

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА**

ЯЦИНА ОКСАНА ІВАНІВНА

УДК: 612.015.036:612.015.036:"367":612.31-08:618.2

**РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ В ПРОГРАМІ ВІДНОВЛЕННЯ
РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПІСЛЯ
КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ**

14.01.01-акушерство та гінекологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця - 2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова МОЗ України

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК: Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор **Жук Світлана Іванівна**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології №1.

ОФІЦІЙНІ ОПОНЕНТИ:

- доктор медичних наук, професор **Міщенко Валентина Павлівна**, Одеський державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології №1.
- доктор медичних наук, професор **Корнацька Алла Григорівна**, ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології АМН України», завідувач відділу реабілітації репродуктивної функції жінок;

Захист відбудеться „17” листопада 2009 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий „_____” _____ 2009 року.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
д. мед. н., професор**

С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Позаматкова вагітність у наш час є однією з серйозних проблем акушерсько-гінекологічної практики, оскільки це важлива складова репродуктивних втрат, що характеризують демографічні показники країни.

Однак не менш важливою є небезпечність ектопічної вагітності для здоров'я та життя жінок (Маркін Л. Б., 2001; Najenius P.J., 2002, Міщенко В. П., 2007; Петрова Е. В., 2008;).

Серед причин материнської смертності в нашій країні позаматкова вагітність посідає четверте місце, й указаний показник зберігається з року в рік. Досить несприятливими є віддалені наслідки цієї патології.

Окрім вторинного непліддя, суттєвим для подальшої репродуктивної функції жінки є спайковий процес малого таза й висока ймовірність повторної позаматкової вагітності, що становить 30% та спричинена механічними й гормональними причинами (Камінський В. В., 2003; Корнацька А.Г., 2006).

У структурі ектопічної вагітності переважає трубна вагітність, що становить 96,5 - 98,5% (Его А., 2001, Айламазян Э.К., 2003, Серова О.Ф., 2006, Волосовский П. В., 2007;). Останнім часом, указану патологію частіше констатують у першовагітних жінок.

Беручи до уваги зростання кількості ектопічної вагітності в усьому світі, можна стверджувати, що проблема її ефективної терапії та профілактики залишається актуальною і сьогодні. Дані наукових джерел свідчать про різні підходи до лікування трубної вагітності (Голота В. Я., 2002; Grobman W.A., 2004; Співак А. В., 2004; Corra J., 2006). Завдяки сучасним високоінформативним діагностичним методам є можливість ранньої діагностики позаматкової вагітності, що дозволяє ширше застосовувати малоінвазивні хірургічні та консервативні методи лікування, що сприяють збереженню подальшої репродуктивної функції жінки. Порівнюючи два напрямки в лікуванні трубної вагітності (оперативний та консервативний), важливо зазначити, що консервативна терапія за дотримання критеріїв відбору дозволяє знизити частоту оперативних втручань і їх ускладнень, зберегти репродуктивне здоров'я жінки фертильного віку.

Згідно з даними експертів ВООЗ відновне лікування є одним із етапів медичної реабілітації і виконує функцію ліквідації патологічного процесу, профілактики дефекту, ускладнень, а також попередження подальшого прогресування захворювання. Щодо реабілітації хворих із позаматковою вагітністю на першому етапі, то вона має починатись якомога раніше (Чернецька О. С., 2000; Сольский С.Я., 2001; Brodowska A., 2005), повинна

мати індивідуальний характер і враховувати вік хворої та подальші репродуктивні плани.

Метод консервативного лікування трубної вагітності метотрексатом у світовій практиці є досить тривалим, однак питання стану репродуктивної функції у жінок, що були проліковані у такий спосіб, залишається в наш час дискусійним і маловивченим. Загальноприйняті схеми реабілітаційної терапії включають у себе загальнозміцнювальні, протизапальні, розсмоктуючі засоби, які дуже часто не дають бажаного ефекту. Тому проблема відновлення репродуктивної функції жінки обумовлює актуальність пошуку альтернативних і високоефективних способів терапії. У зв'язку з цим у гінекологічній практиці виникла необхідність розробки реабілітаційної програми, яка була б патогенетично обґрунтованою, мала індивідуальний характер і ефективно відновлювала репродуктивну функцію жінки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом наукової теми кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Клініко-математичні методи прогнозування, профілактики, лікування деяких видів акушерської та гінекологічної патології внаслідок дії факторів зовнішнього середовища і виробництва», № державної реєстрації 0196U004917.

Мета дослідження - відновити репродуктивну функцію у жінок після консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності шляхом застосування патогенетично спрямованої програми реабілітаційних заходів.

Завдання наукового дослідження:

1. Вивчити фактори ризику прогресуючої трубної вагітності за даними ретроспективного дослідження.
2. Вивчити сучасні клініко-діагностичні критерії прогресуючої трубної вагітності в рамках проспективного дослідження.
3. Оцінити якість життя жінок із прогресуючою позаматковою вагітністю, пролікованих консервативним та хірургічним методами.
4. Розробити комплекс реабілітаційних заходів у жінок після консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з урахуванням основних патогенетичних чинників.
5. Оцінити ефективність розроблених реабілітаційних заходів у програмі відновлення репродуктивної функції жінок за даними рівня гормонального профілю, рівня фолієвої кислоти, апаратних методів дослідження.

Об'єкт дослідження - реабілітаційні заходи та відновлення репродуктивної функції у жінок після консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності.

Предмет дослідження – відновлення репродуктивної функції у жінок, пролікованих консервативно з приводу прогресуючої трубної вагітності.

Методи дослідження: анкетно-анамнестичний, клінічний, апаратні, імуноферментного аналізу, метод математичного статистичного аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше комплексно вивчено та проаналізовано результати консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності (метотрексатом) у порівнянні з хірургічним методом і з'ясовано, що натеper суттєво змінились фактори ризику ектопічної вагітності – пізні та ранні менархе, функціональна непрохідність труб, порушення оваріо-менструального циклу, перенесені оперативні втручання.

Уперше вивчено та оцінено якість життя жінок після альтернативних методів лікування та встановлено, що рівень реактивної тривожності у пацієток після консервативного лікування є значно нижчим у порівнянні з жінками, що були прооперовані. Такі ж результати було отримано під час вивчення фізичного компонента здоров'я.

Уперше з урахуванням патогенетичних аспектів трубної вагітності розроблено та впроваджено в практичну гінекологію комплекс реабілітаційних заходів, які дозволили в більшості випадків відновити репродуктивну функцію жінок. Ефективність реабілітаційних заходів оцінено даними фолікулогенезу, вмістом стероїдних гормонів у крові, прохідністю труб, відсутністю патогенного інфекційного агента, що також є науковою новизною.

Практичне значення одержаних результатів. Патогенетично обґрунтована тривала та поетапна реабілітація з використанням сучасних лікарських засобів - антигомотоксична терапія, яка базується на загально визнаного фармакологічного принципу – закону Арндта – Шульця. Компоненти антигомотоксичних препаратів відносяться здебільшого до слабких і середніх подразників і, відповідно, стимулюють і підтримують процеси життєдіяльності в клітинах, тканинах органів та в організмі в цілому. Реабілітаційні заходи призначались за індивідуальною програмою, що забезпечило поступове відновлення функції репродуктивних органів жінок.

Розроблені принципи індивідуалізованого підходу до реабілітації репродуктивної функції жінок після консервативного лікування трубної вагітності дозволили значно покращити вказану функцію у більшості випадків: відновити овуляторні цикли, досягти прохідності труб, позбавитись патогенного інфекційного агента.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи гінекологічних відділень обласної лікарні ім. М. І. Пирогова, пологового будинку № 1, центру матері та дитини (м. Вінниця), гінекологічного відділення пологового будинку № 2 (м. Київ).

Теоретичні положення та практичні рекомендації, що були одержані в процесі роботи, використовуються в навчальному процесі на кафедрах акушерства та гінекології № 1 та № 2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; кафедрі акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Особистий внесок здобувача. Автором проведено патентно-інформаційний пошук, аналіз наукової літератури за темою роботи, обґрунтована необхідність даного дослідження. Разом із науковим керівником сформульована мета роботи й необхідні для її досягнення завдання. Автор самостійно формував клінічні групи, обстежував хворих, проводив необхідні лікувальні та профілактичні заходи. На основі отриманих даних створено і застосовано програму реабілітаційних заходів із відновлення репродуктивної функції у жінок після консервативного лікування трубної вагітності. Особисто здобувачем виконано обробку фактичного матеріалу, самостійно написані всі розділи дисертації, сформульовано основні наукові положення, висновки та практичні рекомендації. У публікаціях результатів дослідження в наукових виданнях за участю співавторів дисертанту належить провідна частина внеску.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційного дослідження оприлюднені на: VIII Університетській науково-практичній конференції молодих учених (м. Вінниця, 2004), науково-практичних конференціях молодих учених Вінницького національного медичного університету (м. Вінниця, 2005, 2006), засіданнях Вінницького відділення Української асоціації акушерів-гінекологів (2006-2008), Всеукраїнській науково-практичній конференції "Актуальні питання сучасного акушерства" (м. Тернопіль, 2008).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 5 наукових робіт, з них 4 статті у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 162 сторінках, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів, висновків та практичних рекомендацій, списку використаних джерел (60 вітчизняних та 133 зарубіжних авторів). Робота ілюстрована 22 таблицями та 18 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети робота виконувалась у два етапи. На першому етапі дослідження було вивчено фактори ризику виникнення трубної вагітності та оцінено якість життя жінок, пролікованих оперативно та консервативно. Вказаний етап склав ретроспективне дослідження, для реалізації якого було проаналізовано 151 історію хвороби жінок з прогресуючою трубною вагітністю. Залежно від методу лікування жінок було розподілено на групи: I - а група (50 жінок) була пролікована консервативно – метотрексатом, II - а (62 жінки) пролікована оперативно (відкритим доступом та лапароскопічно). У віддаленому післяопераційному періоді всім жінкам були розіслані анкети - опитувальники, за допомогою яких ми оцінювали якість життя пацієнток після застосування альтернативних методів лікування. Відповідно до завдання даного етапу нами було проаналізовано 112 анкет, отриманих від пацієнток.

На другому етапі (проспективне дослідження) комплексно обстежено, та проліковано консервативним методом (метотрексатом) 59 жінок з прогресуючою трубною вагітністю. Після застосування основного лікування (метотрексатом) пацієнтки були розподілені на 2 групи, які відрізнялись проведенням у них реабілітаційних заходів. До I групи (основної) увійшло 35 жінок, яким проводили реабілітаційні заходи за запропонованою нами схемою. До другої (групи порівняння) було включено 24 жінки, яким реабілітаційні заходи проводились за традиційними у звичайній практиці лікарів акушер - гінекологів схемами. Первинною документацією у зазначених жінок була також спеціально розроблена анкета, що містила дані про анамнез, перенесені захворювання, екстрагенітальну патологію, репродуктивну функцію жінок, реабілітаційні заходи, які проводились після консервативного лікування, дані лабораторних та інструментальних досліджень (загальні аналізи крові та сечі, рівень гормонів – естрадіолу, прогестерону та ХГЛ, рівень фолієвої кислоти, вимірювання базальної температури, УЗД в динаміці та дані відеосальпінгографії).

При проведенні психодіагностичного дослідження ми ґрунтувались на комплексному підході, який забезпечується одночасним використанням експериментально-психологічного методу (включенням до психодіагностичної методики вербальних і проєктивних тестових методик, що дає змогу всебічно оцінити психологічний стан жінки) та клінічних методів.

Для цього нами було розроблено анкету, що складалася з трьох психологічних тестів: шкали ситуаційної реактивної тривожності Спілберга-

Ханіна, опитувальника SF-36 для оцінки якості життя та питань, які враховують фізичні зміни після проведеного лікування.

Ультразвукове дослідження органів малого таза проводили за допомогою трансабдомінальних і трансагінальних датчиків (на апараті Logic 500 (General Electric). Рівень стероїдних гормонів у сироватці виконували в преовуляторний період (на 14 – 16 день циклу) імуноферментним методом за допомогою наборів реагентів фірми "Human" (Німеччина). Для оцінки вмісту фолієвої кислоти також застосовувався метод імуноферментного аналізу за допомогою наборів реагентів фірми "RD&S" (Великобританія).

Статистичний аналіз одержаних результатів проводили з використанням пакету прикладних програм "Microsoft Excel" з вирахуванням середньоарифметичної (M), середньої вірогідної похибки (m). Величину p (достовірність різниці) визначали за таблицею Стюдента-Фішера. Статистичну залежність між величинами досліджували за допомогою лінійного коефіцієнта кореляції (r) за Пірсоном (Ю.В. Вороненко, В.Ф.Москаленко, 2000) та критерію Вілкоксона, який використовували для оцінки різниці зв'язаних поєднань кількісних ознак.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова встановлено, що дане дослідження не суперечить основним біоетичним нормам (протокол № 3 від 18 лютого 2009 року).

Результати досліджень та їх обговорення

У результаті ретроспективного вивчення анамнестичних даних у 151 жінки з позаматковою вагітністю, пролікованих як консервативно, так і хірургічним методом, встановлено, що найчастіше ектопічна вагітність виникає в період максимальної фертильності, тобто в 26 - 30 років.

Основними факторами ризику виникнення прогресуючої трубної вагітності були: дисменорея (64,3%), порушення менструальної функції (57,6%), аборти (54,1%), запальні захворювання жіночої статеві сфери (51,6%), пізній та ранній початок менархе (50,2%), раніше перенесені оперативні втручання (41,0%), непліддя (32,3%), внутрішньоматкова контрацепція (2,6%).

Для вивчення якості життя жінок як одного з основних компонентів психічного здоров'я жінки нами був використаний опитувальник SF-36 (рис.1).

Відповідно до шкали - опитування дані анкети ми групували за 2 показниками «фізичний компонент здоров'я» - (фізична активність - ФА), рівень рольового функціонування (обумовлено фізичним станом - РРФ), рівень болю (РБ), загальний стан фізичного здоров'я (ЗСФЗ) та «психологічний компонент здоров'я» - психологічний компонент здоров'я (ПКЗ), соціальне функціонування (СФ), життєва активність (ЖА), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом: РФ).

Аналізуючи отримані нами результати, необхідно зазначити, що фізична активність у групі жінок, пролікованих консервативно, є значно вищою (майже на 30 %) у порівнянні з жінками, які перенесли хірургічне втручання. При цьому велике значення має застосування наркозу, який специфічно й індивідуально впливає на організм жінки, факт лапаротомії і втручання в черевну порожнину, дисфункція кишківника в післяопераційному періоді, ліжковий режим і розвиток звукового процесу в віддаленому післяопераційному періоді. Наслідком цього є зниження фізичної активності у жінок, пролікованих оперативно. Це свідчить про те, що проведення хірургічного лікування навіть через певний час має свої як психологічні, так і фізичні наслідки.

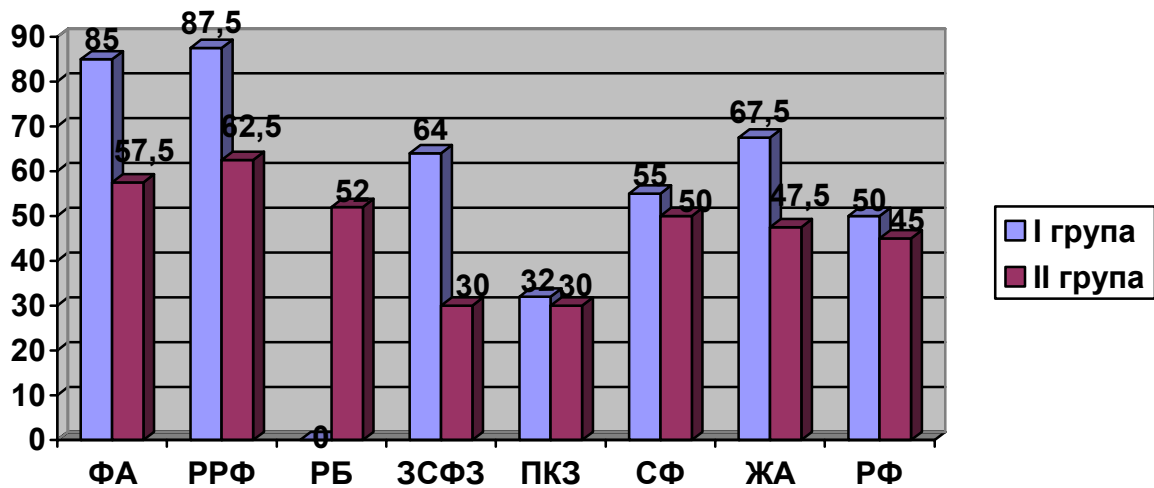


Рис. 1. Характеристика фізичного та психологічного компонентів здоров'я жінок, пролікованих різними методами.

Розглядаючи психологічний компонент здоров'я, слід зазначити, що рівень показників даного компонента значно не відрізнявся в обох групах жінок і складав 32,0 балів у I групі та 30,0 балів у II групі відповідно. Такі низькі показники свідчать про наявність депресивних станів (схильність до депресії, неврозів), тривожних переживань, про загальне психічне неблагополуччя, викликане наявністю позаматкової вагітності в анамнезі і страх за подальшу репродуктивну функцію.

Таким чином, указаний стан жінок обмежує їхню соціальну активність, знижує рівень спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного, а більшою мірою емоційного стану. Відповідно до цих показників значно погіршується і життєва активність жінок в обох групах.

Обсяг запропонованих заходів реабілітації на різних етапах призначався залежно від патогенетичних причин, які викликали позаматкову вагітність, від ступеня важкості гормональних змін, функціональних характеристик менструального циклу (тип кривої базальної температури, дані фолікулогенезу), а також вмісту стероїдних гормонів і наявності інфекційного агента.

Ефективність реабілітаційних заходів оцінювали одразу після застосування й у динаміці через 1, 6 місяців та рік.

Основними препаратами в запропонованій нами схемі лікування були антигомотоксичні препарати, так як даний напрямок є сучасним, і, не наносячи шкоди організму, допомагає підтримувати оптимальне його функціонування. Антигомотоксичні препарати мають багатофункціональну дію – протизапальну, імунокорегуючу, імуностимулюючу; активізують репараційні процеси в організмі. Крім цього, доведено їх протинабрякову, імуномодельючу, знеболювальну та антигістамінну дію, що забезпечує зниження застійних явищ в органах малого таза.

На першому етапі реабілітаційних заходів ми використовували засоби, спрямовані на розсмоктування плідного яйця в трубці, з подальшим відновленням морфології маткових труб: протизапальні антигомотоксичні препарати (траумель, лімфоміазот, гінекохель, вібуркол) та фолієву кислоту, як антагоніст метотрексату. Даний етап проводили в умовах стаціонару зразу ж після лікування позаматкової вагітності тривалістю 3 – 4 тижні. Ефективність лікування оцінювали за клінічною картиною, даними ультразвукової діагностики, рівнем хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові (табл. 1).

Таблиця 1

Результати дослідження після I етапу реабілітаційного лікування за альтернативними схемами

Клінічні та лабораторні дослідження	Результативність після I етапу реабілітаційного лікування	
	Основна група (N=35)	Група порівняння (N = 24)
Клінічно	17,1% диспептичні розлади, 14,2% скарги на нудоту 5,71% клінічні симптоми стоматиту	20,8% скарги на нудоту, 16,6% диспептичні розлади, 8,3% клінічні симптоми стоматиту
Рівень ХГЛ	Залишкові концентрації гормону (< 50 mIU/ml)	
УЗД: - наявність утворення без чітких контурів у	11,4%	20,8%

порожнинні труби; - наявність плідного яйця з живим ембріоном поза межами матки;	-	-
- акустичне потовщення ендометрію;	8,5%	12,5%
- функціональне збільшення розмірів матки	31,4%	37,5%

Другий етап реабілітаційних заходів проводили в умовах денного стаціонару (протягом 3-4 тижнів), який забезпечував продовження застосування протизапальної та розсмоктувальної терапії, та заходів, спрямованих на відновлення адекватного психічного стану жінки (коензим композитум, мукоза композитум, мулімен, лімфоміазот, фолієва кислота) (табл. 2).

Таблиця 2

Результати дослідження після II етапу реабілітаційного лікування за альтернативними схемами

Результати дослідження	Основна група (N=35)	Група порівняння (N=24)
Товщина ендометрію(см) (УЗД) 14-16 день 22-25 день (P<0,01)	8,92±0,22 12,35±0,23	6,52±0,1 9,0±0,16
Функція яєчників у преовуляторний період (за даними УЗД), абс. ч. (%):		
- овуляція з формуванням жовтого тіла	60%	54,1%
- персистенція домінантного фолікула	11,4%	16,4%
- відсутність домінантного фолікула	25,7%	21,2%
- передчасна лютеїнізація домінантного фолікула	2,8%	8,3%
Рівень стероїдних гормонів, (M±m):		
E ² (Пмоль/л)	157,44±10,8	122,32±12,3
P (Нмоль/л) (p<0,01)	3,58±0,26	3,12±0,23
Базальна температура	II – III тип	III – IV тип

Після проведення двох курсів реабілітаційних заходів пацієнткам рекомендували комплексне обстеження для виявлення можливої причини виникнення ектопічної вагітності.

При цьому оцінювали гормональний статус (вимірювали базальну температуру, рівень статевих гормонів у крові, оцінювали фолікулогенез, тощо), наявність інфекційного агента (обстеження на TORCH- інфекцію, бактеріальний посів виділень, діагностика джерел інфекції екстрагенітальної локалізації), перевіряли прохідність маткових труб (відеосальпінгографія). Отримані результати досліджень аналізували і наступний комплекс реабілітаційних заходів призначали з урахуванням визначеного чинника.

У разі діагностики потужного інфекційного агента призначали антибіотики або противірусні препарати залежно від виду інфекційного агента.

При діагностиці гормональних порушень нами призначалась корегувальна гормональна терапія (фемостон 2/10), оскільки в такому випадку не відбувається пригнічення овуляції, тобто немає негативного впливу на фертильність, а застосування натуральних гормональних препаратів забезпечує зменшення кількості можливих побічних ефектів, системного впливу на гепатоцелюлярну систему, систему згортання крові, вуглеводний та ліпідний обмін.

Паралельно з застосуванням алопатичних препаратів продовжували антигомотоксичну терапію і протягом третього курсу реабілітаційних заходів з обов'язковим урахуванням можливої причини виникнення позаматкової вагітності (коензим композитум, оваріум композитум, мулімен, нервохель, вібуркол).

Після зазначеного етапу лікування проводили повторне оцінювання ефективності реабілітаційних заходів (табл. 3).

Таблиця 3

Результати дослідження після реабілітаційного лікування за альтернативними схемами

Результати дослідження	Основна група (n =35)	Група порівняння (n =24)
Овуляція з формуванням жовтого тіла, %	68,5	50,0
Прохідність труб, %	77,1	62,5
Рівень фолієвої кислоти, мг/мл	14,3±1,1	7,2±1,2
Базальна температура	I-II тип	III-IV тип

Обидві досліджувані групи демонструють зменшення вмісту гормонів, що є свідченням порушень стероїдогенезу, недостатності гормонопродукуючої функції яєчників, але, порівнюючи динаміку змін даних гормонів, слід зазначити, що у жінок основної групи рівень стероїдних гормонів відновився у 2 рази після впровадження запропонованої нами схеми реабілітаційного лікування, тоді як в групі порівняння (лікування проводилось за стандартною схемою) гормональної корекції майже не відбулось, рівень гормонів був значно нижчим.

Ураховуючи те, що метотрексат є антагоністом фолієвої кислоти й інгібує фермент дигідрофолатредуктазу і таким чином запобігає утворенню відновлених фолатів у клітинах (у наслідок цього пригнічується синтез ДНК, РНК та протеїнів), нами було визначено рівень фолієвої кислоти у жінок, яким проводили реабілітаційне лікування за альтернативними схемами. Слід зазначити, що під час лікування було відмічено зниження рівня фолієвої кислоти в обох групах вдвічі (норма 2,6 – 17,1 мг/мл), однак у групі жінок, яким проводилась реабілітація за запропонованою нами схемою (де призначення фолієвої кислоти було з перших днів лікування) на 30 день рівень фолієвої кислоти збільшився вдвічі порівняно з групою жінок, яким реабілітаційні заходи проводились за звичайними схемами (табл. 4).

Таблиця 4

Рівень фолієвої кислоти після консервативного лікування позаматкової вагітності метотрексатом у досліджуваних групах

Рівень фолієвої кислоти (мг/мл)	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=24)
до лікування	2,5±1,1	2,7±1,3
на 1-й день лікування	1,3±1,2	1,2±1,1
на 10-11 день лікування	2,1±1,3	1,6±1,2
на 30-й день лікування	14,3±1,1	7,2±1,2

Слід зазначити, що позаматкова вагітність впливає не тільки на фізичний стан жінки, але й на психологію її поведінки, емоційну реакцію, а також змінює її місце і роль в соціальному житті. Тому критерієм оцінки надання медичної допомоги після проведення реабілітаційних заходів є оцінка якості життя, яка дозволяє диференційовано визначити вплив реабілітаційного лікування на психічний, емоційний стан хворої, її соціальний статус.

Нами було проведено клініко - психологічне дослідження жінок основної групи та групи порівняння для з'ясування особливостей їхнього психологічного

стану після проведених реабілітаційних заходів. Обстеження складалось із клінічної бесіди та психологічного тестування.

Аналізуючи дані результати, можемо зазначити, що високий рівень тривожності значно нижчий в основній групі жінок, у той час, як у групі жінок, яким проводили реабілітаційне лікування за стандартними схемами, рівень тривожності виявився вдвічі вищим (рис. 2).

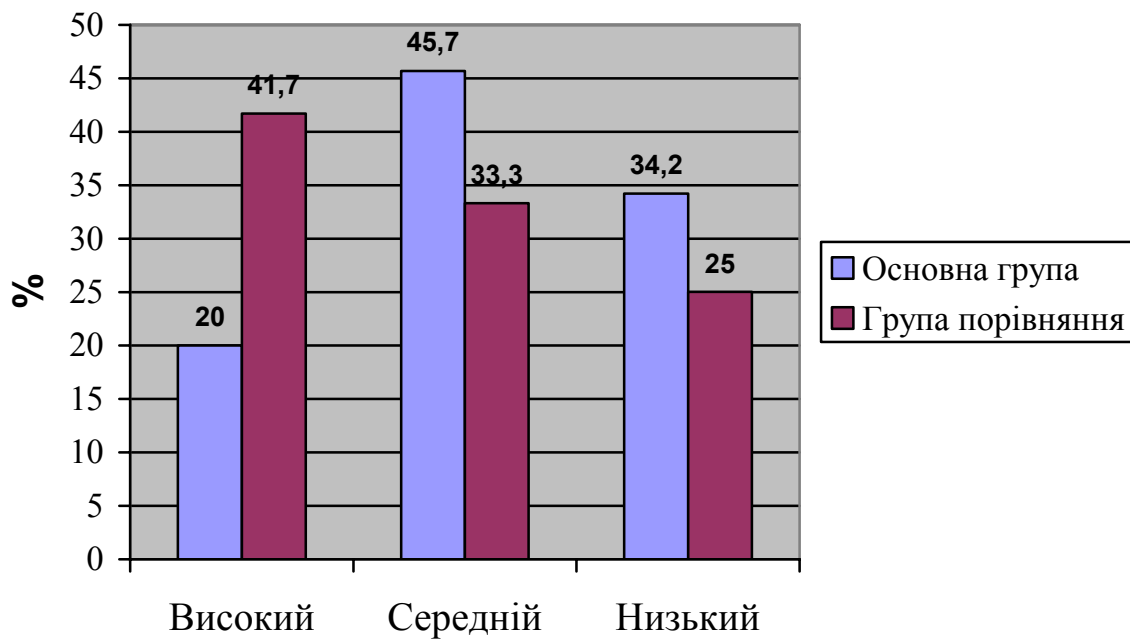


Рис. 2. Порівняльна характеристика рівнів реактивної тривожності при застосуванні альтернативних методів реабілітаційного лікування.

Таким чином, узагальнюючи результати психодіагностичного тестового обстеження (вербальне та анкетне опитування). Для оцінювання якості життя жінок, яким проводили реабілітаційну терапію за альтернативними схемами з приводу позаматкової трубною вагітності, можна констатувати певні психологічні переваги запропонованого нами реабілітаційного лікування ектопічної вагітності, що суб'єктивно сприймається жінками більш позитивно.

Запропонована нами схема реабілітації репродуктивної функції жінки після консервативного лікування позаматкової вагітності є ефективною та фізіологічною, що підтверджується результатами дослідження

Так, після застосування запропонованого нами реабілітаційного лікування у 82,8% жінок основної групи репродуктивна функція була відновлена, тоді як у групі порівняння цей показник був значно нижчим - 50,0% жінок. 51,4% жінок основної групи та 12,5% жінок групи порівняння у подальшому завагітніли й народили. У 5,7% жінок основної групи та 16,7%

групи порівняння відбувся викидень (у терміні 4-7 тиж). У 2,8% жінок основної групи й 8,3% групи порівняння мала місце повторна позаматкова вагітність. 25,7% жінок основної групи і 20,8% групи порівняння не мали бажання в подальшому завагітніти. Слід зазначити, що у 17,2% жінок основної групи та 50% жінок групи порівняння репродуктивна функція не відновилась (мали місце нерегулярні менструальні цикли зі значними гормональними порушеннями).

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення наукового завдання – створення патогенетично обґрунтованої реабілітаційної програми з відновлення репродуктивної функції після консервативного лікування трубної вагітності.

1. Основними факторами ризику виникнення ектопічної (трубної вагітності), за даними ретроспективного аналізу, є: порушення менструальної функції (57,6%), аборти (54,1%), запальні захворювання жіночої статеві сфери (51,6%), пізній та ранній початок менархе (50,2%), раніше перенесені оперативні втручання (41,0%), непліддя (32,3%).

2. Отримані дані підтверджують, що основними діагностичними критеріями прогресуючої позаматкової вагітності є: УЗД матки та додатків за допомогою вагінального датчика з визначенням розмірів утворення, плідного яйця, стану яєчників, рідини в дугласовому просторі, М-ехо; якісне й кількісне визначення ХГЛ і прогестерону.

3. Оцінка якості життя жінок за рівнем реактивної тривожності у групі жінок, які отримували консервативне лікування ектопічної вагітності, виявилась суттєво нижчою (40% - низький рівень тривожності, 36% – середній і лише 24% – високий) у порівнянні з групою, де було застосоване оперативне лікування (40,4% - середній рівень реактивної тривожності, 35,4% - високий і 24,2% - низький показник реактивної тривожності).

Показник фізичного компонента здоров'я в групі жінок, де застосовувався консервативний метод лікування, був значно нижчий (57,5 балів), ніж у групі жінок, яким застосовували оперативне лікування (85 балів), що пов'язано з застосуванням наркозу, фактом лапаротомії і втручанням у черевну порожнину, дисфункцією кишечника в післяопераційному періоді, розвитком злукового процесу в віддаленому післяопераційному періоді.

Аналізуючи психологічний компонент здоров'я, слід зазначити, що він майже однаковий в обох групах (30 та 32 бали відповідно). Це свідчить про те, що позаматкова вагітність пролікована будь яким методом, є потужним

психоемоційним чинником, який призводить в подальшому до депресивних станів, неврозів.

4. Обсяг реабілітаційних заходів на різних етапах програми призначався залежно від причини ектопічної вагітності, ступеня важкості дисгормональних змін, функціональних характеристик менструального циклу, наявності інфекційного агента та прохідністю маткових труб. Базовою терапією в запропонованій схемі лікування були антигомотоксичні препарати, які здатні активізувати репараційні процеси в організмі, а також мають багатофункціональну дію – протизапальну, імунокорегуючу, імуностимулюючу, протинабрякову, імуномодельюючу, знеболювальну.

5. Реабілітаційна програма після консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з урахуванням патогенетичного чинника дозволила налагодити регулярний менструальний цикл у 82,8% пацієнток, стабілізувати рівень стероїдних гормонів у 74,2%, досягти овуляторних циклів у 68,5 % пацієнток, відновити прохідність труби 78,2 %, сприяти фертильності - наступила вагітність у 51,4% жінок.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Жук С. І. Ретроспективний аналіз факторів ризику та інформативності діагностичних критеріїв у жінок з прогресуючою трубною вагітністю, пролікованих метотрексатом / С. І. Жук, О. І. Яцина // Вісник морфології ВНМУ ім. М.І. Пирогова. – 2008. - № 14 (2). - С. 453-456. (Дисертантом виконано аналіз літератури, ретроспективно вивчено фактори ризику виникнення данної патології, проведено статистичну обробку та узагальнення отриманих даних, оформлення публікації до друку).

2. Жук С. І. Оцінка якості життя жінок, пролікованих з приводу позаматкової вагітності альтернативними методами./ С. І. Жук, О. І. Яцина // Здоровье женщины. – 2008. - № 3 (35). - С. 132-134. (Дисертантом оцінено якість життя жінок пролікованих консервативно та оперативно з приводу позаматкової вагітності, проведено статистичну обробку та узагальнення отриманих даних, оформлення публікації до друку).

3. Яцина О. І. Роль стресу у жінок, що мали в анамнезі позаматкову вагітність / О. І. Яцина // Жіночий лікар. - 2008. - № 3. - С. 12-13.

4. Жук С. І. Відновлення репродуктивної функції в жінок після консервативного лікування позаматкової вагітності./ С. І. Жук, О. І. Яцина // Здоровье женщины. – 2009. - № 1(37). - С. 22-23. (Дисертант провів клінічні спостереження, проаналізував результати консервативного лікування,

приймав участь в створенні програми по відновленню репродуктивної функції у жінок пролікованих консервативно з приводу прогресуючої ектопічної вагітності, провів статистичну обробку та узагальнення отриманих даних, оформив публікацію до друку).

5. Яцина О. І. Реабілітація жінок після позаматкової вагітності з урахуванням якості їх життя / О. І. Яцина // Вісник ВНМУ ім. М.І. Пирогова. – 2009. - № 13 (1). – С. 56 - 58.

АНОТАЦІЯ

Яцина О.І. Реабілітаційні заходи в програмі відновлення репродуктивної функції у жінок після консервативного лікування трубної вагітності. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. – акушерство і гінекологія. - Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України. - Вінниця, 2009.

У дисертації наведені результати вивчення факторів ризику, причин виникнення позаматкової вагітності: порушення менструальної функції (57,6%), аборти (54,1%), запальні захворювання жіночої статеві сфери (51,6%), пізній та ранній початок менархе (50,2%). Встановлено зниження рівнів естрогенів, прогестерону та фолієвої кислоти до та після консервативного лікування (метотрексатом). У запропонованій програмі реабілітаційних заходів препаратами вибору були антигомотоксичні засоби, дія яких базується на зворотному ефекті.

Антигомотоксична терапія призначалась за індивідуальною програмою, що забезпечило поступове відновлення функції репродуктивних органів жінок.

Проаналізовано ефективність відновлення репродуктивної функції.

Реабілітаційна програма після консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з урахуванням патогенетичного чинника дозволила налагодити регулярний менструальний цикл у 82,8% пацієнток, стабілізувати рівень стероїдних гормонів у 74,2%, досягти овуляторних циклів у 68,5 % пацієнток, відновити прохідність труби 78,2 %, сприяти фертильності (наступила вагітність) 51,4% жінок. Аналізуючи психологічну складову здоров'я, слід зазначити, що рівень тривожності виявився значно нижчий у групі жінок, яким проводили реабілітаційне лікування за запропонованими нами схемами реабілітаційного лікування.

Ключові слова: позаматкова вагітність, метотрексат, естрогени, прогестерон, фолієва кислота, рівень тривожності, програма реабілітаційних заходів.

АННОТАЦИЯ

Яцина О.И. Реабилитационные мероприятия в программе восстановления репродуктивной функции у женщин после консервативного лечения трубной беременности. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности – 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова. – Винница, 2009.

Целью исследования, положенного в основу диссертационной работы, было создание реабилитационной программы по восстановлению репродуктивной функции у женщин после консервативного лечения (метотрексатом) прогрессирующей трубной беременности.

Анализируя данные ретроспективного исследования 151 истории болезни женщин с прогрессирующей трубной беременностью в анамнезе (леченных консервативно - метотрексатом), было установлено, что основными факторами риска возникновения данной патологии были: нарушение менструальной функции (57,6%), аборты (54,1%), воспалительные заболевания женской половой сферы (51,6%), позднее и раннее начало менархе (50,2%), раньше перенесенные оперативные вмешательства (41,0%), бесплодие (32,3%), внутриматочная контрацепция (2,6%).

Следует отметить, что лечение внематочной беременности любым методом является сильным психотравматическим фактором для женщины, который при соответствующих условиях может стать инициальным фактором в развитии невроза. Кроме этого, психологический ответ на прерывание эктопической беременности будет разный у каждой женщины. Это зависит от типа реагирования, врожденных характеристик нервной системы, от ее индивидуально-типологических особенностей.

При проведении психодиагностического исследования мы основывались на комплексном подходе, который включает использование экспериментально-психологического метода (психологических тестов: шкалы ситуационной реактивной тревожности Спилберга-Ханина, опросника SF-36 для оценки качества жизни и вопросов, которые включают физические изменения после проведенного лечения) и клинических методов.

Анализ полученных результатов дает возможность говорить о преимуществах консервативного метода лечения, который имеет меньшее психотравмирующее влияние, субъективно воспринимается более позитивно и не вызывает таких существенных изменений психологического равновесия, как хирургический. Но, несмотря на позитив консервативного лечения, женщины, пролеченные данным методом, требуют также психологической и

медикаментозной коррекции как сразу после лечения, так и в дальнейшем при проведении реабилитационных мероприятий.

Объем реабилитационной терапии на разных этапах ее проведения зависит, в первую очередь, от патогенетических причин, которые вызвали данную патологию, от степени тяжести гормональных изменений, функциональных характеристик менструального цикла (типа базальной температуры, данных фолликулогенеза), содержания стероидных гормонов, наличия инфекционного агента, возраста, паритета и репродуктивных планов.

Основными препаратами в рекомендованной нами схеме лечения были антигомотоксические препараты, действие которых базируется на обратном эффекте.

Реабилитационная программа после консервативного лечения прогрессирующей трубной беременности с учетом патогенетического фактора позволила наладить регулярный менструальный цикл у 82,8% пациенток, стабилизировать уровень стероидных гормонов у 74,2%, достичь овуляторных циклов у 68,5% пациенток, восстановить проходимость трубы у 78,2%, повысить уровень фолиевой кислоты (в 2 раза больше, чем в группе сравнения), способствовала фертильности у 51,4% женщин.

Ключевые слова: внематочная беременность, метотрексат, эстрогены, прогестерон, фолиевая кислота, оценка качества жизни, уровень тревожности, программа реабилитационных мероприятий.

SUMMARY

Yatsyna O.I. Rehabilitation analysis of action in the program of restoration of reproductive function at women after conservative treatment of ectopic pregnancy. - the Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality - 14.01.01 - obstetrics and gynecology. - Vinnitsa national medical university n. N.I.Pirogov. - Vinnitsa, 2009.

The purpose of the research put in a basis of dissertational work, was creation of the rehabilitation program on restoration of reproductive function at women after conservative treatment methotrexat progressing ectopic pregnancy.

Analyzing data of retrospective research of 151 case records of women with progressing ectopic pregnancy in the anamnesis (treated conservative with methotrexat), it has been established, that major factors of risk of occurrence of the

given pathology were: infringement menstrual functions (57,6 %), abortions (54,1 %), inflammatory diseases of female sexual sphere (51,6 %), later and the early beginning menarhe (50,2 %), earlier the operative interventions (41,0 %), barrenness (32,3 %), contraception (2,6 %).

We studied the role of stress as one of the components of the quality of lives of women after the use rehabilitative therapy from alternative schemes of the women after conservative treatment of ectopic pregnancy.

The volume of rehabilitation therapy at different stages depends first of all, on the pathogenetic reasons which have caused the given pathology, from a degree of weight of hormonal changes, functional characteristics menstrual cycle (type base temperatures, data of pholiculogenesis), maintenance of steroid hormones, presence of the infectious agent, age, parity and reproductive plans.

The basic preparations of treatment recommended by us were antihomeotoxic therapy which action is based on a boomerang effect.

The rehabilitation program after conservative treatment of progressing trumpet pregnancy in view of the pathogenetic factor has allowed to adjust regular menstrual cycle at 82,8 % of patients, to stabilize a level of steroid hormones at 74,2 %, to achieve ovulatore cycles at 68,5 % of patients, to restore passableness of a pipe at 78,2 %, to increase a level of a folic acid , promoted fertil at 51,4 % of women.

Keywords: ectopic pregnancy, methotrexat , a folic acid, an estimation of quality of a life, the program of rehabilitation actions, concervative treatment, rehabilitation therapy, reproductive function, antihomeotoxic therapy.

Перелік скорочень

ЖА	– життєва активність
ЗСФЗ	– загальний стан фізичного здоров'я
ПКЗ	- психологічний компонент здоров'я
РБ	- рівень болю
РРФ	- рівень рольового функціонування
РФ	- рольове функціонування
СФ	- соціальне функціонування
SF – 36	- опитувальник для оцінки життя
ФА	- фізична активність
ХГЛ	- хоріонічний гонадотропін людини

Підписано до друку 02.10.2009 р. Замовл. № 1032.
Формат 60х90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Тираж 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

