

УДК 618.11-006.2-089-072.1

© Т. М. Грінкевич, С. А. Сміян, І. М. Нікітіна, 2011.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Т. М. Грінкевич, С. А. Сміян, І. М. Нікітіна

Кафедра акушерства та гінекології (зав. кафедри – проф. В. І. Бойко) медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми.

EFFICIENCY OF THE MULTIFUNCTION METHOD OF ENDOMETRIOSIS OVARIES TREATMENT

T. M. Grinkevich, C. A. Smiyan, I. N. Nikitina

SUMMARY

Results of the multifunction method of endometriosis ovaries treatment was carried out with using of operative interference, of the immunomodulative therapy, as well as using of agonist gonadotropin releasing hormone. The offered method of treatment has an evident superiority in its efficiency and absences of relapse for 2-h years of the observation.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Т. М. Гринкевич, С. А. Смиян, И. Н. Никитина

РЕЗЮМЕ

Проведена оцінка результатів комбінованого методу лікування ендометріозу яєчників з використанням оперативного втручання, імунотерапії, а також застосування агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону. Представлений метод лікування має явні переваги в плані ефективності та відсутності рецидивів на протязі 2-х років спостереження.

Ключові слова: лапароскопія, ендометріоз, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормону.

Ендометріоз займає третє місце в структурі захворювань репродуктивних органів. Не дивлячись на багатовікову історію вивчення різноманітних аспектів ендометріозу, це захворювання і досі залишається основною медико-соціальною проблемою. Останніми роками спостерігається тенденція до зростання захворюваності на дану патологію жінок молодого віку, які ще не народжували. Наразі, багато клініцистів відзначають, що ендометріодні ураження зустрічаються в будь-якому віці незалежно від етнічної належності та соціально-економічних умов життя. Епідеміологічні дослідження вказують на те, що у 90-99% хворих ендометріоз виявляється в віці від 20 до 40 років. Його частота коливається від 15 до 50%. Однак справжня частота ендометріозу різноманітних локалізацій не встановлена, що пов'язано зі складністю діагностики [1, 4].

За сучасними поглядами науковців, основний механізм виникнення ендометріозу – це порушення співвідношення гормональної та імунної рівноваги в організмі жінки [3, 5]. Із введенням лапароскопії у 40-70% жінок з, так званою, неясною причиною безпліддя або хронічного тазового болю виявлені «малі» форми ендометріозу. Під час гінекологічних операцій дане захворювання вперше діагностується у 25-30% пацієнток. Близько 30-40% жінок з ендометріозом страждають безпліддям [1, 2].

До сучасних методів лікування ендометріозу відноситься – хірургічне лікування, а саме видалення

ендометріодних гетеротопій лапароскопічним методом, та реабілітаційна терапія після хірургічного втручання [1, 3].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Протягом 2 років нами було обстежено і проліковано 36 жінок репродуктивного віку з приводу ендометріозу яєчників. Для цього було використано комбінований метод лікування. Після лапароскопічного видалення кіст яєчників використовували препарати агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (Декапептил-депо 3,75 мг внутрішньом'язово 3-4 ін'єкції) у поєднанні з імунотерапією (Циклоферон 12,5% 2,0 внутрішньом'язово за схемою виробника).

Обстеження жінок проводилось відповідно існуючого наказу МОЗ України №676 від 31.12.2004 року щодо лапароскопічних операцій: визначення групи крові і резус-фактора, аналіз крові клінічний розгорнутий з визначенням кількості тромбоцитів, часу кровотечі, часу згортання крові, протромбінового індексу, рівень цукру в крові, коагулограма, біохімічні показники крові, антигени плазми крові до гепатиту В, С, онкомаркери – СА-125 сироватки крові, RW, СНІД, аналіз сечі клінічний, наявність глюкози в сечі, бактеріоскопічний аналіз виділень, цитологічне дослідження, гормональна кольпоцитологія, УЗД органів черевної порожнини та малого тазу (трансабдомінально, трансвагінально), кольпоскопія, ректороманоскопія, фіброгастроскопія, консультація мамолога.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні було виявлено: дисгормональні зміни у молочних залозах в 32 жінок (89%), патологія щитоподібної залози – у 28 жінок (78%), функціональні порушення гепатобіліарної системи – у 18 жінок (50%), сечовивідних шляхів – у 11 жінок (30%). Обтяжений репродуктивний анамнез мав місце у всіх жінок: безпліддя спостерігалось у 21 жінки (58%), артіфіційні аборти були у 7 жінок (19%), мимовільні ранні аборти – у 5 жінок (14%); кесарів розтин – у 2 жінок (6%). Гінекологічна захворюваність серед досліджуваних жінок складала: запальні захворювання матки і придатків – у 23 жінок (64%), порушення менструального циклу за типом альгоменореї мали місце у 17 жінок (47%), гіперполіменореї – 11 жінок (30%), хронічні патологічні зміни шийки матки – у 9 жінок (25%), перенесені гінекологічні операції та маніпуляції – у 23 жінок (64%).

Крім вказаних симптомів, хворі скаржились на постійний біль, який посилювався напередодні та під час менструації, при статевих контактах, з іррадіацією в поперекову ділянку, крижі, пряму кишку; дизуричні явища і гастроінтестинальні порушення (закрепи, здуття живота). У 3 жінок (8%) перебіг захворювання був безсимптомним, кісту яєчника було діагностовано під час профогляду.

Звертає на себе увагу той факт, що у хворих з двобічними ендометріомами яєчників, однобічними кістами розміром більше 6 см має місце підвищення рівня СА-125 вище 35 нМ/л і навіть до 60 нМ/л. Ці пацієнтки обов'язково проходили консультацію та огляд у онкогінеколога.

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих із ендометріозом яєчників були: наявність одно- – у 18 жінок (50%) і двосторонніх ендометріом – у 12 жінок (33%), однобічна ендометріодна кіста – у 6 жінок (17%), а також їхнє поєднання з непліддістю – у 19 жінок (53%). В ході ендоскопічної діагностики і лікування зустрічаються «типові» ознаки ендометріом: утворення яєчників із щільною капсулою темно-синього відтінку і фрагментами синьо-багряного кольору – 50%; чорні, синюшно-багряні, темно-червоні плями на поверхні очеревини – 36%; рубцева тканина, що оточує ендометріодні гетеротопії – 23% і «нетипові»: гіперваскулярні зони – 53%; навколяєчникові зрощення – 46%; жовто-коричневі плями на поверхні очеревини – 36%; петехіальна очеревина – 30%; червоні, «променеподібні» плями – 26%; залозисті новоутворення на поверхні очеревини – 16%; ділянки білої непрозорої очеревини – 10% і кругові дефекти очеревини – 6%.

Під час оперативного лікування на яєчниках використовувались біполярна коагуляція та резекція яєчничової тканини без використання енергії, що дало змогу максимально зберегти непошкодженою частину яєчника. Післяопераційний період проводився з призначенням імуномодуючої терапії: Циклофе-

рон 12,5% по 2,0 мл в/м №5 через день та протизапальної терапії з призначенням ректальних свічок «Діклоберл – 100» №5 по 1 свічці 1 раз на день. Після операції на 1-3 добу спостерігалась менструально-подібна реакція. На 2-4 добу менструально-подібної реакції призначалось лікування агоністами гонадотропін-релізинг гормонів (ГнРГ), а саме Декапептил-депо 3,75 мг внутрішньом'язево. Активнодіюча речовина даного препарату – трипторелін є синтетичним аналогом природнього ГнРГ з дуже схожою структурою. Єдиною відмінністю є заміна в триптореліні L-гліцину в шостій позиції пептидного ланцюга на D-триптофан. Внесення таких змін до структури молекули триптореліну дозволило досягти більшої спорідненості її до рецепторів ГнРГ в передній долі гіпофіза, а також значно збільшило період її напіврозпаду. На курс лікування призначалось 3-4 ін'єкції, які проводились 1 раз у 28 днів. У задовільному стані жінки з рекомендаціями виписувались на 3-4 добу. Для динамічного спостереження після виписки за станом жінок проводили УЗД органів малого тазу та вагінальне дослідження через 1 місяць та через 4 місяці. При першому огляді після операції 33 жінки (92%) відмічали повне одужання та не мали скарг, 3 жінки (8%) мали скарги на періодичний ниючий біль внизу живота, у 4 жінок (11%) спостерігалась міжменструальна кровотеча через 12-14 днів після ін'єкції Декапептил-депо 3,75 мг. При повторному огляді скарги, які характерні для ендометріозу, були відсутні, майже всі жінки мали скарги, які притаманні клімактеричному періоду, але ступінь їх прояву був незначним та не потребував корекції. Жінкам, які не планували вагітність, після відновлення менструального циклу з метою профілактики рецидиву ендометріозу призначались оральні контрацептиви на 9-12 місяців (Джаз, Ліндинет-20 та ін.). Відновлення менструального циклу в цій групі жінок відбувалось через 4-5 місяців від останньої ін'єкції. В групі жінок, де спостерігалось безпліддя, було рекомендоване активне статеве життя «відкритим» способом, не чекаючи відновлення менструації. З 19 пацієток у 9 (47%) – вагітність настала без першої менструації після курсу лікування агоністами гонадотропін-релізинг-гормонів. У 6 (31%) жінок вагітність настала протягом 3 перших менструальних циклів. Решта жінок спостерігалась протягом 6 місяців, їм було рекомендоване екстракорпоральне запліднення.

Протягом 2 років у жінок, що не планували вагітність, рецидиву ендометріозу не було відмічено. У 11 (73%) жінок, що завагітніли, відбулися фізіологічні пологи, у 3 пологи ускладнились гіпотонічною кровотечею в ранньому післяпологовому періоді, 4 (27%) жінки ще виношують вагітність.

ВИСНОВКИ

1. Застосування розробленого нами способу комбінованого лікування хворих на ендометріоз яєчників призводить до нормалізації гормональної

функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, що підтверджується нормалізацією гормонального гомеостазу в післяопераційному періоді.

2. Поєднання лапароскопічного лікування з агоністами гонадотропін-релізінг-гормонів у хворих на ендометріоз та безпліддям дозволяє відновити репродуктивну функцію у 77% жінок.

3. Таким чином, описаний метод комбінованого лікування ендометріозу яєчників свідчить про його позитивний ефект. Крім того, він дозволяє досягти стійкої ремісії та вирішує медико-соціальні проблеми здоров'я жінок та материнства.

4. Доцільно проводити подальші дослідження у відповідному напрямку, удосконалювати лапароскопічні методики лікування ендометріозу у жінок. Даний метод лікування є перспективним у молодих пацієнток з безпліддям на фоні тяжких форм ендометріозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Эндометриозы: руководство для врачей / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 416 с.
2. Бондаренко Л. Функциональные кисты. Консервативное лечение / Л. Бондаренко, Э. Иващенко, Н. Свечникова // Доктор. – 2004. – № 4. – С. 94–96.
3. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку (діагностика та лікування) : Метод. рекомендації / [В. М. Запорожан, Б. М. Венцківський, Л. І. Іванюта та ін.]. – К. - 2005. – 34 с.
4. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Кулаков В. И., Гатаулина Р. Г., Сухих Г. Т. – М.: Триада X, 2005. – 254 с.
5. Seerly J. P. Endometriosis associated with defective handling of apoptotic cells in the female genital tract is a major cause of autoimmune disease in women / J. P. Seerly // Med. Hypotheses. – 2006. – Vol. 66, № 5. – P. 525–528.