

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ НАУК
У ХХІ СТ.»**

29-30 травня 2015 р.

**Львів
2015**

групах майже з однаковою частотою. Як в основній, так і в контрольній групі породілець нами не отримано достовірно значущих перинатальних чинників серед доношених новонароджених, які б впливали на становлення лактації в післяпологовому періоді. За даними ретроспективного аналізу виявлено, що у жінок з порушенням лактації повільніше збільшувалася маса тіла (лише до 5-ї доби відновлювали початкову масу тіла).

Список літератури:

1. Гутикова Л.В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л.В. Гутикова, Р. Анисим, О. Кузнецов // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2007. – № 2. – С. 53-56.
2. Гутикова Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактии / Л.В. Гутикова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2007. – Т. 7, № 3. – С. 43-46.
3. Медведь В.И. Медикаментозная терапия и лактация / В.И. Медведь, А.П. Викторов // *Лікування та діагностика.* – 2001. – № 2. – С. 54-58.
4. Паснок О.С. Особенности клинического течения послеродового периода и нарушения лактационной функции у женщин с диффузным негормональным зобом / О.С. Паснок // *Педиатрия, акушерство та гінекологія.* – 2011. – № 1. – С. 70-73.
5. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / [И. Лахно, А.Мащенко, В.Дудко и др.] // *Медицина неотложных состояний.* – 2008. – № 4. – С. 80-82.

Бакун О. В.

кандидат медичних наук, асистент

Дудар Л. А.

студентка V курсу

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

ПОШИРЕНІСТЬ ЕНДОМЕТРІОЗУ

За даними ряду авторів, [1, 3, 4, 5, 10, 14, 15, 16] у структурі гінекологічної патології ендометріоз займає 3-є місце серед захворювань жіночих статевих органів. В загальній популяції жінок частота згаданої патології коливається від 6,2% до 50% [14, 16, 27], при безплідді – від 40% до 50% [9, 15, 16, 17, 20, 28] і навіть до 80% [27], при хронічних тазових болях від 33 до 74% [42,45], при дисменорей – в 40-60% випадків [3, 8, 12]. За даними Російського наукового центру акушерства, гінекології та перинатології [2] за період з 1972 до 1982 р. серед 4584 хворих, які перенесли лапаротомію, генітальний ендометріоз був виявлений і верифікований у 1258, тобто у 27,4% випадків, в тому числі внутрішній – в 14% і зовнішній – в 13,4%, а в університетській клініці Японії серед 4554 хворих – в 11% випадків [8]. При діагностичних лапароскопіях ендометріоз виявляється в 12-26% випадків [2,8]. Більшість авторів [7, 8, 10, 12, 20, 26, 27, 34] вказують на значні труднощі діагностики внутрішнього

ендометріозу (аденоміозу). Слід зазначити, що до 1949 року всі випадки аденоміозу трактувались як фіброміома матки [23], але і зараз диференціальна діагностика цих патологічних станів можлива лише за умови наявності апаратури відповідного рівня. А така діагностика є надзвичайною важливою, зважаючи на те, що за даними літератури досить часто виявляється малигнізація ендометріодних пухлин, а у жінок з раком яєчників ендометріоз має місце в 8–30% [36]. Описані випадки розвитку аденокарцином і стромальних сарком [3]. На жаль, причини розвитку ендометріозу точно не встановлені. Однак, деякі фактори ризику цього захворювання виявлені. До них відносяться: «спадкова схильність, порушення менструальної функції, відсутність пологів або одні пологи в анамнезі, часті аборти, діагностичні вишкрібання матки, тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів, ановуляція, ретроградна хвиля скорочення матки» [10]. До цього слід додати запальні захворювання, дисменореї, статеві зв'язки в менструальні дні, застосування тампонів, фізична праця і заняття спортом під час менструацій, а також все те, що ускладнює вільне виділення менструальної крові із матки і може сприяти її попаданню через маткові труби в черевну порожнину. Не випадково однією із основних теорій виникнення генітального ендометріозу є імплантаційна теорія – «теорія ретроградної менструації», уперше запропонована J. A. Sampson ще в 1925 році. З інших теорій слід згадати імуноу M.V. Jonesco і G.Popesco [8], гіпотезу гематогенної або лімфогенної дисемінації ендометріальних клітин [35], теорію ятрогенної дисемінації під час тих чи інших гінекологічних операцій чи маніпуляцій [12]. Слід погодитися з тими авторами [1, 2, 3, 11, 12], які вважають, що різні форми генітального ендометріозу, про які буде сказано нижче, мають різну патогенетичну основу. Це захворювання, без сумніву, є мультифакторним [4, 12, 15, 16, 20, 27]. Ендометріоз ще й досі недостатньо вивчений як в плані етіології, так і патогенезу [11, 12, 20]. Не випадково і зараз немає точних даних про поширеність цього захворювання, а згадані вище дані різних авторів очевидно відображають лише частоту цієї патології в лікувальних закладах (клініках), де вони працюють. В літературі майже повністю відсутні дані про окремі форми генітального ендометріозу і ступінь його важкості. Судячи з публікацій автори користуються різними класифікаціями ендометріозу, в зв'язку з чим їх результати важко порівнювати. Одні з них дотримуються класифікації, яка наведена в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» [31] та включає наступні форми ендометріозу: генітальний внутрішній (аденоміоз), генітальний зовнішній, стромальний (аденоміома, саркома ендометріальна) та екстрагенітальний (з ураженням різних органів, крім статевих), другі – класифікацією, розробленою американським товариством фертильності, треті – класифікацією Acosta з співавторами [32], четверті – на наш погляд, найбільш чіткою та інформативною, яка знайшла повне відображення в Наказі МОЗ України № 582 від 15.12.03 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», підготовлених українськими акушерами-гінекологами. Наводимо її повністю.

ЕНДОМЕТРІОЗ (ТОПІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ)

І ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ:

1. Внутрішній ендометріоз.

1.1. Ендометріоз тіла матки (I, II, III (аденоміоз) стадії у залежності від глибини ураження міометрію): – залозиста, кістозна, фіброзна форма;

-вогнищева, вузлова, дифузна форма.

1.2. Ендометріоз цервікального каналу.

1.3. Ендометріоз інтрамуральний.

2. Внутрішній ендометріоз:

2.1. Перитонеальний ендометріоз;

- ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форма);

- ендометріоз маткових труб;

- ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми);

1.2.

Екстраперитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз з їхньої частини шийки матки;

- ендометріоз з їхньої вульви;

- ретроцервікальний ендометріоз;

- ендометріоз маткових зв'язок;

- ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини (без і з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку).

3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

4. Сполучені форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз у сполученні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

II. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка післяопераційних ран легень, шеври та ін.).

Саме ця класифікація була рекомендована згаданим наказом МОЗ для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів, починаючи з 2004 року. Поряд з нею клініцистами використовується і лапароскопічна класифікація зовнішнього ендометріозу [12].

Як згадувалося вище, серед усіх локалізацій найбільш частою формою генітального ендометріозу є внутрішній ендометріоз [8, 12, 26, 33]. Його питома вага досягає 70-90%, а серед усіх локалізацій ендометріозу – 90-94% [10]. Враховуючи значну розбіжність даних про поширеність ендометріозу, ми вирішили звернутися до офіційного видання Центру медичної статистики МОЗ України «Стан здоров'я жіночого населення в Україні» за останні роки (2003-2005) [25]. За матеріалами цього довідника встановлено, що в 2004 р. ендометріоз мав місце серед жіночого населення в цілому в 0,1% (у 27516 із 25693782), в 2004 – відповідно у 0,115% у 29377 із 25515270), а в 2005 – серед 13879625 жінок працездатного віку – в 0,21%, а серед жінок 55 років і старших (пенсійного віку) – в 0,11%. Як відомо ендометріоз не носить ознак регіонально-залежної патології, а тому така велика різниця в показниках різних регіонів, на наш погляд, залежить в основному від двох факторів – рівня діагностики, тобто від кваліфікації акушерів-гінекологів, і від якості і повноти обліку даної патології, тобто від кваліфікації медичних статистиків. Має велике значення і ступінь втілення в практику роботи діагностичних сучасних методів діагностики: УЗД [17, 18, 19, 21, 30], кольпоцервікоскопії [17, 21], гістероскопії [1, 12, 17, 30], цитологічних та гістологічних методик [12, 17], гормонального та імунологічного обстеження

[8,12], комп'ютерної і магнітно-лазерної томографії [34, 36], онкомаркерів [12, 18, 34], сонографії [30] та інших. В ситуації, що склалася, слід в терміновому порядку провести перевірку стану акушерсько-гінекологічної допомоги як в областях з низькими показниками, так і з високими (для виключення можливої гіпер- чи гіподіагностики), а головним акушерам-гінекологам приділяти більшу увагу даній патології і особливо сучасним методам її діагностики та лікування відповідно до клінічного протоколу Наказу МОЗ України № 582 [22] з урахуванням вимог Кокранівського співробітництва.

Список літератури:

1. Адамян Л.В., Белолазова С.Е. Гистероскопия в диагностике и лечении патологии матки. - М., 1997. - С. 63-70.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. - М.: Медицина, 1998. - 316 с.
3. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриоподобная болезнь. - СПб.: Н-Л, 2002. - 452 с.
4. Бурлев В.А., Гаспар З.Н. и др. Клинико-диагностическое значение сосудисто-эндотелиального фактора риска // Проблемы репродуктологии. - 2012. - № 8(6). - С. 44-70.
5. Бурлев В.А., Ильясова Н.А., Дубинская Е.Д. и др. Пролиферативная активность микрососудов // Бюл. экзп. биол. мед. - 2005. - № 6. - С. 698-1011.
6. Бурлев В.А. Пролиферативная и ангиогенная активность аутопического и эктопического эндометрия у больных с перитопеальной формой эндометриоза // Проблемы репродукции. - 2006. - № 1. - С. 78-87.
7. Бурлев В.А., Ильясова Н.А., Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В. Дополнительные критерии оценки стадий распространения аденомиоза // Проблемы репродуктологии - 2006. - Т.12, № 3, С. 47-52.
8. Вихляева Е.М., Железнов Б.И. Эндометриоз: Руководство по эндокринной гинекологии. - М.: Мед. инф. агенство, 1997. - С. 487-571.
9. Волков Н.И. Патогенез бесплодия при наружном эндометриозе // Проблемы репродуктологии. - 1999. - № 2. - С. 56-58.
10. Грищенко В.Л., Щербина М.О., Потапова Л.В. Эндометриоз // Гинекология. - Харків: Основа, 2003. - С. 291-307.
11. Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Шабакон Л.М. // Акушерство и гинекология. - 1994. - № 2. - С. 40-44.
12. Дубоссарская З.М. Теория и практика гинекологической эндокринологии. - Днепрпетровск: ЛираЛТД. - С. 298-315.
13. Іванюта Л.І. Ендоскопія в діагностиці та лікуванні неплідності // Вісник акушерів-гінекологів України. - 2002. - № 2. - С. 3-7.
14. Коновалов В.И. // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 5. - С. 48-49.
15. Коршунов М.Ю. Бесплодие при малых формах эндометриоза: Автореф. дис. канд. мед. наук: Ст. Петербург, 1993. - 18 с.
16. Корсак В.С., Засильева О.Е., Исакова Э.В. Эндометриоз и ВРТ // Проблемы репродуктологии. - 2006. - Т.12, № 3. - С. 41-46.
17. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы гинекологии (под редакцией). - К.: Книг-плюс, 1998. - 161 с.
18. Кравчук П. Проблемы і дослідження етіології і патогенезу ендометріозу // Новамедицина. - 2004. - № 2 (13). - С. 49-51.
19. Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. и др. Эндометриоз: этиология и патогенез. Проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 2. - С. 8-10.

20. Кулаков В.И. Всиомагательная репродукция: настоящее и будущее // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 1. – С. 3-7.
21. Ландеховский Ю.Д., Шнайдерман М.С. // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 48-53.
22. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
23. Петченко А.И. Гинекология. – К.: Госмедиздат УССР, 1960. – С. 329.
24. Саниова Р.А. Эндометриоз: клиника, диагностика и лечение // Русский мед журнал. – 1999. – Т.7, № 18. – С. 13-16.
25. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2005 рік / Під ред. В.Л. Весельського. – Київ, 2006.
26. Стрижаков А.П. Патогенез, клиника и терапия ГЭ: Автореф. дис... д-ра мед.наук. – М., 1977. – 38 с.
27. Стрижаков А.П., Тумилевич Л.Г. Эндометриоз // Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1996. – С. 292-296.
28. Филлипов О.С., Шагеев Т.А. Сочетанное использование дюфастона и реаферона в лечении бесплодия и больных эндометриозом // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 3-6; С. 58-60.
29. Цвелев Ю.В., Рухледа Н.П. Предоперационная диагностика манифестных форм аденомиоза матки // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 3-6; С. 58-60.
30. Чубатий А.І., Сольський С. Я., Семко О.Ф. – Сонографія в діагностиці внутрішнього ендометріозу // Збірник наук.робіт. асоціації акушерів-гінекологів. – Київ, 2003. – С. 326-328.
31. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М., 1984. – Т.3. – С. 318.
32. Acosta A., Buttram V., Besch P et al. – A proposed classification of pelvic endometriosis // Obstet. Gynecol. – 1973, Vol. 42. № 1, – p. 19-25.
33. American Fertility Society. Classification endometriosis // Fertil. Steril. – 1979, Vol. 32, № 5-6, – Н. 633-634.
34. Bazot M.,Cortez K. et al. // Hum. Reprod., 2001, V. 16, P. 2427-2733.
35. Bousjuet M.C. // Rev. Prat., 1999, V. 49, – P. 282-286.
36. Buyn J.N., Kim S.E., Choi B.E. et al. – Radiography, 1999, V.19, – P.161-170.
37. Bruce A. Medical management of endometriosis and infertility // Fert. Steril, 2000, v. 73 (№ 1.6), – P. 1089-1096.