

УДК 661.618.17.616.09

ОЦЕНКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С.Ш. Сулайманова

Представлены данные об эффективности комплексной терапии с применением хирургических и гормональных методов лечения у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: женщины; генитальный эндометриоз; аденомиоз; наружный генитальный эндометриоз; гормоны; лапароскопия.

ASSESSMENT AND TREATMENT POLICY OF GENITAL ENDOMETRIOSIS IN REPRODUCTIVE-AGED WOMEN

S.Sh. Sylaymanova

It is considered the data on efficiency of complex therapy with using of surgical and hormonal methods of treatment for women of reproductive age.

Keywords: women; genital endometriosis; adenomiosis; external genital endometriosis; hormones; laparoscopy.

Распространённость эндометриоза среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста варьирует в пределах от 7 до 50 %, и в последнее время отмечается неуклонный рост данной патологии [1, 2]. Несмотря на успехи терапии эндометриоза, многие патогенетические аспекты лечения остаются открытыми, так как у более 50 % больных отмечается рецидив и дальнейшее прогрессирование заболевания [3, 4].

Современный подход к лечению больных эндометриозом состоит в комбинации хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриозидных очагов и гормонотерапии [5, 6]. Однако даже при распространённых формах эндометриоза у женщин, заинтересованных в восстановлении генеративной функции, следует по возможности придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии и прибегать к радикальным операциям только в случаях, когда исчерпаны другие возможности [7].

Необходимость настоящих исследований обусловили противоречивость и неоднозначную оценку эффективности различных методов лечения генитального эндометриоза.

Цель исследований – дать оценку тактике лечебных мероприятий, включающих хирургическую, гормональную терапию, по показателям клинического успеха лечения у женщин с генитальным эндометриозом.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 84 женщины репродуктивного возраста с генитальным эндометриозом (ГЭ), из которых: 38 женщин с аденомиозом (I клиническая группа); 46 женщин с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) (II клиническая группа).

Диагноз ГЭ верифицировался на основании клинических проявлений заболевания, ультразвукового исследования органов малого таза, гистероскопии, диагностической лапароскопии. Статистические данные представлены в абсолютных и в процентных значениях.

Результаты и обсуждение. Основным хирургическим доступом вмешательства при ГЭ являлась лапароскопия, которая составила в I клинической группе 58 % (22 женщины) и 82,6 % (38 женщин) во II клинической группе; соответственно, лапаротомный доступ составил у 5,2 % (2 женщины) и 13 % (6 женщин), влагалищный доступ, соответственно, у 36,8 % (14 женщин) и 4,3 % (2 женщины).

Основным принципом медикаментозной терапии эндометриоза с применением любого гормонального агента является подавление яичниковой секреции эстрадиола. На сегодняшний день из всего многообразия гормонотерапевтических препаратов, применявшихся для лечения эндометриоза, практическую ценность сохраняют прогестагены,

антигонадотропины и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. В таблице 1 представлены схемы применения наиболее часто применяемых гормональных препаратов для лечения ГЭ у женщин.

Медикаментозная гормональная терапия применялась всем женщинам и зависела от тяжести течения заболевания, степени распространённости процесса, объёма и радиальности оперативного вмешательства, степени нарушения репродуктивной системы до лечения.

Наиболее объективным показателем эффективности лечения должна явиться оценка клинического успеха лечения, которая включает в себя такие признаки, как купирование болевого синдрома, отсутствие рецидивов заболевания в течение года, отсутствие осложнений, наступление маточной беременности, снижение диспареунии. Как видно из данных таблицы 2, у женщин с аденомиозом полное купирование болевого синдрома произошло в 78,9 % случаев; отсутствие рецидивов заболевания в течение года отмечено у 76,3 % женщин; осложнений после хирургического вмешательства не наблюдалось, а побочные реакции гормональной терапии отмечены у 15,8 % женщин; явления диспареунии отсутствовали в 88,9 % случаев; наступление маточной беременности у женщин, страдающих бесплодием, наступило у 23 % женщин.

У женщин с НГЭ показатели клинического успеха лечения (таблица 3) представлены следующим образом: так, купирование болевого синдрома произошло у 80,5 % пациентов; рецидивы заболевания в течение года отсутствовали в 76 % случаев; осложнения после хирургического вмешательства не наблюдались; побочные реакции гормональной

терапии отмечены у 19,5 % женщин; явления диспареунии отсутствовали у 83,4 %; наступление маточной беременности у женщин, страдающих бесплодием, наступило у 15 % женщин.

Таблица 1 – Схема применения гормональных препаратов у женщин с ГЭ

| Название препарата | Дозировка | Схема применения |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| Медроксипрогестерон ацетат | 50 мг в день | В течение 3 месяцев |
| Даназол | 600 мг в день | В течение 6 месяцев |
| Неместран | 2,5 мг 2 раза в неделю | В течение 4 месяцев |
| Золадекс (госерелин) | 3,6 мг 1 раз в 26 день | В течение 6 месяцев |
| Декапептил Депо | 3,75 мг 1 раз в 28 день | В течение 6 месяцев |

Следовательно, только каждая пятая женщина из числа страдающих бесплодием, в течение года восстанавливает свою фертильность. Это обусловлено тем, что эндометриоз относится к заболеваниям, имеющим длительное течение, требующим комплекса лечебных мероприятий, а гормональная терапия после проведения хирургического вмешательства проводится в течение нескольких месяцев.

Дальнейшая эффективность лечения будет связана с раскрытием недостаточно изученных аспектов патогенеза эндометриоза, совершенствования оборудования эндоскопической хирургии, а также разработки эффективных гормональных препаратов.

Таблица 2 – Показатели клинического успеха лечения женщин с аденомиозом

| Показатели клинического успеха лечения | Исходное количество, n | Абс. ч. | % |
|---|------------------------|---------|------|
| Купирование болевого синдрома: | | | |
| – не купировались | 38 | - | - |
| – частичное | | 8 | 21 |
| – полное | | 30 | 78,9 |
| Рецидивы заболевания в течение 1 года: | | | |
| – однократное | 38 | 8 | 21 |
| – два и более | | 1 | 2,6 |
| – отсутствовали | | 29 | 76,3 |
| Осложнения хирургического лечения (кровотечение, повреждение органов, летальный исход и др.) | 38 | - | - |
| Побочные реакции гормональной терапии (аллергические реакции, диспептические расстройства, выраженная прибавка в весе, вегетативные расстройства и др.) | 38 | 6 | 15,8 |
| Явления диспареунии: | | | |
| – присутствовали | 9 | 1 | 11,1 |
| – отсутствовали | | 8 | 88,9 |
| Наступление маточной беременности | 13 | 3 | 23,0 |

Таблица 3 – Показатели клинического успеха лечения женщин с НГЭ

| Показатели клинического успеха лечения | Исходное количество, n | Абс. ч. | % |
|---|------------------------|---------|------|
| Купирование болевого синдрома: | 46 | | |
| – не купировались | | - | - |
| – частичное | | 9 | 19,5 |
| – полное | | 37 | 80,5 |
| Рецидивы заболевания в течение 1 года: | 46 | | |
| – однократное | | 9 | 19,5 |
| – два и более | | 2 | 4,3 |
| – отсутствовали | | 35 | 7,6 |
| Осложнения хирургического лечения (кровотечение, повреждение органов, летальный исход и др.) | 46 | - | - |
| Побочные реакции гормональной терапии (аллергические реакции, диспептические расстройства, выраженная прибавка в весе, вегетативные расстройства и др.) | 46 | 9 | 19,5 |
| Явления диспареунии: | 18 | | |
| – присутствовали | | 3 | 16,6 |
| – отсутствовали | | 5 | 83,4 |
| Наступление маточной беременности | 20 | 3 | 15 |

Таким образом, эффективность лечения по показателям клинического успеха у женщин с аденомиозом в среднем составляет 70,2 %, а у женщин с наружным генитальным эндометриозом – 67,1 %.

Литература

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. Изд-е 2. М.: Медицина, 2006. 411 с.
2. Bellells P. Environmental factors and endometriosis / P. Bellells, S. Podgaec, M.S. Abrao // Rev. Assoc. Med. Bras. 2011. V. 57. P. 448–492.
3. Адамян Л.В. Эволюция гормональной терапии эндометриоза / Л.В. Адамян, А.А. Осипова, М.М. Сонова // Проблемы репродукции. 2006. № 5. С. 11–16.
4. Champanezia R. Psychological therapies for chronic pelvic pain systematic zeviw of randomized controlled trials / R. Champanezia, J.P. Dariels, A. Raza et. al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2012. V. 91. № 3. P. 261–286.
5. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: диагностика, лечение, методы реабилитации, отдалённые результаты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.А. Гаспарян. М., 2002. 52 с.
6. Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь / Е.Ф. Кира, Ю.В. Цвелёв // Гинекология: руководство для врача. М.: Литература, 2008. 840 с.
7. Кузнецова И.В. Эндометриоз: патофизиология и выбор лечебной практики / И.В. Кузнецова // Гинекология. 2008. № 5. С. 74–79.