

troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. (2025). Vol. 70(6). P. 429–489. DOI: 10.1177/07067437241303031.

8. Silang K., Horn S. R., Giesbrecht G. F., et al. Perinatal depressive symptoms and child temperament at two years: The moderating role of child sleep duration. *Journal of affective disorders*. 2026. Vol. 392. P. 120253. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120253.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-6>

ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ПІДХОДІВ У ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕНДОМЕТРІОЗУ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Гордєєв В. М.

здобувач вищої освіти першого рівня спеціальності 222 – Медицина

кафедри акушерства, гінекології та педіатрії

факультету медицини та громадського здоров'я

Міжнародний університет

Науковий керівник: Ходорчук К. В.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри акушерства, гінекології та педіатрії

Міжнародний університет

м. Одеса, Україна

На сьогоднішній день ендометріоз є досить поширеною проблемою серед жінок репродуктивного віку. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ендометріоз діагностується у близько 17% жінок репродуктивного віку. Однак точка поширеність може бути значно більша через труднощі у діагностиці. Ендометріоз – це розростання, подібні до будови зі слизовою оболонкою матки, за межами звичайної локалізації ендометрію. Відповідно до сучасних уявлень про природу ендометріозу, це захворювання слід розглядати як патологічний процес із хронічним, рецидивуючим перебігом.

Ендометріоз формується та розвивається на тлі порушених імунних, молекулярно-генетичних та гормональних взаємин у жіночому організмі. Ендометріїдний субстрат має ознаки автономного росту та порушень проліферативної активності клітин. Ендометріоз може локалізуватися

як у тілі матки (аденоміоз, або внутрішній ендометріоз), так і поза маткою (зовнішній ендометріоз).

У структурі гінекологічної захворюваності ендометріоз займає 3 місце після запальних процесів і міоми матки, вражаючи до 50% жінок зі збереженою менструальною функцією. Ендометріоз призводить до функціональних і структурних змін в репродуктивній системі, нерідко негативно впливаючи на психоемоційний стан жінок. В даний час багато клініцистів свідчать, що ендометріодні прояви зустрічаються в будь-якому віці незалежно від етнічної належності та соціально-економічних умов.

Клінічні прояви ендометріозу : 1) тазовий біль, як правило, носить циклічний характер; 2) диспареунія; 3) біль при дефекації або сечовипусканні; 4) безпліддя.

За даними The European Society of Contraception and Reproductive Health з моменту перших проявів до клінічного встановлення діагнозу ендометріозу займає, в середньому 8 років.

Під час 22% оперативних втручань з приводу непліддя встановлюється діагноз ендометріоз різної локалізації.

В лікування ретроцервікального ендометріозу під час ендоскопічних операціях використовують різні енергії, такі як : 1) ультразвукова енергія; 2) біполярна енергія; 3) лазерна вапоризація вогнищ ендометріозу.

Мета та задачі дослідження. Аналіз методів лікування ендометріозу різної локалізації та профілактики проявів, таких як хронічний тазовий біль, непліддя, диспареунія. Створення концепту діагностики та індивідуальному підході у лікуванні даної патології.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз історій 537 пацієнток, які були прооперовані в медичному центрі Esperanto Med впродовж 2023 року, з них – 122 з приводу ендометріозу різної локалізації. Серед яких з первинним безпліддям було (58,6%) жінок, з вторинним – (42,4%). По тривалості безпліддя : від 1 до 2 років у (35,9%) жінок, від 3 до 5 років у – (32,7%), від 6 до 10 років у – (24%), більше 10 років у – (10%).

Результати досліджень. Усім хворим перед операцією проводили оцінку резервної функції яєчників на основі визначення рівня базальної секреції ЛГ, ФСГ, антимюлерового гормону, статевих гормонів, ультразвукового дослідження. Під час оперативного втручання ендометріодне ураження тільки яєчників виявили у 25% (31) випадків, поєднання кіст з зовнішнім генітальним ендометріозом у 65% (80) випадків, ендометріодні кіси і спайковий процес у 7% (10) хворих, у 2 % (3) жінок – поєднання кісти з фіброміомою матки.

Ендохірургічне лікування полягало в розсіченні злук, висіченні і коагуляції вогнищ ендометріозу, аспірації і енуклеації ендометріодних

кіст за допомогою біполярної енергії (42%) , ультразвукової енергії (35%) та лазерної енергії (23%).

Висновки. У випадка коли використовувалась лише біполярна енергія зниження антимюлерового гормону визначалась на рівні 10 +/-1,5%. При використанні ультразвукової енергії зниження антимюлерового гормону визначалась на рівні 8 +/-1%. При використанні лазерної вапоризації вогнищ ендометріозу зниження антимюлерового гормону визначалась на рівні 5 +/-1%. Ми вважаємо, що більш комплексний підхід у виборі варіанта енергетичного втручання, такого як ультразвукова енергія дозволить більш локально боротися з вогнищами ендометріозу та дозволить зберігати оваріальний резерв яєчників і отримати вагітність у малоперспективних хворих.

Література:

1. Majoribanks J, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; Issue 4: Art No CD001751.
2. Audebert A, Decamps P, Marnet H, Ory-Lavollee L, Bailleul F, Hamamah S. Pre or post-operative medical treatment with nafarelin in stage III–IV endometriosis: a French multicentre study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Med 1998;79:145-8.
3. Vercellini P, Crosignani PG, Fadini R, Radici E, Belloni C, Sismondi P. A gonadotrophin releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. Br J Obstet Gynaecol 1999;106:672-7
4. Lobo RA. Endometriosis: etiology, pathology, diagnosis, management. In: Comprehensive Gynecology. Philadelphia, PA: Mosby; 5th ed:2007