

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ЙОГО ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Тищенко Д. Р., Павлюченко М. І., Слінько О. М.
Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Генітальний ендометріоз відноситься до одних з найбільш поширених доброякісних захворювань жіночої репродуктивної системи. Медико-соціальна важливість даної проблеми обумовлена тим, що такі основні клінічні прояви генітального ендометріозу як тазовий біль, маткові кровотечі та безпліддя (первинне і вторинне) найбільш часто маніфестують саме в репродуктивному періоді, значно знижуючи якість життя жінки і її репродуктивні можливості. Саме тому питання своєчасної діагностики, вибору правильного методу лікування і впровадження методики вторинної профілактики рецидивів генітального ендометріозу є актуальними проблемами сучасної гінекології. **Мета дослідження.** Вивчення клінічних особливостей перебігу генітального ендометріозу, результатів різних, в тому числі й комбінованих, методів лікування з урахуванням аналізу даних віддалених результатів. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз даних клінічного перебігу, оперативного лікування та віддалених результатів у 95-ти пацієток з діагнозом генітальний ендометріоз, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні гінекології Запорізької обласної клінічної лікарні в період з грудня 2015 року по листопад 2017 року. Діагноз генітального ендометріозу у всіх пацієток був підтверджений на підставі даних візуальної оцінки під час проведення оперативного лікування і результатів гістологічного дослідження отриманого матеріалу. З метою оцінки віддалених результатів було проведено анкетування 35-ти пацієток в терміни після перенесеної операції від 3 місяців до 18 місяців.

Результати. Середній вік хворих склав $37,3 \pm 9,75$ року, вік пацієнок варіював від 20 до 55 років. Найбільш частими скаргами пацієнок на етапі верифікації діагнозу були – неменструальний тазовий біль (NMPP) – 74 (77,89%) пацієнта; дисменорея (тазовий біль, пов'язаний з менструацією) – 44 (46,31%). 28 (29,47%) пацієнок пред'являли скарги на рясні менструації (понад 80 мл/цикл, згідно з класифікаційною системою FIGO (PALM / COEIN), міжменструальні кров'янисті виділення - 22 (23,15%) пацієнтки, порушення регулярності менструального циклу – 12 (12,63%). У 5 (6,75%) пацієнок тривалість менструації перевищила норму (> 8 днів, згідно з класифікаційною системою FIGO (PALM/COEIN), максимальна тривалість-10днів. При аналізі локалізації ендометріодних гетеротопій нами були отримані наступні дані: ендометріоз яєчників (ендометріодні кісти) – 69 (72,6%) пацієнок; ендометріоз маткових труб – 5 (5,3%); внутрішній ендометріоз (аденоміоз) – 27 (28,4%); цервікальний ендометріоз – 1 (1,1%); ендометріоз зовнішніх статевих органів – 1 (1,1%). У досліджуваній групі був детально проаналізований больовий синдром. Загальна тривалість больового синдрому на момент госпіталізації склала: до 1 місяця – 26 (35,11%) пацієнок, до 6 місяців – 28 (37,85%), до 1 року - 9 (12,25%), понад 1 рік – 11(14,85%). Анамнестично 26 (27%) пацієнок мали нульовий паритет вагітності. Медичні аборти в анамнезі були у 38 (40%) пацієнок. Наявність хронічного запального процесу придатків матки сальпінгіт і оофорит відзначався у 24 (25,26%) пацієнок, ендометрит – 1 (1,05%), цервіцит – 1 (1,05%). Спайковий процес органів малого таза інтраопераційно відзначений у 29 (35,78%) пацієнтів. Гормональну терапію до оперативного втручання отримували 10 (10,5%) хворих, в результаті чого позитивна динаміка відзначена у 2 (20%), негативна – у 4 (40%) і була відсутня – у 4 (40%). Після проведення анкетування 35-ти прооперованих пацієнтів (терміни після перенесеного оперативного втручання 3 місяці – 1,5 року) були отримані наступні дані: відсутність активних скарг – 25 (71,42%) пацієнок, відсутність спонтанної вагітності - 1 (2,85%), наявність тягнучого болю в нижніх відділах живота – 5 (14,28%), наявність незначних перименструальних кров'яних виділень (темно-коричневого кольору) за 2-3 дні до або після очікуваної менструації – 4 (11,43%), рецидив геніального ендометріозу (збільшення розміру гетеротопій в тілі матки за даними УЗД) у 1 (2,85%) пацієнтки. Гормональна терапія була рекомендована всім пацієнткам репродуктивного віку (55 пацієнок). За результатами анкетування 35 пацієнок в післяопераційному періоді, фактично гормональну терапію отримували 9 пацієнок, серед яких 3 пацієнтки приймали діногест (2 мг, Візан), 6 пацієнок комбіновані оральні контрацептиви (КОК) – етинілестрадіол 0,03 мг і діногест 2 мг (Жанін). Середня тривалість прийому варіювала від 6 до 18 місяців. Серед пацієнок, гормональна терапія яких містила діногест, нами були отримані наступні результати: активні скарги не пред'являли 4 пацієнтки, які приймали КОК та 1 – гестаген; порушення менструального циклу спостерігалися у 1 випадку, як при застосуванні КОК, так і гестагену; неменструальний тазовий біль у 1 випадку при прийомі КОК; в 1 випадку на фоні прийому чистого гестагену спостерігалось прогресування процесу аденоміозу за даними УЗД.

Висновки.

1. Знання характерних клінічних проявів геніального ендометріозу, а також сучасних специфічних критеріїв його діагностики, дозволяє своєчасно верифікувати діагноз і призначити адекватну терапію.
2. Терапією вибору у хворих з ендометріозом яєчників є хірургічне лікування переважно лапароскопічним доступом (як критерію верифікації діагнозу, так і методу лікування).
3. Всім пацієнткам з верифікованим геніальним ендометріозом повинна бути рекомендована методика вторинної профілактики рецидиву патологічного процесу згідно з чинним Уніфікованим клінічним протоколом тактики ведення пацієнок з геніальним ендометріозом.

СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ШЕМИЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	115
Сидь Е. В., Яценко О. В. ВАРІАЦІЙ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА G-308A В ГЕНЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	116
Синайко І. А., Карабинова Ю. С. АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЄМОСТІ ГИПОТОНУСНЫМИ ДИСФОНІЯМИ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ ЗГМУ.....	116
Синайко І. А., Кришталь В. М. АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЄМОСТІ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ ГОРТАНИ ПО ДАННЫМ ЛОР- КЛИНИКИ ЗГМУ.....	117
Сінча К. А. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСІВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	118
Скрипник А. С., Дац В. В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТУЮЧИХ ФЕНОМЕНІВ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	118
Скрипникова Я. С., Бакаржі Л. Н., Гуц О. К. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ СИНДРОМУ ШЕЙТАУЕРА-МАРІ-СЕНТОНА	118
Скрипникова Я. С., Іванько О. Г. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ВИГОДОВУВАННЯ ЇХ ДІТЕЙ.....	119
Смірнова І. В., Пахолов Б. В. АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНОГО СТАЖУ СЛУХАЧІВ ЛЕКЦІЇ З ПРОБЛЕМ ЕНДОДОНТІЇ	119
Сокрут М. В., Сияченко О. В., Климовицький Ф. В., Сокрут О. П., Пилипенко В. В. РІВЕНЬ МЕТАЛІВ, ЩО МІСТЯТЬСЯ В ЕНДОПРОТЕЗАХ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ, У ВОЛОССІ ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ	119
Степанова Н. В., Скоба В. С., Скоба І. А., Прокопченко О. Є., Мікаєлян Г. Р. ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ ЗА ДОПОМОГОЮ «СІЧ - ТУРНІКЕТУ»	120
Стоян М. С., Свекатун В. Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В КОРРЕКЦИИ ГЕТЕРОХРОНИИ ОРГАНОВ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ.....	121
Стоян М. С., Свекатун В. Н. СЕЛЕКТИВНО-СЕГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ОРГАНОУНОСЯЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ.....	121
Сюсюка В. Г., Першина В. Д., Смаровоз О. О. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЇ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ, ЯКІ ОБМОВЛЕНІ ТРИВОЖНІСТЮ	121
Таланова О. С., Степанова А. О. СПІВВІДНОШЕННЯ РОЗМІРІВ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗМЕНШЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА	122
Тарасевич Т. В., Лямцева О. В., Гараханова С. З., Міняйло І. С. СИНДРОМ ПАТАУ	122
Тертишний С. І. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СТОВБУРІ МОЗКУ ПРИ ПІВКУЛЬБОВИХ ІНФАРКТАХ.....	123
Тищенко Д. Р., Павлюченко М. І., Слінько О. М. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ЙОГО ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ	123
Туманский В. А., Пирогова З. А. ПОЛИПЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: ОСОБЕННОСТИ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ И ВЕРОЯТНОСТЬ МАЛИГНИЗАЦИИ.....	124
Туманский В. А., Шаврин В. А., Туманская Л. М. ОТ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ОСНОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ К ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫМ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РАЗВИТИЯ РАКА (К 50-летию кафедры патологической анатомии).....	125
Тяглая О. С., Крайдашенко О. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ L- АРГИНИНА НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ, КОМОРБИДНОЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	126
Usachova E. V., Smyrnova Daria LIVER FAILURE ASSESSMENT ASSOCIATED WITH POLINOSA MORBILLARUM.....	126
Федорова О. П., Пахомова С. П., Дудко О. В. ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ З ПОРУШЕННЯМ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ	127
Федорова Е. П., Пахомова, С. П., Дудко Е. В. СКРИННИНГ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	127