

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

*Л. Ф. Шинкарева, М. И. Сабсай, К. Г. Серебренникова,
Т. А. Кравчук, Ф. К. Тетелютина*

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского медицинского института

Реферат. На основании десятилетнего опыта лечения больных генитальным эндометриозом рекомендуется трехэтапная система диспансеризации этого контингента больных (прием и обследование гинекологом-эндокринологом, обследование и составление лечебной программы в условиях оснащенного гинекологического стационара, наблюдение и лечение гинекологом по месту жительства). Активное диспансерное наблюдение и лечение в 3-й группе диспансерного учета способствуют наиболее полной реабилитации больных генитальным эндометриозом.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, лечение, диспансеризация.

Генитальный эндометриоз занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости. Многообразие клинических проявлений, трудность диагностики на ранних стадиях, отсутствие типичного преморбидного фона, сложность и вариабельность патогенетических механизмов этого заболевания обуславливают особые трудности в лечении больных.

Достижения гинекологической эндокринологии открыли перспективы к применению патогенетической, дифференцированной гормональной терапии. При своевременной диагностике это обеспечивает стойкий клинический эффект в 60—70% наблюдений. Однако рецидивы заболевания, побочные действия гормонов, противопоказания к гормональной терапии вынуждают прибегать к оперативному вмешательству, которое при генитальном эндометриозе отличается особой радикальностью и травматичностью.

В связи с изложенным чрезвычайно актуальное значение приобретает проблема реабилитации больных, включающая восстановление трудоспособности, предупреждение рецидива заболевания, ликвидацию болевых ощущений, а в ряде случаев и сохранение менструальной и генеративной функции. Все это возможно лишь при наличии активного диспансерного наблюдения за больными и поэтапного оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Наш опыт, основанный на 10-летнем наблюдении более чем за 600 больными генитальным эндометриозом и на диспансеризации их, показывает, что наиболее рациональной является специализированная помощь этому контингенту больных на 3 этапах.

I этап — специализированный прием высококвалифицированного гинеколога-эндокринолога, способного в условиях женской консультации произвести первичную дифференциальную диагностику, наметить план обследования, его объем и сроки госпитализации для получения максимума диагностической информации.

II этап — госпитализация в оснащенные лечебно-диагностической аппаратурой гинекологические отделения, где наряду с инструментальными, гормональными, радиоизотопными, биохимическими, гистологическими и рентгенологическими исследованиями, установлением клинического диагноза, стадии и степени распространенности процесса определяются функциональные возможности печени, почек, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, проводятся консультации смежных специалистов. В клинике решается вопрос о возможности и целесообразности консервативного лечения, определяется характер и длительность гормональной терапии, разовые и курсовые дозы гормонов, периодичность повторных консультаций или назначается оперативное лечение.

III этап — непосредственное осуществление лечения врачом-гинекологом по месту жительства больной по плану, отраженному в выписке из истории болезни для участкового гинеколога.

Эффективность лечения и реабилитации зависит от четкой организации диагностических, лечебных и профилактических мероприятий на этапах.

От гинеколога-эндокринолога, ведущего специализированный прием на первом этапе, зависит не только быстрота, но и полноценность обследования больной, что в конечном итоге определяет число дней нетрудоспособности. При различных формах генитального эндометриоза оно может значительно колебаться. Так, при эндометриозе шейки матки все обследования и даже радикальное лечение могут быть осуществлены в амбулаторных условиях. При наличии же признаков эндометриоза матки необходима госпитализация за 1—2 дня до менструации для проведения цервикогистероскопии накануне менструации, когда в толще эндометрия отчетливо видны вишнево-фиолетовые «глазки» — ориентиры эндометриоидных гетеротопий в миометрии; в первый день менструального цикла делают диагностическое выскабливание, а после окончания кровянистых выделений (на 6—7-й день) — гистеросальпингографию с ис-

пользованием водорастворимых контрастных веществ. В течение этих 6—7 дней должны быть тщательно исследованы функции печени, почек и состояние сердечно-сосудистой системы. К этому времени уже обычно имеется результат гистологического исследования эндометрия и возможно сравнение объема матки до и после менструации. Таким образом, при надлежащей организации продолжительность госпитализации при внутреннем эндометриозе матки не превышает 8—9 дней, в течение которых составляется (при отсутствии противопоказаний) лечебная программа на 6—12 мес.

В системе диспансерной реабилитации больных эндометриозом наиболее уязвимым является этап наблюдения и лечения участковым гинекологом по месту жительства. С одной стороны это связано с отсутствием при большинстве женских консультаций, особенно районных, необходимой диагностической аппаратуры (гистеро- и цервикоскопов, аппаратуры для эндокринологических исследований, сложных красителей для гормональной цитодиагностики), с другой — со своеобразным психологическим барьером в отношении широкого введения в лечебные комплексы гормональной терапии вследствие недостаточной подготовки практических врачей в области эндокринологической гинекологии. Мы считаем, что повышению эффективности реабилитации этого контингента больных будет способствовать организация в женских консультациях специализированных кабинетов по наблюдению за больными с нарушением менструальной функции и лечению их.

Для контроля за эффективностью гормональной терапии и своевременной профилактики рецидивов эндометриоза не требуется каких-либо дополнительных исследований, выходящих за рамки общепринятых в повседневной практике гинеколога-эндокринолога тестов. Важна лишь их своевременность и квалифицированная интерпретация. Больных генитальным эндометриозом после выписки из стационара с этапным эпикризом и планом дальнейшего лечения надлежит ставить на учет в 3-ю группу по пятигруппной системе диспансеризации. Осмотр таких больных осуществляется ежеквартально. Максимум необходимой информации врач может получить при исследовании накануне менструации (оптимально — за 1—2 дня до ее начала). В минимум контрольных тестов входят: 1) бимануальное исследование; 2) взятие мазка на гормональный профиль; 3) аспирация или curettage эндометрия; 4) коагулограмма крови; 5) взвешивание пациентки; 6) при имеющейся возможности — цервикогистероскопия (до аспирации или curettage эндометрия).

В комплексе с оценкой субъективных ощущений пациентки этот объем исследований вполне достаточен для решения вопроса о дальнейшей терапии.

К настоящему времени определен сравнительно большой круг противопоказаний к гормональной терапии: 1) наличие в анамнезе оперативных вмешательств по поводу опухолей молочных желез, кистом яичников, консервативных миомэктомий; 2) перенесенные тромбозы, тромбозы вен, тромбофлебиты, гепатит, холецистит; 3) язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь I Б стадии, клинические и латентные формы диабета.

Эти противопоказания касаются в основном синтетических прогестинов (с эстрогенным компонентом), между тем практическим врачам приходится иметь дело чаще с контингентом больных, подлежащих терапии синтетическими прогестинами (страдающие эндометриозом шейки матки, ретроцервикальным эндометриозом, внутренним эндометриозом в начальных стадиях).

Противопоказания к андрогенам и чистым гестагенам по существу определяются патологией, при которой гормонотерапия противопоказана вообще (опухоли придатков, тяжелые болезни обмена, органические и выраженные функциональные расстройства нервной системы, гипертоническая болезнь). Такие больные подлежат оперативному лечению.

При выборе средств лечения больных, у которых нет противопоказаний к применению андрогенов и чистых гестагенов в течение длительной терапии, врач должен ориентироваться, наряду с клиникой, на состояние эндометрия. Как правило, это пациентки старше 45 лет, страдающие внутренним эндометриозом. Лечение в этом возрасте направлено на подавление циклических процессов, пролиферации в эндометрии и эндометриозных очагах. Однако и при достижении этого желаемого эффекта, даже при стабилизации менструальноподобных выделений или прекращении менструальной функции, женщины должны находиться в 3-й группе диспансерного учета в течение 5 лет, особенно при первоначально выявленной рецидивирующей гиперплазии эндометрия, тем более ее атипических форм (аденоматоз). Мы наблюдали возникновение карциномы через 5 и 8 лет после, казалось бы, стойкого клинического эффекта андроген-гестагенной терапии по поводу эндометриоза матки.

Пациентки со стойким клиническим эффектом гормонального лечения (не менее 1 года после его окончания) подлежат переводу для наблюдения во 2-ю группу диспансерного учета с обследованием 2 раза в год.

Осуществляемая нами поэтапная диспансеризация и специализированная помощь больным генитальным эндометриозом предусматривают проведение основных исследований в амбулаторных условиях. Лишь диагностическое выскабливание, рентгенологическое исследование осуществляются в стационаре, где можно привлечь к консультации смежных специалистов без особых затрат времени. Это обстоятельство определяет значительный экономический эффект. В то же время амбулаторное обследование не отрывает женщину от ее повседневной деятельности.