

Рухляда Н.Н.

ГУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург,
Россия

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДЬЮВАНТНОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Актуальность. Гормональная терапия является неотъемлемым компонентом комплексного лечения всех форм эндометриозной болезни. Накопленный 20-летний мировой опыт показывает, что лучшие результаты достигнуты при использовании GnRH-агонистов, основным механизмом действия которых является достижение временной аменореи. Данный вид моно- или адьювантной терапии всегда связан с развитием побочных эффектов: развернутой картины климактерических нарушений, психические и вегетативные расстройства. Это делает невозможным и нецелесообразным проведение гормональной терапии в течение более чем 6–8 месяцев. Частота рецидива клинических проявлений достигает 48 % после их отмены уже в течение первых двух лет наблюдения. Работы Thirpen J.T. и соавт. (2004) доказали целесообразность проведения внутрибрюшинной химиотерапии доксорубицином и цисплатином с целью лечения диссеминированного рака эндометрия, а также подтвердили эффективность применения ВХТ с доксорубицином и цисплатином с целью подавления роста и активации резорбции депозитов эндометрия.

Цель: показать целесообразность проведения внутрибрюшинной химиотерапии цитостатиками при лечении распространенного эндометриоза.

Материал и методы. Проведение гипертер-

мической интраоперационной внутрибрюшинной (ВХТ) и нормотермической послеоперационной химиотерапии доксорубицином 60 мг/м² и цисплатином 50 мг/м² у 23 пациенток с эндометриозом III-IV стадии (ASRM). Контрольная группа – 10 женщин – адьювантная терапия Gn-RH агонистами 3 мес.

Результаты. Адьювантное проведение ВХТ было эффективно при лечении распространенного эндометриоза и привело к стойкому положительному клиническому эффекту у 93,4 % женщин в течение первого года наблюдения. Одноэтапная адьювантная внутрибрюшинная химиотерапия (ВХТ) при распространенном эндометриозе не сопровождается развитием после операции каких-либо побочных эффектов; а выполнение second-look лапароскопии у 14 (60,9 %) женщин показало, что эффективность ВХТ выше, чем адьювантные 3-4-месячные курсы GnRH-агонистов и приводит к полной резорбции очагов эндометриоза и инфильтратов. Использование «мягких» режимов ВХТ (30 минутная перфузия растворами 42° градусов С) не сопровождалась ни в одном случае развитием после операции слипчивого спаечного процесса, а следовательно, не имело отрицательного механического действия на фертильность больных. Указанный вид терапии не приводил ни в одном наблюдении к нарушению после операции овуляторной функции.

Рухляда Н.Н., Беляев А.М.

ГУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург,
Россия

ПРОТОКОЛ ОПТИМАЛЬНОЙ НОРМО И ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

При гипертермическом варианте внутрибрюшинную химиотерапию (ВХТ) целесообразно начинать сразу после выполнения хирургического этапа. Перфузию лучше осуществлять путем введения через троакарные порты 2 лапароскопических ирригационных наконечников, подсоединенных к перфузионной системе. Обеспечить телу пациентки горизонтальное положение с тем, чтобы малый таз был покрыт слоем перфузата. Ирригационный наконечник оставляют в позаматочном углублении, аспирационный – собирает перфузат из маточно-пузырного углубления. Скорость перфузии не менее 500 мл/мин, температура

перфузата на входе – 42° градуса, продолжительность перфузии – 30 минут. Общий объем перфузата составляет 2000 – 3000 мл, в котором содержалась требуемая доза цитостатиков. Возможно дробное введение нагретого перфузата в брюшную полость по 1000 мл 42° градуса и заменой его каждые 3 – 4 минуты вновь подогретым раствором – длительность увеличить до 40 минут. Дренаж для удаления остатков перфузата.

При нормотермическом варианте – после выполнения хирургического этапа в брюшную полость вводили 1000 мл физиологического раствора, содержащего расчетную дозу цитостатика. В поза-