

Однако при тщательном опросе и обследовании больных, сопоставлении данных анамнеза и клинических проявлений заболевания имеется возможность выявить симптомы, характерные для этой патологии, особенно при «наружной» локализации очагов ЭГЭ, доступных для осмотра

и пальпации. Диагностика ЭГЭ на дооперационном этапе принципиально важна, так как влечет за собой необходимость тщательного дообследования пациенток с целью выявления у них или исключения ЭЗ другой локализации, особенно генитального.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

© С. Я. Сольский, В. С. Сольский

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

Актуальность проблемы

Проблема лечения генитального эндометриоза, несомненно, является одной из наиболее актуальных в гинекологии. На сегодняшний день практически не вызывает дискуссий необходимость использования хирургического лечения при наличии эндометриом. В то же время еще и сегодня обсуждается вопрос об оперативном доступе — лапаротомия или лапароскопия. С нашей точки зрения, которая разделяется большинством отечественных и зарубежных авторов, единственным методом хирургического лечения больных с наружным генитальным эндометриозом должен быть лапароскопический метод, так как именно он обеспечивает максимально широкий обзор операционного поля, что крайне необходимо для обнаружения и удаления всех возможных очагов эндометриоза.

Цель исследования

Оценка эффективности комбинированного лечения больных с эндометриоидными кистами (эндометриомами).

Материал и методы

Всего в исследование было включено 346 пациенток с подтвержденным патогистологическими исследованиями диагнозом. Односторонние эндометриоидные кисты имели место в 83,2% случаев, двухсторонние — 16,8% случаев. Все больные были прооперированы эндоскопическим путем. Частота перехода на лапаротомию (при крайне тяжелом спаечном процессе в малом тазу) составила всего лишь 1,15%. В большинстве случаев (92,8%) проводилось энуклеация капсулы (капсул) кисты (кист). Средний послеоперационный койко-день после лапароскопических операций составил 1,02. После оперативного вмешательства и получения гистологического подтверждения диагноза всем женщинам было рекомендовано проведение противорецидивного лечения.

Результаты

Среди 47 женщин, отказавшихся от противорецидивного лечения, под нашим наблюдением остались лишь 32 пациентки. В течение последующих 2–3 лет у 7 (21,8%) из них возник рецидив заболевания, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Повторные эндометриоидные кисты возникли у 2 из них в том же яичнике, где и в первый раз, а у 5 — в противоположном.

Большинство же женщин (299 пациенток) последовали нашим рекомендациям и на протяжении от 3 до 6 месяцев получали трипторелин 3,75 мг каждые 28 дней. Практически все они находились под нашим наблюдением и после окончания противорецидивного лечения на протяжении как минимум двух лет. Частота рецидивов эндометриоза в данной группе составила 2,34%.

Заключение

Приведенные результаты оценки эффективности комбинированного метода лечения наружного генитального эндометриоза позволяют утверждать следующее:

- методом выбора на хирургическом этапе лечения должно быть выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим путем;
- лечение наружного генитального эндометриоза должно быть обязательно комбинированным и включать в себя, на первом этапе, хирургическое вмешательство, а после получения патогистологического заключения — проведение противорецидивного лечения;
- в качестве противорецидивного лечения наиболее целесообразным является назначение декапептила депо или подобных ему препаратов, так как именно аналоги гонадолиберина позволяют максимально снизить вероятность возникновения рецидивов заболевания.