

І.А.Приймак, Т.А.Юзько

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДНОСТІ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЗІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. - проф. О.М.Юзько)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. У роботі проведено аналіз ефективності лікування безплідності, зумовленої зовнішнім генітальним ендометріозом у 100 жінок після лапароскопії. Показано, що контрольована індукція овуляцій та інсемінація більш ефективна, ніж гормональна терапія, у тому числі аналогами гонадотропін – релізінг гормонами.

Ключові слова: безплідність, зовнішній генітальний ендометріоз, лікування безплідності.

Вступ. Ендометріоз – це наявність гормонально залежної ендометріоїдної тканини поза порожниною матки. Цей стан може залишатися безсимптомним, але часто проявляється больовим синдромом з локалізацією в малому тазі, безплідністю або їх поєднанням [3]. Частота захворювання коливається в дуже великих межах – від 1 до 50%, залежно від обстежуваної популяції та методології. Для загальної популяції частоту цього захворювання прийнято вважати 5-10% [8]. У безплідних жінок ендометріоз трапляється з частотою 15 – 38% [1]. Слід відмітити, що кількість жінок із безплідністю, в яких при лапароскопії виявляють початкові стадії перитонеального ендометріозу, швидко збільшується, так само, як швидко збільшується кількість хворих на ендометріоз у цілому [2].

Сьогодні загально визнаним ефективним методом лікування ендометріозу є хірургічний, зокрема лапароскопія. Ендоскопія дозволяє уникнути розвитку спайкового процесу, що є дуже важливим у лікуванні безплідності, зумовленої ендометріозом [4]. Вважають, що ефективність хірургічного лікування збільшується при попередній гормональній терапії [7]. У той же час ефективність медикаментозної терапії в лікуванні безплідності, зумовленої ендометріозом, не підтверджено [8]. Хірургічне лікування безплідності буває ефективним у випадку відновлення анатомії органів малого таза [5].

Тактика використання допоміжних репродуктивних технологій виявилася більш ефективною [6].

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних підходів у лікуванні безплідності, зумовленої зовнішнім генітальним ендометріозом.

Матеріал і методи. Дослідження проведено в 100 пацієнток із безплідністю та зовнішнім генітальним ендометріозом I – II ступеня. Вік пацієнток становив $28,8 \pm 1,34$ року. З дослідження були виключені пацієнтки, які раніше перенесли гінекологічні операції, внутрішньоматкові втручання, кесарів розтин.

Первинна безплідність діагностована в 51 (51%) пацієнтки, вторинна – у 49 (49%). Тривалість первинної безплідності в середньому становила $5,7 \pm 1,6$ року (від 1 до 15 років), тривалість вторинної безплідності – $3,7 \pm 1,3$ року (від 1 до 11 років).

Всі пацієнтки були соматично здоровими. Інші причини безплідності були виключені. Дослідження рівня гормонів у крові, ультразвуковий моніторинг та оцінка тестів функціональної діагностики свідчили про наявність нормального двофазного менструального циклу. Всім пацієнткам проведена кольпоскопія, інфекційний скринінг, дослідження мазка слизу з цервікального каналу та піхви, загальні біохімічні аналізи, гістеросальпінгографія та трансвагінальна ехографія. Спермограма в чоловіків пацієнток була в межах норми, а післякоїтальний тест – позитивним.

Лапароскопію здійснювали з допомогою апаратури та інструментарію фірми „Карл Шторц” з використанням електрохірургії та аквапурації. Застосовувався ендотрахеальний наркоз із використанням дипривану. Ступінь розповсюдження ендометріозу оцінювали на основі переглянутої класифікації Американської асоціації фертильності. Контроль за прохідністю маткових труб здійснювали з допомогою хромосальпінгоскопії. Прохідність труб була у всіх пацієнток.

Після операції всі пацієнтки були умовно розподілені на 4 групи залежно від використаного підходу до лікування.

У першу групу ввійшли 25 пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом: 12 (48%) – I ступеня, 13 (52%) – II ступеня. Цим хворим було призначено „Золадекс” по 3,6 мг або „Декапептил - депо” 3,75 мг на 3 -4 міс.

У другу групу ввійшли 25 пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом: 13 (52%) – I ступеня та 12 (48%) – II ступеня.

Пацієнтки отримували „Дановал” (даназол) 200 – 400 мг/добу в безперервному режимі 4 – 6 міс.

У третю групу ввійшли 25 пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом: 13 (52%) – I ступеня та 12 (48%) – II ступеня. Пацієнткам із другого місяця застосована методика контрольованої індукції овуляції з використанням кломіфену, менопаузальних гонадотропінів та прегніну. У 6 пацієнок цієї групи використана внутрішньоматкова інсемінація сперми.

У четверту групу ввійшли 25 пацієнок із зовнішнім генітальним ендометріозом: 12 (48%) – I ступеня, 13 (52%) – II ступеня. Пацієнткам цієї групи застосували очікувальну тактику.

За пацієнтками спостерігали до року. Для підтвердження вагітності використовували тест на вагітність із сечею та трансвагінальну ехографію.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час лапароскопії у 42 (42%) пацієнок діагностовано I ступінь розповсюдженості ендометріозу і в 58 (58%) – II ступінь. Під час лапароскопії в 57 (57%) пацієнок було виявлено спайковий процес, пов'язаний з ендометріозом: I ступеня у 37 (64,9%) та II ступеня - у 20 (35,1%) пацієнок. Він мав типові ознаки: спайки розташовувалися довкола ендометріюїдних гетеротопій або кіст яєчників, були тонкими, безсудинними, легко роз'єднувалися тупим безкровним шляхом, яєчники мали зрощення з широкою зв'язкою. Маткові труби мали мінімальні анатомічні порушення, прохідність їх була збережена.

Хірургічна тактика під час лапароскопії мала мету максимально обережного відновлення анатомії придатків шляхом сальпінгооваріолізісу -57 (57%) пацієнок, ендометріюїдні кісти розрізували і промивали тільки у 3 (3%) жінок. Частково вони вилучені, ендометріюїдні гетеротопії очеревини малого таза шляхом електрокоагуляції і ексцизії видалені у 76 (76%) пацієнок. Тобто, ендоскопічна хірургія була максимально малоінвазивною.

У 1-й групі після закінчення лікування в 7 (28%) пацієнок настала вагітність, причому у двох вона була на фоні аменореї. Менструації в пацієнок цієї групи відновилися через два місяці після останньої ін'єкції препарату.

У жінок 2-ї групи менструації відновилися відразу після закінчення прийому препарату, оскільки пацієнтки отримували дозу даназолу для підтримки гіпоменструального синдрому, а не аменореї. Вагітність у цій групі діагностована в 6 (24%) пацієнок на 5-6-му місяці після операції.

У жінок 3-ї групи настала вагітність. У 12 (48%) пацієнок 3-ї групи на 2 – 3-му місяці контрольованої індукції суперовуляції, у тому числі у трьох - після інсемінації.

У 4-й групі пацієнок, які мали очікувальну тактику, вагітність самостійно настала в 5 (20%) жінок на 4 – 6-му місяці після лапароскопії.

У цілому, вагітність настала в 30 (30%) пацієнок із безплідністю, зумовленою ендометріозом, після лапароскопії.

Аналізуючи отримані результати, слід відмітити, що:

- лапароскопія обов'язково повинна використовуватись у пацієнок з неясною формою безплідності, при прохідності маткових труб;
- лапароскопія може бути першим етапом лікування малих форм зовнішнього генітального ендометріозу та спричиненої ним безплідності;
- методика контрольованої індукції овуляції виказує кращі результати лікування безплідності при малих формах ендометріозу;
- у низки випадків лапароскопія повинна бути обмежена тільки діагностичним етапом, оскільки подальша терапія є більш ефективною, ніж сама ендоскопія.

Висновок. Лапароскопія є основним діагностичним методом при безплідності, зумовленій малими формами зовнішнього генітального ендометріозу, а при розповсюджених формах – основним хірургічним методом лікування. Комплексна післяопераційна терапія підвищує ефективність лікування безплідності, а перевагу слід віддати допоміжним репродуктивним технологіям.

Перспектива подальшого дослідження. Слід продовжити дослідження ефективності допоміжних репродуктивних технологій після лапароскопічного лікування безплідності, зумовленої ендометріозом як самостійної методики, так і в поєднанні з гормональною терапією.

Література. 1. *Савицкий Г.А., Горбушин С.П.* Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико – морфологическое исследование).- СПб.; Элби-СПб, 2002.- 170 с. 2. *Адамян Л.В., Кулаков В.И.* Эндометриозы.- М.: Медицина, 1998.- 320 с. 3. *Волков Н.И.* Патогенез бесплодия при наружном генитальном эндометриозе // Вісн. акуш. – гінекол. України.- 2003.- № 1.- С.47–49. 4. *Коханевич В.Е., Берестовой О.А., Коноплянко В.В.* Лапароскопия: история, общие вопросы и принципы. Эндохирургическая тактика при генитальном эндометриозе // Вісн. акуш. – гінекол. України.- 2002.- № 4.- С.12–20. 5. *Савельева Г.М., Штыров С.В., Голова Ю.А., Карапетян Р.С., Пивоварова О.Ю.* Наружный эндометриоз. Эффективность лапароскопической хирургии // Ж. акушерства и жен. болезней.- 2002.- Т.1, Вып.3.- С.32 -34. 6. *Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Стольникова В.Ю., Киндазова Л.Б., Беляева А.А.* Эндометриоз: этиология и патогенез. проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акуш. и гинекол.- 2001.- № 2.- С. 8 – 10. 7. *Радецкая Л.Е.* Современное состояние проблемы диагностики и лечения эндометриоза // Мед. новости.- 2000.- № 10.- С. 22 – 25. 8. *Peter Y. Lu, M.D., Steven S. Orj, M.D.* Endometriosis: Current Management. Mayo Clinic Proc 1995;70:453 – 463 // Мед. світу.- 1997.- № 1.- С.10 – 17.

EFFICACY OF TREATING STERILITY IN ENDOMETRIOSIS

I.A.Pryimak, T.A.Yuz'ko

Abstract. The paper carries out an analysis of the efficacy of treating sterility caused by external genital endometriosis in 100 women following laparoscopy. It has been shown that a controlled induction ovulations and ensemmination are more effective than hormonal therapy, including the analogs of gonadotropin – releasing hormones.

Key words sterility, external genital endometriosis, sterility treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol. 8, №2.- P.103-105

Надійшла до редакції 13.02.2004 року