

# Реабілітація пацієнток після лапароскопічного лікування ендометріозу яєчників з використанням бусереліну

**Ю.П. Вдовиченко, П.Р. Волосовський**

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Як показали результати проведених досліджень, використання препарату Бусерин (виробництво ЗАТ «Фарм-Синтез», Москва, Росія) для реабілітації хворих з ендометріозом яєчників після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє суттєво понизити частоту рецидивів і клінічних проявів даної патології. Отримані результати є підставою для широкого використання запропонованої методики в практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** ендометріоз яєчників, лапароскопічне лікування.

В даний час проблема ендометріозу виходить на одне з перших місць у структурі гінекологічної захворюваності жінок репродуктивного віку, при цьому частота даної патології досягає 50% [1-8]. Частота безплідності при ендометріозі коливається від 30-40 до 60-80%. Крім постійно зростаючої частоти цього захворювання, істотну роль відіграє і недостатня ефективність наявних лікувально-профілактичних заходів. Серед основних причин такої тенденції виділяють збільшення питомої ваги різноманітних внутрішньоматкових втручань, починаючи з підліткового віку; ріст соматичної захворюваності; порушення імунологічної реактивності; несприятливий вплив екологічних і виробничих факторів та ін. [2, 3, 8]. Крім того, тривалий і стійкий перебіг ендометріозу, часті рецидиви, виражений больовий синдром, порушення менструальної функції, висока частота неплідності, значний рівень порушення працездатності й інвалідизації свідчать і про соціальну значущість порушеної проблеми [1-8].

При розгляді ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів звертає на себе увагу відсутність єдиного підходу у виборі методу лікування, особливо ендометріозу яєчників. Але водночас, як свідчать дані вітчизняної і зарубіжної літератури, особливо останніх років [5, 6, 8], все більша перевага віддається ендохірургічному лікуванню даної патології з наступною адекватною реабілітацією. Незважаючи на значну кількість наукових повідомлень, одним із невирішених питань даної проблеми є віддалені результати лапароскопічного лікування. Хоча не викликає сумнівів той факт, що ефективність проведеної терапії багато в чому залежить від якості проведення реабілітаційних заходів, що включають не тільки лікування основного захворювання, але й профілактику рецидивів. Водночас, у сучасній літературі відсутні практичні рекомендації щодо ведення хворих, які перенесли ендоскопічне хірургічне лікування з приводу ендометріозу, хоча їхня необхідність не викликає сумнівів. Те, що абсолютна або відносна гіперестрогенія, особливо на тлі зміненої рецепторної функції ендометрія є одним із основних факторів, що сприяють розвитку ендометріозу [7], послужило обґрун-

туванням для включення до комплексу лікувальних заходів препаратів з групи агоністів гонадотропін-релізіну гормонів (аГн-РГ) з метою пригнічення секреції естрадіолу шляхом припинення гормональної стимуляції яєчників. З усього спектру наявних на сьогодні гормональних методів лікування аденоміозу застосування аГн-РГ є найбільш ефективним [7].

Метою роботи були розробка і впровадження комплексу реабілітаційних заходів, що сприяють зниженню частоти рецидивів після лапароскопічного лікування ендометріозу на підставі вивчення клініко-морфологічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей перебігу захворювання, а також розробки і впровадження комплексу реабілітаційних заходів з використанням препарату групи аГн-РГ Бусерин (активна діюча речовина – бусерелін).

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 60 пацієнток, яким проводилось обстеження за вивченням клінічних, функціональних, імунологічних та ендокринних показників. Хворих було розподілено на дві клінічні групи:

I група – 30 пацієнток після лапароскопічного лікування ендометріозу яєчників, які одержували загальноприйняті реабілітаційні заходи;

II група – 30 пацієнток після лапароскопічного лікування ендометріозу яєчників, які одержували запропоновану нами методику реабілітації.

Загальноприйняті реабілітаційні заходи проводилися відповідно до рекомендацій [1] і включали використання гестагенів (оргаметрил у післяопераційному періоді протягом півроку); при тяжких формах ендометріозу ураження додаткове використання антигонадотропних препаратів данол (даназол) та імунокорекцію.

Основними моментами запропонованих нами реабілітаційних заходів були:

1. Передопераційна підготовка Бусерином: 2 ін'єкції препарату у вигляді депо (3,75 мг внутрішньом'язово – 1 раз на 28 днів), або у вигляді назального спрею (інтраназально по одному впорскуванню – 150 мкг в кожний носовий хід тричі на добу (добова доза – 900 мкг) щоденно протягом 2-х місяців).

2. Призначення у післяопераційному періоді курсу з 4-х ін'єкцій (або інтраназально по 900 мкг щоденно протягом 4 місяців) препарату Бусерин.

3. Використання у комплексі з Бусерином препарату Лівіал.

У дослідженні нами використовувався синтетичний аналог гонадотропін-релізіну гормону Бусерин (виробництво ЗАТ «Фарм-Синтез», Москва, Росія). Препарат застосовувався у двох лікарняних формах – пролонго-

**ТАРДИФЕРОН — золотий стандарт ВОЗ в ліченні залізодефіцитної анемії**

ваній формі – депо, в якій активна речовина включена в мікросфери, і її поступове звільнення з їх поверхні забезпечує постійну концентрацію бусереліну в крові протягом 28 днів (отримували лікування 15 пацієнтів), а також короткодійної формі у вигляді назального спрею для щоденного використання (друга підгрупа – 15 хворих). Слід зазначити, що до позитивних ознак Бусерину, як представника агоністів Гн-Рг можна віднести відсутність андрогенного ефекту, метаболічних порушень ліпідного та вуглеводного обміну і тромбоемболічних ускладнень.

До комплексу проведених досліджень було включено клінічні, функціональні, імунологічні та ендокринологічні показники.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку ендометріозу яєчників є: обтяжений репродуктивний анамнез (артифіціальні – 43,3% і самовільні ранні аборти – 16,7%; кесарів розтин – 30,0% і початкова неплідність – 26,7%); екстрагенітальна (тироїдна патологія – 33,3% і серцево-судинні захворювання – 30,0%) і гінекологічна захворюваність (хронічні запальні захворювання матки і придатків – 63,3%, патологічні зміни шийки матки – 46,7% і перенесені акушерсько-гінекологічні операції – 50,0% відповідно).

Основними клінічними симптомами ендометріозу є: альгодисменорея (96,7%), хронічний тазовий біль (90,0%), диспаревнія (76,7%), неплідність (53,3%) і міжменструальні кровомазання (26,7%). Середня тривалість захворювання складає  $3,5 \pm 0,3$  року, а серед використовуваних лікувально-профілактичних заходів необхідно відмітити застосування антибактеріальної та протизапальної терапії (100,0%), різноманітні варіанти гормональної корекції (86,7%) і фізіотерапії (43,3%).

Головними ультразвуковими ознаками ендометріозу яєчників у пацієток були: округла форма утворення (56,7%), виявлення поблизу кіст невеличких розмірів тканини “незміненого” яєчника (56,7%), стовщена ехошільна капсула кісти (53,3%), дрібноточкова внутрішня структура (36,7%) і відсутність варіацій внутрішньої ехоструктури при динамічному обстеженні в різноманітні фази менструального циклу (30,0%).

Основними показаннями до лапароскопічного лікування хворих із ендометріозом яєчників були: наявність одно- (63,3%) і двосторонніх ендометріом (36,7%), а також їхнє поєднання з неплідністю (53,3%). В ході ендоскопічної діагностики та лікування зустрічалися «типові» ознаки ендометріом: утворення яєчників із щільною капсулою темно-синього відтінку і фрагментами синьо-багряного кольору (50,0%); чорні, синюшно-багряні, темно-червоні плями на поверхні очеревини (36,7%); рубцева тканина, що оточує ендометріодні

імплантати (23,3%); білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною (13,3%) і «нетипові»: гіпер-васкулярні зони (53,3%); підяєчнікові зрощення (46,7%); жовто-коричневі плями на поверхні очеревини (36,7%); петехіальна очеревина (30,0%); червоні, “променеподібні” плями (26,7%); залозисті новоутворення на поверхні очеревини (16,7%); ділянки білої непрозорої очеревини (10,0%) і кругові дефекти очеревини (6,7%).

При морфологічному дослідженні віддалених ділянок ендометріозу яєчників варто виділяти два основних варіанти: “класичний” перебіг ендометріозу (66,7%) і “безсимптомний” (33,3%). Зіставлення структурних особливостей епітеліального і стромального компонентів, а також особливостей васкуляризації ендометріодних кіст яєчників пацієток із різноманітним перебігом захворювання свідчить, що при «класичному» ендометріозі переважають кісти з функціонально активним епітелієм, цитогенною підепітеліальною строюю, багатою васкуляризацією (численні судини капілярного типу), «свіжими» крововиливами й ознаками хронічного періофориту, а при «безсимптомному» варіанті – переважають кістозні утворення з дистрофічно зміненим епітелієм, розростанням сполучної тканини, недостатньою васкуляризацією з великою кількістю судин із стовщеною стінкою і «старими» крововиливами.

Використання запропонованих реабілітаційних заходів порівняно з групою контролю дозволяє знизити частоту хронічного тазового болю на 20,0%, альгодисменореї – на 20,0%, диспаревнії – на 16,7% і рецидиву ендометріом – на 13,3% на фоні зниження рівня ехографічних ознак ендометріом на 26,7% і нормалізації основних ендокринологічних й імунологічних показників. Також порівняно з групою контролю запропоноване лікування дозволило знизити психоемоціональні порушення (дратівливість, депресія, порушення сну тощо) на 23,3% (рис. 1).

### ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, використання препарату Бусерин для реабілітації хворих із ендометріозом яєчників після проведеного лапароскопічного лікування дозволяє істотно знизити частоту рецидиву і клінічних проявів даної патології. Різниця в досягнутому клінічному ефекті при використанні різних форм випуску Бусерину, зокрема, депо чи спрею, не виявлено. Це дозволяє застосовувати обидві форми, враховуючи матеріальні можливості хворого (вартість лікування за допомогою спрею в 2,5 раза нижча, ніж лікування пролонгованою формою у вигляді депо) та можливість перевірки переносимості бусереліну й корекції дози (до 1200 мг на добу при симптоми “спалаху” наприкінці другого тижня застосування) при використанні спрею. Отримані результати є підставою для широкого використання запропонованої методики в практичній охороні здоров'я.

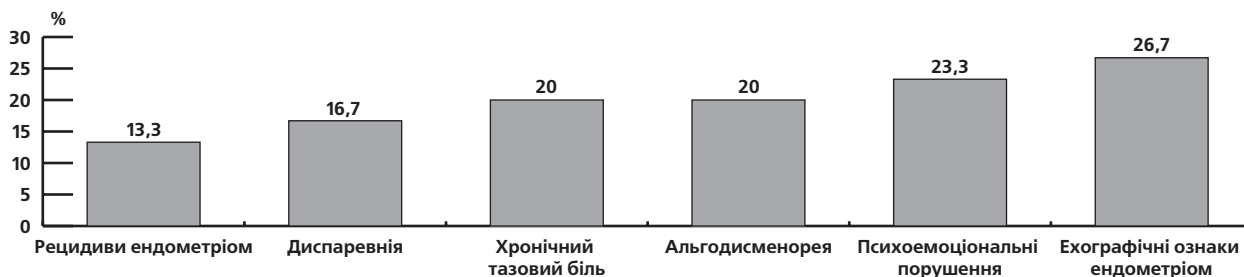


Рис. 1. Зменшення проявів ендометріозу при застосуванні Бусерину порівняно з контрольною групою (%)

**Реабилитация пациенток после лапароскопического лечения эндометриоза яичников с использованием бусерелина**

Ю.П. Вдовиченко, П.Р. Волосовский

Как показали результаты проведенных исследований, использование препарата Бусерин (производство ЗАО «Фарм-Синтез», Москва, Россия) для реабилитации больных с эндометриозом яичников после проведенного лапароскопического лечения позволяет существенно снизить частоту рецидивов и клинических проявлений данной патологии. Полученные результаты являются основанием для широкого использования предлагаемой методики в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** эндометриоз яичников, лапароскопическое лечение.

**Rehabilitation of patients after laparoscopic treatments of an endometriosis ovaries with use buserelin**

*Yu.P. Vdovichenko, P.R. Volosovskij*

As have shown results of the lead researches, use of preparation Buserin (Manufactured of the CJSC "Farm-Sintes", Moscow, Russia) for rehabilitation of patients with an endometriosis ovaries the ambassador lead laparoscopic treatments allows to lower essentially fre-

quency of relapses and clinical displays of the given pathology. The received results are the basis for wide use of an offered technique in practical public health services.

**Key words:** an endometriosis ovaries, laparoscopic treatment.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. М: Медицина; 1998.
2. Баскаков П.М., Литвінов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу. Педіатрія, акушерство та гінекологія 1999; 5: 120–121.
3. Бурлев В.А., Волков Н.И., Стыгар Д.А. Значение факторов роста в патогенезе эндометриоза. Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов 1999; 1: 51–56.
4. Венцківський Б.М., Жегулович В.Г., Яроцький М.Є. Оперативні ендоскопічні втручання на органах малого таза у жінок. Одеський мед. журн. 2001; 2: 39–40.
5. Воробій В.Д., Сніжко Т.Б., Босацький Я.В. Лапароскопічне лікування доброякісних новоутворень яєчників у жінок репродуктивного віку. Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. К: Фенікс; 2001: 110–111.
6. Гладчук І.З. Лапароскопічна консервативна хірургія та Золадекс (Zepesa) в лікуванні неплідних хворих з ендометріозом III, IV стадії. Педіатрія, акушерство та гінекологія 1999; 1: 104–106.
7. Дамиров М.М. Аденомиоз. М: Бинном; 2004.
8. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології. Журн. АМН України 1999; 5 (1): 44–52.