

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ГО «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ імені П.Л. Шупика
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ,
АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ імені Академіка О.М. Лук'янової
НАМН УКРАЇНИ»
КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ



МАТЕРІАЛИ

*Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України
та науково-практичної конференції
з міжнародною участю*

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:
АКТУАЛЬНІ ТА ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ»**

м. Київ
3-4 жовтня 2019 р.

45,5% і ендометріоз – 36,8%, кісти яєчників – 27%, патологію шийки матки – 36%. У 58% хворих відзначений рецидив захворювання (в анамнезі діагностичні вискоблювання з приводу ГПЕ). Ефективність лікування хворих з гіперпластичними процесами ендометрія методом радіохвильової абляції ендометрія склала: формування маткової форми аменореї – в 78%, олігоменореї – в 22% випадків, методом гістерорезектоскопії – 55,2 і 44,8% випадків відповідно. Середній термін проведення в стаціонарі склав 2,3 ліжко-дня при гістерорезектоскопії і 3,5 ліжко-дня при проведенні абляції ендометрія. Морфологічне дослідження біопатів ендометрія при гістерорезектоскопії найбільш часто виявляло поєднання золозисто-кістозної гіперплазії ендометрія із залозисто-фіброзними поліпами ендометрія у 5 (42%) хворих і у 5 (42%) пацієток ендометріальний поліп, у 2 (16%) хворих субмукозні вузли. Після операції у всіх хворих оцінювалися скарги, клінічні прояви. Після радіохвильової абляції протягом 30 днів спостерігалися виділення зі статевих шляхів, які спочатку носили кров'янистий характер, а потім серозний, обсяг виділень був незначним. Всіх пацієток після резекції ендометрія протягом перших двох тижнів турбували періодично тягучі болі внизу живота. Протягом 30 днів спостерігалися помірні сукровичні виділення зі статевих шляхів. Через 3 місяці після гістерорезектоскопії пацієтки скарг не пред'являли, виділень з статевих шляхів не було. При УЗД порожнину матки була замкнута, спостерігалось лінійне М-відлуння.

ВИСНОВКИ

В результаті проведених досліджень обґрунтовано застосування нових технологій в лікуванні пацієток з ГПЕ, представлені клінічні переваги радіохвильової абляції ендометрія і гістерорезектоскопії в порівнянні з традиційними методами лікування ГПЕ – гістеректомією. Визначено показання та умови проведення цих 2 методів лікування у хворих репродуктивного, перименопаузального та постменопаузального періодів. Обґрунтовано алгоритм динамічного спостереження за хворими після проведення маніпуляцій, виконаних з приводу ГПЕ в різні вікові періоди життя жінки.

ЩЕРБИНА І. М., НАГУТА Л. О.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків*

ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ГЕМОСТАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Маткові кровотечі є найбільш поширеною причиною до невідкладної

госпіталізації. Нерідко внаслідок маткових кровотеч розвивається залізо-дефіцитна анемія, що являється несприятливим фактором при наявності інших соматичних захворювань.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Лікування АМК може бути консервативним та хірургічним. Після виключення структурної патології ендометрію медикаментозна гемостатична терапія (МГТ) являється методом вибору.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилось 49 жінок з АМК, які були розподілені на 3 групи. Першу групу склали – 14 (28,6%) жінок з АМК, які отримували традиційне лікування з допомогою вишкрібання порожнини матки, другу групу – 19 (38,8%) хворих, які пройшли курс лікування з допомогою медикаментозної гемостатичної терапії із застосуванням засобів прокоагулянтної дії, які стимулюють фактори згортання, а саме, менадіона натрія біосульфат, третю групу – 16 (32,6%) пацієнтів з АМК, які пройшли комплексну терапію з використанням медикаментозної гемостатичної терапії. Контрольну групу склали 10 здорових жінок.

Основною скаргою пацієнтів в 93,1% випадків було збільшення кількості та тривалості менструацій, що супроводжувалось симптомами хронічної крововтрати, загальною слабкістю, підвищеною втомою, зниженням працездатності та зміною смаку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Об'єктивне дослідження показників менструальної крововтрати виявило достовірну їх стабілізацію вже після першого місяця лікування з подальшим зменшенням крововтрати після третього місяця лікування. Слідє відзначити більш виражене зменшення середніх показників менструальної крововтрати у II та III групах.

В результаті лікування зменшилась крововтрата та відмічалась також позитивна динаміка показників гемограми: Було відмічено, що повний лікувальний ефект із зникненням всіх скарг та симптомів, які супроводжували розвиток даної патології, було досягнуто у 4 (28,5%), 11 (89,4%) та 13 (93,7%) хворих 1-ї, 2-ї та 3-ї груп відповідно. Слідє відзначити, що усі пацієнти відмічали хорошу переносимість препарату. Побічні ефекти не були відмічені ні в одному випадку клінічного моніторингу на протязі дослідження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, під час проведення нами спостережень доказана ефективність лікування при допомозі медикаментозної гемостатичної терапії, яка була включена у комплексну терапію лікування аномальних маткових кровотеч,

відсутність побічних ефектів та протипоказань, може бути рекомендована до широкого застосування.

ЩЕРБИНА М. О., МЕРЦАЛОВА О. В., ЩЕРБИНА І. М., СКОРБАЧ О. І.

Харківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків

ПАТОЛОГІЧНА КРОВОВТРАТА ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Акушерські кровотечі (АК) залишаються однією з причин материнської захворюваності та смертності в розвинених країнах, і в країнах, що розвиваються. За даними ВООЗ, щорічно у світі помирає близько 140 тис. жінок від АК. У розвинених країнах частота масивних кровотеч у післяпологовому періоді становить 1 на 1000, а материнська смертність – 10 на 100000 пологів. При кесаревому розтині частота кровотеч у 4 рази вище, ніж при вагінальних пологах. Щодо останніх рекомендацій ВООЗ, АК вважається втрата 500 і більше мл крові зі статевих шляхів протягом доби після пологів, при кесаревому розтині допустимою крововтратою вважається крововтрата до 1000 мл, а понад 1000 мл – патологічною. АК вважають крововтрату від 0,5% до 1,0% від маси тіла жінки або до 15,0% від об'єму циркулюючої крові (ОЦК), патологічна АК – 1,0–1,5% від маси тіла або до 20% від ОЦК, масивна АК – більше 1,5% від маси тіла (більше 25% від ОЦК) або заміщення 50% ОЦК протягом трьох годин. Однак існують розбіжності у визначенні самого поняття АК, до того ж слід визнати, що до цього часу відсутні єдині величини патологічної крововтрати незалежно від методу розродження.

Реакція організму на крововтрату, незалежно від методу розродження, перебігає в кілька фаз: компенсована крововтрата, декомпенсація, геморагічний шок, розвиток синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. При крововтраті різко знижується ОЦК і створюється невідповідність між рештою об'ємом крові та ємністю судинного русла. Подразнення рецепторів судин призводить до активації симпатoadреналової системи, унаслідок цього відбувається викид у кров катехоламінів, що викликають генералізований судинний спазм. У результаті спазму артеріол зменшується кровотік на периферії, відкриваються артеріо-венозні шунти, відбувається централізація кровообігу. Спазм прекапілярів призводить до зниження гідростатичного тиску в капілярній мережі, що сприяє посиленню припливу міжклітинної рідини в судинне русло. Заповнення дефіциту білків у плазмі відбувається за рахунок переміщення лімфи у венозну мережу, цьому сприяє низький венозний тиск. Ішемія нирок і надниркових залоз стимулює виділення глюкокортикоїдів та

