

Наукове періодичне видання

# МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

# 3 (03) 2014

Львів  
2014

Наукове періодичне видання  
**Меди́чний форум**

Науковий журнал

# 3 (03) 2014

Редактор, коректор – Римарчук Л.Г.  
Верстка-дизайн – Яковенко С.А.

*Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.*

**Свідоцтво про державну реєстрацію:** КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.  
**Засновник журналу:** «Львівська медична спільнота»

Видавник: «Львівська медична спільнота»  
79000, м. Львів, а/с 6153  
[www.medicinelviv.org.ua](http://www.medicinelviv.org.ua)  
E-mail: [journal@medicinelviv.org.ua](mailto:journal@medicinelviv.org.ua)  
Телефон: + 38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2014  
© Автори наукових статей, 2014  
© Оформлення Яковенко С.А., 2014

<b>Лизогуб В.Г., Богдан Т.В., Шарасва М.Л., Жаботинський С.Ю.</b> МЕТАБОЛІЗМ АМІНОКИСЛОТ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ШЕМІЄЮ МІОКАРДА .....	117
<b>Ішков М.О., Гаманюк Р.М.</b> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ДВОХ ВІКОВИХ ГРУП ЗА ДАНИМИ БЛАГОДІЙНОЇ ПРОГРАМИ «КАРІТАС БУКОВИНИ».....	123
<b>Ковалевська Є.В.</b> ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ.....	126
<b>Лазаренко К.П.</b> ОСОБЛИВОСТІ УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	129
<b>Леськів Г.М.</b> ОКОРУХОВІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЗОРОВОГО НЕРВА.....	132
<b>Козаренко Т.М., Логаніхіна К.Ю.</b> МУЛЬТИДЕТЕКТОРНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ПАНКРЕАТИЧНИХ ПСЕВДОКИСТ.....	136
<b>Гончаренко Л.І., Мельниченко Л.В.</b> АПРОБАЦІЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМБІНОВАНОЇ ТРАКЦІЇ.....	140
<b>Міхєєв А.О.</b> РОСЛИННІ ОЛІЇ ЯК ПРОТИВІРУСНІ ЗАСОБИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	144
<b>Мішина К.М., Сердюк Г.П., Дрозд О.О.</b> МІНІМІЗАЦІЯ АБОРТІВ ЯК ШЛЯХ ДО ПОКРАЩЕННЯ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	147
<b>Мудра Ю.С., Скурятіна Н.Г.</b> НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З УРОГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....	151
<b>Ніцович І.Р., Семеняк А.В., Шипчук І.В., Панчощак А.В.</b> ПРОФІЛАКТИКА РОСТУ МАЛИХ ФОРМ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ.....	155
<b>Мосійчук Л.М., Гайдар Ю.А., Ошмянська Н.Ю.</b> УШКОДЖЕННЯ СТРАВОХОДУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ, ПОЄДНАНІЙ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРУ ОДДІ.....	158
<b>Сидорова А.І., Павленко С.А., Павленкова О.В., Ярковий В.В.</b> ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ГАЛІТОЗУ ТА ДЕЯКІ СПОСОБИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	164
<b>Павленкова О.В., Павленко С.А., Сидорова А.І.</b> ЗАЛЕЖНІСТЬ КРАЙОВОЇ АДАПТАЦІЇ ПЛОМБ СВІТЛОВОГО ТВЕРДІННЯ ВІД СТАНУ ПУЛЬПИ ЗУБА.....	168
<b>Петренко О.Д., Мельниченко Т.І.</b> ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПРОДУКТІВ ХАРЧУВАННЯ З ПОЗИЦІЙ ВТРАТИ НИМИ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ПРОЦЕСІ ТЕХНОЛОГІЧНОЇ ОБРОБКИ ТА ЗБЕРІГАННЯ.....	171
<b>Пишнов Г.Ю., Безвербний П.С.</b> ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОГНІТИВНОГО ДЕФЦИТУ У ШАХТАРІВ ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	176
<b>Плевинскис П.В.</b> НОВОЕ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ.....	180

**Ніцович І.Р.,**

*кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології  
Буковинського державного медичного університету*

**Семеняк А.В.,**

*кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології  
Буковинського державного медичного університету*

**Шипчук І.В., Панчошак А.В.,**

*студентки лікувального факультету  
Буковинського державного медичного університету*

## ПРОФІЛАКТИКА РОСТУ МАЛИХ ФОРМ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

У статті розглянуто проблему профілактики прогресування росту малих форм міом матки. Відзначена ефективність лікування малих форм міом матки шляхом застосування рослинного негормонального препарату Епігалін.

**Ключові слова:** міома матки, епігалін.

В статье рассмотрена проблема профилактики прогрессирования роста малых форм миом матки. Отмечена эффективность лечения малых форм миом матки путем применения растительного негормонального препарата Эпигалин.

**Ключевые слова:** миома матки, эпигалин.

The problem of prevention of the growth progression of the small forms of uterine fibroids is considered in the article. The effectiveness of the treatment of uterine fibroids small forms through the use of plant nonhormonal drug Epigalin.

**Key words:** uterine fibroids, epigalin.

**Актуальність.** Міома матки – дуже поширене захворювання. Основна кількість пацієнток знаходяться в репродуктивному віці: фіброїд мають приблизно 20% жінок до 20 років, близько 30% жінок до 30 років і 40% – до 40 років. 20-40% жінок 35 років і старше має фіброміому матки значимого розміру.

Однією з основних причин розвитку міоми матки більшість дослідників вважають підвищення в організмі жінки рівня естрогену при одночасній нестачі іншого гормону – прогестерону. Це зазвичай спостерігається при порушенні функції яєчників. Міоми виникають через розлади гормональної функції організму. Збільшення гормону естрогену і стимулює зростання окремих м'язових груп матки. Про те, що міома – гормонозалежна пухлина, говорить також той факт, що випадки розвитку міоми у дівчаток до настання першої менструації і у жінок в постклімактеричному періоді зустрічаються вкрай рідко.

Останні дослідження, показали, що міома може виникнути як реакція матки на пошкодження, а також в результаті запальних процесів в геніталіях. Травматичні пологи, діагностичні вишкрібання, введення внутрішньоматкової спіралі нерідко стають пусковим механізмом утворення пухлини. Велика кількість медичних абортів і викликаний ними гормональний зрив і пошкодження ендометрія також є сприятливим ґрунтом для розвитку міоми.

Матка в організмі жінки відіграє важливу роль не тільки як репродуктивний орган, але і

як орган ендокринної системи. Крім того, видалення матки – це не тільки серйозне фізичне порушення для жіночого організму, але і психологічна травма, яка може викликати серйозні наслідки. При видаленні матки значно зростає ризик розвитку деяких інших захворювань, таких як рак молочної залози, ішемічна хвороба серця [6, с. 120–127].

Сучасна медицина не здатна передбачити, чи буде рости той чи інший фіброматозний вузол і чи буде він завдавати будь-які больові відчуття. Втрату матки більшість жінок переживає дуже важко, у багатьох розвиваються психологічні комплекси, повна втрата репродуктивної функції, проблеми в інтимному житті, відзначається важкий перебіг постгістеректомічного синдрому. Останнім часом міома матки стала все частіше діагностуватися у молодих жінок, що ще не встигли реалізувати свою репродуктивну функцію, у зв'язку з чим проведення гістеректомії розцінюється як трагедія. Частка органозберігаючих операцій від загальної кількості проведених операцій з приводу міоми матки залишається незначною, як через технічні труднощі виконання консервативної міомектомії, так і через монофункціональне відношення до матки більшості лікарів [1, с. 13–16; 3].

Видалення матки спричиняє зниження гормональної активності яєчників і потребує в деяких випадках тривалої медикаментозної корекції. Крім цього оперативне втручання супроводжується ризиком ускладнень, які можуть бути зна-

чно небезпечнішими, ніж сама міома матки і тому більшість жінок відмовляються від гістеректомії [2, с. 128–134; 4, с. 134–139; 5, с. 7–18].

Клінічно незначущі міоми, або міоми малих розмірів (міоматозні вузли до 15 мм) не дають клінічної симптоматики та виявляються лише при УЗД. У разі правильного ведення таких хворих можна гарантувати відсутність їх подальшого росту. З патогенетичної точки зору міома матки на цій стадії перебуває під впливом фізіологічних рівнів гормонів [1, с. 13–16; 6, с. 120–127].

Визначення клінічного значення вузла залежить від його локалізації. Для субмукозного вузла клінічно незначущого розміру не існує, оскільки вузол будь-якого розміру обумовлює клінічні прояви. У той час як субсерозний вузол, який у два рази перевищує розмір самої матки, може зовсім не давати клінічної картини [5, с. 7–18; 6, с. 120–127].

Під впливом фізичних (радіація, важкі метали), хімічних (ксенобіотики, що містяться в продуктах харчування), природних (онкобілки вірусів, грибів, рослин) і ендогенних («агресивні» форми естрогенів, прозапальні цитокіни) канцерогенів відбуваються мутації в ДНК протоонкогенів і вони перетворюються в онкогени.

Але коли ми заводимо розмову про всебічну профілактику раку, то звичайно це викликає негативну реакцію, в основному через обмеженість матеріальних можливостей і безліч інших відмовок. Насправді, профілактика злоякісних неоплазій в репродуктивних органах – ефективна і «вдячна» справа, оскільки пухлини статевих органів характеризуються гормонзалежною регуляцією, визначеною стадійністю (гіперплазія – дисплазія – рак), тривалістю в часі. Така профілактика називається вторинною онкопрофілактикою, а по суті – це лікування факультативного або облігатного передраку.

**Постановка проблеми.** Враховуючи складну систему ендокринних взаємовідносин в організмі, при вирішенні питання про можливість консервативного лікування міоми, кращим є застосування таких речовин та препаратів, які володіють м'яким корегуючим і стабілізуючим ефектом – негормональних препаратів. У даний час є можливість використання негормональної терапії міоми матки, так як застосування традиційних гормональних препаратів має побічні ефекти, дорогоартісне, тривале, не завжди результативне.

З цієї метою ми застосовували рослинний негормональний препарат Епігалін, який нормалізує в організмі жінок метаболічні процеси, обмін статевих гормонів (естрогенів) і служить прекрасним засобом для комплексного лікування і профілактики гормонозалежних захворю-

вань репродуктивної системи жінки. Він має комплексний вплив на організм людини, що проявляється у гальмуванні патологічних гіперпластичних процесів в гормон-залежних органах і тканинах жіночої репродуктивної системи, пригнічує патологічний ріст і мітоз клітин в органах і тканинах, зменшує розвиток папіломатозу та ступінь дисплазії шийки матки, викликаних вірусом папіломи людини (ВПЛ). Одна капсула препарату Епігалін містить активні інгредієнти: індол-3-карбінол – 200 мг, епігаллокатехін-3-галлат – 45 мг.

Індол-3-карбінол є біологічно активною речовиною екстракту сімейства хрестоцвітних (капусти брокколі), блокує гормон-залежні та гормон-незалежні механізми, що активують патологічний ріст клітин в тканинах матки. За рахунок посилення активності ферментів системи цитохрому Р-450 нормалізує баланс естрогенів, пригнічує утворення проканцерогенного 1 $\beta$ -гідроксіестрона та сприяє зсуву співвідношення метаболітів жіночих статевих гормонів – естрогенів на користь утворення 2-С-гідроестрона; попереджає проліферацію клітин в естрогенчутливих тканинах; індукують апоптозу в патологічно змінених клітинах; нейтралізує дію ростових факторів, які стимулюють розвиток пухлин у гормон-залежних органах репродуктивної системи; володіє потужним протівірусним ефектом відносно ВПЛ.

Епігаллокатехін-3-галлат є біологічно активною речовиною екстракту зеленого чаю, активує фагоцитоз, стимулює завершеність фагоцитозу, збільшує число фагоцитуючих клітин, має виражену ангіостатичну дію, сприяє зменшенню росту новоутворень; пригнічує інвазивну активність клітин ендометрію; гальмує ріст судин в міоматозних вузлах, перешкоджає проникненню клітин ендометрію в м'язовий шар матки, тобто є ефективним засобом у боротьбі з аденоміозом.

**Постановка завдання.** Забезпечити профілактику росту малих форм міоматозних вузлів на початковому етапі шляхом застосування рослинного негормонального препарату.

**Виклад основного матеріалу.** Нами було проведено клініко-лабораторне обстеження 50 жінок із наявністю лейоміоми матки, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 30 жінок, яким призначався препарат Епігалін по 1 капсулі 2 рази на день під час їжі впродовж 6 місяців, II група (порівняння) – 20 жінок, які відмовилися від запропонованого лікування, та 20 здорових жінок, що становили контрольну групу. Середній вік жінок склав 38,5 $\pm$ 5 років. Усі жінки були рандомізовані за віком, тривалістю захворювання.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

Проведено визначення гормонального фону (естрадіол, прогестерон) та ультразвукове обстеження жінок основної групи, групи порівняння та контрольної групи. Гормони яєчника (естрадіол та прогестерон) визначали на 7 та 21 день менструального циклу. Для оцінки та аналізу рівня естрадіолу та прогестерону у пацієнок з міомою матки отримані результати порівнювали з результатами аналогічних показників у контрольній групі практично здорових жінок, клініко-анамнестичні характеристики яких, практично не відрізнялися від таких у пацієнок основної групи та групи порівняння. На 7 день менструального циклу концентрація естрадіолу становила: у жінок основної групи  $0,636 \pm 0,07$  нмоль/л, жінок групи порівняння  $0,628 \pm 0,05$ , контрольної групи  $0,351 \pm 0,03$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Отже, встановлено наявність вірогідної різниці зі збільшенням концентрації естрадіолу у жінок обох груп із міомою матки у порівнянні з жінками контрольної групи. При цьому не спостерігалось вірогідної різниці у жінок обох груп із міомою матки. На 21 день менструального циклу вірогідної різниці у кількості естрадіолу не було виявлено. Також не було виявлено вірогідної різниці при визначенні рівня прогестерону на 7 день менструального циклу, однак на 21 день менструального циклу відмічено вірогідне зниження кількості прогестерону у жінок основної групи –  $9,51 \pm 1,22$  нмоль/л та групи порівняння –  $8,74 \pm 1,19$  нмоль/л при порівнянні результатів із аналогічними у жінок контрольної групи ( $26,3 \pm 3,11$  нмоль/л).

При аналізі результатів ультразвукового обстеження внутрішніх статевих органів жінок основної групи та жінок групи порівняння встановлено наявність субсерозних, інтрамуральних, субмукозних вузлів, не більше 2 см в діаметрі, що не вимагають за показаннями оперативного лікування. У 11 (36,7%) жінок основної групи були субмукозні вузли, що клінічно проявлялися гіперполіменореєю, у 9 (30%) – інтрамуральні вузли, що також провокували наявність надмірних маткових кровотеч, у 10 (33,3%) – субсерозні

вузли, які у 8 жінок не проявлялися будь-якими клінічними симптомами, у 2 – були дизуричні розлади. У жінок групи порівняння розташування міоматозних вузлів вірогідно не відрізнялося від аналогічних у основній групі: у 7 (35%) жінок були субмукозні вузли та гіперполіменорея, у 6 (30%) – інтрамуральні вузли, з явищами гіперполіменореї, у 7 (35%) – субсерозні вузли без клінічних проявів. У жінок контрольної групи патологічних змін з боку матки не виявлено.

Через 6 місяців проведено контрольне обстеження жінок з міомою матки. Встановлено, що в жінок основної групи спостерігалось зниження концентрації естрадіолу ( $0,398 \pm 0,05$  нмоль/л) при визначенні на 7 день менструального циклу та підвищення концентрації прогестерону ( $22,3 \pm 4,12$  нмоль/л) на 21 день менструального циклу, при цьому вірогідної різниці у порівнянні з контрольною групою не встановлено. У жінок групи порівняння рівень гормонів відповідав попереднім показникам.

При ультразвуковому обстеженні жінок основної групи виявлено, що в 5 (16,7%) спостерігалось зменшення розмірів вузлів, у решти 25 (83,3%) розміри вузлів не зменшилися, однак пацієнтки відмічають зменшення інтенсивності та тривалості менструальних кровотеч. У жінок групи порівняння позитивної динаміки не було. У 6 (30%) спостерігався ріст вузлів.

**Висновки.** 1. Застосування негормонального препарату в терапії міоми матки малих розмірів на початковому етапі, з метою профілактики росту міоматозного вузла, може бути альтернативою гормональним препаратам, оскільки за багатьма параметрами не поступається їм, за відсутності ряду побічних ефектів та більшої економічної доступності.

2. Застосування у лікуванні міом матки препарату Епігалін призводить до зменшення кількості естрадіолу, підвищення рівня прогестерону, що забезпечує зменшення інтенсивності клінічних проявів та росту пухлини. Він є необхідним методом профілактики подальшого росту малих форм пухлин.

**Література:**

1. Астахов В.М. Применение парафармакологического препарата Индол-Ф в профилактике и терапии миомы матки // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – № 3. – С. 13–16.
2. Вдовиченко Ю.П., Кузьоменська М.Л. Оптимізація лікування хворих міомою матки // Вісник Сумського державного університету. Серія «Медицина». – 2011. – № 1. – С. 128–134.
3. Вовк І.Б. Нові підходи до відновлення репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька, В.К. Кондратюк // Здоров'я України. – 2009. – № 24/1.
4. Луценко Н.С. Некоторые механизмы активации пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы / Н.С. Луценко, Л.Р. Гераскина, И.А. Евтерева // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Том 14, № 4. С. 134–139.
5. Стрижаков А.Н. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев – 2008. – № 7. – С. 7–18.
6. Татарчук Т.Ф. Анатомо-функціональні особливості різних клініко-патогенетичних варіантів лейоміоми матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Д. Задорожна // Здоровье женщины. – 2009. – № 5(41). – С. 120–127.