**Волосовський Павло Романович. Тактика ведення жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом і синдромом хронічного тазового болю.- : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Волосовський П.Р. Тактика ведення жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом і синдромом хронічного тазового болю.**-Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2006.  Наукова праця присвячена зниженню частоти болючого синдрому і розповсюдженню зовнішнього генітального ендометріозу в жінок репродуктивного віку після різних варіантів оперативної і консервативної терапії на підставі вивчення клініко-функціональних, психологічних і ендокринологічних особливостей, а також розробки диференційованого підходу до гормонотерапії. Проведено оцінку динаміки болючого синдрому при зовнішньому ендометріозі на тлі гормональної терапії з використанням візуально-аналогових шкал, функціональних параметрів (якість життя, особистісна і реактивна тривожність) у комплексі з аналізом електроенцефалограми і стану вегетативної нервової системи. Розробленоі впровадженоалгоритмобстеження пацієнток репродуктивного віку з хронічним тазовим болем, дисменореею, диспареуніею, що дозволяє в 98,4% виявити причину хронічних болючих відчуттів. Визначено клінічну ефективність гормональної терапії при зовнішньому ендометріозі із синдромом хронічного тазового болю і її вплив на якість життя хворих. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне обгрунтування та запропоновано нове вирішення щодо зниження частоти больового синдрому і розповсюдження зовнішнього генітального ендометріозу в жінок репродуктивного віку після різних варіантів оперативної і консервативної терапії на підставі вивчення клініко-функціональних, психологічних і ендокринологічних особливостей, а також розробки диференційованого підходу до гормонотерапії.  1. Основною причиною хронічного тазового болю в жінок репродуктивного віку є зовнішній генітальний ендометріоз (27,8%). Тривале існування болю призводить до розвитку складного симптомокомплексу, що включає симптоми дисфункції вегетативної нервової системи, психо-емоційних порушеннь, погіршення якості життя – синдрому хронічного тазового болю.  2. У хворих зовнішнім генітальним ендометріозом і синдромом хронічного тазового болю в 63% випадків мають місце ендометріоідні кісти яєчників ізольовані або в сполученні з «малими» формами зовнішнього ендометріозу. Вираженість больової симптоматики і тривалість захворювання не корелюють зі стадією розповсюдження патологічного процесу, а розташування вогнищ – з локалізацією болю. Диспареунія відмічається у всіх пацієнток з ендометріозом, розташованим позаду шийки матки і ендометріозом крижово-маткових зв'язок.  3. У хворих з зовнішнім генітальним ендометріозом і синдромом хронічного тазового болю відбувається зниження показників якості життя по шкалах емоційних реакцій і енергійності.  4. При зовнішньому генітальному ендометріозі із синдромом хронічного тазового болю виникають два варіанти змін на електроенцефалограмі: 1 тип характеризується дезорганізацією альфа-ритму, аж до зникнення, зниженням його індексу і збільшенням бета-ритму низької амплітуди; 2 тип – збільшення амплітуди й індексу альфа-ритму. Ці зміни відображають порушення активності інтегративних структур лімбіко-ретикулярного комплексу.  5. Застосування диференційованого підходу до використання гормонотерапії у хворих із зовнішнім генітальним ендометріозом сприяє зменшенню больових відчуттів і цілком їх знищує у 33,3% спостережень, а частота їх рецидивування протягом 1 року складає 45,5%.  **Практичні рекомендації:**  1. Пацієнткам, що страждають болем в області органів малого тазу протягом 4 місяців і більше, необхідно проводити обстеження по розробленому алгоритму, що включає трансвагінальну ехографію, комплексне дослідження органів шлунково-кишкового тракту, ультразвукове дослідження нирок і органів черевної порожнини, рентгенографію хребта, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, консультацію психіатра, діагностичну чи оперативну лапароскопію.  2. При обстеженні пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом із синдромом хронічного тазового болю варто використовувати показники, що характеризують тонус вегетативної нервової системи і вегетативне забезпечення діяльності, а також анкети для визначення рівня тривожності з метою виявлення порушень вегетативної регуляції і психо-емоційних розладів.  3. Гормонотерапію при зовнішньому генітальному ендометріозі із синдромом хронічного тазового болю варто проводити диференційовано:  - золадекс доцільно призначати пацієнткам з 1 типом електроенцефалограми, у тому числі з картиною серединно-стовбурної дисфункції, при відсутності в анамнезі кризових станів, судорожних придатків і невеликим числом симптомів вегетативних і психо-емоційних розладів;  - бусерелін необхідно використовувати для лікування хворих з 2 типом електроенцефаграми при зниженому вегетативному забезпеченні діяльності, а також при відсутності протипоказань з боку органів гепато-біліарної системи;  - терапію норколутом варто вважати ефективною у пацієнток з помірковано вираженими болями, переважно при наявності електроенцефалограми 1 типу і надлишковим вегетативним забезпеченням діяльності. | |