

УДК 818 14-002-071-085

Орлова Ю.А.

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ДЕЯКИХ КЛІНІЧНИХ, ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Актуальність проблеми. Ендометріоз сьогодні все частіше діагностується у жінок різних вікових груп. У репродуктивному віці його поширеність сягає 70% [П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Н.П. Веропотвелян, 2012] та посідає 3 місце серед гінекологічних хвороб [Національний консенсус щодо ведення пацієнток із ендометріозом, 2015]. Основними клінічними скаргами у таких жінок є больовий синдром (іноді з інвалідізацією) [А.Л.Унанян, И.С. Сидорова и др., 2018] та непліддя (як первинне так і вторинне) [Ф.Р.Ишан – Ходжаева, 2018], що не тільки обмежує жінку в її повсякденному житті та ще й зменшує її репродуктивний потенціал. Тому проблема ендометріозної хвороби є актуальною та потребує детальнішого вивчення.

Мета. Визначення клінічних та діагностичних особливостей, а також даних лікувальної тактики у жінок із ендометріозом.

Методи досліджень. Проведено ретроспективне вивчення 61 історії хвороб з гістологічно підтвердженим діагнозом ендометріозу. Усім жінкам було виконане лапароскопічне втручання з приводу гінекологічної патології. Здійснена оцінка менструальної функції, репродуктивного анамнезу, клінічних даних, використаних діагностичних та лікувальних тактик.

Результати досліджень. Середній вік жінок із зазначеною патологією склав $30,44 \pm 5,6$ років, тобто всі жінки були репродуктивного віку. Маніфестація менархе відбулася у $13,04 \pm 1,07$ років. Тривалість менструальної кровотечі варіює в діапазоні від $4,67 \pm 1,44$ до $5,37 \pm 1,29$ днів. Наявність больового синдрому під час менструації зазначена у 29 жінок, що становить 47,54% випадків.

Вагітності були у 22 (36,6%) жінок. З приводу непліддя до гінекологічного відділення звернулися 20 (32,7%) жінок. У всіх випадках непліддя мало первинний генез.

Проводилось визначення онкомаркери яєчників СА 125. Даний онкомаркер визначений у 45 (73,77%) жінок із них його значення більше 35,0 Од/мл відмічено у 25 жінок та складало в середньому $72,56 \pm 34,8$ Од/мл. Тобто даний показник позитивний лише у 55,5% жінок при наявності гістологічної верифікації.

При ультразвуковому методі дослідження (УЗД), проведеному у 98,36% жінок, встановлено ендометріоз у 35 (58,3%) випадків. Одній жінці виконано магнітно-резонанс томографію та виявлені ознаки ендометріозу. Таким чином, зважаючи, що в літературних даних [М. И. Ярмопинская, Е. И. Русина, А. Р. Хачатурян, М. С. Флорова, 2016] УЗД вважається високоспецифічним методом діагностики ендометріозу та виявляє вказану патологію від 75 до 85% випадків на відміну від даних нашого аналізу (лише у 58,3%), слід відмітити, що велике значення має обізнаність лікаря УЗД про описану нозологію.

При проведенні лапароскопічного лікування виявлено ендометріозні гетеротопії у 81,96% випадків, при чому серед них множинні гетеротопії відмічались у 33 (66%) випадків. У 18,04% при гістологічному підтвердженні ендометріозу лапароскопічна візуалізація була відсутня.

Злуковий процес органів малого тазу різного ступеня вираженості, який сприяє больовим відчуттям, діагностувався серед жінок з ендометріозом у 75,4% випадків.

Консервативне протизапальне лікування перед оперативним втручанням отримувала 21 (34,4%) жінка, гормональну терапію отримували 20 (32,7%) жінок. Однак значного терапевтичного впливу виявлено не було.

Висновки. Отримані в процесі проведення ретроспективного аналізу статистичні результати доводять актуальність подальшого вивчення описаної проблеми. Враховуючи високу поширеність даного захворювання серед жінок репродуктивного віку, невисоку інформативність маркерних ознак хвороби (СА 125 позитивний лише у 55,5%), виникає необхідність в пошуку нових неінвазивних методів дослідження на догоспітальному етапі.

Для можливості використання УЗД для діагностики ендометріозу необхідно підвищення кваліфікації лікарів-діагностів стосовно вказаної патології. Лікувальна тактика ендометріозу також потребує вдосконалення та індивідуалізації в кожному окремому випадку.

УДК 616 62-007.61-008.22-089

Савченко Р.Б.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕГАЦИСТУ В ХВОРИХ НА ІНФРАВЕЗИКАЛЬНУ ОБСТРУКЦІЮ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Інфравезикальна обструкція (ІО) є поширеним патологічним станом у старших вікових груп. Серед причин ІО виділяють доброякісну гіперплазію (ДГПЗ), склероз передміхурової залози, рак передміхурової залози, склероз шийки сечового міхура. При цьому, ДГПЗ посідає провідне місце серед причин ІО і зустрічаються у 50% чоловіків після 60 років і у 90% - після 85 років. Чоловіки старших вікових груп рідко звертаються за медичною допомогою, що пов'язано з недостатньою увагою до свого здоров'я. Це призводить до запущених форм порушення сечовипускання.