

# Оцінка ефективності комбінованого методу лікування ендометріозу яєчників

**В.І. Бойко, Т.М. Грінкевич, С.А. Сміян, І.М. Нікітіна, Н.А. Іконописцева**  
Сумський державний університет МОИ України

Проведена оцінка результатів комбінованого методу лікування ендометріозу яєчників із застосуванням оперативного втручання, імунomodulatory терапії, а також використанням агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону. Запропонований метод лікування має суттєву перевагу в плані ефективності та відсутності рецидивів протягом 2 років спостережень.

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

Ендометріоз посідає третє місце в структурі захворювань репродуктивних органів. Незважаючи 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 спостерігаються 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 у віці від 20 до 40 років. Його частота коливається від 15 до 50%. Проте справжня частота ендометріозу різноманітних локалізацій не встановлена, що пов'язано зі складністю діагностики [1, 2].

За сучасними поглядами науковців, основний механізм виникнення ендометріозу – це порушення співвідношення гормональної та імунної рівноваги в організмі жінки [4, 5]. Із введенням лапароскопії в 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 на безпліддя [1, 3].

До сучасних методів терапії ендометріозу належить хірургічне лікування, а саме – видалення ендометріодних гетеротопій лапароскопічним методом та реабілітаційна терапія після хірургічного втручання [1, 4].

## МАТЕРІАЛИ ТА 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 агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (декапептил-депо 3,75 мг внутрішньом'язово 3–4 ін'єкції) у поєднанні з імунomodulatory терапією (циклоферон 12,5% 2 мл внутрішньом'язово за схемою виробника).

Обстеження жінок проводилось відповідно до наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. 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 глюкози в крові, коагулограма, біохімічні показники крові, антигени плазми крові до гепатиту В, С, онкомаркери СА-125 у сироватці крові, RW, СНІД, аналіз сечі клінічний, наявність глюкози в сечі, бак-

теріоскопічний аналіз виділень, цитологічне дослідження, гормональна кольпоцитологія, УЗД органів черевної порожнини та малого таза (трансабдомінально, трансагінально), кольпоскопія, ректороманоскопія, фіброгастроскопія, консультація мамолога.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Крім зазначених симптомів, хворі скаржились на постійний біль, який посилювався напередодні та під час менструації, під час статевих контактів, 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 ендометріозами яєчників, однобічними кістами розміром понад 6 см виявлено підвищений рівень СА-125 – понад 35 нМ/л і навіть до 60 нМ/л. Даних пацієнток обов'язково скеровували на консультацію та огляд у онкогінеколога.

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих з ендометріозом яєчників були: наявність однобічних ендометріоз – у 18 (50%) і двобічних – у 12 (33%), однобічна ендометріодна кіста – у 6 (17%), а також їхнє поєднання з безпліддістю – у 19 (53%). Під час ендоскопічної діагностики і лікування спостерігаються „типові” ознаки ендометріозу: 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%, а також „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 непрозорій очеревини – 10% і кругові дефекти очеревини – 6%.

Під час оперативного втручання на яєчниках використовувались біполярна коагуляція та резекція яєчничкової тканини без використання енергії, що дало змогу максимально зберегти непошкодженою частину яєчника. У післяопераційний період призначали імунomodulatory терапію: циклоферон 12,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово № 5 через день та протизапальну терапію: призначення ректальних

свічок диклоберл-100 № 5 по 1 свічці 1 раз на день. Після операції на 1–3-тю добу спостерігалась менструально-подібна реакція. На 2–4-ту добу менструальноподібної реакції призначалось лікування агоністами гонадотропін-рилізинг-гормонів (а-ГнРГ), а саме – декапептил-депо 3,75 мг внутрішньом'язово. Активна речовина даного препарату – трипторелін є синтетичним аналогом природного 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 у передній частці 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 зі стаціонару на 3–4-ту добу. Для динамічного спостереження через 1 міс та 4 міс після виписки жінкам проводили УЗД органів малого таза та вагінальне дослідження. Під час першого огляду після операції 33 жінки (92%) відзначали повне одужання та не мали скарг, 3 жінки (8%) мали скарги на періодичний ниючий біль унизу живота, у 4 жінок (11%) спостерігалась міжменструальна кровотеча через 12–14 днів після ін'єкції декапептил-депо 3,75 мг. Під час повторного огляду скарги, які характерні для ендометріозу, були відсутні, майже всі жінки мали скарги, які притаманні клімактеричному періоду, але ступінь їх прояву був незначним і не потребував корекції. Жінкам, які не планували вагітність, після відновлення менструального циклу з метою профілактики рецидиву ендометріозу призначались оральні контрацептиви на 9–12 міс (Джас, Ліндинет-20 та ін.). Відновлення менструального циклу в цій групі відбувалося через 4–5 міс від останньої ін'єкції. У групі жінок, де спостерігалось безпліддя, було рекомендоване активне статеве життя без контрацепції, не чекаючи відновлення менструації. З 19 пацієток у 9 (47%) вагітність настала без першої менструації після курсу лікування аГнРГ. У 6 (31%) жінок вагітність настала протягом 3 перших менструальних циклів. Решта жінок спостерігалась протягом 6 міс, їм було рекомендоване екстракорпоральне запліднення.

Протягом 2 років у жінок, що не планували вагітність, рецидиву ендометріозу не було. В 11 (73%) жінок, що завагітніли, відбулися фізіологічні пологи, у 3 пологи ускладнилися гіпотонічною кровотечею в ранній післяпологовий період, 4 (27%) жінки ще виношують вагітність.

### ВИСНОВКИ

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

но-яєчникової системи, що підтверджується нормалізацією гормонального гомеостазу в післяопераційний період.

2. Поєднання лапароскопічного лікування з а-ГнРГ у хворих на ендометріоз та безпліддя дозволяє відновити репродуктивну функцію у 77% жінок.

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

### Оценка эффективности комбинированного метода лечения эндометриоза яичников В.И. Бойко, Т.М. Гринкевич, С.А. Смиян, И.Н. Никитина, Н.А. Иконописцева

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

**Ключевые слова:** эндометриоз, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона.

### Estimation to efficiency of the multifunction method of endometriosis ovaries treatment V.I. Boyko, T.M. Grinkevich, C.A. Smiyan, I.N. Nikitina, N.A. Ikonopisceva

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.

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

### ЛІТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. Изд. 2-е перераб. и доп. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. – 416 с.
2. 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.
3. Бондаренко Л., Иващенко Э., Свечникова Н. Функциональные кисты. Консервативное лечение // Доктор. – 2004. – № 4. – С. 94–96.
4. Запорожан В.М., Венцківський Б.М., Іванюта Л.І. і др. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку (діагностика та лікування): Метод. рекомендації. – К., 2005. – 34 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. – 66 (5). – P. 945.