

Секция 6 "МЕДИЦИНСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ"

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ГЕНИТАЛИЙ

А.В. Юрченко, Т.Л. Оленская
Научный руководитель – Л.Я. Супрун
Витебский государственный медицинский университет

Эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости, поражая до 20-50% женщин репродуктивного возраста, и представляет одну из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. Эндометриоз характеризуется тяжелым прогрессирующим течением с изнуряющим болевым синдромом, меноррагией, нарушением репродуктивной функции и трудоспособности. Определенный интерес проблеме придает отмечающийся в последние годы рост частоты данной патологии и отсутствие единых подходов к лечению и диспансеризации этих больных.

Целью исследования явилось изучение структуры, частоты, эффективности различных объемов хирургического лечения больных эндометриозом гениталий, а также поиски новых путей подхода к решению данной проблемы.

Нами был проведен ретроспективный анализ протоколов оперативных вмешательств и историй болезни 60 женщин, оперированных по поводу эндометриоза гениталий с 1987 по 1995 гг. в гинекологическом отделении БСМП г. Витебска

Частота хирургического лечения больных эндометриозом гениталий составила в 1987-1989 гг. – 12 (19%) операций, 1990-1992 гг. – 10 (16%) операций, 1993-1995 гг. – 40 (65%) операций.

В возрасте 23-28 лет было 5% женщин, 29-34 года – 3%, 35-40 лет – 18% женщин, в возрасте 41-46 лет – 37%, 47-52 года – 20%, 53-58 лет – 7% женщин.

Объем хирургического лечения находился в зависимости от локализации эндометриоза, степени его распространения и сопутствующей эндометриозу гинекологической патологии. Число радикальных операций (удаление матки с придатками с двух сторон) было у 22 женщин (36,7%). Придатки с двух сторон были удалены у 17 женщин (28,3%). У 21 пациентки (35%) была удалена матка с придатками с одной стороны.

Частота и характер жалоб больных в отдаленные сроки после выполненных по поводу эндометриоза гениталий операций

Характер жалоб	Абс. число	% соотношение
На боли, из них периодические	20	33
постоянные	4	7
при половом сношении	2	3
Из них внизу живота, в пояснице	34	57
в прямой кишке	4	7
Ощущение тяжести внизу живота	11	18
Быстрая утомляемость	31	52
Плохой сон	17	28
Раздражительность	22	37
Депрессия	10	17
Слабость	28	47
Головокружение	15	25
Боли в области сердца	21	35
Периодическое сердцебиение в покое	18	30
Кровянистые выделения из половых путей	15	25

Таким образом, у 39 женщин (65%) после операции менструации не было. У 8 из них (20,5%) менструации прекратились в возрасте 37-40 лет, у 9 (23,1%) женщин в 41-44 года, у 12 (30,8%) – в 45-48 лет, у 10 (25,6%) женщин – в 49-52 года.

Как следует из данных анкетирования, менструации после операции сохранились у 21 (35%) пациентки.

Из 60 опрошенных 56 (93%) женщин отметили, что после операции состояние их здоровья по сравнению с периодом до операции улучшилось, у 4 (7%) женщин оно оставалось прежним.

Можно сделать следующие выводы:

1. Отдаленные результаты хирургического лечения больных эндометриозом гениталий свидетельствуют о том, что независимо от объема выполненной операции и прошедших после нее сроков, большинство женщин продолжают беспокоить боли внизу живота, крестце, пояснице, быстрая утомляемость, раздражительность, депрессия, что свидетельствует о необходимости комплексного патогенетически обоснованного консервативного лечения.

2. Хирургическое лечение больных эндометриозом гениталий должно рассматриваться как составная часть комплексного лечения этой сложной категории больных. В случаях радикальных операций (удаления матки и придатков) при эндометриозе с целью профилактики посткастрационного синдрома остеопороза и сердечно-сосудистой патологии показано заместительное гормональное лечение.

Литература

1. Адамьян Л.В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 1992 г. № 3-7. – с. 54-59.
2. Супрун Л. Я., Радецкая Л. Е. Эндометриозная болезнь. Патогенез, диагностика, лечение. Витебск, 2002 год.
3. Аль-Шбуль Ибрагим, Супрун Л. Я. Отдаленные результаты лечения больных эндометриозом гениталий при радикальных и органосохраняющих операциях // Фундаментальные и клинические аспекты медицины и фармации: Тез. докл. Международная научная конференция студентов и молодых ученых «Студенческая медицинская наука XXI в» - Витебск, 1999 год – с. 37-38.

ИНТЕРВАЛ QT И НЕКОТОРЫЕ ЕГО ПРОИЗВОДНЫЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ АКТИВНОЙ КЛИНО-ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

М.С. Ландыченко, Т.Л. Оленская
Научный руководитель – В.И. Козловский
Витебский государственный медицинский университет

Показано, что у больных артериальной гипертензии (АГ) удлинение QT более 420 мс является одним из признаков гипертрофии миокарда и независимым предиктором развития жизненно-опасных аритмий, внезапной смерти. По данным [2], скорректированный по ЧСС интервал QT (QTc) также может быть выделен как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как и курение, повышение уровня холестерина, сахарный диабет.

В основном исследования интервала QT у больных АГ касаются его статического анализа, а динамические изменения при различных функциональных пробах изучены недостаточно.

Целью исследования было изучение динамических изменений интервала QT и его производных во время активной клино-ортостатической пробы.

Материалы и методы: Обследовано 77 больных АГ, не получающие медикаментозного лечения, средний возраст составил 47,5±5,2 лет. Контролем служила группа здоровых людей (n = 37).

Активная клино-ортостатическая проба (АКОП) проводилась по протоколу. ЭКГ регистрировали на аппарате Bioset-8000, оценивали частоту сердечных сокращений (ЧСС), интервал QT. Интервал QTc рассчитывали по формуле Bazetta. QT index (QTi) - по формулам Rautaharju P.M., (1990). Для вычисления линейной регрессии QT (QTlr) использовали метод A. Sagie (1992).