**Хомуленко Ігор Олександрович. Реабілітація пацієнток після лапароскопічного лікування ендометріозу яєчників : Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. — Сімф., 2002. — 155арк. — Бібліогр.: арк. 134-155**

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

|  |
| --- |
| Хомуленко І.О.Реабілітація пацієнток після лапароскопічного лікування ендометріозу яєчників.Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологіяКиївська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України.Київ, 2003.Вивчено клініко-ехографічні, ендокринологічні і імунологічні особливості у жінок із ендометріомами до і після лапароскопічного лікування. Вияснено морфологічні особливості віддалених ділянок при ендоскопічному лікуванні ендометріом у залежності від клінічного перебігу основного захворювання. Встановлено взаємозв'язок між клінічними, ехографічними, морфологічними, ендокринологічними і імунологічними змінами у віддаленому періоді після лапароскопічного лікування ендометріом. Розроблено і впроваджені практичні рекомендації по зниженню частоти рецидивів ендометріоїдної поразки яєчників на основі використання диференційованого підходу до проведення лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Основними факторами ризику розвитку ендометріозу яєчників є: обтяжений репродуктивний анамнез (артифіційні - 43,3% і мимовільні ранні аборти - 16,7%; кесарів розтин - 30,0% і початкова неплідність - 26,7%); екстрагенітальна (тиреоїдна патологія - 33,3% і серцево-судинні захворювання - 30,0%) і гінекологічна захворюваність (хронічні запальні захворювання матки і придатків - 63,3%; патологічні зміни шийки матки - 46,7% і перенесені акушерсько-гінекологічні операції - 50,0% відповідно).
2. Основними клінічними симптомами ендометріозу є: альгодисменорея (96,7%), хронічні тазові болі (90,0%), диспареунія (76,7%), неплідність (53,3%) і міжменструальні кровомазання (26,7%). Середня тривалість захворювання складає 3,5±0,3 років, а серед використовуваних лікувально-профілактичних заходів необхідно відзначити застосування антибактеріальної і протизапальної терапії (100,0%), різноманітні варіанти гормональної корекції (86,7%) і фізіотерапії (43,3%).
3. Головними ультразвуковими ознаками ендометріозу яєчників є: округла форма утворення (56,7%); виявлення поблизу кіст невеличких розмірів тканини “незміненого“ яєчника (56,7%); стовщена ехо-щільна капсула кісти (53,3%); дрібноточечна внутрішня структура (36,7%) і відсутність варіацій внутрішньої ехо-структури при динамічному обстеженні в різноманітні фази менструального циклу (30,0%).
4. Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих із ендометріозом яєчників явилися: наявність одно- (63,3%) і двосторонніх ендометріом (36,7%), а також їхнє поєднання з неплідністю (53,3%). В ході ендоскопічної діагностики і лікування зустрічаються “типові” ознаки ендометріом: утворення яєчників із щільною капсулою темно-синього відтінку і фрагментами синьо-багряного кольору - 50,0%; чорні, синюшно-багряні, темно-червоні плями на поверхні очеревини - 36,7%; рубцева тканина, що оточує ендометріоїдні імплантати - 23,3%; білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною - 13,3% і “нетипові”: гіпер-васкулярні зони - 53,3%; підяєчникові зрощення - 46,7%; жовто-коричневі плями на поверхні очеревини - 36,7%; петехіальна очеревина - 30,0%; червоні, “променеподібні” плями - 26,7%; залозисті новоутвори на поверхні очеревини - 16,7%; ділянки білої непрозорої очеревини - 10,0% і кругові дефекти очеревини - 6,7%.
5. При морфологічному дослідженні віддалених ділянок ендометріозу яєчників варто виділити два основних варіанти: “класичний” перебіг ендометріозу (66,7%) і “безсимптомний” (33,3%). Зіставлення струк-турних особливостей епітеліального і стромального компонентів, а також особливостей васкуляризації ендометріоїдних кіст яєчників пацієнток із різноманітним перебігом захворювання свідчить, що при “класичному” ендометріозі переважають кісти з функціонально активним епітелієм, цитогенною підепітелі-альною стромою, багатою васкуляризацією (численні судини капілярного типу), “свіжими” крововиливами й ознаками хронічного периофориту, а при “без-симптомному” варіанті - переважають кістозні утворення з дистрофічно зміненим епітелієм, розростанням сполучної тканини, недостатньою васкуляризацією і з великою кількістю судин із стовщеною стінкою і “старими” крововиливами.
6. Використання запропонованих реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту нейроендокринної симптоматики на 23,3%; хронічних тазових болій - на 20,0%; альгодисменореї - на 20,0%; диспареунії на 16,7% і рецидиву ендометріом - на 13,3% на фоні зниження рівня ехографічних ознак ендометріом на 26,7% і нормалізації основних ендокринологічних і імунологічних показників.
 |

 |