

УДК 618.14 – 007.61 – 085

А.Я. Сенчук, О.С. Караїм, В.О. Зуб

**КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ***Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ. Провідна роль “запального” процесу в етіопатогенезі поліпозу ендометрію і недостатня ефективність антибактеріальної терапії цих захворювань обумовлює необхідність удосконалення лікувальних підходів. Результати органозберігаючої внутрішньоматкової крихірургії поліпозу ендометрію з наступним призначенням у післяопераційному періоді антибіотиків і “Дістрептази” без додаткового використання гормональної терапії вказують на високу ефективність методу (98,0%) у разі використання низьких температур криовпливу (від –160 до –170 С°).

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ. Ведущая роль “воспалительного” процесса в этиологии полипоза эндометрия и недостаточная эффективность антибактериальной терапии этих заболеваний обуславливает совершенствование лечебных подходов. Результаты органосохраняющей внутриматочной криохирургии полипоза эндометрия с последующим назначением в послеоперационном периоде антибиотиков и дистрептазы без дополнительного использования гормональных препаратов указывают на высокую эффективность метода (98,0%) при использовании низких температур криовоздействия (от –160 до –170 С°).

COMPLEX THERAPY OF HYPERPLASTIC PROCESSES IN ENDOMETRIUM. Leading role of the inflammatory process in etiopathogenesis of polyposis in endometrium and insufficient effectiveness of antibacterial therapy of these disorders leads to the necessity in improvement of treating approaches. Results of organopreserving intrauterine cryosurgery of polyposis in endometrium with following administration of antibiotics and Distreptaza in postoperative period without additional usage of hormonal therapy testify to the high effectiveness of this method (98%) in case of the usage of low temperature cryoinfluence (from -160°C to -170°C).

**Ключові слова:** поліпи ендометрію, лікування.

**Ключевые слова:** полипы эндометрия, лечение.

**Key words:** polypos in endometrium, treatment

**ВСТУП.** Гіперпластичні процеси ендометрію посідають значне місце серед гінекологічно патології, і їхня частота становить від 3 до 5% [1, 2]. Своєчасна терапія гіперпластичних процесів ендометрію є запорукою ефективно профілактики раку, зокрема раку ендометрію, який посідає друге місце (17,6%) серед онкологічних захворювань жіночих статевих органів [3, 4].

Багаторічні клінічні спостереження довели не ефективність гормональної терапії такої форми гіперпластичних процесів ендометрію, як поліпоз. У сучасній науковій літературі все частіше трапляються дані, які провідну роль в етіопатогенезі гіперпластичних процесів ендометрію віддають “запальному” процесу [5, 6, 7]. За нашими спостереженнями, використання тільки протизапальної терапії для лікування поліпозу ендометрію також не дає достатньої ефективності, і рецидиви поліпів через 6 – 9 місяців фіксують майже у 30% хворих. Це можна пояснити, насамперед, недостатнім надходженням антибактеріальних препаратів до вогнища запалення в ендометрії, яке є причиною гіперпроліферативного процесу з формуванням поліпів.

Вищезазначене обумовлює необхідність подальшого вдосконалення підходів до лікування поліпозу ендометрію.

**Мета дослідження:** вивчення ефективності використання внутрішньоматкової криодеструкції

з курсом протизапальної терапії для лікування поліпозу ендометрію.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** У динаміці обстежено 100 пацієнток (середній вік становив 48,6±5,1 року). Усі пацієнтки обстежені в обсязі кольпоскопії, вагінального УЗС у 2-гу фазу менструального циклу до лікування і щотижня після лікування, протягом 3-х місяців (ультразвуковий сканер HDI-1500, частота 9,5 мГц), гістологічного дослідження матеріалу після вишкрібання стінок матки і цервікального каналу до і через 3 місяці після криохірургічного лікування. Криохірургічні втручання здійснювали за допомогою установки “Кріоелектроніка-4”, в якій як холодоагент використовують рідкий азот. Залежно від розмірів порожнини матки здійснювали від 3-х до 4-х внутрішньоматкових криоаплікацій зондом, який охолоджували до температури –160, –170 С°. Після криохірургічного втручання протягом тижня пацієнткам призначали антибіотики, залежно від чутливості до них виявлено патогенно чи умовно-патогенно флори.

З метою покращання проникнення антибіотиків до вогнища кріонекрозу після внутрішньоматкової криохірургічного втручання патогенетично обґрунтованим ми вважали призначення препарату “Дістрептаза” у формі ректальних супозиторіїв. Супозиторії рекомендували вводити глибоко у пряму кишку 2 рази на добу протягом 1-го тижня і по 1 супозиторії на добу протягом 2-го

тижня після кріохірургічного лікування (на курс лікування 18 супозиторів в).

Лікувальні та профілактичні ефекти "Дистрептази" пояснюють фармакодинамікою компонентів, що входять до не – стрептокінази та стрептодорнази.

*Стрептокіназа* має фібринолітичну дію внаслідок активації проензиму плазміногену, який під дією стрептокінази переходить у свою активну форму – плазмін, що не руйнує, а трансформує фібринну плівку у розчинну форму. Стрептокіназа входить у реакцію з ензиматично неактивним плазміногеном, запобігає садж-синдрому, покращує мікроциркуляцію у вогнищі запалення, зменшує набряк, збільшує доступ (концентрацію) антибактеріальних та лікувальних засобів до вогнища запалення, збільшує концентрацію макрофагів.

*Стрептодорназа руйнує ДНК в результаті її деполімеризації, розчиняє "місточки" нуклеопроетейнів мертвих клітин та липкі маси гною, полегшує резорбцію мертвих клітин та олігопротеїнів, активізує фагоцитоз, не впливає на структуру та функцію живих здорових клітин.*

Таке поєднання сприяє покращанню мікроциркуляції та проникненню компонентів препарату до пошкоджених тканин. Згортки крові, гній, накопичені дефектні лейкоцити розчиняються, тоді як живі клітини, насамперед лейкоцити, залишаються неушкодженими. У присутності стрептокінази і стрептодорнази здатність лейкоцитів до розмноження і рухомість значно збільшуються.

Наведена інформація терапевтичних можливостей стрептокінази і стрептодорнази дає нам можливість використовувати препарат "Дістрептаза", який містить два ензими для лікування запальних захворювань органів малого тазу. Препарат належить до фармацевтично групи антитромботичних препаратів (код АТС:В01АD). Співвідношення ензимів у препараті "Дістрептаза" становить: 15 000 МО стрептокінази і 1 250 МО стрептодорнази, допоміжними речовинами є рідкий парафін (0,16 г) і вітепсол (1,84 г). Дістрептазу використовують у Польщі з 1967 року. Висока клінічна ефективність та нешкідливість дістрептази доведена великою кількістю клінічних та наукових досліджень в Україні та Польщі [8, 9, 10, 11].

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.** Операція та післяопераційний період проходили без ускладнень. Протягом першого і другого тижня після ендокірургічного лікування поліпозу всі пацієнтки (100 жінок – 100%) вказували на періодичний ниючий біль у нижніх ділянках живота, помірні, а в 36% випадків рясні серозні виділення зі статевих шляхів. Загальний стан був порушений у 50% хворих, що виявлялося слабкістю і зниженням працездатності протягом перших 2-3 днів після операції.

Під час УЗД у терміни 1-2 тижні після операції розміри матки були збільшені у 1,2-1,5 раза, в

порожнині (розміри у середньому 15-19 мм) переважав рідкий компонент з пристінково розташованими некротизованими тканинами.

Протягом наступних двох тижнів пацієнтки відчували значне покращання загального самопочуття, не відзначали зниження працездатності, різко знижувалась кількість виділень з піхви, і вони вже мали слизову консистенцію.

Під час УЗД, проведеного на 3-му тижні після операційного періоду, розміри матки зменшувались на 10-15% порівняно з дослідженням, проведеним на 2-му тижні після внутрішньоматково кріохірургії. Порожнина матки зменшувалась майже у 2 рази (9-11 мм) і була заповнена неоднорідним, переважно ехопозитивним вмістом.

Подальший нагляд за пацієнтками не виявив будь-яких відхилень у стані хнього здоров'я. Розміри матки та порожнини зменшувались і через 2 місяці відповідали даним вимірювання до операції.

Цитологічні висновки аспіратів з порожнини матки, які ми отримували через 3 місяці після внутрішньоматково кріохірургії, вказували на відсутність атипового чи передпухлинного процесів.

Дані УЗД, які були одержані через 3 місяці після лікування, вказували на відсутність ознак поліпозу ендометрію і зменшення передне-задніх розмірів матки.

Таким чином, через 3 місяці клінічна ефективність ендокірургічного методу лікування, яка була підтверджена даними УЗД, становила 100%. Критеріями ефективності лікування ми вважали відсутність скарг, характерних для поліпозу та під час бімануального дослідження, зменшення розмірів матки пальпаторно і за даними УЗД, товщина ендометрія 3-4 мм. Обов'язковим був висновок цитолога про результат дослідження аспірата з матки, який визначався як цитограма аспірата без особливостей.

Через 6 місяців після ендокірургічного лікування поліпозу ефективність лікування за клінічними даними і результатами УЗД становила 98%. У 2-х пацієнток ми не спостерігали зменшення розмірів матки (до та через 6 місяців розміри матки були як у 10-12 тижнів вагітності), залишались ті ж самі величини передньо-заднього розміру матки. Хворих турбували незначні, нерегулярні кров'яністі виділення з піхви. Під час УЗД визначали збільшення матки, у порожнині матки візуалізувалися включення, характерні для поліпа ендометрію, а товщина ендометрію становила 8-10 мм. Висновок цитологічного дослідження аспіратів з порожнини матки вказував в обох випадках на відсутність передпухлинних або пухлинних процесів. За бажанням пацієнток вони були прооперовані в об'ємі надпівово ампутації матки без додатків.

Безпосередньо протягом року після операції жінки були під нашим диспансерним наглядом. Че-

рез 1 рік після ендокріохірургічного лікування всі 98 пацієнок почували себе задовільно. Клінічне, клініко-лабораторне, ультразвукове і доплерометричне (констатовано відновлення показників кровотоку в артеріальному руслі матки, які наближалися до нормальних) обстеження не мало негативних тенденцій. Пацієнтки, в яких були місячні, а таких жінок було 48 з 98, вказували на відсутність геморагічного синдрому. Весь період нагляду з числа перших прооперованих хворих становить до 4-х років. Кількість пацієнок з аменореєю за цей час збільшилась з 44 (через 3 місяці після лікування) до 50. Жінки не мали ознак патологічного клімаксу, вели активний спосіб життя, не відзначали зниження працездатності чи порушень сексуально функції.

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, наш досвід органозберігаючо внутрішньоматково кріохірургі поліпозу ендометрію з наступним призначенням у після-

операційному періоді антибіотиків і дістрептази без додаткового використання гормонально терапі вказує на високу ефективність методу у разі використання низьких температур кровопливу (від -160 до -170 С°).

#### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

Подальше вивчення нових методик терапі гіперпластичних процесів ендометрію може бути запорукою ефективно профілактики раку який посідає друге місце серед онкологічних захворювань жіночих статевих органів.

Вивчення зв'язку використання тільки проти запально терапі лікування поліпозу ендометрію також не дає достатньо ефективності, так як рецидиви поліпів виникають через 6-9 місяців що є актуальним і насьогодні, і вимагає створення нових медикаментозних схем, що дасть можливість проводити активну профілактику раку ендометрія.

#### **Література**

1. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей / И.А.Гилязутдинов, З.Ш.Гилязутдинова, И.М.Боголюбова и др. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416 с.
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
3. Практическая гинекология: Руководство для врачей / В.К. Лихачев. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 664 с.
4. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. Опухоли гормонально-зависимых и гормонпродуцирующих органов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 464 с.
5. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
6. Полякова В.А. Современная гинекология. – Тюмень: издательство ФГУИПП «Тюмень». – 2004. – 608с.
7. Кисилев В.И., Ляшенко А.А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов. – М.: Изд-во Димитрейд График Групп, 2005. – 348 с.
8. Подольський В.В. Ефективність застосування препарату «Дістрептаза» в акушерсько-гінекологічній практиці // Здоровье женщины. – 2007. - №2 (30). – С.201-204.
9. Hellebrekers BW, Trimbos-Kemper TC, Trimbos JB, Emeis JJ, Kooistra T, Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation // Fertil Steril. – 2000. – 74. – P.203-212.
10. Jozwik M. Expert's report regarding clinical documentation of preparation Distreptase (intyarectal suppositories) Department of Gynecology of Medical Academy in Bialystok.
11. Pietrzycki B., Jozwik M., Okungbowa O. Assessment of therapeutic efficacy of preparation Distreptase in chronic pelvic pain in women //Ginekologia Praktyczna. – 2004. – V.10. – P.17-22.