

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ

© 2015 А.М. Зарипов, Б.Б. Негмаджанов

Самаркандский Государственный медицинский институт

Таянч сўзлар: бепуштлик, эндометриома.

Key words: Endometriomas, infertility.

БЕПУШТЛИК САБАБИ СИФАТИДА ЭНДОМЕТРИОИД КИСТАЛАР

Гинекологик касаликлардан эндометриома социал аҳамиятга эга булган касаликлардан бири ҳисобланади. Ушбу касалик аёлларда бепуштлик ва ногиронлик келтириб чиқаради. Комплекс даво усули ҳозирги кунда энг мақбул усул ҳисобланади.

ENDOMETRIOMAS AS A CAUSE OF INFERTILITY

A.M. Zaripov, B.B. Negmadjanov

Endometriomas are one of the social important gynecological disease. The woman with it may be infertility and invalid. The results of treatment showed that complex treatment more efficiency than monosurgical.

Наружный генитальный эндометриоз является одним из социально значимых гинекологических заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию и инвалидизации наиболее активной части женского населения. Среди всех локализаций наружного эндометриоза поражение яичников занимает первое место и встречается у 70% больных. Однако клиническая диагностика эндометриоидной кисты яичников, в особенности начальных степеней его распространения у женщин с бесплодием значительно затруднена в связи со сходством клинической симптоматики с другими заболеваниями. Распространенность эндометриоза у женщин репродуктивного возраста, сложность выбора методов эффективного лечения, рецидивирующее течение заболевания побуждают не только к теоретическому изучению заболевания, но и разработке новых методов оценки эффективности лечения и прогноза заболевания, что направлено на сохранение здоровья и репродуктивной функции женщины.

Цель исследования: Улучшение комплексной терапии эндометриоидных кист яичников у больных репродуктивного периода.

Материалы и методы. Чтобы решить поставленные перед нами задачи, были обследованы больные репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников, проходившие лечение в родильном комплексе № 3 г.Самарканд. На протяжении последних 3 лет (с 2012-по 2015 г.) было прооперировано и пролечено 50 больных с этой патологией. Критерии исключения из программы исследования: наличие острой генитальной, тяжелой экстрагенитальной патологии; злокачественных новообразований; беременности; варикозного расширения вен, сахарного диабета, ожирения. Было произведено разделение женщин с эндометриоидными кистами яичников на две группы. Первая группа состояла из 30 пациенток, получавших оперативное лечение вместе с назначением этинилэстрадиол 30мкг + диеногест 2.0мг (Жанин) после операции. Вторая группа – больные, которые после операции не получали комбинированного лечения. Эффективность лечения оценивалась на основании характеристики болевого синдрома, менструального цикла, а также восстановления репродуктивной функции. При обследовании использовали данные жалоб, анамнеза, клиники, лабораторно-инструментальных методов исследования. Возраст пациенток, проходивших лечение, составил: 1) Раннего репродуктивного периода с 18-24 г (26%) 2) Среднего репродуктивного периода с 25-34 (74%). В зависимости от социального состояния: домохозяйки - 28 (56%), работающие – 22 (44%). В зависимости от уровня образования: среднее образование - 28 (56%), среднее специальное - 9 (18%), высшее образование - 13 (26%). Кроме общепринятых клинических методов обследования пациенток, применялся ультразвуковой метод - сканирование органов малого таза на аппарате Mindray 3300. Всем пациенткам при поступлении, а также в послеоперационном периоде, в динамике проводилось данное обследование с использованием абдоминального датчика с частотой 3,5 МГц. Хирургическое

Клинические симптомы у женщин с эндометриодными кистами яичников	1-я группа (операция + КОК), n=30	2-я группа (операция), n=20
Синдром тазовых болей	3(12%)	6(32%)
Дисменорея	6(20%)	7(36%)
Наступление беременности:		
1)Первичное	16(52%)	5(25%)
2)Вторичное	11(38%)	3(15%)
Диспареуния	4(12%)	6(28%)

лечение лапаротомным доступом проводилось всем пациенткам с эндометриодными кистами яичников по общепринятой методике в зависимости от степени распространения патологического процесса под эндотрахеальным наркозом. Гормональная терапия проводилась в послеоперационном периоде этинилэстрадиол 30 мкг + диеногест 2.0 мг (Жанин) в течение 63 дней в непрерывном режиме.

Результаты исследования. У обследованных больных отсутствовали осложнения связанные с оперативным или гормональным лечением. Сравнительная оценка клинических симптомов после лечения у женщин, страдающих эндометриодными кистами яичников:

Анализ результатов лечения женщин с эндометриодными кистами яичников показал: тазовые боли при комбинированном лечении: 26 % женщин отмечали полное исчезновение болевого синдрома, 62 % – его значительное уменьшение, 12 % оценило эффект проведенного лечения, как умеренное уменьшение болевого синдрома. В то время как 32% женщин получавшие монохирургическое лечение продолжали жаловаться на данный симптом; симптомы дисменореи встречались у 20% женщин, в то время как при монохирургическом лечении – 36% случаев; анализ фертильности показал, что наиболее лучшие результаты получены у женщин с первичным бесплодием. При комбинированном лечении у 52% женщин наступила беременность и монохирургическом - 38% , тогда как при вторичном 25% и 15% соответственно; симптом диспареунии уменьшился до 12% и 28% случаев соответственно.

Заключение. Таким образом, результаты терапии показали, что наиболее эффективным методом лечения является хирургическое вмешательство с последующей гормональной терапией. Это позволило улучшить фертильность женщин, уменьшить симптомы тазовых болей, дисменореи, диспареунии. Таким образом, изучение данных показал, что хирургическое лечение совместно с применением препарата Жанин ведет к улучшению состояния качества жизни женщин страдающих эндометриозом яичников. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности проведенной терапии и улучшении качества жизни у женщин страдающих эндометриозом яичников.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Абунц С.А. Изменения фибринолитической активности перитонеальной жидкости и эндометрия при наружном генитальном эндометриозе и возможные пути её коррекции // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М., 2012. С. 58-59.
2. Адамян, Л.В. Новый взгляд на процессы апоптоза при распространенных формах инфильтративного эндометриоза // Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М., 2011. С. 91
3. Высоцкий М.М. Десятилетний опыт хирургического лечения доброкачественных новообразований яичников лапароскопическим доступом у пациенток различных возрастных групп // Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М., 2011. С. 109.
4. Высоцкий М.М. Осложнения хирургического лечения наружного генитального эндометриоза // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М., 2012. С. 60-61.