**Рибін Андрій Ігорович. Диференційований підхід до лікування гіперпластичних процесів ендометрія: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. - О., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Рибін А.І. Диференційований підхід до лікування гіперпластичних процесів ендометрія. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Одеський державний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2004.Подана робота присвячена підвищенню ефективності лікування ГПЕ. Дослідження складалося з трьох етапів. На першому етапі роботи був проведений порівняльний міжгруповий і корелятивний внутрігруповий аналіз факторів ризику, клініко-анамнестичних характеристик, загальної (у плазмі крові і сечі) і місцевої активності оксиду азоту (у слизової оболонці тіла матки) у хворих пізнього репродуктивного віку з ГПЕ (n=54) і практично здорових пацієнток (n=30) тієї ж вікової групи, що обстежилися в рамках програми «Безплідність». Були одержані достовірні розходження як у загальній активності оксиду азоту (9,8±1,1 мкмоль/л у хворих із ГПЕ та 14,2±1,0 мкмоль/л у практично здорових пацієнток) так і у місцевій (слабка - 29,6% жінок, слідова - 35,2% хворих, і відсутність активності - 35,2% жінок із ГПЕ; висока - 36,7%, помірна - 53,3%, слабка -10,0% практично здорових пацієнток). На другому етапі дослідження був проведений аналіз ефективності гормонального (n=32) та органозберігаючого ендохірургічного (n=22) лікування хворих з гістологічно верифікованим діагнозом ГПЕ залежно від вихідної активності оксиду азоту. З цією метою в рамках кожної з груп були сформовані по дві підгрупи з наявністю або відсутністю рецидиву захворювання протягом 12 місяців активного моніторингу. Встановлено, що як критерій диференційованого застосування гормонального або органозберігаючого ендохірургічного лікування хворих із ГПЕ може бути використана місцева активність оксиду азоту (у слизовій оболонці тіла матки). На третьому етапі дослідження у відповідності з вищевказаним критерієм було здійснено лікування 60 хворих пізнього репродуктивного віку з гістологічно верифікованим діагнозом ГПЕ. Консервативне лікування гормональними препаратами групи гестагенів було проведене 30 хворим з помірною і слабкою активністю оксиду азоту у слизовій оболонці тіла матки, а гістероскопічна аблація ендометрія була виконана 30 пацієнткам зі слідовою або відсутньою активністю оксиду азоту в ендометрії. Проведене гормональне лікування було ефективним у 93,3% хворих, а органозбережувальне ендохірургічне лікування – у 83,3%. Порівняльний аналіз результатів другого і третього етапів дослідження показав, що використання диференційованого підходу до вибору органозберігаючого ендохірургічного або консервативного гормонального методів лікування пацієнток із ГПЕ дозволяє підвищити ефективність лікування на 15,1% і 62,1% відповідно порівняно з рандомізованим застосуванням зазначених методів лікування ГПЕ. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове розв’язання актуальної проблеми сучасного акушерства та гінекології підвищення ефективності лікування жінок репродуктивного та перименопаузального віку з ГПЕ. На підставі даних першого і другого етапів дослідження визначено критерій диференційованого застосування консервативного (із використанням гормональних препаратів групи гестагенів) та ендохірургічного лікувальних підходів, розроблено алгоритм добору пацієнток для кожного з цих методів лікування з урахуванням встановленого критерію. На третьому етапі дослідження було оцінено ефективність розробленої методики і раціональність використання активності оксиду азоту як маркера диференційованого підходу до лікування пацієнток із ГПЕ.1. Найбільш значущими факторами ризику виникнення і розвитку гіперпластичних процесів ендометрія є порушення метаболізму (75,9%), обтяжений генеалогічний анамнез (64,8%), більше трьох штучних абортів і пологи великим плодом (понад 4000 г) в анамнезі (62,9% і 46,3% відповідно), а також порушення функції щитовидної залози (35,2%). Основними клінічними проявами цієї патології є менометрорагія (74,1%) і гіперполіменорея (51,9%).
2. Концентрація оксиду азоту у крові хворих з гіперпластичними процесами ендометрія становить 9,8±1,1 мкмоль/л, що вірогідно нижче такого у практично здорових жінок тієї самої вікової групи (14,2±0,10 мкмоль/л). Активність оксиду азоту у тканині ендометрія (відсутність, слідова, слабка, помірна) на порядок менша порівняно з такою у практично здорових пацієнток (помірна, висока) та корелює з показниками загальної активності.
3. Частота рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія у разі використання гормональної терапії гестагенами вірогідно нижча (6,7%) у пацієнток з помірною або слабкою активністю оксиду азоту в ендометрії і в разі застосування органозберігаючого ендохірургічного лікування (16,7%) у хворих зі слабкою активністю або відсутністю активності оксиду азоту у слизовій оболонці тіла матки порівняно з рандомізованим використанням зазначених методів лікування (68,8% і 31,8% відповідно).
4. Критерієм диференційованого підходу до використання гормонального або органозберігаючого ендохірургічного методів лікування ГПЕ є активність оксиду азоту у слизовій оболонці тіла матки. Гістероскопічну аблацію ендометрія слід рекомендувати хворим з гіперпластичними процесами ендометрія в разі відсутності або слідової активності оксиду азоту у тканині ендометрія. При наявності слабкої або помірної активності оксиду азоту у слизовій оболонці тіла матки пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія методом вибору є гормональна терапія гестагенними препаратами.
5. Застосування диференційованого підходу до вибору консервативного лікування гормональними препаратами групи гестагенів або органозберігаючого ендохірургічного методу лікування гіперпластичних процесів ендометрія дає змогу підвищити ефективність терапії захворювання (на 62,1% і 15,1% відповідно).
 |

 |