

## Література

1. Кондратьева Е.Н. Патогенез, диагностика и профилактика осложненного течения беременности и родов при патологии околоплодной среды: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 1999.
2. Ласитчук О.М. Диагностика, лікування та акушерська тактика при вагітності, ускладненій багатоводдям: Автореф....дис. канд. мед. наук. – Л., 2005.
3. Орчаков В.О., Дрозд О.О. Сучасні уявлення про формування та визначення кількості амніотичної рідини // ПАГ. – 2006. – № 3 – С. 90-95.
4. Особливості перебігу вагітності та родів при багатоводді / Ласитчук О.М., Генік Н.І., Сніжко Т.Б. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ. – 2001. – С. 361-363.
5. Ласитчук О.М. Перебіг вагітності і пологів при багатоводді // Галицький лікарський вісник. – 2001. – Т. 8, № 1. – С. 100-102.
6. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / Под редакцией проф. В.Е. Радзинского и проф. А.П. Милованова – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 393 с.
7. Mercer L.J., Brown L.G., Petres R.H. A survey of pregnancies complicated by decreased amniotic fluid. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984: 149: 355-61.

УДК 618.5-0846648.7

А.Я. Сенчук А.Я., В.О. Зуб, І.О. Доскоч, Г.М. Абабкова

## КРІОХІРУРГІЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОМЕТРІЯ

*Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

КРІОХІРУРГІЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОМЕТРІЯ. Хворі, які страждають передпухлинними захворюваннями ендометрія, мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, порушення системи гемостаза, що обумовлює підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Альтернативою гормональному і хірургічному лікуванню даних пацієнток вважаємо застосування органозберігаючого ендокріохірургічного лікування гіперпластичних захворювань ендометрія. Ефективність (клінічна, морфологічна, ультразвукова) кріохірургічного лікування становила 95,9%, профілактики ТЕУ – 100% випадків.

КРИОХИРУРГИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ Больные, которые страдают предопухолевыми заболеваниями эндометрия имеют отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, нарушения системы гемостаза, что обуславливает повышенный риск тромбоемболических осложнений (ТЭО). Альтернативой гормональному и хирургическому лечению данных пациенток считаем использование органосохраняющего эндокриохирургического лечения гиперпластических заболеваний эндометрия. Эффективность (клиническая, морфологическая, ультразвуковая) криохирургического лечения составила 95,9%, профилактики ТЭО – 100% случаев

CRYOSURGERY OF HYPERPLASTIC DISEASES OF ENDOMETRIUM. Patients suffering from pretumour diseases of endometrium have complicated somatical and obstetrical anamnesis such as disorders of system of hemostasis, that leads to high risk of thromboembolitic complications (TEC). Alternative to hormonal and surgical treatment of these patients we consider to be the use of organopreserving endocryosurgical treatment of hyperplastic diseases of endometrium. Effectiveness of (clinical, morphological, ultrasonical), cryosurgical therapy made up 95,9%; prevention of TEC – 100% cases.

**Ключові слова:** гіперпластичні захворювання ендометрію, кріохірургія

**Ключевые слова:** гиперпластические заболевания эндометрия, криохирургия

**Key words:** hyperplastic diseases of endometrium, cryosurgery

**ВСТУП.** Частота гіперпластичних захворювань ендометрія, за даними різних авторів, становить від 17 до 59% усієї гінекологічної патології та останніми роками має тенденцію до зростання. Актуальність проблеми зумовлена також високим ризиком малігнізації передпухлинних захворювань ендометрія. Частота діагностики передпухлинних захворювань залежить від обстежуваної популяції пацієнток, кваліфікації та технічного оснащення медичних працівників. Серед проопе-

рованих гінекологічних хворих цей діагноз ставить 12-27% випадків [1, 3].

Остаточо не розв'язаними на сьогоднішній день є питання лікування хворих з цією патологією. Основними методами лікування передпухлинних захворювань матки залишаються гормональний та хірургічний. Разом із цим слід врахувати, що використання гормональних препаратів для лікування передпухлинних захворювань матки дуже часто має цілу низку протипоказань,

нерідко їх призначення спричиняє тяжкі ускладнення, насамперед тромбоемболічні (ТЕУ). Хірургічні методи травматичні, зазвичай, призводять до видалення органа та подальшого порушення менструальної та репродуктивної функції жінки. Крім цього операційна та психічна травми, шкідливий вплив наркозу, обмеження рухової активності у післяопераційному періоді, й усе це на фоні генітальної та соматичної патології у жінок переважно після 40 років життя – це складові, що зумовлюють високий ризик розвитку ТЕУ [4,5].

З органозберігаючих методів лікування патології ендометрія та матки, на нашу думку, заслуговує уваги кріохірургія. У літературних джерелах є достатня кількість робіт про результати внутрішньоматкового кріохірургічного втручання з метою лікування патології ендометрія [6, 7]. Піонером розробки теоретичних питань і впровадження кріохірургії в гінекологію й акушерство є академік В.І. Грищенко. Його монографія "Гипотермия и криохирургия в акушерстве и гинекологии", яка була видана у 1974 році є класичним керівництвом для сучасних кріохірургів.

Метод, за даними авторів, не впливає на стан соматичного здоров'я жінки, але не є високоефективним, що пов'язано з неможливістю досягнення достатньо низьких температур у порожнині матки. Саме тому ми вважали можливим досліджувати використання кріохірургії для лікування передпухлинних захворювань матки з урахуванням нових досягнень кріохірургії.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування та знизити частоту ускладнень після лікування гіперпластичних захворювань ендометрія за рахунок оптимізації підходів та проведення органозберігаючої внутрішньоматкової кріохірургії.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.** З метою вивчення клінічної ефективності використання органозберігаючої внутрішньоматкової кріохірургії ендометрія, для лікування передпухлинних захворювань матки, у динаміці обстежено 120 пацієнток. До й у різні терміни після кріохірургічного лікування вивчені ехоструктурні зміни матки та стан системи гемостазу.

Кріохірургічні втручання проводили за допомогою установки "Кріо-Пульс", у якій як холодоагент використовують рідкий азот. Залежно від розмірів порожнини матки та виду патології виконували від 3 до 4 кріоаплікацій внутрішньоматковим зондом, який охолоджували від -130 до -180 °С. Температурні параметри та тривалість кріохірургічної дії залежали від результатів попереднього патологоанатомічного дослідження матеріалу, отриманого під час вишкрібання вмісту стінок порожнини матки.

Методика внутрішньоматкового кріохірургічного впливу полягала в наступному. Пацієнтка перебуває в гінекологічному кріслі. В асептичних умовах шийку матки оголюють у дзеркалах та бе-

руть кульовими щипцями за передню губу. Піхвову частину шийки матки та піхву обробляють розчином антисептика (кутасепт). Проводять парацервікальну (по 2 мл з кожного боку) блокаду 2% розчином лідокаїну.

Матковим зондом вимірюють довжину порожнини та рельєф слизової стінок матки. За необхідності проводять розширення цервікального каналу розширювачами Геґара до № 6-7. Кріозонд вводять у порожнину матки в правий або лівий кут та вмикають циркуляцію рідкого азоту. Температуру кріозонда знижують від -130 до -170 °С, потім вмикають активний відігрів кріозонду. Після повного відігріву кріоаплікатор видаляють з порожнини матки, обробляють спиртом (96%) та знову вводять у порожнину матки. Потім проводять послідовно кріохірургічні аплікації у протилежному куті тіла матки та за внутрішнім зівом. У разі великих розмірів матки (як до 12 тижнів вагітності та більше) проводять додаткову кріоаплікацію посередині тіла матки ближче до дна. Після повного відігрівання кріозонд видаляють з матки.

Пацієнткам після ендокріохірургічного лікування не призначали ліжковий режим, не було необхідності в обмеженні професійної діяльності. Для профілактики виникнення септичних ускладнень перорально призначали антибактеріальні препарати широкого спектра дії, біопрепарати для нормалізації мікрофлори кишківника та піхви, антигістамінні препарати. Хворим пропонували приймати гепатопротектори та збільшену кількість рідини. У випадках наявності у пацієнток середнього або високого ступеня ризику розвитку ТЕУ їм додатково призначали специфічну (Клексан від 20 до 40 мг/доб протягом 3-5 днів) та неспецифічну (еластична компресія) профілактику та судинний препарат Флебодія – по 600 мг 1 раз/доб протягом 2-3 місяців.

Об'єктивізації отриманих результатів досягали шляхом статистичної обробки матеріалів з використанням пакету аналізу Microsoft Excel та за допомогою комп'ютерних програмних продуктів, що входять до пакету Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Akademik OPEN No Level.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Особливостями репродуктивного анамнезу пацієнток з передпухлинними захворюваннями матки є: раннє менархе, велика кількість вагітностей, більшість з яких закінчувалася штучними абортми, наявність лейоміоми матки.

Аналіз анамнестичних даних показав, що значний негативний вплив на стан здоров'я жінок, що страждають на передпухлинні захворювання ендометрія, мають екстрагенітальні захворювання. Так, анемією (залізодефіцитна, пов'язана з порушенням менструального циклу) страждало 19,9% хворих.

Захворювання шлунково-кишкового тракту діагностовано у 47,8%, захворювання серця, гіпер-

тонічну хворобу – у 20,6% пацієнток. Особливої уваги заслуговує той факт, що варикозну хворобу вен нижніх кінцівок мали 53,8% хворих, тобто кожна друга жінка.

Ендокринна патологія діагностована у 43,2% жінок (у тому числі ожиріння – 25,9% пацієнток, дифузний еутиреоїдний зоб – 13,3% пацієнток).

Порівняння наведених даних I групи з даними про екстрагенітальну патологію у пацієнток II групи свідчить про значну перевагу в останніх захворювань серцево-судинної системи (гіпертонія, варикоз вен). Це свідчить про наявність високого ризику ТЕУ у хворих з передпухлинними захворюваннями ендометрія.

Результати клінічного обстеження протягом 0,5 до 4-х років свідчили про малу травматичність та високу ефективність ендокріохірургічного лікування, а також про збереження менструальної та дітородної функції у пацієнток репродуктивного віку.

Операції й післяопераційний період проходили без ускладнень. Протягом першого та другого тижня після ендокріохірургічного лікування передпухлинних захворювань матки усі пацієнтки відзначали періодичний ниючий біль у нижніх відділах живота, помірні, а в 36% випадків рясні виділення зі статевих шляхів. Загальний стан був порушений у 25,4% хворих, що проявлялося у слабкості та зниженні працездатності протягом перших 2-3 днів після операції.

У процесі подальшого обстеження усі хворі відзначали покращення самопочуття, виділення з піхви змінювалися та на 4-му тижні післяопераційного періоду мали слизовий характер. 51,5% прооперованих жінок (85 хворих) через 1 місяць після ендокріохірургічного лікування мали менструальноподібні незначні кров'янисті виділення з піхви протягом 3-4 днів. Під час наступного спостереження (терміни обстеження становили від 0,5 до 4-х років) у цих жінок був регулярний менструальний цикл та відсутні ознаки гіперполіменореї. У 4 жінок настала вагітність, з яких одна була небажаною та була перервана. Одна пацієнтка мала своєчасні пологи, що закінчилися кесаревим розтином за показаннями (вік 37 років і перші пологи). У 80 пацієнток постменопаузального віку (середній вік становив  $52,8 \pm 5,7$  років) настала аменорея.

Під час ультразвукового обстеження в терміни 1-2 тижні після операції розміри матки були збільшені в 1,2-1,5 раза, в її порожнині (розміри в середньому 15-19 мм) переважав рідкий компонент з пристінково розміщеними некротизованими тканинами.

Через 1-1,5 місяця після операції під час ультразвукового обстеження розміри матки зменшувалися на 10-15% відносно дослідження, проведеного на 2-му тижні після внутрішньоматкової кріохірургії. Порожнина матки зменшувалася майже у 2 рази (9-11 мм), і була заповнена неоднорідним, переважно ехопозитивним вмістом.

Через 1 місяць після лікування ми досліджували стан системи гемостазу у наших пацієнток та спостерігали позитивний вплив запропонованого метода лікування на цю систему. Так, передусім, на відміну від хворих передпухлинними захворюваннями ендометрія, нормалізувалася кількість тромбоцитів, вона не відрізнялася від кількості тромбоцитів у здорових жінок. Про нормалізацію агрегаційної здатності тромбоцитів свідчив показник їхньої агрегації. Показники після лікування достовірно зменшилися ( $p < 0,05$ ) та наблизилися до стану агрегації тромбоцитів у здорових жінок ( $p > 0,05$ ). Є тенденція до нормалізації стану згортальної системи. Про нормалізацію системи фібринолізу свідчать також позитивні реакції етанолового тесту, кількість яких зменшилася на відміну від показників до лікування, а саме з 97,3% до 63,6%.

Таким чином, на основі отриманих даних та проведеного аналізу можна вважати, що через 1 місяць після кріохірургічного лікування передпухлинних захворювань ендометрія в пацієнток спостерігали нормалізацію показників системи гемостазу. Це, на нашу думку, свідчить про високу ефективність ендокріохірургічного лікування передпухлинних захворювань ендометрія. Дані УЗД, отримані через 3 місяці після лікування, вказували на відсутність ознак гіперплазії ендометрія та зменшення передньо-задніх розмірів матки.

Цитологічні висновки аспіратів з порожнини матки, що ми отримали через 3 місяці після внутрішньоматкової кріохірургії, вказували на відсутність атипичного або передпухлинного процесів.

Таким чином, через 3 місяці клінічна ефективність ендокріохірургічного методу лікування, що була підтверджена даними обстеження, становила 100%. Критеріями ефективності лікування захворювань ендометрія ми вважали відсутність скарг, характерних для передпухлинних захворювань ендометрія (болі, геморагічний синдром тощо), відсутність скарг під час бімануального обстеження, зменшення розмірів матки пальпаторно та за даними УЗД, товщину ендометрія 3-4 мм.

Через 6 місяців після ендокріохірургічного лікування передпухлинних захворювань ендометрія ефективність лікування, за клінічними даними та результатами УЗД, становила 95,9%. Слід відзначити відсутність негативних тенденцій під час динамічного обстеження (клінічних та ультразвукових) та велике задоволення пацієнток у зв'язку з відсутністю геморагічного синдрому.

Безпосередньо протягом року після лікування жінки були під нашим диспансерним наглядом. У зв'язку з недостатньою ефективністю лікування через 6 місяців після лікування (товщина ендометрія від 6 до 12 мм, наявність нерегулярних незначних кров'яних виділень з піхви) 5 хворим було проведено повторне внутрішньоматкове кріохірургічне лікування. Через 2 місяці після по-

вторного ендокріохірургічного лікування всім пацієнткам у порожнину матки була встановлена система "Мірена". Усі п'ятеро жінок перебувають під наглядом гінеколога протягом 2-3 років, рецидиви або прогресування захворювання відсутні.

Через 1 рік після ендокріохірургічного лікування передпухлинних захворювань ендометрія усі 120 пацієнок почували себе задовільно. Клінічне, клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження не засвідчило негативних тенденцій. Кількість пацієнок з аменореєю за весь період нагляду (4 роки) збільшилась з 80 (через 3 місяці після лікування) до 92. Жінки не відзначали ознак патологічного клімаксу, вели активний спосіб життя, не скаржилися на зниження працездатності або порушення сексуальної функції.

**ВИСНОВКИ.** 1. Серед соматичних захворювань у пацієнок з передпухлинними захворюваннями ендометрія переважає анемія, захворювання шлунково-кишкового тракту, патологія серця і гіпертонічна хвороба, варикоз вен нижніх кінцівок, ендокринна патологія (ожиріння, дифузний еутиреоїдний зоб). Особливостями репродуктивного анамнезу пацієнок з передпухлинними захворюваннями ендометрія є: раннє менархе, велика кількість вагітностей, більшість з яких закінчувалася штучними абортами, наявність лейоміоми матки.

#### Література

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 1997. – 30 с.
2. Грищенко В.И. Гипотермия и криохирургия в акушерстве и гинекологии. – М.: Медицина, 1974. – 280 с.
3. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблемы бесплодия и современные пути его решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акуш. и гинек. – 2001. – №3. – С.8-10.
4. Савельев В.С. и соавт. Тромбоэмболия легочных артерий // Флебология: Руководство для врачей / Са-

2. У хворих з передпухлинними захворюваннями ендометрія спостерігають зміни гемостазу у вигляді порушень у системі судинно-тромбоцитарного та плазмового гемостазу, а також в системі фібринолізу, що свідчать про наявність у цих пацієнок ознак І стадії хронічного синдрому ДВЗ.

3. Критеріями ефективності лікування слід вважати відсутність скарг, зменшення розмірів матки пальпаторно та за даними УЗД, товщину ендометрія до 5 мм у другу фазу менструального циклу; обов'язковим був висновок цитолога про результат дослідження аспірату з матки, що визначався як цитограма аспірата без особливостей, нормалізація показників систем гемостазу.

4. Розроблений та впроваджений у клінічну практику комплексний підхід до лікування, прогнозування, профілактики ТЕУ у пацієнок з гіперпластичними захворюваннями ендометрія є високоефективним (ефективність лікування становила 95,9%, профілактики ТЕУ – 100% випадків).

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Більш ретельне вивчення та впровадження у клінічну практику кріотерапії для лікування пацієнок з гіперпластичними захворюваннями. Розробити критерії прогнозування розвитку цього захворювання та виділити групу ризику.

вельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С.Савельева. – М.: Медицина, 2001. – С. 279-319.

5. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцовский, Т.П.Гарник и др. – К.: Макком, 2003. – 360 с.

6. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний // Под ред. В. И. Кулакова и Л. В. Адамян. – изд. 3-ье. – М., 2006. – С. 3-11.

7. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видео-эндоскопические операции в хирургии и гинекологии. – Київ: Здоров'я, 2000. – 296 с.

УДК 618.312-086.4

## Ю.М. Шень, Я.В. Жарков, Г.Ф. Вєдєва ІМУНОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ КРІОХІРУРГІЇ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ

*Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

ІМУНОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ КРІОХІРУРГІЇ ПЕРЕДПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ. Аналіз отриманих даних вказує на те, що через 3 місяці після кріотерапії мають місце достовірні ( $p < 0,05$ ) позитивні зрушення показників місцевого імунітету. Позитивний вплив кріохірургічного лікування дисплазій шийки матки проявляється підвищенням концентрацій IgA, відсутністю у цервікальному слизу імуноглобулінів класу М. Концентрації IgG через 3 місяці після кріотерапії не відрізнялися