

DEFENSAL

ДЕФЕНСАЛЬ

1

**ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНИЙ
ПРОТИСПАЙКОВИЙ
РОЗЧИН**

// Роз'єднання пошкоджених поверхонь очеревини в перші 4 доби

// Зниження локальної запальної відповіді

// Антигіпоксична та антиоксидантна дія



ПОДВІЙНЕ ПАКУВАННЯ СТВОРЕНО ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ В СТЕРИЛЬНИХ УМОВАХ

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ ДЕФЕНСАЛЬ

Дефенсаль 250 мл: гіалуронат натрію-1250 мг, декаметоксин-50 мг, сукцинатний буфер рН 7,3-до 250 мл
Дефенсаль 50 мл: гіалуронат натрію-250 мг, декаметоксин-10 мг, сукцинатний буфер рН 7,3-до 50 мл

DEFENSAL (ДЕФЕНСАЛЬ) чинить фізичний вплив на тканини, забезпечуючи тимчасове розділення поверхонь органів черевної порожнини, малого тазу, плевральної порожнини завдяки флотації в рідині. Це мінімізує зіткнення тканин в критичний період утворення фібрину і регенерації мезотелія після хірургічної операції, і таким чином перешкоджає утворенню спайок. При інтраперитонеальному введенні.

DEFENSAL (ДЕФЕНСАЛЬ) здатний утримувати певну кількість рідини в черевній порожнині протягом 3-4 днів та значно знижувати частоту, ступінь і тяжкість післяопераційних спайок при використанні під час операції.

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ

Перед застосуванням розчин слід нагріти до температури тіла. DEFENSAL (ДЕФЕНСАЛЬ) розподілити рівномірним шаром на поверхнях, що обробляються. Об'єм введеного DEFENSAL (ДЕФЕНСАЛЬ) залежить від області застосування, об'єму та виду оперативного втручання, розміру черевної, плевральної порожнини та порожнини малого тазу та інше і вирішується індивідуально лікарем.

Призначений тільки для одноразового застосування. Перед застосуванням слід перевірити цілісність упаковки і термін придатності. Забороняється використання у разі пошкодження індивідуального або первинного пакування.

PC 13658/2014 від 16.10.2014

ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРИ КОЖНІЙ ОПЕРАЦІЇ

Інформація для медичних працівників. Перед використанням ознайомитися з інструкцією щодо застосування.

Тактика ведення пациенток с генитальним ендометриозом

Краткий обзор унифицированного клинического протокола первичной, вторичной и третичной медицинской помощи (приказ МЗ Украины от 06.04.2016 № 319)

24-25 марта 2016 года в г. Днепропетровске состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы репродуктивной медицины в Украине», в рамках которой прозвучало множество интересных докладов ведущих отечественных экспертов в области акушерства, гинекологии и репродуктологии. Продолжая освещение этого масштабного форума, начатое на страницах нашего предыдущего тематического номера, представляем вниманию читателей обзор доклада заместителя директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Феофановны Татарчук, который был посвящен современным подходам к ведению пациенток с эндометриозом. В своем выступлении Т.Ф. Татарчук ознакомила аудиторию с последним унифицированным клиническим протоколом оказания первичной, вторичной и третичной медицинской помощи пациенткам с эндометриозом; при этом она не только подробно рассказала о принципах проведения медикаментозной терапии в соответствии с последними мировыми стандартами, но и затронула такую актуальную проблему современной оперативной гинекологии, как образование послеоперационных спаек у пациенток, которым выполнялось оперативное вмешательство по поводу эндометриоза.



— Совсем недавно был опубликован унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Тактика ведения пациенток с генитальным эндометриозом» (утвержден приказом МЗ Украины от 06.04.2016 № 319). Необходимость разработки такой клинической документации определяется актуальностью данной проблемы: генитальным эндометриозом страдает около

10% женского населения репродуктивного возраста (около 176 млн пациенток во всем мире); при этом у 40-50% больных указанная патология является основной причиной бесплодия.

Протокол предназначен для использования в клинической практике не только врачами акушерами-гинекологами, анестезиологами-реаниматологами и врачами общей практики, но и медицинскими психологами, младшим медицинским персоналом (медицинские сестры, акушерки, медицинские сестры-анестезисты), а также руководителями учреждений здравоохранения различных форм собственности и подчинения.

Основными целями унифицированного протокола являются следующие:

- обеспечить качественную и эффективную медицинскую помощь с равными возможностями доступа пациенток к ее оказанию, основывающуюся на доказательствах эффективности медицинских вмешательств;

- обеспечить организацию мультидисциплинарного оказания медицинской помощи на всех ее этапах с едиными требованиями касательно профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациенток с эндометриозом в соответствии с положениями адаптированного клинического руководства;

- обосновать кадровое обеспечение и оснащение учреждений здравоохранения;

- определить индикаторы качества медицинской помощи для проведения мониторинга и клинического аудита в учреждениях здравоохранения.

Согласно основным пунктам протокола организация медицинской помощи пациенткам с эндометриозом в учреждениях здравоохранения, которые оказывают **первичную медицинскую помощь**, должна включать:

- санитарно-просветительскую работу в семьях и учебных заведениях с целью своевременного выявления и устранения факторов риска возникновения эндометриоза;

- консультирование по следующим вопросам:
 - социальная адаптация подростков — и устранение стрессогенных факторов в их окружении;
 - сбалансированное питание;
 - споловое воспитание;
 - сдоровый образ жизни девочки и женщины;

- сбор анамнеза и жалобы;
- физикальное обследование;
- гинекологическое обследование;

- направление пациенток к врачу акушеру-гинекологу для дальнейшего обследования и определения диагноза.

На этапе сбора анамнеза основное внимание следует уделять наличию боли, поскольку данный симптом, наряду с дисменореей и диспареунией, является одним из основных признаков эндометриоза. В некоторых случаях четкая взаимосвязь между выраженностью болевого синдрома и степенью тяжести заболевания может отсутствовать. Поэтому при проведении дифференциальной диагностики тазовой боли у молодых женщин в первую очередь следует предполагать эндометриоз до тех пор, пока не установлена другая причина болевого синдрома.

Организация медицинской помощи пациенткам с эндометриозом в учреждениях здравоохранения, которые оказывают **вторичную/третичную амбулаторную помощь**, должна состоять:

- из необходимых диагностических-терапевтических вмешательств, которые проводятся в соответствии с клиникой пациентки и отображаются в соответствующей документации;

- сбора анамнеза и клинических данных;
- общего обследования;
- гинекологического обследования;
- проведения дополнительных диагностических мероприятий;

- назначения медикаментозного лечения и определения периодичности наблюдений у врача на основании полученных данных обследования и с участием пациентки;

- хирургического лечения в случае внешних форм локализации эндометриоза и при условии наличия клинической симптоматики;

- назначения послеоперационной терапии.

Следует отметить, что при проведении инструментальной диагностики на этапе оказания вторичной/третичной амбулаторной помощи наибольшей информативностью обладают ультразвуковая диагностика (трансабдоминально и трансвагинально) и цитологический метод. При этом эндоскопическое обследование (кольпоскопия, ретроманоскопия, лапароскопия, гистероскопия, цитоскопия) и магнитно-резонансная томография проводятся по показаниям, а гистологическое обследование материала, взятого при биопсии, является обязательным.

При подозрении на эндометриоз целесообразно назначать эмпирическую гормональную терапию даже без заключительного подтверждения диагноза при помощи лапароскопии и/или гистологического исследования. Лечение следует проводить:

- во всех случаях тяжелой дисменореи, резистентной к терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП);

- в случае наличия боли во время осмотра органов малого таза и выявления узлов при пальпации маточно-крестцовых связок и ректовагинальной перегородки;

- в случае определения кист яичника с характерными признаками эндометриомы при сонографическом исследовании.

Лабораторная диагностика эндометриоза с применением методов определения содержания иммунологических маркеров, в том числе и ракового антигена 125 (CA-125), в моче, плазме и сыворотке крови в рутинном режиме не рекомендуется. Несмотря на то, что уровень CA-125 в сыворотке крови при умеренных и тяжелых формах эндометриоза может быть несколько повышен, его определение в качестве рутинного метода диагностики данной патологии не является информативным.

Организация медицинской помощи пациенткам с эндометриозом в учреждениях здравоохранения, которые оказывают **вторичную/третичную стационарную помощь**, включает:

- сбор анамнеза и клинических данных;
- общее обследование;
- гинекологическое обследование;
- проведение дополнительных диагностических мероприятий;
- обследование у смежных специалистов;
- хирургическое лечение;
- назначение послеоперационной терапии.

При выборе метода лечения эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, которое требует разработки плана длительного ведения пациентки с максимальным использованием средств медикаментозного лечения для предотвращения повторных хирургических вмешательств. Лечение должно продолжаться вплоть до периода менопаузы или до наступления запланированной беременности.

Согласно международным рекомендациям применение прогестин, комбинированных оральных контрацептивов (КОК), НПВП и анальгетиков, в частности парацетамола с целью эффективного обезболивания, следует рассматривать в качестве терапии первой линии. Кроме того, согласно рекомендациям Европейского общества по репродукции и эмбриологии человека и Общества акушеров и гинекологов Канады (ESHRE и SOGC, 2015) в качестве терапии первой линии следует рассматривать монотерапию одним из традиционных прогестин (таких как медроксипрогестерона ацетат, ципротерона ацетат, норэтистерон) или более новыми прогестинами (диенгест). Прогестины непосредственно влияют на эндометриодные очаги, вызывая децидуализацию клеток стромы и секреторную трансформацию эпителиальных клеток эндометрия, что приводит к развитию атрофии при их использовании в непрерывном режиме. В свою очередь, угнетение овуляции на фоне приема прогестин позволяет, с одной стороны, снизить риск рецидива эндометриоза, а с другой — сберечь сниженный овариальный резерв у пациенток с отсроченными репродуктивными планами.

Медикаментозная терапия эндометриоза с применением КОК вызывает определенные сомнения. Так, угнетение циклической секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов приводит к ановуляции и сопровождается децидуализацией эндометриальной стромы. В то же время назначение КОК подросткам с тазовой болью без подтверждения эндометриоза может стать причиной еще большей отсрочки диагностики заболевания. Кроме того, на сегодняшний день отсутствует достаточное количество данных о возможном влиянии эстрогенного компонента в составе КОК на течение заболевания, поскольку существует предположение о потенциальной стимуляции развития и прогрессирования заболевания под влиянием экзогенных эстрогенов. По данным С. Шарон и соавт. (2011), применение КОК для лечения тяжелой дисменореи в прошлом было ассоциировано с увеличением риска глубокого инфильтративного эндометриоза.

Медикаментозное лечение эндометриоза с применением левоноргестрел-высвобождающих внутриматочных систем является эффективным методом терапии дисменореи, тяжелой диспареунии,

а также ректовагинального эндометриоза и способствует уменьшению дисменореи и тазовой боли, не связанной с менструальным циклом.

Применение агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов (АГнРГ) в качестве метода медикаментозного лечения эндометриоза способствует блокированию гонадотропинов с последующим развитием гипозэстрогенного ановуляторного состояния (псевдоменопауза) и снижением содержания эстрогенов в периферической крови до уровня, который обуславливает атрофию эндометрия и аменорею. Поскольку прием АГнРГ сопровождается симптомами дефицита эстрогенов, особенно необходимо дополнительное назначение «терапии прикрытия».

Что же касается назначения обезболивающей терапии, то врачам рекомендовано учитывать возможность назначения НПВП или других анальгетиков для уменьшения выраженности боли, связанной с эндометриозом. Однако применение НПВП увеличивает вероятность побочных эффектов как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и со стороны сердечно-сосудистой системы. В связи с этим препараты данной группы желателно назначать короткими курсами.

Помимо основных методов терапии эндометриоза существуют и дополнительные, которые направлены на улучшение лечения и переносимости симптоматики заболевания пациентками, тем самым повышая качество их жизни. К дополнительным методам относятся:

- рефлексотерапия (лазерная пунктура, акупунктура) — характеризуется умеренной эффективностью и безопасностью, однако требует повторных курсов проведения (Zhu et al., 2011);

- высокочастотная чрескожная электронейростимуляция — с некоторой эффективностью краткосрочно купирует болевой синдром (Proctor et al., 2002);

- фитотерапия — существуют доказательства о возможной пользе ее применения вне сферы традиционной медицины (продукты, содержащие эпигалокатехины и индол-3-карбинолы).

Хирургическое лечение проводится в случаях наличия клинической симптоматики, а также:

- противопоказаний к медикаментозному лечению и недостаточной его эффективности;

- внешних форм локализации эндометриоза;

- глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря, мочеточника или тазовых нервов;

- при остром заболевании придатков матки (перекрут кисты или разрыв кисты яичника);

- при прогрессировании тазового болевого синдрома, несмотря на адекватную медикаментозную терапию;

- при эндометриоме яичника (с применением методик, направленных на сохранение овариального резерва);

- при неэффективном консервативном лечении бесплодия.

Среди методов хирургического лечения эндометриоза независимо от тяжести заболевания наиболее целесообразной является лапароскопия. Данный метод характеризуется лучшей визуализацией очагов и более быстрой реабилитацией пациенток после операции в сравнении с лапаротомией.

В случаях глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением кишечника, мочевого пузыря, мочеточника пациентки должны оперироваться врачами, имеющими соответствующий опыт и специальную подготовку для ведения таких случаев с учетом мультидисциплинарного подхода (SOGC, 2015).

Одной из наиболее актуальных проблем современного хирургического лечения эндометриоза является образование спаек в послеоперационном периоде. Как известно, мягкие спайки формируются на протяжении 72 ч после лапаротомии и являются наиболее распространенной проблемой в период от 10 дней до 2-х недель. После этого спайки становятся плотными и васкуляризованными. При этом более 20% случаев спаечной непроходимости происходят на протяжении первого месяца после операции, а около 40% — на протяжении первого года. В связи с этим возрастает необходимость в применении специальных противоспаечных средств. Одним из представителей такой группы препаратов на рынке Украины является противоспаечный раствор Дефенсаль. Эффективность данного средства обусловлена его полифункциональным воздействием на 3 основных звена формирования спаек:

- разобщение травмированных поверхностей брюшины в критический период формирования спаек (первые 5 суток);

- уменьшение локального воспалительного ответа в области оперативного лечения (противовоспалительное и антиэкссудативное воздействие);

- антигипоксическое и антиоксидантное воздействие.

Применение противоспаечного раствора Дефенсаль в оперативной гинекологии позволяет уменьшить количество спаек в малом тазу, их распространенность и плотность, тем самым снизив вероятность риска спаечной болезни брюшной полости и риска развития спаечной кишечной непроходимости. Благодаря инновационной форме выпуска с наличием специального соединительного порта вводить раствор можно как целенаправленно во время операции, так и через дренаж в послеоперационном периоде. Кроме того, наряду со снижением болевого синдрома в послеоперационном периоде противоспаечный раствор Дефенсаль способствует увеличению частоты достижения проходимости маточных труб (что подтверждается контрольным проведением хромогидротубации), а это, в свою очередь, способствует успешному наступлению беременности у прооперированных пациенток.

Подготовил **Антон Вовчек**

С текстом протокола можно ознакомиться на стр. 48.