

До питання медикаментозного супроводу діагностичного процесу при генітальному ендометріозі

В.І.Пирогова, І.В. Козловський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У статті розглядаються питання застосування нестероїдних протизапальних препаратів – НПЗП (комбінований препарат Спазмил-М) у медикаментозному супроводі діагностичного процесу у жінок з підозрою на генітальний ендометріоз.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, дисменорея, больовий синдром, нестероїдні протизапальні препарати.

Практичні лікарі повсякденно стикаються з хронічним болем в області таза у жінок. Цей синдром супроводжує переважну більшість найпоширеніших гінекологічних захворювань. За статистичними даними серед жінок з хронічним тазовим болем приблизно 2 з 3 безплідні.

Клінічна інтерпретація больового синдрому, особливо за відсутності пальпаторно виявлених уражень складна і суперечлива, що призводить до встановлення низки хибних діагнозів без застосування адекватних методів обстеження. Для правильних установлення та інтерпретації клінічного діагнозу, а отже, і вибору адекватного лікування, необхідно враховувати основну гінекологічну патологію, яка може супроводжуватися хронічним тазовим болем [1].

Дисменорея і хронічний тазовий біль є превалювальними симптомами генітального ендометріозу. У разі вродженого ендометріозу дисменорея виникає з початком менструацій або через 2–3 роки після менархе, часто супроводжується нудотою, блюванням і різким погіршенням загального стану. При ендометріозі, що розвивається в репродуктивний період внаслідок різноманітних, не до кінця вивчених причин, больовий синдром наростає поступово; вираженість болю визначають за формою, поширеністю процесу, ступенем ураження суміжних органів тощо [2, 3, 6].

У наші дні провідною проблемою, що пов'язана з ендометріозом, є неухильне зростання частоти захворюваності [5].

Точні дані про поширеність ендометріозу у загальній популяції залишаються невідомими, і, ймовірно, така ситуація зміниться не скоро, що зумовлено як складнощами діагностики, так і часто безсимптомним перебігом захворювання [7]. У цілому, за оцінками фахівців, ендометріоз спостерігається приблизно у 7% жінок репродуктивного віку. Так, у жінок, які не мають ніяких симптомів, поширеність ендометріозу, за різними даними, коливається від 2% до 22% залежно від расової та національної приналежності і застосованих діагностичних критеріїв. За даними різних авторів, на даний час ендометріоз діагностують у 7–15% жінок репродуктивного віку, в тому числі у 25–40% пацієнок з безпліддям, 80% жінок з хронічним тазовим больовим синдромом і дисменореєю [1, 2, 5]. Крім того, ендометріоз «молодає», перешкоджає реалізації репродуктивної функції і негативно впливає на якість життя жінки. Пік захворюваності припадає на ре-

продуктивний період життя жінки, важкість симптомів та ймовірність діагнозу збільшуються з віком, досягаючи максимуму до 40 років.

Щорічні економічні збитки від захворюваності на ендометріоз у США, наприклад, оцінюються в суму, що наближається до 22 млрд доларів, однак важко оцінити в матеріальному еквіваленті той негативний вплив, який справляє ендометріоз на фізичне, психічне і соціальне благополуччя, повсякденну діяльність, сексуальні стосунки і фертильність пацієнок. Дані соціологічних опитувань, що проводили в різних країнах світу свідчать, що більше половини жінок з верифікованим ендометріозом відзначали зниження працездатності, майже 10% були змушені скорочувати тривалість робочого дня, кожна третя внаслідок неможливості реалізовувати вимоги інтенсивності роботи були змушені змінювати місце праці [7].

Ендометріоз має різноманітні прояви захворювання. Найбільш важливими клінічними симптомами ендометріозу, які і визначають показання до лікування, є тазовий біль, порушення нормального перебігу менструальних кровотеч або порушення менструального циклу, безпліддя, розлади функції тазових органів. Ступінь вираженості і комплекс проявів захворювання індивідуально варіюють. Тазовий біль, як правило, посилюється напередодні і під час менструацій, що типово як для зовнішнього ендометріозу, так і для аденоміозу [1, 2, 4].

Скарги на диспареунію пред'являють 26–70% пацієнок, які страждають на ендометріоз з переважним ураженням ретроцервікальної ділянки, крижово-маткових зв'язок. Цей симптом зумовлений як облітерацією за маткового простору зростаючими, іммобілізацією нижніх відділів кишечника, так і безпосереднім ураженням нервових волокон ендометріозом. Досить частим явищем є відсутність больових проявів при ендометріозі кистах значних розмірів, однак у той самий час інтенсивний тазовий біль часто супроводжує ендометріоз очеревини малого таза з легким та помірним ступенем поширення, що, ймовірно, зумовлено змінами секреції простагландинів та іншими прозапальними змінами перитонеального середовища. Необхідно зважати на те, що під час оцінювання вираженості болю лікар має покладатися на суб'єктивну оцінку пацієнтки, яка значною мірою залежить від її особистісних характеристик (психоемоційних, соціально-демографічних тощо) [2, 3, 9].

Іншим симптомом, властивим ендометріозу (за відсутності інших видимих причин), є безпліддя, що супроводжує цю патологію в 46–50%. Причинно-наслідкові зв'язки між цими двома станами не завжди зрозумілі. Для окремих варіантів ендометріозу доведено, що безпліддя є прямим наслідком таких анатомічних ушкоджень, як деформація фібрії, повна ізоляція яєчників періоваріальними зростами, ураження до повного зникнення здорових тканин яєчників ендометріозними кістами. Більш

суперечлива роль чинників, які ймовірно беруть участь у розвитку ендометріозу або є його наслідком: дисбаланс рівнів гормонів, що призводить до порушень овуляції та/або функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрія; загальні та місцеві імунологічні порушення тощо [2, 5, 6].

Діагноз ендометріозу встановлюється на підставі даних анамнезу та клінічної картини, результатів бімануального, ультразвукового та інших додаткових методів обстеження, що досить часто вимагає тривалого часу до моменту остаточної верифікації діагнозу і призначення терапії. Важливим для попередження фізичної та соціальної дезорієнтації у такого роду пацієнток є забезпечення якості життя на період проведення обстежень [1].

Сучасний алгоритм лікування пацієнток із вторинною дисменореєю передбачає використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПВП) і за відсутності протипоказань – комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Зазначені групи препаратів впливають на основні ланки патогенезу захворювання: нормалізують гормональний баланс організму і, інгібуючи простагландинсинтезу, знижують рівень простагландинів, дія яких посилюється в разі нестачі в організмі прогестерону, що призводить до підвищення скоротливої активності гладком'язових тканин матки і інших органів малого таза і розвитку дисменореї [3, 8].

Дія КОК в основному реалізується через пригнічення овуляції, оскільки, саме овуляторний менструальний цикл забезпечує циклічну стимуляцію ендометрія, що сприяє накопиченню простагландинів, відповідальних за розвиток симптомів дисменореї. Застосування КОК досить ефективне, проте при виборі саме цього методу лікування необхідно враховувати низку факторів, насамперед, прийнятність пацієнткою, необхідність супутньої контрацепції, наявність супутньої соматичної патології.

У цілому застосування НПЗП для лікування дисменореї на період обстеження при підозрі на генітальний ендометріоз має цілу низку переваг перед використанням КОК. На відміну від оральних контрацептивів, які слід застосовувати кілька місяців, НПЗП призначають лише на 2–3 дні на місяць, що, з одного боку, зручніше, а з іншого – економічно більш вигідно. Крім того, НПЗП не тільки ефективно нівелюють негативний вплив простагландинів на матку, але й усувають інші симптоми дисменореї, такі, як нудота, блювання і діарея. Окрім того, за необхідності проведення діагностичного або лікувального оперативного втручання у випадку короткотривалого застосування НПЗП відсутній ризик тромбоемболічних ускладнень.

У нашій повсякденній практиці для купірування болювого синдрому на період обстеження пацієнток з підозрою на ендометріоз ми використовуємо комбінований препарат Спазмил-М.

Спазмил-М є комбінованим препаратом з вираженою спазмолітичною і анальгетичною дією, який містить три діючі компоненти: метамізол натрій, пітофенон, фенпіверинію бромід. Завдяки комбінації антиспазматичного (пітофенон гідрохлорид і фенпіверинію бромід) та анальгетичного (метамізол натрій) компонентів препарат застосовують у випадках, коли необхідно отримати швидкий та довготривалий спазмолітичний ефект. Анальгетична дія метамізолу натрію пов'язана з центральним і периферійним механізмами. Метамізол натрій пригнічує циклооксигеназний шлях метаболізму арахідонової кислоти, а також перешкоджає вивільненню простагландинів, які збільшують чутливість організму до болювих подразників. В організмі метамізол піддається інтен-

сивній біотрансформації, причому його основні метаболіти є фармакологічно активними; знижує утворення ендоперекисів, брадикінінів, простагландинів, вільних радикалів, інгібує перекисне окиснення ліпідів. При вживанні всередину швидко і повно абсорбується. У стінці кишечника гідролізується з утворенням активного метаболіту – незмінений метамізол у крові відсутній. Рівень зв'язування активного метаболіту з білками становить 50–60%. Руйнується в печінці, основний шлях екскреції – нирки. Дія розвивається через 20–40 хв і досягає максимуму через 2 год.

Пітофенон, подібно до папаверину, справляє пряму міотропну дію на гладком'язові тканини та спричинює їхнє розслаблення. Фенпіверинію за рахунок холіноблокувальної дії додатково розслаблює гладком'язові тканини. Пітофенон і фенпіверинію бромід належать до групи синтетичних парасимпатолітиків з вираженою холінолітичною дією, які характеризуються неповною резорбцією при повній іонізації, не проникають через гематоенцефалічний бар'єр, слабо ліпорозчинні. Метаболізуються в печінці шляхом окисних реакцій, при цьому близько 90% виділяється з сечею.

Ендометріоз і сьогодні називають хворобою-загадкою ХХ століття, і донині труднощі в діагностиці, суперечливість терапевтичних підходів з огляду на наявність різних наукових шкіл, рівня інформованості практикуючих лікарів зумовлюють широкий діапазон терапевтичних алгоритмів і практичну значущість пошуку загально-го, максимально ефективного підходу до ведення пацієнток [1].

Отримані нами в практичній роботі дані свідчать про ефективність і безпечність використання комбінованого препарату Спазмил-М з вираженою спазмолітичною і анальгетичною дією, який містить три діючі компоненти: метамізол натрій, пітофенон, фенпіверинію бромід у лікуванні дисменореї під час обстеження пацієнток з генітальним ендометріозом.

Лікування ендометріозу є складним і тривалим процесом. Вивчення впливу різних методів купірування болювого синдрому на гормональний гомеостаз, метаболічні зміни як у короткостроковому, так і тривалому варіантах, дасть можливість створення найбільш раціональних і оптимальних схем застосування НПЗП у лікуванні ендометріозу.

К вопросу медикаментозного сопровождения диагностического процесса при генитальном эндометриозе

В.И. Пирогова, И.В. Козловский

В статье рассматриваются вопросы применения нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП (комбинированный препарат Спазмил-М) в медикаментозном сопровождении диагностического процесса у женщин с подозрением на генитальный эндометриоз.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, дисменорея, болевой синдром, нестероидные противовоспалительные препараты.

The question of medical support for diagnostic process of endometriosis

V.I. Pyrohova, I.V. Kozlowskiy

The article discusses the use of nonsteroid anti-inflammatory drugs in medication by the diagnostic process in women with suspected genital endometriosis.

Key words: genital endometriosis, dysmenorrhea, pain, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Сведения об авторах

Пирогова Вера Ивановна – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail: pyroh@mail.lviv.ua

Козловский Игорь Валериевич – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2006. – 416 с.
2. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология. Национальное руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 794 с.
3. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 7. – С. 437–444.
4. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea / M.D. Akin, K.W. Weingand, D.A. Hengehold [et al.] // Obstet Gynecol. – 2001. – Vol. 97. – P. 343–349.
5. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis / Kennedy S., Bergqvist A., Chapron C. et al. // Hum Reprod. – 2005. – № 20. – P. 2698–2704.
6. Managing dysmenorrhea in young women / S.C. Roberts [et al.] // Nurse Pract. – 2012. – Vol. 37 (7). – P. 47–52.
7. Mounsey A.L. Diagnosis and management of endometriosis / Mounsey A.L., Wilgus A., Slawson D.C. // Am. Fam. Phys. – 2006. – № 74. – P. 594–600.
8. Proctor M.L. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea / M.L. Proctor, P.A. Murphy // Cochrane Database Syst Rev 2001; CD002124.
9. Simon P. Dysmenorrhea / P. Simon, G. Ena // Rev Med Brux. – 2011. – Vol. 32 (4). – P. 252–255.

Статья поступила в редакцию 11.07.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В РЫБЕ СНИЖАЮТ РИСК РАКА ГРУДИ НА 14%

Китайские ученые установили, что содержащиеся в рыбе полиненасыщенные жирные кислоты способны снизить риск развития рака груди, пишет РИА «Новости» со ссылкой на British Medical Journal (BMJ).

Ученые изучили данные 26 исследований по проблеме питания и рака, проведенных в США, Европе и Азии, с общим числом участников более 800 тысяч человек. Эти труды охватывали более 20 тысяч случаев рака груди.

При поступлении в организм жирных полиненасыщенных

кислот через употребление морской рыбы риск рака груди снижался на 14% у тех, кто потреблял много такой пищи по сравнению с теми, кто не ел рыбу или ел недостаточно. Наименьший риск развития рака отмечается у азиатских женщин. Вероятно потому, что потребление рыбы в странах Азии значительно выше, чем в европейских странах, говорят авторы.

По расчетам ученых, 5% сокращение риска дает употребление в день 0,1 грамма жирных

кислот, содержащихся в морской рыбе. Это равно одной-двум порциям рыбы в неделю. При этом подобного защитного действия при потреблении полиненасыщенных жирных кислот растительного происхождения не отмечалось. Авторы отмечают, что необходимы дальнейшие предметные исследования с участием людей, чтобы выяснить механизмы защитного воздействия жирных кислот, содержащихся в рыбе.

Источник:

<http://www.gazeta.ru>