



Південноукраїнський  
медичний  
науковий журнал

ISSN 2306-7772

11  

---

2015

## ЗМІСТ

<b>Антонюк О. П.</b> МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНИХ СТРУКТУР.....	5
<b>Бакун О. В., Гримайло Н. А.</b> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	10
<b>Бакун О. В., Молокус І. В.</b> ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	13
<b>Бакун О. В., Шкрібляк У. В.</b> СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	16
<b>Батрак О. А., Завада Н. П., Рябова І. С.</b> ВИКОРИСТАННЯ СТИМУЛЯТОРІВ РОСТУ МІКРООРГАНІЗМІВ ДЛЯ НАКОПИЧЕННЯ БІОМАСИ.....	19
<b>Бельзєцька М. І., Боднарчук В. В., Гресько М. Д.</b> ПОРУШЕННЯ У СИСТЕМІ РЕПРОДУКТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.....	22
<b>Бербець А. М.</b> ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, ТА УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ.....	25
<b>Шматенко О. П., Белозорова О. В.</b> ПОГЛЯД НА МІСЦЕ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО БОЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ.....	31
<b>Булаєв Ю. В.</b> ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	37
<b>Ваколюк О. Б.</b> ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ І-ГО РОКУ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТА ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	40
<b>Варсан Е. Б.</b> НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ С БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПОГИБШИХ ЛЮДЕЙ.....	43
<b>Венгер О. П.</b> ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ.....	47
<b>Воронєцька Ю. В., Гресько М. Д.</b> ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ЧУТЛИВОСТІ ДО ІНСУЛІНУ І АБДОМІНАЛЬНИМ ТИПОМ ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ.....	53
<b>Гладух Є. В., Омельченко П. С.</b> РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ТА МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ТАБЛЕТОК З ГУСТИМ ЕКСТРАКТОМ СОБАЧОЇ КРОПИВИ.....	56
<b>Городєцька І. Я., Попель О. О.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ НА РІВНІ МІСТА ОБЛАСНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ.....	59
<b>Гошовська А. В., Гошовський В. М.</b> ГЕСТАЦІЙНЕ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ДІАГНОСТИКА ЗРІЛОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДІЛЯНКИ.....	62
<b>Гресько М. Д., Дудко Ю. О., Бондарук В. В.</b> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НАДМІРНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ.....	65
<b>Гресько М. М.</b> СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ.....	68
<b>Деркач В. Г., Васкан Ж. В.</b> БІОЛОГІЧНІ РИТМИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	70
<b>Дудка І. В., Дудка Т. В., Андрусак О. В.</b> ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	74

Бакун О. В.  
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства та гінекології  
Буковинського державного медичного університету

Шкрібляк У. В.  
студентка

Буковинського державного медичного університету

## СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

**Анотація:** В статті наведені нові дані щодо патогенезу безпліддя, асоційованого з ендометріозом. Наведені нові дані щодо лікування безпліддя, асоційованого з ендометріозом з урахуванням етіопатогенезу.

**Аннотация:** В статье наведены новые данные о патогенезе бесплодия, ассоциированного с эндометриозом. Наведены новые данные о лечении бесплодия, ассоциированного с эндометриозом с учетом этиопатогенеза.

**Summary:** A new data about pathogenesis of infertility, associated with endometriosis has been described. A new data about treatment of infertility associated with endometriosis, according to etiopathogenesis has been described.

Ендометріоз – патологічний процес, при якому за межами порожнини матки відбувається доброякісне розростання тканини, за морфологічними і функціональними властивостями подібної ендометрію [3, с. 5]. Частота цього захворювання коливається від 7 до 50% у жінок репродуктивного віку. Протягом останнього десятиліття відзначено зростання частоти захворювання на ендометріоз (від 12 до 27% оперованих гінекологічних хворих). Крім того, є дані про збільшену частоту захворювання серед родичів хворих у порівнянні із загальною популяцією. Таким чином, своєчасна діагностика і повноцінне лікування ендометріозу має величезне значення [7, с. 9]. У діагностиці ендометріозу як захворювання всього організму значення має інформація, що отримується як загальноклінічними методами обстеження (порушення самопочуття, їх тривалість, періодичність, циклічність, конкретна симптоматика, пов'язана з ураженням того чи іншого органу як всередині малого тазу, так і в інших локалізаціях), так і спеціальним гінекологічним обстеженням, інструментальними, лабораторними і гістологічними методами.

Що ж стосується діагностики ендометріозних гетеротопій як анатомічних субстратів, то найбільш важливими сигналами про їхню наявність вважаються: болі в ділянці тазових органів, безпліддя, пухлиноподібні утворення, які виявляються при гінекологічному дослідженні, ознаки ускладнень (типу розриву кісти яєчника, інфікування, проростання в кишківник, сечоводи та ін). За нашими даними, скарги на диспареунію пред'являють 26 – 70% пацієнток, які страждають на генітальний ендометріоз, безпліддя – 46–50%. Ознаками внутрішнього ендометріозу є: маткова кровотеча, дисменорея і зміни розмірів матки [10, 12]. В даний час також визнається, що одним з основних симптомів аденоміозу є порушення менструальної функції: поліменорея (у 56,1% хворих), незначні кров'яністі виділення в перед-і постменструальному періоді у 35,2% хворих, тривалість менструацій, що становить 10 – 12 днів. Альгоменорея (за термінологією багатьох авторів – дисменорея) більш виражена при вузловій формі і зустрічається у 77,2% хворих на внутрішній ендометріоз [1, 4]. Глибокий інфільтруючий ендометріоз в ді-

лянці дугласового простору або крижово-маткових зв'язок викликає різкі болі, які іррадіюють в піхву, пряму кишку, промежину, стегна. Особливо характерна дисменорея, а також болі при дефекації і в положенні сидячи. Більш поверхневі фіброзні спайки, що оточують старі пошкодження очеревини, викликають більш дифузні, постійні болі, що іррадіюють в поперекову ділянку або в стегна. Нові поверхневі пошкодження без фіброзних спайок зазвичай викликають дисменорею. При ретроцервікальному ендометріозі основна скарга – це тупий біль у глибині таза та попереково-крижовій області, значно посилюються напередодні та під час менструації, а також при статевому акті [2,6,8]. Піхвові і ректальні дослідження дозволяють виявити на задній поверхні істмічної частини матки щільне утворення (вузол, конгломерат) 4 – 5 см в діаметрі, що збільшується в розмірах і набуває різку болючість напередодні та під час менструації. Однією з найбільш частих причин звернення хворих з ендометріозом за лікарською допомогою є безпліддя. Для окремих варіантів ендометріозу, що характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в області придатків матки, доведено, що безпліддя є прямим наслідком таких пошкоджень, як злукова деформація фімбріями, повна ізоляція яєчників періоваріальними злуками, пряме пошкодження тканин яєчників ендометріозних кіст, оклюзія фаллопієвих труб (рідко) і ін. Одним з найбільш важливих методів діагностики ендометріозу, незважаючи на широке впровадження в практику сонографії і лапароскопії, з урахуванням особливостей клініки бімануального об'єктивного гінекологічного обстеження [11, 13, 14]. Бімануальне дослідження дозволяє оцінити величину матки, її консистенцію, форму, характер поверхні, запідозрити наявність пухлиноподібного утворення в області придатків матки, ущільнення в позашийковій області і болючість стінок малого тазу при дослідженні, а також злукового процесу в малому тазу і забезпечує цінну діагностичну і диференціальну – діагностичну (особливо від онкологічних захворювань) інформацію. Використання кольпоскопії дозволяє уточнити місце і форму ураження ендометріозом піхвової частини шийки матки і слизової оболонки дистального відділу цервікаль-

При локалізації ендометріозу в проксимальній частині слизової цервікального каналу найбільш цінні дані може дати цервікоскопія, виконана за допомогою фіброгістероскопа. При поєднанні візуального і кількісного (комп'ютерного) аналізу гістеросальпінгограм точність діагностики вузлової форми аденоміоза підвищується до 93%. Характеристична картина при дифузній формі внутрішнього ендометріозу характеризується наявністю «своєконтурних тіней» різної довжини і форми, що залежить від локалізації ендометріювних вогнищ. Довжина тіней може становити від 2–4 мм до 1–2 см. З інших рентгенологічних методів найбільш цінний є метод спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), що дозволяє точно визначити характер патологічного процесу, його локалізацію, зв'язки з сусідніми органами, а також уточнити анатомічний стан порожнини малого таза, зокрема при ендометріювних інфільтратах ретроцервікальної зони і параметрів (79 і 77% відповідно), діагностика яких іншими, у тому числі й інвазивними, методами утруднена. Одним з найбільш доступних і широко поширених методів діагностики ендометріозу є ультразвуковий метод дослідження. Цей метод не дозволяє виявити поверхневі імплантати, однак забезпечує надійну діагностику ендометріювних кіст яєчників (до 95%). Метод допомагає уточнити локалізацію кісти, її динаміку під час терапії та ін. При внутрішньому ендометріозі (інтраорально-істмічній локалізації) діагностична цінність сонографії складає в залежності від локалізації процесу 57–93%. При ретроцервікальній локалізації ендометріозу точність правильної діагностики наявності або відсутності захворювання становить 95%. Одним із найбільш точних методів діагностики ендометріозу в даний час вважається лапароскопія. При діагностиці ендометріозу яєчників, наприклад, цей метод забезпечує точність 96%. При локалізації гетеротопії на поверхні очеревини точність лапароскопічної діагностики становить 100% [3, 6, 9]. Лапароскопія забезпечує при цьому можливість визначення величини імплантатів, їх кількості, зрілості (за кольором і формою), активності. Недоліком методу є труднощі діагностики слабких інфільтративних форм гетеротопій, а, наприклад, при внутрішньо-матковому ендометріозі його наявність лапароскопічно може бути діагностовано тільки при ураженні всієї товщі матки з порушенням серозної оболонки. Лапароскопічною ознакою аденоміозу є мармуровість поверхні матки. Гістероскопія при діагностиці внутрішнього ендометріозу забезпечує чутливість до 83%. Якщо раніше вважали, що під час гістероскопії, проведеній на 6–7-й день менструального циклу, при внутрішньому ендометріозі повинні бути обов'язково видно ендометріювні ходи, з яких може надходити кров, то тепер можливість візуалізації ходів у ряді випадків є дискусійною. Доведено, що більш характерними гістероскопічними критеріями аденоміозу є зміна рельєфу порожнини матки, наявність нерівного склястого малюнка, який не змінюється після видалення функціонального шару ендоме-

трію, рубців, крипт [2]. Існує більше 20 різних видів поверхневих вогнищ ендометріозу на очеревині малого таза. Розрізняють червоні вогнища, геморагічні пухирці, васкуляризовані поліповидні вогнища; чорні вогнища, зморщується, класичні чорні вогнища; білі вогнища, рубцеву тканину з деякою пігментацією або без неї; атипові вогнища, інші осередки, якщо їх наявність підтверджено гістологічним дослідженням. Встановлено, що червоні осередки за своїми морфологічними та біохімічними властивостями є найбільш активною стадією розвитку вогнища. Петехіальні вогнища частіше зустрічаються у підлітків і повністю зникають до 26-річного віку. Із збільшенням віку червоні геморагічні осередки заміщуються пігментованими і фіброзними вогнищами і у літніх жінок переважають чорні та білі рубцеві вогнища. Неяснокрава забарвлення і зміни кольору вогнищ можуть призводити до труднощів встановлення діагнозу шляхом безпосереднього візуального спостереження, і ендометріоз діагностується шляхом знаходження біопсій з ділянок нормальної очеревини. Точність діагностики ендометріювних кіст при лапароскопії становить 98–100%. Лапароскопічними ознаками типової ендометріювної кісти є: кіста яєчника не більше 12 см в діаметрі (в основному 7–8 см); спайки з бічною поверхнею таза та / або із заднім листком широкі зв'язки; колбур «згорілого пороху» або дрібні червоні, або сині плями з зморщуванням поверхні; дьогтеподібне, густе, шоколадно-забарвлений вміст. Крижово-маткові зв'язки часто інфільтровані інвазивними формами ендометріозу, який може проявлятися як явні, білясті вузлики, іноді з невеликою кількістю геморагічних вкраплень. Найбільш доступними в даний час є визначення онкоантигенів СА 125, PEA і СА 19-9, аналіз яких здійснюється відносно нескладним і нешкідливим методом (імуноферментного аналізу (ІФА), а також визначення РО-тесту (універсального діагностичного тесту на пухлинний ріст, заснований на фіксацію змін параметрів гемаглютинації, яка визначається в реакції імуно-ШОЕ). Встановлено, що в сироватці крові у здорових осіб концентрації онкомаркерів СА 125, СА 19-9 і PEA становлять у середньому 8,3, 13,3 і 1,3 нг / мл відповідно. У той час як при ендометріозі ці показники становлять у середньому 27,2, 29,5 і 4,3 Од / мл відповідно. Однак у деяких нетипових випадках, коли всі інші дані негативні, діагноз ендометріозу встановлюється тільки на основі гістологічного дослідження тканин, отриманих шляхом біопсій, наприклад, при лапароскопії або в ході хірургічного видалення вогнищ. Оперативне видалення вогнища ендометріозу або знищення його за допомогою одного з видів енергій (лазера, електро-, кріодії) є єдиним методом ліквідації патологічного процесу. Хірургічне лікування ендометріозу направлене на максимальне видалення ендометріювних вогнищ і може бути єдиним методом при повному видаленні ендометріювних гетеротопій – кіст яєчників, імплантатів на очеревині, крижово-маткових зв'язках та в інших локалізаціях [11]. При підході до вибору об-

сягу втручання в останні роки абсолютна більшість авторів солідарні в тому, що навіть при поширених формах ендометріозу слід по можливості дотримуватися принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії і вдаватися до радикальних

операцій тільки в тих випадках, коли вичерпані всі інші можливості як оперативного, так і медикаментозного лікування. Це особливо важливо для пацієнток репродуктивного віку, зацікавлених у збереженні або відновленні генеративної функції [14].

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2007. – 30 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2007. – 25 с. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
3. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь. / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2008. – 452 с.
4. Кротенко К.П. Диференційовані підходи до лікування ендометріозу: Одеський медичний журнал 2012 р. № 1 ст.44-46
5. The effect of hormones on endometriosis development / C. Parente Barbosa, A. Bentes De Souza, B. Bianco, D. Christofolini // Minerva Gynecol. – 2011. – Vol. 63(4). – P. 375–386.
6. Мовтаева Х. Р. Клинико-морфологическая и иммуногистохимическая характеристика эндометриоза: дис. ... канд. мед. Наук: 14.00.15 Х. Р. Мовтаева. – М., 2010. – 126 с.
7. Захаренко О.С., Юзько О.М., Захаренко Л.В. Генітальний ендометріоз як причина жіночого безпліддя: Неонатологія, хірургія та перенатальна діагностика Т.3, №1(7), 2013, ст. 76 – 79
8. Ревчук Н.В. Особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок із генітальним ендометріозом: Вісник наукових досліджень, 2010, №4.
9. Юрєнева С.В. Эндометриоз – заболевания «вне возраста»: Проблемы репродукции, 4, 2011 р. – ст. 67-73
10. Веропотвелян П.М., Веропотвелян М.П., Воленко Н.В., Погуляй Ю.С. Эндометриоз. Етіологія, патогенез, спадкові аспекти.: Педіатрія, акушерство та гінекологія №5, 2010р.
11. Яремко М.І Вагітність та пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі: ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ № 1(57)/2011, ст. 153-154
12. Вдовиченко Ю.П. Лікування ановуляторного безпліддя за наявності гормонально-імунологічних порушень / Ю.П.Вдовиченко, А.Д.Вітук // Здоровье женщины.– 2011. – №8 (64). – С. 180-183.
13. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis / H.N.Sallam, J.A.Garcia–Velasco, S.Dias [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – N 1:CD004635
14. The impact of IVF procedures on endometriosis recurrence / L.Benaglia, E.Somigliana, P.Vercellini [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Rcprod. Biol. – 2010. – Vol.1481. – P.49-52.