

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ali Zeki Naji* Enhance and Prove Diagnosis of Chronic Endometritis with CD-138 Immunostain *Medical Journal of Babylon-2012 - Vol. 9- No. 3*
2. *Eckert L.O., Hawes S.E.* Endometritis: The clinical-pathologic syndrome. // *Am J Obstet Gynecol.* – 2002. – №186 (4). – С.690–695.
3. *Johnston-MacAnanny E.B., Hartnett J. et al.* Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization // *Fertil. Steril.* – 2010. – Vol. 93, №2. – P. 437–441.
4. *Kitaya K, Yasuo T.* Immunohistochemical and clinicopathological characterization of chronic endometritis. // *Am J Reprod Immunol.* – 2011. - №66. – P.410-415.
5. *Kitaya K.* Prevalence of chronic endometritis in recurrent miscarriages // *Fertil. Steril.* – 2011. – Vol. 95, №3. – P. 1156–1158.
6. *Sharkey AM, Smith SK.* The endometrium as a cause of implantation failure. // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynecology.* – 2003. - №17 (2). – P.289–307.
7. *Кузнецова А. В.* Хронический эндометрит. // *Арх. патол.* – 2000. – №3 (62). – С.48–52.
8. *Сухих Г.Т., Шуршалина А.В.* Хронический эндометрит: руководство // М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2013. – 64 с.
9. *Хашукоева А.З., Цомаева Е.А., Водяник Н.Д., Хлынова С. А.* Хронический эндометрит – проблема и решения. // *Гинекология Коллоквиум.* – 2012. – №3. – С. 34–38.

УДК 618.14-003-07-02-092

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННІ ЗОВНІШНІХ ФОРМ ЕНДОМЕТРІОЗУ

*ТАТАРЧУК Т.Ф., ЗАХАРЕНКО Н.Ф., КОВАЛЕНКО Н.В.,
МАНОЛЯК І.П., КОВБАСІЙ В.П.*

м. Київ

Враховуючи лавинне зростання частоти ендометріозу серед жінок репродуктивного віку та необхідність постійного активного корегуючого нагляду, що включає довготривале лікування до настання клімаксу, надзвичайно актуальним завданням є розробка не лише адекватних патогенетичних схем медикаментозного лікування цієї патології, а й застосування, при необхідності ефективних сучасних методик хірургічного лікування з мінімальною травмуючою дією на оточуючі здорові тканини [1,2,3,4].

Матеріали і методи дослідження

З метою вдосконалення хірургічної тактики при лікуванні пацієнток з зовнішніми формами ендометріозу (ендометріоз додатків, очеревини), нами було виділено 2 групи хворих. Обидві групи жінок в якості передопераційної підготовки отримували аналоги гонадотропін-релізінг- гормону (Диферелін 3,75мг) протягом 2 міс. з метою покращення технічних умов для операції й відповідно, зменшуючи час операції та кількість післяопераційних ускладнень. Першу групу (I - 45 жінок репродуктивного віку) було прооперовано лапароскопічним доступом із застосуванням загальноприйнятої методики (моно-та біполярна коагуляція), другу групу пацієнток (II - 42 жінки репродуктивного віку), прооперували лапароскопічно з використанням високочастотного зварювання тканин та аргоноплазмової коагуляції.

Застосовуючи високочастотне зварювання зважали на його мінімальний термічний ефект, який забезпечує відсутність загибелі клітин та прискорену регенерацію тканин в зоні коагуляції і сприяє збереженню функціональної активності органа та зменшенню імовірності виникнення злукових ускладнень.

Використання аргано-плазмової коагуляції (АК) під час хірургічного втручання забезпечувало ефективну та швидку коагуляцію (що важливо для видалення поверхневих вогнищ ендометріозу на очеревині), відсутність карбонізації та сприяло більш швидкому загоєнню при мінімальній травматизації оточуючих тканин.

З метою порівняння ефективності застосовуваних методик в обох досліджуваних групах ми вивчали такі показники як тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, тривалість після операційної лихоманки та больового синдрому в післяопераційному періоді а також термін перебування в стаціонарі. В післяопераційному періоді всім пацієнткам пропонувалось застосування розробленого медикаментозного комплексу на 6 місяців (дієногест, ноофен, пентоксифілін, L-аргінін).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз тривалості операції в обох групах пацієнток показав вірогідне її зниження (у I - групі - $69,4 \pm 8,5$ хв., у II-групі - $43,4 \pm 8,5$ хв.) при застосуванні удосконаленої хірургічної методики (рис.1.)

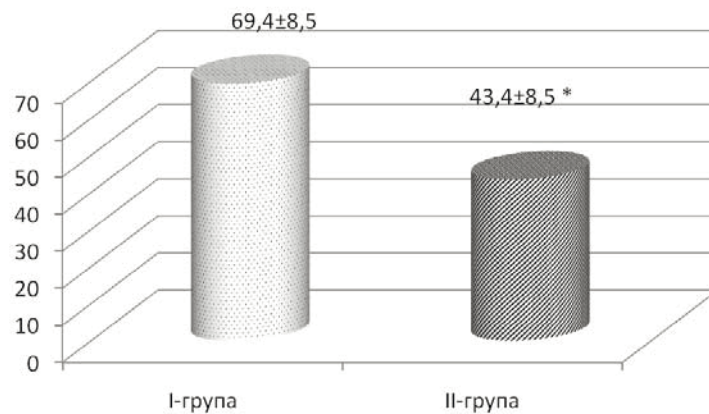


Рис.1. Середня тривалість операцій (хв.).

Примітка.* - різниця вірогідна відносно показника у I-групі ($p < 0,05$)

Вірогідна різниця була відмічена нами й стосовно інтраопераційної кровотечі (рис.2.). Серед пацієнток I групи вона складала $215,8 \pm 10,3$ мл тоді як в II групі цей показник був вірогідно нижчим – $150,4 \pm 8,1$ мл ($p < 0,05$).

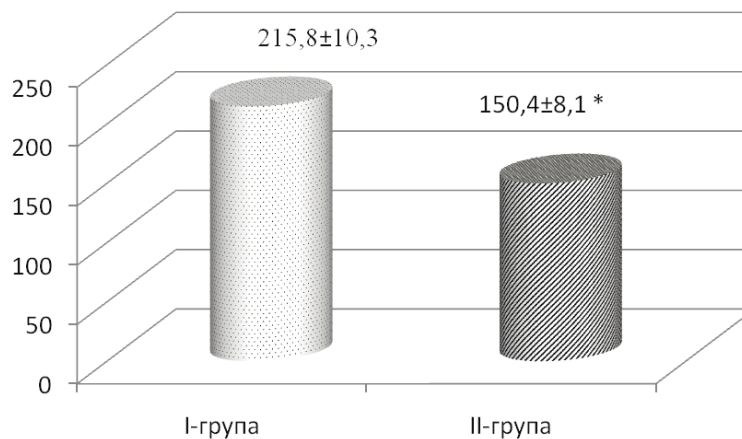


Рис.2. Інтраопераційна крововтрата, мл.

Примітка.* - різниця вірогідна відносно показника у I-групі ($p < 0,05$)

Щодо середньої тривалості больового синдрому, то цей показник також вірогідно зменшився із застосуванням розробленої методики (рис.3). Так, серед жінок II групи він був $3,2 \pm 0,6$ год., тоді як в I групі – $7,2 \pm 1,3$ год. ($p < 0,05$). Слід зазначити також що із застосуванням нової хірургічної тактики дещо зменшився період післяопераційної лихоманки: в II групі жінок він склав $1,1 \pm 0,4$ дн., тоді як серед жінок I групи був $1,9 \pm 1,1$ дн. ($p < 0,05$).

Аналізуючи середню тривалість перебування хворих в стаціонарі (рис.4), ми спостерігали суттєве зниження термінів перебування пацієнок II групи ($3,2 \pm 0,61$ дн.) проти тривалості знаходження в стаціонарі жінок I групи ($5,43 \pm 0,13$ дн.).

Таким чином, час операції скоротився майже на 25% відносно групи порівняння з використанням загальноприйнятих методик, вдвічі скоротився час післяопераційного больового синдрому, зменшився й час перебування хворої в стаціонарі приблизно на 20%.

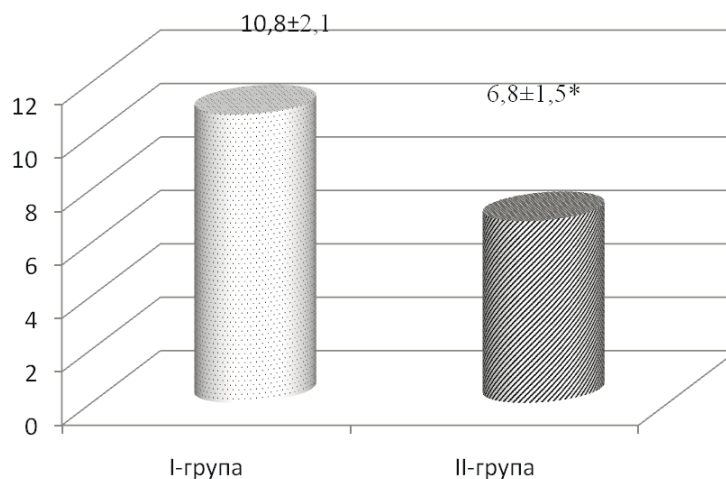


Рис.3.Середня тривалість больового синдрому в післяопераційному періоді (год.).

Примітка. * - різниця вірогідна відносно показника у I-групі ($p < 0,05$)

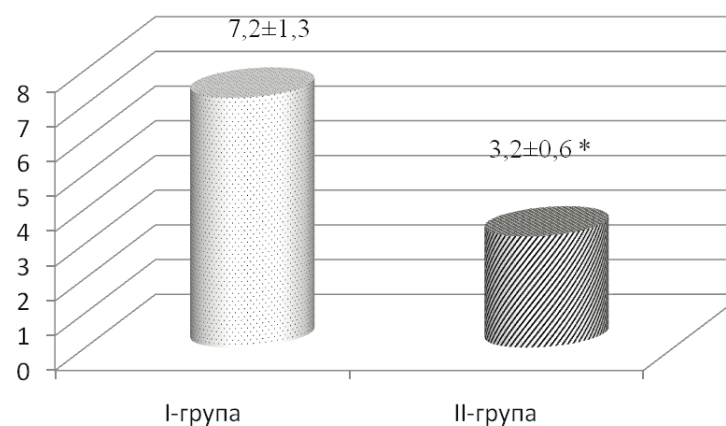


Рис.4. Середня тривалість перебування в стаціонарі (дні).

Примітка. * - різниця вірогідна відносно показника у I-групі ($p < 0,05$)

Висновки

Отже, зважаючи на отримані результати, можна зробити висновок, що застосування новітніх методик (біозварювання та аргоно-плазмова коагуляція) вкрай важливе для лікування зовнішніх форм ендометріозу та є безумовною технічною перевагою, особливо в групі жінок репродуктивного віку, що мають репродуктивні наміри, з огляду на оптимальний стан біологічних тканин після операції за використання даного виду енергії.

Лонгітудинальне спостереження за пацієнтками досліджуваних груп протягом року підтвердило стійку клінічну ефективність удосконалених схем лікування у 84% жінок проти 60% при стандартних підходах в лікуванні, а також зниження частоти рецидивів у 3,4 рази та відновлення фертильності у 34% жінок з ендометріозом.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Адамян Л.В., Гаспарян С.А.* Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему // Ставрополь, 2004. – 156с.
2. *Вовк І.Б., Кондратюк В.К., Чубей Г.В., Захаренко Н.Ф.* Лікування геніального ендометріозу від еволюції до революції (огляд літератури) // Здоровье женщины . -№4, 2009. -С.40-43.
3. *Versellini P.* Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence / *Versellini P., Somigliana E., Daguati R., Vigano P., Meroni F., Crosignani P.G.* // *Am J Obstet Gynecol.* – 2008. – vol.198. – P.5041-5.
4. *Winkel C.A.* Medical and surgical therapies for pain associated with endometriosis / *Winkel C.A., Scialli A.R.* // *J. Women's Health GenderBased Med.* -2001. –Vol.10. – P. 137–162.

УДК 616-053.7-055.23(477)

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ УКРАЇНИ

*ТАТАРЧУК Т.Ф., ШКІРЯК-НИЖНИК З.А.,
СІЛІНА Н.К., КАЛУГІНА Л.В.*

м. Київ

В останні роки спостерігаються зміни медико-демографічної ситуації в Україні, які проявляються в погіршенні репродуктивного здоров'я жінок юнацького та зрілого віку [1,4]. Адже, саме забезпечення та збереження здоров'я дівчаток-підлітків безперечно є важливим та перспективним внеском до репродуктивного, інтелектуального, економічного та політичного резерву суспільства.

Як відомо, усі дорослі проблеми мають глибокі коріння у дитинстві. Формування стану здоров'я дитини починається задовго до народження у залежності від стану здоров'я батьків та умов народження, забезпечуючи «здоровий старт життя» [5]. В Україні особливу тривогу викликає зростання поширеності ожиріння, групи часто хворюючих дітей, патології щитовидної залози, ріст раку шийки матки, а також сексуальної активності підлітків та недостатня їх підготовленість до захищених статевих стосунків, що в свою чергу призводить до порушення менструальної функції, безпліддя та невиношування вагітності [3,4]. Суттєвий вплив на стан репродуктивного здоров'я майбутньої жінки мають вагітність та особливо аборти у підлітковому віці. На сьогоднішній день, за даними офіційної статистики в Україні щорічно реєструється більш як 10 тисяч випадків вагітностей серед дівчат до 17 років та третина з них закінчується абортами.

У віці 12-14 років дівчата фізично змінюються: виглядають старшими, набувають зрілості в статевому плані, тощо. Але більшість із них залишається морально, психологіч-