

УДК 618.177 – 089.888.11: 615.357

© М. М. Адамов, Н. Ю. Ткачева, К. А. Ефетов, 2009.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИФЕРЕЛИНА 11,25 И ДИФЕРЕЛИНА 3,25 В КАЧЕСТВЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

М. М. Адамов, Н. Ю. Ткачева, К. А. Ефетов*Кафедра биологической химии (зав. – профессор К. А. Ефетов) Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского, УНЛКБ, г. Симферополь*

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DIPHERELIN 11.25 AND DIPHERELIN 3.75 AS USED FOR PREMEDICATION FOR ENDOSURGICAL TREATMENT OF REPRODUCTIVE-AGE WOMEN WITH HYSTEROMYOMA

M. M. Adamov, N. Yu. Tkacheva, K. A. Efetov

SUMMARY

The authors represent comparative characteristics of Dipherelin 11.25 and Dipherelin 3.75 used for premedication for endosurgical treatment in reproductive-age women with hysterosmyoma. No statistical difference was found between Dipherelin applications with doses of 3.75 mg every 28 days for three months and a single dose of 11.25 mg in advance of 78–84 days before the operation.

ПОРІВНЮВАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИФЕРЕЛІНУ 11,25 ТА ДИФЕРЕЛІНУ 3,75 У ЯКОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

М. М. Адамов, Н. Ю. Ткачева, К. О. Єфетов

РЕЗЮМЕ

Проведена порівнювальна характеристика використання Дифереліну 11,25 та Дифереліну 3,75 у якості медикаментозної підготовки до ендокхірургічного лікування міоми матки у жінок репродуктивного віку. Дане дослідження не виявило статистично значної різниці в ефективності препаратів Дифереліну в дозі 3,75 мг, що вводилися один раз у 28 днів протягом 3 місяців, та Дифереліну в дозі 11,25 мг, що вводилася однократно за 78–84 дні до операції.

Ключевые слова: миома матки, гистеро-резектоскопия, лапароскопия, лечение.

Миома матки считается наиболее распространенным доброкачественным заболеванием репродуктивной сферы. В последние годы наметилась тенденция к омоложению этой патологии. Распространённость заболевания по данным литературы превышает 30% среди общей популяции женского населения [1, 2, 3]. По статистике Министерства здравоохранения США в год в стране производится 175 тысяч гистерэктомий и всего 18 тысяч органосохраняющих миомэктомий (менее 11%) [4]. Радикальные операции, производимые у молодых женщин, не выполнивших репродуктивную функцию, стали своеобразным хирургическим авантюризмом, который процветает благодаря неумению врачей вовремя остановить рост опухоли или провести органосохраняющую операцию. Являясь заболеванием всего организма, миома матки возникает в результате патологической афферентной сигнализации системы кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – яичники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 60 женщин репродуктивного возраста с субсерозной и субмукозной миомой матки. У всех пациенток проводилась оперативная лапароскопия или гистеро-резек-

тоскопия по поводу миомэктомии. При первичном обращении пациенткам проводилось трансвагинальное сканирование органов малого таза (выявлялась миома матки), общеклиническое обследование, исследование уровня половых и гонадотропных гормонов сыворотки крови, онкомаркеры (Ca-125, РЭА, Са-19-9), показатели липидного и углеводного обмена. С целью предоперационной подготовки 30 пациенткам (1 группа) проводилось внутримышечное введение препарата Диферелин 3,75 каждые 28 дней трёхкратно, начав с 1–5 дней очередного менструального цикла и 30 пациенткам (2 группа) однократное введение препарата Диферелин 11,25 в те же дни менструального цикла. Хирургическое лечение проводилось через 78–84 дня от даты первой инъекции под тотальной внутривенной анальгезией с ИВЛ на эндоскопическом оборудовании фирмы “Karl Storz”. У всех пациенток подтверждено наличие миоматозных узлов субмукозной (размерами до 20 мм) и субсерозной (размерами до 60 мм) локализации. В процессе хирургической лапароскопии субсерозные миоматозные узлы удалялись, после чего проводилась биполярная коагуляция с целью гемостаза. При гистеро-резектоскопии субмукозные узлы резецировались, место прикрепления «ножки» узла вапоризи-

зировалось вращающимся электродом. Средний возраст пациенток составил 36,4 года.

Критерием адекватности медикаментозной подготовки к оперативному лечению считалось уменьшение объема миоматозного узла более, чем на одну треть.

В первую группу наблюдения (30 человек) вошли пациентки, применявшие Диферелин 3,75 с 1 дня очередной менструации 1 раз в 28 дней в течение 3 месяцев. 20 пациенток имели субсерозные миоматозные узлы, 10 – субмукозные.

Во вторую группу наблюдения (30 человек) вошли пациентки, применявшие Диферелин 11,25 с 1 дня очередной менструации однократно. Субсерозные миоматозные узлы были у 22 пациенток, субмукозные узлы – у 8.

Всем пациенткам проводилась трансвагинальная ультрасонография до назначения Трипторелина и через 60–70 дней от первой инъекции.

В исследование включены только пациенты, у которых по результатам патолого-гистологического исследования эндометрия при предварительной гистероскопии не было облигатных показаний для гистерэктомии (аденокарцинома или атипическая гиперплазия эндометрия).

У женщин с субмукозным расположением миоматозных узлов предварительно проводилась визуальная оценка возможности проведения резектоскопии и прицельная биопсия эндометрия во время первичной гистероскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным сонографического исследования, проведенного через 60–70 дней после начала медикаментозной подготовки к миомэктомии, были получены следующие данные (таблица 1).

Среднее уменьшение объема миоматозных узлов в первой группе пациентов составило 29,6±3,9%,

Таблица 1

Объем миоматозных узлов (см³) до и после лечения Диферелином

Группа	Локализация миоматозных узлов	Первоначальный объем узлов, см ³	Объем узлов перед оперативным лечением, см ³
1	Субсерозная	54,3±7,0	38,1±5,3
1	Субмукозная	3,3±0,2	2,4±0,2
2	Субсерозная	52,7±6,4	35,6±4,8
2	Субмукозная	3,4±0,2	2,6±0,2

во второй – 30,1±3,4%. Не было выявлено статистически достоверных различий в результатах медикаментозной подготовки в обеих группах пациенток по среднему уменьшению объема миоматозных узлов.

Во всех случаях интраоперационные и послеоперационные осложнения отсутствовали. Все операции производились под тотальной внутривенной анальгезией с искусственной вентиляцией легких. Средняя продолжительность пребывания на койке при лапароскопической миомэктомии составила 2,3±0,6 суток, при гистеро-резектоскопии – 1,1±0,1 суток.

Важным результатом применения Трипторелина перед проведением «консервативной» миомэктомии явилось отсутствие кровотечения из сосудов, питающих миоматозные узлы. При всех оперативных вмешательствах не было кровопотери, более 50 мл.

При наличии миоматозных узлов другой локализации, не подлежащих удалению, у пациентов после миомэктомии, общее введение Диферелина продолжалось до 6 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Медикаментозная подготовка к миомэктомии препаратом Диферелин обеспечивает уменьшение

кровопотери во время операции, уменьшает время проведения процедуры (более короткий наркоз), уменьшает и препятствует росту интрамуральных миоматозных узлов, которые не могут быть удалены.

2. Данное исследование не показало статистически значимого различия в эффективности препаратов Диферелин 3,75 и Диферелин 11,25 для подготовки пациентов к «консервативной» миомэктомии методом лапароскопии и гистеро-резектоскопии.

3. Некоторое предпочтение пациенты отдали препарату Диферелин 11,25 исключительно по экономическим соображениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брокманс Ф. Д. Агонисты ГнРГ и лейомиома матки. – М.: МедПресс. – 1997. – 233 с.
2. Савицкий Г. А., Ниаури Д. А., Волков Н. Н. Миолапаротомия в современной хирургии матки. – Санкт-Петербург: Морская карта, 2004. – 115 с.
3. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки. – Санкт-Петербург: Элби, 2003. – 223 с.
4. Reich H., Thompson K., Natanpsky J. et al. Laparoscopic myomectomy: an alternative to laparotomy or hysterectomy? // Gynecol. Endosc. – 1997. – № 6. – P. 7–12.