

УДК 618.11–006–076/.–079

Надійшла 21.03.2014

В. І. БОЙКО, І. М. НІКІТИНА, С. А. СМІЯН, М. Л. КУЗЬОМЕНСЬКА,  
Н. А. ІКОНОПИСЦЕВА, А. Б. СУХАРЄВ, Т. В. БАБАР, Н. В. КАЛАШНИК

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра акушерства і гінекології (зав. – В. І. Бойко)  
Сумського державного університету МОН України <nikitina-med@mail.ru>

*Проведена оцінка результатів комбінованого методу лікування ендометріозу яєчників із застосуванням хірургічного лікування, імуномодулюючої терапії, а також з використанням агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону. Запропонований метод має суттєву перевагу щодо ефективності та відсутності рецидивів протягом двох років спостереження.*

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

**Вступ.** Нині ендометріоз посідає третє місце в структурі захворювань репродуктивних органів і залишається важливою медико-соціальною проблемою. Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на ендометріоз жінок молодого віку, які не народжували. Епідеміологічні дослідження вказують на те, що у 90–99 % хворих ендометріоз виявляють у віці від 20 до 40 років. Його частота коливається від 15 до 50 % [1, 2]. У близько 30–40 % жінок з ендометріозом має місце безпліддя [1, 3]. За сучасними науковими даними, основним механізмом виникнення ендометріозу є порушення співвідношення гормональної та імунної рівноваги в організмі жінки [4, 5]. До сучасних методів лікування ендометріозу належить хірургічний, зокрема видалення ендометріюїдних гетеротопій лапароскопічним методом та реабілітаційна терапія після хірургічного втручання [1, 4].

**Мета дослідження** – покращання результатів лікування хворих на ендометріоз шляхом застосування комбінованого методу лікування.

**Матеріали і методи.** Протягом двох років нами обстежено і проліковано 36 жінок репродуктивного віку з приводу ендометріозу яєчників. Використано комбінований метод лікування. Після лапароскопічного видалення кісти яєчників застосовували агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (Декапентил® Депо по 3,75 мг внутрішньом'язово 3–4 ін'єкції) у поєднанні з імуномодулюючою терапією (Циклоферон® по 2 мл 12,5 % розчину внутрішньом'язово за схемою виробника).

Жінок обстежено відповідно до існуючого наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. щодо лапароскопічних операцій: визначення групи крові і резус-

фактора, клінічний розгорнутий аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, часу кровотечі, часу зсідання крові, протромбінового індексу, рівня глюкози в крові, коагулограма, біохімічні показники крові, антигени плазми крові до гепатиту В, С, онкомаркери – СА-125 сироватки крові, RW, СНІД, клінічний аналіз сечі, глюкози в сечі, бактеріоскопічне, цитологічне дослідження, УЗД органів черевної порожнини та малого таза, кольпо-, ректоромано- і фіброгастроскопія.

**Результати та їх обговорення.** При обстеженні дисгормональні зміни у грудних залозах виявлено у 32 (89 %) жінок, патологію щитоподібної залози – у 28 (78 %), функціональні порушення гепатобіліарної системи – у 18 (50 %), сечовивідних шляхів – у 11 (30 %). Обтяжений репродуктивний анамнез мав місце у всіх жінок: безпліддя – у 21 (58 %), артіфіційний аборт – у 7 (19 %), мимовільний ранній аборт – у 5 (14 %), кесарів розтин – у 2 (6 %) пацієнток. Гінекологічна захворюваність серед обстежених була такою: запальні захворювання матки і придатків – у 23 (64 %), порушення менструального циклу за типом альгоменореї – у 17 (47 %), гіперполіменорея – у 11 (30 %), хронічні патологічні зміни шийки матки – у 9 (25 %), перенесені гінекологічні операції та маніпуляції – у 23 (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. У 3 (8 %) жінок перебіг захворювання був безсимптомним, кісту яєчника діагностовано під час профілактичного огляду.

Слід звернути увагу на той факт, що у хворих з двосторонньою ендометріомою яєчників, односторонньою кістою розміром більше 6 см має місце перевищення рівня СА-125 понад 35 нмоль/л і навіть до 60 нмоль/л. Ці пацієнтки обов'язково проходили консультацію та огляд у онкогінеколога.

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих з ендометріозом яєчників були: одностороння ендометріома у 18 (50 %) і двостороння – у 12 (33 %), одностороння ендометріюїдна кіста – у 6 (17 %), а також їхнє поєднання з неплідністю – у 19 (53 %). Під час ендоскопічної діагностики і лікування спостерігали «типові» ознаки ендометріому: утворення яєчників з щільною капсулою темно-синього відтінку і фрагментами синьо-багряного кольору – у 50 %; чорні, синюшно-багряні, темно-червоні плями на поверхні очеревини – у 36 %; рубцева тканина, що оточує ендометріюїдні гетеротопії, – у 23 %; «нетипові»: гіперваскулярні зони – у 53 %; навколояєчникові зрощення – у 46 %; жовто-коричневі плями на поверхні очеревини – у 36 %; петехіальна очеревина – у 30 %; залозисті новоутворення на поверхні очеревини – у 16 %; ділянки білої непрозорої очеревини – у 10 % і кругові дефекти очеревини – у 6 %.

Під час оперативного лікування на яєчниках застосовували біполярну коагуляцію та резекцію яєчничової тканини без використання енергії, що дало змогу максимально зберегти непошкодженою частину яєчника. Післяопераційний період включав призначення імунomodуючої терапії: Циклоферон® по 2 мл 12,5 % розчину внутрішньом'язово через день (№ 5) та протизапальну терапію із застосуванням ректальних свічок Диклоберл® 100 (№ 5) по 1 свічці 1 раз на день. Після операції на 1–3-тю добу спостерігали менструальноподібну реакцію. На 3–5-ту добу цієї реакції призначали лікування агоністами гонадотропін-релізинг-гормонів: Декапентил® Депо по 3,75 мг внутрішньом'язово. Активніюча речовина даного препарату трипторелін є синтетичним аналогом природного гонадотропін-релізинг-гормону із схожою структурою. На курс лікування призначали 3–4 ін'єкції 1 раз на 28 днів. У задовільному стані жінок з рекомендаціями виписували на 3–4-ту добу. Для динамічного спостереження за станом жінок проводили УЗД органів малого таза та вагінальне дослідження через 1 та 4 міс. При першому огляді після операції 33 (92 %) жінки відмічали повне одужання та не мали скарг, 3 (8 %) скаржились на періодичний ниючий біль внизу живота, у 4 (11 %) спостерігали міжменструальну кровотечу через 12–14 днів після ін'єкції Декапентил® Депо по 3,75 мг. При повторному огляді пацієнток скарг, характерних для ендометріозу, не було, майже у всіх жінок були скарги, властиві 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 призначали комбіновані оральні контрацептивні препарати протягом 9–12 міс. Відновлення менструального циклу у цих жінок відбувалося через 4–5 міс від останньої ін'єкції. Жінкам з безпліддям було рекомендоване активне статеве життя «відкритим» способом, не чекаючи відновлення менструації. У 9 (47 %) з 19 пацієток вагітність настала без першої менструації після курсу лікування агоністами гонадотропін-рилізінг-гормонів, 6 (31 %) жінок завагітніли протягом трьох перших менструальних циклів. Решту пацієток спостерігали протягом 8 міс, їм було рекомендоване екстракорпоральне запліднення.

Протягом двох років у жінок, які не планували вагітність, рецидиву ендометріозу не відмічено. В 11 (73 %) осіб, які завагітніли, відбулися фізіологічні пологи, у 3 жінки ускладнились гіпотонічною кровотечею в ранньому післяпологовому періоді, 4 (27 %) жінки виношують вагітність.

**Висновки.** Застосування розробленого нами способу комбінованого лікування хворих на ендометріоз яєчників приводить до нормалізації гормональної функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи. Поєднання лапароскопічного лікування з агоністами гонадотропін-рилізінг-гормонів у хворих на ендометріоз з безпліддям дозволило відновити репродуктивну функцію у 77 % жінок. Таким чином, описаний метод комбінованого лікування ендометріозу яєчників свідчить про його ефективність. Крім того, він дозволяє досягти стійкої ремісії та вирішує медико-соціальні проблеми здоров'я жінки і материнства.

#### Список літератури

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2006. – 416 с.
2. Бондаренко Л., Иващенко Э., Свечникова Н. Функциональные кисты. Консервативное лечение // Доктор. – 2004. – № 4. – С. 94–96.
3. Запорожан В. М., Венцківський Б. М., Іванюта Л. І. та ін. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку (діагностика та лікування): Метод. рекомендації. – К., 2005. – 34 с.
4. Кулаков В. И., Гатаулина Р. Г., Сухих Г. Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. – 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 // Med. Hypotheses. – 2006. – Vol. 66, N 5. – P. 945.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

В. И. Бойко, И. Н. Никитина, С. А. Смиян, М. Л. Кузemensкая,  
Н. А. Иконописцева, А. Б. Сухарев, Т. В. Бабарь, Н. В. Калашник (Сумы)

Проведена оцінка результатів комбінованого методу лікування ендометріоза яєчників з використанням хірургічного лікування, імуномодулюючої терапії, а також застосуванням агоністів гонадотропін-рилізінг-гормона. Предложений метод лікування має явні переваги в відношенні ефективності і відсутності рецидивів на протязі двох років спостереження.

**Ключевые слова:** ендометріоз, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормона.

#### ESTIMATION TO EFFICIENCY OF THE MULTIFUNCTION METHOD OF ENDOMETRIOSIS OVARIES TREATMENT

V. I. Boyko, I. N. Nikitina, C. A. Smiyan, M. L. Kuzemenska,  
N. A. Ikonopisceva, A. B. Sucharev, T. V. Babar, N. V. Kalachnik (Sumy, Ukraine)

Sumy State Universiti

Results of the multifunction method of endometriosis ovaris treatment was carried out with using of operative interference, of the immunomodulative therapy, as well as using of agonist gonado-

tropin 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.

**Key words:** endometriosis, agonist gonadotropin releasing hormone.