

желчного пузиря. Результати. У всіх больних производился вертикальний разрез через пупок довжиною 2,0-2,5 см через пупок. В брюшну порожнину устанавливался порт EndoCone Carl Storz з інструментами S-portal по Dapri, виконувалась типична ХЗ. Середня тривалість операції становила 44 хв. В 18 випадках потребувався перехід (конверсія) к стандартній ЛХЗ (чотирьохпортової), из-за виражених сращений в області шийки пузиря (n=9), анатомических особностей гепато-дуоденальной зони (5), а також у пацієнтів (4) с индексом маси тіла, перевищавшим 30%. Осложнений во время операції не було. Тільки у 18 (17,3%) пацієнтів произведено дренирование брюшной порожнини. Активизация пацієнтів проводилась на следующие сутки после операції. Через 2 дні виконувалось УЗІ післяопераційної зони, отмечено у 11 (10,6%) незначительное скопление жидкости в подпеченочном пространстве не требующее пункции. Выводи Конверсия при однопортовой ХЗ с использованием стандартного лапароскопического доступа является необходимой мерой и должна выполняться в ситуациях, затрудняющих верификацию анатоми-топографических ориентиров.

ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК

Кравчук А.І.

Наукові керівники: проф. Авраменко Н. В., к.мед.н. Кабаченко О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Актуальність: В останні роки спостерігається тенденція до збільшення частоти ХЕ, що пов'язано з широким використанням ВМК, зростанням числа різноманітних внутрішньоматкових маніпуляцій, зокрема ендоскопічних методів обстеження. Хронічний ендометрит займає перше місце в структурі патологічних змін ендометрія, його розповсюдженість у жінок з безпліддям варіює від 2,8 до 68%, досягаючи максимуму при трубно-перитонеальному факторі безпліддя. Доля жінок з внутрішньоматковими синехіями на фоні хронічного ендометриту складає від 2 до 13%. У пацієнток з невдалими спробами екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) в анамнезі частота хронічного ендометриту – 30 – 60%, поліпів ендометрія – 13%, гіперплазії ендометрія – 10%. Серед пацієнток з ХЕ 97,6% складають жінки репродуктивного періоду, що підкреслює особливе значення даної патології з точки зору впливу на репродуктивну функцію. Мета роботи: проаналізувати роль хронічного ендометриту як фактору ризику мимовільного переривання вагітності, розвитку безпліддя для можливості профілактики репродуктивних втрат. Матеріали та методи дослідження: дослідженні були 155 історій вагітних жінок, поділених на дві рандомізовані групи. Першу склали 135 жінок із мимовільним перериванням вагітності і 20 випадків вагітностей, що закінчилися пологами. Крім того було обстежено 33 жінки з гіперплазією ендометрія в віці від 23 до 38 років, які були розподілені на 2 рандомізовані групи: I гр. – 20 жінок з первинним безпліддям, II гр. – 13 жінок з вторинним безпліддям. В обох групах проводилось клінічне обстеження, УЗД органів малого таза, а також проводились гістероскопія, гістологічне дослідження і визначення експресії рецепторів естрогенів і прогестерона імуногістохімічним методом. Результати: Звичне невиношування склало всього лише 7,41% (10 жінок). В контрольній групі перша вагітність закінчилась пологами в 74,66% (52). Жінок, які мали в анамнезі декілька вагітностей (пологи і аборти), було майже однаково в обох групах, трохи менше половини: в основній групі – 40,74% (55), в контрольній – 35%; мали тільки пологи – 15,56%, (21), в контрольній – в 2 р більше – 30%. Жінки, які мали тільки аборти, вагітність частіше ніж в 5 разів закінчилась пологами – в 35%, проти 6,67% (9) в основній групі. Гінекологічний анамнез обтяжений в I групі у 129 (96%) жінок, в контрольній – достовірно менше – у 15 (75%). При цьому ранній початок статевого життя, що є фактором ризику запальних захворювань статеві сфери, відмічено більше ніж у половини жінок обох груп (відповідно 61,54%, 60,00%). Гінекологічний анамнез був обтяжений майже у всіх жінок із безпліддям хронічним двостороннім сальпінгоофоритом, кольпітом (I гр. – 85%, II гр. – 76,92%). Лейоміома матки виявлена у 3 жінок (15%) із первинним безпліддям, 4 (30,77%) – із вторинним. Висновки: 1. Згідно наших досліджень відмічається тенденція зростання мимовільного переривання вагітності, що визначає актуальність цієї проблеми і потребує більш глибокого вивчення. 2. В 97% випадків вагітність переривається до 12 тижнів, питома вага замерлих вагітностей складає 43,7%. 3. Провідним фактором репродуктивних втрат в 1 триместрі вагітності є хронічний ендометрит, який підтверджується гістологічно у 84 44% випадків. 4. Хронічний ендометрит є фактором ризику розвитку первинного і вторинного безпліддя, клінічними проявами якого є порушення менструальної функції, відповідними ехографічними і гістероскопічними змінами. 5. При хронічному ендометриті спостерігається пригнічення рецепторів естрогенів і в меншому ступені рецепторів прогестерона.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЧИННИКИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ І ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Крайдашенко О.О.

Науковий керівник : проф. Доценко С.Я.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб 3

Приєднання до стенокардії напруги (СН) на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) може змінювати клінічну картину та наявність чинників кардіоваскулярного ризику (ЧКВР). Мета дослідження - вивчити особливості стенокардії напруги та ЧКВР