

УДК 618.145: 616.43:618.17-055.2

© Коллектив авторов, 2012.

КОРРЕКЦИЯ ГИПОЭСТРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНАЛОГОВ ГОНАДОТРОПНОГО РИЛИЗИНГ ГОРМОНА

А. А. Трушкевич, А. Д. Мысенко, А. А. Широкова, А. А. Довгань*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор И. И. Иванов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

THE CORRECTION OF THE HYPOESTROGENE CONDITION OF WOMENS IN REPRODUCTION PERIOD USING GONADOTROPIN-RELEASING HORMONE

A. A. Trushkevich, A. D. Misenko, A. A. Shirokova, A. A. Dovgan

SUMMARY

Using analogues of gonadotropin-releasing hormone after operation period of 30 patients with diagnosis during laparoscopy and verification of the histological diagnosis endometriosis in the period of 3-6 months begins the development of clinical symptoms complex contains vazomotornics. Endocrines and neuro-psychological problems and diminution the life of patients

To decrease the side effects of therapy using the analogues of gonadotropin-releasing hormone we need to take lifemin which contains a complex of natural fitoestrogens and microelements.

КОРЕКЦІЯ ГИПОЕСТРОГЕННИХ СТАНІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ЕНДОМЕТРІОЗОМ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНАЛОГІВ ГОНАДОТРОПНОГО РИЛІЗІНГ ГОРМОНУ

О. О. Трушкевич, О.Д. Мисенко, А.А. Широкова, А.А. Довгань

РЕЗЮМЕ

Застосування аналогів гонадотропного релізинг гормону у післяопераційному періоді у 30 пацієнток з діагностованим під час лапароскопії та підтвердженим гістологічним діагнозом ендометріозом протягом 3-6 місяців спричиняє розвиток клінічного симптомокомплексу, який характеризується вагомоторними, ендокринно-обмінними порушеннями, що значно понижують якість життя пацієнток. З метою зменшення побічних ефектів тривалого лікування нами запропоновано застосування лайфеміну, який містить комплекс рослинних препаратів-фітоестрогенів.

Ключевые слова: эндометриоз, гипоэстрогемия, оперативное лечение.

Эндометриоз – гормонально-зависимое заболевание, развивающееся на фоне нарушений иммунного гомеостаза, сущность которого заключается в разрастании ткани, сходной по своему строению и функции с эндометрием, находящейся за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки [2].

«Золотым» стандартом диагностики и лечения эндометриоза является хирургический метод с предпочтением лапароскопии ввиду гораздо меньшей травматичности по сравнению с лапаротомическим доступом. Для снижения риска рецидивов эндометриоза в послеоперационном периоде, а также для достижения медикаментозного обратимого гипогонадизма необходимо применение препаратов, подавляющих рост эндометриоидной ткани в условиях достигаемого гипоэстрогенизма.

Однако, несмотря на обратимость медикаментозной «псевдоменопаузы», возникновение симптомов

последней в виде вазомоторных, эндокринно-обменных и нервно-психических нарушений субъективно пациентками репродуктивного возраста переносятся негативно. Наиболее типичными из них являются приливы жара, потливость, учащенное сердцебиение, головокружения, эмоциональная нестабильность, нарушения сна, утомляемость, снижение концентрации внимания и др. Возникающий спектр отрицательных побочных эффектов, снижающих значительно качество жизни пациенток, зачастую приводит к неприятию проводимой терапии вплоть до отказа от лечения.

Для профилактики развития побочных эффектов патогенетически необходима терапия прикрытия, с одной стороны, позволяющая сохранять на необходимом уровне состояние гипоэстрогении, с другой стороны, ликвидирующая побочные эффекты данного состояния [4]. Использование фитоэстрогенов в данном конкретном случае позволяет, не повышая

уровня эстрадиола в крови пациенток, достигнуть значительного положительного эффекта за счет низкой дозы эстрогенов.

Экспериментальные исследования подтверждают тот факт, что фитоэстрогены способны моделировать специфические ответы тканей-мишеней репродуктивных органов, а также влиять на рецепцию, продукцию и метаболизм эндогенных гормонов [1, 3, 5].

Цель исследования – оценка возможностей коррекции качества жизни женщин репродуктивного возраста, прооперированных по поводу эндометриоза и наружного эндометриоза, получающих в послеоперационном периоде диферелин и лайфемин с целью снижения побочных эффектов, вызванных медикаментозным гипогонадизмом.

Под наблюдением находились 30 пациенток, принимавших лайфемин, 1 капсула которого содержит активные компоненты:

- 160 мг экстракта корня пуэрперии лопастной (*Pueraria Lobata*) – фитоэстроген из группы изофлавоноидов;

- 120 мг экстракта хмеля обыкновенного (*Humulus Lupulus*) – фитоэстрогена, обладающего успокаивающим, противовоспалительным, мочегонным действиями;

- 60 мг жемчужного порошка содержит биологически активный кальций, микроэлементы и 2,5% аминокислот;

- 50 мг экстракта корня дудника китайского – универсального лечебно-профилактического способа в традиционной китайской медицине, проявляющегося мягким седативным и спазмолитическим действиями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

30 пациенток после подтвержденного лапароскопически и гистологически диагноза эндометриоза яичников в сочетании с наружным и экстрагенитальным эндометриозом включены были в основную группу исследования, которым в послеоперационном периоде применялся комплекс препаратов диферелина 3,75 мг ежемесячно на протяжении 3-6 месяцев в зависимости от стадии эндометриоза в сочетании с лайфеминном.

Группа сравнения была сформирована из 20 пациенток, также прооперированных по поводу эндометриоза, получавших в послеоперационном периоде только препарат диферелин.

Эндометриоз был классифицирован согласно критериям American Fertility Society (1985). Стадии 1, 2, 3 и 4 были обнаружены у 8, 12, 7 и 3 пациенток соответственно. Ежемесячные инъекции пролонгированной формы трипорелина (диферелин, «Бюфур Ипсен Интернациональ») назначались в течение 3-6 месяцев в зависимости от стадии эндометриоза:

- при 1-2 стадиях эндометриоза (у 22 пациенток) лечение диферелином проводилось в течение 3 меся-

цев с последующим переводом пациенток на прием препарата визан сроком на 6 месяцев;

- при 3-4 стадиях эндометриоза лечение аналогами гонадотропин-рилизинг гормона проводилось в течение 5-6 месяцев.

Всем пациенткам проводился контроль уровней эстрадиола (E2), лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в динамике. Терапевтически поддерживаемый уровень эстрадиола составлял ниже 50 пг/мл.

Одновременно пациентки основной группы принимали по 1 капсуле лайфемина в сутки продолжительностью 6 месяцев.

Возраст пациенток составлял 19-42 года (в среднем – 32). Длительность наличия симптомов составляла от 6 месяцев до 12 лет (в среднем – 4 года). Все пациентки подвергались хирургическому вмешательству по поводу эндометриоза. Из них 16 пациенток ранее получали гормональную терапию прогестинами (3 человека), даназолом (6 пациенток), визаном (7 пациенток). Данное лечение было прервано за 10-14 дней до оперативного лечения. 14 пациенток никогда не лечились по поводу эндометриоза.

Клиническая картина эндометриоза была представлена следующими симптомами: болевой синдром различной степени выраженности и продолжительности по отношению к менструальному циклу был у 27 пациенток, что составило 90,00%; дисменорея – у 26 пациенток (86,66%); диспареуния – у каждой третьей пациентки; вагинальные кровотечения – у 16 пациенток (53,33%); «шоколадные» кровянистые выделения накануне месячных отмечены у большинства пациенток (93,30%); первичное бесплодие наблюдалось у 22 пациенток (73,30%), что стало ведущей проблемой, заставившей женщин обратиться к гинекологу. Длительность infertility составляла от 2-х до 7 лет (в среднем $3,8 \pm 1,8$ лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне лечения у 24 пациенток основной группы отмечалась безболезненная метроррагия в течение первого месяца лечения. Затем у 28 пациенток отмечалась аменорея, не считая минимальных выделений, отмеченных одиннадцатью больными.

После 3-х месячного курса приема лайфемина выявлено достоверное улучшение самочувствия пациенток. Полностью отсутствие клинических проявлений гипоэстрогении отмечены у 12 пациенток из основной группы, что составило 40,00%, в отличие от группы сравнения, в которой к этому временному промежутку отмечался максимальный пик клинических проявлений «псевдоменопаузы», составляя 100,00%. У 6 пациенток основной группы (20,00%) частота приливов не превышала 1-2 раза в сутки. При этом пациентки не отмечали нарушений сна, концентрации внимания, слабости и головокружений.

Эффективность медикаментозного воздействия на эндометрий определялась по данным эхографического исследования 1 раз в 28 дней в динамике.

Через 3 месяца у пациенток, получавших диферелин 3,75 мг, атрофия эндометрия (М-эхо до 3 мм) отмечена у 18 пациенток (60,00%) основной группы и у 11 пациенток (55,00%) группы сравнения; гипоплазия эндометрия (М-эхо до 4-6 мм) – у 12 (40,00%) пациенток соответственно в основной группе и у 9 (45,00%) – в группе сравнения. Полученные данные ультразвукового исследования о состоянии эндометрия свидетельствуют об эффективности медикаментозного противорецидивного лечения эндометриоза, особенно в основной группе, где процент атрофий и гипоплазий эндометрия значительно выше, чем в группе сравнения.

Контроль в динамике уровней эстрадиола в крови через 3 месяца существенно не отличался от группы сравнения и составил соответственно $34,8 \pm 3,0$ пг/мл у пациенток основной группы и $33,6 \pm 2,8$ пг/мл – в группе сравнения, что соответствует умеренной гипоэстрогемии.

ВЫВОДЫ

1. Применение фитокомплекса лайфемин существенно не изменяет эстрогенный уровень на фоне лечения диферелином, что не препятствует достижению медикаментозной гипоэстрогемии, столь

необходимой для получения клинически стабильного эффекта в лечении эндометриоза в послеоперационном периоде.

2. Выявлена хорошая переносимость и положительная субъективная оценка пациентками фитокомплекса лайфемин.

3. Полученные положительные результаты позволяют рекомендовать прием лайфемина с целью улучшения качества жизни у пациенток с эндометриозом, получающих в послеоперационном периоде пролонгированную форму трипторелина – аналога гонадотропного рилизинг гормона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Эндометриозы / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 1998. – 316 с.
2. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза / В. П. Баскаков. – М. : Медицина, 1990. – 240 с.
3. Микитин А. И. Фитоэстрогены / А. И. Микитин // Проблемы репродукции. – 2000. – № 3. – С. 13–20.
4. Татарчук Т. Ф. Заместительная гормональная терапия. Вопросы и ответы / Т. Ф. Татарчук // Межд. эндокрин. журнал. – 2007. – № 4 (10). – С. 21–27.
5. Хотимченко Ю. С. Биологически активные добавки к пище: законодательная база и применение в медицине / Ю. С. Хотимченко // Pacific Medical Journal. – 2006. – № 3. – Р. 19–22.