх стандартними помилками проводили за критерієм Ст'юдента (t). Крім того, проводили лінійну кореляцію, обчислюючи коефіцієнт кореляції Pearson (r): слабкий ступінь взаємозв'язку характеризується значеннями від 0 до $\pm 0,29$, середній – від 0,3 до 0,69 (від $-0,3$ до $-0,69$), сильний – від 0,7 до 1,0 (від $-0,7$ до $-1,0$) і його достовірність p (О.П. Минцер, 2002). Результати статистичної обробки даних візуалізовані за допомогою таблиць, графіків і діаграм.

Результати досліджень та їх обговорення. Одержані нами результати свідчать, що середній вік пацієнток достовірно не відрізнявся по групах і склав $29,6 \pm 2,2$ років. При оцінці основних особливостей акушерсько-гінекологічного анамнезу обстежених жінок встановлена висока частота неплідності (1 група – 70,0 % і 2 – 68,0 %) та артифіційних абортів (1 група – 44,0 % і 2 – 40,0 %). Як було вже відзначено вище, всі пацієнтки основних груп були із запальними процесами, проте окрім цього мала місце і супутня генітальна захворюваність. Причому, в її структурі переважали патологічні зміни шийки матки (1 група – 34,0 % і 2 – 30,0 %); кісти і кістоми яєчників (1 група – 10,0 % і 2 – 12,0 %) і позаматкова вагітність (1 група – 10,0 % і 2 – 8,0 %). Сумарна частота перене-сених оперативних втручань з приводу різної генітальної патології була достатньо високою (1 група – 22,0 % і 2 – 20,0 %). Практично, всі операції були зроблені шляхом лапаротомії, а об'єм – органозберігаючі операції на трубах і яєчниках. Одержані результати вказують на високу частоту поєднаних варіантів різної генітальної патології, про що також свідчать дані літератури останніх років (В.М. Запорожан та співавт., 2000; В.М. Венцківський та співавт., 2002).

Серед різних варіантів супутньої екстрагенітальної патології найчастіше мали місце тиреоїдна патологія (1 група – 34,0% і 2 – 30,0%) і серцево-судинні захворювання (1 група – 26,0% і 2 – 30,0%), що не співпадає з дослідженнями різних авторів (В.Н. Кузьмін, 2002; В.В.

Подольський та співавт., 2002) про високий рівень соматичної захворюваності запального генезу у жінок обстежуваних груп.

Клінічна симптоматика запальних захворювань геніталій має достатньо широкий спектр і широко обговорюється в сучасній літературі (М.І. Жилияев, 1997; В.І. Кисина и співавт., 2002). При цьому, ми зупинилися на самих виражених симптомах, серед яких можна виділити переважання больового синдрому (1 група – 88,0 % і 2 – 90,0 %) і диспареунії (1 група – 62,0 % і 2 – 58,0 %) в порівнянні з гіпертермією (1 група – 34,0 % і 2 – 36,0 %); симптомами інтоксикації (1 група – 28,0 % і 2 – 30,0 %) та різними порушеннями менструального циклу (1 група – 22,0 % і 2 – 24,0 %). Одержані результати вказують на значний рівень клінічних проявів ЗЗОМТ, що, безумовно, треба враховувати при розробці тактики ведення цих пацієнток.

У літературі останніх років широко обговорюються різні методи лікування запальних захворювань органів малого тазу та їх тривалість (А.В. Бойчук, 1997; Л.І. Іванюта та співавт., 2001). Нами встановлено, що тривалість захворювання коливалася від 3 місяців до 10 років. Разом з тим, частіше зустрічалися значення „до 1 року” (1 група – 30,0 % і 2 – 32,0 %); „до 2 років” (1 група – 22,0 % і 2 – 24,0 %) і „до 4 років” (1 і 2 групи – по 20,0 %). Серед методів лікування, що використовувалися раніше, можна виділити, практично, у всіх випадках застосування антибактеріальної терапії (1 груп – 98,0 % і 2 – 100,0 %) і дещо рідше – фізичних факторів дії (1 група – 72,0 % і 2 – 74,0 %) та метаболічної терапії (1 груп – 76,0 % і 2 – 78,0 %). Як відзначено вище, в кожному 5 випадку було проведено оперативне лікування (1 група – 22, 0% і 2 – 20,0 %).

Особливий інтерес представляють дані про показання до різних варіантів оперативного лікування, що, практично, не описано в сучасній літературі (І.З. Гладчук, 1999; В.М. Запорожан та співавт., 2000). Нами встановлено, що до лапаротомії найчастіше вдавалися у зв'язку з поширеними злуковими процесами органів малого тазу (1.1 підгрупа – 60,0 % і 2.1 підгрупа – 64,0 %), великими розмірами гнійника (1.1 підгрупа – 32,0 % і 2.1 підгрупа – 28,0 %) і тільки в 8,0 % спостережень в кожній групі відмічено наявність розлитого перитоніту. В порівнянні з цим, до ендоскопічного лікування основними показаннями були неефективність консервативної терапії (1.2 підгрупа – 48,0 % і 2.2 підгрупа – 52,0 %) і тривалий перебіг неплідності (1.2 підгрупа – 52,0 % і 2.2 підгрупа – 48,0 %).

Як відзначено вище, ми обстежували жінок тільки з органозберігаючими операціями, що давало можливість в подальшому проводити реабілітаційні заходи відновлення репродуктивної функції. При цьому, основними варіантами об'єму проведеного оперативного втручання були роз'єднання злук і дренивання малого тазу (1 група – 48,0 % і 2 – 50,0 %); однобічна тубектомія (1 і 2 групи – по 40,0 %) і цистектомія, резекція яєчників (1 група – 38,0 % і 2 – 36,0 %). Набагато рідше (1 група – 12,0 % і 2 – 10,0 %) була проведена однобічна аднексектомія.

Отже, результати клінічної характеристики обстежених жінок показали, що оперативне лікування ЗЗОМТ частіше за все проводиться у жінок віком 30 років з обтяженим гінекологічним і репродуктивним анамнезом. При цьому, тривалість захворювання складає близько 3 років, а попередні методи лікування, в основному, є консервативні: антибактеріальна терапія і фізичні фактори дії. Різні варіанти оперативного лікування проводяться тільки за конкретними показаннями для виконання органозберігаючих операцій, що дозволяє ставити питання про збереження репродуктивної функції при використанні ефективних реабілітаційних заходів.

Віддалені наслідки оперативного лікування ЗЗОМТ є маловивченим питанням в літературі (С.П. Польова та співавт., 2001; А.П. Пархоменко, 2003). Ми вважали за доцільне проводити оцінку чотирьох основних параметрів в підгрупах 1.1 і 1.2. При цьому, більш висока частота всіх параметрів, що вивчаються, в підгрупі 1.1 була обумовлена відмінностями у вираженості запального процесу при різних варіантах оперативного лікування.

Одержані нами результати свідчать, що через 3 місяці після оперативного лікування частота больового синдрому знизилася після лапаротомічного лікування тільки на 12,0%, а після ендоскопічного – на 26,0%. Аналогічна закономірність збереглася впродовж всього досліджуваного періоду і через 24 місяці зменшилася на 32,0 % в підгрупі 1.1 і 24,0 % - в підгрупі 1.2. Дещо іншу картину можна було спостерігати при аналізі динаміки порушень менструального циклу. Так, впродовж всього досліджуваного періоду їх частота, практично, не відрізнялися від початкових даних (підгрупа 1.1 – 20,0% і 1.2 – 16,0%). Динаміка змін клінічного симптому „диспареунія” вказує, що через 3 місяці після оперативного лікування відмічається зниження показника, що вивчається, в обох підгрупах на 16,0 % і 12,0 % відповідно. В подальшому спостерігається зниження даного показника, більш виражене після ендоскопічного лікування ЗЗОМТ: різниця між початковим рівнем і через 24 місяці склала в підгрупі 1.1 – 32,0 %, а в підгрупі 1.2 – 36,0 %. Наступним клінічним симптомом є „субфебрилітет”, динаміка змін якого носила ідентичний характер і через 24 місяці склала по 16,0% в кожній підгрупі.

Безумовно, одним з самих інформативних критеріїв клінічної ефективності реабілітаційних заходів є рецидив запальних процесів (Е.М. Вихляєва та співавт., 2000; В.М. Сердюк, 2001). Так, вже через 3 місяці після операції рецидив було відмічено у 8,0% в підгрупі 1.1 і у 4,0% - в підгрупі 1.2. В подальшому така тенденція повністю збереглася і через 24 місяці склала 28,0% після лапаротомічного лікування і 24,0% - після лапароскопічного. Основними клінічними симптомами рецидиву були гіпертермія і больовий синдром. Дуже показовим є той факт, що в 8,0% випадків в підгрупі 1.2 і в 12,0% - в підгрупі 1.1 було проведено повторне оперативне лікування в об'ємі суправагінальної ампутації матки з двобічною тубектомією або одnobічною аднексектомією, причому всі випадки були виконані шляхом лапаротомії.

Вищеперелічені особливості істотно вплинули і на динаміку відновлення репродуктивної функції жінок, прооперованих з приводу ЗЗОМТ. Так, перша вагітність наступила через 6 місяців в підгрупі 1.2. Через 12 місяців діагностовано одну вагітність після лапаротомічного лікування і дві – після ендоскопічного. На завершальному етапі – через 24 місяці сумарна частота вагітностей склала 9 випадків (3 – після лапаротомічного лікування і 6 – після лапароскопічного). На момент виконання даного дослідження розродженням закінчилися 3 вагітності, а інші знаходилися на різних етапах виношування.

Отже, як показали результати клінічних досліджень загальноприйняті реабілітаційні заходи у жінок після різних варіантів оперативного лікування ЗЗОМТ є недостатньо ефективними, що диктує необхідність їх удосконалення.

Серед широкого спектру сучасних додаткових методів дослідження ми зробили свій вибір на інформативних і прийнятних для практичної охорони здоров'я: мікробіологічних, ендокринних та імунних (В.П. Сметник та співавт., 1995; Г.В. Шитова, 2001).

Одним з механізмів контролю вагінальної мікрофлори є висока адгезивна здатність молочно-кислих бацил до поверхні епітеліальних клітин. Ендогенні штами лактобактерій, що мають високу адгезивну активність і тісно взаємодіють із слизовою оболонкою піхви, мають селективні переваги як перед умовно-патогенними мікроорганізмами, так і перед екзогенними лактобактеріями. Прикріплюючись до епітеліоцитів, автохтонні штами забезпечують феномен резистентності колонізації (Е.П. Шатунова, 2002).

Мікроскопічне дослідження, що проводиться на першому етапі обстеження, часто не дає вичерпної інформації про стан мікрофлори (Л.А. Товштейн та співавт., 2001). Тому нами було зроблено детальне бактеріологічне дослідження. У пацієток контрольної групи виявлено представники лактофлори, які переважають в кількісному відношенні. Умовно-патогенні мікроорганізми зустрічалися (16-28 %) в кількості, що не перевищує 4 lg КУО/мл. При цьому найчастіше висівалися *S.epidermidis* і представники роду *Corynebacterium*. У 1 групі нами встановлено достовірне зниження *Lactobacillus* spp. (контрольна група – $6,2 \pm 0,1$ КУО/мл і 1 - $3,4 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,01$) і *Bifidobacterium* spp. (контрольна група – $4,3 \pm 0,2$ КУО/мл і 1 - $3,0 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$) при одночасному збільшенні числа *E.coli* (контрольна група – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл і 1 - $5,6 \pm 0,4$ КУО/мл; $p < 0,05$); *Enterococcus* spp. (контрольна група – $3,7 \pm 0,2$ КУО/мл і 1 - $6,2 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,01$) і *S.aureus* (контрольна група – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл і 1 - $5,8 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,01$), а також поява *Bacteroides* spp. (1 група – $3,2 \pm 0,2$ КУО/мл); *Peptococcus* spp. (1 група – $3,9 \pm 0,3$ КУО/мл) і *Peptostreptococcus* spp. (1 група – $3,7 \pm 0,3$ КУО/мл). Причому, така закономірність була характерна як по типу моноінфекції, так і у складі багатоклітинних асоціацій.

Ми вважали за доцільне представити динаміку бактеріологічних досліджень в процесі загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Так, через 3 місяці встановлено

достовірне збільшення в 1 групі кількості *Lactobacillus* spp. (з $3,4 \pm 0,2$ КУО/мл до $4,1 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,05$) на фоні одночасного зниження числа *E.coli* (lac-) (з $5,6 \pm 0,4$ КУО/мл до $4,0 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,05$). Аналогічна закономірність збереглася і після 6 місяців проведеної реабілітації. На завершальних етапах проведеного обстеження – через 12 і 24 місяці достовірні відмінності між контрольною і 1 групами були з боку кількості *Lactobacillus* spp. (контрольна група – $6,2 \pm 0,1$ КУО/мл і 1 - $4,0 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$); *Bifidobacterium* spp. (контрольна група – $4,3 \pm 0,2$ КУО/мл і 1 - $3,0 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,05$); *Enterococcus* spp. (контрольна група - $3,7 \pm 0,2$ КУО/мл і 1 - $5,0 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$); *S.aureus* (контрольна група - $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл і 1 - $5,3 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,05$) і *Candida* spp. (контрольна група - $3,1 \pm 0,2$ КУО/мл і 1 - $4,3 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$). Крім того, тільки в 1 групі були наявні такі мікроорганізми, як *E.coli* (haem+) ($2,0 \pm 0,2$ КУО/мл); *Peptococcus* spp. ($2,0 \pm 0,2$ КУО/мл) і *Peptostreptococcus* spp. ($2,0 \pm 0,2$ КУО/мл).

Отже, як свідчать результати проведених мікробіологічних досліджень, до і після різних варіантів оперативного лікування ЗЗОМТ стерігаються значні зміни у складі мікрофлори, які виявляються пригніченням лактофлори, забезпечуючої резистентність колонізації. На цьому фоні відбувається розширення спектру і збільшення чисельності умовно-патогенної мікрофлори. Хоча мікроскопічна картина вагінального відокремлюваного характеризується відносним збідненням мікробного пейзажу, при бактеріологічному дослідженні виявляються в значній кількості асоційовані мікроорганізми, особливо їх анаеробні представники. Очевидно, що така мікробіологічна картина становить загрозу репродуктивному здоров'ю жінки. В зв'язку з цим є доцільним проводити не тільки бактеріоскопічне, але і детальне бактеріологічне дослідження, що дозволяє виявити потенційних патогенів. Оскільки такі зміни мікроекології піхви становляють серйозну загрозу настанню вагітності, необхідність їх своєчасної корекції є очевидною.

При оцінці отриманих ендокринних показників враховували дані по 1 фазі менструального циклу, що є більш інформативним (Е.М. Вихляєва і співавт., 2000). Як свідчать одержані дані до лікування, відзначено достовірне зменшення вмісту Е (контрольна - $330,4 \pm 30,5$ нмоль/л і 1 - $221,5 \pm 40,5$ нмоль/л; $p < 0,05$) на фоні збільшення рівня ФСГ (контрольна - $56,7 \pm 3,1$ ммоль/л і 1 - $71,3 \pm 2,8$ ммоль /л; $p < 0,05$) і ЛГ (контрольна - $73,2 \pm 5,4$ ммоль/л і 1 - $91,4 \pm 3,5$ ммоль /л; $p < 0,05$) при незміненому рівні ПГ ($p > 0,05$). Водночас, через 3 місяці після проведеного оперативного лікування вираженість дисгормональних порушень залишилася на попередньо-му рівні. Проте, вже через 6 місяців всі ендокринні показники, окрім Е (контрольна - $330,4 \pm 30,5$ нмоль/л і 1 - $218,7 \pm 17,3$ нмоль/л; $p < 0,05$) були без достовірних відмінностей щодо контрольної групи ($p > 0,05$). Через 12 і 24 місяці характер ендокринних порушень залишався на доопераційному рівні ($p < 0,05$).

На нашу думку, прояви оваріальної недостатності яєчників в обстежених жінок, як правило, відображують процеси порушення темпу розвитку домінантного фолікула з виходом у лютеїнову

недостатність у 76,0 %, а частота ановуляції, як більш важкого прояву гормональної недостатності яєчників, була виявлена відповідно в 24,0 % спостережень. Отримані результати вказують на виражений характер ендокринних порушень у жінок із ЗЗОМТ, що, на наш погляд, вказує на необхідність проведення корекції гормонального статусу з врахуванням отриманих результатів.

Вивчення імунного статусу у пацієток із ЗЗОМТ є стандартом при проведенні лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів (Г.В.Іванов, 1998). Серед широкого спектру параметрів, що вивчаються, ми вважали за доцільне зупинитися на найбільш інформативних і доступних в практичній охороні здоров'я.

Одержані нами результати до лікування свідчать про достовірне зниження вмісту СД3+ (контрольна група – 67,2±4,8 % і 1 - 47,3±3,2 %; $p<0,05$); СД4+ (контрольна група – 48,2±4,1 % і 1 - 32,8±2,7 %; $p<0,05$); СД16+ (контрольна група – 16,8±1,6 % і 1 - 10,2±1,5 %; $p<0,05$) і СД20+ (контрольна група – 15,2±1,4 % і 1 - 11,1±1,2 %; $p<0,05$) при одночасному збільшенні числа СД8+ (контрольна група – 26,7±2,2 % і 1 - 40,5±3,1 %; $p<0,05$) і СД23+ (контрольна група – 8,7±0,9 % і 1 - 13,5±1,2 %; $p<0,05$). Такі явні зміни системного імунітету до різних варіантів оперативного лікування свідчать про вираженість запального процесу, що вимагало проведення лапаротомічних або лапароскопічних операцій.

Аналогічна закономірність збереглася і через 3 місяці від початку загальноприйнятих реабілітаційних заходів. На наступному етапі досліджень – через 6 місяців між групами були відсутні достовірні відмінності з боку наступних параметрів: СД16+; СД20+ і СД23+ ($p>0,05$). Решта параметрів була достовірно змінена як і до лікування. На завершальному етапі через 12 і 24 місяці відмінності між контрольною і 1 групами носили мінімальний характер і полягали в достовірному зниженні числа СД4+ (контрольна група – 48,2±4,1 % і 1 - 31,1±3,2 %; $p<0,05$) при одночасному збільшенні СД8+ (контрольна група – 26,7±2,2 % і 1 - 40,7±3,1 %; $p<0,05$).

Серед основних показників неспецифічної резистентності ми також віддавали перевагу найінформативнішим (Л.П. Кучер, 2001). Фагоцитуючі клітини – гранулоцити і моноцити – є основними в кількісному відношенні клітинними популяціями в периферичній крові людини. При їх нормальному функціонуванні інфекційні процеси повинні бути мало вірогідні. Проте, вони існують, і однією з можливих причин можуть стати зміни фагоцитів та інших „працюючих” з ними в комплексі захисних систем (Г.В. Іванов, 1998).

З біоцидних білків, що володіють прямою літичною дією на мікробні клітини і здатних впливати на антимікробну активність фагоцитів, нами вивчено лізоцим і β -лізини крові. Лізоцим має виражену активність у відношенні, перш за все, грампозитивних бактерій. Крім безпосередньої бактерицидної дії, він здатний посилювати фагоцитарну активність нейтрофілів (Л.П. Кучер, 2001). Проте, останнім часом висловлюється думка (Л.В. Полуян, 2003), що цей білок

може забезпечувати природну толерантність організму до чужорідних агентів. По-перше, ця функція реалізується за рахунок його участі в регуляції імунних і метаболічних процесів. По-друге, обволікаючи генетично чужорідний матеріал, лізоцим захищає його за допомогою нейтралізації і виведення з організму ушкоджувальних компонентів.

Відомо, що β -лізин відноситься до клітинних і тканинних бактерицидних факторів. Літична дія на мікроорганізми обумовлена здатністю інгібувати ферменти антиокислювального захисту – пероксидазу і каталазу, що викликає накопичення токсичних перекисних з'єднань (Л.В. Полуян, 2003). Враховуючи, що до теперішнього часу недостатньо вивчені механізми бактерицидної дії і конкретні шляхи участі цього білка в гомеостазуючих реакціях, становить зацікавленість вивчення активності β -лізину, зокрема, при ЗЗОМТ. Зв'язуючою ланкою при проходженні внутрішньо- і міжклітинних антимікробних реакцій є лімфокіни, значну частину яких складають інтерферони, які можуть впливати на клітини імунної системи різними шляхами, змінюючи: клітинну поверхню, продукцію внутрішньоклітинних білків, функціональну активність клітин і стимулюючи або інгібуючи функції ефektorних клітин (Г.В.Іванов, 1998). Оскільки, більшість мікроорганізмів є індукторами синтезу інтерферону, нами проведено вивчення інтерферонового статусу в групах порівняння.

Одержані нами результати свідчать, що до лікування мали місце достовірні відмінності з боку всіх параметрів неспецифічної резистентності: достовірне зниження ФП (контрольна група – $67,1 \pm 4,1$ % і 1 - $29,7 \pm 2,4$ %; $p < 0,01$); ФЧ (контрольна група – $1,2 \pm 0,1$ ум.од. і 1 - $0,7 \pm 0,02$ ум.од.; $p < 0,05$); ФІ (контрольна група – $2,5 \pm 0,2$ ум.од. і 1 - $1,6 \pm 0,1$ ум.од.; $p < 0,05$); лізоциму (контрольна група – $0,58 \pm 0,02$ ум.од. і 1 - $0,31 \pm 0,01$ ум.од.; $p < 0,05$); β -лізину (контрольна група – $0,06 \pm 0,01$ ум.од. і 1 - $0,03 \pm 0,01$ ум.од.; $p < 0,05$) на фоні одночасного збільшення α -інтерферону (контрольна група – $156,4 \pm 5,2$ МО/мл і 1 - $183,2 \pm 4,1$ МО/мл; $p < 0,05$) і сироваткового інтерферону (контрольна група – $10,1 \pm 0,8$ МО/мл і 1 - $20,4 \pm 1,2$ МО/мл; $p < 0,01$). Через 3 місяці після проведення загальноприйнятих реабілітаційних заходів тільки один показник неспецифічної резистентності нормалізувався щодо контрольної групи – вміст β -лізину ($p > 0,05$), а вся решта показників знаходилася на вихідному рівні. Через 6 місяців додатково до цього нормалізувалися ФЧ і ФІ ($p > 0,05$). На завершальному етапі – через 12 і 24 місяці достовірні зміни мали місце тільки з боку двох показників: зниження ФП (контрольна група – $67,1 \pm 4,1$ % і 1 - $43,1 \pm 2,7$ %; $p < 0,05$) і збільшення сироваткового інтерферону (контрольна група – $10,1 \pm 0,8$ МО/мл і 1 - $20,4 \pm 1,2$ МО/мл; $p < 0,05$).

Отже, як показали результати проведених досліджень, відновлення репродуктивної функції жінок, прооперованих з приводу ЗЗОМТ має свої специфічні особливості, які полягають в наявності вираженої клінічної симптоматики на фоні порушень мікробіоценозу статевих шляхів,

дисгормональних змін і імуносупресії. Одержані дані свідчать про недостатню ефективність загальноприйнятих реабілітаційних заходів, що вказує на необхідність їх вдосконалення.

При оцінці ефективності запропонованих реабілітаційних заходів ми вивчали порівняльні аспекти клінічної симптоматики між 1 і 2 групами у визначені раніше терміни. В першу чергу необхідно наголосити на відсутність алергічних реакцій та індивідуального несприйняття лікарських препаратів, що використовуються.

Аналізуючи динаміку змін больового синдрому необхідно відзначити, що різниця через 3 місяці після лікування склала 10,0 %, а потім поступово зростала і після 12 місяців була вже 18 %. Дуже показовою є динаміка змін частоти порушень менструального циклу. Якщо до лікування їх рівень склав 22,0 % і 24,0 %, то через 6 місяців різниця носила істотний характер (1 група – 14,0 % і 2 – 8,0 %) з тенденцією зростання і після 24 місяців (1 група – 18,0 % і 2 – 4,0 %). Одержані дані свідчать про позитивний вплив запропонованої методики на частоту такого симптому, як диспареунія. При цьому, вже через 3 місяці після проведеного оперативного лікування цей показник був нижчий в 2 групі на 8,0 %, що збереглося й надалі і склало 16,0 % через 24 місяці після операції. На завершальному етапі була вивчена частота клінічного симптому „субфебрилітет”. Згідно отриманих результатів різниця до лікування, практично, була відсутня, але вже через 3 місяці стала помітною (1 група – 24,0 % і 2 – 18,0 %), а по закінченню всього досліджуваного терміну (24 місяці) склала 8,0 %.

Підтвердженням вищеперелічених клінічних особливостей є і частота рецидиву ЗЗОМТ після проведеного оперативного лікування. Через 3 місяці, вони мали місце в поодиноких випадках (1 група – 6,0% і 2 – 4,0%), а надалі різниця ставала більш помітною і склала 16,0% на завершальному етапі (1 група – 26,0% і 2 – 10,0%). Дуже показовим є і той факт, що в 2 групі всі випадки рецидиву були попереджені тільки консервативним шляхом, при тому, що в 1 групі в 10,0% випадків було повторне оперативне втручання з приводу рецидиву ЗЗОМТ.

Динаміка відновлення репродуктивної функції обстежених жінок (наявність планованої вагітності) свідчить, що через 3 місяці після запропонованих реабілітаційних заходів виявлено один випадок планованої вагітності, а через 6 місяців – вже п'ять (10,0%). Найвища частота відновлення репродуктивної функції мала місце через 12 (24,0 %) і 24 місяці (42,0 %). На момент завершення даного наукового дослідження сприятливим розродженням завершилися шість вагітностей (12,0 %), а всі інші були на етапі виношування.

Підтвердженням клінічної ефективності запропонованих реабілітаційних заходів є результати додаткових методів досліджень: мікробіологічних, ендокринних та імунних.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, розроблена нами реабілітаційна методика у жінок після різних варіантів оперативного лікування ЗЗОМТ дозволяє в достатньо високому відсотку випадків (42,0 %) відновити репродуктивну функцію жінок. Це

відбувається на фоні адекватної корекції мікробіоценозу статевих шляхів, ендокринного і імунного статусу. Методика є простою, загальнодоступною і може знайти широке застосування в практичній охороні здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення наукового завдання сучасної гінекології – відновлення репродуктивної функції у жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу на підставі вивчення клініко-мікробіологічних, ендокринних і імунних особливостей, а також розробки та впровадження комплексу лікувально-реабілітаційних заходів.

1. Оперативне лікування запальних захворювань геніталій частіше за все проводиться у жінок віком 30 років ($29,6 \pm 2,2$) з обтяженим гінекологічним (патологія шийки матки – 32,0 % і дисменорея – 24,0 %) і репродуктивним анамнезом (неплідність – 70,0 % і артифіційні аборти – 42,0 %).
2. Основними клінічними синдромами запальних захворювань органів малого тазу, що вимагають оперативного лікування, є больовий синдром (90,0 %); диспареунія (60,0 %); гіпертермія (36,0 %); симптоми інтоксикації (30,0 %) і порушення менструального циклу (24,0 %). Тривалість захворювання складає $3,1 \pm 0,3$ років, а попередніми методами лікування були антибактеріальна терапія (98,0 %) і фізичні фактори дії (74,0 %).
3. При виборі різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу лапаротомію проводять у зв'язку з поширеними злуковими процесами органів малого тазу (62,0 %), великими розмірами гнійника (30,0 %) і розлитого перитоніту (8,0 %). Лапароскопічне лікування використовують при неефективності консервативної терапії (50,0 %) і тривалому перебігу неплодності (50,0 %). Основними варіантами об'єму проведеного оперативного втручання є роз'єднання злук і дренивання малого тазу (50,0 %); одностороння тубектомія (40,0 %) і цистектомія, резекція яєчників (38,0 %) і одностороння аднексектомія (10,0 %).
4. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок із запальними захворюваннями геніталій та оперативному варіанті їх лікування характеризується достовірним зниженням *Lactobacillus* spp. в 1.8 рази і *Vifidobacterium* spp. в 1.4 рази при одночасному збільшенні числа *E.coli* в

- 1.5 рази, *Enterococcus* spp. в 1.7 рази і *S.aureus* в 1.3 рази, а також появи *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp. і *Peptostreptococcus* spp.
5. Для ендокринного статусу пацієнок з різними варіантами оперативного лікування запальних захворювань геніталій характерно в 1 фазу менструального циклу достовірне зменшення вмісту Естрадіолу в 1.5 рази на фоні збільшення рівня фолікулоstimулюючого гормону в 1.3 рази і лютеїнізуючого гормону в 1.2 рази при незміненому рівні прогестерону ($p > 0,05$). Прояви оваріальної недостатності яєчників в обстежених жінок відображають процеси порушення темпу розвитку домінантного фолікула з виходом у лютеїнову недостатність у 76,0%, а частота ановуляції, як більш важкого прояву гормональної недостатності яєчників, складає відповідно 24,0%.
 6. Стан системного імунітету у жінок із запальними захворюваннями геніталій і оперативним методом їх лікування характеризується достовірним зниженням вмісту СД3+ в 1.4 рази, СД4+ в 1.5 рази, СД16+ в 1.6 рази і СД20+ в 1.4 рази при одночасному збільшенні числа СД8+ в 1.5 рази і СД23+ в 1.6 рази.
 7. Неспецифічна резистентність організму у пацієнок з різними варіантами оперативного лікування запальних захворювань органів малого тазу характеризується достовірним зниженням фагоцитарного показника в 2.3 рази, фагоцитарного числа в 1.7 рази, фагоцитарного індексу в 1.6 рази, лізоциму в 1.9 рази, β -лізину в 2 рази на фоні одночасного збільшення α -інтерферону в 1.2 рази і сироваткового інтерферону в 2 рази.
 8. Запропонована методика реабілітації репродуктивної функції жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань геніталій дозволяє знизити частоту рецидиву в 2,6 рази, попередити повторне оперативне втручання і відновити репродуктивну функцію у 42,0 % випадків (загальноприйнята методика – 18,0 %) на фоні нормалізації мікробіоценозу статевих шляхів, ендокринного та імунного статусу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

З метою реабілітації репродуктивної функції жінок із запальними захворюваннями геніталій після різних варіантів оперативного лікування необхідно використовувати, крім раціональної антибіотикотерапії, антигомотоксичну терапію:

- Траумель С внутрішньом'язово або внутрішньовенно в день операції та інтраопераційно в черевну порожнину, після операції повторно інтраопераційно через дренажну трубку, наступні 2 дні 2,2 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно з подальшим переходом на сублінгвальну форму по 1 таблетці 3 рази на день;

- Гінекохеель за наявності запалення з 1 дня сублінгвально по 10-15 крапель 3 рази на день;
- Лімфоміозот для зняття післяопераційного набряку по 10-15 крапель сублінгвально 3 рази на день;
- Оваріум композітум за наявності порушень функції яєчників по 2,2 мл внутрішньом'язово 1 раз на 5 днів;
- Коензим композітум при злуковому процесі по 2,2 мл 1 раз на 3-4 дні внутрішньом'язово;
- Ехінацея композітум за наявності гнійного вмісту по 2,2 мл 2 рази на тиждень внутрішньом'язово;
- Вібуркол (свічки ректальні) для зняття больового синдрому протягом 3-5 днів;
- Агнус космоплекс в свічках інтравагінально за наявності порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

Тривалість реабілітаційного курсу склала 14-21 дні. Після лапароскопічного лікування запальних захворювань органів малого тазу використовували 1-2 курси, а після лапаротомічного – не менше 3-4 курсів.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Воробій В.Д. Порівняльні аспекти оперативного лікування гнійно-запальних захворювань придатків матки // Збірник наукових праць співробітників КМАПО імені П.Л.Шупика. - 2004. - Вип.13, кн.6. - С. 120-124.
2. Вдовиченко Ю.П., Петрусенко В.П., Воробій В.Д. Использование препарата «гинецит» в комплексной профилактике послеоперацион-ных осложнений у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями-ми гениталий // Репродуктивное здоровье женщины. - 2004. - №2 (18). - С. 102-106. Автору належить огляд літератури і 70 % клінічного матеріалу. Автор проаналізував методи лікування, обробив статистичні дані і підготував статтю до друку.
3. Воробій В.Д. Реабилитация репродуктивной функции женщин после различных вариантов оперативного лечения воспалительных заболеваний гениталий // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №1 (21). – С 111-113.
4. Воробій В.Д. Особенности репродуктивной функции нерожавших женщин после различных методов хирургического лечения воспалительных тубовариальных образований // Тез. докл. научн.-практ. конф. „Актуальные аспекты репродуктивного здоровья”. - Репродуктивное здоровье женщины.-2004. - №2. - С. 164.

АНОТАЦІЯ

Воробій В.Д. Реабілітація репродуктивної функції жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань геніталій. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія.- Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2005.

Наукова робота присвячена вивченню особливостей реабілітації жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних захворювань геніталій і розробки, на основі отриманих даних, методики відновного лікування. Встановлені основні клінічні особливості запальних процесів геніталій у пацієнток до і після різних варіантів оперативного лікування. Визначені основні показання до лапаротомічного і лапароскопічного лікування запальних процесів геніталій, а також віддалені наслідки в аспекті відновлення репродуктивної функції. Запропоновано методи контролю за клінічним перебігом раннього і віддаленого післяопераційного періоду у жінок з різними варіантами хірургічного лікування запальних процесів геніталій. Розроблені і впроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок після різних варіантів оперативного лікування запальних процесів геніталій.

Ключові слова: репродуктивна функція, запальні захворювання, оперативне лікування, реабілітація.

АННОТАЦИЯ

Воробий В.Д. Реабилитация репродуктивной функции женщин после различных вариантов оперативного лечения воспалительных заболеваний гениталий.- Рукопис.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. - Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины. - Тернополь, 2005.

Научная работа посвящена изучению особенностей реабилитации женщин после различных вариантов оперативного лечения воспалительных заболеваний гениталий и разработки на основе полученных данных методики восстановительного лечения. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что оперативное лечение воспалительных заболеваний гениталий чаще всего проводится у женщин около 30 лет ($29,6 \pm 2,2$) с отягощенным гинекологическим (патология шейки матки – 32,0% и дисменорея – 24,0%) и репродуктивным анамнезом (бесплодие – 70,0% и искусственные аборты – 42,0%). Основными клиническими симптомами

воспалительных процессов гениталий, требующих оперативного лечения, являются болевой синдром (90,0%); диспареуния (60,0%); гипертермия (36,0%); симптомы интоксикации (30,0%) и нарушения менструального цикла (24,0%). Длительность заболевания составляет $3,1 \pm 0,3$ лет, а предшествующими методами лечения являются чаще всего антибактериальная терапия (98,0%) и физические факторы воздействия (74,0%). При выборе различных вариантов оперативного лечения воспалительных процессов гениталий лапаротомию проводят в связи с обширным спаечным процессом малого таза (62,0%) и большими размерами гнойника (30,0% и разлитого перитонита (8,0%). Лапароскопическое лечение используют при неэффективности консервативной терапии (50,0%) и длительном течении бесплодия (50,0%). Основными вариантами объема проведенного оперативного вмешательства являются разъединение спаек и дренирование малого таза (50,0%); односторонняя тубэктомия (40,0%) и цистэктомия, резекция яичников (38,0%) и односторонняя аднексэктомия (10,0%). Состояние микробиоценоза половых путей у женщин с воспалительными процессами гениталий и оперативном варианте их лечения характеризуется достоверным снижением *Lactobacillus* spp. (контрольная группа – $6,2 \pm 0,1$ КУО/мл и 1 – $3,4 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,01$) и *Bifidobacterium* spp. (контрольная группа – $4,3 \pm 0,2$ КУО/мл и 1 – $3,0 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$) при одновременном увеличении числа *E.coli* (контрольная группа – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл и 1 – $5,6 \pm 0,4$ КУО/мл; $p < 0,05$); *Enterococcus* spp. (контрольная группа – $3,7 \pm 0,2$ КУО/мл и 1 – $6,2 \pm 0,3$ КУО/мл; $p < 0,01$) и *S.aureus* (контрольная группа – $3,8 \pm 0,3$ КУО/мл и 1 – $5,8 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,01$), а также появлением *Bacteroides* spp. (1 группа – $3,2 \pm 0,2$ КУО/мл); *Peptococcus* spp. (1 группа – $3,9 \pm 0,3$ КУО/мл) и *Peptostreptococcus* spp. (1 группа – $3,7 \pm 0,3$ КУО/мл). Для эндокринологического статуса пациенток с различными вариантами оперативного лечения воспалительных процессов гениталий характерно в 1 фазу менструального цикла достоверное уменьшение содержание эстрадиола (контрольная – $330,4 \pm 30,5$ нмоль/л и 1 – $221,5 \pm 40,5$ нмоль/л; $p < 0,05$) на фоне увеличения уровня ФСГ (контрольная – $56,7 \pm 3,1$ ммоль/л и 1 – $71,3 \pm 2,8$ ммоль /л; $p < 0,05$) и ЛГ (контрольная – $73,2 \pm 5,4$ ммоль/л и 1 – $91,4 \pm 3,5$ ммоль /л; $p < 0,05$) при неизменном уровне прогестерона ($p > 0,05$). Проявления овариальной недостаточности яичников у обследованных женщин отражают процессы нарушения темпа развития доминантного фолликула с выходом в лютеиновую недостаточность в 76,0%, а частота ановуляции, как более тяжелого проявления гормональной недостаточности яичников, составляет соответственно 24,0%. Состояние системного иммунитета у женщин с воспалительными процессами гениталий и оперативным методом их лечения характеризуется достоверном снижении содержания СД3+ (контрольная группа – $67,2 \pm 4,8\%$ и 1 – $47,3 \pm 3,2\%$; $p < 0,05$); СД4+ (контрольная группа – $48,2 \pm 4,1\%$ и 1 – $32,8 \pm 2,7\%$; $p < 0,05$); СД16+ (контрольная группа – $16,8 \pm 1,6\%$ и 1 – $10,2 \pm 1,5\%$; $p < 0,05$) и СД20+ (контрольная группа – $15,2 \pm 1,4\%$ и 1 – $11,1 \pm 1,2\%$; $p < 0,05$) при одновременном увеличении числа СД8+ (контрольная группа – $26,7 \pm 2,2\%$ и 1 – $40,5 \pm 3,1\%$; $p < 0,05$) и СД23+ (контрольная группа –

8,7±0,9% и 1 - 13,5±1,2%; $p<0,05$). Неспецифическая резистентность организма у пациенток с различными вариантами оперативного лечения воспалительных процессов гениталий характеризуется достоверным снижением ФП (контрольная группа – 67,1±4,1% и 1 - 29,7±2,4%; $p<0,01$); ФЧ (контрольная группа – 1,2±0,1 ум.од. и 1 - 0,7±0,02 ум.од.; $p<0,05$); ФИ (контрольная группа – 2,5±0,2 ум.од. и 1 - 1,6±0,1 ум.од.; $p<0,05$); лизоцима (контрольная группа – 0,58±0,02 ум.од. и 1 - 0,31±0,01 ум.од.; $p<0,05$); β -лизинов (контрольная группа – 0,06±0,01 ум.од. и 1 - 0,03±0,01 ум.од.; $p<0,05$) на фоне одновременного увеличения α -интерферона (контрольная группа – 156,4±5,2 МО/мл и 1 - 183,2±4,1 МО/мл; $p<0,05$) и сывороточного интерферона (контрольная группа – 10,1±0,8 МО/мл и 1 - 20,4±1,2 МО/мл; $p<0,01$). Предлагаемая методика реабилитации репродуктивной функции женщин после различных вариантов оперативного лечения воспалительных процессов гениталий позволяет снизить частоту рецидивирования в 2,6 раза, предупредить повторное оперативное вмешательство и восстановить репродуктивную функцию в 42,0% случаев (общепринятая методика – 18,0%) на фоне нормализации микробиоценоза половых путей, эндокринологического и иммунологического статуса.

Ключевые слова: репродуктивная функция, воспалительные заболевания, оперативное лечение, реабилитация.

SUMMARY

Vorobij V.D. Rehabilitation of reproductive function of women after various variants of operative treatment of inflammatory diseases of genitals. - Manuscript.

Thesis for a degree of candidate of medical sciences by specialty 14.01.01 – obstetric and gynecology. - I.Ya. Gorbachevsky Ternopol Medical University of Health of Ukraine. - Ternopol, 2005. Scientific work is devoted to studying of features of rehabilitation of women after various variants of operative treatment of inflammatory diseases of genitals and development on the basis of the received data of a technique of regenerative treatment. The basic clinical features of inflammatory processes of genitals at patients before and after various variants of operative treatment are established. The basic indications to laparotomy and laparoscopy to treatment of inflammatory processes of genitals, and also the remote consequences in aspect of restoration of reproductive function are determined. A quality monitoring behind clinical current of the early and remote postoperative period at women with various variants of surgical treatment of inflammatory processes of genitals are offered. Practical recommendations on decrease in frequency of infringements of reproductive function of women after various variants operative treatments inflammatory processes of genitals are developed and introduced.

Key words: reproductive function, inflammatory diseases, operative treatment, rehabilitation.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- Е – естрадіол;
ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого тазу;
ІФН – інтерферон;
КУО – колонієутворюючі одиниці;
ЛГ – лютеїнізуючий гормон;
ПГ – прогестерон;
Ум.од. – умовні одиниці;
ФІ – фагоцитарний індекс;
ФП – відсоток фагоцитозу;
ФСГ – фолікулостимулюючий гормон;
ФЧ – фагоцитарне число;
CD3+ - активні Т-лімфоцити;
CD4+ - Т-хелпери;
CD8+ - Т-супресори;
CD16+ - Т-кілери;
CD20+ - В-лімфоцити;
CD23+ - активні В-лімфоцити;