

УДК 618 (082)

ББК 57.1я43

З-41

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор – академік НАМН України В.М. Запорожан**

**Відповідальний науковий редактор – член-кор. НАМН України В.В. Камінський**

**Виконавчий редактор – доц. О.М. Борис**

**Відповідальний секретар – І.В. Малишева**

**Редакційна колегія:**

*Проф. С.Р. Галіч*

*Проф. В.Г. Дубініна*

*Проф. З.М. Дубосарська*

*Проф. І.А. Жабченко*

*член-кор. НАМН України В.І. Медвідь*

*Проф. Т.Г. Романенко*

*Проф. О.В. Ромащенко*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*

*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – 464 с.

ISBN 978-966-8977-32-9.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

**УДК 618 (082)**

**ББК 57.1я43**

**Выводы**

1. Суппозитории вагиклин являются клинически эффективным препаратом для лечения бактериального вагиноза, и могут быть рекомендованы в том числе для эмпирической терапии инфекций гениталий, до получения результатов бактериологических исследований.
2. Сочетание двух активных компонентов при одновременном применении демонстрирует клиническую эффективность, сравнимую с изолированным назначением подобных препаратов, но с оптимизацией сроков терапии.

**Перспективами дальнейших исследований** является изучение действия препарата вагиклин с целью уменьшения частоты инфекционных осложнений беременности, в том числе преждевременного излития околоплодных вод на фоне вагинита.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство /Под ред. проф. В.К. Чайки. — Донецк: ООО «Альматео», 2006. — 640 с.
2. *Malazy OT, Shariat M, Heshmat R, Majlesi F, et al.* Vulvovaginal candidiasis and its related factors in diabetic women. // Taiwan J Obstet Gynecol. 2007, 46(4):399–404.
3. Компендиум 2011 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н.Коваленко, А.П.Викторова, С.В.Сура, И.А.Зупанца – К.: МОРИОН, 2011.

## **ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИЕЙ**

*ГРИЩЕНКО О.В., ГРИЩЕНКО Н.Г., БОБРИЦКАЯ В.В., ЖЕЛЕЗНЯКОВ А.Ю.*

г. Харьков

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества новообразований женской половой сферы, в том числе в репродуктивном возрасте. Расширение контингента оперируемых женщин репродуктивного возраста и периода ранней менопаузы диктует необходимость поиска оптимальных методов заместительной терапии в послеоперационном периоде, и также длительной постоянной заместительной терапии последствий хирургической менопаузы (ХМ).

Овариэктомия сопровождается сложными нейроэндокринно-обменными нарушениями, являющимися, по сути, адаптационными реакциями организма на резкое изменение гормонального статуса [1]. Кроме того, неоплазии матки и яичников возникают на фоне исходных дисгормональных состояний, характеризующихся гиперэстрогемией, нарушением соотношения эстрогены/прогестерон, а также нарушениями рецепторных механизмов половых стероидов в органах-мишенях.

Удаление яичников ведет к резкому снижению уровня наиболее биологически активного эстрогена - 17-эстрадиола ( $E_2$ ), уровень которого в первые недели после операции может доходить до следовых значений. В ответ на исчезновение продуцируемых яичниками биологически активных стероидов, повышается уровень гонадотропинов – лютеинизирующего гормона (ЛГ) в 3-4 раза, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в 10-15 раз. Клинический синдром, развивающийся после овариэктомии, характеризуется развитием достаточно тяжелых нейровегетативных, психосоматических и обменно-эндокринных нарушений [2].

Головные боли, головокружение, колебания артериального давления от гипотонии до кратковременных гипертонических кризов, учащенное сердцебиение в покое, общая сла-

бость, парестезии возникают в первые недели после овариэктомии, и, как правило, являются некурабельными соответствующими симптомам препаратами.

Дефицит эстрогенов является причиной урогенитальных расстройств, которые характеризуются атрофическими изменениями, и наблюдаются у 40-60% пациенток. Развивается сухость слизистой влагалища, зачастую с присоединением местной инфекции, развитием атрофического вагинита. Пациентки предъявляют жалобы на жжение, зуд; формируется диспареуния, что приводит к нарушениям сексуальной составляющей, снижению качества жизни, психологическим проблемам. Стрессовое недержание мочи, цисталгии, цистоуретриты также являются последствиями дефицита половых стероидов.

Неспецифическими симптомами эстрогендефицита являются мышечные и суставные боли, сухость слизистых гортани, глаз. Кроме того, развивается патология сердечно-сосудистой системы, повышается уровень липопротеидов низкой плотности, общего холестерина, что приводит в конечном итоге к нарушениям микроциркуляции, метаболическим изменениям в тканях. Происходит также резкое усиление резорбции костной ткани, развитие остеопороза [3].

Известно, что наиболее раннее назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в послеоперационном периоде значительно уменьшает проявления постовариэктомиического синдрома. Однако, уже доказанным является факт неблагоприятного влияния эстрогенов на ткань молочной железы при длительном применении ЗГТ, в том числе повышение риска злокачественных неоплазий.

С другой стороны, синхронно возникающими, и сопутствующими дисгормональным заболеваниям малого таза, являются органические заболевания молочных желез, в частности, различные формы фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ).

Оперативное лечение проводится по поводу таких состояний, как сочетание фибриомы матки и кистомы яичников, эндометриоидных кист, опухолей яичников и пр. Патогенетической основой данных заболеваний является нарушение синтеза гонадотропных, стероидных гормонов, пролактина, гормонов щитовидной железы, что также соответствует современным представлениям об этиологии и патогенезе развития мастопатии.

Поэтому поиск оптимальных методов ЗГТ в послеоперационном периоде и защиты ткани молочной железы, одновременного лечения мастопатии, является чрезвычайно актуальным [4].

Поиск терапевтических компонентов тканеселективного действия без гиперпластических эффектов привел к изучению фитопрепаратов, нормализующих уровень центральных и периферических гормонов, рецептивную активность тканей, и направленных на снижение эффектов дефицита эстрогенов в том числе в случаях ХМ.

**Цель исследования** – оптимизация метода заместительной гормональной терапии у женщин с хирургической менопаузой и фиброзно-кистозной мастопатией.

### **Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находились 68 пациенток с хирургической менопаузой в периоде от 1 до 3 месяцев после операции. Сопутствующей гинекологической патологии была ФКМ. С целью лечения посткастрационного синдрома пациентки получали лайфемин (комплекс фитомолекул в сочетании с биодоступной формой кальция).

Лайфемин, как комплекс фитомолекул, направлен на купирование симптомов менопаузы, обладает эстрогеноподобным действием, но лишен гиперпластических эффектов, присущих синтетической гормональной терапии. Для заместительной терапии в послеоперационном периоде пациентки получали лайфемин по 1 капсуле 1 раз в день непрерывно в течение 3-5 месяцев.

Для лечения ФКМ пациентки получали Тазалок, с учетом нормализующего действия препарата на эстрогенные рецепторы органов-мишеней, нормализующее действие на функцию гонадотропных гормонов по типу обратной связи. Для лечения ФКМ: тазалок в дозировке по 30 капель 3 раза в день, также в непрерывном режиме 3 месяца. Всем пациенткам проводилось сонографическое исследование молочных желез до проведения оперативного лечения, через 30-45 дней после операции, а также спустя 3 месяца.

Группой сравнения послужили 25 пациенток с ХМ и ФКМ, не получавших препаратов ЗГТ, которым были назначены различные комплексы синдромологической терапии: кардиотропные, гипотензивные, седативные препараты, комплексы витаминов и микроэлементов. Среди пациенток основной группы возрастной период 39-45 лет 28 женщин (41%), и 46-57 лет 40 женщин – (59%). Контрольная группа соответственно 9 (36%), и 16 (64%).

Оперативные вмешательства проводились по поводу сочетания множественной миомы матки и кисты яичника у 62 (67%) из всех групп наблюдения, эндометриоидных цистаденом 13 (13,9%), в том числе двусторонних 5 (5,3%), текомы яичника 3 (3,2%), пограничных кист яичников 3 (3,2%), серозной цистаденомы в сочетании с кистозной дегенерацией второго яичника 6 (6,4%).

Накануне оперативного вмешательства наряду с традиционным объемом обследования проводилось гормональное исследование: пролактин, ФСГ, ЛГ, ТТГ, фракции тиреоидных гормонов. Определялся уровень холестерина и фракций липопротеинов (ЛП). Следует отметить, что исходно определялись явления гипотиреоза у 42 (56%) женщин, диагноз аутоиммунного тиреоидита имели 47 (62%). Уровень пролактина, близкий к верхней границе нормы имели 36 (48%) пациенток. ФСГ и ЛГ также в предоперационный период были близкими к верхней границе нормы в большинстве наблюдений.

Уровень холестерина и ЛП не имел существенных отличий с таковыми в условных возрастных нормах. Проводилось также исследование онкомаркеров СА-125, 15.3: критического повышения уровней онкомаркеров у пациенток исследуемых групп выявлено не было. В послеоперационном периоде после приема препарата лайфемин нами оценивались как клинические проявления ХМ, так и дополнительные исследования биохимического спектра, гормональные исследования. Сонографически оценивались морфологические особенности молочных желез, степень визуализации признаков ФКМ: величина кист, интенсивность фиброзных компонентов, состояние млечных протоков.

Клинические проявления хирургической менопаузы у женщин основной и контрольной групп существенно не отличались, и составили: вазомоторные симптомы 60 (88%) и 22 (88%); эмоционально-психические 32 (47%) и 13 (52%); урогенитальные 14 (20,5%) и 5 (21,5%); кардиологические (кардиалгия, гипертензия, нестабильность артериального давления) 27 (39,7%) и 9 (36,0%). Морфологические признаки ФКМ также были аналогичными по структурным составляющим у пациенток обеих групп.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате применения препарата лайфемин в сочетании с препаратом тазалок гормональные исследования показали относительно низкие показатели ЛГ и ФСГ у женщин контрольной группы (выше условной нормы в 3,5 раза), в контрольной группе соответствовали превышению нормы в 9,2 раза. Липидный спектр в контрольной группе незначительно превышал показатели основной. Уровень тиреотропных гормонов принципиально не изменился. Увеличились показатели свертывающей системы крови у женщин группы сравнения, принимавших синдромологическую терапию. Минеральная плотность костей (по данным денситометрии) у пациенток основной группы превышала контрольную в 1,2 раза.

Урогенитальные расстройства; основная группа после курса терапии 6 (8,8%), группа сравнения 5 (21,5%).

Кроме того, следует отметить нормализацию метаболических показателей, а также стабилизацию веса пациенток основной группы по сравнению с контрольной после овари- и гистерэктомии, что свидетельствует о профилактике развития метаболического синдрома у женщин, принимавших лайфемин. В результате одновременного приема тазалока получены визуальные результаты положительной динамики органических изменений молочных желез – частичная редукция кист 29 (42,6%), уменьшение эхоплотности фиброзных элементов 44 (64,7%), уменьшение диаметра 53 (77,9%), либо отсутствие визуализации 5 (7,3%) млечных протоков.

Таким образом, можно констатировать хороший клинический эффект лайфемина как препарата патогенетической терапии в случаях ХМ, для профилактики ранних и отдаленных осложнений кастрационного синдрома. Участие тканеселективных фитомолекул препарата оказывает положительное влияние на метаболизм тканей, циркуляторную и ней-

роэндокринную составляющие менопаузальных расстройств. Одновременное назначение тазалока способствует нормализации состояния молочных желез, демонстрирует положительный клинический эффект терапии ФКМ, по-видимому, за счет нормализации функции эстрогенных рецепторов в тканях.

### Выводы

1. Комплекс фитоселективных молекул с биоактивным кальцием - лайфемин - является эффективным средством в лечении всего комплекса менопаузальных расстройств, в том числе в результате ХМ.
2. Тазалок является эффективным препаратом лечения ФКМ, в том числе у женщин с хирургической менопаузой, как препарат, уменьшающий эстрогензависимые эффекты, и улучшающий морфологию молочной железы.
3. Клинически обоснованным следует считать одновременное назначение лайфемина с целью заместительной фитотерапии, а также тазалока для лечения сопутствующей патологии молочных желез.
4. Ультразвуковой мониторинг является обязательным методом контроля эффективности лечения ФКМ на фоне ХМ, а также контроля отсутствия отрицательных последствий фитоселективной эстрогеноподобной терапии.

Перспективным является исследование эффектов заместительной терапии лайфемина при длительном применении – до нескольких лет непрерывного приема. Препарат тазалок может быть использован как изолированно, так и в сочетании с лайфеминном у женщин в случаях физиологической и хирургической менопаузы, так же с изучением эффектов продолжительного приема препаратов. В комплекс терапии может быть включен препарат гепатопротекторного действия, с учетом усиления метаболического действия.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. - М.: Медпресс-информ, 2008 – С. 48-50.
2. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / Медицинские аспекты здоровья женщины. - №2(29), 2010. - С. 27-38.
3. Поворознюк В.В. Остеопороз: фактори ризику, класифікація, лікування / Нова медицина. - №5, 2002. - С. 38-41.
4. Роженко А.В. Новий підхід до корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою / Педіатрія, акушерство та гінекологія №4, 2010.

## СПЕКТР НАБУТИХ І ГЕНЕТИЧНИХ ФОРМ ТРОМБОФІЛІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.

ДИНДАР О.А., БЕНЮК В.О., НИКОНЮК Т.Р., КУРОЧКА В.В., СЕМЕНЮК А.О.

м. Київ

За даними літератури, у хворих на метаболічний синдром (МС) трапляються порушення в системі гемостазу та фібринолізу. Встановлено, що при МС зростає концентрація і активність прокоагулянтів: фібриногену, фактора Віллебранда, тромбіну, фактора VII, підвищується концентрація і активність PAI-1. Наявність ендотеліальної дисфункції, оксидативного стресу, прозапального статусу у таких хворих призводить до активації системи гемостазу та посилення протромботичних тенденцій [1, 5, 6].