

Так, було визначено, що жінки контрольної групи значно вище оцінювали показники задоволеності рівнем соціо-емоційної підтримки ( $p \leq 0,0001$ ). Це може бути пов'язаним з тим, що жінки з епілепсією частіше та більше потребують підтримки близьких в складних ситуаціях і, як наслідок цього, шукають та реалізують свою потребу, вимагають потреби в емоційній підтримці. Спостерігалися відмінності між основною та контрольною групами за фактором «Особистісна реалізація». Жінки, які хворіли на епілепсію, також були більш незадоволеними рівнем фізичного благополуччя та були менше задоволені своєю загальною якістю життя.

### Висновки

Таким чином, проведене дослідження продемонструвало низький рівень задоволеності якості життя обстежених жінок, які хворіють на епілептичну хворобу в порівнянні з жінками, які епілепсією не хворіли по всіх критеріях оціночної шкали «Якість життя». Найменша задоволеність спостерігалася по критеріях фізичного, психологічного та емоційного благополуччя, самообслуговування та незалежності дій, особистісної реалізації та власне, загального сприйняття якості життя. Результати даного дослідження виявили наявність загальних патопсихологічних особливостей, характерних для епілептичної хвороби та специфіки психологічних особливостей жінок. Отримані результати слід враховувати при проведенні лікувально-профілактичних та психокорекційних заходів.

### Реферат

ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, БОЛЕЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ  
Шиндер В.В.

Ключевые слова : эпилепсия, качество жизни

В исследовании изучена интегративная оценка качества жизни пациенток с эпилепсией. Было установлено, что женщины с эпилептической болезнью характеризовались наличием неудовлетворенности по критериям физического, психологического и эмоционального благополучия, самообслуживания, независимости действий, личностной реализацией и, собственно, общего восприятия качества жизни.

### Summary

INTEGRATIVE ASSESSMENT OF LIFE QUALITY IN WOMEN WITH EPILEPSY  
Shynder V.V.

Key words: epilepsy, quality of life.

The study was devoted to the investigation of integrative assessment of the life quality of female patients with epilepsy. Women with epilepsy were dissatisfied with their physical, psychological, emotional well being, had some problems with self-service, personal activity, and the general life quality as a whole.

УДК 618.17-008.14-005.1-053:616.9

Громова А.М., Афанасьєва О.Є., Громова О. Л.

### КОМБІНОВАНА РЕЗЕКЦІЯ ЕНДОМЕТРІЯ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Метою нашої роботи було проведення порівняльного аналізу гормонотерапії та комбінованої резекції ендометрія в лікуванні не атипової гіперплазії ендометрія. Комбіновану резекцію ендометрія можливо вважати ефективним методом лікування гіперпластичних процесів ендометрія, особливо в групі жінок з високою екстрагенітальною захворюваністю та наявністю протипоказань до гормональної терапії, що надасть можливість значно знизити рівень гістєректомії.*

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, комбінована резекція ендометрія, гормональна терапія, лікування гіперплазії ендометрія.

Серед гінекологічних захворювань гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають особливе місце.

### Література

1. Міщенко Т.С. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні / Т.С. Міщенко // НЕЙРОNEWS. - 2008. - № 3 (07). — 77с.
2. Меликян Э.Г. Качество жизни в эпилептологии / Э.Г. Меликян [та ін.] // Журнал психиатрии и неврологии им. Корсакова. — 2008. - № 3. - С. 28-34.
3. Рудакова И.Г. Влияние современных противосудорожных препаратов на качество жизни больных эпилепсией / И.Г. Рудакова, О.С. Морозова, А.С. Котов // Журнал психиатрии и неврологии им. Корсакова. - 2008. - № 3. - С. 36-40.
4. Айвазян С.О. Видео – ЭЭГ – мониторинг в диагностике эпилепсии у детей / С.О. Айвазян, Ю.С. Ширяев // Журнал психиатрии и неврологии им. Корсакова. - 2010. - № 6. - С. 70-75.
5. Лікування епілепсії: гра в рулетку чи усвідомлений вибір стартового препарату? // НейроNews. - 2008. - №7. - С 21-24
6. Воронкова К.В. Современные принципы терапии эпилепсии / К.В.Воронкова [и др.] // Журнал психиатрии и неврологии им. Корсакова. - 2010. - № 6. - С. 24-36.
7. Денисов Е.М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни / Е.М. Денисов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. — № 1 (9). – С. 66-71.
8. Критерий качества жизни в психиатрической практике / [Марута Н.А. и др.]. – Харьков : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. – 240 с.
10. Харитонов В.И. Эпилепсия и коморбидные психические расстройства / В.И. Харитонов // НейроNews. - 2009. - № 8(19). - С. 13-15.
11. Mezzich Juan E. Validation of an efficient quality of life index / E. Mezzich Juan [и др.] // Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". – Hamburg, Germany, 1999. – P . 427-428.

це. Достовірно зазначено, що гіперплазія ендометрія (ГЕ) – основна та найбільш часта форма захворювань

слизової оболонки матки у жінок різних вікових груп [1, 2]. Розповсюдженість даної патології серед жінок репродуктивного віку досягає 57% та є причиною різних форм порушень менструального циклу та безпліддя, соматичних дисфункцій. Частота виявлення даної патології у хворих з матковими кровотечами в анамнезі становить 60–70% [2]. Відомо, що ГПЕ спостерігаються у будь-якому віці і передують та окремих хворих (10–20%) раку ендометрія [3, 4].

Вибір методик лікування вимагає індивідуального підходу з урахуванням віку хворої, наявності екстрагенітальної патології та багатьох інших чинників [2, 3]. Найбільш широко розповсюдженою методикою лікування є гормонотерапія – застосування агоністів гонадотропних гормонів, гестагенних препаратів та андрогенів. Консервативні методи лікування ГПЕ спрямовані як на нормалізацію гіпоталамо – гіпофізарно – яєчникової системи регуляції стану ендометрія, так і на регуляцію ритму менструацій і профілактику маткових кровотеч, які є однією з основних причин звернення жінок до гінеколога [4, 5, 6, 7].

Слід зазначити, що в сучасних умовах погіршення здоров'я населення та зниження економічних можливостей значно обмежує вибір препаратів для гормонотерапії, тому при протипоказаннях до гормонотерапії, при її неефективності або при важких формах АГЕ методом вибору для хворих із передраковими станами ендометрія нерідко стає оперативне лікування в об'ємі гістеректомії [8, 9, 10]. Альтернативним хірургічним методом лікування ГПЕ є гістероскопічна абляція ендометрія, як лазерна, так і електрорезекція або електрокоагуляція для руйнування функціонального і базального шарів ендометрія [11, 12]. В подальшому абляція ендометрія з високою ефективністю почала використовуватися у хворих з гіперпластичними процесами ендометрія без ознак атипії [12]. Численні дослідження демонструють переваги та високу ефективність цього методу лікування [12].

Метою нашої роботи було проведення порівняльного аналізу гормонотерапії та комбінованої резекції ендометрія в лікуванні неатипової гіперплазії ендометрія.

Нами було обстежено 54 жінки, що звернулися в гінекологічне відділення Миргородської ЦРЛ віком від 45 до 60 років. Пацієнтки були поділені на дві групи, в залежності від типу застосованого лікування.

*Структура супутньої екстрагенітальної патології у обстежених жінок*

ВИД ПАТОЛОГІЇ	Кількість хворих	
	Абс.	%
Артеріальна гіпертензія	7	12,9
Ішемічна хвороба серця	3	4,5
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	5	9,2
Хронічний холецистит	7	12,9
Патологія шлунково-кишкового тракту	17	31,4
Хронічний гепатит	1	1,8
Патологія щитоподібної залози	6	11,1
Патологія нирок та сечовивідних шляхів	4	7,4
Патологія органів дихання	4	7,4
Ожиріння III – IV ст.	7	12,9
Цукровий діабет II типу	2	3,7

*Характер перенесених оперативних втручань в анамнезі у обстежених хворих.*

ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ	Кількість хворих	
	Абс.	%
Апендектомія	9	16,6
Холецистектомія	1	1,6
Кесарський розтин	4	7,4
Операції на щитоподібній залозі	2	3,7
Операції на додатках матки	6	11,1
Операції на молочних залозах	1	1,8

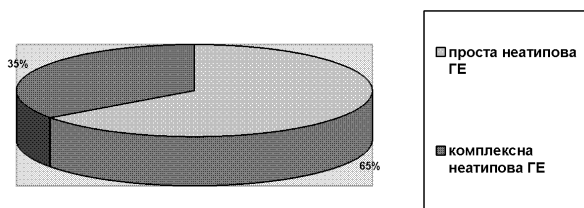
Отже, констатовано досить високий рівень екстрагенітальної патології – 49 жінок (90,7%). У багатьох хворих мала місце поєднана екстрагенітальна патологія. Абсолютні протипоказання до призначення гормональної терапії мали 7 жінок, що склало 11,3%.

Захворювання сечостатевої системи констатовано у 35 жінок, що склало 64,8%, з них хронічний сальпінгофорит мав місце в анамнезі у 14 (25,9%) жінок; діагностовані інфекції, що передаються статевим шляхом – 9 жінок (16,6%); хронічний уретрит, цистит, пієлонефрит виявлений у 5 жінок, що склало 9,2%; рецидивуючі кольпіти – 4 жінок (7,4%); ендодервікоз шийки матки мало 3 жінок – 5,5%. Поєднання хронічного сальпінгофориту та рецидивуючого кандидозного кольпіту спостерігалось у 4 жінок (7,4%), хронічного сальпінгофориту та хронічного уретриту у 3 жінок (5,5%).

Важливо зазначити, що лише 19 жінок (35,2%) не мали запальних захворювань сечостатевої системи в анамнезі. Враховуючи високу розповсюдженість запальних захворювань малого тазу серед жінок з гіперпластичними захворюваннями слизової оболонки матки пацієнткам проводилося обов'язкове бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження, виявлення збудників ІПСШ. За наявності показань курс лікування хворих включено протизапальну, десенсибілізуючу та антибактеріальну терапію.

Усім жінкам було виконано фракційно-діагностичне вишкрібання стінок цервікального каналу та порожнини матки.

**Гістологічна структура ендометрія**



Проста неатипова гіперплазія ендометрія гістологічно підтверджена у 35 жінок – 64,8%. Для неї було характерно збільшення як простих, так і стромальних елементів. Залози розташовувалися не щільно, мали округлу форму та різні за розміром. Ядра овальні, дещо витягнуті, багаті на хроматин. Поруч з базофільними клітинами зустрічалися клітини, що схожі на бульби з світлою прозорою цитоплазмою. Поруч з залозами мілкокого калібру зустрічалися в різному співвідношенні крупні та китицеподібно розширені залози.

Комплексна неатипова гіперплазія ендометрія виявлена у 19 жінок (35,2%), яка на відміну від простої неатипової гіперплазії характеризувалася тісним розташуванням залоз поширеного або вогнищевого ха-

рактеру, які щільно прилягали одна до одної з втраченою стромою між ними. Відмічалася підвищена структурна організація залоз та більш виражена багаторядність епітелію. Іншою важливою ознакою була підвищена структурна складність залоз. Ядра залишалися однорідними за розмірами та формою та зберігали нормальну полярність з віссю, що перпендикулярна базальній мембрані.

I групу склали жінки 31 жінки з гістологічно підтвердженим діагнозом гіперпластичного процесу ендометрія. До даної групи увійшли жінки, що не мали абсолютних протипоказань до гормональної терапії.

У 21 пацієнтки (77,7%) гістологічно підтверджені проста неатипова гіперплазія ендометрія та у 10 жінок (32,2%) виявлена комплексна неатипова гіперплазія ендометрія.

Всім хворим був призначений курс гормонального лікування тривалістю 6 місяців після фракційно-діагностичного вишкрібання. Ехографія через 3, 6 місяців, біопсія та гістологічне дослідження ендометрія через 3 місяця. Роздільне діагностичне вишкрібання через 6 місяців.

Режими та дози препаратів підбиралися згідно з Протоколом, затвердженим наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. №676 (дідрогестерон; медроксипрогестерона ацетат; гестонорону капроат; 17 оксипрогестерону капрон ат). Додатково за показаннями призначався курс протизапальної, імуностимулюючої, антибактеріальної та десенсибілізуючої терапії.

Об'єктивна оцінка ефективності лікування визначалася за допомогою УЗД ознак нормальної структури та товщини ендометрія через 3, 6 місяців лікування; відсутності гіперплазії ендометрія в біоптаті слизової оболонки матки через 3 місяці; гістологічному або гістероскопічному підтвердженні атрофічних змін ендометрія через 6 місяців.

Ефективність призначеної гормональної терапії склала 77,4%. Рецидив захворювання протягом перших трьох місяців мав місце у 4 жінок – 12,9%, з 4 по 6 місяць лікування у 3 жінок – 9,7%. Тобто, лікування виявилось не ефективним у 22,4% хворих.

### Побічні ефекти лікування серед жінок I групи

Вид побічного ефекту	Кількість хворих	
	Абс.	%
Психоемоційна лабільність	7	22,5
Головний біль	3	9,7
Депресія	2	6,4
Збільшення ваги тіла	11	35,5
Кровотечі, кровомазання в середині циклу	9	29,0
Нудота	6	19,3
Масталгія	3	9,7
Зниження лібідо	2	6,4

Лише у 5 (16,1%) жінок не виявлено жодного побічного ефекту, тобто 26 (83,8%) пацієнток мали певний дискомфорт протягом лікування.

До II групи увійшло 23 жінки з гістологічно підтвердженою гіперплазією ендометрія без ознак атипії та жінки з абсолютними протипоказаннями до гормональної терапії. Жінкам даної групи була запропонована комбінована резекція ендометрія.

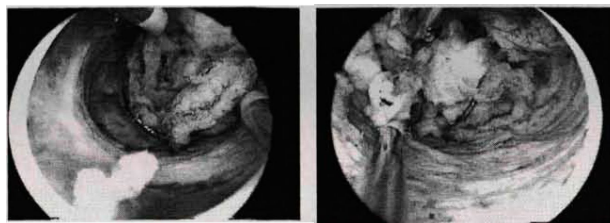
Проста неатипова гіперплазія ендометрія була виявлена у 15 жінок, що склало 65,2%, комплексна неатипова гіперплазія ендометрія – у 8 жінок (34,8%).

Показанням до виконання деструктивних мето-

дів лікування гіперплазії ендометрія без атипії були: неефективність проведених раніше курсів гормонотерапії - 11 жінок (47,8%); неможливість гормонального лікування за наявності супутньої екстрагенітальної патології 7 жінок, що склало 30,4%; відмова від гормонального лікування та гістеректомії – 5 жінки (21,7%).

### Методика комбінованої резекції ендометрія

Операцію починали з ділянки маткових труб та дна матки кулеподібним електродом діаметром 2 мм в режимі «коагуляція», з потужністю струму 50 -60 Вт, після чого проводили резекцію ендометрія електродом «петля» 4 мм в режимі «різання» з потужністю струму 100 – 110 Вт, починаючи з задньої стінки матки, потім бокові, та, в останню чергу, передню стінку матки. Ендометрій зрізали з прилягаючим міометрієм у вигляді стружки до ділянки внутрішнього зіву в напрямку з гори до низу. Закінчували операцію, помінявши електрод «петля» на шарів 4 мм, коагуляцією ділянок кровотечі в режимі коагуляції, з потужністю струму 50 -60 Вт. (Мал. 1, 2).



Мал. 1, 2. Етапи резекції ендометрія.

Після операції призначався курс протизапальної, імуностимулюючої, антибактеріальної та десенсибілізуючої терапії; за пацієнтками проводилося динамічне спостереження через 3, 6 місяців. Оцінювалися суб'єктивний стан, характер вагінальних виділень, менструальної функції проводився гінекологічний огляд, ехографічне дослідження.

Ехографічний контроль здійснюють регулярно 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 ендометрія, на нашу думку, 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 коли повинно відбутися відторгнення коагуляційного струпа виконують аспіраційну біопсію ендометрія. Патоморфологічний висновок, який свідчить про збережену проліферацію ендометрія, тобто відсутність ефекту від проведеного гістерорезектоскопічного лікування, є підставою для здійснення повторної гістероскопії.

### М-ехо після комбінованої резекції ендометрія

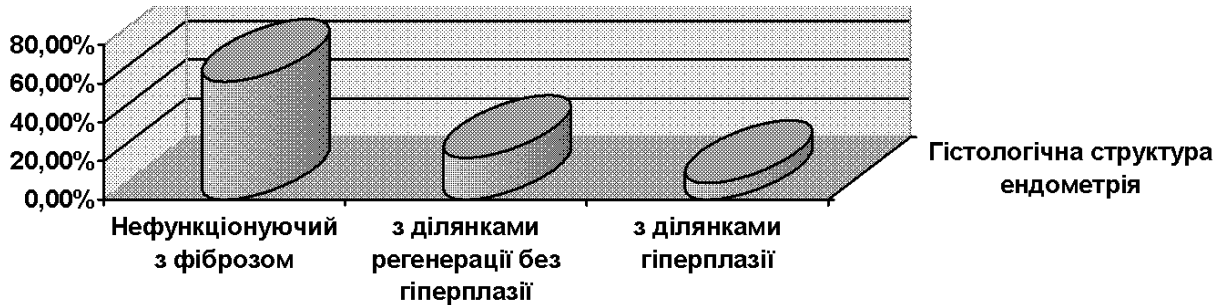
Показник М-ехо	До 3 місяців після операції		Від 3 до 6 місяців	
	Абс.	%	Абс.	%
Менше 4 мм.	22	95,7	21	91,3
Більше 4 мм.	1	4,3	2	8,7

При повторній гістероскопії на фоні гіпоменструального синдрому або патологічної маткової кровотечі

в порожнині матки виявлявся грубий злуковий процес. Менша частина стінок матки була вільна від сіне-

хій, але вкрита нерівномірно потовщеним ендометрієм з ділянками фіброзу.

*Гістологічна структура ендометрія жінок II групи після комбінованої резекції слизової оболонки матки*



Гістологічно ендометрій характеризувався як не функціонуючий з фіброзом стріми або виявлялися ділянки проліферації. Гіперплазія слизової оболонки матки була виявлена у 2 жінок (8,7%), яким була проведена повторна резекція патологічно змінених ділянок ендометрія.

*Віддалені результати комбінованої резекції ендометрія в лікуванні пацієнток з гіперплазією ендометрія*

Результат операції	Абс.	%
Загальна ефективність	20	86,9
Аменорея	15	60,9
Гіпоменорея	6	26,0
Відсутність ефекту	3	13,1
Повторна резекція ендометрія	3	13,1

Відсутність ефекту полягала як в рецидиві гіперпластичних процесів ендометрія (за час спостереження не виявлено), так і в рецидиві маткових кровотеч – 3 жінки (13,1%).

Отже ефективність лікування у II групі склала 86,9%.

Серед побічних ефектів спостерігалися помірні больові відчуття, що потребували застосування ненаркотичних анальгетиків у 7 хворих (30,4%) та біль в ранньому післяопераційному періоді, що потребував наркотичного знеболення -1 хвора -4,3%. Тобто у 8 жінок відмічались больові відчуття в ранньому післяопераційному періоді, що склало 34,7 %.

Суб'єктивно всі пацієнтки були задоволені результатами лікування, незалежно від наявності або відсутності аменореї. Не відмічалось вегето-судинних або психоемоційних порушень, загострень хронічних соматичних захворювань.

**Висновки**

1. Констатовано високий рівень екстрагенітальної патології серед жінок перименопаузального періоду і при наявності гіперплазії ендометрія - 90,7%. Вищезазначене значно обмежує можливості застосування гормональної терапії, зважаючи на чималі відсоток жінок, що мали абсолютні протипоказання до даного виду лікування - 11,3%.

2. Ефективність комбінованої резекції ендометрія в лікуванні гіперпластичних процесів ендометрія достовірно вища порівняно з гормональною терапією – 86,9% та 77,4% відповідно.

3. Рівень побічних ефектів значно вищий в групі жінок, що приймали гормональну терапію – 83,8% порівняно з цим показником у пацієнток після комбіно-

ваної резекції ендометрія, що склав 34,7%.

4. Зважаючи на все вищезазначене, комбіновану резекцію ендометрія можливо вважати ефективним методом лікування гіперпластичних процесів ендометрія, особливо в групі жінок з високою екстрагенітальною захворюваністю та наявністю протипоказань до гормональної терапії, що надасть можливість значно знизити рівень гістеректомії.

5. Враховуючи високу розповсюдженість запальних захворювань малого тазу серед жінок з гіперпластичними захворюваннями слизової оболонки матки, в курс лікування хворих необхідно включати протизапальну, десенсибілізуючу, антибактеріальну та імуностимулюючу терапію

**Література**

1. Дубініна В.Г. Дифференцированный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.Г. Дубініна, А.І. Рибін // IV Всеукраїнська конференція з гінекологічної ендоскопії : мат. конф. – Одеса, 2003.– С. 184-185.
2. Біль І.А. Оптимізація методів діагностики і лікування доброякісних пухлин матки у жінок фертильного віку : автореф. дис. на здобуття наукового ступеню канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / І.А. Біль. – К., 2004. - 18с.
3. Agoratos T. Treatment of endometrial hyperplasia with gonadotropin-releasing hormone agonists: pathological, clinical, morphometric and DNK-cytometric data / T. Agoratos, J. Bontis, A. Vakiiani // Gynecol.Oncol. - 2000. - V.65, №1.- P.102-114.
4. Barrington J.W. Management of refractory pre-menstrual syndrome using subcutaneous estradiol implants and levonorgestrel intrauterine systems / J.W. Barrington, O'Leary, P. Bowen-Simpkins // Ibid.- 1997.- V.17, №4.- P. 416-417.
5. Гуменок Е.Г. Гормональный статус больных с гиперпластическими изменениями эндометрия и критерии выбора метода гормонотерапии дисфункциональных маточных кровотечений / Е.Г. Гуменюк, Л.А. Самородинова, Е.В. Цырлина // Вопросы онкологии. - 1999. - Том 45, №2. - С. 147-152.
6. Кулагина Н.В. Комплексное лечение гиперпластических процессов в эндометрии у женщин с миомой матки / Н.В. Кулагина, Е.Д. Сенова, С.С. Попова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2006. – Том 6, №1. - С. 41-43.
7. Борода А. М. Роль і значення локальних методів терапевтичного впливу при гіперпластичних станах ендометрія / А.М. Борода, В.П. Лакатос, В.Г. Жегулович [та ін.]. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2001.- № 3. - С. 35.
8. Cipolla L. New pharmacological approach to therapy of perimenopausal menometrorrhagia vaginal use of progesterone / L. Cipolla, R. Zagni, G. Gianetto // Minerva Gynecol.- 1998.- V. 46, №11.- P. 619-624.
9. Шитова Г.В. Абляція ендометрія як метод передопераційної підготовки до планованої гістеректомії у хворих з постгеморагічною анемією внаслідок мено-метрорагій / Г.В. Шитова, М.М. Каштальян, А.І. Рибін // IV Всеукраїнська конференція з

- гінекологічної ендоскопії : мат. конф. – Одеса, 2003. – С. 83-84.
10. Юзько О.М. Гістероскопія в програмі підготовки жінок з безплідністю до допоміжних репродуктивних технологій / О.М. Юзько, С.П. Польова, Т.А. Юзько // IV Всеукраїнська конференція з гінекологічної ендоскопії : мат. конф. – Одеса, 2003. – С. 89-90.
11. Gimpelson R.J. Not so benign endometrial hyperplasia: endometrial cancer after endometrial ablation / R.J. Gimpelson // J. Am. Assoc. Gynecol. Lapar.- 1997.- V.4, №4.- P. 507-511.
12. Vilos G.A. Resectoscopic surgery in 10 women with abnormal uterine bleeding and atypical endometrial hyperplasia / G.A. Vilos, P.G. Harding, H.C. Ettler // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 2002.- V.9, №2.- P. 138-144.

### Реферат

#### КОМБИНИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Громова А.М., Афанасьева Е.Е., Громова А.Л.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, комбинированная резекция эндометрия, гормональная терапия, лечение гиперплазии эндометрия.

Целью нашей работы было проведение сравнительного анализа гормонотерапии и комбинированной резекции эндометрия в лечении неатипической гиперплазии эндометрия. Комбинированную резекцию эндометрия можно считать эффективным методом лечения гиперпластических процессов эндометрия, особенно в группе женщин с высокой экстрагенитальной заболеваемостью и наличием противопоказаний к гормональной терапии, что даст возможность значительно снизить уровень гистеректомий.

### Summary

#### COMBINED RESECTION OF ENDOMETRIUM IN TREATMENTS OF HYPERPLASTIC ENDOMETRIAL PROCESSES

Gromova A.M., Afanasieva Ye.Ye., Gromova A.L.

Keywords: endometrial hyperplasia, combined resection of endometrium, hormonal therapy, treatment.

The aim of our research was to carry out comparative analysis of hormonal therapy and combined resection of endometrium in the treatment of non-atypical endometrial hyperplasia. Combined resection of endometrium may be considered to be an effective method for treatment of hyperplastic endometrial process, particularly for women with high extra-genital pathologies and contraindication to hormonal treatment. This allows to considerably reduce the cases of hysterectomies.

УДК 616.37-002-071

Должковий С.В.

### ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ТЯЖКОМУ ПАНКРЕАТИТІ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ ШКАЛ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ТА СТУПЕНЯ ПОЛІОРГАННОЇ ДИСФУНКЦІЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було провести динамічну оцінку зміни тяжкості стану та ступеню вираженості поліорганної недостатності у хворих, які померли від тяжкої форми гострого панкреатиту. До дослідження включено медичні картки 52 хворих. Пацієнти були розділені на 3 групи: I — оперовані протягом перших 6 діб від початку захворювання; II — оперовані після 14-ї доби від початку захворювання; III — неоперовані хворі. В усіх групах проведено 3-х кратну оцінку тяжкості стану (шкала APACHE II) та ступеня поліорганної дисфункції (шкала SOFA). Різниця між кількістю балів за шкалою SOFA при госпіталізації у I групі в порівнянні з II була статистично значимою. Статистично значима різниця у кількості балів за шкалами APACHE II та SOFA також виявлена при порівнянні показників у I групі при госпіталізації та на 7-му добу, на 7-му та на 14-ту добу; у II групі при порівнянні показників на 7-му та на 14-ту добу. У групі хворих, що були прооперовані протягом перших 6 діб (I група), погіршення стану та наростання поліорганної дисфункції найімовірніше пов'язане з необґрунтованою оперативною агресією.

Ключові слова: гострий тяжкий панкреатит, тяжкість стану, поліорганна дисфункція, тактика лікування.

Робота є фрагментом НДР «Хірургічні захворювання в сучасних умовах: особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу, удосконалення діагностичної та лікувальної тактики. Прогнозування ускладнень та оцінка ефективності лікування», № 0105U007024

### Вступ

Тактика ведення пацієнтів з гострим тяжким панкреатитом на сьогодні є одним з найбільш складних питань у абдомінальній хірургії [4, 5]. Незважаючи на появу протягом останніх років нових методів діагностики та лікування даного захворювання, показники летальності залишаються досить високими та за даними різних авторів складають 24-50%. У випадку розвитку гострого деструктивного панкреатиту, який виникає у 15-20 % пацієнтів, летальність сягає 17-65 % навіть у спеціалізованих клініках [2, 7]. На думку більшості пан-

креатологів основними напрямками при лікуванні даної категорії пацієнтів є рання діагностика тяжкого панкреатиту та інфікованих форм панкреонекрозу, оптимізація лікувальної тактики при різних формах цього захворювання [1, 5]. Невід'ємною складовою при лікуванні цієї патології є динамічна оцінка тяжкості стану пацієнтів, оцінка тяжкості та прогнозу перебігу захворювання [3]. Використання з цією метою багатокомпонентних прогностичних шкал дозволяє об'єктивізувати показання до зміни тактики лікування, визначення показань до проведення хірургічних втручань.