

2. Лаптев А.П. Практикум по гигиене: пособие для ин-тов физ. культуры / А.П. Лаптев, И.Н. Малышева. – Москва: Физкультура и спорт, 2010.

3. Агаджанян Н.А. Биоритмы, спорт, здоровье / Н.А. Агаджанян, Н.Н. Шабатура. – Москва: Физкультура и спорт, 2012.

4. Музалева В.Б. Динамика адаптивных реакций организма мальчиков с нарушениями функциональной подвижности позвоночника в условиях применения оздоровительных технологий / В.Б. Музалева // Перспективы развития амбулаторно-поликлинической помощи в городе Тюмени: мат. конф. – Тюмень, 2004. – С. 59-60.

5. Смирнов В.М. Физиология человека / В.М. Смирнов. – Москва: Медицина, 2011. – С. 608.

Кобилінський І.А.

студент;

Ластовецька Л.Д.

кандидат медичних наук, доцент;

Камлук Т.Ф.

студент,

Науковий керівник: Курочка В.В.

кандидат медичних наук, асистент,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

СУЧАСНІ АСПЕКТИ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ. ГІСТЕРОСКОПІЧНА АБЛЯЦІЯ

Проблема гіперпластичних процесів ендометрію (ГПЕ) набуває значної актуальності в структурі гінекологічної захворюваності, оскільки є фоновим захворюванням для розвитку раку ендометрію; проявляється патологічними матковими кровотечами і вираженим больовим синдромом. Частота розвитку ГПЕ у жінок пери- та постменопаузального віку досягає 49-73% [2].

Мета лікування всіх варіантах гіперплазії ендометрію без атипії: не допустити розвитку маткових кровотеч і малігнізації даного процесу. Вибір оптимального методу лікування даної патології пов'язаний з великими труднощами, в зв'язку з наявністю в даному віці поєднаних гінекологічних захворювань та високої частоти екстрагенітальної патології. Це може бути причиною високої частоти неефективності гормональної терапії та рецидиву ГПЕ, а також протипоказанням до застосування гормональних препаратів [3].

Останнім часом значно розширився арсенал гормональних препаратів для лікування гіперпластичних процесів ендометрію, проте, у деяких хворих їх використання супроводжується змінами в системі гемостазу, негативним впливом на ендокринну систему, вірілізацією, диспепсичними явищами та ін [2].

При неефективності гормональної терапії або за наявності протипоказань до неї, методом вибору для жінок з ГПЕ, особливо в поєднанні з міомою матки чи аденоміозом, до недавнього часу вважалося хірургічне лікування в обсязі гістеректомії. Дана операція складна та травматична, не залежно від доступу

виконання, супроводжується значною кількістю ускладнень і високою частотою функціональних розладів в післяопераційному періоді [3, 4].

На даний час спостерігається тенденція до використання малоінвазивних методів оперативного лікування. З впровадженням в практику ендоскопічних технологій істотно розширився діапазон методів оперативного лікування даної категорії хворих, особливо тих, що мають супутню соматичну патологію. Одним з таких інноваційних методів лікування є абляція ендометрію, сутність якого полягає в гістероскопічному видаленні базального шару з метою досягнення аменореї [1,5].

Оптимізація діагностики та лікування ГПЕ у жінок пери- та постменопаузального віку за допомогою гістероскопії.

Матеріали та методи. Нами обстежено 90 пацієнтів з ГПЕ віком від 46 до 69 років (середній вік склав $53,2 \pm 6,8$ років), на базі КМПБ № 3 за період 2014-2016 років. Всім хворим проводилось загальноклінічне обстеження відповідно до регламентованих стандартів МОЗ України. Діагностичне обстеження проводилося з використанням ультразвукового сканування із технологією 3D/4D апаратом «Siemens» (Німеччина), гістерорезектоскопія виконувалася гістерорезектоскопом фірми «KarlStorz» (Німеччина).

Результати. На першому етапі характер патологічного процесу в ендометрії визначався шляхом проведення діагностичної гістероскопії з біопсією ендометрію чи роздільно-діагностичним вишкрібанням стінок порожнини матки з патогістологічною верифікацією діагнозу.

За даними патогістологічного дослідження виявлена патологія ендометрію була: у 27 (30%) жінок – залозисто-кістозна гіперплазія, з них залозиста гіперплазія у 19 (21,1%); у 38 (42,2%) жінок – залозисто-фіброзні поліпи, з них на тлі проліферації у 24 (26,7%), на тлі атрофії слизової оболонки тіла матки у 14 (15,5%); у 25 (27,8%) жінок – залозисті поліпи, частіше на тлі залозисто-кістозної гіперплазії.

Показанням для виконання абляції ендометрію обстежуваним жінкам було: відмова від гормональної терапії або наявність медичних протипоказань до її проведення; рецидивуючі, рясні, тривалі і часті маткові кровотечі при неефективності консервативних методів терапії; проліферативні процеси ендометрію в пери- та постменопаузальному періоді при неможливості проведення гормональної терапії; наявність протипоказань до радикального хірургічного лікування (хірургічний або анестезіологічний ризик високого ступеня).

Всі обстежені нами жінки не мали протипоказань до проведення операції.

На другому етапі проводилася гістероскопічна абляція ендометрію з наступним динамічним спостереженням. Протягом року проводили УЗД контроль стану ендометрію з визначенням М-еха (через 1, 3, 6 та 12 місяців після гістерорезектоскопії), уточнювали характер менструальної функції.

Тривалість оперативного втручання склала в середньому $36,2 \pm 8,3$ хвилини, тривалість госпіталізації $3,4 \pm 1,2$ доби. Критерієм ефективності була радикальність видалення патологічно змінених тканин, відсутність рецидивів патологічних процесів в ендометрії протягом одного року.

При гістероскопічній абляції у 81 (90%) хворих відзначалася в динаміці відсутність ендометрію за даними УЗД та зменшення розмірів матки щодо

спостереження. При контрольному обстеженні даної категорії пацієнток через 6 місяців спостерігалось у 6 (6,7%) жінок збільшене М-ехо, у 3 (3,3%) – кров'янисті виділення зі статевих шляхів, що потребувало повторного проведення гістероскопії з метою уточнення стану порожнини матки і з'ясування причини рецидиву патологічного процесу.

При контрольній гістероскопії встановлено, що на тлі синехій в порожнині матки спостерігалися ділянки ендометрію, які локалізувалися в трубних кутах матки і в зоні перешийка. Регенований ендометрій являв собою одиничні локуси блідо-рожевого кольору, оточені рубцевою тканиною. Всім хворим була виконана повторна абляція ендометрію з подальшою ретельною обробкою стінок порожнини матки шаровидним електродом. При повторному гістологічному дослідженні верифікована залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію. Причини рецидиву патологічного процесу обумовлені недостатньою деструкцією ділянки отвору маткових труб і шийково-перешийчного сегмента матки.

Аналіз виконаної роботи дозволив нам виділити групу ризику по виникненню рецидиву ГПЕ на етапі обстеження, виробити диференційований алгоритм ведення даної категорії хворих, внести корективи в оперативну техніку проведення гістероскопічної абляції ендометрію.

Висновки: 1. Дані ультразвукового дослідження дозволяють встановити анатомічні особливості патологічного процесу, змоделювати алгоритм майбутньої операції, виділити зони ризику по розвитку рецидиву.

2. Абляція ендометрію є альтернативою тривалого гормонально та радикального оперативного лікування ГПЕ в пери- та постменопаузальному періоді.

3. Гістероскопічна абляція дозволяє зменшити число радикальних втручань за рахунок зменшення травматичності, дотримання органозберігаючого принципу лікування, скорочення тривалості операції і післяопераційного періоду, зниженням ризику і частоти хірургічних та анестезіологічних ускладнень.

Список використаних джерел:

1. Бенюк В.О., Винярський Я.М., Гончаренко В.М., Курочка В.В. «Діагностичний алгоритм внутрішньоматкової патології із застосуванням гістероскопії в жінок репродуктивного віку». Здоров'я жінчини 6(42)/2009. – 54-56 с.
2. Дындарь Е.А., Бенюк В.А., Курочка В.В., Ропотан А.Г., Бабенко А.П. «Тактика ведения больных с доброкачественными процессами эндо- и миометрия» Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К. Інтермед, 2009. – С. 245-249.
3. Кілбас К.Ю., Курочка В.В., Мазманян А, Парсей Фаранак. Методи інструментальної діагностики доброякісної патології матки у жінок репродуктивного віку // Український науково-медичний молодіжний журнал. Видавництво «КІМ». № 3 2009. – С. 65.
4. Курочка В.В., Голота В.Я., Усевич І.А. Ультразвукова діагностика доброякісної патології матки у жінок репродуктивного віку. Таврический медико-биологический вестник. – Симферополь. – Издательский центр КГМУ. Том 15. – № 2, ч. 2(58). 2012. – С. 122-125.
5. Курочка В.В., Алтибаева Д.М., Ластовецька Л.Д., Щерба О.А. Гістерорезектоскопія у жінок репродуктивного віку з поєднаною доброякісною патологією матки. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медичні та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз майбутнього» м. Дніпропетровськ – 2014. – С. 78-80.