

ванні «Тамсулозином» відзначено не було.

Побічні явища, пов'язані з антихолінергічною дією «Оксибутиніну», були виявлені у 45,2 % хворих з 2-ї групи. На фоні комбінованого лікування «Тамсулозином» і «Оксибутиніном» спостерігалось істотне збільшення кількості залишкової сечі в СМ у 37 % хворих. В одного хворого розвинулася гостра затримка сечовипускання, яка закінчилася одноразовою катетеризацією та відміною терапії антихолінергічним препаратом. Найбільш вираженою побічною дією була сухість у роті. На підставі аналізу результатів нашого дослідження можна зробити висновок, що препарат з антихолінергічною дією «Оксибутинін» ефективно розв'язує проблему ГАСМ, але істотно збільшує кількість залишкової сечі.

У цілому частота побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням у комплексній терапії антидіабетичного бігуаніду й альфа1-адреноблокатора у

хворих із поєднаними проявами ГАСМ і ДГПЗ, була невисокою (у 18,5 % пацієнтів 3-ї групи). Ми були змушені припинити лікування на різних термінах комбінованої терапії у 4 пацієнтів через відсутність позитивної динаміки протягом двох і більше місяців лікування.

Висновки

1. Розвиток ГАСМ на фоні ДГПЗ перебуває в прямій залежності від ступеня вираженості та тривалості існування інфравезикальної обструкції. Так, у 66 % хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ більше 5 років спостерігаються симптоми ургентного сечовипускання, що підтверджує діагноз ГАСМ. У хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ менше 5 років у 35 % спостережень виявляється ГАСМ.

2. Комбінована терапія альфа1-адреноблокатором і антидіабетичним бігуанідом показала високу терапевтичну ефективність у 67,5 % хворих на ГАСМ у поєднанні з ДГПЗ. Застосування антидіабетич-

них бігуанідів при сполученні симптомів ГАСМ і ДГПЗ у комбінації з альфа1-адреноблокаторами веде до зменшення вираженості як обструктивної, так і іритативної складової дизурії, що підтверджується позитивною динамікою показників ефективності сечовипускання (зменшенням залишкової сечі, вираженим збільшенням середнього ефективного об'єму СМ і коефіцієнта ефективності сечовипускання) і вказує на оптимізацію резервуарно-евакуаторної функції СМ.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy* / S. A. Kaplan, D. L. Bowers, A. E. Te, C. A. Olsson // *J. Urol.* – 1996. – Vol. 155 (4). – P. 1305–1308.

2. *Abrams P. Introduction: Overactive bladder and its treatment* / P. Abrams, A. J. Wein // *Urology.* – 2000. – Vol. 55 (Suppl.). – P. 1–2.

3. *Возианов А. Ф. Атлас-руководство по урологии* : в 3 т. / А. Ф. Возианов, А. В. Люлько. – К. : Дніпро-VAL, 2001. – Т. 3. – С. 15–505.

УДК 618.14-002-08-055.26

К. П. Кротенко

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Одеський національний медичний університет

Вступ

Ендометріоз — актуальна соціальна та медична проблема. У структурі гінекологічної захворюваності ця недуга посідає одне з перших місць. В останні роки значно зросла кількість пацієнток з ендометріозом і порушенням репродуктивної функції [1–3]. Актуальним є вивчення патогенетичних ланок розвитку даної хвороби. У сучасних лікарів виникає багато запитань

щодо покращання діагностики та результатів лікування хворих на ендометріоз, тим паче що значно зросла частота рецидивів захворювання [4]. Більше того, нагальність проблеми спонукає лікарів до розробки нових діагностичних заходів у з'ясуванні причин даної хвороби. Ендометріоз належить до естрогензалежних гінекологічних захворювань, хоча наводяться дані щодо ролі пара- й автокринних механізмів його розвит-

ку [5]. Перспективною є оцінка функціонального стану рецепторного апарату ендометрія на етапі застосування малоінвазивних лікувально-діагностичних втручань і при виборі патогенетично обґрунтованого лікування [6].

Метою дослідження була оцінка ефективності лікування ендометріозу з використанням прогестагенів і агоністів гонадотропін-релізинг гормонів залежно від результатів імуногістохімічного дослідження ре-



цепторів прогестерону й естрогену.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2009–2011 рр. на базі клінічних підрозділів кафедри акушерства та гінекології № 1 ОНМедУ (відділення гінекології МКЛ № 9, НДІ нових медичних технологій та проблемних захворювань) обстежено 100 неплодних жінок з підозрою на зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ), розподілених на дві групи залежно від особливостей перебігу захворювання. У першу групу увійшли 72 жінки з I–II стадією (за R-AFS, 1985) ендометріозу. У другу — 28 пацієнок із поширеним патологічним процесом (III–IV стадія ЗГЕ). Кожна з груп була розподілена на підгрупи залежно від функціонального стану рецепторного апарату, а саме на підгрупи IA та IIA (зі слабо вираженою або негативною експресією рецепторів естрогену та позитивною експресією рецепторів прогестерону) й IB та IIB (із слабо вираженою або негативною експресією рецепторів естрогену та негативною експресією рецепторів прогестерону).

Усі хворі були обстежені відповідно до чинних клінічних протоколів (накази МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582 і від 31.12.2004 р. № 676) [7; 8].

Після проведення оперативного втручання пацієнткам підгруп IB та IIB була призначена терапія агоністами гонадотропін-релізинг гормонів (госерелін) дозою 3,6 мг підшкірно кожні 28 днів протягом 6 міс. Натомість пацієнтки IA та IIA одержували дієногест дозою 2 мг на добу протягом того ж терміну лікування. Як клінічні результати аналізували динаміку симптоматики та ступінь відновлення репродуктивної функції. Тривалість спостереження становила 12 міс. Моніторинг стану пацієнок проводився при контрольних повторних візитах на основі скарг

пацієнок, даних бімануально-го дослідження та за результатами УЗД.

Як основні критерії діагностики ЗГЕ використовували дані, одержані безпосередньо при лапароскопії. Лапароскопічне втручання проводили за стандартним клінічним протоколом з використанням відеоендоскопічного обладнання "Karl Storz" (Німеччина).

Під час лапароскопічного втручання був відібраний матеріал для імуногістохімічного дослідження. Проводили дослідження експресії ER і RP з використанням реактивів фірми DAKO (США). Був використаний непрямий імунопероксидазний метод із застосуванням специфічних моноклональних антитіл FLEX ID5, FLEX PGR 636 і PPG 5/10 (DAKO, США).

Якість життя пацієнтів оцінювали на початку лікування та через півроку після завершення лікування за допомогою опитувальника MOS 36-item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) [9].

Статистична обробка проводилася з використанням непараметричного критерію χ^2 за допомогою програмного забезпечення Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США) [10].

Результати дослідження та їх обговорення

Після проведення комплексного обстеження й оперативного втручання було виявлено 31 (25,8 %) пацієнтку, у якої ЗГЕ проявлявся тільки ендометріюїдними кістами яєчників. У решті пацієнок були також виявлені інші прояви ЗГЕ. Ретроцервікальний ендометріоз визначався у 25 (20,8 %) випадках окремо та в поєднанні з ендометріюїдними кістами яєчників. Перитонеальний ендометріоз із різною локалізацією спостерігався у 62 (51,7 %) пацієнок.

При аналізі результатів дослідження експресії рецепторів естрогену та прогестерону встановлено значне її зменшення у більшості обстежених

пацієнок. При цьому загальна кількість прогестерон-негативних зразків ендометрія становила 60 випадків, причому у першій групі (підгрупа IB) визначено 42 (58,3 %) випадки, а у другій групі (підгрупа IIB) — 18 (64,3 %). Таким чином, частота прогестерон-негативних форм ЗГЕ не залежала від ступеня поширеності процесу ($r=0,08$; $p>0,05$). Знижена експресія ER була визначена в усіх обстежених пацієнок.

Оцінюючи результати лікування у різних клінічних підгрупах, встановили, що при диференційованому застосуванні гестагенів у 96,7 % пацієнок відбувається регрес симптоматики, покращуються показники якості життя, нормалізується психосоматичний стан, причому значення за шкалою рольово-емоційного функціонування у групах IA та IIA були дещо нижчими, ніж у групах IB та IIB, у яких пацієнтки одержували госерелін. Загальною тенденцією були більш низькі показники за всіма шкалами у хворих із розповсюдженим ендометріозом (III–IV стадія за R-AFS). Випадків рецидивування захворювання не було.

Висновки

Застосування імуногістохімічного дослідження рецепторного стану ендометріюїдних гетеротопій при виборі диференційованої схеми гормонального лікування ендометріозу є доцільним. Наші дослідження свідчать, що такий підхід дозволяє значно підвищити ефективність лікування, тому що при диференційованому застосуванні гестагенів у 96,7 % пацієнок відбувається регрес симптоматики, покращуються показники якості життя, нормалізується психосоматичний стан.

ЛІТЕРАТУРА

1. Mitchell L. A. Endometriosis: Symptoms, Diagnosis & Treatments / L. A. Mitchell. — N. Y. : Nova Science Publishers Inc., 2010. — 272 p.



2. Langmár Z. Endometriosis / Z. Langmár, P. Sziller // Orv Hetil. – 2011. – Vol. 152 (25). – P. 1013–1018.

3. Cohen M. R. Laparoscopy and the management of endometriosis / M. R. Cohen // J. Reprod Med. – 1979. – Vol. 23 (2). – P. 81–84.

4. Kúpker W. Paracrine changes in the peritoneal environment of women with endometriosis / W. Kúpker, A. Schultze-Mosgau, K. Diedrich // Hum. Reprod. Update. – 1998. – Vol. 4 (5). – P. 719–723.

5. The effect of hormones on endometriosis development / C. Parente Barbosa, A. Bentes De Souza, B. Bian-

co, D. Christofolini // Minerva Gynecol. – 2011. – Vol. 63 (4). – P. 375–386.

6. Мовтаева Х. Р. Клинико-морфологическая и иммуногистохимическая характеристика эндометриоза : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.15 / Х. Р. Мовтаева. – М., 2010. – 126 с.

7. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6201>

8. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінеколо-

гічної допомоги : Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. : [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=15187>

9. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups / C. A. McHorney, J. E. Ware, J. F. Lu, C. D. Sherbourne // Med. Care. – 1994. – Vol. 32 (1). – P. 40–66.

10. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.

УДК 616.12-008.331.1-074-085.225.2

А. Є. Поляков, А. В. Степанова

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНАЛАПРИЛУ В ПАЦІЄНТІВ З ПОМІРНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА РІЗНИМИ ЗНАЧЕННЯМИ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА

Одеський національний медичний університет

Дослідження останніх років підтверджують важливе прогностичне значення біомаркерів запального процесу в оцінці кардіоваскулярного ризику у хворих на атеросклероз, метаболічний синдром, цукровий діабет, ішемічну хворобу серця [1; 2]. За даними дослідників [3–6], існує прямий кореляційний зв'язок між вмістом у «субклінічному» інтервалі С-реактивного білка (СРБ) (0–10 мг/л) і рівнем артеріального тиску (АТ) у пацієнтів з помірними формами есенціальної артеріальної гіпертензії (АГ). Експериментальними дослідженнями *in vivo* [7] показано, що СРБ блокує продукцію оксиду азоту (NO) клітинами ендотелію. У той же час відоме важливе значення ролі NO-залежного підвищення гідродинамічного тиску в нирках у формуванні АГ [8]. Крім того, встановлена роль ангіотензину II в індукції генерації СРБ клітинами гладеньких м'язів стінки артерій з участю рецепторів ангіотензину II [9; 10].

Таким чином, СРБ є не лише маркером, але й учасником патологічних процесів у хворих на АГ, а його рівень, імовірно, може визначати перебіг захворювання та чутливість до антигіпертензивної дії інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту.

Мета дослідження — оптимізація антигіпертензивної терапії еналаприлом на основі вихідного рівня СРБ у хворих з помірними формами АГ.

Матеріали та методи дослідження

У відкрите контрольоване дослідження включили 52 пацієнти, у тому числі 24 чоловіки і 28 жінок віком 42–68 ($54,30 \pm 3,17$) років (основна група). Згідно з критеріями Європейського (2007) та Українського (2008) наукових товариств кардіологів, АГ I ступеня виявлено у 18, II ступеня — у 34 випадках.

Результати клінічних досліджень пацієнтів, які ввійшли в дослідження, наведені в табл. 1. Курців серед дослі-

джуваних було 8 (15,3 %), а осіб, що страждали на цукровий діабет, — 2 (3,8 %).

Критерії включення в дослідження: наявність АГ (помірні форми), відсутність до моменту дослідження медикаментозної терапії, згода на участь у дослідженні. Критерії виключення з дослідження: реконструктивні операції на артеріях, травми, оперативне втручання, декомпенсований цукровий діабет, клапанні вади серця, захворювання печінки з елевацією трансаміназ більше ніж утричі, хронічна ниркова недостатність, хронічне обструктивне захворювання легень, вагітність, хвороби сполучної тканини, гострі та хронічні запальні процеси, онкологічні захворювання, хронічна серцева недостатність ІБ–III ст. Контрольну групу утворили 30 практично здорових людей (12 чоловіків і 18 жінок) віком 36–55 ($47,00 \pm 4,21$) років.

Загальноклінічне обстеження пацієнтів включало ЕКГ, ЕХО-КГ, УЗД органів черевної порожнини (за показаннями),

