

ID: 2012-12-257-A-1858

Краткое сообщение

Столярова У.В., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф.

## Сравнительная характеристика антигестагенов и агонистов гонадотропин-релизинг гормонов при наружном генитальном эндометриозе

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России***Ключевые слова:** наружный генитальный эндометриоз, антигестаген, агонист гонадотропин-релизинг гормонов

Наружный генитальный эндометриоз одна из наиболее актуальных проблем в гинекологии. Частота наружного генитального эндометриоза составляет до 10-15% в общей популяции, 25-30% - у женщин с бесплодием и 80% - у больных с синдромом хронических тазовых болей (Ищенко А.И., Кудрина Е.А., 2003). Несмотря на многочисленность исследований этиология, патогенез и лечение данного заболевания продолжают оставаться предметом научных дискуссий.

Оптимальным, на сегодняшний день, является комплексное лечение наружного генитального эндометриоза – сочетание хирургической и медикаментозной терапии (Адамян Л.В., Кулаков В.И., 1998). Наиболее широко среди медикаментозных препаратов в составе комплексного лечения наружного генитального эндометриоза используются агонисты гонадотропин-релизинг гормонов (агонисты ГнРГ) (В.П. Баскаков, 1990; Л.В. Адамян, 1990; В.И. Кулаков, 1992).

**Цель исследования:** Сравнить эффективность лечения и качества жизни у больных с наружным генитальным эндометриозом в репродуктивном возрасте при использовании агонистов ГТ-РГ и антигестагенов.

В исследование были включены 120 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст  $32,3 \pm 0,2$  года) с наружным генитальным эндометриозом, находившихся на обследовании и оперативном лечении в гинекологических отделениях МУЗ «Перинатальный центр» с 2010 по 2012 гг.

Все пациентки были разделены на три группы, которые были сопоставимы по возрасту, предъявляемым жалобам, локализации наружного генитального эндометриоза, характеру выполненных оперативных вмешательств.

Показания для оперативного лечения в большинстве случаев были сочетанными: болевой синдром, длительное бесплодие, многочисленные попытки консервативного лечения.

Пациенткам I и II групп первым этапом лечения была произведена органосохраняющая операция лапароскопическим доступом с дальнейшей адьювантной терапией в течение трех месяцев.

Третья группа – группа контроля состояла из 52 пациентки, прооперированные по поводу наружного генитального эндометриоза, без дальнейшей медикаментозной терапии.

Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование – изучались анамнез заболевания, жалобы пациенток с оценкой гинекологического статуса.

Для оценки выраженности болевого синдрома (до, во время и после лечения) использовалось определение значений болевого индекса (БИ) по классификации Mac Lavery C.M., Shaw R.W. (1995), которая выделяет три степени выраженности болевого индекса (по сумме баллов): легкая - до 3 баллов; средняя степень – 4-6 баллов; тяжелая степень – 7-9 баллов.

Качество жизни пациенток оценивали при помощи общего опросника SF-36 (Health Status Survey).

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось в процессе обследования всем пациенткам перед назначением хирургического этапа лечения и через 3, 6, 12 месяцев после комбинированной терапии.

Морфологические методы. Всем пациенткам исследуемых групп было проведено гистологическое исследование удаленных эндометриозидных гетеротопий.

Согласно нашим данным наружный генитальный эндометриоз в 2010 г. отмечался у 11,6% женщин, подвергшихся оперативному лечению по поводу гинекологических заболеваний. В период с 2011 по 2012 гг. отмечалась тенденция к возрастанию частоты данной патологии в среднем в 1,5 раза.

Все пациентки на момент поступления предъявляли те или иные жалобы, длительность которых составила в среднем  $3,2 \pm 0,2$  года. Основными жалобами в трех группах пациенток были боли у 62 (51,6%) женщин (диспаруения, хронические тазовые боли). Первичное бесплодие встречалось у 10 женщин (8,3%), вторичное - у 23 женщин (19,1%). Средняя длительность бесплодия составила  $4,3 \pm 0,2$  года. Нарушение менструального цикла отмечалось у 42 (35%) пациенток

Анализ клинической эффективности адьювантной терапии мифепристонем наружного генитального эндометриоза, показал его высокую эффективность по отношению к частоте болевого синдрома (81,5%), восстановлению репродуктивной функции (38,4%), уменьшению числа рецидивов заболевания на начальных стадиях заболевания (I-II ст.), а при распространении процесса клинически более эффективным явился препарат «Люкрин-Депо» В группе пациенток, принимавших мифепристон, первое зачатие было зафиксировано во время второго- третьего менструального цикла после отмены препарата. У пациенток принимавших агонисты ГТ-РГ, беременность наступила не ранее, чем через 5 менструальных циклов после прекращения приема препарата.

Качество жизни у пациенток, получавших комбинированную терапию, через один год после окончания лечения значительно выше, по сравнению с пациентками, перенесших только оперативное вмешательство.

Таким образом, мифепристон по клинической эффективности сравним с Люкрином - Депо в составе комбинированного лечения, на начальных стадиях заболевания (I-II ст.), однако выраженность побочных эффектов антигестагена в 4,5 раза ниже, чем у агонистов ГнРГ, где тяжесть побочных эффектов связана с развитием гипострогенемии. Поэтому при начальных стадиях заболевания с успехом можно применять мифепристон, а при распространении процесса предпочтение следует отдавать Люкрину-депо (клинически более эффективен).

При исследовании качества жизни у пациенток с наружным генитальным эндометриозом, было выявлено 3 основных специфических параметра шкалы: болевой синдром (БС), эмоциональное состояние (ЭС), бесплодие (Б), которые оценивались во всех трех группах. По шкале БС данные показатели значительно выше при приеме препарата «Люкрин-Депо», однако эмоциональное состояние было выше при приеме Мифепристона. Самооценка качества жизни (СКЖ), физическая

работоспособность (ФР), социальная роль (СР) были примерно одинаковы в группах, где проводилась медикаментозная терапия, а в группе без консервативной терапии были ниже.

**Выводы:**

1. За последние 3 года в клинике МУЗ «Перинатальный центр» с 2010 по 2012 годы частота наружного генитального эндометриоза увеличилась с 11,6% в 2010 г. до 22,6% в 2012 г.

2. На современном этапе особенностью клинических проявлений наружного генитального эндометриоза является: молодой возраст женщин от 30 до 35 лет (87,7%); наличие выраженного болевого синдрома (51,6%), бесплодие у 27,4% пациенток.

3. Клинически обоснованно проведение адъювантной терапии у женщин с наружным генитальным эндометриозом, что на 63,4% повышает эффективность лечения при использовании мифепристона, а при лечении Люкрин-Депо - на 71,2%.

4. Мифепристон по клинической эффективности в качестве адъювантной терапии наружного генитального эндометриоза сходен с препаратом Люкрин-Депо на начальных стадиях заболевания, при распространении процесса предпочтение следует отдавать агонистам ГТ-РГ (клинически более эффективен). Частота и выраженность побочных эффектов значительно ниже при лечении антигестагеном (16,7%), чем агонистами гонадотропин – рилизинг гормонов (73,4%), у этих больных тяжесть побочных эффектов связана с гипоэстрогенным состоянием.

6. У женщин с наружным генитальным эндометриозом при оценке качества жизни выявлены 3 специфических параметра: болевой синдром (26,4 балла), эмоциональное состояние (20,6 баллов). При применении адъювантной терапии улучшается качество жизни, что связано с уменьшением параметров БС (болевой синдром) до 11,7 баллов, ЭС (эмоциональное состояние) до 6,7 баллов.

**Литература**

1. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз. Диагностика и лечение. – М. «ГОЭТАР-М», 2003, С. 18-19
2. Л. В. Адамян, В. И. Кулаков – Эндометриозы. Издательство: Медицина, 2006, С. 112-116
3. Баскаков В.П. – Клиника и лечение эндометриоза, Издательство: Медицина, 1990, С.53-55.