

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису

ГАВРИЛЮК ГАЛИНА МИРОСЛАВІВНА

УДК: 618.14+616-089.168+615.825

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ  
У ПАЦІЄНТОК ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА МАТЦІ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

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

Івано-Франківськ-2017

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в державному вищому навчальному закладі «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.

**Науковий керівник** доктор медичних наук, професор **Макарчук Оксана Михайлівна**, державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології навчально-наукового інституту післядипломної освіти

**Офіційні опоненти** член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор **Вдовиченко Юрій Петрович**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, перший проректор, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології,

Доктор медичних наук, професор **Заболотнов Віталій Олександрович**, комунальний вищий навчальний заклад «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради, завідувач кафедри «Сестринська справа»

Захист відбудеться ”\_26\_” травня 2017 року о 11:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 20.601.04 у державному вищому навчальному закладі „Івано-Франківський національний медичний університет” МОЗ України (76018, м. Івано-Франківськ, вулиця Галицька, 2).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці державного вищого навчального закладу „Івано-Франківський національний медичний університет” МОЗ України (76018, м. Івано-Франківськ, вулиця Галицька, 7).

Автореферат розіслано “24” квітня 2017 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради К 20.601.04,  
кандидат медичних наук, доцент

О. М. Островська

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність роботи.** Лейоміома матки (ЛМ) відноситься до найбільш поширених гінекологічних захворювань та займає одне із провідних місць у структурі патології репродуктивної системи. За даними літератури, дана патологія зустрічається у 15-17 % жінок старше 30 років, при цьому 75 % пацієнток піддаються оперативному лікуванню (Камінський В.В., Жук С.І. 2008; Заболотнов В.О., 2011; Вдовиченко Ю.П., 2012). У останні роки відмічається тенденція до зниження віку її первинної діагностики, коли до 40 років хірургічному лікуванню піддаються близько чверті жінок із лейоміомою, а радикальні операції - субтотальна або тотальна гістеректомія (ГЕ) - виконуються у 60-95 % і залишаються на даний час найбільш частою операцією у жінок репродуктивного віку (Татарчук Т.Ф., 2008; Пирогова В.І., 2009; Чайка К.В., 2010; Бойчук А.В., 2013).

Як відомо, оперативні втручання, що супроводжуються хірургічним впливом на функцію яєчників, позбавляючи пацієнтку від одних страждань та небезпеки, реалізуються вираженими змінами гормональної саморегуляції, зсувами гомеостазу, глибокими психоемоційними розладами, не менш вагомими, ніж симптоматика лейоміоми, що призводить до зміни якості життя (ЯЖ), підвищення ризику розвитку віддалених ускладнень (ризiku серцево-судинної патології, остеопорозу тощо) (Татарчук Т.Ф., 2009; Венцовський Б.М., 2010; Заболотнов В.О., 2011). Зміни нейро-вегетативного та ендокринного гомеостазу після гістеректомії окремі автори пояснюють не тільки недостатнім розвитком колатерального кровотоку, але і видаленням однієї із ланок саморегулюючої системи – APUD – системи матки, що і обумовлює порушення діяльності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових взаємовідносин (Вдовиченко Ю.П., 2011; Жук С.І., 2016). Менопаузальна симптоматика із появою нейро-вегетативних, психоемоційних порушень, урологічних розладів, сексуальної дисфункції, а також метаболічні прояви не завжди дають можливість оцінити параметри здоров'я жінки, що об'єднуються у поняття якість життя (Жук С.І., 2008; Пирогова В.І., 2009; Квашенко В.П., 2013).

Слід відмітити, що за останній час значно розширилися уявлення про етіологію та патогенез розвитку віддалених післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих, однак жодна із більшості теорій не дає повного пояснення всіх причин їх виникнення (Заболотнов В.А., 2014; Guldberg R., 2013). Особливо широку увагу заслужила теорія дисплазії сполучної тканини (ДСТ), згідно якої вказані ускладнення є окремим проявом поліорганної недостатності сполучної тканини на рівні репродуктивної системи (Гутикова Л.В., 2011). І якщо стан нейро-ендокринного гомеостазу у сучасній літературі висвітлений у досить значимій частці робіт, то повідомлення щодо

особливостей віддалених наслідків гістеректомії, негативної динаміки сечостатевої дисфункції, прогресування неспроможності тазового дна із оцінкою якості життя пацієнток в залежності від віку жінки на момент виконання оперативного втручання та інших чинників є поодинокими та суперечливими (Вдовиченко Ю.П., 2012; Заболотнов В.О., 2014;).

Із цих позицій представляє особливий інтерес вивчення розвитку даної патології та розробка адекватних методів профілактики та лікування віддалених негативних наслідків у даного контингенту жінок, що свідчить про актуальність теми, необхідність комплексного всебічного пошуку нових підходів до дослідження даної проблеми.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалася, як фрагмент комплексної науково-дослідної роботи Івано-Франківського національного медичного університету «Клінічне і медико-соціальне обґрунтування ефективних методів збереження та відновлення репродуктивного здоров'я жінки при акушерській та гінекологічній патології» (№ державної реєстрації 0114U005593, терміни виконання 2014-2018 рр.), де дисертант є співвиконавцем.

**Мета дослідження.** Зниження частоти ускладнень та покращення параметрів якості життя у жінок репродуктивного віку, що перенесли гістеректомію без додатків, шляхом розробки та впровадження диференційованої комплексної реабілітаційної терапії у програмі післяопераційного спостереження.

Завдання дослідження:

1. Вивчити провідні фактори та оцінити причини і механізми дисфункції органів малого тазу у жінок репродуктивного віку в залежності від віку на момент проведеного оперативного втручання – гістеректомії без додатків.

2. Дослідити частоту та особливості найближчих та віддалених результатів гістеректомії без додатків та терміни їх виникнення із врахуванням маркерів недиференційованої дистрофії сполучної тканини.

3. Провести післяопераційний моніторинг характеру та ступеню психоемоційних та вегето-судинних розладів у жінок із гістеректомією без додатків у взаємозв'язку зі змінами клініко-гормонального статусу та встановити особливості розвитку постгістеректомічного синдрому в залежності від віку жінки при оперативному втручанні.

4. Провести оцінку параметрів якості життя у динаміці оздоровлення у пацієнток після оперативного втручання на матці.

5. Розробити і патогенетично обґрунтувати методику корекції виявлених порушень та оцінити клінічну ефективність лікувального комплексу та якість життя пацієнток у результаті використання запропонованої програми

*Об'єкт дослідження:* постгістеректомічний синдром (ПГС) у жінок

репродуктивного віку, пролапс тазових органів, синдром хронічного тазового болю.

*Предмет дослідження:* психо-емоційні та вегетосудинні симптоми, ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини, урогенітальні розлади, показники гормонального гомеостазу, параметри якості життя, медикаментозна корекція.

*Методи дослідження:* клінічні, інструментальні та функціональні – для попередньої верифікації діагнозу; експериментально-психологічні – для оцінки психоемоційного статусу та структури якості життя; імуноферментні та біохімічні – для оцінки показників гормонального та метаболічного гомеостазу; для опрацювання отриманих результатів дослідження – математично-статистичні методи та стандартні методи варіаційної статистики.

**Наукова новизна результатів дослідження.** У результаті проведеного дослідження розширено уявлення щодо патогенезу віддалених післяопераційних ускладнень у пацієнок репродуктивного віку, у яких було проведено гістеректомію зі збереженням яєчничкової тканини у різні вікові періоди, що дозволило обґрунтувати принципи ранньої діагностики дисфункції тазових органів, розробити критерії ризику щодо їх розвитку та обґрунтувати вибір методу хірургічного лікування. Вперше на протязі п'яти років відслідковано безпосередні та віддалені результати радикального хірургічного оздоровлення лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, проведено післяопераційний моніторинг їх розвитку, динаміки психоемоційного стану та параметрів якості життя.

Встановлено роль провідних анамнестичних факторів, зокрема наявність симптомокомплексу недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), та вперше приведено дані щодо взаємозв'язку гістеректомії та помірних і тяжких проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини, що є додатковим чинником розвитку синдрому хронічного тазового болю та неспроможності тазового дна у молодих пацієнок та обумовлює у них схильність до пролапсу тазових органів у віддаленому періоді післяопераційного спостереження, особливо у жінок із травмами родових шляхів у анамнезі.

Вперше вивчено вплив гістеректомії на функціональний стан яєчників і показники їх кровообігу із врахуванням венозного кровонаповнення малого тазу, у результаті чого встановлено, що на тлі варикозної хвороби малого тазу після видалення матки функція збережених яєчників характеризується їх функціональним виснаженням та погіршенням доплерометричних показників кровообігу гонадних судин.

Вперше проведено аналіз суб'єктивних скарг пацієнок репродуктивного віку щодо психоемоційних та вегето-судинних розладів, урогенітальної та

сексуальної дисфункції у віддалені періоди після гістеректомії, що дозволило патогенетично оптимізувати алгоритм обстеження та створити передумови для чіткої диференціальної діагностики та індивідуалізованої корекції показників якості життя.

**Теоретичне значення отриманих результатів.** Результати проведеного дослідження дозволили внести суттєвий вклад у розуміння патогенетичних механізмів розвитку хірургічно обумовленої естрогенної недостатності у жінок репродуктивного віку у взаємозв'язку із віком жінки при оперативному оздоровленні та розширити уявлення про генез виникнення та розвиток віддалених післяопераційних ускладнень.

**Практичне значення одержаних результатів.** Встановлено прогностичні критерії дисгормональних та структурно–функціональних порушень у яєчниках та найбільш вагомні чинники розвитку віддалених післяопераційних ускладнень, таких, як пролапс тазових органів та синдром хронічного тазового болю, що дозволяють оптимізувати діагностичний алгоритм, обґрунтувати принципи ранньої діагностики дисфункції тазових органів та вибір методу хірургічного лікування.

Розроблені диференційовані програми профілактики та лікування гормональних та метаболічних розладів та апробовано індивідуалізований комплекс післяопераційних реабілітаційних заходів із використанням адапторів центральної нервової системи та препаратів із пролонгованою гормоноподібною активністю, ангіопротекторним, антиоксидантним впливом, що дозволило нівелювати вплив гістеректомії на гомеостаз та структуру параметрів якості життя пацієнок. Розроблена програма корекції психо-вегетативних і обмінно-ендокринних порушень дозволила достовірно підвищити ефективність запропонованих заходів, нормалізувати показники психоемоційного статусу, знизити ступінь тяжкості постгістеректомічного синдрому, частку післяопераційних ускладнень, зокрема синдрому хронічного тазового болю та дисфункції тазових органів, - все це дає підстави рекомендувати її до впровадження в широку клінічну практику.

**Впровадження результатів дослідження.** Одержані результати досліджень, основні моменти діагностичного та лікувального алгоритмів у пацієнок репродуктивного віку із гістеректомією без додатків, критерії їх етапності, обсягу, орієнтовної тривалості і оцінки ефективності впроваджені у лікувальну практику гінекологічних відділень та центру планування сім'ї обласного перинатального центру та міського пологового будинку м. Івано-Франківськ (затв. 2.09.2016 р.; 5.09.2016 р.), пологового будинку № 1 м. Чернівці (затв. 9.09.2015 р.), пологового будинку № 1 м. Вінниця (затв. 5.09.2016 р.). Положення, викладені у матеріалах дисертаційної роботи, використані при підготовці лекцій, семінарів і в педагогічному процесі

післядипломного навчання з акушерства та гінекології Івано-Франківського національного медичного університету (затв. 9.09.2016 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом особисто розроблена програма ретро- та проспективних досліджень, проведений патентно-інформаційний пошук, особисто обрано тему, визначено мету, завдання, методи вирішення поставлених задач, напрямок проведення наукових досліджень і формування груп, підготовлені матеріали для планування роботи, зібраний клінічний матеріал, проведені діагностичні і лікувальні заходи, у тому числі особисто виконано 75 % оперативних втручань. Дисертант самостійно виконала загальний та спеціальний огляд 130 жінок, підбір матеріалу для клініко-лабораторних досліджень, провела дослідження ефективності запропонованого лікувального комплексу та оцінку показників якості життя, разом із науковим керівником провела аналіз отриманих даних, сформулювала висновки і основні положення дисертації. Автором проведена статистична обробка даних із застосуванням комп'ютерних програм і узагальненням отриманих результатів, інтерпретовані одержані наукові положення, розроблені практичні рекомендації, підготовлені для друку наукові роботи. Внесок дисертанта в отриманні наукових даних є основним.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації оприлюднені на науково-практичній конференції «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології» (Тернопіль, 2012, 2016), на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я молоді» (Чернівці, 2015), на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання репродуктивного здоров'я молоді. Ендокринологічні аспекти» (Київ, 2015), на з'їзді акушерів-гінекологів України (Київ, 2016).

**Публікації результатів дослідження.** За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт, з них 5 – у наукових фахових виданнях України, 2 – зарубіжні публікації.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 184 сторінках машинопису (144 сторінки основного тексту), складається із вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів досліджень, 5 розділів власних досліджень, обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій, бібліографічного покажчика літератури, який нараховує 280 джерел, з яких 157 кирилицею та 123 латиною. Дисертація ілюстрована 27 таблицями та 17 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації мети та завдань дослідження проведено комплексне обстеження групи пацієнток, до якої увійшли 100 жінок віком від 20 до 45 років, яким було проведено гістеректомію

без додатків у різні вікові періоди: із 20 до 35 років (42 жінки) - перша досліджувана група, та із 36 до 45 років (58 осіб) – друга досліджувана група. Критеріями включення були: репродуктивний вік жінки (18-45 років), проведена ГЕ без додатків. Критеріями виключення були: оварієктомія в анамнезі, злоякісні захворювання любої локалізації, тяжка екстрагенітальна патологія, відмова пацієнок від участі у дослідженні. У контрольну групу увійшли 30 здорових пацієнок репродуктивного віку. Комісією із біоетики ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» порушень морально-етичних норм не виявлено (від 23.06.2016 р. протокол № 91/16).

До діагностичного алгоритму включали стандартне гінекологічне обстеження, дані основних лабораторних досліджень, ультразвукове дослідження (УЗД), доплерографію, діагностику та оцінку маркерів НДСТ за формалізованою методикою Смольнова Т.Ю. та Фоміної Л.Н., оцінку стану тазового дна, діагностику уrogenітальної дисфункції із використанням стандартизованої системи POP-Q, оцінку гормональних показників та параметрів якості життя на етапі передопераційного спостереження, а також протягом 12 місяців, 3 та 5 років після операції. Гормональний дисбаланс оцінювали за рівнем у периферичній крові гормонів: фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину, кортизолу, естрадіолу, прогестерону; тестостерону, антимюлерового гормону (АМГ) та інгібіну В, які визначали імуноферментним методом за допомогою реактивів ООО ХЕМА (Росія). УЗД органів малого тазу, оцінку структури яєчників проводилося на апараті «AllokaSSD-650». Для оцінки ознак неспроможності тазового дна та дисфункції органів малого тазу використовували кашлеву пробу, пробу Вальсальви, «стоптест»-пробу із конусами Кегеля тощо, а також двохвимірне та трьохвимірне ультразвукове сканування тазового дна.

Психоемоційний статус вивчали із використанням експериментально-психологічних методів, а саме: оцінка у балах особистісної та реактивної тривожності за тестом Спільберга, адаптованим Ю. Л. Ханіним; оцінка у балах рівня депресії за тестом Бека. Оцінка параметрів ЯЖ проводилася шляхом анкетування за допомогою опитувальника MOS SF-36. Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою персонального комп'ютера та прикладної програми Microsoft Excel за допомогою пакету “STATISTICA – 6,0”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Оцінка гінекологічного соматичного та репродуктивного анамнезу дозволила встановити наступне. Своєчасне менархе (від 11 до 14 років) відмічено у 88,09 % спостереженнях у першій групі та у 82,76 % - у другій групі. У 5 жінок (11,90 %) першої групи та у 10 (17,24 %) другої групи виявлено пізнє менархе (від 15-18 років), порушення становлення ритму менструацій відмічали в 11 (26,19 %) та 18 (31,03 %) пацієнок відповідно по групах ( $p < 0,05$ ). За характером у 58,00 %

випадках менструальні виділення були значні, тривалістю більше 7 днів, у 23,00 % - помірні, у 19,00 % – ациклічні кровотечі. У дитячому та пубертатному віці у 25,00 % випадків пацієнтки перенесли дитячі інфекційні захворювання, у 32,00 % - відмічено серцево-судинну патологію, у третини – хронічну варикозну хворобу (36,00 %), захворювання сечостатевої системи (хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба) виявлені у 21,00 %, у 34,00 % - захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, холецистит, коліт, жовчекам'яна хвороба). Серед жінок, які були піддані оперативному оздоровленню з приводу ЛМ, переважали пацієнтки із високим індексом маси тіла – у 67 обстежених жінок обох груп (67,00 %) проти 6,66 % у контролі ( $p < 0,05$ ) (OR-12,17; 95% CI: 5,13-18,5). Виражені дисметаболичні порушення, у більшій мірі у жінок, де оперативне втручання проведено у віці після 36 років, асоціювалися із ураженням гепато-біліарної системи та статистично достовірним збільшенням дискінезії жовчовивідних шляхів (48,28 %), запального процесу жовчевого міхура (безкам'яний холецистит – 32,75 %, калькульозний холецистит – 13,79 %) та ураження паренхіми печінки (неалкогольна жирова хвороба печінки – у 27,58 %, ознаки гепатозу – у 22,41 %). Тоді як у пацієнток першої групи патологія гепато-біліарної системи зустрічалася дещо рідше – у 30,95 %.

Аналіз гінекологічного анамнезу у пацієнток обох груп свідчить про більш високу частоту гінекологічних захворювань, серед яких: хронічні запальні процеси придатків – у 28,00 %, доброякісні пухлинні утвори придатків – 22,00 %, генітальний ендометріоз – у 26,00 %, доброякісну патологію шийки матки – 33,00 %. Репродуктивний анамнез дозволив відмітити значиму частку безпліддя (18,00 %), частота самовільних викиднів складала 16,00 %, вагомою була частка інструментальних втручань, при цьому від 1 до 3 абортів відмічено у 41,00 %, більше 3 – у 19,00 %. Характеризуючи особливості перебігу вагітності та пологів, слід відмітити високий паритет – у третини від усіх досліджуваних випадків, високу частку пологового травматизму – 48,00 %, передчасний розрив плідних оболонок - 21,00 %, передчасні пологи – 24,0 %, що є характерним для диспластичної неповноцінності сполучної тканини.

Поглиблений аналіз маркерів НДСТ дозволив виділити високу питому вагу (68,00 %) жінок із клінічно значимим диспластичним фенотипом без достовірної відмінності по групах, а статистична оцінка представила переконливе свідчення взаємозв'язку високої частки післяопераційних ускладнень та симптомів, асоційованих зі слабкістю сполучної тканини (OR-12,17; 95% CI; 5,13-18,5,  $p < 0,001$ ). Серед найбільш вагомих маркерів слід відмітити значимий відсоток наступних: мікроаномалії серцево-судинної та сечовивідної системи – 21,00 %, порушення моторики кишківника – 23,00 %, опорно-рухового апарату (сколіоз, часті переломи і вивихи) – 16,00 %, хронічна

варикозна хвороба та геморої - 36,00 %, слабкість зв'язкового апарату у вигляді вивихів суглобів - 21,00 %, вказівки на алергічні реакції - 31,00 %, киби - 12,00 %, гастроптоз та нефроптоз – 7,00 %. Також вагомими були так звані «малі» симптоми НДСТ, які переважали у першій групі, серед них: порушення прикусу та приросла мочка вуха – 26,19 %, плоска стопа – 21,42 %, руде волосся та ластовиння – у кожної п'ятої пацієнтки, підвищена схильність до кровоточивості та утворення синців – 23,81 %, високий зріст та астенична будова тіла – 30,95 %, підвищена еластичність тканин – 16,66 %, у пацієнток обох груп у 20,00 % відмічено дефіцит маси тіла. У 68 пацієнток із діагностованим симптомокомплексом НДСТ поєднання чотирьох маркерів ДСТ зустрічалися у 37 (54,41 %) випадків, п'ять – сім маркерів - у 23 (33,82 %) спостереженнях та вісім і більше - у 8 (11,76 %), слабо виражену ступінь НДСТ мали 37 (54,41 %) обстежених обох груп, помірно виражену – 29 (42,65 %), у двох випадках були тяжкі прояви НДСТ.

Найбільш частими показами, що обумовили згоду на оперативне оздоровлення служили: неодноразові менометрорагії, що анемізували пацієнток (68,00 %), стійкий болевий синдром (54,00 %), множинна вузлова лейоміома великих розмірів (56,00 %) та порушення функції сусідніх органів (26,00 %), у третини пацієнток мало місце швидкий ріст пухлини (31,00 %), у 17,00 % випадків ГЕ була пов'язана із поєднанням різних причин. Частіше всього радикальному оперативному оздоровленню були піддані пацієнтки у віці від 36 до 45 років, в основному із реалізованою репродуктивною функцією. Серед 100 пацієнток, включених у наукове дослідження, у 24 випадках була проведена лапароскопічна ГЕ без додатків, у 64 – лапаротомна ГЕ без додатків, у 12 – черезпівхова ГЕ без додатків. Показами до черезпівхової ГЕ було поєднання основної симптоматики із пролапсом геніталій. Слід також відмітити у першій групі більшу частку втручань на додатках та високий відсоток інтраопераційного роз'єднання злук (39,00 %).

Проведений аналіз у динаміці післяопераційного періоду продемонстрував значиму частку порушень у органах репродуктивної системи, серед яких найчастіше виділяли захворювання молочної залози (МЗ): мастодінію – у 57,00 %, доброякісну дисплазію МЗ – у 30,00 %, фіброаденому – у 5,0 %. Характер цих захворювань у різних вікових групах мав деякі відмінності. Частота мастодінії була найбільшою у жінок раннього репродуктивного віку (73,81 %), а у старших вікових групах зростала частота доброякісної дисплазії МЗ (36,21 %), фіброаденоми (6,89 %) та інволютивних змін МЗ (12,07 %), відзначено тенденцію до зростання патології МЗ від 0,5 року до 1,5 років після операції в залежності від віку жінки на момент її виконання, причому термін появи та більша вираженість симптомів на шість місяців швидше відмічено у жінок другої групи.

Слід відмітити, що у 18,00 % жінок обох груп уже на доопераційному етапі діагностовано початкові ознаки неспроможності тазового дна (OR-5,17; 95% CI: 2,43-9,02). Проведене дослідження дозволило відмітити позитивний Q-tір тест у 38,00 % пацієток обох груп, за даними УЗД у 36,00 % пацієток були виявлені пошкодження глибоких м'язів тазового дна, що візуалізувалися як гіперехогенні ділянки - дефекти у загальній гіпоехогенній структурі м'язів, у 13,00 % була виявлена асиметрія в розміщенні уретри відносно прямої кишки. У віддаленому післяопераційному періоді слід вказати, що десценція тазового дна була діагностована у більшій половини пацієток (47,62 % спостережень – у першій групі та у 67,24 % – у другій групі), у 38,00 % спостережень було діагностовано сечостатеву дисфункцію, причому її зростання відзначено вже через пів року після операції (у кожної четвертої жінки).

Проведена оцінка взаємозалежності віддалених післяопераційних ускладнень (дисфункція та пролапс органів малого тазу, синдром хронічного тазового болю) та врахування наявності маркерів НДСТ дозволили вказати, що чим більш вираженою була симптоматика НДСТ, тим раніше формувалися клінічні ознаки вказаних патологічних станів, а вираженість їх прояву була більш значимою у пацієток другої групи, що служить додатковим аргументом до включення у комплекс післяопераційних профілактично-лікувальних заходів замісної гормональної терапії, протизлукових середників та препаратів, що покращують метаболізм сполучної тканини.

У якості оцінки маркерів оваріального резерву проведено визначення ФСГ, інгібіну В, АМГ і встановлено зниження основних показників даної біохімічної панелі у жінок першої групи, де ГЕ була проведена у молодому віці, мінімально низькі значення АМГ та інгібіну В також відмічені у 20 пацієток (34,48 %) із ГЕ у віці 36-45 років, хоча у віддаленому післяопераційному періоді оваріальний резерв залишався низьким у пацієток обох груп із більш достовірними відхиленнями у жінок другої групи.

Слід відмітити відсутність значимого підвищення ФСГ та ЛГ на першому тижні післяопераційного спостереження обох групах та нормалізацію рівня гонадотропних гормонів до 12 місяців спостереження у пацієток першої групи. Поряд із тим, при порівняльній оцінці вихідних даних гормонального фону у жінок репродуктивного віку із ГЕ без додатків у різних вікових групах, виявлено більш високі значення гонадотропних гормонів ФСГ та ЛГ у жінок другої групи поряд із низькими показниками рівня естрадіолу. Зростання концентрації пролактину та кортизолу (у 1,8 раза проти даних контролю,  $p < 0,05$ ) як у жінок першої, так і другої групи слід пов'язати із тривалим психоемоційним стресом та тяжким ступенем психоемоційних розладів.

Зміни рівня естрадіолу виявлено у всіх жінок другої групи та у 24 осіб (57,14 %) першої групи проти даних контролю ( $p < 0,05$ ). У динаміці 12 місяців

післяопераційного спостереження, очевидно, у результаті відновлення кровопостачання яєчників, рівень естрадіолу поступово повертається до значень, характерних для репродуктивного віку, проте все ж таки залишається нижчим від референтних показників, особливо у жінок другої групи. Через п'ять років після операції рівень ФСГ достовірно підвищується у всіх пацієток другої групи і у 14 (33,33 %) жінок першої групи ( $p < 0,05$ ), що, очевидно, є критерієм перименопаузи. У 16 (27,59 %) жінок другої групи до п'ятого року спостереження на фоні значимого підвищення рівня ФСГ вміст естрадіолу знижується до постменопаузальних значень ( $p < 0,01$ ). Високий рівень гонадотропних гормонів та низький естрадіолу у жінок обох груп у порівнянні з групою контролю очевидно пов'язаний не тільки із віковим зниженням стероїдогенної функції яєчників (у пацієток другої групи), але і з яєчникомовою недостатністю, обумовленою порушенням функції збереженої яєчникомової тканини у результаті оперативного агресивного втручання. Що стосується рівня пулу андрогенів, то слід відмітити підвищення показників до п'яти років після операції у обох групах, більші вагоме у пацієток другої групи, очевидно за рахунок компенсаторного посилення функції наднирників.

Таким чином, моніторинг гормонального профілю протягом п'яти років після ГЕ із врахуванням віку жінки, у яких виконано оперативне втручання, дозволив виявити певні особливості, а саме: достовірне підвищення рівня ФСГ (у 3,8 рази) і ЛГ (у 3,5 рази), а також зниження естрадіолу та прогестерону – у 2,0 рази проти значень контрольної групи ( $p < 0,05$ ) у жінок, у яких гістеректомія проведена у віці 36-45 років, та наближення основних параметрів гормонального статусу до референтних значень із їх стабілізацією більше як у половини жінок першої групи протягом першого року після ГЕ.

Структурно-функціональна оцінка яєчникомової тканини дозволила відмітити у хворих першої групи збільшення об'єму яєчників зразу ж після ГЕ, причому більш виражена гіпертрофія була характерна для правих додатків. До третього року спостереження відмічено тенденцію до зменшення об'єму яєчників у обох групах, на п'ятому році спостереження - у 28,00 % пацієток був діагностований синдром виснаження яєчників без достовірної відмінності по групах. Приведені у даній роботі дослідження продемонстрували, що об'єм оваріальної тканини в оперованих жінок мав тенденцію до зменшення (до  $(3,7 \pm 1,9 \text{ см}^3)$ ) проти  $(4,6 \pm 2,1 \text{ см}^3)$  при збільшенні тривалості післяопераційного спостереження та віку жінки, у якому було проведено ГЕ. Це відбувалося на фоні підвищення індексу резистентності (до  $(0,62 \pm 0,05)$  ум.од. проти даних контролю  $(0,54 \pm 0,04)$  ум.од.) та систоло-діастолічного співвідношення ( $(2,44 \pm 0,23)$  ум.од. та  $(1,98 \pm 0,21)$  ум.од. відповідно), що відображало підвищення периферичного опору гонадних судин та зменшення кровотоку у тканині яєчників. Наявність та розвиток варикозної хвороби малого тазу у

післяопераційному періоді найбільш вагомо обумовлювали ризик гемодинамічних розладів та атрофії яєчникової тканини, що супроводжувалося збільшенням частки атрофічних змін яєчника у пацієток другої групи та зростанням кистозної дегенерації і розвитком полікістозних яйників у третини пацієток першої групи.

Аналізуючи ультразвукові характеристики венозних колекторів малого тазу у жінок через 12 міс після проведеного оперативного оздоровлення, встановлено статистичне збільшення середнього діаметра вен малого тазу (зокрема середнього діаметру внутрішньої здухвинної вени та правої яєчникової вени) - у 1,5-1,7 раза. Слід також відмітити чіткий взаємозв'язок високої частки венозного кровонаповнення малого тазу (у 36,00 % випадків) вже на доопераційному етапі та вираженості синдрому хронічного тазового болю у післяопераційному періоді (OR-8,26; 95% CI; 3,12-12,25,  $p < 0,05$ ).

Отримані дані пов'язані із результатами проведених клініко-психологічних досліджень і пояснюють високу частоту різної нейроендокринної патології у даної категорії пацієток. Так, до трьох років після ГЕ у 11 жінок першої групи (26,19 %) та у 21 пацієтки другої групи (36,20 %) було діагностовані такі захворювання, як тиреоїдна патологія (автоімунний тиреоїдит) – у 12,00 %, гіпертонічна хвороба – у 18,00 % та цукровий діабет – 8,00 %.

Узагальнення оцінки основних симптомокомплексів ПГС у жінок досліджуваних груп дозволило вказати домінування високого рівня психоемоційних проявів та депресивних станів тяжкого та помірного ступеня (57,14 % спостережень) у жінок першої групи та перевагу вегето-судинних та соматичних проявів ПГС – у жінок другої групи. Порівняльний аналіз ЯЖ у жінок після ГЕ впевнено продемонстрував наявність ранньої позитивної динаміки параметрів ЯЖ до 12 місяців після операції, що вказує на безсумнівне покращення рівня фізичного комфорту жінок та супроводжується підвищенням показників фізичного та ролевого фізичного функціонування, ролевого емоційного функціонування та зниженням болевого параметру ( $p < 0,05$ ). Однак, уже, розпочинаючи із трьох років після ГЕ, та зберігаючись протягом всього періоду спостереження було відмічено значиме погіршення параметрів ЯЖ, пов'язаних із психоемоційною сферою жінки, особливо у пацієток першої групи, що супроводжувалося достовірним зниженням таких показників у структурі ЯЖ, як психологічне здоров'я та ролеве емоційне функціонування ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати є переконливим обґрунтуванням необхідності розробки програми профілактично-лікувальних мір щодо попередження та корекції проявів ПГС та віддалених післяопераційних ускладнень у даної категорії пацієток. Це дозволило запропонувати патогенетично обґрунтований

реабілітаційний комплекс та оцінити його ефективність. Методом сліпої вибірки було сформовано дві групи: групу порівняння (50 жінок із ГЕ без додатків), які отримували загальноприйняті препарати, передбачені національними стандартами, та основну групу (50 пацієнок із ГЕ без додатків), де було використано запропоновану профілактично-реабілітаційну програму.

Основними моментами запропонованої лікувально-профілактичної програми були наступні: на доопераційному етапі та у ранньому післяопераційному періоді додатково включали донатор оксиду азоту у поєднанні із поліненасиченими жирними кислотами, вітамінно-мінеральний комплекс та малі дози ацетилсаліцилової кислоти у комбінації із гідроксидом магнію. У післяопераційному періоді жінкам зі зниженим оваріальним резервом (особливо при відхиленні від референтних значень рівня андрогенів) рекомендували препарати, які поліпшують мікроциркуляцію, та антиоксиданти у комплексі із екстрактом сухої трави якірців стелючих. У жінок зі збереженим оваріальним резервом – раннє (починаючи із 5-ої доби після ГЕ) застосування фітопрепаратів із естрогеноподібною дією – сухий екстракт плодів прутняка звичайного, при виражених вазомоторних проявах – препарат трави циміцифуги. При виконанні ГЕ у віці 36-45 років рекомендовано тривале лікування фітопрепаратами – курсом 6 місяців щорічно. З метою корекції психо-емоційних та вегето-судинних розладів, профілактики розвитку та прогресування венозного наповнення малого тазу лікувальну програму доповнили нейропротекторами та венотоніками – мебікар та комплекс діосміну із гесперидином.

При проведенні призначеної терапії у першу чергу відмітили зменшення ступеню вираженості вегетосудинних та психоемоційних розладів, причому у основній групі редукція вегетосудинної симптоматики ПГС проходила швидше, ніж у пацієнок групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Констатовано зниження частоти вегетосудинних порушень у 2,4 рази проти вихідних даних та спостерігалася тенденція до збільшення питомої ваги легкого ступеня соматичних проявів у основній групі із 28,00 % до 42,00 % ( $p < 0,05$ ). До 5 років після операції у 36,00 % випадках пацієнтки основної групи не відмітили вегето-судинних симптомів проти 16,00 % - у групі порівняння. Що стосується психоемоційних розладів, їхня вираженість та частота зменшилися у 2,0 рази тільки у жінок основної групи ( $p < 0,05$ ) без позитивної динаміки у групі порівняння.

Розглядаючи зміни показників ЯЖ жінок у динаміці запропонованої терапії необхідно відмітити наступне. Зразу ж на фоні лікування було зареєстроване значне підвищення всіх шкал SF-36 у групі порівняння, проте по завершенню моніторингу рівень фізичного функціонування, ролевого функціонування, болевого параметру, загального здоров'я та основних параметрів психологічного компоненту, а саме емоційного функціонування та

психічного здоров'я наближався до показників контролю саме у пацієнток основної групи. Поряд із покращенням параметрів ЯЖ слід вказати на нормалізацію психосоматичного стану та зниження ступеню депресивних розладів (у 2,0 рази проти даних групи порівняння,  $p < 0,05$ ), що дозволяє знизити побічні ефекти гіпоестрогенії, а також утриматися від замісної гормональної терапії. Також необхідно відмітити більш виражений ефект щодо зменшення симптоматики синдрому хронічного тазового болю (зниження частки інтенсивності проявів у 1,8 рази,  $p < 0,05$ ), покращення кровопостачання яєчникової тканини, і як наслідок, її функціональної здатності.

Таким чином, запропонована реабілітаційна програма сприяє покращенню найближчих та віддалених результатів операції, супроводжується більш стійкою позитивною динамікою депресивно-тривожного фону у ранньому і пізньому післяопераційному періоді, забезпечує більший потенціал психологічних захисних механізмів та дозволяє індивідуалізувати терапевтичні стратегії при гістеректомії.

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено нове вирішення важливого наукового завдання сучасної гінекології - поліпшення параметрів якості життя жінок із гістеректомією без додатків на основі вивчення клініко-психологічних, ендокринологічних та метаболічних особливостей, оцінки функціональної характеристики яєчникової тканини та її кровообігу, розвитку віддалених післяопераційних ускладнень та дисфункції тазових органів шляхом розробки системи післяопераційного моніторингу та використання індивідуалізованих програм реабілітації.

1. Аналіз даних сучасної літератури свідчить, що доброякісні пухлини матки продовжують займати провідне місце у структурі незапальних гінекологічних захворювань репродуктивної сфери, при цьому дана патологія зустрічається у 15-17 % жінок старше 30 років, з них 75 % пацієнток піддаються оперативному лікуванню. Виражені зміни гормональної саморегуляції, зсуви гомеостазу, глибокі психоемоційні розлади, пов'язані із постгістеректомічним синдромом, є не менш вагомими, ніж сама симптоматика лейоміоми, та призводять до зміни якості життя, що вимагає розробки адекватних методів профілактики та лікування.

2. Встановлено, що основними чинниками ризику післяопераційних ускладнень є наявність маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (OR-12,17; 95% CI: 5,13-18,5), надмірна вага тіла (OR-8,29; 95% CI: 6,99-21,01), варикозна хвороба малого тазу (OR - 8,26; 95% CI: 3,12-12,25), запальні процеси органів малого тазу (OR-3,45; 95% CI: 1,22-9,76), знижений

оваріальний резерв та початкові ознаки неспроможності тазового дна (OR=5,17; 95% CI: 2,43-9,02).

3. Віддалені наслідки гістеректомії у жінок репродуктивного віку характеризуються поряд із розвитком нейроендокринної симптоматики синдромом хронічного тазового болю (36,00 %), урологічної (38,00 %) та сексуальної дисфункції (32,00 %), дисгормональною мастопатією (30,00 %), ознаками неспроможності тазового дна та пролапсу тазових органів у кожній четвертій пацієнтки. Найбільш частими причинами постгістеректомічного пролапсу є наявність ознак недиференційованої дистрофії сполучної тканини та недооцінка існуючих ознак десценції тазових органів із виконанням неадекватного хірургічного втручання без врахування існуючої патології.

4. При оцінці ризику віддалених післяопераційних ускладнень – синдрому хронічного тазового болю та неспроможності тазового дна – встановлено, що ризик їх розвитку у 12 разів підвищує наявність недиференційованої дисплазії сполучної тканини (OR=12,17; 95 % CI: 5,13-18,5), у 8 разів – хронічне венозне кровонаповнення малого тазу (OR=8,26; 95 % CI: 3,12-12,25), а ступінь проявів позитивно корелює із тривалістю післяопераційного періоду та віком жінки. Встановлено, що терміни клінічних проявів постгістеректомічного синдрому та розвиток післяопераційних ускладнень знаходяться у прямій залежності від віку жінки на момент оперативного втручання, стану оваріального резерву яєчників та хронічного венозного кровонаповнення малого тазу.

5. У жінок раннього репродуктивного віку із гістеректомією без додатків дисгормональні порушення у 33,33 % випадків розвиваються до 5 років після операції та проявляються у 57,14 % домінування психоемоційних симптомів середнього та важкого ступеню (дратівливість, пітливість, стомлюваність, плаксивість, порушення сну та депресивні стани). Клініко-анатомічна характеристика гормональних порушень супроводжується наростанням до 12 місяців порушення кровотоку у залишених яєчниках, а до трьох років збільшенням частки кистозних змін яєчників у першій групі пацієнток та атрофічних змін – у другій групі, що найбільш виражено у пацієнток зі зниженим оваріальним резервом та хронічним венозним кровонаповненням малого тазу. У половини пацієнток віком 36-45 років гормональний дисбаланс із проявами гіпоестрогенії відмічено до трьох років та у двох третин – до п'яти років спостереження із домінуванням нейро-вегетативних та соматичних проявів (74,14 %), що суттєво впливає на психологічний компонент якості життя. У жінок пізнього репродуктивного віку нейроендокринні, вегетосудинні порушення та спектр клінічних проявів психосоматичного характеру розвиваються на 6 місяців раніше, а їхня частота є вищою у 2,0 рази.

6. У динаміці віддаленого післяопераційного періоду висока частка

психоемоційних порушень, домінування вегето-судинних та соматичних проявів, симптоми сексуальної та уrogenітальної дисфункції у третини жінок першої групи та у більшій половині другої групи здійснювали свій негативний вплив та значимо знижували параметри якості життя, пов'язані із психоемоційною сферою жінки, що супроводжувалося достовірним зниженням у структурі психологічного компоненту таких параметрів як психічне здоров'я та ролевє емоційне функціонування ( $p < 0,05$ ).

7. Запропонована реабілітаційна програма із включенням венотоніків, антиоксидантів, нейроангіопретекторних та метаболічних середників у комплексі з фітопрепаратами сприяє покращенню найближчих та віддалених результатів операції, знижує частку дисфункції органів малого тазу (у 1,8 рази), нормалізує психосоматичний стан та зменшує частку тяжких депресивних розладів - у 2,0 рази, тим самим дозволяє забезпечити більший потенціал психологічних захисних механізмів, послабити побічні ефекти гіпоестрогенії, диференційовано підійти до гормональної корекції та індивідуалізувати терапевтичні стратегії при гістеректомії.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. При формуванні груп ризику щодо розвитку післяопераційних ускладнень у жінок репродуктивного віку, які готуються до радикального оперативного втручання на матці, слід враховувати наступні чинники: високий паритет вагітностей та пологів, високий індекс маси тіла, запальні процеси та хронічну варикозну хворобу малого тазу, наявність маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини, знижений оваріальний резерв, наявність ознак неспроможності тазового дна.

2. Діагностичний алгоритм на доопераційному етапі слід доповнити оцінкою наступних параметрів: рівня тривожності та депресії; маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини; біохімічної панелі оваріального резерву; ультразвуковою оцінкою венозного колектору малого тазу (діаметри здухвинних та гонадних вен); трансвагінальним трьохвимірним ультразвуковим дослідженням тазового дна; оцінкою урологічної дисфункції (за пробами Вальсальви, кашлевою пробою, Q-tip тесту).

3. Пацієнткам із помірними і тяжкими проявами недиференційованої дистрофії сполучної тканини та виявленими ознаками хронічної венозної хвороби малого тазу (варикозно розширені гілки яєчникової вени більше 5 мм в діаметрі та внутрішні здухвинні вени - більше 12 мм в діаметрі) на доопераційному етапі доцільно використовувати вітамінно-мінеральний комплекс - 1 капсула 1 раз на добу перорально під час їжі у поєднанні з поліненасиченими жирними кислотами по 1 капсулі на добу 90 днів,

донатором оксиду азоту під час їди по 1 мірній ложці (1 г препарату) 6 раз на добу 30 днів та комбінованим препаратом, що містить гідроксид магнію і ацетилсаліцилову кислоту – 1 таблетка 1 раз на добу 30 днів. Даний лікувальний комплекс рекомендовано продовжити на етапі післяопераційного спостереження один курс щорічно та доповнити його препаратом діосміну із гесперидином - 1 таблетка двічі на добу 3 місяці, лікувальною фізкультурою та індивідуальною психокорекцією.

4. У випадку наявності середнього та важкого ступеню показників особистісної та реактивної тривожності та індексу Бека запропоновану реабілітаційну програму доповнити препаратом мебікар ІС – 1 таблетка тричі на добу незалежно від прийому їжі 90 днів.

5. Жінкам зі зниженим оваріальним резервом у післяопераційному періоді включати екстракт сухої трави якірців стелючих - трибестан по 1 таблетці тричі на добу 90 днів, з переходом на підтримуючу дозу по 2 таблетки на добу 2 роки. У жінок зі збереженим оваріальним резервом – раннє застосування із 5-ої доби після операції фітоестрогенів – сухий екстракт плодів прутняка звичайного по 1 таблетці один раз на добу, запиваючи достатньою кількістю води, при вегето-судинних проявах – екстракту трави цимицифуги – 1 таблетка 1 раз на добу, причому рекомендовано тривале використання фітопрепаратів (6 місяців щорічно).

## **ПЕРЕЛІК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Макарчук О. М. Особливості ліпідного профілю та гормонального фону у жінок з постгістеректомічним синдромом / О. М. Макарчук, Г. М. Гаврилюк // Здоровье женщины. – 2013. – № 6(82). – С. 113-115. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу).*

2. Гаврилюк Г. М. Постгістеректомічні порушення та особливості оцінки якості життя / Г. М. Гаврилюк, О. М. Макарчук // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2016. – № 2(18). – С. 51-53. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу).*

3. Макарчук О. М. Особливості оцінки якості життя та пошук шляхів реабілітації у жінок, які перенесли операцію на матці / О. М. Макарчук, Г. М. Гаврилюк // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, ч.3. – Частина 1.- С.40-43. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу).*

4. Гаврилюк Г. М. Постгістеректомічні порушення, їх діагностика та профілактика / Г. М. Гаврилюк, О. М. Макарчук // Здоровье женщины. – 2016. – № 7(113). – С. 52-54. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О.М. надавала консультативну допомогу).*

5. Макарчук О. М. Оптимізація профілактичних заходів після піхвових операцій у жінок перименопаузального віку / О. М. Макарчук, О. М. Паньков, Г. М. Гаврилюк, О. Д. Ілик, О. М. Довганюк // Здоровье женщины. -2008.- №2(34). - С. 110–112. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу, співавтор Паньков О. М. надавав допомогу щодо літературного пошуку, співавтор Ілик О. Д. надавала допомогу по збору клініко-лабораторного матеріалу, співавтор Довганюк О. Д. надавала допомогу по підготовці роботи до друку ).*

6. Макарчук О. М. Оценка гормонального баланса и овариального резерва у женщин репродуктивного возраста после оперативного оздоровления по поводу миомы матки / О. М. Макарчук, Г. М. Гаврилюк, Н. В. Косыло, С. О. Кантимири //Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2016. – Т.6, № 5. – С.670-675. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу, асистент Косыло Н. В. надавала технічну допомогу іноземного перекладу матеріалу, Кантимири С. О. проводила статистичну обробку даних).*

7. Havryliuk H.M. Methods of Correcting Hormonal Imbalance and Emotional Status in Women with post-Hysterectomy Syndrome / H.M. Havryliuk, NV Kosylo // The Pharma Innovation Journal. – 2016. – № 5 (11). – P. 05-07. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення статті до друку. Співавтор д.мед.н., проф. Макарчук О. М. надавала консультативну допомогу).*

#### АНОТАЦІЯ

**Гаврилюк Галина Мирославівна. Оптимізація програми реабілітаційної терапії у пацієнток після операцій на матці.** – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, Івано-Франківськ, 2017.

Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності лікування та покращення якості життя у жінок репродуктивного віку із гістеректомією без додатків. Вперше виконано комплексне клінічне та соціальне дослідження параметрів якості життя у 100 пацієнток із врахуванням віку на момент

виконання оперативного втручання, проведена оцінка віддалених наслідків гістеректомії, дисфункції органів малого тазу та параметрів психоемоційного статусу. Встановлено провідні фактори, зокрема наявність симптомокомплексу недиференційованої дисплазії сполучної тканини та варикозної хвороби малого тазу у розвитку віддалених післяопераційних ускладнень. Запропоновано діагностичний алгоритм та впроваджено індивідуалізовані програми профілактики порушень гомеостазу із використанням метаболічної терапії у комплексі із венотоніками, антиоксидантами та фітопрепаратами, що дозволило нівелювати негативний вплив гістеректомії на гомеостаз та структуру параметрів якості життя пацієнток.

**Ключові слова:** постгістеректомічний синдром, дисплазія сполучної тканини, післяопераційні ускладнення, якість життя.

### АННОТАЦІЯ

**Гаврилюк Галина Мирославовна. Оптимизация программы реабилитационной терапии у пациенток после операций на матке.** - На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01. – акушерство и гинекология. - Государственное высшее учебное заведение «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МЗ Украины, Ивано-Франковск, 2017.

Диссертация посвящена проблеме повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни у женщин репродуктивного возраста из гистерэктомией без придатков. Впервые проведено комплексное клиническое и медико-социальное исследование у 100 пациенток репродуктивного возраста, где операция гистерэктомия без придатков проведена в возрастных группах (20-35 и 36-45 лет). Использован оптимизированный диагностический алгоритм, включающий оценку маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани, симптомов десценции тазового дна и дисфункции тазовых органов, а также состояния венозных коллекторов малого таза. Представлен послеоперационный на протяжении пяти лет мониторинг психоэмоциональных, вегетососудистых и соматических симптомов, оценка непосредственных и отдаленных результатов гистерэктомии, динамика дисфункции тазовых органов, а также показателей качества жизни.

В результате научного поиска определены наиболее значительные факторы риска развития отдаленных послеоперационных осложнений, среди которых: высокий паритет беременности и родов, ожирение, воспалительные заболевания и варикозная болезнь малого таза, наличие симптомокомплекса недифференцированной дисплазии соединительной ткани, сниженный овариальный резерв и несостоятельность тазового дна. Установлено, что наряду

из развитием нейроэндокринной симптоматики у трети пациенток диагностируют синдром хронической тазовой боли, урологическую и сексуальную дисфункцию, у каждой четвертой – дисгормональную мастопатию и несостоятельность тазового дна, а сроки появления клинических симптомов зависят от возраста женщины, когда выполнена операция, состояния овариального резерва яичниковой ткани и хронического венозного кровенаполнения малого таза. Оценка дисгормональных нарушений у женщин раннего репродуктивного возраста позволила установить развитие гипоэстрогенного состояния у 26,19 % наблюдений, что сопровождается доминированием психоэмоциональных симптомов и тяжелых депрессивных проявлений - у 56,1 %. У пациенток позднего репродуктивного возраста преобладают нейровегетативные и соматические симптомы, что существенно влияет на психологический компонент качества жизни. Клинико-анатомическая характеристика гормональных нарушений сопровождается возрастанием до года нарушений кровотока в яичниковой ткани, увеличением до трёх лет доли кистозных изменений - в первой группе и атрофических проявлений – во второй, что наиболее выражено у пациенток со сниженным овариальным резервом и хронической венозной болезнью малого таза.

Оперативное оздоровление сопровождалось повышением показателей уровня физического комфорта, но доминирование психоэмоциональных нарушений, сексуальная и урогенитальная дисфункция у трети пациенток негативно влияли на показатели качества жизни, связанные с психоэмоциональной сферой, что сопровождалось снижением таких параметров психологического компонента как ментальное психическое здоровье и ролевое эмоциональное функционирование.

Все вышеуказанное позволило предложить и внедрить диагностический алгоритм и реабилитационную программу с использованием венотоников, антиоксидантов, нейроангиопротекторов и метаболических препаратов. Использование дифференцированной программы гормональной и метаболической коррекции позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты операции, снизить частоту дисфункции тазовых органов, обеспечить достаточно высокий потенциал психологических защитных механизмов и нормализовать психоэмоциональный статус, а также индивидуализировать терапевтические стратегии после гистерэктомии.

**Ключевые слова:** постгистерэктомический синдром, дисплазия соединительной ткани, послеоперационные осложнения, урогенитальная дисфункция, качество жизни.

## ABSTRACT

**Gavrilyuk Galina Myroslavivna. Optimization program of rehabilitation therapy in patients after surgery on the uterus. - The manuscript.**

Thesis for a candidate's degree by specialty 14.01.01. - Obstetrics and gynecology. - State Higher Educational Institution "Ivano-Frankivsk National Medical University". Ministry of Health of Ukraine, Ivano-Frankivsk, 2017.

The thesis is devoted to treatment and improvement quality of life in women of reproductive age with hysterectomy without applications appendages. The first time the complex clinical, medical and social research of parameters of quality of life in 100 patients with hysterectomy without applications, depending on the age of the woman when performing surgery, evaluated characteristics of long-term effects of hysterectomy, urinary dysfunction and disorders of mental and emotional status. The role of the leading factors, including the presence of symptom undifferentiated connective tissue dysplasia and varicose veins of the pelvis. The diagnostic algorithm and implemented individualized prevention program hormonal and metabolic disorders using metabolic therapy in combination with veintone, antioxidants and phyto chemical products allowing neutralize the negative impact of hysterectomy on homeostasis and structure parameters of the quality of life of patients.

**Keywords:** posthysterektomy syndrome, connective tissue dysplasia, postoperative complications, urinary dysfunction, quality of life.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГЕ	гістеректомія
ДСТ	дисплазія сполучної тканини
ЛГ	лютеїнізуючий гормон
ЛМ	лейоміома матки
МЗ	молочні залози
НДСТ	недиференційована дисплазія сполучної тканини
УЗД	ультразвукове дослідження
ФСГ	фолікулостимулюючий гормон
ЯЖ	якість життя
OR	Odds Ratio - відношення шансів

---

Підписано до друку 21.04.2017. Замовл. № 381.  
Формат 60x84/16 . Папір друкарський. Ум. друк. арк. 0,9. Друк офсетний.  
Тираж 100 примірників.

---

СПД Приймак В. М.  
76000, м. Івано-Франківськ, вул. Тичини, 1, т. 54-18-81  
Свідоцтво про внесення до Держ. реєстру від 18.06.10 серія ВОО 495988