

названых подходов, которые могут принимать самые разнообразные формы в различных условиях.

В работе приведены результаты анкетного опроса медицинских сестёр с целью выяснения их отношения к контролю и самоконтролю качества работы медицинских сестёр, а также использования администрацией больницы результатов контроля и самоконтроля качества работы медицинских сестёр для усовершенствования сестринской помощи больным.

**Ключевые слова:** контроль качества работы медицинских сестёр, самоконтроль качества работы медицинских сестёр, сестринский аудит.

## NURSES' WORK QUALITY CONTROL

*V.E.Kardash, A.P.Zubovych*

**Abstract.** The authors reveal the essence and significance of nurses' work quality control, its influence on nursing care, substantiate its improvement when introducing into the practice of medical organizations of quality assurance programs and nursing audit, asserting that this is the result of synthesis of two approaches which assume different forms under various conditions. The paper submits the results of nurses' questioning for the purpose of ascertaining their attitude towards nurses' work quality control and self-control, as well as the use of the results of control and self-control of nurses' work quality by the hospital administration for updating nursing care of patients.

**Key words:** nurses' work quality control, nurses' work quality self-control, nursing audit.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. І.А.Плеш

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol.12, №1.–P.177-179

Надійшла до редакції 13.11.2007 року

УДК 36:618.1:618.11-008.64:618.12

*О.В.Булаченко, О.В.Бурлака\*, О.Л.Льовкіна*

## ОСОБЛИВОСТІ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК ІЗ НЕДОСТАТНІСТЮ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕНІТАЛІЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

\*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

**Резюме.** Доведено переваги двохетапного етіопатогенетичного лікування недостатності лютеїнової фази в жінок на тлі перенесених запальних процесів внутрішніх статевих органів з використанням комплексу імунomodulatory, антипротекторних, гормональних препаратів та фізіотерапевтичних засобів.

**Ключові слова:** недостатність лютеїнової фази, запальні захворювання внутрішніх статевих органів, двохетапне лікування.

**Вступ.** Останнім часом велика увага приділяється впливу інфекції на стан репродуктивної системи жінки [1]. Запальні зміни, що відбуваються в яєчниках, призводять до порушення продукції естрогенів та прогестерону. Найбільш частим наслідком хронічного оофориту є абсолютна або відносна прогестеронова недостатність, тобто недостатність лютеїнової фази (НЛФ) [2]. Виникнення НЛФ пов'язано з недостатньою васкуляризацією доміантного фолікула, склерозуванням капсули яєчника, на тлі хронічного оофориту та сальпінгоофориту. При цьому порушуються функціональні зв'язки між гранульозними, текальними та ендотеліальними клітинами, що призводить до зниження імплантаційного піку Е2 у лютеїнової фази [1, 3]. Крім того, при недостатній васкуляризації жовтого тіла спостерігається зменшення надходження ліпопротеїдів низької щільності як основного джерела для утворення прогестерону до лютеїнізованих гранульозних клітин. Пере-

несені запальні процеси ендометрія призводять не тільки до морфологічних змін, але й до порушення функції його рецепторів, що проявляється відсутністю адекватних реакцій ендометрія на гормональну стимуляцію [2]. Традиційна гормональна корекція НЛФ препаратами прогестерону не завжди ефективна, нерідко шкідлива при її надлишку, оскільки призводить до пригнічення синтезу прогестеронових рецепторів [2, 3].

**Мета дослідження.** Розробити лікувальний алгоритм НЛФ з урахуванням етіопатогенетичних механізмів її розвитку.

**Матеріал і методи.** Нами обстежено 92 жінки репродуктивного віку з НЛФ, що мали запальні захворювання внутрішніх статевих органів в анамнезі. Хворих розподілено на дві групи відповідно до терапії. Основну групу склали 31 жінка, яким призначався запропонований нами лікувальний комплекс. У групу порівняння увійшли жінки, що отримували стандартну гормональну

корекцію сучасним пероральним гестагеном дидрогестероном по 20 мг на добу з 16-го по 2-й день циклу, протягом шести місяців. Запропонований нами лікувальний комплекс складався з двох етіопатогенетично обґрунтованих етапів. На першому етапі пацієнткам призначали комплексний імуномодулятор нового покоління Ліастен (1 ін'єкція 0,002 г один раз на тиждень). Діючою речовиною препарату є похідне пептогліканів. Препарат сприяє нормалізації показників імунітету, модулює як клітинний, так і гуморальний імунітет, стимулює фагоцитоз, має антиоксидантну дію, що є необхідним за умов перенесеної інфекції.

З метою захисту нервової тканини від різноманітних стресових впливів, що призводять до дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи та профілактики розвитку драгівливості та безсоння в жінок із НЛФ, до запропонованого нами комплексу профілактичного лікування був включений комбінований препарат магнію з вітаміном В<sub>6</sub>, до складу якого входять 250 мг магнію та 1,6 мг піридоксину. Препарат призначався протягом трьох місяців лікування по 1 табл. тричі на день. Даний препарат забезпечує достатню концентрацію іонів магнію в цитоплазмі клітин, що активує процес біотрансформації піридоксину в його активний метаболіт піридоксин-5-фосфат у печінці. Піридоксин є необхідним кофактором у продукції триптофану – попередника серотоніну, значення якого у виникненні депресивних станів доведено.

З метою відновлення мікроциркуляції, збільшення кількості колатералей та підвищення швидкості кровотоку в яєчникових і маткових судинах ми призначали фізіотерапевтичні методи місцевої дії. Обраним нами методом стала магнітолазерна терапія (МЛТ), яка має виражений протизапальний, спазмолітичний та анальгезуючий ефекти. Така терапія проводилася внутрішньовагінально та в проекції матки і придатків у тонізуючому режимі модуляції – 9,4 Гц, при індукції магнітного поля 6 мТл, експозицією 7 хв, на курс 10 процедур. Крім того, проводився електрофорез цинку синусоїдальними модульованими струмами з частотою модуляції 150 Гц, глибиною модуляції 50 %, тривалістю процедури 20 хв – 15 сеансів на курс лікування.

На II етапі терапії, враховуючи наші дані про порушення рецепторної функції ендометрія в пацієнток із НЛФ на тлі хронічних запальних захворювань, призначали комплексний гомеопатичний препарат Мукоза композитум по 2,2 мл в/м на 5, 8, 10, 12-й та 15-й день менструального циклу. Для відновлення рецепції ендометрія призначали комбінований монофазний естроген-гестагенний препарат Фемостон 2/10, який містить 2 мг 17-β естрадіолу та 10 мг дидрогестерону. Естрадіол викликає циклічні зміни в матці, шийці матки та піхві, позитивно впливає на обмін ліпідів та вегетативну нервову систему. Дидрогестерон сприяє по-

вній секреторній трансформації ендометрія та запобігає розвитку гіперплазії. Препарат призначався протягом трьох місяців.

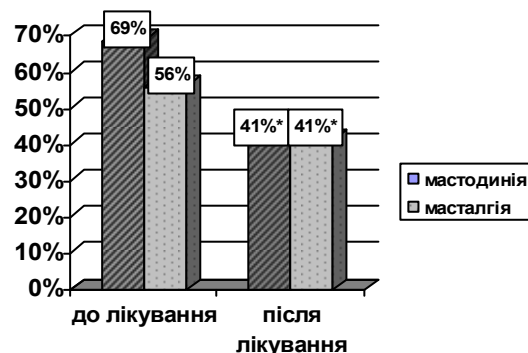
Для стимуляції ангиогенезу, відновлення капілярної мережі за рахунок новостворених судин та покращання мікроциркуляції призначали Актотегін по 1 табл. 3 рази на день. Дія препарату пов'язана з покращанням аеробного енергообміну в клітинах судин і звільненням простагліцину й оксиду азоту, що сприяє вазодилатації та зниженню периферичного судинного опору.

Тривалість лікування була індивідуальною та в середньому складала шість місяців. Ефективність лікування оцінювалася за клінічними проявами: регулярності циклу, наявності передменструальних кровомазань, мастодинії, масталгії, за функціональним станом ендометрія та яєчників, що оцінювалося за даними доплерометрії на УЗ-апараті Voluson-730. Показники кровотоку вивчалися в інтраваріальних та маткових судинах у фолікулярну та лютеїнову фази. Контроль ефективності лікування проводився після закінчення другого етапу терапії в жінок основної групи.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Після проведеного стандартного лікування в більшості жінок відмічалася зменшення передменструальних кровомазань та встановлення регулярного менструального циклу. Так, якщо до лікування передменструальні кровомазання відмічали 37,7 % пацієнток, то після проведення стандартної терапії – лише 11,4 % ( $p < 0,05$ ). Аналогічна позитивна динаміка мала місце і при оцінці показників регулярності циклу: до лікування регулярний цикл мали 44 пацієнтки (72,1 %), після лікування – 50 жінок (81,9 %) ( $p < 0,05$ ).

Крім того, проведене лікування було ефективним відносно проявів мастодинії та масталгії в певного контингенту жінок (рис.). Так, якщо до лікування прояви мастодинії відмічали 42 жінки (69 %), а прояви масталгії – 34 жінки (56 %), то після шести місяців стандартної терапії ці клінічні симптоми відмічали лише 25 пацієнток (41 % жінок,  $p < 0,05$ ).



Примітка: \* – різниця вірогідна відносно показника до лікування

Рис. Динаміка проявів мастодинії та масталгії в жінок групи порівняння в динаміці лікування

Контроль ефективності лікування з визначенням стану кровообігу в судинах ендометрія та яєчників виявив, що після шести місяців стандартної терапії у 42 з 61 жінки (68,8 %) зберігались ознаки порушення ангиогенезу в домінуючому яєчнику та в 37 (60,6 %) – в ендометрію (табл. 1), хоча і спостерігалось вірогідне зниження показників індексу резистентності (ІР) та пульсації (ІП) в маткових артеріях (табл. 2).

При порівнянні ефективності лікування за стан

дартною методикою та за запропонованим нами комплексом (табл. 3) видно, що стандартна терапія хоча й була ефективною відносно відновлення регулярного менструального циклу, зникнення передменструальних кровомазань та зменшення клінічних проявів мастодинії та масталгії, однак практично не впливала на функціональний стан ендометрія та яєчників, що проявлялося недостатнім відновленням ангиогенезу (39,3 % та 31,1 % відповідно).

Таблиця 1

**Ультразвукові характеристики в жінок І групи порівняння (n=61) в динаміці лікування, преовуляторний період**

Показник	До лікування	Через шість місяців лікування
Індекс резистентності в інтраоваріальних судинах	0,54± 0,001	0,52± 0,001*
Максимальна систолічна швидкість в інтраоваріальних судинах (см/с)	10,53± 0,072	12,65± 0,069*
Товщина ендометрія, мм	7,49±0,46	8,76±0,44
Індекс резистентності в маткових артеріях	0,751±0,004	0,724±0,003
Індекс пульсації в маткових артеріях	2,68±0,003*	2,49±0,002*
Систолічно-діастолічне співвідношення в маткових артеріях	7,87±0,033*	7,69±0,024*

Примітка: \* – різниця вірогідна відносно показника до лікування, p<0,05

Таблиця 2

**Ультразвукові характеристики в жінок групи порівняння (n=61) у динаміці лікування, середина лютеїнової фази циклу**

Показник	До лікування	Через шість місяців лікування
Індекс резистентності	0,569±0,003	0,532±0,002*
Максимальна систолічна швидкість (см/с)	11,75± 0,068	12,49± 0,036
Товщина ендометрія, мм	9,23±0,6	9,78±0,46
Біофізичний профіль матки, бали	15,4±0,6	16,9±0,6

Примітка: \* – різниця вірогідна відносно показника до лікування, p<0,05

Таблиця 3

**Порівняння методів терапії в пацієнок із недостатністю лютеїнової фази на тлі перенесених запальних процесів геніталій, після лікування, абс.ч. (%)**

Показник	Стандартна терапія (група порівняння) n=61	Запропонований нами комплекс n=31
Регулярний цикл	50 (81,9)	30 (97,46) *
Наявність передменструальних кровомазань	7 (11,47)	1(2,53)
Наявність мастодинії	25 (41)	2 (8,22) *
Наявність масталгії	25 (41)	1 (3,79) *
Відновлення ангиогенезу в яєчниках	19 (31,15)	25 (81,64) *
Відновлення ангиогенезу в матці	24 (39,35)	26 (84,17) *

Примітка: \* – різниця вірогідна відносно показника групи порівняння, p<0,05

Натомість після проведеного лікувального комплексу відновлення ангіогенезу в яєчниках спостерігалось у 81,6 % пацієнок та у 84,1 % пацієнок у матці, що майже у 2,5 раза перевищувало показники в групі порівняння. Також достовірно вищу ефективність запропонований комплекс виявив відносно динаміки клінічних симптомів НЛФ.

Таким чином, важливою умовою досягнення стійкого клінічного ефекту та профілактики розвитку НЛФ, пов'язаної з перенесеними запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів є етіопатогенетична корекція чинників протягом всього періоду лікування.

#### **Висновок**

Висока ефективність розробленого індивідуального двохетапного лікування НЛФ зумовлена комплексним використанням імуномодулюваль-

них, ангіопротекторних, гормональних препаратів та фізіотерапевтичних засобів на всіх етапах лікування.

#### **Література**

1. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие / Е.Б.Рудакова, С.И.Семенченко, О.Ю.Панова, Н.В.Кучинская // Гинекология. – 2004. – Т. 6, №3. – С. 132-136.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Серова О.Ф. и соавт. Недостаточность лютеиновой фазы: определение, диагностика и дифференцированное лечение. Информационное письмо. – Москва, 2004.
3. Pritts A., Atwood A.K. Luteal phase support in infertility treatment: a meta-analysis of the randomized trials // Human Reproduction. – 2002. – V. 17, № 9. – P. 2287-2299.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛУТЕИНОВОЙ ФАЗЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ**

*О.В.Булаченко, Е.В.Бурлака, Е.Л.Лёвкина*

**Резюме.** Доказаны преимущества двухэтапного этиопатогенетического лечения недостаточности лютеиновой фазы у женщин на фоне перенесенных воспалительных заболеваний внутренних половых органов с использованием комплекса иммуномодулирующих, ангиопротекторных, гормональных препаратов и физиотерапевтических методов.

**Ключевые слова:** недостаточность лютеиновой фазы, воспалительные заболевания внутренних половых органов, двухэтапное лечение.

### **PECULIARITIES OF PREGRAVID PREPARATION OF WOMEN WITH LUTEIN PHASE INSUFFICIENCY FOLLOWING ENDURED INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALS**

*O.V.Bulavenko, O.V.Burlaka, O.L.Liovkina*

**Abstract.** The advantages of a 2-stage ethiopathogenetic treatment of lutein phase insufficiency against a background of sustained inflammatory processes of the internal genital organs, using a complex of immunomodulating angioprotective, hormonal medications and physiotherapeutic modalities have been corroborated.

**Key words:** lutein phase insufficiency, inflammatory diseases of internal genital organs, two-stage treatment.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Рецензент – доц. Дикусаров В.В.

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol.12, №1. – P.179-182

Надійшла до редакції 20.02.2008 року