

ров'ям й оцінити його ефективність.

Висновки

1. Низький рівень медичної активності та санітарно-просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку сприяють несвоєчасному виявленню і поширенню серед них туберкульозної інфекції.

2. Порушення репродуктивного здоров'я жінок, що виникає на тлі захворювання на туберкульоз, потребує впровадження спеціальної програми диспансерного нагляду, планування сім'ї та профілактики гінекологічної патології.

3. Наявність супровідної анемії у жінок репродуктивного віку, хворих на туберкульоз, сприяє порушенням репродуктивної функції та знижує ефективність лікування туберкульозу у цілому.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому

наукові дослідження спрямовуватимуться на створення алгоритмів профілактики та діагностики гінекологічної патології у жінок репродуктивного віку, хворих на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александріна Т. А.* Погляд на проблему туберкульозу в Україні сьогодні та прогноз на майбутнє / Т. А. Александріна // *Нова медицина*. – 2004. – № 4. – С. 12–13.

2. *Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин* / В. И. Краснопольский, О. Ф. Серова, В. А. Туманова [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2004. – № 5. – С. 26–29.

3. *Горбач Н. А.* Результаты экспертной оценки факторов риска заболевания туберкулезом / Н. А. Горбач, И. А. Большакова, Н. М. Корецкая // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2004. – № 5. – С. 32–34.

4. *Жилка Н. Я.* Соціально-економічні та медичні проблеми репродуктивного здоров'я (літературний аналіз) / Н. Я. Жилка // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони*

здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 25–29.

5. *Жученко О. Г.* Репродуктивное здоровье женщин с легочным и урогенитальным туберкулезом / О. Г. Жученко, В. Е. Радзинский // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2004. – № 7. – С. 58–62.

6. *Иванов А. Г.* Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушенной репродуктивной функции женщин / А. Г. Иванов // *Казанский медицинский журнал*. – 2004. – Т. 85, № 6. – С. 415–418.

7. *Инвалидизация больных урогенитальным туберкулезом* / А. А. Нерсесян, Я. А. Меркурьева, С. И. Ларюшин [и др.] // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2005. – № 8. – С. 32–35.

8. *Капков Л. П.* Значение показателей резервуара бациллярных больных туберкулезом органов дыхания в оценке эпидемической ситуации по туберкулезу / Л. П. Капков // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2007. – № 1. – С. 17–22.

9. *Межведомственное взаимодействие в выявлении и лечении больных туберкулезом* / С. В. Смердин, М. Т. Чернов, И. Ф. Копылова [и др.] // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2007. – № 2. – С. 20–22.

УДК 616.62-008.22-02:616.83:616.65-007.61:616.61-008.22-08

Ф. І. Костєв, Ю. М. Дехтяр, О. М. Кваша

ТЕРАПІЯ СИНДРОМУ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ І ГІПЕРАКТИВНИЙ СЕЧОВИЙ МІХУР

Одеський національний медичний університет

Вступ

Порушення акту сечовипускання — одна з найчастіших скарг, яка є підставою для звернення до уролога. Слід зазначити, що поширеність розладів сечовипускання прямо пропорційна віку хворих, причому найбільш схильні до подібних розладів пацієнти старше 50 років. При дослідженні понад 2800 чоловіків у віці старше 50 років із синдромом нижніх сечових шляхів (НСШ) уродинамічні ознаки

інфравезикальної обструкції були у 62 % із них. У 66 % цих пацієнтів виявлена гіперактивність детрузора [1]. Ці дані узгоджуються з дослідженням Р. Abrams і А. Wein [2], які гіперактивність детрузора спостерігали у 40–60 % хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

Головним у лікуванні чоловіків із НСШ при гіперактивному сечовому міхурі (ГАСМ) є призначення антихолінергічних препаратів [3]. Застосу-

вання цих препаратів у чоловіків з інфравезикальною обструкцією збільшує ризик гострої затримки сечовипускання через їх інгібіторний ефект на скоротливу здатність сечового міхура (СМ). Успішне лікування хворих із НСШ унаслідок поєднання ДГПЗ і ГАСМ потребує комплексного підходу.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування альфа1-адреноблокатора «Тамсулозину», препарату антихолінергічної дії «Ок-



сibuтиніну хлориду», антидіабетичного бігуаніду «Метформіну» та їх комбінації у пацієнтів із СНСШ на фоні поєднання ДГПЗ і ГАСМ.

Матеріали та методи дослідження

Робота виконана на кафедрі урології та нефрології Одеського національного медичного університету, на базі КЗ «МКЛ № 10» за період 2009–2011 рр. Проведено комплексне обстеження 123 хворих із СНСШ.

На початковому етапі обстеження, що включав бесіду з пацієнтом і оцінку симптомів спорожнення (обструктивних симптомів) СМ, проводилося заповнення опитувальника-анкети IPSS, QoL (Міжнародна система сумарної оцінки захворювань простати й оцінки якості життя), щоденника сечовипускань. Симптоми порушення акту сечовипускання за шкалою IPSS розглядаються як сумарна ознака: три відповіді щодо симптомів накопичення сечі у СМ (іритациї) підсумовуються з чотирма відповідями щодо симптомів спорожнення СМ (обструкції). Цей етап є, на нашу думку, найважливішим для встановлення правильного діагнозу.

З усього різноманіття скарг, які висувалися нашими пацієнтами, ми свідомо обрали ті, що пов'язані з імперативними розладами, як найбільш значущі у цьому дослідженні. Усі прояви обструктивного сечовипускання, що відзначалися в обстежуваних хворих, свідчили про помірний ступінь вираженості інфравезикальної обструкції. Крім того, для всіх пацієнтів було проведено загальноклінічне обстеження з використанням лабораторних, ультразвукових, рентгенологічних і неврологічних методик.

При формуванні груп дослідження нами використовувалися такі критерії включення: наявність у анамнезі СНСШ у

вигляді прискороного ургентного сечовипускання; збільшення передміхурової залози внаслідок ДГПЗ; сумарний бал симптомів порушення сечовипускання за шкалою IPSS більше 8; індекс якості життя не менше 3 балів; максимальна швидкість потоку сечі не більше 15 мл/с і не менше 5 мл/с; ефективний обсяг сечовипускання не менше 100 мл; обсяг залишкової сечі не більше 150 мл; відсутність медикаментозного лікування протягом останніх 3 міс.

Критеріями виключення з дослідження були: неврологічне захворювання, цукровий діабет, виражена ниркова недостатність, декомпенсована серцева недостатність; ПСА > 4,0 нг/мл або негативні дані біопсії простати.

З найбільш численної та популярної сьогодні групи препаратів для медикаментозного лікування ДГПЗ — селективних альфа1-адреноблокаторів — ми використовували «Тамсулозин». Механізм дії цих препаратів полягає у виборчому блокуванні постсинаптичних альфа1-адренорецепторів, що призводить до розслаблення гладком'язових волокон уретри. Для лікування ГАСМ ми вибрали один із найбільш поширених антихолінергічних препаратів, що використовуються на українському ринку, — «Оксибутиніну хлорид». Усі антихолінергетики блокують м-холінорецептори, будучи конкурентними інгібіторами ацетилхоліну на рецепторах постсинаптичних мембран гладкої мускулатури. При цьому інгібується відповідь, викликана постгангліонарною парасимпатичною активацією блукаючого нерва, зменшується і скоротлива здатність детрузора. Згідно з сучасним уявленням про механізм дії селективних альфа1-адреноблокаторів, ефект від їх призначення проявляється досить швидко — від 2 тиж. до 3 міс. Досягнення поліпшення

якості сечовипускання стабілізується на певному рівні, а далі в процесі лікування воно зазнає лише невеликих змін.

Дотепер не оцінювалася ефективність препаратів із групи геропротекторів при таких вікозалежних патологіях, як ДГПЗ і ГАСМ. Антидіабетичні бігуаніди вважаються однією з найперспективніших для клінічного застосування груп геропротекторів. Разом із гіпоглікемічною дією вони мають також здатність покращувати утилізацію глюкози в тканинах, знижувати використання організмом жирних кислот як енергетичного субстрату, пригнічувати неоглюкогенез, знижувати його біосинтез, знижувати концентрацію в крові холестерину, тригліцеридів та інсуліну, а також біосинтез холестерину і, крім того, зменшувати масу тіла. Ці властивості антидіабетичних бігуанідів, а також їхня здатність усувати явища метаболічної імунодепресії послужили підставою для їхнього використання нами в комплексній терапії симптомів ГАСМ при ДГПЗ.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене дослідження показало, що ступінь вираженості іритативних симптомів, обумовлених ГАСМ, мав пряму залежність від тривалості захворювання. Так, у 66 % хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ більше 5 років спостерігаються симптоми ургентного сечовипускання, що підтверджує діагноз ГАСМ. У хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ менше 5 років у 35 % спостережень виявляється ГАСМ.

Тривалість захворювання ДГПЗ у хворих із ГАСМ становила в середньому (4,7±1,2) року, у хворих без ГАСМ тривалість захворювання — (1,7±0,9) року. Таким чином, тривалість захворювання у хворих на ДГПЗ у поєднанні з ГАСМ була вищою порівняно з хворими, у яких ГАСМ не виявлялася. У зв'язку з цим



можна зробити висновок, що розвиток ГАСМ залежить від тривалості інфравезикальної обструкції.

Слід зазначити, що 67 (54,5 %) із 123 пацієнтів звернулися до клініки вже з встановленим діагнозом — ДГПЗ. Інші 56 (45,5 %) уперше звернулися до лікаря з різними порушеннями акту сечовипускання. Тривалість захворювання становила від 1 до 8 років (у середньому $5,2 \pm 2,7$ року). Раніше різні види медикаментозної терапії застосовувалися у 53 (43,1 %) пацієнтів. У 77 (63 %) із 123 пацієнтів нами було виявлено поєднання ДГПЗ і ГАСМ. З цих пацієнтів були сформовані групи для подальшого вивчення ефективності та безпеки терапії ДГПЗ і ГАСМ. У інших випадках (37 %) СНСШ було зумовлено наявністю інфравезикальної обструкції за відсутності ГАСМ, цим пацієнтам була призначена монотерапія альфа1-адреноблокаторами, і вони виключені з подальшого дослідження. Пацієнти з ДГПЗ + ГАСМ були старші ($71,4 \pm 5,3$ року), ніж пацієнти тільки з інфравезикальною обструкцією ($57,3 \pm 4,2$ року).

У всіх хворих з поєднанням ДГПЗ і ГАСМ ($n=77$) відзначено почастищення сечовипускань — більше ніж 8 разів на добу. У 14 (18 %) хворих частота сечовипускань становила 11 разів на добу, у 29 (37 %) — 14 разів на добу, у 37 (48 %) —

16 разів, у 22 (28 %) — 18 разів, при цьому середня кількість сечовипускань на добу — $15,2 \pm 2,1$. Обсяг сечовипускань у середньому становив (116 ± 78) мл.

Середня кількість ургентних позивів у обстежених хворих становила $5,3 \pm 1,7$ (від 2 до 8). У 28 (27 %) хворих виявлено до двох ургентних позивів на добу, у 53 (52 %) — від трьох до п'яти, у 21 (20 %) — від п'яти до восьми ургентних позивів.

У хворих на ГАСМ у поєднанні з ДГПЗ загальний бал симптомів порушення акту сечовипускання за шкалою IPSS визначався в середньому $21,3 \pm 1,3$. Середній бал симптомів спорожнення (обструкції) становив $12,2 \pm 1,6$, а середній бал симптомів накопичення (іригатації) — $9,1 \pm 1,2$. Не було вірогідних відмінностей між окремими групами хворих основної групи залежно від віку та частоти сечовипускань на добу за цим показником. Середня вираженість симптомів спорожнення (обструкції) до початку лікування була в межах $11,0 \pm 1,5$, а симптомів накопичення — $9,7 \pm 4,6$.

Аналіз отриманих результатів показує, що симптоми нижніх сечових шляхів призводять до значного зниження якості життя у хворих із ГАСМ у поєднанні з ДГПЗ. При опитуванні хворих із використанням шкали QoL середній бал становив $4,6 \pm 0,3$. За даними ультразвуко-

вого дослідження трансабдомінальним і трансректальним доступами, об'єм простати у хворих із ГАСМ у поєднанні з ДГПЗ коливався в межах 34,8–86,1 мл, становлячи в середньому ($50,1 \pm 14,6$) мл. Об'єм залишкової сечі в СМ визначався після сечовипускання ультразвуковим методом при трансабдомінальному скануванні. До початку лікування залишкова сеча була виявлена в усіх хворих — у середньому ($62,7 \pm 7,0$) мл. Не було виявлено залежності об'єму залишкової сечі ні від вираженості симптомів, ні від розмірів простати.

За даними урофлоуметрії, середні показники об'ємної швидкості сечовипускання в обстежених хворих були вірогідно нижчими нормальних значень — ($8,7 \pm 2,2$) мл/с. Середня швидкість потоку у хворих становила ($4,1 \pm 1,2$) мл/с. У хворих ми спостерігали 3 вірогідних варіанти обструктивного випорожнення СМ: у 38 % пацієнтів — первинна функціональна обструкція шийки СМ, у 27 % — дисфункціональне сечовипускання та в 35 % — детрузорно-сфінктерна дисінергія. Крім того, у 18 % спостерігалось переривчасте сечовипускання.

У результаті комплексного обстеження з метою подальшого виконання роботи нами відібрано 77 хворих із СНСШ (табл. 1). Ці хворі були розпо-

Таблиця 1

Вплив монотерапії «Тамсулозином» і комбінованої терапії «Тамсулозином» з «Оксибутиніном» і «Тамсулозином» з «Метформіном» на показники якості сечовипускання

Параметри досліджень	Середні зміни показників порівняно з вихідними		
	«Тамсулозин», n=24	«Тамсулозин» + «Оксибутинін», n=21	«Тамсулозин» + «Метформін», n=32
Кількість сечовипускань на добу	-3,2; P<0,05	-8,24; P<0,01	-5,24; P<0,01
Максимальна швидкість потоку сечі, мл/с	+4,1; P<0,01	+1,42; P<0,01	+4,4; P<0,01
Середній ефективний об'єм СМ, мл	+35,6; P<0,05	+56,7; P<0,01	+43,0; P<0,01
Залишкова сеча, мл	-10; P<0,05	+50; P<0,01	-10; P<0,01
Загальний бал симптомів за шкалою IPSS, бали	-5,6; P<0,05	-6,7; P<0,01	-9,2; P<0,01
Індекс якості життя QoL, бали	-1,4; P<0,05	-1,4; P<0,01	-2,3; P<0,01

Примітка. «-» — позначається зменшення середніх показників; «+» — збільшення.



ділені на три групи залежно від схеми лікування. Першу групу утворили 24 хворі, яким проводилася монотерапія селективним альфа1-адреноблокатором «Тамсулозином» дозою 0,4 мг на добу протягом 3 міс. У другій групі (21 хворий) застосоване комбіноване лікування препаратами «Тамсулозин» дозою 0,4 мг на добу й «Оксибутиніну хлорид» 5 мг двічі на добу протягом 3 міс. Третя група (32 пацієнти) — комбіноване лікування препаратами «Тамсулозин» дозою 0,4 мг на добу і «Метформін 500» по 1 пігулці двічі на день протягом 3 міс.

У хворих усіх трьох груп, які отримували монотерапію або комбіноване лікування, відзначена вірогідна зміна параметрів частоти сечовипускання, при цьому зниження частоти сечовипускань вірогідно більше виражене при комбінованому лікуванні в 2-й групі («Тамсулозин» + «Оксибутинін»). Проводячи порівняльну оцінку якості життя за шкалою QoL, встановили, що у хворих 1-ї групи загальний бал після монотерапії знизився з 4,3 до 2,9 бала, після лікування в 2-й групі знизився з 4,1 до 2,7 бала, але найбільш відчутне поліпшення відбулось у хворих у 3-й групі — загальний бал за шкалою QoL знизився з 4,2 до 1,9 бала. Таким чином, найкращий суб'єктивний ефект (зниження індексу QoL) був виявлений у хворих, які отримували комбіновану терапію альфа1-адреноблокатором і антидіабетичним бігуанідом «Метформіном». Середній ефективний об'єм СМ у хворих 1-ї групи після монотерапії «Тамсулозином» збільшився зі $(100,0 \pm 12,7)$ мл до $(135,0 \pm 16,8)$ мл, після комбінованого лікування «Тамсулозином» і «Метформіном» (3-тя група) збільшився зі $(110,0 \pm 12,8)$ мл до $(153,0 \pm 9,3)$ мл, але найбільш значуще зріс середній ефективний об'єм СМ після комбінованого лікування «Тамсулози-

ном» і «Оксибутиніном» (2-га група) — зі $(111,0 \pm 17,7)$ мл до $(167,0 \pm 10,3)$ мл. Порівняльні дані в групах спостереження щодо впливу терапії на показники якості сечовипускання у пацієнтів із СНСШ, зумовленими ДГПЗ у поєднанні з ГАСМ, наведені в табл. 1. У хворих 1-ї групи максимальна швидкість потоку сечі до лікування становила 8,5 мл/с, після монотерапії «Тамсулозином» максимальна швидкість дорівнювала 12,6 мл/с (збільшилась у середньому на 48 %). Максимальна швидкість потоку після терапії «Тамсулозином» і «Оксибутиніном» (2-га група), збільшилась з 8,7 до 10,12 мл/с (на 16 %). У третій групі після терапії «Тамсулозином» і «Метформіном» збільшилась у середньому на 49 % (з 8,9 до 13,3 мл/с).

Таким чином, результати дослідження показали, що статистично значуще зменшення симптомів нижніх сечових шляхів і пов'язаних з ними уродинамічних показників відбулося в усіх групах спостереження. Найбільш виражені зміни показників, що характеризують якість сечовипускання, спостерігались у 2-й групі («Тамсулозин» і «Оксибутинін») — зменшення кількості сечовипускань на добу і збільшення середнього ефективного об'єму СМ. Натомість, якщо оцінити результати проведеного дослідження з точки зору досягнення клінічно значущої відповіді на лікування, останнім вважається зменшення симптомів більше ніж на 30 % та/або збільшення швидкості сечовипускання на 25 %, або 3 мл/с і більше, а також приріст ефективного об'єму СМ більше ніж на 30 %, тобто мова йде про зміни, які реально відчуваються пацієнтом, приводять до істотного поліпшення якості його життя. Отримані нами дані свідчать, що більшість пацієнтів відповіли на фармакотерапію зменшенням симптома-тики і, перш за все, ургентно-

го сечовипускання, а 57,5 % хворих 1-ї групи і 68,5 % пацієнтів 3-ї групи — значним зростанням максимальної швидкості потоку сечі, ефективного об'єму СМ, зменшенням об'єму залишкової сечі. Це підтверджується і більш відчутним підвищенням індексу якості життя за шкалою QoL у 1-й і 3-й групах. Відсутність ефекту у решти пацієнтів у всіх трьох групах потребує повторного комплексного обстеження з метою уточнення лікувальної тактики. Таким хворим рекомендовані інші методи лікування.

Для характеристики клінічної цінності лікарських препаратів, що застосовуються тривало, необхідно оцінити не тільки їх специфічну ефективність, але й безпеку. Частота і характер побічних реакцій, що виникають при лікуванні, мають велике значення.

Порівняння доступних на ринку альфа1-адреноблокаторів показало, що всі препарати цієї групи однаково ефективно зменшують вираженість симптомів нижніх сечових шляхів при ДГПЗ. Тільки при призначенні повною терапевтичною дозою альфа1-адреноблокатори відрізняються один від одного різним профілем переносимості та побічними ефектами. Результати нашого дослідження показали, що «Тамсулозин» не спричинював вірогідного впливу на величину артеріального тиску (систоличного та діастолічного) як при першому прийомі препарату, так і через 12 тиж. лікування. Середня зміна величини артеріального тиску не перевищувала 4–5 мм рт. ст. і мала невірогідний характер. На фоні терапії «Тамсулозином» ортостатична гіпотензія розвинулася в одного хворого і лише при прийомі першої дози препарату. Вірогідної залежності динаміки артеріального тиску від віку та ступеня артеріальної гіпертензії при ліку-



ванні «Тамсулозином» відзначено не було.

Побічні явища, пов'язані з антихолінергічною дією «Оксибутиніну», були виявлені у 45,2 % хворих з 2-ї групи. На фоні комбінованого лікування «Тамсулозином» і «Оксибутиніном» спостерігалось істотне збільшення кількості залишкової сечі в СМ у 37 % хворих. В одного хворого розвинулася гостра затримка сечовипускання, яка закінчилася одноразовою катетеризацією та відміною терапії антихолінергічним препаратом. Найбільш вираженою побічною дією була сухість у роті. На підставі аналізу результатів нашого дослідження можна зробити висновок, що препарат з антихолінергічною дією «Оксибутинін» ефективно розв'язує проблему ГАСМ, але істотно збільшує кількість залишкової сечі.

У цілому частота побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням у комплексній терапії антидіабетичного бігуаніду й альфа1-адреноблокатора у

хворих із поєднаними проявами ГАСМ і ДГПЗ, була невисокою (у 18,5 % пацієнтів 3-ї групи). Ми були змушені припинити лікування на різних термінах комбінованої терапії у 4 пацієнтів через відсутність позитивної динаміки протягом двох і більше місяців лікування.

Висновки

1. Розвиток ГАСМ на фоні ДГПЗ перебуває в прямій залежності від ступеня вираженості та тривалості існування інфравезикальної обструкції. Так, у 66 % хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ більше 5 років спостерігаються симптоми ургентного сечовипускання, що підтверджує діагноз ГАСМ. У хворих із тривалістю захворювання ДГПЗ менше 5 років у 35 % спостережень виявляється ГАСМ.

2. Комбінована терапія альфа1-адреноблокатором і антидіабетичним бігуанідом показала високу терапевтичну ефективність у 67,5 % хворих на ГАСМ у поєднанні з ДГПЗ. Застосування антидіабетич-

них бігуанідів при сполученні симптомів ГАСМ і ДГПЗ у комбінації з альфа1-адреноблокаторами веде до зменшення вираженості як обструктивної, так і іритативної складової дизурії, що підтверджується позитивною динамікою показників ефективності сечовипускання (зменшенням залишкової сечі, вираженим збільшенням середнього ефективного об'єму СМ і коефіцієнта ефективності сечовипускання) і вказує на оптимізацію резервуарно-евакуаторної функції СМ.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy* / S. A. Kaplan, D. L. Bowers, A. E. Te, C. A. Olsson // *J. Urol.* – 1996. – Vol. 155 (4). – P. 1305–1308.

2. *Abrams P. Introduction: Overactive bladder and its treatment* / P. Abrams, A. J. Wein // *Urology.* – 2000. – Vol. 55 (Suppl.). – P. 1–2.

3. *Возианов А. Ф. Атлас-руководство по урологии* : в 3 т. / А. Ф. Возианов, А. В. Люлько. – К. : Дніпро-VAL, 2001. – Т. 3. – С. 15–505.

УДК 618.14-002-08-055.26

К. П. Кротенко

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Одеський національний медичний університет

Вступ

Ендоменітріоз — актуальна соціальна та медична проблема. У структурі гінекологічної захворюваності ця недуга посідає одне з перших місць. В останні роки значно зросла кількість пацієнток з ендометріозом і порушенням репродуктивної функції [1–3]. Актуальним є вивчення патогенетичних ланок розвитку даної хвороби. У сучасних лікарів виникає багато запитань

щодо покращання діагностики та результатів лікування хворих на ендометріоз, тим паче що значно зросла частота рецидивів захворювання [4]. Більше того, нагальність проблеми спонукає лікарів до розробки нових діагностичних заходів у з'ясуванні причин даної хвороби. Ендоменітріоз належить до естрогензалежних гінекологічних захворювань, хоча наводяться дані щодо ролі пара- й автокринних механізмів його розвит-

ку [5]. Перспективною є оцінка функціонального стану рецепторного апарату ендометрія на етапі застосування малоінвазивних лікувально-діагностичних втручань і при виборі патогенетично обґрунтованого лікування [6].

Метою дослідження була оцінка ефективності лікування ендометріозу з використанням прогестагенів і агоністів гонадотропін-релізинг гормонів залежно від результатів імуногістохімічного дослідження ре-

