

15. Strohle A. Stress responsive neurohormones in depression and anxiety / A. Strohle, F. Holsboer // *Pharmacopsychiatry*. – 2003. – Vol. 36. – P. 207–214.

Резюме

Терьошина І.Ф. Вплив аміксину ІС на концентрацію «середніх молекул» у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад.

Було вивчено вплив аміксину ІС на концентрацію «середніх молекул» (СМ) у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад (РДР). Встановлено, що застосування аміксина ІС сприяє нормалізації концентрації СМ, що свідчить про ліквідацію клініко-біохімічного синдрому «метаболічної» інтоксикації. Виходячи з отриманих даних, можна вважати доцільним застосування аміксину ІС в лікувальний комплекс при лікуванні хворих на РДР.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, аміксин ІС, «середні молекули», лікування.

Резюме

Терёшина И.Ф. Влияние амиксина ІС на концентрацию «средних молекул» в сыворотке крови больных рекурентным депрессивным расстройством.

Было изучено влияние амиксина ІС на концентрацию «средних молекул» (СМ) в сыворотке крови больных рекурентным депрессивным расстройством (РДР). Установлено, что применение амиксина ІС способствует нормализации концентрации СМ, что свидетельствует о ликвидации клинко-биохимического синдрома «метаболической» интоксикации. Исходя из полученных данных, можно считать целесообразным включение амиксина ІС в терапевтический комплекс при лечении больных РДР.

Ключевые слова: рекурентное депрессивное расстройство, амиксин ІС, «средние молекулы», лечение.

Summary

Teryshina I.F. The influence of amiksin on concentration of „average molecules” at the blood of the patients with recurrent depressive disorder.

Influence of amiksin on concentration of „average molecules” (AV) at the blood of the patients with recurrent depressive disorder (RDD) was studied. It is set that amiksin using is instrumental in achievement of normalization of AV concentration that dated liquidations clinical-biochemical „metabolic” intoxication syndrome. Based of this data it is possible to deem amiksin plugging in the complex of treatment the patients with RDD.

Key words: recurrent depressive disorder, amiksin, average molecules, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С. Рачкаускас

УДК618.52: 036.82 – 085

ПРИНЦИПЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

Шамхи Имен, О.В. Грищенко, В.В. Бобрицкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение

Одна из актуальных проблем современной гинекологии - проблема полового пролапса у женщин репродуктивного возраста - не имеет тенденции к снижению [4, 5, 8, 19]. В структуре гинекологических вмешательств операции по поводу пролапса половых органов достигают уровня 28–40% и занимают четвертое место по частоте хирургических вмешательств после опухолей и эндометриоза [7, 9, 10, 18]. Оперативное лечение женщин с половым пролапсом в репродуктивном возрасте приводит к необходимости родоразрешения путем кесаревого сечения, которое значительно увеличивает материнские и перинатальные риски [11, 12, 14, 17]. В то же время отсутствие коррекции пролапса вызывает ухудшение репродуктивного и соматического статуса женщины, ухудшая ее физическое состояние, которое, конечно, воздействует на выполнение ею социальных функций. Обнаружение и коррекция факторов, приводящих к развитию этого патологического состояния, по нашему мнению, могут стать отправной точкой в выработке программы индивидуальной коррекции полового пролапса у женщин репродуктивного возраста, восстанавливающую репродуктивную функцию.

Одна из лидирующих классических теорий развития полового пролапса - регулярное увеличение брюшного давления, которое прежде всего связывается с тяжелой физической работой и поднятием тяжести, которое приводит к опущению матки. Поэтому некоторые исследователи определяют один из факторов риска развития пролапса низкий социальный уровень, предполагающий тяжелую физическую работу. Ряд исследований показали, что группа риска включает женщин, страдающих от избыточного веса и ожирения, и женщин с индексом веса тела 26 кг/м² с большей степенью вероятности понадобится хирургическое лечение пролапса, чем у женщин с меньшим индексом массы тела.

Однако, не только проблема избыточного веса является определяющей для развития пролапса. Важную роль отводят полноценности

тканевых структур тазового дна, в том числе соединительнотканым компонентам, а также полноценности микроциркуляции [2,6,15,16]. Возникает необходимость проводить тщательное исследование проблемы опущения женских половых органов, сопровождающееся застойными явлениями и нарушением функции мочевыводящей системы, связанные между собой анатомически, этиологически, клинически.

Особую актуальность проблема приобретает в послеродовом периоде у пациенток с родами крупным плодом.

Для местной терапии функциональной неполноценности тазового дна возможно применение препаратов метаболического действия [13]. Препаратом выбора может служить тиотриазолин – антиоксидантный препарат, обладающий регенеративным, противовоспалительным, антиоксидантным действием. Существует лекарственная форма тиотриазолина в суппозиториях для вагинального применения [1].

К достоинствам метаболической терапии тиотриазолином относятся:

- возможность ее использования как в острых случаях, так и при хронических формах заболеваний;
- одновременное положительное воздействие на несколько органов и систем, в том числе мышечную систему, что сопровождается не только улучшением функционального состояния органа-мишени, но и организма в целом. Универсальность такого действия объясняется общностью метаболических процессов в различных тканях человеческого организма;
- широкий спектр метаболических эффектов, направленных на защиту от острой и хронической ишемии, также травматического генеза (включение резервных антигипоксических механизмов, снижение содержания лактата в клетке, восстановление электрического потенциала клеточных мембран), оксидативного стресса (блокирование свободных радикалов, стимуляция синтеза внутриклеточных антиоксидантов);
- потенцирование действия других фармакологических средств за счет улучшения местной реологии;
- низкая частота побочных эффектов.

Кроме того, в метаболизме соединительной ткани роль укрепляющего элемента играет аскорбиновая кислота, а также в сочетании с рутином (витамин РР). Известно, что аскорутин входит в состав вазоактивных препаратов, укрепляющих сосудистую стенку, функциональная неполноценность которых также является про-

явлением ДСТ. Поэтому парентеральное применение аскорутина показано при состояниях, сопровождающихся ДСТ.

Использование метаболической терапии в комплексе восстановительных мероприятий для мышц тазового дна после родов может иметь положительный клинический эффект, что и определило цели и задачи данного исследования.

Цель исследования – усовершенствование метода консервативной терапии функциональной неполноценности мышц тазового дна после родов путем коррекции с помощью комплекса специальных упражнений для тренировки мышц тазового дна в сочетании с местной метаболической терапией.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 110 пациенток основной группы и 30 контрольной. У всех пациенток произошли роды крупным плодом массой 4000-4900г. Степень нарушения анатомии мышц тазового дна оценивали с помощью ультразвукового метода, оценивали соотношение положения шейки матки по отношению к лону [3].

Всем женщинам проводилось исследование содержания в крови гликозаминогликанов, как показателя наличия соединительнотканной дисплазии, а также метаболитов соединительной ткани.

Особенности метаболизма матрикса соединительной ткани определяли по концентрации гликозаминогликанов (ГАГ), свободной глюконовой кислоты (ГК) в сыворотке крови по карбазольной реакции Дитше. Определение хондроитинсульфатов было проведено в сыворотке крови по реакции с риванолом по методу Лапса Ю.Ю. и Слуцкого Л.И. (1969). В работе проведено изучение концентрации общего, связанного и свободного N-ацетилгликозамина, в сыворотке крови беременных по методу Штерн М.Р. (1982).

Основная группа была разделена на две подгруппы – 50 человек проводили гимнастику для мышц тазового дна (упражнения Кегеле), группа из 60 человек выполняла тот же комплекс упражнений в сочетании с местной метаболической терапией суппозиториями с тиотриазолином – 1 свеча в сутки 20 дней, и аскорутином per os 250 мг 3 раза в сутки. Терапию начинали через 4 недели после родов. Оценка результатов комплексной коррекции состояния тазового дна проводилась через 8 и 12 недель после родов.

Полученные результаты и их обсуждение

Полученные результаты ультразвуковой оценки тазового дна позволили определить полноценность состояния мышечных структур

и пролапса гениталий после родов. На основании ультразвуковой оценки состояния тазового дна нами разработана шкала оценки в баллах от 1 до 4 (4 наибольшая степень опущения) (табл. 1). В соответствии со шкалой пролапса гениталий проведен анализ содержания метаболитов соединительнотканного матрикса, для оценки проявлений ДСТ и степени нарушений тазового дна после родов.

Таблица 1

**Результаты балльной оценки
до проведения реабилитационных мероприятий**

Шкала оценки	Клинические группы					
	Основная, n=110				Контрольная n=30	
	n=50		n=60			
	n	P±S _p %	N	P±S _p %	n	P±S _p %
0	4	3,91±0,41*	6	5,36±0,59*	1	0,37±1,43*
1	17	15,45±2,15	19	18,91±0,97	13	12,33±0,05
2	17	16,73±1,16	20	18,82±1,27	14	14,07±0,11
3	7	6,91±0,90	8	6,91±1,90*	1	1,03±0,28*
4	5	4,29±0,90*	7	6,62±1,33*	1	1,03±0,28*

Примечание: в табл. 1-4 * - отличие с показателями контрольной группы статистически достоверно (p<0,05)

Среди пациенток основной группы с низкой оценкой полноценности тазового дна (3-4 балла) получены результаты относительного снижения содержания гликозаминогликанов в крови, что свидетельствует о наличии проявлений соединительнотканной дисплазии (табл. 2).

Таблица 2

**Содержание гликозаминогликанов в крови пациенток групп
наблюдения**

Клинические группы	Гликозаминогликансульфаты (ед)			
	общая	I фракция	II фракция	III фракция
Основная (I подгруппа), n=50	10,33±0,06*	6,52±0,07	2,24±0,05*	1,57±0,07
Основная (II подгруппа), n=60	11,05±0,08	6,34±0,04*	2,93±0,06*	1,78±0,07*
Контрольная, n=30	10,61±0,06*	6,44±0,07*	2,69±0,03*	1,48±0,06*

Содержание в крови гликопротеина, хондроитинсульфата, щелочной фосфатазы у пациенток основной группы (подгруппа 50 человек и подгруппа 60 человек) и контрольной группы существенно не отличались. Не было получено существенных различий в соответствии с весом плода, паритетом. Незначительное увеличение наблюдалось среди пациенток с травмами родовых путей – разрывы влагалища, промежности – что можно связать с повышением в крови продуктов тканевого распада, и что напрямую не зависит от исходного статуса, соответствующего ДСТ. Наиболее выраженным данный показатель был у пациенток с 4 степенью по балльной шкале оценки (табл. 3).

Таблица 3

**Содержание в крови гликопротеина, хондроитинсульфата,
щелочной фосфатазы у пациенток групп наблюдения**

Клинические группы	Гликопротеин (ед)	Хондроитин- сульфат (г/л)	Щелочная фосфата (Е/л)
Основная (I подгруппа), n=50	0,70±0,06	0,19±0,06*	476,22±0,05
Основная (II подгруппа), n=60	0,64±0,05*	0,15±0,07	415,53±0,05*
Контрольная, n=30	0,54±0,06*	0,09±0,07*	320,80±0,05*

Оценка результатов комплексной коррекции через 8 и 12 недель после родов показала клиническую эффективность проводимых мероприятий. Пациентки основной группы, которым проводилась только физическая терапия с помощью комплекса упражнений (подгруппа 50 человек), показала худшие результаты, чем подгруппа (60 человек) применявших комплекс упражнений с местной терапией вагинальными суппозиториями с титотриазолином в сочетании с аскорудином 250 мг 3 раза в сутки per os.

Результаты проведенной терапии среди пациенток основной (подгруппы I и II) и контрольной групп с учетом балльной шкалы оценки представлены в таблице 4.

В результате контрольного осмотра через 12 недель после родов у пациенток первой подгруппы (гимнастика для мышц тазового

дна) восстановление по шкале оценки произошло у 27 (54,0%) пациенток, в подгруппе, получавшей комплексную терапию у 41 (68,3%) родильниц. У пациенток контрольной группы восстановление тазового дна через 12 недель после родов произошло у 5 (16,6%).

Таблица 4

Результаты балльной оценки эффективности реабилитационных мероприятий

Шкала оценки	Клинические группы					
	Основная, n=110				Контрольная n=30	
	Занятия гимнастикой (50 чел.)		Занятия гимнастикой с метаболической терапией (60 чел.)			
	n	P±S _p %	n	P±S _p %		
0	32	30,91±4,41	44	36,36±4,59	2	6,67±4,55*
1	14	15,45±3,45	13	10,91±2,97	13	43,33±9,05
2	3	2,73±1,55*	2	1,82±1,27*	14	46,67±9,11
3	1	0,91±0,90*	1	0,91±0,90*	1	3,33±3,28*
4	0	-	0	-	0	-

Данные исследования позволяют сделать выводы о клинической эффективности предложенной комплексной методики восстановления тазового дна после родов.

Выводы

1. Эффективной является комплексная коррекция состояния тазового дна после родов, включающий физические упражнения для укрепления мышц тазового дна и применение суппозиторий с тиаотриазолином местно с аскорутином 250 мг 3 раза в сутки per os.
2. У пациенток с наличием признаков соединительнотканной дисплазии эффект терапии ниже, однако также наблюдается положительная динамика в результате проведенного лечения.
3. Данный комплекс терапии может быть рекомендован к применению у всех женщин в послеродовом периоде.

Литература

1. Беленичев И.Ф. Молекулярно-биохимические аспекты политропного действия тиаотриазолина / И.Ф. Беленичев, И.С. Чекман // Материалы междунар. научно-практ. конференции «Тиаотриазолин и его композиционные лекарственные препараты: достижения и перспективы». - Запорожье, 2009. - С. 47.
2. Буянова С.Н. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова, С.В. Савельев // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - № 3. - С. 19-21.

3. Возможности ультразвуковой визуализации анатомии и патологии тазового дна / В.И. Краснопольский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева, С.Н.Буянова // Рос. Вестник акушера-гинеколога. - 2009. - № 5. - С.64-68.
4. Гинекология: национальное руководство / В.И.Кулаков [и др.]; под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
5. Де-Черни А.Х. Акушерство и гинекология: учебное пособие / А.Х. Де-Черни; пер с англ. - М: МЕДпресс-информ, 2009. - 696 с.
6. Земцовский Э.В. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани. Состояние и перспективы развития представлений о наследственных расстройствах соединительной ткани / Э.В. Земцовский // Дисплазия соединительной ткани. - 2008. - № 1. - С. 5-9.
7. Кох Л.И. Факторы риска опущения внутренних половых органов / Л.И. Кох, Т.Н. Дорош // Вестник Кузбасского научного центра. - 2007. - Вып.4. - С. 234-238.
8. Куликовский В.Ф. Тазовый пролапс у женщин: руководство для врачей / В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 256 с.
9. Кустаров В.Н. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки / В.Н. Кустаров, Т.С. Салуквадзе // Мать и дитя: материалы 7-го Всероссийского научного форума. - М., 2005. - С. 430-431.
10. Кэмпбелл С. Гинекология от десяти учителей / С. Кэмпбелл: пер. с англ. - М.,: МИА, 2003. - 328 с.
11. Милукова М.Ю. Профилактика тяжелых форм опущения и выпадения внутренних половых органов: автореф. дис. канд. мед. наук / М.Ю. Милукова. - М., 2006. - 22 с.
12. Пролапс гениталий следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани / Т.Ю. Смольнова [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 4. - С. 33-37.
13. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство для практикующих врачей / В.И. Кулаков [и др.]; под общ. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. - М.,: Литтерра, 2005. - 1152 с.
14. Результаты оценки качества жизни женщин, страдающих генитальным пролапсом / Е.А. Соловьева [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней 2007. - Т.XLI1 (спец. выпуск). - С. 210 - 211.
15. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - Т.5, № 5. - С. 19-23.
16. Русина Е.И. Клинико-фенотипические и генеалогические особенности проявлений дисплазии соединительной ткани у пациенток с пролапсом тазовых органов / Е.И.Русина, М.В. Кречмар, В.Ф.Беженарь // Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2008. - Спецвып. 67. - С.45-48.
17. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence / D.L. Faltin [et al.] // Obstet. Gynecol. - 2000. - Vol. 95, № 5. - P. 643-647.

18. Harvey M.A. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction / M.A. Harvey // J. Obstet. Gynecol. Can. - 2003. - Vol. 25, № 6. - P. 487-498.

19. Posterior vaginal wall defects and their relation to measures of pelvic floor neuromuscular function and posterior compartment symptoms / M.F. Fialkow [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2002. - Vol. 187, № 6. - P. 1443-1448.

Резюме

Шамхі Імен, Грищенко О.В., Бобрицька В.В. Принципи метаболічної терапії пролапсу геніталій у жінок після пологів.

Під спостереженням знаходилися 140 пацієнток після пологів крупним плодом – 110 основна і 30 контрольна групи. Всім проводилася ехографічна оцінка стану тазового дна після пологів. Дослідження маркерів сполучнотканинної дисплазії – фракції глікозаміногліканів в крові, хондроїтинсульфат, лужна фосфатаза – істотних відмінностей не виявлено. П'ятдесят пацієнток з основної групи виконували гімнастику Кегеле, 60 гімнастику Кегеле у поєднанні з метаболічною терапією: тіотріазолін в суппозиторіях з аскорутином per os. Пацієнтки контрольної групи не проводили ніяких реабілітаційних заходів. Кращі результати по відновленню тазового дна у пацієнток, що проводили гімнастику з метаболічною терапією. Методика рекомендується всім жінкам після пологів.

Ключові слова: пролапс тазових органів, післяпологовий період, глікозаміноглікани, гімнастика, метаболічна терапія.

Резюме

Шамхи Имен, Грищенко О.В., Бобрицкая В.В. Принципы метаболической терапии пролапса гениталий у женщин после родов.

Под наблюдением находились 140 пациенток после родов крупным плодом – 110 основная и 30 контрольная группы. Всем проводилась эхографическая оценка состояния тазового дна после родов. Исследование маркеров соединительнотканной дисплазии – фракции гликозаминогликанов в крови, хондроитинсульфат, щелочная фосфатаза – существенных отличий не выявлено. Пятьдесят пациенток из основной группы выполняли гимнастику Кегеле, 60 гимнастику Кегеле в сочетании с метаболической терапией: тиотриазолин в суппозиториях из аскорутином per os. Пациентки контрольной группы не проводили никаких реабилитационных мероприятий. Лучшие результаты по возобновлению тазового дна у пациенток, которые проводили гимнастику с метаболической терапией. Методика рекомендуется всем женщинам после родов.

Ключевые слова: опущение тазовых органов, послеродовой период, гликозаминогликаны, гимнастика, метаболическая терапия.

Summary

Chamkhi Imen, Grishchenko O.V., Bobritskaya V.V. Metabolic therapy principles of genital prolapse in women after delivery.

Under a supervision there were 140 patients after delivery by a large fetus 110 basic and 30 control groups. All was conduct the echografic estimation of the state of pelvic bottom after births. research of markers of unitissue dysplasy is fractions of glycoseaminoglicanes in blood - substantial distinctions it is not discovered. Fifty patients from a basic group executed the gymnastics of Kegele, 60 gymnastics of Kegele in combination with metabolic therapy: thiotriazoline suppositories with ascoruthine per os. The patients of control group conducted no rehabilitation measures. The best results on renewal of pelvic bottom for patients, conducting a gymnastics with methabolic therapy. A method is recommended all of women after births.

Key words: prolapsus of pelvic organs, down-lying, glycoseaminoglicanes, gymnastics, metabolic therapy.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В. Лазуренко

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ