

тканин порожнини рота у пацієнтів дошкільного віку з різними варіантами СЗВУР в анамнезі. Обстежено 39 дітей з затримкою внутрішньоутробного розвитку в анамнезі. Проведені клінічні та статистичні методи дослідження. Проведені дослідження виявили високу поширеність захворювань щелепно-лицьової ділянки у дітей які народилися із затримкою внутрішньоутробного розвитку. Зроблено висновок про те, що найбільші порушення зубощелепної системи при затримці внутрішньоутробного розвитку було виявлено при симетричному варіанті перебігу даного захворювання.

Ключові слова: синдром затримки внутрішньоутробного розвитку, ротова порожнина, тимчасовий прикус.

Стаття надійшла 20.03.2013 р.

peculiarities of the oral cavity condition in preschool age patients with intrauterine growth retardation in past history. 39 patients with intrauterine growth retardation in past history were examined. The clinical, statistical methods were held. Studies have shown a high prevalence of the maxillofacial region disorders in children with the history of intrauterine growth retardation. The most considerable violations were found in patients with symmetrical form of intrauterine growth retardation.

Key words: intrauterine growth retardation syndrome, oral cavity, primary dentition.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК: 618.14-07-089

А.М. Громова, О.С. Афанасьєва, В.Б. Мартиненко, О.А. Громова
ВДІЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Поділля

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ

Метою нашої роботи було, оцінити ефективність комбінованої резекції ендометрію, як методу лікування гіперплазії слизової оболонки матки. Таким чином, комбінована резекція ендометрія має дещо більшу ефективність – 88,0% порівняно з гормональною терапією, де цей показник склав 63,4%. Важливим моментом є те, що гормональна терапія супроводжується великою кількістю негативних побічних ефектів та вимагає безперервного прийому препаратів протягом тривалого періоду. Методика комбінованої резекції ендометрія дозволяє весь терапевтичний діапазон обмежити двома – чотирма днями госпіталізації з мінімальною кількістю негативних побічних ефектів.

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, гіперпластичні процеси ендометрія, гістероскопія, комбінована резекція ендометрія.

Зростання частоти патології ендометрія обумовлює необхідність глибокого вивчення даної проблеми та подальшого вдосконалення методик лікування. Значне погіршення показників здоров'я населення, обмежує можливість застосування гормонотерапії. Тому при наявності протипоказань до гормонотерапії, при її неефективності, або при типових формах ГПЕ методом вибору нерідко стає оперативне лікування в об'ємі гістеректомії [7,11,12]. Альтернативним хірургічним методом лікування ГПЕ є деструкція слизової оболонки матки за допомогою різних фізичних і хімічних факторів [3,8,10]. Трансцервікальні електрохірургічні та лазерні методики лікування ГПЕ останнім часом набули широкого застосування [9,13]. В основі вищезазначених методів лікування є руйнування базального шару ендометрія та залоз. Вагомою перевагою гістероскопічної хірургії є збереження здорових тканин матки при радикальному впливі на патологічно змінені тканини.

Дані літератури про ефективність трансцервікальних електрохірургічних методик досить різноманітні і складають від 60% до 98% [2,4,5].

Застосування гістероскопічних методик в лікуванні доброякісних захворювань слизової оболонки матки дозволили знизити рівень травмуючих радикальних втручань в Україні на 30% - 75% серед жінок з вищезазначеною патологією [1,6]. Одним з основних принципів ендохірургії є чітка візуалізація, яка забезпечується адекватним розширенням порожнини матки. Електрохірургічні маніпуляції в порожнині матки, як і лазерна деструкція ендометрія, здійснюються в умовах безперервно – проточної рідиної гістероскопії. Сумлінне дотримання відповідних правил проведення гістероскопічного втручання дозволяє максимально знизити рівень ускладнень.

Метою роботи було, оцінити ефективність комбінованої резекції ендометрію, як методу лікування гіперплазії слизової оболонки матки.

Матеріал та методи дослідження. Для виконання поставленої мети нами проведено комплексне, загальне клініко-лабораторне обстеження 55 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія. Окрім загально-клінічного обстеження усім хворим проводилися ультразвукове, патоморфологічне дослідження, отриманого матеріалу в ході гістероскопічних операцій.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежені жінки були поділені на 2 групи. У першу ввійшли 25 жінок з ГЕ, яким виконана резекція ендометрія; у другу підгрупу – 30 жінок з ГЕ, яким була проведена гормональна терапія. У 21 жінки була діагностована та гістологічно підтверджена проста не атипова (38,2%), у 25 комплексна не атипова (45,5%) ГЕ, у 3 проста атипова (5,4%) та у 6 (10,9%) комплексна атипова ГЕ.

Характерною гістероскопічною ознакою гіперпластичних змін слизової матки було виражене її потовщення та надмірна складчастість, що рівномірно розподілялись по всій порожнині матки у 20 жінок (36,4%), у 15 хворих (27,3%) – по задній стінці матки, у 13 жінок (26,3%) – на бокових стінках порожнини матки та в ділянці перешийка та у 7 пацієнток (12,7%) вищезгадана гістероскопічна ознака виявлялась в ділянці маткових труб та дна матки, що характерно було для пацієнток, яким гістероскопічне дослідження проводилося на фоні довготривалих кров'яних виділень. Васкуляризація ендометрія була більш інтенсивною з підвищеною капілярною щільністю, з вираженим судинним малюнком при гістероскопії. Дифузними зміни були виявлені у 39 жінок (70,9%), та очагові у 16 пацієнток (29,1%). У 17 хворих, що складало 30,9% гіперпластичні зміни ендометрія супроводжувалися наявністю поверхневих кістозних структур слизової оболонки матки.

При атипових формах гіперпластичних процесів ендометрія були наявні ділянки патологічного розростання ендометрія – залозисті, поліпоподібні, бліді з сіруватим або жовтуватим відтінком. При застосуванні

діагностичного прийому (інструментальної пальпації) спостерігалися підвищена кровоточивість слизової оболонки матки, при наблизеній візуалізації – нерівномірний судинний малюнок.

При патогістологічному дослідженні гістероскопічний діагноз був підтверджений у 96,4% випадків, у 3,6% поліпи ендометрія, що мали гістероскопічні ознаки фіброзно - залозистої структури гістологічно були віднесені до залозистих.

Показаннями до застосування гістероскопічної методики лікування гіперплазії слизової оболонки матки були: неефективність проведених раніше курсів гормонотерапії – 8 жінок (32,0%); неможливість гормонального лікування за наявності супутньої екстрагінетальної патології 7 жінок (28,0%), відмова від гормонального лікування та гістеректомії – 10 жінок (40,0%). Важливе значення в виборі методики лікування та прогнозуванні віддалених результатів резекції ендометрія, мали розміри матки, що визначались за даними бімануального гінекологічного обстеження відповідно гравідарним стандартам розмірів досліджуваного органу та УЗД. Середні розміри матки були: довжина тіла матки $69,8 \pm 5,2$; передньо – задній розмір $59,5 \pm 3,4$; ширина порожнини матки $67,8 \pm 3,2$; М – ехо $11,2 \pm 3,5$. Методика комбінованої резекції ендометрія.

Операцію проводили в умовах постійно – проточної рідинної гістероскопії, починаючи з коагуляції маткових труб кулеподібним електродом діаметром 2мм у режимі «коагуляція», з потужністю струму 70 – 80 Вт. За умови наявності патологічних утворень в ділянці маткових труб (поліпів) застосовали електрод «пряма петля» в режимі «різання» з потужністю струму 100 Вт. Наступним етапом операції була коагуляція ділянки дна матки електродом «бочка» з потужністю струму 70 – 80 Вт., після чого проводили резекцію ендометрія електродом «петля» 4мм в режимі «різання» з потужністю струму 100 Вт, починаючи з задньої стінки матки, потім бокових, та в останню чергу, передню стінку матки. Ендометрій зрізали до прилягаючого шару міометрія стружкоподібно (можливий захват тонкого шару міометрію) до ділянки внутрішнього вічка в напрямку з гори до низу. Ділянку, прилягаючу до зовнішнього вічка обробляли кулеподібним або електродом «бочка» в режимі коагуляція. Закінчували операцію з ретельним контролем гемостазу та коагуляцією ділянок кровотечі в режимі коагуляції шароподібним або електродом «бочка», з потужністю струму 70 – 80 Вт. (фото 1, 2, 3).

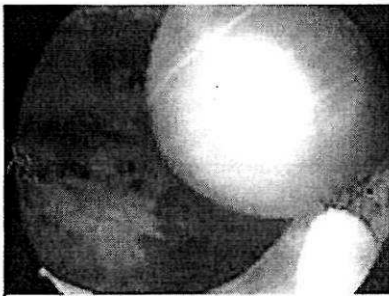


Фото 1: Кулеподібний електрод, ділянка внутрішнього вічка.

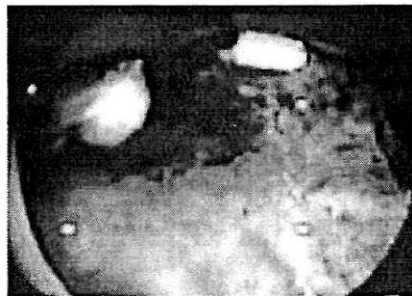


Фото 2: Електрод «бочка», коагуляція дна матки.

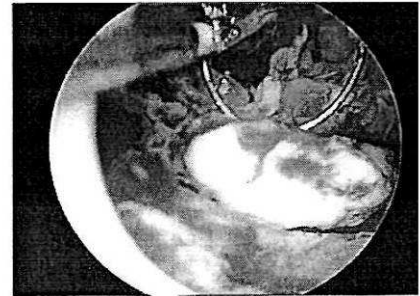


Фото 3: Електрод «Петля», задня стінка матки.

Середня тривалість операції: комбінована резекція ендометрія – $17 \pm 3,03$ хв.; комбінована резекція ендометрія + ліквідація супутньої внутрішньо- маткової патології – $22,3 \pm 7,58$ хв.

Всі пацієнтки, яким була проведена комбінована резекція ендометрія отримували моно компонентну антибактеріальну терапію, переважна більшість одноразово інтраопераційно (80,4%). Лише 4 жінкам (16,0%) антибактеріальна терапія була подовжена до 3 діб, що було обумовлено наявністю помірної гіпертермії, що не перевищувала $37,6$ °С. Загальний стан всіх хворих після комбінованої резекції ендометрія визначався як задовільний, через годину після втручання повністю відновлювалася фізична активність. 9 пацієток (36,0%) в післяопераційному періоді відчували помірний біль, що легко знімався при застосуванні не наркотичних анагетиків. Всі пацієнтки були виписані на 2 – 4 добу після операції.

Ехографічний контроль здійснювали 1 раз на місяць протягом трьох місяців, потім 1 раз у 3 місяці. За нормальний показник вважали М – ехо до 4 мм. При цьому неоднорідність М – ехо після перенесеної резекції не повинна сприйматись як патологія. Розвиток внутрішньоматкових сінехій та фіброзу стінок матки (як наслідок опіку, після комбінованої резекції ендометрія) при УЗД сприймається як неоднорідність. При підвищенні за даними УЗД М – ехо понад 3 – 4 мм через 4 – 6 місяців після операції виконували діагностичну аспіраційну біопсію ендометрія. Відсутність ефекту від проведеного гістерорезектоскопічного лікування, за даними гістологічного дослідження була підставою для здійснення повторної гістероскопії та резекції проліферативно активних ділянок ендометрія.

Згідно результатів гістологічного дослідження у більшості жінок (68,0%) ендометрій характеризувався як не функціонуючий з локальним фіброзом стромы. У 20,0% на фоні вищеописаної гістологічної картини виявлялися ділянки проліферації. Гіперплазія слизової оболонки матки була виявлена у 12,0%, яким була проведена повторна резекція патологічно змінених ділянок ендометрія.

30 хворим, з ГПЕ (II група) була проведена схематична гормональна терапія, згідно з рекомендаціями протоколу №676, затвердженого наказом МОЗ України від 31.12.2004р.

Першим етапом лікування було видалення гіперпластичного зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням. На другому етапі лікування всім жінкам була призначена гормональна терапія гестагенними препаратами. На третьому етапі проводилася нормалізація гормонального статусу з метою попередження гіперестрогенії. Жінкам репродуктивного віку було призначено комбіновані оральні контрацептиви в циклічному

режимі (етінієстрадіол 0,03мг + дієногест 2,0мг) протягом 6 місяців. Жінкам перименопаузального віку була запропонована підтримуюча терапія із застосуванням агоністів ГнРГ. Об'єктивна оцінка ефективності лікування визначалася за допомогою УЗД через 1, 3, 6, та 12 місяців лікування, відсутності гіперплазії ендометрія в біоптаті слизової оболонки матки через 3 місяці, гістологічному підтвердженні атрофічних змін ендометрія через 6 та 12 місяців.

Ефективність призначеної гормональної терапії склала 83,4%. Рецидив захворювання протягом перших трьох місяців мав місце у (3,3%), з 4 по 6 місяць лікування (10,0%), та за період з 7 по 12 місяці рецидив гіперпластичних процесів ендометрія діагностовано у 3,3%. Тобто, лікування виявилось не ефективним у 16,6% хворих.

Висновок

Таким чином, комбінована резекція ендометрія має дещо більшу ефективність – 88,0% порівняно з гормональною терапією, де цей показник склав 63,4%. Важливим моментом є те, що гормональна терапія супроводжується великою кількістю негативних побічних ефектів та вимагає безперервного прийому препаратів протягом тривалого періоду. Не слід забувати про економічний бік питання. Тобто, пацієнти вимушені більше ніж пів року бути залежними від свого фізичного стану, що є досить негативним психоемоційним моментом і часто стає причиною відмови жінок від даного виду лікування. Методика комбінованої резекції ендометрія дозволяє весь терапевтичний діапазон обмежити двома – чотирма днями госпіталізації з мінімальною кількістю негативних побічних ефектів, та паралельно дає можливість позбавити жінок від супутньої внутрішньоматкової патології (поліпів ендометрія, підслизових міоматозних вузлів, внутрішньоматкових сінехій), що безумовно, робить цей метод лікування оптимальним для багатьох пацієнтів з гіперпластичними процесами ендометрія.

Література

1. Адамьян Л.В. Лапароскопический и гистероскопический доступы при органосохраняющих операциях у больных миомой матки / Л.В. Адамьян, С.И. Киселев, З.Р. Зурабиани // - М., 1997. – Ч.1. - С. 200 – 205.
2. Адамьян Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки: практическая гинекология (клинические лекции) / Л.В. Адамьян, Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселев [и др.] // - М.: МЕД – прессинформ, 2001. – С. 893 – 1115.
3. Голиков Г.Я. Диагностическая и хирургическая эндоскопия в лечении гинекологических заболеваний / Г.Я. Голиков, Т. Н. Демьянова, Н.Л. Богданова [и др.] // - М., 2005. – С. 360 – 361.
4. Казаков Б.И. Гистерорезектоскопический метод лечения субмукозной миомы матки / Б.И. Казаков, Т. А. Казакова, Е.А. Кузьменко [и др.] // - Москва, 1997. – С. 215 – 216.
5. Кулаков В.И. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : руководство для врачей / В.И. Кулаков, Л.В. Адамьян // - М. : Медицина, 1998. – 536 с.
6. Казарян Л.С. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии с оценкой качества жизни у больных подслизистой миомой матки и гиперпластическими процессами в эндометрии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Л.С. Казарян // - М., 2002. – 30 с.
7. Фролова Н.Б. Совершенствование лечебной тактики ведения пациенток с гиперплазией эндометрия в репродуктивном возрасте и пременопаузе: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Н.Б. Фролова // - Омск, 2010. – 139 с.
8. Marjoribanks J. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding / J. Marjoribanks, A. Lethaby, C. Farquhar // Cochrane Database Syst Rev. – 2006. – Vol. 19, N 2. – P. 3855 – 3856.
9. Ravi B. Safety and efficacy of hysteroscopic endomyometrial resection – ablation for menorrhagia / B. Ravi, H. Schiavello, P. Chandra [et al.] // J Reprod Med. – 2001. – Vol. 46, N 8. – P. 717 – 723.
10. Scrimin F. Is resectoscopic treatment of atypical endometrial polyps a safe option? / F. Scrimin, F. P. Mangino, U. Wiesenfeld [et al.] // Am J Obstet Gynec. – 2006. – Vol. 195, N 5. – P. 1328 – 30.
11. Trope C.G. Endometrial hyperplasia – diagnosis and treatment / C.G. Trope, C. Marth, M. Scheistroen [et al.] // Tidsskr Nor Laegeforen. – 1999. – Vol. 119, № 14. – P. 934 – 38.
12. Uno L.H. Morphologic hysteroscopic criteria suggestive of endometrial hyperplasia / L.H. Uno, O. Sugimoto, F.M. Carvalho [et al.] // Int J Gynaecol Obstet. – 1995. – Vol. 49, N 1. – P. 35 – 40.
13. Valle R.F. Rollerball endometrial ablation / R.F. Valle // Baillieres Clin Obstet Gynaecol. – 1995. – Vol. 9, N 2. – P. 299 – 316.

Реферати

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Громова А.М., Афанасьева О.Е., Мартыненко В.Б., Громова О.Л.

Целью работы было, оценка эффективности комбинированной резекции эндометрия, как метода лечения гиперплазии слизистой оболочки матки. Таким образом, комбинированная резекция эндометрия имеет несколько большую эффективность – 88,0% в сравнении с гормональной терапией - 63,4%. Важным моментом является то, что гормональная терапия сопровождается большим количеством негативных побочных эффектов и требует непрерывного приема препаратов в течение длительного времени. Методика комбинированной резекции эндометрия позволяет весь терапевтический диапазон ограничить двумя – четырьмя днями госпитализации с минимальным количеством негативных побочных эффектов.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, гиперпластические процессы эндометрия, гистероскопия, комбинированная резекция эндометрия.

Статья надійшла 18.02.2013 р.

MINIMAL INVASIVE SURGERY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY

Gromova A.M., Afanaseva O.E., Martynenko V.B., Gromova O.L.

Goal of work was assessment of efficiency of the combined resection of the endometrium, as a treatment for endometrium hyperplasia. Thus, the combined resection of the endometrium has a few more efficiency - 88,0% compared to hormone therapy - 63,4%. The important point is that hormone therapy accompanied by a number of negative side effects and requires continuous use of the drugs for a long time. allows the entire therapeutic range limited to two - four days of hospitalization with a minimum of negative side effects

Key words: endometrial hyperplasia, endometrial hyperplastic processes, hysteroscopy, endometrial resection combined.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 618.39-071

А.М. Громова, О.Е. Афанасьева, В.Б. Мартыненко, О.Л. Громова
ВНЦЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава