

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**

На правах рукопису

ДВОЄГЛАЗОВА ІРИНА ЮРІЇВНА

УДК 618.15-006.325.03-085.357(043.3)

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ЗОЛАДЕКС У ЛІКУВАННІ
ЖІНОК ІЗ ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ ТА
СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ**

14.01.01 - акушерство та гінекологія

Робота на здобуття звання магістра з акушерства та гінекології

Науковий керівник:

Бойко В.І.

доктор медичних наук, професор

Суми -2014

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1	8
ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
РОЗДІЛ 2:	16
1.1 Матеріали дослідження.....	16
1.2 Методи дослідження.....	29
РОЗДІЛ 3	31
ДІАГНОСТИКА ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	
РОЗДІЛ 4	35
КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ЕНДОМЕТРІОЗУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ.	
РОЗДІЛ 5	43
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
РОЗДІЛ 6	48
ВИСНОВКИ.....	48
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ГЕ – генітальний ендометріоз

ІМТ – індекс маси тіла

Е – ендометріоз

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

ВМК – внутрішньоматковий контрацептив

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

Актуальність теми:

В сучасній гінекологічній практиці ендометріоз є одним із самих розповсюджених захворювань і займає третє місце після запальних захворювань внутрішніх статевих органів та міоми матки, вражаючи до 50% жінок зі збереженою менструальною функцією.

Так, згідно з даними літератури ендометріодні ураження зустрічаються в будь-якому віці незалежно від етнічної приналежності та соціально-економічних умов. Епідеміологічні дослідження вказують на те, що у 90-99% хворих ендометріодні ураження виявляються у віці від 20 до 50 років, причому більш частіше в репродуктивному віці.

Хворі з різними формами ендометріозу страждають стійким больовим синдромом, різноманітними порушеннями менструального циклу, їм часто проводяться лікувально-діагностичні вишкрібання стінок порожнини матки та оперативні втручання. Тазові болі, вегетосудинні порушення змушують таких хворих звертатися до різних спеціалістів, в тому числі до психоневрологів та психіатрів.

Для ендометріозу характерні інфільтративні проростання клітин ендометрію в оточуючі тканини аж до прямої кишки та сечового міхура, можливість міграції ектопічного ендометрію у віддаленні органи (легені, очі, пупок). Доведено ретроградне закидання менструальної крові і частин ендометрію з матки в черевну порожнину і в нетипові місця та можливість проникнення клітин ендометрію через кровоносні і лімфатичні судини, а також через базальну мембрану в товщу міометрію. Подібний механізм імплантації клітин ендометрію може відбуватися при кесарському розтині або під час пологів.

В останні роки доведено наявність генетичної детермінанти в генітальному ендометріозі (ГЕ), при цьому спадковість має полігенно-

мультифакторний характер. Відмічено, що ця патологія частіше виникає у жінок, матері або сестри яких хворіли ГЕ або іншими гіперпластичними захворюваннями ендометрія.

Незважаючи на досягнення медичної науки у вивченні ГЕ багато аспектів даної проблеми залишаються малозрозумілими та потребують подальшого вирішення. Зокрема це стосується питань недосконалої тактики ведення пацієток залежно від форми ендометріозу, неоднотайності поглядів на доцільність використання та ефективність тих чи інших методів діагностики, лікування профілактики поширення патологічного процесу і поліпшення якості життя пацієток.

Мета дослідження:

1) вивчити клінічну ефективність гормонотерапії, а саме препарату Золадекс у лікванні жінок із зовнішнім ГЕ та синдромом хронічного тазового болю;

2) вивчити ефективність застосування фітотерапії, ароматерапії, фізіотерапії, розсмоктуючої терапії, неспецифічної протизапальної та імуномодельючої терапії;

3) порівняти отримані результати лікування;

4) на основі отриманих результатів розробити оптимальну тактику лікування хворих, в основі якого лежить зниження частоти больового синдрому і поширеності зовнішнього ГЕ у жінок репродуктивного віку.

Завдання дослідження:

- Визначити основні чинники ризику і перші симптоми зовнішнього генітального ендометріозу у жінок репродуктивного віку;

- Оцінити стан менструальної функції у хворих на зовнішній генітальний ендометріоз до лікування і в динаміці консервативного лікування;
- Підвищити ефективність консервативного лікування зовнішнього генітального ендометріозу у жінок репродуктивного віку шляхом розробки оптимального алгоритму лікуваних заходів.

Об'єкт дослідження – генітальний ендометріоз.

Предмет дослідження – лікування жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та синдромом хронічного тазового болю.

Методи дослідження - клінічні, функціональні та статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вивчено порівняльні аспекти впливу різних методів лікування жінок із зовнішнім ГЕ та синдромом хронічного тазового болю.

Встановлено взаємозв'язок між анамнестичними, клінічними, функціональними змінами в пацієнок із зовнішнім ГЕ до і в динаміці різних методів лікування.

Практичне значення одержаних результатів.

Вивчено порівняльні аспекти частоти і структури основних анамнестичних даних і клінічних симптомів у пацієнок з ГЕ до і в динаміці різних методів лікування. Показано необхідність вивчення основних чинників ризику розвитку даної патології.

Запропоновано алгоритм лікувальних заходів, який виявився найбільш оптимальним для жінок, хворих на зовнішній ГЕ, заснований на використанні поетапного комплексного підходу.

Публікації.

За темою роботи опубліковано 3 тези на науково-практичних конференціях Сумського державного університету.

Обсяг та структура роботи.

Робота викладена на 61 сторінці, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріали та методи дослідження, розділу діагностика та клінічна симптоматика, аналізу та узагальнення результатів та висновків. Список використаних джерел включає 90 джерел. Робота ілюстрована 12 рисунками та 4 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Генітальний ендометріоз – доброякісне гормонозалежне захворювання, в основі якого лежить гетеротопія ендометрію на тлі порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, імунного дисбалансу при наявності генетичної схильності.

Серед захворювань жіночої статеві сфери генітальний ендометріоз залишається серйозною медико-соціальною проблемою, що привертає увагу вчених і практичних лікарів усього світу.

Медичні аспекти генітального ендометріозу визначаються значним поширенням та тенденцією до збільшення частоти цієї патології, прогресуючим перебігом захворювання, його тяжкістю, порушенням функції статевих органів та інших систем організму.

Достовірно підтверджено, що “пусковим моментом” для розвитку ендометріозу може стати аборт. Оскільки для організму жінки це дуже сильний стрес. Так він призводить до гормональних порушень, погіршення стану імунної системи, ендокринних розладів. Саме на фоні імунної депресії клітини ендометрія можуть почати проникати через стінку матки, проростаючи в інших органах та тканинах, вражаючи при цьому нервові сплетення. Свій “вклад” у збільшенні захворюваності ендометріозом внесла екологія. Згідно останніх наукових даних, особливо небезпечною речовиною є діоксин. Ця сполука входить до складу відходів промислових підприємств. Спеціалісти вважають, що саме підвищення вмісту діоксину в

повітрі може провокувати розвиток ендометріозу у молодих жінок.

Беручи до уваги вище зазначене можна зробити висновок, що ГЕ є не місцевим процесом, а системним захворюванням, при якому розвиваються поліорганні порушення та синдром взаємного обтяження. Найбільш часто ендометріоз виявляється у жінок дітородного віку, і це є важливою проблемою, оскільки при даній патології в першу чергу порушується структурно-функціональний стан репродуктивних органів, частим наслідком чого є безпліддя, що не тільки знижує якість життя жінок дітородного віку, але й обумовлює негативний вплив на демографічні показники та здоров'я нації.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

До основних чинників, що сприяють формуванню ендометріозу, відносяться несприятливий преморбідний фон, високий інфекційний індекс в дитинстві множинні внутрішньоматкові втручання (аборти), часті хірургічні втручання (діатермохірургічні, кесарський розтин), травми родових шляхів, запальні захворювання геніталій, порушення ендокринного та імунного статусу, спадкова схильність.

Велике значення у виникненні та прогресуванні ендометріозу мають соціальні чинники: погіршення екології, стресові ситуації, зростання емансипованості сучасних жінок. Усе це безпосередньо чи опосередковано впливає на епідеміологію та перебіг ендометріозу, який, на думку багатьох науковців, частіше зустрічається у мешканок міст, тобто є захворюванням цивілізації та мегаполісу.

Незважаючи на те, що перші повідомлення про ендометріоз з'явилися більше 140 років тому, етіологія, патогенез та методи лікування захворювання є предметом дискусій та наукових досліджень.

Досягнення останніх десятиліть стали класичними щодо теорії патогенезу ендометріозу (ембріональна, метапластична та трансплантаційна) (рис. 1).

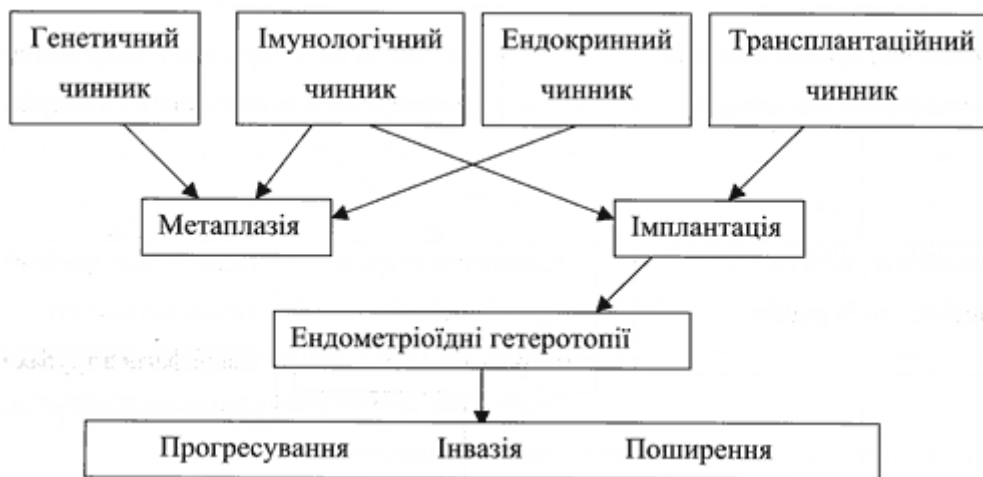


Рис. 1. Етіологія та патогенез ендометріозу (Ochs H., Swerpe K.-W., 1995).

Багато авторів дотримуються аутоімунної теорії, згідно з якою в перитонеальній рідині збільшується вміст макрофагів, активізується кисла фосфатаза та нейтральна протеаза (рис. 2).



Рис. 2. Можливі механізми порушення фертильності при легких формах ендометріозу.

Серед класифікацій зовнішнього ендометріозу найбільш поширеною є класифікація запропонована А.Аcosta та співавторами (1973). Відповідно до неї розрізняють наступні стадії зовнішнього ендометріозу:

Малі форми:

- поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині;
- поодинокі гетеротопії на яєчниках без спайок та рубців;

Ендометріоз середньої тяжкості:

- гетеротопії на поверхні одного або двох яєчників з утворенням дрібних кіст;

- невиражений периоваріальний або перитубарний спайковий процес;
- гетеротопії розташовані на очеревині позаматкового простору з рубцевим процесом та зміщенням матки без залучення до патологічного процесу товстого кишечника;

Тяжка форма зовнішнього ендометріозу:

- ендометріоз одного або двох яєчників з утворенням кіст діаметром більше 2 см;
- ураження яєчників з вираженим периоваріальним і/або перитубарним спайковим процесом;
- ураження маткових труб з деформацією, рубцюванням, порушенням прохідності;
- ураження очеревини з облітерацією позаматкового простору;
- ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини позаматкового простору;
- залучення до патологічного процесу сечовивідних шляхів і/або кишечника.

У багатьох країнах світу використовують класифікацію Американського товариства фертильності, згідно з якою при різноманітних локалізаціях ендометріозу враховується ступінь поширеності, глибина ураження і важкості захворювання, відповідно до чого формують бальну оцінку зазначених параметрів. Виділяють 4 стадії захворювання:

I - (1-5 балів),

II - (6-15 балів),

III - (до 16-40 балів),

IV - (40 балів і більше).

Ендометріоз			<1 см	1-3 см	>3 см
Очеревина	поверхневий		1	2	4
	глибокий		2	4	6
Яєчники	правий	поверхневий	1	2	4
		глибокий	4	16	20
	лівий	поверхневий	1	2	4
		глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору			часткова -4	повна - 40	
Спайки			покривають <1/3	покривають <1/3 – 2/3	покривають >2/3
Яєчники	правий	ніжні	1	2	4
		щільні	4	8	16
	лівий	ніжні	1	2	4
		щільні	4	8	16
Труби	права	ніжні	1	2	4
		щільні	4	8	16
	ліва	ніжні	1	2	4
		щільні	4	8	16

Таблиця 1. Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності)

Примітка. Повністю запаяний фімбріальний відділ труби слід оцінювати в 16 балів.

Топічна класифікація ендометріозу

I. Генітальний ендометріоз.

1. Внутрішній ендометріоз.

- 1.1. Ендометріоз тіла матки (I, II, III (аденоміоз) стадії у залежності від глибини ураження міометрію):
 - залозиста, кістозна, фіброзна форма;
 - вогнищева, вузлова, дифузна форма.
- 1.2. Ендометріоз цервікального каналу.
- 1.3. Ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.
2. Зовнішній ендометріоз.
 - 2.1. Перитонеальний ендометріоз:
 - ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форма);
 - ендометріоз маткових труб;
 - ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми).
 - 2.2. Екстраперитонеальний ендометріоз:
 - ендометріоз піхвової частини шийки матки;
 - ендометріоз піхви, вульви;
 - ретроцервікальний ендометріоз;
 - ендометріоз маткових зв'язок;
 - ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини (без і з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку).
3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.
4. Сполучені форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз у сполученні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

II. **Екстрагенітальний ендометріоз** (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври та ін.).

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Фактори ризику генітального ендометріозу.

Встановлено, що найбільшу роль у розвитку цієї хвороби відіграє спадковий фактор. Також вважається, що на розвиток ендометріозу впливає навколишнє середовище, інфекційні захворювання бактеріальної та вірусної етіології, ускладнення пологів та абортів, стресові ситуації.

Таким чином, до головних факторів ризику розвитку генітального ендометріозу можна віднести:

- 1) спадкову схильність (приблизно у 40% жінок з цим фактором ризику виникає дана патологія);
- 2) порушення менструального циклу;
- 3) часті аборти та діагностичні вишкрібання порожнини матки;
- 4) тривале використання внутрішньо маткових контрацептивів;
- 5) раннє менархе;
- 6) відсутність пологів або 1 пологи в анамнезі;
- 7) патологічний перебіг вагітності та пологів;
- 8) кровотечі та гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому та післяабортному періодах;
- 9) хронічні запальні захворювання статевих органів;
- 10) фізичні навантаження під час менструації;
- 11) наявність пухлинних процесів матки та яєчників;
- 12) вік;
- 13) відсутність овуляції;
- 14) В (III) група крові;

- 15) перенесені оперативні втручання;
- 16) екстрагенітальна патологія (захворювання щитовидної залози, шлунково-кишкового тракту та ін.)

Впродовж 3 років нами проводилося комплексне клініко-лабораторне обстеження і спостереження 90 мешканок м. Суми і Сумської області, в яких був діагностований зовнішній генітальний ендометріоз (ГЕ).

Вивчення сімейного анамнезу показало, що 30 (33,3%) хворих зовнішнім ГЕ мали обтяжену спадковість у вигляді пухлин екстрагенітальної локалізації (ЖКТ, легені, нирки, кістки), 12 (13,33%) пацієнток мали міому матки, 1 жінка (1,1%) – ендокринопатію (цукровий діабет) і 9 жінок (10%) – гіперпластичні процеси молочних залоз.

Нормальні показники ІМТ спостерігались у 88 (84,44%) жінок, 14 (15,55%) мали підвищену масу тіла (ІМТ 26-30) і 13 (14,44%) жінок мали масу тіла менше норми (ІМТ до 26).

Розподіл по професіям у групі хворих зовнішнім ГЕ представлено наступним чином: бухгалтери – 43 (47,77%), медичні працівники (лікарі, медсестри) – 20 (22,22%), інженери – 20 (22,22%), інші спеціальності – 7 (7,77%) пацієнток. 71 (78,88%) з обстежуваних жінок мали нормальну конституцію.

Для обстежених хворих характерна висока частота інфекційних захворювань в дитячому та пубертатному віці: у хворих із зовнішнім ГЕ відмічається висока частота інфекційних захворювань (більше 3 інфекційних захворювань в дитинстві на 1 дівчинку). Приблизно половина обстежених жінок в дитячому і підлітковому віці перенесли респіраторні захворювання 54 (60%) жінки, 46 (51,11%) жінок перенесли

грип, 31 (34,44%) – перехворіли на краснуху. Кожна п'ята жінка в дитинстві перенесла вітряну віспу (23%), хронічний тонзиліт перенесли 19 жінок (21,11%) і кір – 20 (22,22%) пацієнток. Хронічні запалення носоглотки були настільки частими та тяжкими, що 6,95% дівчаток проведена тонзилектомія. 19 хворим (21,11%) проведена апендектомія. Ослаблення загальних та місцевих реакцій внаслідок цих захворювань могло викликати інфікування геніталій патогенною флорою або активізувати умовно-патогенну флору, а хронічна тонзілогенна інфекція сприяла розвитку “гіпоталамо-тонзілярного синдрому”, що проявляється різними порушеннями в репродуктивній системі.

У 90 пацієнток у віці 20-45 років був діагностований ГЕ різної локалізації і ступеня вираженості. В більшості випадків виявлений ендометріоз (Е) яєчників (39,2%) і аденоміоз (37,2%), в 13,6% - поширений ГЕ і в 10,0% - ГЕ іншої локалізації.

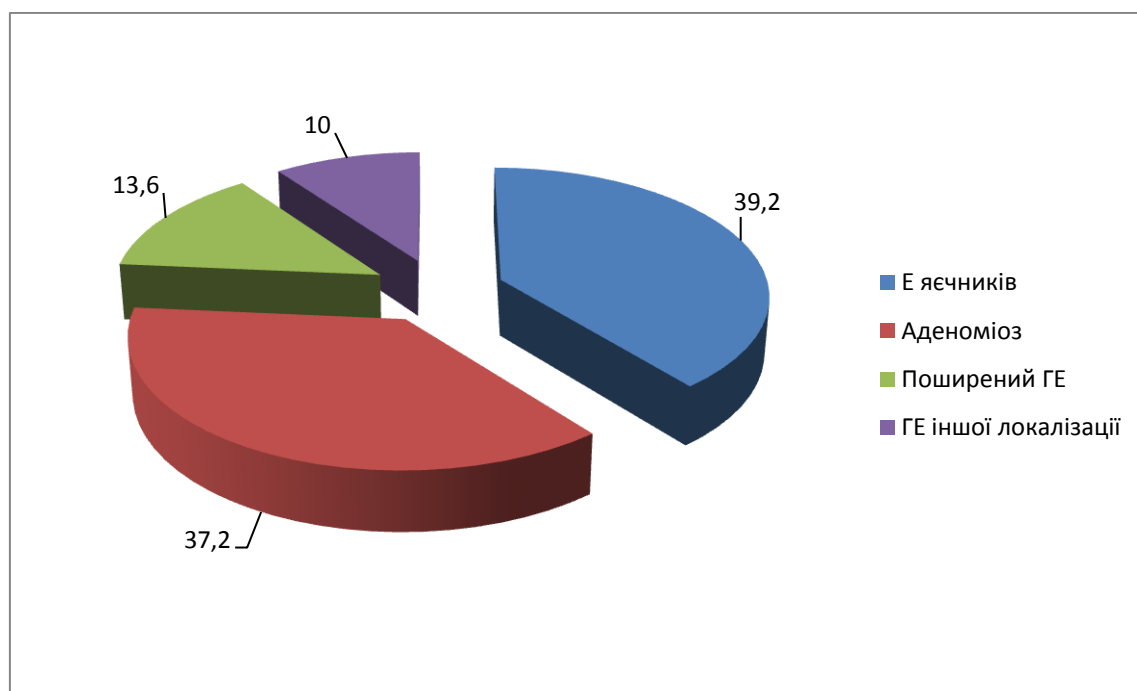


Рис. 2.1.1 - Локалізація ендометріозу %

На підставі ретроспективного аналізу розвитку генітального ендометріозу встановлено, що першими симптомами захворювання у 80% хворих виявилися порушення менструальної функції (58,2% - гіперменорея, 8,8% - поліменорея, 4% - менорагія, 2,7% - метрорагія, 2,8% - гіпоменорея, 5,5% - олігоменорея, 0,6% - опсоменорея), в 69,8% - больовий синдром (56% - альгоменорея, 20,4% - диспареунія, 1,6% - болі в області малого тазу, не пов'язані з менструацією або статевим актом), в 48% - порушення репродуктивної функції (26% - первинне безпліддя, 22% - вторинне безпліддя), в 15% - порушення функції суміжних органів (11% - кишечника і в 4% - сечового міхура) (рис.2.1.2)

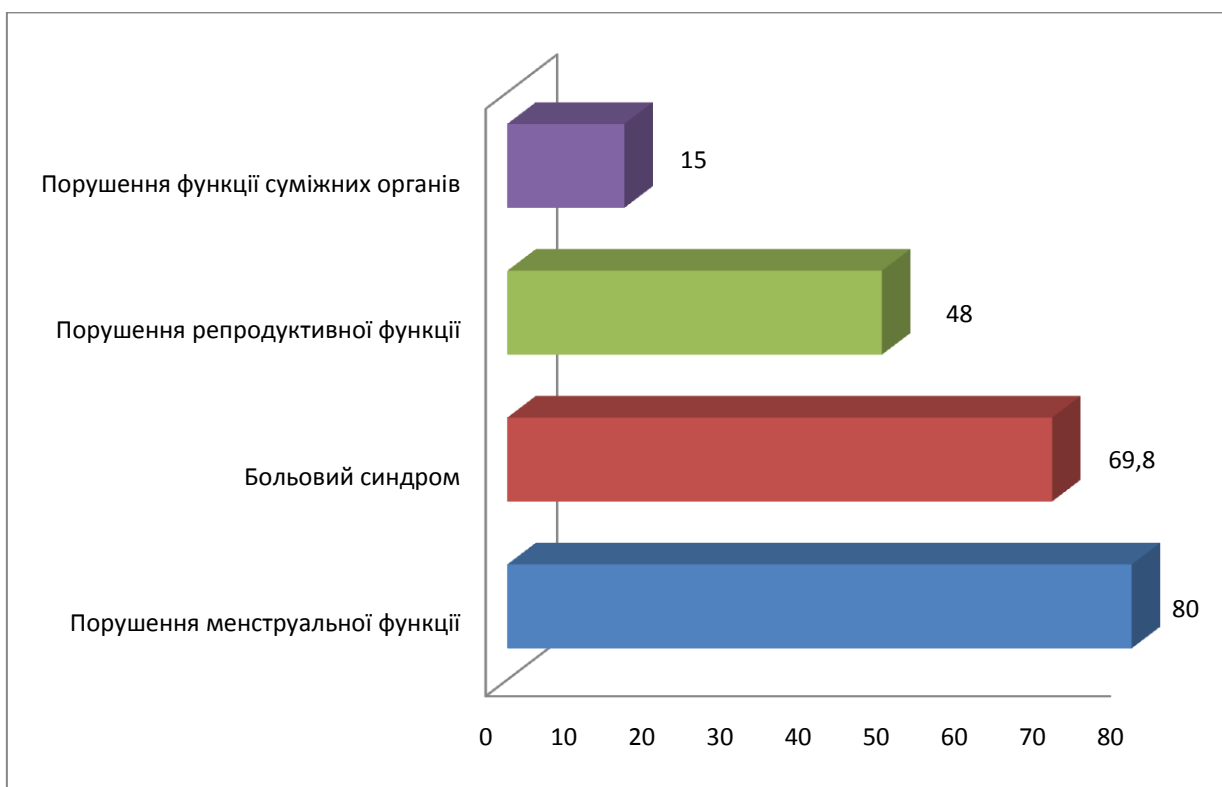


Рис. 2.1.2 – Перші симптоми ГЕ %

Згідно даних больовий синдром склав 69,8%. Для хворих із зовнішнім ГЕ, особливо при тривалому больовому синдромі, характерні не тільки

зміни самопочуття і загального стану, але й такі психоемоційні порушення, як емоційна лабільність (подрозливість, істерія), фобії (тривога, безсоння, недовірливість), депресія. Значне місце серед неврологічних розладів, обумовлених ендометріозом, займають неврозоподібні стани.

Порушення загального стану організму призводять до значного зниження працездатності жінок. З метою підвищення якості діагностики таких порушень і раціонального вибору методу лікування було запропоновано метод оцінки ступеня тяжкості порушень загального стану організму і працездатності жінки (бальна система) при ендометріозі

Причина болю	Інтенсивність	Бали
Біль в ділянці таза, яка не пов'язана із статевим актом чи з менструацією	Немає	0
	Слабка, інколи відчуття дискомфорту чи болю перед менструацією	1
	Помірна, помітний дискомфорт впродовж більшої частини циклу	2
	Сильна, впродовж всього менструального циклу, хворі вимушені користуватись анальгетиками	3
Дисменорея	Немає	0
	Слабка, з деякими порушеннями працездатності	1
	Помірна, примушує хвору залишатися в ліжку декілька годин в день, інколи - непрацездатність	2
	Сильна, заставляє хвору залишатися в ліжку цілий день чи декілька днів	3
Диспареунія	Немає	01
	Слабка, є, але виносима	
	Помірна, настільки виражена, що змушує перервати статеві контакти	2
	Сильна, настільки сильна, що змушує уникати статевих контактів	3

Таблиця 1. Оцінка вираженості болю (за С. М. Mac Lavery, R. W. Shay, 1995)

Аналіз характеру репродуктивної функції у хворих із зовнішнім ГЕ свідчить про її порушення у багатьох з них. Період статевого дозрівання характеризувався своєчасним менархе у 71 (78,9%) жінок. Середній вік настання менархе склав $13,2 \pm 0,26$ року. Раннє становлення менструальної функції (у віці до 10 років) виявлено у 10 (11,1%) жінок, пізнє настання менархе спостерігалось у 9 (10%) жінок. (рис.2.1.3)

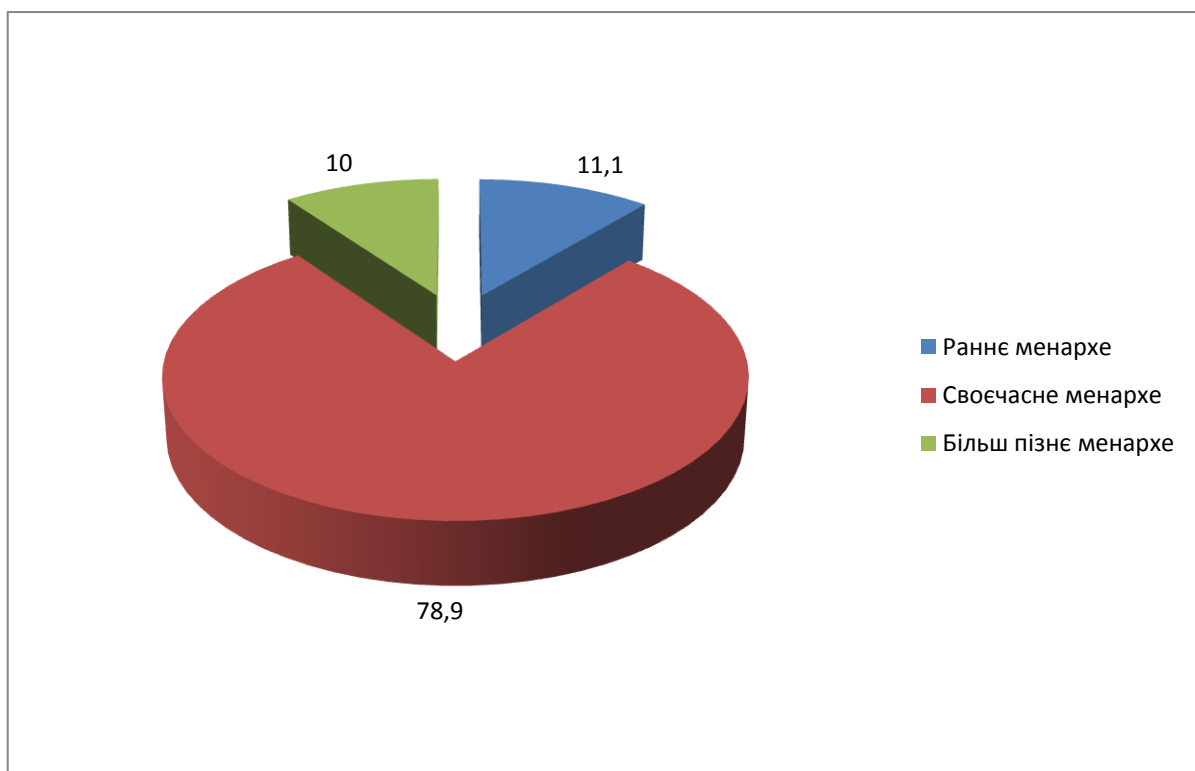


Рис. 2.1.2 - Особливості становлення менструального циклу

Менструації встановилися зразу тільки у 35% жінок, у 65% жінок відмічено пізнє становлення менструального циклу з моменту менархе (1,5-2 роки), що може свідчити про

функціональну неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники уже в період становлення та дозрівання репродуктивної системи.

На момент обстеження у 77 (85,55%) жінок, які приймали участь в обстеженні характеризували менструальний цикл як регулярний тривалістю $27,6 \pm 0,83$ дні з коливаннями від 21 до 35 днів. Порушення менструального циклу по типу олігоменореї мало місце у 5 (5,5%) хворих. Тривалість менструальної кровотечі не перевищувала 7 днів у всіх обстежених жінок і залишалась в середньому $5,12 \pm 0,27$ дні. Порушення менструального циклу по типу поліменореї мало місце у 8 (8,8%) хворих.

Середня кількість вагітностей на одну жінку склала $3,0 \pm 1,1$; фізіологічні пологи мали 12 (13,33%) жінок. Медичні аборти в анамнезі відмічали 29 (32,22%) жінок, самовільні викидні спостерігались у 11 (12,22%) жінок. Безпліддям страждали 48 (53,32%) жінок, причому первинним безпліддям 26 (28,88%), вторинним 22 (24,44%) пацієнток. У 7 (7,77%) хворих зовнішнім ГЕ безпліддя виникло після штучного переривання вагітності, яке ускладнилось запаленням матки або додатків, або після пологів, що ускладнилися кровотечею з послідуочим ручним обстеженням порожнини матки. Ці дані свідчать про наявність запального процесу в матці або додатках, що створює додатковий “благоприємний” фон для розвитку зовнішнього ГЕ.

Також виявлений високий рівень патології шийки матки – у 36 (40%) жінок спостерігались цервіцити та поліпи, деформації

- у 31 (34,44%) жінок та ерозії шийки матки - у 23 (25,55%) жінок. І кожна третя жінка (30 (33,3%) жінок) страждала мастопатією. Це ще раз доводить, у жінок із зовнішнім ГЕ змінений гормональний та імунний статус.

Структура гінекологічної захворюваності в обстежуваній групі представлена на таблиці 1.

Гінекологічні захворювання		Всього в групі ЗГЕ, n (%)
<u>аднексити</u>	хламідії	7 (7,8%)
	герпес	3 (3,3%)
	венеричні	5 (5,6%)
	ін..	40 (44,4%)
<u>гіперпластичні процеси ендометрія</u>	гіперплазія	20 (22,2%)
	поліп	11 (12,2%)
<u>патологія шийки матки</u>	цервіцити, поліпи	36 (40%)
	деформація	31 (34,4%)
	ерозії	23 (25,6%)
	ін..	2 (2,2%)
кісти яєчників		13 (14,4%)
опущення		9 (10%)
мастопатія		30 (33,3%)

Таблиця 1. Перенесені гінекологічні захворювання у жінок хворих зовнішнім ГЕ.

Звертає на себе увагу високий відсоток наявності запалення додатків матки (у 55 (61,1%) жінок). Згідно даних таблиці видно, що у обстежуваних жінок часто зустрічались порушення менструального циклу, як у період його становлення, так і в момент обстеження; зниження генеративної функції та специфічні, характерні для зовнішнього ендометріозу, клінічні прояви.

Різними методами контрацепції користувались всього 41 (45,6%) обстежена жінка. 10 (11,1%) використовували комбіновані оральні контрацептиви (КОК) і 9 (10%) – бар'єрний метод. Значно частіше використовувався метод ВМК 21 (23,3%) жінка). Причому, по даним опитування 71 (78,9%) жінка живе статевим життям, а 42 (46,7%) з них – регулярним статевим життям.

Більше ніж у половини хворих із зовнішнім ГЕ спостерігались захворювання, обумовлені порушенням нейрогуморальної регуляції: дискінезія шлунково-кишкового тракту і жовчовивідних шляхів, нейроциркуляторна дистонія (45%) хворих, яка протікала частіше по гіпертонічному типу. Відомо, що метаболізм стероїдних гормонів та білково-гормональних компонентів відбувається в гепатоцитах. Можливо, що сповільнення метаболізму біологічно-активних речовин та гормонів, обумовлене хронічними захворюваннями травної системи провокує їх активуючий вплив на органи мішені з послідуочим накопиченням в циркулюючій крові гістаміна, простагландинів та недоокислених продуктів розпаду білкових сполук. Порушення самопочуття, що відносяться до даного захворювання і які змусили хворих звернутися за медичною допомогою, зводилися до наступних скарг: біль внизу живота та ділянці попереку, значне підсилення болів під час статевого акту і в період менструацій, різноманітні порушення менструального циклу, відсутність вагітностей.

Найбільш часто в анамнезі жінок мала місце патологія шлунково-кишкового тракту – гастрит, панкреатит, жовчнокам'яна хвороба та холецистит - у 45 (50%), 20 (22,2%), 15 (16,7%) жінок, відповідно. На другому місці по частоті зустрічалися захворювання серцево-судинної системи: 38 (42,2%) пацієнтки страждали артеріальною гіпертензією (АГ). У 49 (54,4%) жінок відмічено порушення серцевої провідності. Ці

дані узгоджуються із загальнопопуляційними, згідно яких захворювання серцево-судинної системи займають перше місце серед супутньої патології та серед причин смертності населення. Патологія сечовидільної системи у вигляді сечокам'яної хвороби та пієлонефрита в анамнезі спостерігались у 4 (4,5%) і 8 (8,89%) жінок в основній групі. Менше, але не у значному відсотку зустрічалась патологія дихальної системи: бронхіальна астма у 1 жінки (1,11%), і перенесена пневмонія у 2 (2,22%) жінок. Захворювання щитоподібної залози відмічали 17(18,89%) пацієнток. Варикозною хворобою нижніх кінцівок страждали 8 (8,89%) пацієнток.

Розподіл перенесених соматичних захворювань представлено в таблиці 2.

Перенесені соматичні захворювання		Всього в групі ЗГЕ п (%)
ЖКТ	жовчнокам'яна хвороба, холецистити, дискінезії	15 (16,7%)
	гепатити	5 (5,55%)
	виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки	4 (4,44%)
	панкреатит	20 (22,2%)
	гастрити	45 (50%)
	інші	4 (4,44%)
нирки	сечокам'яна хвороба	4 (4,44%)
	пієлонефрит	8 (8,89%)
варикозна хвороба нижніх кінцівок		8 (8,89%)
легені	бронхіальна астма	1 (1,11%)
	пневмонія	2 (2,22%)
	інше	1 (1,1%)
серце	міокардит	1 (1,1%)
	ішемічна хвороба серця	4 (4,44%)
	пролапс мітрального клапана та інші вади	1 (1,1%)
	порушення ритму	6 (6,67%)
	на ЕКГ – порушення провідності	49 (54,4%)
	артеріальна гіпертензія	38 (42,2%)
патологія щитоподібної залози		17 (18,89%)
цукровий діабет		1 (1,1%)

грижі	5 (5,55%)
міопія	17 (18,89%)

Таблиця 2. Перенесені соматичні захворювання у хворих ЗГЕ

В анамнезі у 13 (14,44%) були відмічені резекція або видалення яєчника з приводу ендометріїдної кісти. У 10 (11,1%) жінок – апоплексії або перекрута ніжки кісти. По даним різних авторів, частота рецидивів зовнішнього генітального ендометріозу коливається від 20 до 50%.

Тривалість існування ГЕ до його діагностування в середньому склала $2,6 \pm 0,97$ років. На початок проведення лікувальних заходів больовий синдром, як прояв ГЕ, був вже у 93,0% пацієнток (з них: в 56,8% - альгоменорея, в 27,2% - диспареунія, а в 9% - не пов'язані із статевим актом і менструацією болю в малому тазу), порушення менструальної функції - в 87,0% (в 28,7% - гіперменорея, в 23,4% - поліменорея, в 26,8% - менорагія, в 5,6% - метроррагія, в 1,2% - олігоменорея і в 1,3% - гіпоменорея), безпліддя - в 48,0% (в 28,0% - первинне, а в 20,0% - вторинне) і порушення з боку сусідніх органів майже у кожній третій хворій (в 19,4% - розлади кишечника, а в 10,8% - сечового міхура).

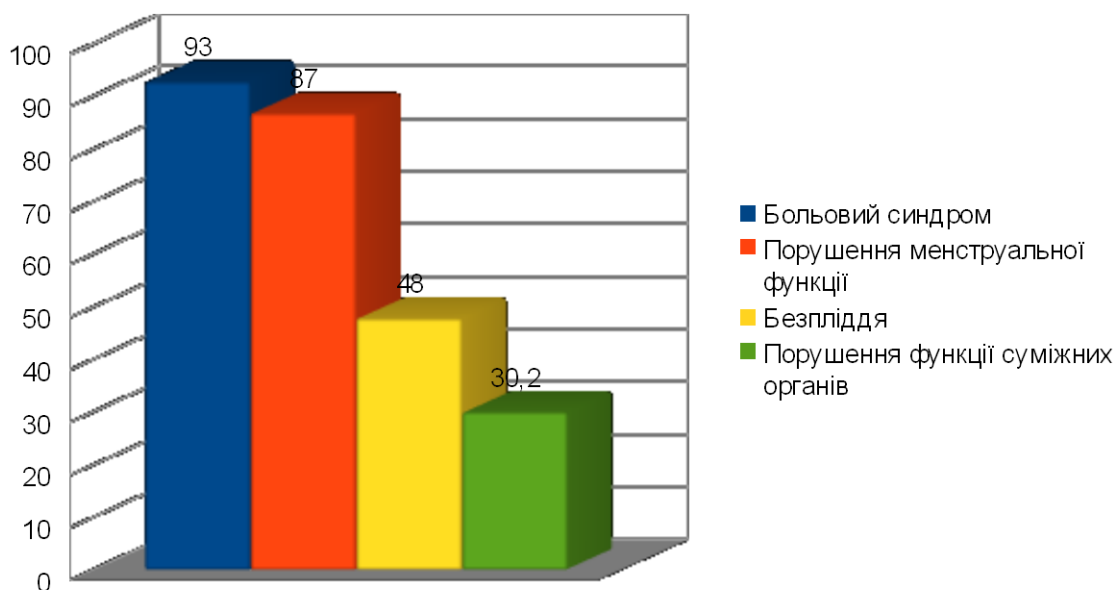


Рис. 2.1.3 - Клінічні прояви ГЕ на початок проведення лікувальних заходів (%).

Отже, за відсутності лікування ГЕ має прогресуючий перебіг і його клінічні прояви неухильно наростають.

Залежно від проведеного лікування всі хворі зовнішні ГЕ були поділені таким чином:

перша група - 30 жінок хворі зовнішнім ГЕ, які отримували лікування за загальноприйнятою схемою;

другу групу - в кількості 30 жінок склали хворі зовнішнім ГЕ, які поряд із загальноприйнятими методами лікування отримували фітотерапію, ароматерапію;

третю групу - в кількості 30 жінок склали хворі зовнішнім ГЕ, і були як контрольна група, яка отримувала неспецифічну протизапальну терапію, розсмоктуючу терапію, імуномодельючу терапію, фізіотерапію.

В результаті проведеного комплексного обстеження та по даним лапароскопії, при відсутності протипоказань була

призначена гормонотерапія. Курс лікування проводився від 5 до 50 днів після лапароскопії.

Для лікування пацієнок **першої групи** застосовувались комбіновані естроген-гестагенні препарати, а саме Логест по 1 таблетці на добу в безперервному режимі протягом 6 місяців. Метою їх призначення була необхідність пригнічення овуляції та секреції естрогенів.

Пацієнтки **другої групи** з метою медикаментозного лікування отримували агоністи гонадотропін-рилізінг гормона: для зниження чутливості рецепторів клітин передньої долі гіпофіза до гонадотропін-рилізінг гормона, з метою зменшення виділення гонадотропінів, зниження вмісту естрогенів до рівня, що відповідає періоду менопаузи, це у свою чергу повинно було викликати регресію ендометріюїдних гетеротопій. З цією метою застосовувався препарат Золадекс (гозереліну ацетат) 3,6 мг, який призначався у вигляді ін'єкцій підшкірно у передню черевну стінку перші 5 днів менструального циклу кожні 28 днів впродовж 6 місяців.

Паралельно пацієнтки цієї групи отримували фітопрепарати у вигляді зборів для внутрішнього застосування: рівні частки листків Меліси, листків М'яти перцевої, квіток Ромашки, Календули, Кропиви глухої, кореня Валеріани, кори Крушини. 4 столові ложки суміші залити 1 літром окропу. Настоявати 10-12 годин. Процідити. Приймати по схемі: 75 мл 5 разів на добу за 30-90 хв до прийому їжі тривалістю по 60 днів, з перервами в 1 місяць, впродовж 6 місяців.

Також пацієнткам даної групи була призначена ароматерапія. Для чого використовувалися сидячі ванни з додаванням 5 крапель ефірного масла лаванди і розмарину, тривалістю 5-10 хвилин щоденно впродовж 3 тижнів.

Пацієнтки **третьої групи** склали контрольну групу, тому для лікування отримували неспецифічну протизапальну терапію у вигляді нестероїдних протизапальних препаратів: Диклофенак по 1 супозиторію ректально впродовж 10-15 днів. Розсмоктуюча терапія включала препарат вобензим по 3 таблетки 3 рази на добу впродовж 2 місяців. Імуномодулююча терапія: Віферон 1 свічка per rectum 2 рази на добу впродовж 5 днів. Через 2 тижні повторне застосування Віферону за схемою. Також застосовувалися фізіотерапевтичні методи лікування: електрофорез з лідазою 15сеансів.

2.2. Методи дослідження

Всім пацієнткам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, що включало загальноприйняті і спеціальні методи дослідження.

Загальноклінічне обстеження полягало у вивченні об'єктивного і деталізованого генітального статусу.

Перед початком лікування всім пацієнткам проводили трансвагінальне ультразвукове дослідження. На час терапії пацієнткам була рекомендована контрацепція. Пацієнток оглядали, проводили зважування, підраховували ІМТ. Такий же огляд проводився при кожному візиті пацієнтки (1 раз на місяць), вже на фоні терапії. Додатково проводилися лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі).

Рівень онкомаркера СА-125 вивчався в сироватці крові при імуноферментному аналізі з використанням загальноприйнятих методик.

Через 10 тижнів після останнього прийому препаратів проводилось обстеження пацієнток по аналогічному плану з метою оцінки стану хворих після курсу терапії, враховуючи дані трансвагінального ультразвукового обстеження.

РОЗДІЛ 3

ДІАГНОСТИКА ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Не дивлячись на впровадження в практику сучасних високоінформативних методів діагностики, верифікація генітального ендометріозу до теперішнього часу представляє певні труднощі. Тільки комплексне обстеження пацієнтки з урахуванням даних анамнезу, клінічних проявів та загальноприйнятих методів (об'єктивного обстеження та результатів спеціальних методів дослідження) дають змогу встановити форму, локалізацію та ступінь поширеності ендометріозу і, відповідно, призначити та успішно провести патогенетично обгрунтоване лікування.

При з'ясуванні анамнезу хвороби особливе значення потрібно приділяти повній характеристиці болю, особливостям порушення менструальної, репродуктивної та сексуальної функцій, розладам функцій суміжних органів.

Із анамнезу життя важливо з'ясувати спадковість, перенесені захворювання в різні вікові періоди, особливості становлення менструальної, дітородної і сексуальної функцій, перенесені маніпуляції та операції на геніталіях.

Важливе значення має загальний огляд геніталій та огляд в дзеркалах, при яких можна виявити ендометріодні гетеротопії. Допоміжними в діагностиці є бімануальне вагінально-абдомінальне і ректовагінальне дослідження. При пальпації матки визначають її форму, розміри, рухомість, болючість. Слід звернути увагу на стан перешийка матки (ущільнення, розширення, болючість) та заднього склепіння піхви (інфільтрація, рубцеві зміни). При дослідженні придатків матки визначають їх величину, рухомість, болючість, консистенцію. Оцінюють стан крижово-маткових зв'язок (потовщення, напруження, болючість).

Разом з тим, клінічна картина при ГЕ не завжди відповідає змінам анатомії уражених органів і структур. Тому особливої актуальності набувають інструментальні методи діагностики ГЕ, які дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, важкість анатомічних порушень.

Застосовують наступні інструментальні методи дослідження ГЕ:

- 1) рентгенологічне;
- 2) урологічне (цистоскопія, хромоцистоскопія, радіоізотопна діагностика);
- 3) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);
- 4) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія);
- 5) ЯМР-томографія;
- 6) цитологічний метод дослідження;
- 7) гістологія матеріалу, взятого при біопсії

За останні роки для виявлення ГЕ найширше застосовують УЗ-сканування, гістросальпінгографію, гістроскопію та лапароскопію.

Можливість диференційованої ультразвукової діагностики ендометріюїдних кіст з іншими об'ємними утвореннями яєчників є досить дискусійною.

Для діагностики ГЕ, оцінки ступеня та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровотоку в артеріях органів малого таза.

Остаточно діагноз ендометріозу можна поставити лише на основі візуалізації органів малого тазу. Лапароскопія є процедурою першого вибору, оскільки вона дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми. Ендометріоз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будь-яку перитонеальну структуру. Прояви ендометріозу можна легко виявити за їх типовим виглядом так званих «порохових опіків», зірчасто-рубцевих пошкоджень, які оточені червоно-голубими імплантатами на яєчниках та на перитонеальній поверхні матки, сечового міхура або тонкої кишки.

Досить інформативним, є метод ЯМР-томографії. У хворих на ГЕ при ЯМР-томографії на T2-зображенні незалежно від морфологічної будови ендометріюїдних гетеротопій визначають дифузні утворення без чітких контурів. В середині цих патологічних вогнищ реєструють сигнали високої інтенсивності. На T1-зображенні високоінтенсивний сигнал відбивається тільки від ендометріюїдних гетеротопій, які просякнуті кров'ю.

Все більшого значення в діагностиці ендометріозу і диференціальній діагностиці його зі злоякісними пухлинами набирає визначення в крові різних пухлинних маркерів. Нами вивчалася величина онкомаркера СА 125 у обстежуваних жінок для підтвердження наявності Е.

Серед пацієнток, що отримували гормональну терапію, концентрація СА-125 була в середньому 27,7 ОД/мл (19,5 ОД/мл - після терапії золадексом), що майже в 2 рази менше ($p > 0,05$), ніж у хворих Е, що отримували неспецифічну терапію.

Отримані дані свідчать, що в групі хворих Е, які отримували неспецифічну терапію середній рівень СА-125 виявився в 3,8 разів ($p < 0,05$) вище даного показника у

здорових жінок репродуктивного віку, що свідчило про наявність вираженого пухлинного процесу.

Отже, розвиток Е супроводиться підвищенням рівня пухлинного маркера СА-125, що не спостерігається у здорових жінок репродуктивного віку; проведення гормонального лікування сприяє зниженню величини або навіть нормалізації даного показника, що свідчить про часткову або повну ліквідацію ендометріюїдного процесу.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив Е на соматичне і репродуктивне здоров'я жінок репродуктивного віку.

РОЗДІЛ 4

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ЕНДОМЕТРІОЗУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Розподіл жінок по групах дає змогу простежити ефективність лікування в кожній групі окремо.

Після проходження лікування тривалістю до 6 місяців у пацієнток **першої групи** задовільні результати були досягнуті лише у 14 жінок.

У хворих з ендометріозом яєчників:

- шоколадні кісти регресували повністю у 5 (16,67%) жінок, частково – у 9 (30%) жінок;
- збільшені в розмірах яєчники повернулися до розмірів здорових у 4 (13,33%) жінок, а у 10 (33,3%) – незначно зменшились;
- вогнища яєчничової гетеротопії, без наявності кіст незначно зменшились 7 (23,33%) хворих, а у 5 (16,67%) – не змінились;
- злукова хвороба у всіх випадках лікуванню не піддалася;
- ановуляторний цикл не вдалося відновити в жодному випадку;
- у жінок, у яких були односторонні болі без іррадіації та болі з іррадіацією у надчеревну ділянку значно знизились у всіх випадках, а їх іррадіація зникла.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ендометріозом яєчників, які перебували в першій групі.

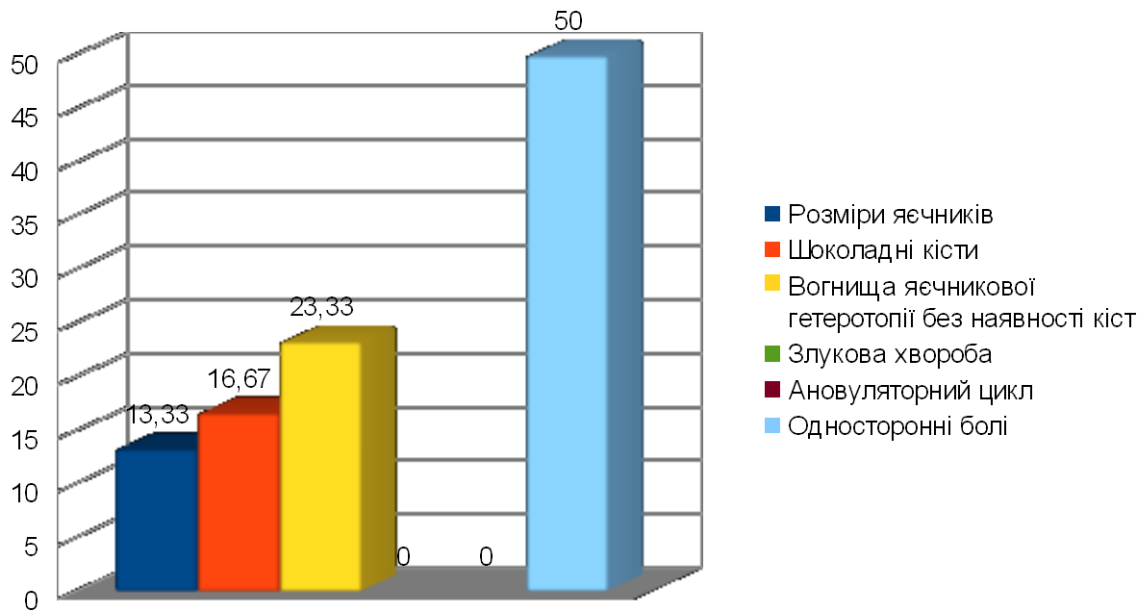


Рис.3.1 Хворі з ендометріозом яєчників

У хворих з ретроцервікальним ендометріозом:

- болі при статевому акті у 4 (13,33%) жінок повністю зникли, а у 6 (20%) – незначно зменшились;
- виражені болі з обширною іррадіацією у поперек, куприк, задній прохід у 5 (16,67%) жінок у значній мірі зменшились;
- болі в сечовому міхурі у 3 (10%) жінок повністю пройшли, а у 6 (20%) значно зменшились;
- розлади функції сечового міхура (прискорене сечовипускання) повністю зникли у 3 (10%) жінок, а у 5 (16,67%) незначно зменшились;
- порушення функції прямої кишки (обстипація та діарея) незначно покращились у 5 (16,67%) жінок.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ретроцервікальним ендометріозом, які перебували в першій групі.

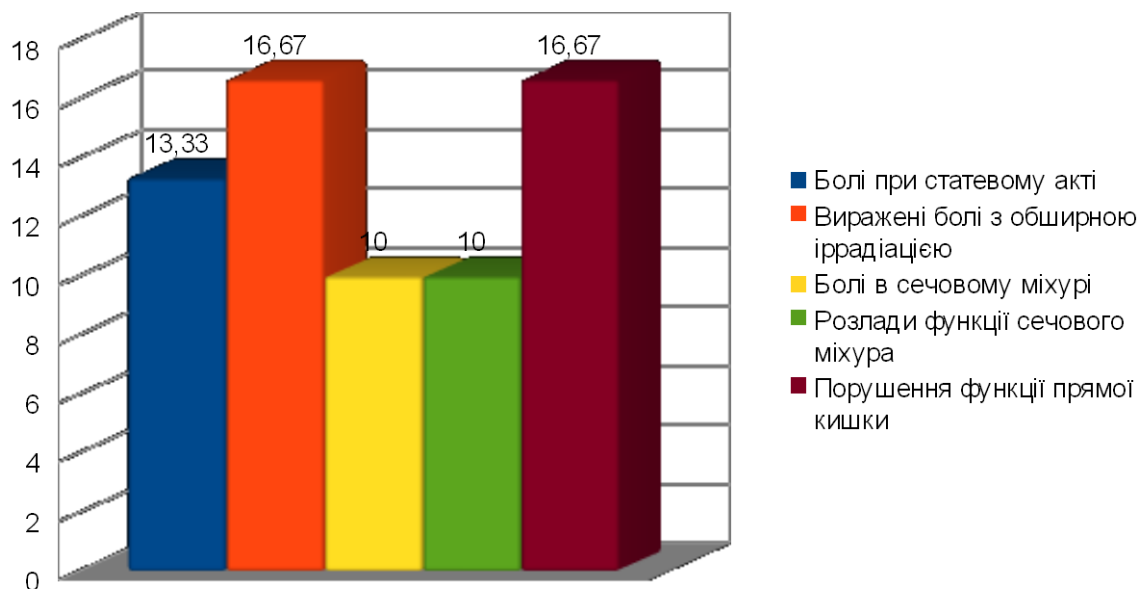


Рис.3.2 Хворі з ретроцервікальним ендометріозом

Після лікування у всіх пацієнток **другої групи** були зафіксовані задовільні результати лікування.

У хворих з ендометріозом яєчників:

- шоколадні кісти повністю регресували у 20 (66,67%) пацієнток, а у 10 (33,3%) – значно зменшились у розмірі;
- збільшені в розмірах яєчники повернулися до розмірів у 19 (63,33%) жінок, а у 10 (33,3%) – значно зменшені;
- вогнища яєчничової гетеротопії, без наявності кіст у значній мірі знизилися у всіх хворих;
- злукова хвороба у всіх жінок піддалася частковому вилікуванню;

- ановуляторний цикл повністю відновлений у 17 (56,67%) жінок, частково у 3-х (10%);
- у жінок, у яких були односторонні болі без іррадіації та болі з іррадіацією у надчеревну ділянку – зникли повністю.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ендометріозом яєчників, які перебували в другій групі.

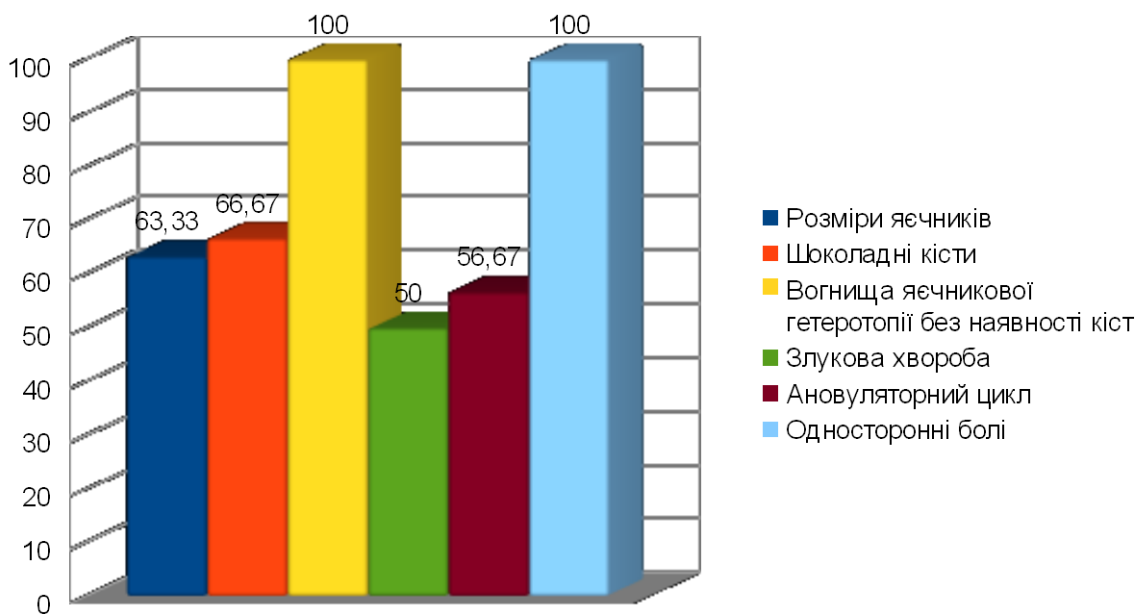


Рис.3.3 Хворі з ендометріозом яєчників

У хворих з ретроцервікальним ендометріозом:

- диспареунія у всіх жінок повністю зникла;
- виражені болі з обширною іррадіацією у попереку, куприк, задній прохід у всіх хворих повністю зникли;
- болі в сечовому міхурі у 12 (40%) жінок повністю пройшли, у 10 (33,3%) – значно зменшились;

– розлади функції сечового міхура (прискорене сечовипускання) та прямої кишки (обстипація та діарея) повністю зникли у всіх жінок.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ретроцервікальним ендометріозом, які перебували в другій групі.

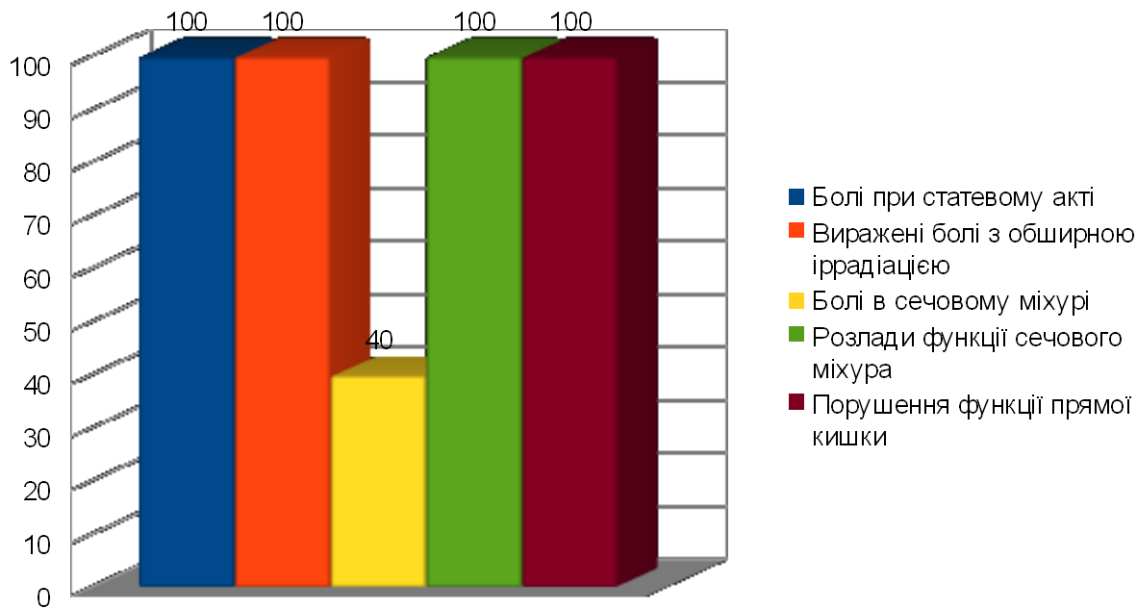


Рис.3.4 Хворі з ретроцервікальним ендометріозом

У пацієнок **третьої групи** позитивний результат був зафіксований тільки у 6 жінок.

У хворих з ендометріозом яєчників:

- у жодної жінки шоколадні кісти повністю не регресували;
- збільшені в розмірах яєчники не повернулися до розмірів здорових у жодної жінки, лише у 6 (20%) жінок яєчники зменшились у розмірах;
- вогнища яєчничової гетеротопії, без наявності кіст не змінилися у жодної з хворих;

- злукова хвороба у 6 (20%) жінок піддалася частковому вилікуванню;
- ановуляторний цикл не вдалося відновити в жодному випадку;
- у жінок, у яких були односторонні болі без іррадіації та болі з іррадіацією у надчеревну ділянку значно знизились у всіх випадках.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ендометріозом яєчників, які перебували в третій групі.

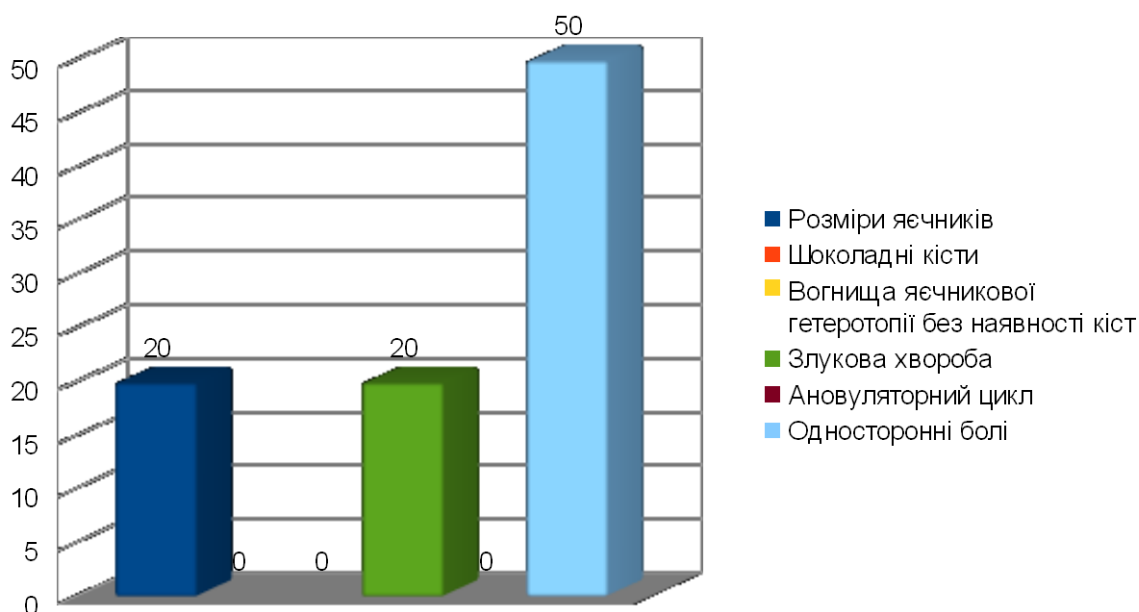


Рис.3.5 Хворі з ендометріозом яєчників

У хворих з ретроцервікальним ендометріозом:

- болі при статевому акті незначно зменшились у 5 (16,67%) жінок;
- виражені болі з обширною іррадіацією у попереk, куприк, задній прохід у 2 (6,67%) жінок у значній мірі зменшились;
- болі в сечовому міхурі у 3 (10%) повністю пройшли, а у 2-х (6,67%) значно зменшились;

– розлади функції сечового міхура (прискорене сечовипускання) повністю зникли у 2 (6,67%) жінок, а у 4 (13,33%) – незначно зменшились;

– порушення функції прямої кишки (обстипація та діарея) незначно покращились у 4 (13,33%) жінок.

На діаграмі представлені результати отриманих даних після лікування хворих ретроцервікальним ендометріозом, які перебували в третій групі.

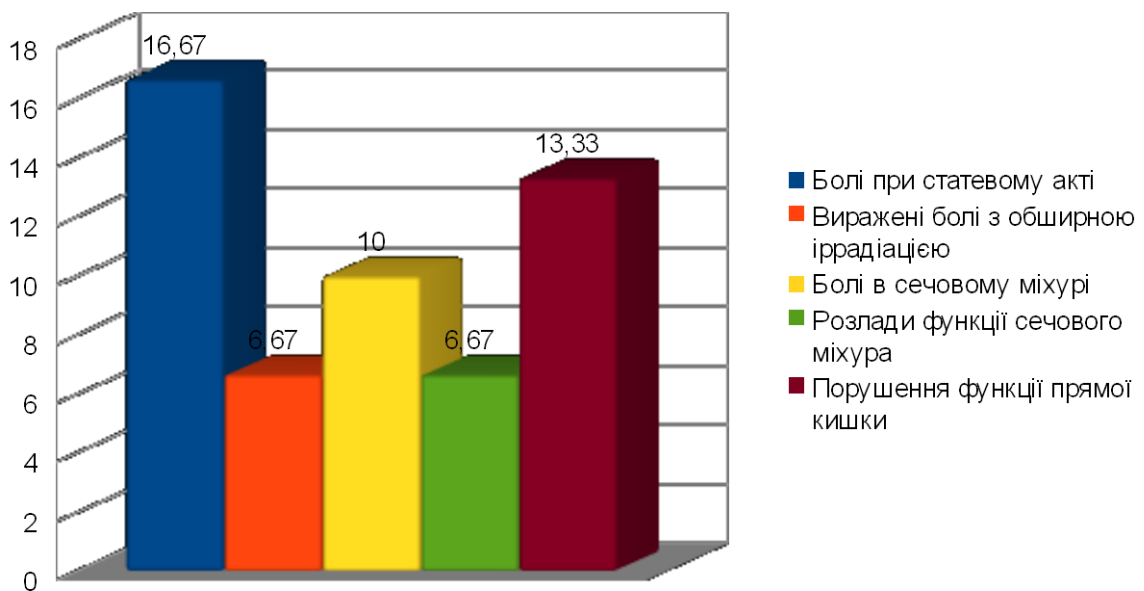


Рис.3.6 Хворі з ретроцервікальним ендометріозом

Отримані дані свідчать, що позитивних результатів у лікуванні зовнішнього ГЕ та синдрому хронічного тазового болю досягли жінки, що перебували в другій групі. Хворі першої групи відмічали незначне покращення стану, зниження больових відчуттів, покращення якості життя. Лише хворі третьої групи не отримали бажаних результатів від лікування, оскільки отримували неспецифічну терапію, яка не є

патогенетично обґрунтованою, і має йти в комплексі з основним стандартом лікування.

РОЗДІЛ 5

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед 90 пацієнток із зовнішнім GE в більшості випадків виявлений ендометріоз (Е) яєчників (39,2%) і аденоміоз (37,2%), в 13,6% - поширений GE і в 10,0% - GE іншої локалізації (шийки матки і ретроцервікальний).

При аналізі особливостей анамнезу у хворих з GE у порівнянні зі здоровими жінками можна виділити наступні фактори ризику розвитку генітального ендометріозу:

- спадкову схильність (приблизно у 40% жінок з цим фактором ризику виникає дана патологія);
- порушення менструального циклу;
- часті аборти та діагностичні вишкрібання порожнини матки;
- тривале використання внутрішньо маткових контрацептивів;
- раннє менархе;
- відсутність пологів або 1 пологи в анамнезі;
- патологічний перебіг вагітності та пологів;
- кровотечі та гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому та післяабортному періодах;
- хронічні запальні захворювання статевих органів;
- фізичні навантаження під час менструації;
- наявність пухлинних процесів матки та яєчників;
- вік;
- відсутність овуляції;
- В (III) група крові;
- перенесені оперативні втручання;

- екстрагенітальна патологія (захворювання щитовидної залози, шлунково-кишкового тракту та ін.)

На підставі ретроспективного аналізу розвитку генітального ендометріозу встановлено, що першими симптомами захворювання у 80% хворих виявилися порушення менструальної функції (58,2% - гіперменорея, 8,8% - поліменорея, 4% - менорагія, 2,7% - метрорагія, 2,8% - гіпоменорея, 5,5% - олігоменорея, 0,6% - опсоменорея), в 69, 8% - больовий синдром (56% - альгоменорея, 20,4% - диспареунія, 1,6% - болі в області малого тазу, не пов'язані з менструацією або статевим актом), в 48% - порушення репродуктивної функції (26% - первинне безпліддя, 22% - вторинне безпліддя), в 15% - порушення функції суміжних органів (11% - кишечника і в 4% - сечового міхура). (рис.2.1.3)

Отже, за відсутності лікування ГЕ має прогресуючий перебіг і його клінічні прояви неухильно нарастають.

Розподіл пацієнток на групи залежно від використаних методів лікування детально описаний в 2 розділі.

Одним з класичних проявів ГЕ є больовий синдром. При вивченні частоти больового синдрому у всіх обстежуваних ми з'ясували наявність наступних проявів: альгоменореї (больових відчуттів під час менструації), диспареунії (хворобливості при статевих зносинах) і болю в області тазу, не пов'язаних з менструацією і статевим актом.

У хворих ГЕ больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменореї і (або) диспареунії, тоді як больові відчуття в області малого тазу, не пов'язані з менструацією і статевим актом, спостерігаються набагато рідше.

Порушення менструального циклу в основному проявлялося у вигляді гіперменореї та поліменореї, що приблизно складає 58,2% та 8,8% відповідно.

Порушення менструального циклу по типу олігоменореї мало місце у 5 (5,5%) хворих. У пацієток хворих на ГЕ яєчників переважали ановуляторні цикли, про що свідчать дані діаграм з розділу 4.

У сучасній літературі спостерігається негативний вплив ГЕ на репродуктивну функцію жінок. Безпліддям страждали 48 (53,32%) жінок, причому первинним безпліддям 26 (28,88%), вторинним 22 (24,44%) пацієток. У 7 (7,77%) хворих зовнішнім ГЕ безпліддя виникло після штучного переривання вагітності, яке ускладнилось запаленням матки або додатків, або після пологів, що ускладнилися кровотечею з послідуєчим ручним обстеженням порожнини матки.

Що стосується розладів з боку суміжних органів, у хворих зовнішнім ГЕ, то вони виявляються, в основному, у вигляді дисфункції кишкового (обстипація і діарея) і сечовивідного (прискорене сечовипускання) трактів, хворобливості в області кишечника і сечового міхура, а також хворобливих відчуттів при сечовипусканні. В результаті проведеного лікування було досягнуто незначного покращення урологічних та кишкових розладів.

Щодо ефективності лікування по групах пацієток, то згідно отриманих даних після проходження терапії тривалістю до 6 місяців, у всіх пацієток **другої групи** були зафіксовані задовільні результати лікування. У 20 (66,67%) пацієток, хворих на ендометріоз яєчників, шоколадні кісти повністю регресували, а у 10 (33,3%) – значно зменшились у розмірі; збільшені в розмірах яєчники повернулися до розмірів у 19 (63,33%) жінок, а у 10 (33,3%) – значно зменшені; вогнища яєчничової гетеротопії, без наявності кіст у значній

мірі знизилися у всіх хворих; злукова хвороба у всіх жінок піддалася частковому вилікуванню; ановуляторний цикл повністю відновлений у 17 (56,67%) жінок, частково у 3-х (10%); у жінок, у яких були односторонні болі без іррадіації та болі з іррадіацією у надчеревну ділянку – зникли повністю.

У хворих з ретроцервікальним ендометріозом: диспареунія, виражені болі з обширною іррадіацією у попереk, куприк, задній прохід у всіх хворих повністю зникли; болі в сечовому міхурі у 12 (40%) жінок повністю пройшли, у 10 (33,3%) – значно зменшились; розлади функції сечового міхура (прискорене сечовипускання) та прямої кишки (обстипація та діарея) повністю зникли у всіх жінок хворих ретроцервікальним ендометріозом.

Тому, узагальнюючи отримані результати лікування хворих другої групи, слід відмітити, що кожний конкретний метод окремо малоефективний, але всі методи в комплексі дають позитивний результат. Наприклад, дія ароматерапії заснована на:

- 1) антисептичних властивостях ефірних масел;
- 2) протизапальній дії, основним механізмом якої є здатність знижувати судинну проникність та стабілізувати мембрани клітин;
- 3) протирадикальній активності;
- 4) антиоксидантній дії;
- 5) стимуляції процесів регенерації;
- 6) зниженні рівня сенсibiлізації організму;
- 7) створенні благоприємного впливу на гемодинаміку;
- 8) імуномодельючій активності (вплив на первинну та вторинну імунну відповідь);

9) великій проникній здатності при місцевому застосуванні, завдяки чому досягається їх лікувальний вплив на внутрішні органи.

Крім цього, лікувальний ефект досягався за рахунок асоціативного та рефлекторного механізмів дії запахів. Перший засновувався на запам'ятовуванні взаємозв'язку запахів зі звичною уявою. Другий пов'язаний з розвитком специфічних для кожної ароматичної рослини нюхових рефлексів, які визначаються нюховими рецепторами.

Фітотерапія заснована на наявності в лікарських рослинах біологічно активних речовин, які при надходженні до організму визначають той чи інший біологічний ефект. Ці діючі фізіологічно активні речовини мають різноманітний склад і відносяться до різних класів хімічних сполук: алкалоїди, глікозиди, кумарини та фуурокумарини, смоли, дубильні речовини, вітаміни, мікро- та мікроелементи, органічні кислоти.

У свою чергу тривале застосування Золадексу призводить до блокади гонадотропної функції гіпофіза та припиненню виділення ЛГ та ФСГ. В результаті спостерігається пригнічення синтезу статевих гормонів у яєчниках та зниження концентрації естрадіола в крові до постклімактеричних значень.

Що стосується пацієток **першої групи**, то задовільні результати були досягнуті лише у 14 пацієток. А у пацієток **третьої групи** позитивний результат був досягнутий лише у 6 жінок з 30.

РОЗДІЛ 6

ВИСНОВКИ

У даній роботі наведено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення завдання, щодо обрання оптимальної тактики лікування жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та синдромом хронічного тазового болю.

В ході проведених досліджень була з'ясована основна причина хронічного больового синдрому у жінок репродуктивного віку, якою є зовнішній генітальний ендометріоз.

При зовнішньому ГЕ мають місце захворювання багатьох систем органів та низький індекс здоров'я жінок, які були обстежені, що являється неблагоприємним фоном, на якому розвивається патологічний процес або захворювання.

У жінок, які були обстежені, часто зустрічалися порушення менструального циклу як у період його становлення, так і в момент обстеження; зниження генеративної функції; мали місце безпліддя та специфічні, характерні для зовнішнього ендометріозу клінічні прояви.

1. Першими симптомами захворювання у 80% хворих виявилися різні порушення менструальної функції, в 69,8% - больовий синдром, в 48% - порушення репродуктивної функції і в 15% - порушення функції суміжних органів.

2. Больовий синдром виявляється, в основному, у вигляді альгоменореї і (або) диспареунії.

3. Стан менструальної функції у хворих генітальним ендометріозом характеризується, в основному, наявністю розладів менструальної функції за типом гіпер- (58,2%) і поліменореї (8,8%). У всіх пацієток хворих на ГЕ яєчників переважали ановуляторні цикли.

4. Враховуючи вищезгадані фактори ризику зовнішнього ГЕ, профілактика цієї патології має бути комплексною і проводиться по трьом напрямкам: зменшення інтенсивності шкідливого впливу факторів, які виявлені в результаті дослідження; своєчасне та адекватне лікування патологічних процесів в репродуктивній системі, які передують розвитку ГЕ; формування груп підвищеного ризику по виникненню ендометріозу.

5. Слід зазначити, що для лікування даної патології кожний конкретний метод окремо малоефективний, але всі методи в комплексі дають позитивний результат. Тому лікування зовнішнього ГЕ має включати гормональну терапію (а саме препарат Золадекс, який в ході проведеного дослідження виявився найбільш ефективним); неспецифічну протизапальну терапію у вигляді нестероїдних протизапальних препаратів; розсмоктуючу терапію; імуномодулюючу терапію; фітотерапію та ароматерапію.

6. При виборі конкретного метода лікування необхідно враховувати клінічні прояви захворювання, а також результати проведених додаткових методів дослідження. Правильно підібраний комплекс лікування дозволяє призупинити розповсюдження процесу, досягти стійкої та тривалої ремісії, знизити частоту больових відчуттів, емоційних порушень та нормалізувати якість життя.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для попередження розвитку зовнішнього ГЕ рекомендовано виділяти в групи ризику жінок репродуктивного віку, які мають обтяжений соматичний анамнез, хронічні інфекційні захворювання, перенесені хірургічні втручання на органах малого тазу, неблагоприємний наслідок вагітностей в анамнезі.

2. Розроблений метод комплексного лікування зовнішнього ГЕ, що включає гормональну терапію (а саме препарат Золадекс, який в ході проведеного дослідження виявився найбільш ефективним); неспецифічну протизапальну терапію у вигляді нестероїдних протизапальних препаратів; розсмоктуючу терапію; імуномодуючу терапію; фітотерапію та ароматерапію, патогенетично обґрунтований та ефективний при лікуванні даної патології, що дозволяє рекомендувати його для широкого використання.

3. Профілактика впливу зовнішнього ГЕ на репродуктивну функцію та якість життя жінок має здійснюватися у три етапи:

I етап: скринінг на виявлення факторів, які впливають на ризик розвитку ендометріоза для формування групи високого ризику наявності захворювання.

II етап: обстеження пацієнток з групи високого ризику, що включає: динамічні, клінічні, функціональні (УЗД, КТ) і лабораторні методи дослідження (вміст статевих гормонів, онкомаркера СА 125).

III етап: проведення комплексу заходів, які направлені на зменшення інтенсивності впливу факторів, які виявлені в результаті аналітичного етапу дослідження та адекватне лікування

патологічних процесів, які сприяють розвитку зовнішнього генітального ендометріозу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамян, Л. В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза / Л. В. Адамян // Акушерство и гинекол. 1992. - №7. - С. 54-59.
2. Адамян, Л. В. Генетические аспекты генитального эндометриоза: особенности распределения частот полиморфных генов / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева, В. А. Спицын // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии: Матер. М., 1996. - С. 48-52.
3. Адамян, Л. В. Распространенные формы генитального эндометриоза / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии: Матер. М., 1996. - С. 30-36.
4. Пути развития современной гинекологии / Л. В. Адамян, Г. Т. Сухих, Н. Д. Фанченко и др. М., 1985. - 120 с.
5. Адамян, Л. В. Эндометриозы / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. М.: Медицина. - 1998.-31 с.
6. Адамян, Л.В. Сочетание эндометриоза с пороками развития матки и влагалища / Л. В. Адамян, А. З. Хашукоева, Е. А. Сорур и др. // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии: Матер. М., 1996. - С. 106-107.
7. Александров В.В., Воробьев А.Н., Кулишева Т.В. Комментарии к инструкции МЗ РФ по применению магнитотерапевтического низкочастотного автоматизированного аппарата «Алма» (Магнитор-ИНТ): Метод, рекомендации. Барнаул, 2000.
8. Андреева Е.Н. Распространенные формы эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных: Автореф. дис. .докт. мед. наук. М., 1997. - С.-48.

9. Аузан П. А. Психологические особенности больных сальпингоофоритом с хроническим болевым синдромом. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: Матер. Междун. Конгресса «Здравница 2003».-М.: 2003 - С. 37.
10. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе (пособие для врачей). СПб, 1998. — 32 с.
11. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозидная болезнь. СПб.: ООО «Издательство Н-П», 2002. 452 с.
12. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Л.: Медицина , 1990. - 240 с.
13. Бахмутский Н.Г., Синицкий Д. А., Фролов В.Е. // Низкоэнергетическая магнитотерапия: опыт клинического применения и перспективы развития. — М., 1997. С. 25-26.
14. Бахмутский Н.Г., Синицкий Д.А., Фролов В.Е. II Низкоэнергетическая магнитотерапия: опыт клинического применения и перспективы развития. М., 1997. - С. 23-24.
15. Безнощенко Г.Б. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. НГМА., 2001. - 392 с.
16. Белова А.Н. Методологические основы разработки и адаптации опросника для определения качества жизни больных с двигательными нарушениями: Пособие для врачей. Н. Новгород, 2001.
17. Богатова И.К., Семенова О.К. Психологические особенности женщин с генитальным эндометриозом // Вестник новых медицинских технологий. -2008-Т. XV, № 1.-С. 61-63.

18. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. — М.; СПб., 1996.-480 с.
19. Бурмистров А.ИТ. // Ремедиум Поволжья. 2005. - № 6. — с. 24.
20. Варданян И.Х., Пшеничникова Т.Я., Волков Н.И. Иммунологические аспекты наружного генитального эндометриоза. // Акуш.и гинекол.-1992. -№ 2. С. 6-9.
21. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. М.: МИА. 2000. - 749с.
22. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: Медицинское информационное агенство, 2002. - 504с.
23. Вознесенский Т.Г., Вейн А.М. // Психиатр, и психофармакотер. -2000.- № 1.-С. 9-12.
24. Волков Н.И. Бесплодие при наружном генитальном эндометриозе (клиника, диагностика, лечение, патогенез): Автореф. дис. . докт. мед. наук. -М., 1996.-48 с.
25. Волков Н.И., Жердев Д.В. Бесплодный брак / под ред. В.И.Кулакова, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 112-126.
26. Гаспаров А.С. Клиника, диагностика и отдаленные результаты лечения бесплодия у больных с поликистозными яичниками: Автореф. дис. . докт. мед. наук. М., 1996. — 39 с.
27. Гафиятуллина Г.Ш., Евтушенко Б.Е., Омельченко В.П., Черникова И.В. Основы физиотерапии. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2008. 275 с.
28. Глазкова О.И. Клиническая эффективность гормональной терапии и качество жизни больных наружным генитальным эндометриозом с

синдромом хронической тазовой боли: Автореф. дис. . канд. мед. наук. — М., 1996.-32 с.

29. Горбачев О.Ю., Гарилевич Б.А., Донин К.М. // Вопр. курортол. — 2001. № 1. - С.42-44.

30. Гордон К.В. К вопросу о перспективах организации санаторно-курортной реабилитации гинекологических больных. / Материалы научно-практич. конференции «Современные технологии в физиотерапии и курортологии». Томск 2000.- С. 15-16.

31. Гречканев Г.О., Шишигина И.Н., Мануйленко О.В., Калинин В.В. // Материалы науч.-практ. конф. «Низкоэнергетическая магнитотерапия». — М., 1997.-С. 18.

32. Гречканев Г.О., Багирова Х.Г., Бурмистров А.И. // Курортные ведомости. 2006. - № 1 (34). - С. 42.

33. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Синдром раздраженного кишечника./ Aqua Vitae. Российский медицинский журнал. - 2001. - № 1. - С. 22-24

34. Дамиров М. М. Клиника, диагностика и лечение сочетанных форм внутреннего эндометриоза: Автореф. дисс. . канд. мед. наук . М., 1991. -23 с.

35. Данилова С.В. Биоамины слизистой и иммунный статус больных хроническим гастритом на фоне магнитотерапии: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Чебоксары, 2003.

36. Демецкий А.М., Цецохо А.В. Учебное пособие по применению магнитной энергии в практике здравоохранения. — Минск, 1990.

37. Демецкий А.М., Чернов В.Н., Попова Л.Н. Введение в медицинскую магнитологию — Ростов н/Д, 1991.

38. Дубоссарская З.М. Некоторые вопросы диагностики и лечения хронических сальпингоофоритов // Акуш. И гинек. 1989. - № 7. - С. 71-74.
39. Дуда И.В., Дуда Вл.И., Дуда В.И. Клиническая гинекология. -Минск: Высшая школа, 1999. 352 с.
40. Дуруда Н.В. Влияние комплексного лечения с общей магнитотерапией на гемодинамику у больных с артериальной гипертензией: Автореф. дис. . канд. мед. наук. Томск, 2002. - 22 с.
41. Здановский В.М. Современные подходы к лечению бесплодного брака: Автореф. дисс. . докт. мед. наук. М., 2000. - 76 с.
42. Зубкова С.М. // Физиотер., бальнеол. и реабил. 2004. - № 2. - С. 3-9.
43. Зуев В.М. Некоторые вопросы патогенеза, диагностика и комплексная терапия женщин с воспалительными процессами и доброкачественными новообразованиями органов репродуктивной системы: Автореф. дисс. . докт. мед. наук М., 1998. 58 с.
44. Железнов Б.И. Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз. М.: Медицина, 1985. - 160 с.
45. Иванов В.И., Невраев Г.А. Классификация подземных минеральных вод. М., 1964.-С. 64.
46. Истошин Н.Г., Терешин А.Т., Ахкубекова Н.К. Симультанный подход к изучению нарушений гемодинамики органов малого таза у больных наружным генитальным эндометриозом. / Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. Москва, 2008. С. 367.
47. Ишутин И.С., Кротова Т.К., Турчина Ж.Е. // Материалы науч.-практ. коиф. посвящ. 60-летию Краевой клинической больницы. — Красноярск, 2002. С. 44.

48. Ишутин И.С., Кротова Т.К. // Материалы науч.-прак. конф., посвящ. 60-летию Краевой клинической больницы. Красноярск, 2002. - С. 43.
49. Ищенко И.Г., Кудрина Е.А. Эндометриоз. Диагностика и лечение. -М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. 104 с.
50. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., и др. Современные проблемы наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекол., 2007. № 5. -С. 67-72.
51. Калинин В.В., Чандра Д'Мелло Р., Гречканев Т.О., Половинкина Е.О. // Курортные ведомости. 2006. - № 5 (38). - С. 6.
52. Качалина Т.С., Мануйленко О.В., Каткова Н.Ю., Андосова Л.Д. // Нижегородский мед. журн. — 2006. № 6. — С. 64-67.
53. Кузмичев Л.Н. Леонов Б.В. и др. / Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акуш. и гин. 2001. - № 3. - С. 8-10.
54. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Терминология и классификация бактериальных инфекционных заболеваний женских половых органов. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 2,- С. 7277.
55. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И.Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
56. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации. Учебное пособие / Под ред. Б.В. Кабарухина. Ростов н/Д: «Феникс», 2003. — 480 с.
57. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии.- Минск, 2000. — 332 с.

58. Комарова Л.А., Егорова Г.И. Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеолечения. СПб.: 1994. — 223 с.
59. Кондриков Н.И., Адамян Л.В. Эндометриоз: за и против имплантационной концепции // Акуш. и гинекол. 1999. - № 2. - С. 9-13.
60. Коновалов В.И., Звычайный М.А. Влияние эндометриоза и некоторых методов его лечения на качество жизни женщин репродуктивного возраста. // Журн. Акуш. и женских болезней. 2001. - №3. - С. 100-102.
61. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И. Патология влагалища и шейки матки./ Под ред. В.И. Краснопольского, 2-е изд. Стереотип. М.: Медицина, 1999. - 272 с.
62. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке: Автореф. дис. . докт. мед. наук. М., 2003. 37 с.
63. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Маттис Э.Р. и др. Психологические методы количественной оценки боли. / Вопр. курортол.
64. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Ханзадян М.Л. Анатомо-функциональное состояние мочевыделительной системы у больных миомой матки и эндометриозом до и в ранние сроки после лапароскопической гисткрэктомии // Эндоскопия в гинекологии-М., 1999- С. 148-151.
65. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. — 326 с.
66. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. Клинические лекции. М.: МЕДпресс, 2001. - 720 с.
67. Кулаков В.И., Овсянникова Т. В. Проблемы и перспективы лечения в бесплодном браке./Акуш. и гин. —1997, № 3 С. 5-9.

68. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии. Эфферентные методы. -М.:МИА, 1998.-206 с.
69. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. 594 с.
70. Куликов А.Г, Сергеева Г.М. // Физиотер., бальнеол. и реабил. 2008. - № 3. - С. 40-44.
71. Кулишова Т.В., Табашникова Н.А., Аккер А.В. // Вопр. Курортол. — 2005.-№1.-С. 26-28.
72. Кулишева Т.В. и др. //Материалы Международной науч. практ. конф. «Проблемы качества жизни». — 2003. С. 125-126.
73. Кулишева Т.В., Маслов Д.Г. и соавт. /Общая магнитотерапия у женщин с климактерическим синдромом. / Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. - 2007. - №2.- С. 43-45.
74. Кучукова М.Ю. Современные аспекты патогенеза дисменореи и тазовых болей. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2001.-№2.-С. 39-42.
75. Лазарев С.А. Применение общей магнитотерапии при хирургическом лечении рака желудка: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М., 2003.
76. Либих С.С., Петров В.П., Екимов И.В. и др. Руководство по сексологии. СПб.: Питер, 2001. - 475 с.
77. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. Справочное пособие. Минск. Выш. шк., 1994.-368 с.

78. Мануйленко О.В., Качалина Т.С., Каткова Н.Ю., Андосова Л.Д. // Актуальные проблемы соврем, науки. 2006. - № 5 (32). - С.152-155.
79. Мануйленко О.В., Качалина Т.С., Каткова Н.Ю., Андосова Л.Д. // Мед науки. 2006. - № 5 (17). - С. 15-19.
80. Мануйленко О.В. Применение системной магнитотерапии в комплексном лечении внутреннего эндометриоза у женщин репродуктивного возраста. Н.Новгород, 2006. - 24 с.
81. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей в трех томах / Под ред. В.М.Боголюбова. Москва, 2007.
82. Мирошниченко И.В., Мальцева В.В., Косова И.П. и др. // Низкоэнергетическая магнитотерапия: опыт клинического применения и перспектив развития. М., 1997. - С. 13-17.
83. Михайлова Т. А., Романов В.П. и др. Возможности оценки структуры болевого синдрома и анальгетическое действие лечебных факторов в курортной практике. // Вопросы курортол., физиотерапии и лечебн. физ. культуры. 1989. - № 6 - с.30-33.
84. Назаров В.М., Жилиев В.А., Ефременко В.А. // Низкоэнергетическая магнитотерапия: опыт клинического применения и перспективы развития. -М, 1997.-С. 7-8.
85. Назаров В.М., Жилиев Е.А., Ефременко В.А. // Материалы науч.-практ. конф. «Низкоэнергетическая магнитотерапия». М. 1997. - С. 6.
86. Насырова Р.Ф. Сотникова Л.С., Куприянова И.Е. Психологические характеристики женщин с гинекологической патологией / Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. Москва, 2008. С. 429-430.
87. Насырова Р.Ф. Сотникова Л.С., Куприянова И.Е. Актуальное психическое состояние женщин в гинекологическом стационаре /

Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. Москва, 2008. С. 429.

88. Неврология для врачей общей практики / Под ред. Вейна А.М. М.: Эйдос Медиа, 2001.

89. Низкочастотная магнитотерапия: Материалы Международной научн.-практ. Конференции «Применение магнитных полей в медицине» 25-26 октября 2000 г., Оренбург / Под ред. В.С.Улащика. Минск, 2001.

90. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999.