

©О.М. Степановічус

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Одеський національний медичний університет

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ. Метою роботи була оптимізація лікування неплодних хворих на зовнішній генітальний ендометріоз. Проведений аналіз клінічної ефективності комбінованого методу лікування, який передбачав на етапі ендоскопічного втручання застосування для закриття десерозованих ділянок гемостатичного матеріалу "GYNECARE INTERCEED" та антизлукового гелю "ETHICON Intercoat з наступним призначенням в післяопераційному періоді імуномодуляторів (ректальні супозиторії "Галавіт" в дозі 100 мг 1 раз на добу протягом 5 днів, потім через день протягом 10 днів). Визначені переваги запропонованої комбінації у плані впливу на фертильну функцію та якість життя пацієнток із ЗГЕ.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА. Целью работы была оптимизация лечения бесплодных больных с наружным генитальным эндометриозом. Проведен анализ клинической эффективности комбинированного метода лечения, предусматривающий на этапе эндоскопического вмешательства применения гемостатического материала "GYNECARE INTERCEED" и противоспаечного геля "ETHICON Intercoat для закрытия десерозированных участков с последующим назначением в послеоперационном периоде иммуномодуляторов (ректальные суппозитории "Галавит" в дозировке 100 мг 1 раз в сутки в течении 5 дней, затем через день в течении 10 дней). Определены преимущества предложенной комбинации в плане влияния на фертильную функцию и качество жизни пациенток с НГЭ.

OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS. The study was aimed to optimize the treatment of infertile patients with the external genital endometriosis. There was conducted the analysis of clinical efficacy of the combined treatment including the use of hemostatic material "GYNECARE INTERCEED" and antiadhesive gel "ETHICON Intercoat" for closing deserosed areas during the endosurgical intervention as well as further application of the combination of "Galavit". The advantages for fertil function renovation and life quality improvement among patients with EGE are determined.

Ключові слова: ендометріоз, неплодність, лікування, клінічна ефективність.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, лечение, клиническая эффективность.

Key words: endometriosis, infertility, treatment, clinical effectiveness.

ВСТУП. Оптимізація діагностики та лікування неплодних хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом шляхом використання сучасних та додаткових методів дослідження є актуальною проблемою гінекології. Це обумовлено тим, що ендометріоз є одним з найбільш частих захворювань жіночого генітального тракту в розвинутих країнах, при чому останніми роками відзначається чітка тенденція до зростання його поширеності [1–3]. За даними літератури, це мультифакторіальне захворювання, зустрічається майже в 10 % жінок білої раси, а в Україні його зустрічваність у жінок віком від 18 до 45 років коливається від 7 до 50 % [1–4]. Ендометріоз займає третє місце після запальних захворювань та міомі матки [2, 3], окремі автори відводять ендометріозу другий шабелі у структурі гінекологічної патології [1]. Характерною для сучасного патерну захворюваності на ендометріоз є зростання його частоти у жінок молодого віку та збільшення кількості пацієнток з неплодністю [1, 2]. Це обумовлює суттєві медико-соціальні та демографічні втрати.

Метою роботи була оптимізація лікування неплодних хворих на зовнішній генітальний ендометріоз.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження проводили на клінічній базі кафедри акушерства й гінекології №1 ОНМедУ, у НДІ НТПЗ ОНМедУ та гінекологічному відділенні МКЛ№ 9 (м. Одеса). За період 2007–2011 р. під спостереженням перебувало 120 неплодних пацієнток із верифікованим ЗГЕ.

В залежності від запропонованого лікування всі пацієнтки були розподілені на дві групи. До I групи увійшли 60 хворих із ЗГН, які одержували традиційне лікування (ендоскопічне з призначенням у післяопераційному періоді комбінованого орального контрацептиву з вмістом 2 мг дієногесту в безперервному режимі протягом 42–63 днів). До II групи були віднесені 60 хворих із ЗГЕ, у яких, крім стандартного лікування, під час ендоскопічного втручання застосовували протизлукові бар'єри для закриття десерозованих поверхонь гемостатичного матеріалу "GYNECARE INTERCEED" та антизлукового гелю "ETHICON Intercoat з наступним призначенням в післяопераційному періоді імуномодуляторів (ректальні супозиторії "Галавіт" в дозі 100 мг 1 раз на добу протягом 5 днів, потім через день протягом 10 днів). Додатково обстежено 30 практично здорових жінок віком до 35 років, які звернулися до лікаря в рамках планового профілактичного огляду.

Клінічну ефективність запропонованих методів лікування оцінювали за показниками відновлення фертильності, зменшення проявів больового синдрому, змін якості життя, наявності рецидивів. Суб'єктивну оцінку болю проводили за VAS шкалою. Якість життя у пацієнтів оцінювали на початку лікування і через півроку після завершення лікування. Для оцінки ЯЖ використовували російськомовний варіант опитувальника MOS SF-36 [6].

Статистичну обробку проводили за допомогою стандартних пакетів програми MS Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Лапароскопічне обстеження неплідних жінок виявило, що ендометріоз I та II стадії виявлявся найчастіше – у 37 (30,8 %) та 41 (34,2 %) випадках, відповідно. Ендометріоз III стадії було виявлено у 24 (20 %), IV стадії – у 18 (15 %) випадках. Ендометріодні гетеротопії частіше спостерігались на яєчниках та крижово-маткових зв'язках. Звертає на себе увагу наявність атипичних перитонеальних ендометріодних імплантів у 9 (7,5 %) пацієнок.

Часто при лапароскопічному втручанні капсула ендометріодних кист була інтимно спаяна із задньою поверхнею матки, очеревиною маточно-прямокишкового поглиблення, серозним покривом прямої кишки, матковими трубами. Лапароскопічні ознаки атипичних перитонеальних ендометріозних імплантів виявлялися в 9 (7,5 %) пацієнок. У даних пацієнок перебіг ендометріозу супроводжувався вираженим больовим синдромом. Інші клінічні прояви захворювання були відсутні.

Патологічні зміни маткових труб відзначалися в 47 (39,2 %) обстежених хворих. Маткові труби були представлені однобічними сактосальпінксами в 23 (19,2 %) випадках.

Злуковий процес різного ступеня тяжкості під час лапароскопії був діагностований у переважній частині хворих (61 %). Багаточисленні зрощення спостерігались між придатками матки, маткою, петлями кишечника, сальником, пузирно-матковою складкою, стінками таза та очеревиною дугласова простору. При ЗГЕ злуковий процес у малому тазі, на відміну від злукового процесу, обумовленого запальним процесом, відрізняється тим, що міжтканинні зрощення формуються, головним чином, між фіксованими органами й структурами малого таза. У більшості хворих спостерігався злуковий процес III ст – 22 (18,3 %) та IV ст – у 26 (21,7 %) і значно менше I стадії – 10 (8,3 %) пацієнок, II ст. – у 15 (12,5 %).

Встановлено, що у жінок віднесених до I групи після проведеного лікування больовий індекс знизився в 1,3 рази в порівнянні з вихідними даними, то у II групі динаміка індексу по візуальній аналоговій шкалі болю зменшилася вже у 1,8 разів – відповідно з $4,4 \pm 0,2$ балів до $3,4 \pm 0,3$ балів (I група) й з $4,5 \pm 0,3$ балів до $2,5 \pm 0,2$ балів (II група). Така ж динаміка спостерігалася й за шкалою Б опитувальника SF-36.

Як показали проведені нами дослідження, динаміка показників гормонального профілю застосовані у різних клінічних групах не відрізнялися (рис. 1).

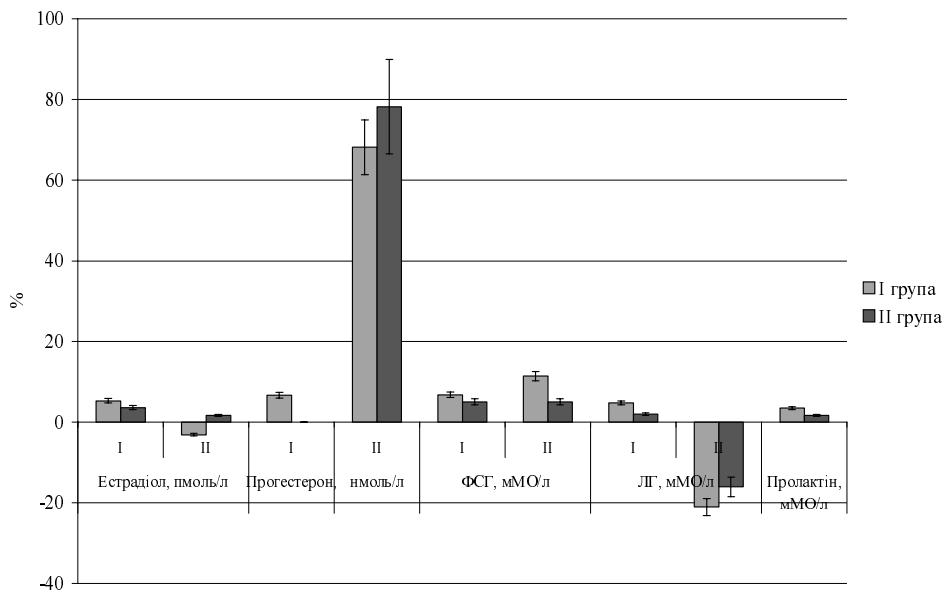


Рис. 1. Співставлення результатів впливу лікування на гормональний профіль пацієнтів (% від вихідного рівня).

У II групі були досягнуті значно кращі репродуктивні результати. Якщо у I групі вагітність була діагностована лише у 14 (23,3 %) жінок, з яких пологи per via naturales відбулися у 6 (10,0 % від загальної чисельності групи або 42,9 % від загальної кількості, що завагітніли) жінок, то у II групі вагітність після проведеного лікування розвинулася у 36 (60 %) випадків, при чому в більшості випадків (31 або 86,1 %) пологи відбувалися через природні шляхи й лише у двох випадках довелося вдаватися до оперативного розродження.

Цікаво, що певні відмінності спостерігались й щодо ризику рецидивування у хворих на ЗГЕ різних груп.

Якщо у 4 пацієнок I групи протягом року після проведеного лікування виник рецидив ендометріозу, що було підтверджено під час second-look лапароскопії, то у пацієнок II групи жодного випадку рецидивування виявлено не було.

ВИСНОВОК. На нашу думку, спостережувані відмінності пояснюються застосуванням на інтраопераційному етапі комплексу з гемостатичного бар'єру та антизлукового гелю. Поряд з бар'єрною функцією запропонованого профілактичного комплексу він може здійснювати вплив на функціонування механізмів клітинного імунітету, зокрема на продукцію макрофагами

медіаторів запалення та інших біологічно активних субстанцій.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Таким чином, незважаючи на очевидні успіхи у дослідженні проблеми відновлення фертильності у неплід-

них жінок з ЗГЕ [4, 5], залишається актуальним пошук оптимального алгоритму застосування комбінованого лікування неплідності у цієї групи пацієнтів із застосуванням як ендохірургічних втручань так й патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Mitchell L.A. Endometriosis: Symptoms, Diagnosis & Treatments / L.A. Mitchell NY, Nova Science Publishers Inc – 2010. – 272 p.

2. de Ziegler D. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. / D. de Ziegler, B. Borghese, C. Chapron // Lancet. – 2010. – Vol. 376(9742). – P. 730–738.

3. Цвелев Ю.В. Современная диагностика и терапия эндометриозной болезни. / Ю.В. Цвелев, В.Г. Абашин Спб., 2007. – 63 с.

4. Латій К. В. Профілактика спайкоутворення після лапароскопічних органозберігаючих операцій у хворих з міо-

мою матки та ендометріозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / К. В. Латій. – О., 2010. – 20 с.

5. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. / P. Vercellini, E. Somigliana, P. Viganà [et al.] // Drugs. – 2009. – Vol. 69(6). – P. 649–675.

6. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко и др. // Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. – СПб., 1995. – С. 27–28.

Отримано 16.01.12 р.