

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 позади-маточном 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-

диматочном углублении оставляли ПХВ дренаж не менее 7 мм диаметром, который открывали спустя 20 – 24 часа после окончания операции для удаления остатков перфузата.

Расчет доз цитостатика ведется исходя из площади поверхности тела, рекомендованной дозой является доксорубин 60 мг/м² и цисплатин 50 мг/м². Эффективность терапии обусловлена следующими факторами.

1. Прямым повреждающим действием цитостатиков доксорубин и цисплатин на гетеротопии эндометриоза с активацией их последующей резорбции;

2. Созданием эффективной концентрации химиопрепаратов при повышении температуры перфуза-

та до 42 – 45 градусов на глубине до 5 мм в толще и под брюшиной уже при 30-минутной экспозиции или при нормотермическом гидроперитонеуме в течение 20 – 24 часов после хирургического этапа.

3. Возможностью выполнения органосберегающего объема при лечении одно- и двусторонних эндометриом (марсупиализация кист с последующей экспозицией их выстилки действию химиопрепаратов), а также при ретроцервикальном инфильтративном эндометриозе.

4. Отсутствием провокации развития послеоперационного спаечного процесса и подавляющего действия на овуляторную функцию яичников при ограничении температуры перфузии 42° градусами.

Фридман Д.Б.

Кафедра патологической анатомии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Актуальность проблемы. Исследование анамнеза и клинических проявлений аденомиоза позволяет определить признаки, обладающие высокой прогностической значимостью для диагностики аденомиоза, обосновать проведение инвазивных биопсийных исследований, позволяющих достоверно установить наличие эндометриоидных гетеротопий у больных.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 47 больных, из которых у 26 аденомиоз был подтвержден с помощью 6-точечной пункционной биопсии миометрия, у 18 диагностирован после гистологического обследования препарата при гистерэктомии, 13 составили группу контроля (при исследовании биоптатов, полученных при 6-точечной пункционной биопсии эндометриоидных гетеротопий обнаружено не было).

Результаты исследования. Установлено достоверное отличие параметров возраста, объема кровянистых выделений, длительности заболевания, связи развития НМЦ с анамнезом жизни, динамики клинических проявлений с родами, размеров матки, паритета, болезненности матки. Не установлено достоверных отличий в длительности кровотечения, количестве диагностических выскабливаний, сроке менархе, наличии или отсутствии хронических инфекций гениталий. Проведены расчеты предиктивной ценности диагностических признаков аденомиоза.

Выводы. Указанные клинические признаки позволяют обосновать применение дополнительных методов исследования в диагностике аденомиоза.

Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ КЛЕТОК И СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Введение. В патогенезе эндометриоза принимают участие различные компоненты иммунной системы, роль которых в те или иные периоды заболевания может иметь первостепенное значение или отодвигаться на второй план. Наиболее важным, на наш взгляд, является изучение иммунной системы с позиций её надзорных функций.

Цель: Изучить изменения антипролиферативных компонентов иммунной системы в периферической крови (ПК) и перитонеальной жидкости

(ПЖ) у больных с НГЭ и разработать схемы патогенетической иммуноориентированной терапии.

Материал и методы. При выполнении данной работы было обследовано 546 пациенток в возрасте от 20 до 44 лет с НГЭ. Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования (493 лапароскопии и 53 чревосечения), а также подтвержден результатами гистологического исследования. Степень распространенности процесса определяли в баллах