

А.А. СЕМЕНЮК, В.П. БАСКАКОВ,
И.В. ПОСПЕЛОВ

Отделение урологии и гинекологии
ЦМСЧ № 122,
Санкт-Петербург

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕФРОПТОЗОМ

В статье представлен материал о лечении 45 больных страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом.

Развитие болевого синдрома частично при обоих заболеваниях объясняется нарушением адаптационно-трофической функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Данные предположения согласуются с выявлением у всех больных неврологических нарушений.

Всем больным до начала консервативного лечения выполнена нефропексия, после чего проводилась терапия генитального эндометриоза.

Отдаленные результаты проведенного лечения прослежены до 10 лет.

Развитие научной мысли и современной технологии в последние годы позволяет ускоренными шагами развиваться такому направлению практической медицины, как урогинекология. С этой точки зрения нам представляется интересным поделиться своими взглядами на лечение больных, страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом.

Развитие у этих больных синдрома взаимного отягощения во многом влияет на тактику лечения.

За период с 1985 по 1998 год под нашим наблюдением находилось 45 больных, страдающих генитальным эндометриозом в сочетании с нефроптозом, в возрасте от 20 до 43 лет. У всех пациенток нефроптоз был правосторонним. Диагностика нефроптоза основывалась на данных экскреторной урографии с ортостатической пробой. При этом у 37 больных установлена II стадия нефроптоза, а у 8 - III стадия по классификации С.П. Федорова. В свою очередь диагноз генитального эндометриоза был установлен на основании характерных жалоб больных (боли над лоном, связанные с менструальным циклом, альгодисменорея, меноррагия, диспареуния и т.п.), данных влагалищного и ультразвукового исследований органов малого таза, гистеоцервикогрфии, лапароскопии.

Основным в клинической картине обоих заболеваний был болевой синдром. Причем характер болей при том и другом заболевании часто весьма сходен.

Боли не локализируются, мигрируют, распространяются по всему животу и поясничной области.

Развитие болевого синдрома при столь разных заболеваниях в части своей можно представить как проявление нарушения адаптационно-трофической функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, являющийся компонентом эндогенной ноци- и антиноцицептивной систем. После того как ноцицептивная иннервация преодолевает защитную организацию сегментарного уровня спинного мозга, она передается в мозг, активируя структуры, воспринимающие болевые сигналы и формирующие реакцию.

Данного рода предположения согласуются с выявлением практически у всех больных неврологических нарушений: астенический синдром (раздражительность, головная боль, быстрая утомляемость и т.д.), синдром вегетативных пароксизмов сенсорного типа (боли в эпигастрии, иррадиирующие по всему животу, холодный пот, плохое отхождение газов, тошнота и т.д.), вегетативных пароксизмов гипоталамического характера (одышка, учащенное сердцебиение, страх, и т.д.).

Подводя итог вышесказанному, можно с уверенностью говорить, что при сочетании обоих патологических состояний возникает синдром взаимного отягощения, когда проявление одного заболевания усиливает проявление второго. Эффективность

Журнал
акушерства
и женских
болезней



проводимой терапии зависит от разрыва этого патологического круга.

Всем больным была проведена нефропексия для восстановления нормальной уродинамики и снятия патологической импульсации. Нефропексия выполнена по методике Rivoir в модификации А.Я. Пытеля и Н.А. Лопаткина. По нашему мнению, данный метод способствует восстановлению нормального расположения почки и надежной фиксации органа, одновременно обеспечивая ее физиологическую подвижность. После оперативного лечения проводилась консервативная терапия генитального эндометриоза с использованием гормональных препаратов, иммуномодуляторов, реформированных физических факторов, ультрафиолетового облучения аутокрови, гипербарической оксигенации, антиоксидантных препаратов, радоновых ванн. У всех больных отмечен регресс основного заболевания. После выписки из стационара всем пациенткам проводилось закрепляющее лечение с использованием синтетических прогестинов, иммуномодуляторов, рассасывающей терапии.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 10 лет. Состояние больных оказалось удовлетворительным. У 23 больных отпала необходимость в хирургическом лечении по поводу эндометриоза, хотя до нефропексии им планировалась операция в связи с неэффективностью консервативного лечения.

Наши наблюдения дают основания рекомендовать начинать лечение больных эндометриозом в сочетании с нефроптозом с нефропексии при наличии показаний к этому методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л., 1979., Л. 1990
2. Железной Б.И., Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз. - М., 1985.
3. Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Нефроптоз. - Киев., 1969.
4. Клепиков Ф.А. // Урол. и нефрол. - 1985. - №3. - С. 18 - 22.
5. Билак Н.П., Ткаченко Н.М., Ильина Э.М., Сметник В.П. // Акуш. и гинек. - 1995. - №6. - С. 29-33.
6. Лудянский Э.А. // Урол. и нефрол. - 1980. - №4. - С. 25 - 27.
7. Arias M., Dorta C. // Rev. cuba. Obstet. Gynec. - 1987. - Vol 13. №2. - P. 193 - 198.
8. Foulot H., Madelenat P., Dubuisson J.B. et all. // Fertil. Contracept. Sexual. - 1988. - Vol 16 №2. - P. 125 - 130.