

О. М. Степановічус

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК ІЗ ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Одеський національний медичний університет

Безплідний шлюб — одна з найбільш важливих і складних сучасних медико-соціальних проблем. Останнім часом у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, відмічається збільшення частоти безплідних шлюбів, що сягає 15–17 %. Невідомо, що проблема діагностики та лікування безплідності є надзвичайно актуальною в гінекологічній практиці, в медицині в цілому та набуває державного значення [1–4]. Серед різноманітних причин безплідності ендометріоз посідає одне із провідних місць [6]. Привертає увагу і той факт, що у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом виникає порушення репродуктивної функції, а також можливість виникнення рецидивів захворювання та метастазування [5]. За даними вітчизняних і закордонних авторів, частота рецидивів становить від 2 до 47 %. Тому всі ці питання стимулюють подальше проведення клінічних досліджень з проблеми ендометріозу.

Метою дослідження є оцінка ефективності проведення післяопераційної терапії у безплідних жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом.

Матеріали та методи дослідження

В основу дослідження було покладено аналіз клінічних спостережень за 120 безплідними хворими із зовнішнім генітальним ендометріозом. Середній вік хворих становив від 21 до 35 років.

Усі хворі пройшли загальноклінічне обстеження, отримали

ультразвукову та доплерометричну оцінку стану органів малого таза. Ендокірургічні втручання виконували за стандартною методикою із застосуванням обладнання фірм “Karl Storz” (Німеччина), «Контакт» (Україна).

Залежно від запропонованого післяопераційного лікування усі пацієнтки були розподілені на дві групи: до I групи увійшли 60 хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом, які одержували традиційне лікування (ендокірургічне + гормональне), до II групи — 60 хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом I–II стадії, які одержували в післяопераційному періоді індол-3-карбінол по 200 мг двічі на добу протягом 6 міс.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз клініко-анамнестичних даних показав, що середній вік обстежених хворих становив $(25,6 \pm 1,8)$ року. Середня тривалість захворювання коливалась у межах від 3 до 5 років і в середньому становила $(3,5 \pm 2,3)$ року. Слід відмітити, що первинна неплідність діагностована у 78 (65 %) хворих, а у 42 (35 %) — вторинна неплідність.

3-поміж клінічних проявів захворювання частіше траплялися скарги на хронічні тазові болі — у 83 (69,2 %) пацієнток, дисменорею — у 59 (49,2 %), диспареунію — у 46 (38,3 %). Поряд із цим у 20 (16,7 %) пацієнток, крім неплідності, інші прояви захворювання були відсутні. Серед неплідних по-

дружніх пар чоловічий фактор зареєстровано у 32 (26,7 %) випадках. Хірургічні втручання на органах малого таза здійснювались у 16 (13,3 %) пацієнток, самовільні викидні траплялись у 14 (11,7 %). Аналіз репродуктивної функції виявив, що наявність штучних викиднів відмічали 30 (25 %) пацієнток, у яких перша вагітність була перервана у 12 жінок. Серед перенесених гінекологічних захворювань у безплідних жінок переважав хронічний сальпінгофорит — у 22 (18,3 %) хворих, у зв'язку з чим було проведено неодноразовий курс антибактеріальної та протизапальної терапії, гідротубації, санаторно-курортне лікування. За результатами базальної термометрії, недостатність лютеїнової фази виявлено у кожній другій пацієнтки.

Ультрасонографію виконували усім пацієнткам, використовуючи трансабдомінальний та трансвагінальний датчики. Завдяки цьому, ендометріодні кісти діагностовані у 42 (35 %) випадках (діагноз підтвердився гістологічним висновком). З них однобічні ендометріодні кісти виявлено у 86 (71,7 %) пацієнток, у 34 (28,3 %) — двобічні. Ендометріодні кісти мали вигляд округлого або овоїдного утворення зі щільною капсулою темно-синього відтінку та нерівними ділянками синьо-багряного кольору. Нерідко капсула кісти була з'єднана із задньою поверхнею матки, очеревиною матково-ректальної заглибини, серозним покривом прямої кишки, матковими трубами.



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 локалізувалися на яєчниках і крижово-маткових зв'язках. Звертає на себе увагу наявність атипичних перитонеальних ендометріозних імплантатів у 9 (7,5 %) пацієнток.

Спайковий процес різного ступеня тяжкості (за класифікацією J. F. Hulka, 1990) під час лапароскопії був діагностований у переважної частини хворих (61 %). Численні зрощення спостерігалися між придатками матки, маткою, петлями кишечника, сальником, міхурово-матковою складкою, стінками таза й очервиною дугласового простору. У більшості хворих спостерігався спайковий процес III стадії — 22 (18,3 %) та IV стадії — у 26 (21,7 %) і значно менше I стадії — 10 (8,3 %) пацієнток, II стадії — у 15 (12,5 %).

Проведення ендоскопічних втручань дозволило встановити заключний діагноз зовнішнього ендометріозу, оцінити стадію захворювання, визначити локалізацію ендометріод-

них гетеротопій, розповсюдженість спайкового процесу.

Операції проводили із суворим дотриманням принципів реконструктивної мікрохірургії. Основними видами оперативних втручань були: сальпінго-оваріолізис, ексцизія та деструкція вогнищ ендометріозу.

Через 6 міс. спостереження у хворих I групи комплексне лікування із застосуванням ендохірургії та призначення гормональних препаратів (агоністи Гн-РГ, прогестини, комбіновані оральні контрацептиви) привели до вірогідного зменшення болювого індексу в 1,3 разу порівняно з початковими даними.

Після проведеного запропонованого лікування із застосуванням ендохірургії та призначення індол-3-карбінолу болювий індекс знизився в 1,8 разу. Протягом 1 року спостереження вагітність настала у 36 (30 %) обстежених хворих II групи та у 14 (11,7 %) хворих I групи. Проте мимовільні викидні спостерігались у 2 (1,7 %) та 5 (4,1 %) випадках відповідно, позаматкова вагітність — у 4 (3,3 %) жінок II групи та у 7 (5,8 %) жінок I групи.

Пологи через природні шляхи відбулися у 63 (52,5 %) жінок II групи та у 22 (18,3 %) жінок I групи, кесарів розтин за акушерськими показаннями —

у 3 (2,5 %) та у 12 (10 %) випадках відповідно.

Висновки

Призначення індол-3-карбінолу в післяопераційному періоді сприяє адекватному проведенню протирецидивної терапії, при цьому відмічається покращання репродуктивних результатів у безплідних жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дубоссарская З. М. Актуальные проблемы эндометриозной болезни / З. М. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2006. — № 1. — С. 4–7.
2. Эндоскопическая хирургия в гинекологической клинике / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская, Ю. С. Мозговой // Госпитальная хирургия. — 1998. — № 4. — С. 32–37.
3. Ищенко А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. — М., 2004. — С. 75–77.
4. Новый взгляд на природу эндометриоза / И. С. Сидорова, Е. А. Коган, О. В. Зайратьянц [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 3. — С. 32–38.
5. Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки) / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. — К.: Заповіт, 2003. — Ч. 1. — 300 с.
6. Barbieri R. L. Etiology and epidemiology of endometriosis / R. L. Barbieri // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 162 (2). — P. 565–567.

Передплачуйте
і читайте



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

