

Диференційований підхід до реабілітації пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом

В.І. Бойко, Т.М. Колесникова

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до реабілітації хворих із ендометріомами після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє істотно знизити частоту рецидиву і клінічних проявів даної патології. Безумовним підтвердженням ефективності запропонованої методики є отримані результати ехографічних, ендокринологічних і імунологічних досліджень.

Ключові слова: ендометріом, лапароскопія, диференційований підхід.

Генітальний ендометріоз є однією з найбільш поширених гінекологічних патологій жінок репродуктивного віку [1–6]. Згідно з даними сучасної літератури [1–6], частота різних проявів цієї патології в загальній популяції жінок репродуктивного віку коливається від 3% до 10%. На думку вітчизняних і зарубіжних фахівців, зростання частоти гінекологічних захворювань, зокрема генітального ендометріозу, слід розглядати як наслідок високої частоти патології в осіб пубертатного віку, соціальної нестабільності суспільства, зміни репродуктивної поведінки, а також зростання соматичної захворюваності населення [3, 6].

Розглядаючи ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів привертає увагу відсутність єдиного підходу у виборі методу лікування, особливо ендометріом. Але водночас, як свідчать дані вітчизняної і зарубіжної літератури, особливо останніх років, все більшу перевагу надають ендохірургічному лікуванню даної патології з подальшою адекватною реабілітацією.

Незважаючи на значне число наукових повідомлень, одним із невирішених питань даного наукового напрямку є віддалені наслідки перенесеного лапароскопічного лікування. Хоча не викликає сумнівів той факт, що ефективність проведеної терапії багато в чому залежить від якості проведення реабілітаційних заходів, що включають не тільки лікування основного захворювання, але і профілактику рецидивів. Водночас, у сучасній літературі відсутні практичні рекомендації щодо ведення хворих, які перенесли ендоскопічне лікування з приводу ендометріозу, хоча їхня необхідність не викликає сумнівів.

Мета дослідження: зниження частоти рецидиву ендометріом після лапароскопічного лікування на підставі вивчення основних анамnestичних, клінічних, ехографічних, ендокринологічних та імунологічних змін, а також удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети нами обстежено 90 пацієнок, яких було розподілено на три групи:

- контрольна група – 30 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку;
- 1-а група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, які отримували загальноприйняті реабілітаційні заходи;

– 2-а група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, котрим проводили реабілітацію з використанням запропонованої нами методики.

Загальноприйняті реабілітаційні заходи здійснювали відповідно до рекомендацій Л.В. Адамян [1] і включали використання гестагенів (у післяопераційний період протягом 6 міс); при тяжких формах ендометріодного ушкодження додатково використовували антигонадотропні препарати данол (даназол) і імунокорекцію.

Основними моментами вдосконаленого нами диференційованого підходу були:

1. Підшкірні ін'єкції агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс 3,6 мг) в передню черевну стінку перші 5 днів менструального циклу кожні 28 днів протягом 3 міс до операції та 6 міс в післяопераційний період.

2. Неспецифічна протизапальна терапія (диклофенак по 1 супозиторію ректально протягом 10–15 днів), розсмоктувальна терапія (вобензим по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 3 міс), імуномодулювальна терапія (віферон 1 свічка per rectum 2 рази на добу протягом 5 днів) в післяопераційний період.

Лапароскопію виконували за допомогою устаткування фірми «Karl Storz» (Німеччина).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, імунологічні, ендокринологічні та морфологічні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед основних причин розвитку ендометріом мають суттєве значення такі: перенесені гінекологічні захворювання (хронічні запальні захворювання матки і придатків – 63,3%; патологічна зміна шийки матки – 46,7% і перенесені акушерсько-гінекологічні операції – 50,0%), а також обтяжений репродуктивний анамнез (артифіційні – 43,3% і мимовільні ранні аборти – 16,7%; кесарів розтин – 30,0% і початкове безпліддя – 26,7%).

Основними клінічними симптомами ендометріом є альгодисменорея (96,7%), хронічний тазовий біль (90,0%), диспаревнія (76,7%), безпліддя (53,3%) і міжменструальні кровомазання (26,7%). Середня тривалість захворювання складає 3,5±0,3 року, 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%).

Основними ехографічними ознаками ендометріом є: округла форма утворення (56,7%); виявлення поблизу кіст невеличких розмірів тканини «незміненого» яєчника (56,7%); потовщена ехо-щільна капсула кісти (53,3%); дрібноточкова внутрішня структура (36,7%) і відсутність варіацій внутрішньої ехо-структури при динамічному обстеженні в різноманітні фази менструального циклу (30,0%).

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих із ендометріомами були: наявність одно- (63,3%) і двосторонніх ендометріом (36,7%), а також їхнє поєднання з безпліддям (53,3%).

При проведенні лапароскопії виявляють «типові» ознаки ендометріом: утворення яєчників зі 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 ендометріодні імпланти, – 23,3%; білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною, – 13,3% і «нетипові»: гіперваскулярні зони – 53,3%; під'яєчникові зрощення – 46,7%; жовто-коричневі плями на поверхні очеревини – 36,7%; петехіальна очеревина – 30,0%; червоні, «промене-подібні» плями – 26,7%; залозисті новоутворення на поверхні очеревини – 16,7%; ділянки білої непрозорої очеревини – 10,0% і кругові дефекти очеревини – 6,7%.

При «класичному» перебігу ендометріозу (66,7%) переважають кісти з функціонально активним епітелієм, цитогенною підепітеліальною стромою, багатою васкуляризацією (численні судини капілярного типу), «свіжими» крововиливами й ознаками хронічного періфориту, а при «безсимптомному» варіанті (33,3%) – переважають кістозні утворення з дистрофічно зміненим епітелієм, розростанням

сполучної тканини, недостатньою васкуляризацією із великим числом судин із потовщеною стінкою і «старими» крововиливами.

Використання запропонованих реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту нейроендокринної симптоматики на 23,3%; хронічного тазового болю – на 20,0%; альгодисменореї – на 20,0%; диспаревнії – 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.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до реабілітації хворих із ендометріомами після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє істотно знизити частоту рецидиву і клінічних проявів даної патології. Безумовним підтвердженням ефективності запропонованої методики є отримані результати ехографічних, ендокринологічних і імунологічних досліджень.

Дифференцированный подход к реабилитации пациенток после лапароскопического лечения эндометриом В.И. Бойко, Т.Н. Колесникова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование дифференцированного подхода к реабилитации больных с эндометриомами после проведенного лапароскопического лечения позволяет существенно снизить частоту рецидивов и клинических проявлений данной патологии. Безусловным подтверждением эффективности предлагаемой методики являются полученные результаты эхографических, эндокринологических и иммунологических исследований.

Ключевые слова: эндометриома, лапароскопия, дифференцированный подход.

The differentiated approach to rehabilitation of patients after laparoscopic treatments of endometriomas V.I. Boyko, T.N. Kolesnikova

Results of the spent researches have shown that use of the differentiated approach to rehabilitation of patients with endometriomas after spent laparoscopic treatments allows to lower essentially frequency of relapses and clinical displays of the given pathology. The confirmation efficiency of an offered technique the received results ehoграфical, endocrinological and immunological researches are unconditional.

Key words: endometrioma, laparoscopy, the differentiated approach.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Медицинский институт Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел.: (050) 307-35-63. E-mail: vboyko@ukr.net

Колесникова Татьяна Николаевна – Медицинский институт Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2010. – 30 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эн-

дометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Ярмолинская. – СПб., 2012. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.

4. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза – 2-е изд., испр. и доп. / В.П. Баскаков. – Л.: Медицина, 2010. – 235 с.
5. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины. – № 3 (23). – 2012. – С. 72–76.
6. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.

7. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.

Статья поступила в редакцию 13.06.2014