

ності за показниками гостроти зору, рефракції, мезопічної гостроти зору і часу мезопічної гостроти зору; центральний стереозір послаблений, негативна фузія відсутня, а взаємодія між очима в бінокулярному полі зору є порушеною в одній з позицій погляду, що свідчить про недостатність моторної фузії.

Діти з анізетропічною амбліопією, у яких наявний бінокулярний і одночасний характер зору, на кольоровому тесті мають достовірно різний ступінь порушення центральної — ($1,15 \pm 0,4$ проти 0) мм і периферичної — ($466,6 \pm 141,2$ проти 0)'' стереофункцій.

Отримані дані дозволяють здійснити індивідуальний під-

хід до призначення пацієнтам плеопто-ортоптичних процедур і виду стимуляції, спрямованої на сенсорні і/або моторні бінокулярні зорові функції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Campos E. C. Future directions in the treatment of amblyopia. // *Lancet*. — 1997. — Vol. 349. — P. 1190.
2. Von Noorden Gunter, Campos E. Binocular Vision and Ocular motility. Theory and Management of Strabismus. — Mosby, 2002. — P. 5-18.
3. Аветисов Э. С. Содружественное косоглазие. — М.: Медицина, 1977. — С. 30-38, 101-109.
4. Шамшинова А. М., Яковлева А. А., Романова Е. В. Клиническая физиология зрения. — М.: Науч. мед. фирма МБН, 2002. — 664 с.
5. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 1996-1997, section 6. —

American Academy of Ophthalmology, 1997. — LEO. — P. 252-253.

6. *Механизмы нарушения бинокулярного синтеза при амблиопии у детей* / С. А. Небера, Л. Н. Бачалдина, И. Н. Гутник, О. А. Антипова. — Иркутск, 2001. — 116 с.

7. Hubel D. H. Exploration of the primary visual cortex 1955-78 // *Nature*. — 1982. — Vol. 299. — P. 515.

8. Wiesel T. N. Postnatal development of the visual cortex and the influence of environment // *Nature*. — 1982. — Vol. 299. — P. 583.

9. Бойчук И. М., Пономарчук В. С., Храменко Н. И. Особенности центрального и периферического зрения у детей с амблиопией различного генеза // Там же. — 1994. — № 5. — С. 257-261.

10. Бойчук И. М. Центральное и периферическое бинокулярное зрение у детей с анизетропической и дисбинокулярной амблиопией // Там же. — 2001. — № 5. — С. 34-37.

УДК 618.14-002:618.5-089.888.61

Ю. П. Вдовиченко, П. М. Баскаков, О. В. Горбунова

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЕНДОМЕТРИТ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського

Вступ

Проблема гнійно-септичних ускладнень після операції кесаревого розтину є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві. Це обумовлено зростаючою частотою абдомінального розродження з одного боку, а з другого — ростом септичної інфекції, особливо в останні роки [1-5].

Одним з найменш вирішених питань даної проблеми є віддалені наслідки перенесених ускладнень, причому як генералізованих, так і локалізованих. Нечисельні наукові розробки в цьому напрямку свідчать про те, що наслідки пuerперальної септичної інфекції виявляються протягом тривалого часу, звичайно мають персистуючий характер із незначними проміжками ремісії

[1; 5]. Це обумовлено наявністю хронічного запалення, патологічними взаємовідношеннями, які встановилися в ендокринній системі, порушеннями імунологічної толерантності, обмінних процесів і невротичними розладами [3]. Наслідком подібних порушень є тривалі страждання жінок, що, в свою чергу, призводить до зниження і втрати працездатності, дезадаптації в сім'ї, значних економічних витрат.

Все вищенаведене потребує організації диспансерного спостереження за даною групою хворих з проведенням реабілітаційних заходів, спрямованих на нормалізацію здоров'я та відновлення соціальної активності. Удосконалення диспансерного спостереження й оптимальна реабілітація жінок, які перенесли ендомет-

рит після кесаревого розтину, є одним з найбільш актуальних завдань сучасного акушерства та гінекології.

Мета роботи: знизити частоту і ступінь вираженості нейроендокринних порушень у жінок, які перенесли ендометрит після кесаревого розтину, на підставі вивчення функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарної системи, гормональної функції яєчників, надниркових залоз і розробки комплексу реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи дослідження

У відповідності з метою та завданням нашого наукового дослідження було обстежено 40 жінок, які перенесли ендометрит після кесаревого розтину. Вони були розділені на дві гру-



пи по 20 жінок залежно від методики проведення реабілітаційних заходів (I група — загальноприйняті реабілітаційні заходи та II група — запропонована нами методика). Клініко-лабораторне обстеження проводилося впродовж 2 років з інтервалом кожні 6 міс. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні та функціональні методи.

Результати попередніх досліджень дозволили нам розробити комплекс реабілітаційних заходів, який включав імуностимулювальну, розсмоктувальну, протиспайкову, вітамінно- та фізіотерапію у поєднанні зі спрямованою гормональною корекцією.

З імуномодуляторів використовували препарати вилочкової залози: тималін по 10 мг або нуклеїнат натрію по 1 г впродовж 10 днів кожного місяця протягом 6–12 міс. Крім того, застосовували комплекс вітамінотерапії з включенням, крім вітамінів групи В і С, вітаміну Е, що має виражений антиоксидантний ефект. Тривалість вітамінотерапії становила від 3 до 6 міс.

З-поміж фізіотерапевтичних методів використовували магнітотерапію (апарат «Полюс-1») і лазеротерапію на ділянку органів малого таза та післяопераційний рубець на передній черевній стінці. Тривалість фізіотерапії становила від 3 до 6 міс. Щодо питання про терміни початку проведення вищезазначених лікувально-реабілітаційних заходів слід відмітити, що їх розпочинали на стаціонарному етапі і продовжували на амбулаторному.

Спрямована гормональна корекція проводилась нами тільки після припинення лактації. Час її початку залежав від вираженості клінічної симптоматики й ендокринологічних змін, але не раніше як за 2–3 міс після закінчення періоду лактації.

На попередньому етапі наших досліджень у жінок з «хворобою оперованої матки» ми спостерігали два варіанти порушень, які розвиваються. Перший — гіперестрогенія в обидві фази менструального циклу на фоні недостатності лютеїнової фази та гіперпролактинемії. Другий — недостатність лютеїнової фази та гіперпролактинемії при нормальному вмісті естрогенів. У першому випадку ми застосовували препарат примолютнор (норетистерону ацетат) — синтетичне похідне природного гормону жовтого тіла — прогестерону. Дозування по 5 мг двічі з 19-го по 26-й день циклу. В другому — клімен, який є комбінованим естроген-гестагенним препаратом (у I фазу 2 мг естрадіолу валерату, а в II — 2 мг естрадіолу валерату та 1 мг ципротерону ацетату). Він використовувався з 5-го по 21-й день циклу впродовж 3–6 міс.

Результати дослідження та їх обговорення

Виходячи з отриманих результатів, у хворих, в яких у подальшому розвивається ендометрит, відзначаються деякі специфічні клінічні особливості. Вони зводяться до того, що підвищується частота запальних процесів геніталій та екстрагенітальних захворювань, а також ускладнень вагітності і пологів. Порівняльний аналіз отриманих результатів показав, що у хворих з подальшим перитонітом рівень різних факторів інфекційного ризику на порядок вище, що має, на нашу думку, дуже суттєве значення.

Як вже зазначалося, відновне лікування хворих, які перенесли ендометрит після операції кесаревого розтину за розробленою нами методикою, розпочиналося приблизно через 3 міс після розродження. Термін гормональної корекції був пов'язаний з періодом лактації і використовував-

ся не раніше як за 2–3 міс після її припинення. Вважаємо за доцільне проводити клінічні спостереження за хворими впродовж 2 років після розродження з періодичністю кожні 6 міс. Кількість курсів відновного лікування залежала від клінічного стану хворих, але за 2 роки їх було, в середньому, 2–3 на одну жінку.

Ми виділяли такі симптоми «хвороби оперованої матки»: больовий; альгоменорея; порушення менструальної циклічності; болі при коїтусі; зміни сексуальної функції; білі, які не піддаються лікуванню; поліалергія та нейроендокринні симптоми. Як свідчать отримані нами результати, вже через 6 міс після розродження найчастіше відзначалися: больовий синдром (50,0 і 55,0 %); альгоменорея (55,0 і 50,0 %); порушення менструальної циклічності (45,0 і 40,0 %); болі при коїтусі (40,0 і 45,0 %); зниження лібідо (50,0 і 45,0 %) та порушення видільної функції (40,0 і 45,0 %). Слід зазначити, що інтенсивність перерахованих клінічних симптомів пов'язана з фазами менструального циклу і найбільша їх частота відмічена наприкінці лютеїнової фази, тобто напередодні відторгнення ендометрія. Вірогідності у показниках цих груп ми не спостерігали ($P > 0,05$), що свідчить про дотримання принципу рандомізації при їх розподіленні.

Подальші наші дослідження, проведені через рік після розродження, показали переваги використаної методики відновного лікування. Так, традиційна терапія не дозволила суттєво змінити клінічну симптоматику, тому частота її тут зросла. Найбільш виражено це було з боку больового синдрому (з 50,0 до 70,0 %) і нейроендокринних симптомів (з 15,0 до 30,0 %). На відміну від цього, розроблена нами методика сприяла незначному зниженню частоти больового синдрому (з 55,0 до 45,0 %);



альгоменореї (з 50,0 до 40,0 %); порушень циклічності (з 40,0 до 30,0 %); болю при коїтусі (з 45,0 до 35,0 %) і поліалергії (з 25,0 до 15,0 %). Через 1,5 року після розродження ми отримали майже аналогічні результати. Особливий інтерес становлять дані, одержані через 2 роки після операції. Якщо в I групі в усіх випадках констатовано суттєвий ріст клінічних симптомів — у середньому на 15–25 %, то в II — спостерігалось їх зниження з такою ж закономірністю.

Ми вважали за доцільне більш змістовно зупинитися на нейроендокринній симптоматиці у жінок із «хворобою оперованої матки», оскільки цьому питанню в нашій літературі присвячено лише поодинокі публікації. При цьому ми не поділяли їх на ранні, середні та пізні, а виділили основні: втомленість; нервозність; депресія; дратівливість; порушення пам'яті; пітливість; прибавка в масі; дизуричні розлади та порушення сну.

Через 6 міс після розродження найбільш вираженими були: прибавка в масі (40,0 і 35,0 %); втомленість (30,0 і 25,0 %); порушення сну (по 30,0 %) і депресія (по 25,0 %). Як і при попередніх даних, вірогідних різниць між групами ми не спостерігали ($P > 0,05$). Надалі, вже через 1 рік після розродження, ми відмічали в I групі збільшення частоти майже всіх нейроендокринних симптомів, особливо депресії (з 25,0 до 40,0 %) і порушення пам'яті (з 15,0 до 30,0 %). Порівняно з цим, у II групі через такий же термін можна було відмітити незначне зниження рівня патологічних нейроендокринних симптомів у середньому на 5 %. У наступному досліджуваному терміні (1,5 року) були отримані такі ж результати, як і через 1 рік. Більш виражені зміни частоти нейроендокринних симптомів відзначалися аж до заключного періоду досліджень — 2 роки. Застосування загальноприйнятої терапії не дозволило знизити рівень нейроендо-

кринної симптоматики. У всіх випадках вона тільки зростає, особливо деякі показники: втомлюваність (з 30,0 до 50,0 %); нервозність (з 20,0 до 40,0 %) і депресія (з 25,0 до 50,0 %). Розроблене нами комплексне відновне лікування знизило у середньому на 15,0 % частоту патологічної нейроендокринної симптоматики.

Вважаємо, що підтвердженням вищеописаних клінічних симптомів є дані радіоімунологічних досліджень. Отримані нами результати мали виражену залежність від фази менструального циклу. При обстеженні хворих через 0,5 року після розродження у I фазі менструального циклу спостерігалось збільшення вмісту естрадіолу в обох групах (до $(535,7 \pm 32,7)$ пмоль/л; $P < 0,05$ і до $(540,4 \pm 33,8)$ пмоль/л; $P < 0,05$); пролактину (до $(20,8 \pm 1,9)$ мкг/л; $P < 0,01$ і до $(20,9 \pm 2,0)$ мкг/л; $P < 0,01$) та кортизолу (до $(409,5 \pm 29,3)$ нмоль/л; $P < 0,05$ і до $(411,3 \pm 30,5)$ нмоль/л; $P < 0,05$) на фоні зниження ФСГ (до $(65,5 \pm 5,9)$ пмоль/л; $P < 0,05$ і до $(66,7 \pm 6,1)$ пмоль/л; $P < 0,05$). У II фазі циклу також відмічалось підвищення рівня естрадіолу (до $(1251,5 \pm 97,8)$ пмоль/л; $P < 0,05$ і до $(1265,7 \pm 102,9)$ пмоль/л; $P < 0,05$); ЛГ (до $(109,4 \pm 9,3)$ пмоль/л; $P < 0,01$ і до $(110,5 \pm 10,4)$ пмоль/л; $P < 0,01$); пролактину (до $(20,5 \pm 1,4)$ мкг/л; $P < 0,01$ і до $(21,2 \pm 1,3)$ мкг/л; $P < 0,01$); кортизолу (до $(525,3 \pm 51,4)$ нмоль/л; $P < 0,05$ і до $(527,8 \pm 51,7)$ нмоль/л; $P < 0,05$) і альдостерону (до $(623,2 \pm 61,3)$ пмоль/л; $P < 0,05$ і до $(631,8 \pm 59,3)$ пмоль/л; $P < 0,05$) на фоні зниження вмісту прогестерону (до $(19,5 \pm 1,5)$ пмоль/л; $P < 0,05$ і до $(20,1 \pm 1,6)$ пмоль/л; $P < 0,05$). При цьому ступінь вираженості цих порушень був ідентичний в обох групах.

Подальші ендокринологічні дослідження, які проводили через 1; 1,5 і 2 роки, свідчать про нормалізацію зазначених вище змін при використанні розробленого нами відновного лікування ($P > 0,05$). На відміну від цього, при традиційній те-

рапії дані зміни ставали більш вираженими, про що свідчить зменшення коефіцієнта вірогідності до 0,01 і 0,001.

Висновок

Як показали результати проведених досліджень, жінки, які перенесли ендометрит після абдомінального розродження, найчастіше відмічають больовий синдром, альгоменорею, порушення менструальної циклічності, біль при коїтусі, зниження лібідо і порушення видільної функції у поєднанні з нейроендокринною симптоматикою: це депресія, порушення сну, прибавка у масі та втомлюваність. Ендокринологічні зміни у жінок, які перенесли ендометрит після абдомінального розродження, характеризуються збільшенням вмісту естрадіолу, пролактину і кортизолу на фоні зниження ФСГ у I фазі, а в II — підвищенням рівня естрадіолу, ЛГ, пролактину, кортизолу й альдостерону при одночасному зниженні вмісту прогестерону. До комплексу відновного лікування жінок, які перенесли ендометрит після абдомінального розродження, необхідно включати, крім імунокорекції, вітаміно- і фізіотерапії, спрямовану гормональну терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Краснопольский В. И. Эндометрит после кесаревого сечения // Инфекция в акушерстве: Сб. науч. трудов. — М., 1994. — С. 87-93.
2. Левашова И. Н. Проблема кесаревого сечения в современном акушерстве // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — № 3. — С. 23-31.
3. Літвінов В. В., Яким В. С., Баскаков П. М. Віддалені результати операції кесаревого розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 5. — С. 76-78.
4. Яким В. С., Літвінов В. В., Махмуд І. Ель-Дісей. Реабілітація жінок, які перенесли ендометрит після кесаревого розтину // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал. — 1997. — № 4. — С. 63-66.
5. Яковлева Н. И., Левашова И. И. Неспецифическая профилактика гнойно-септических осложнений после кесаревого сечения и оценка ее эффективности // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — № 3. — С. 3-8.

