

Изобретение относится к области медицины, в частности гинекологии, и может быть использовано для лечения больных эндометриозом.

Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста по данным различных авторов колеблется от 7 до 50%.

Наиболее близким по технической сущности является способ лечения эндометриоза тканевыми препаратами такими как: солкосерил, силенин. Одним из недостатков тканевых препаратов, входящих в комплексное лечение эндометриоза, является сравнительно короткий период их элиминации из организма. Во-вторых, эти препараты способствуют аллергизации женщин, больных эндометриозом, и препятствуют нормализации защитно-адаптационных реакций организма. Таким образом, предложенные ранее препараты не обеспечивают должным образом нормализации защитно-адаптационных реакций организма.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствовать способ лечения эндометриоза путем использования биоткани, содержащей биологически активные вещества, способные мобилизовать иммунобиологические защитно-адаптационные резервы организма.

Поставленная задача решается тем, что в способе лечения эндометриоза тканевыми препаратами, согласно изобретению, проводят имплантации под кожу нижних отделов живота большой консервированной ксеноткани.

Развитие клеток эндометрия в атипических местах возникает в организме на фоне сниженных иммунобиологических защитно-адаптационных реакций. Доказано, что эндометриоз - гормонально-иммунологически зависимое заболевание, сопровождающееся нарушением гомостаза многих дисфункций органов и систем. Одним из путей преодоления указанных изменений является нормализация иммунобиологических защитно-адаптационных реакций организма путем имплантации консервированной ксеноткани, полученной по методике В.П. Филатова (1948г.). Консервированная ксеноткань относится к препаратам, нормализующим иммунологические защитно-адаптационные реакции организма. Имплантация консервированной ксеноткани позволяет непрерывно воздействовать на организм в течение длительного периода, что имеет принципиальное значение в нормализации иммунобиологических защитно-адаптационных реакций организма и эффективности лечения.

Способ лечения осуществляют следующим образом, После получения клинических и лабораторных признаков наличия у женщины эндометриоза производят имплантацию консервированной ксеноткани.

Кожа женщины нижнего отдела живота обрабатывают антисептиками, затем производят местную инфильтрационную анестезию участка кожи и подкожной клетчатки площадью 25 - 30 кв.см. Скальпелем делается надрез длиной 1 - 1,5 см. Через разрез в подкожно-жировую клетчатку вводят троакар. Через отверстие трубки троакара в подкожную клетчатку имплантируют консервированную ксеноткань весом 1,0 г. Трубку троакара извлекают. На рану накладывают лигатуру. Состояние женщины контролируют с помощью клинко-лабораторного наблюдения. Повторные имплантации производят не ранее чем через 2 - 3 месяца по мере необходимости. В связи со стабилизацией клинических и лабораторных показателей интервал между имплантациями можно увеличивать от 6 до 8 месяцев. Курс лечения состоит из 4 - 6 имплантаций.

Сущность заявляемого способа поясняется следующими примерами.

Пример 1. Больная Т., 34 года, клинический диагноз: врожденный эндометриоз, нарушение менструального цикла, хронический холецистит, бесплодие первичное. Неоднократно проходила курс гормональной терапии, после которой на некоторое время происходила нормализация менструального цикла, улучшалось самочувствие, однако наблюдалось обострение хронического холецистита. После наблюдения обострения признаков эндометриоза, женщине произведены три имплантации консервированной ксеноткани с интервалом в 2,5 - 3 месяца.

Сначала кожу женщины нижнего отдела живота обрабатывают антисептиками, затем производят местную инфильтрационную анестезию участка кожи и подкожной клетчатки площадью 25 - 30 кв.см. Скальпелем делается надрез длиной 1,0 - 1,5 см. Через разрез в подкожно-жировую клетчатку вводят троакар. Через отверстие трубки троакара в подкожную клетчатку имплантируют консервированную ксеноткань весом 1,0 г. Трубку троакара извлекают. На рану накладывают лигатуру. После имплантаций постепенно наступала нормализация менструального цикла, месячные стали безболезненными, улучшилось самочувствие, прекратились обострения хронического холецистита. После третьей имплантации наступила беременность. После родов женщина наблюдалась и лечилась по поводу эрозии шейки матки, в связи с чем была произведена конизация шейки матки, которая впоследствии способствовала обострению эндометриоза. Дважды с интервалом в 3 месяца женщине была произведена имплантация консервированной ксеноткани.

В последующем отмечена нормализация менструального цикла и исчезновение болевого синдрома.

Пример 2. больная С., 23 года, клинический диагноз: эндометриоз, нарушение менструального цикла, бесплодие первичное, хронический тонзиллит. В анамнезе: месячные нерегулярные - аменорея по 4 - 6 месяцев, менструации по 5 - 7 дней, болезненные, кровомазание наблюдается до и после менструации. Произведена тонзилэктомия. После первой имплантации консервированной ксеноткани наступила нормализация менструального цикла.

Через 2 месяца забеременела. Не наблюдалась, в 33 - 34 недели беременность замерла. Через 6 месяцев обратилась по поводу нарушения менструального цикла, редко выраженной альгодисменореи. Произведена имплантация консервированной ксеноткани. Через 3 месяца забеременела. Самостоятельно родила. Менструальный цикл восстановился через 6 месяцев. Через 1,5 года после родов возобновились клинические проявления эндометриоза. Произведено две имплантации консервированной ксеноткани с интервалом в шесть месяцев (по мере появления клинических проявлений). Менструальный цикл восстановился через шесть месяцев. После второй имплантации наступила беременность.

Пример 3. Больная В., 27 лет. Диагноз: эндометриоз, склерокистоз яичников, отягощенный акушерский анамнез, бесплодие вторичное. В течение 9 лет беременность не наступала. Менструации нерегулярные, болезненные, обильные. Проходила неоднократно курс стационарного, санаторно-курортного, амбулаторного лечения. Проводимая противовоспалительная, гормональная терапия неэффективна. От оперативного лечения отказалась. Произведена имплантация консервированной ксеноткани. Женщина забеременела и не наблюдалась. Поступила в стационар с замершей беременностью в сроке 16 недель. Через 8 месяцев после аборта возобновились клинические проявления эндометриоза. Произведена имплантация консервированной ксеноткани, в результате чего состояние улучшилось, забеременела. Родила в срок.

Пример 4. Больная М., 24 лет. Д-з: врожденный эндометриоз с выраженным болевым синдромом, нарушением менструального цикла, бесплодие первичное. В анамнезе: с детства менструации нерегулярные, обильные, резко болезненные, сопровождаются потерей сознания. Боли купируются наркотическими анальгетиками. Проведенная гормональная терапия неэффективна. Произведена имплантация консервированной ксеноткани. Болевой синдром уменьшился, менструации стали менее обильные, более регулярные. Нормализация менструального цикла отмечена после II - й имплантации. Менструации стали безболезненные, необильные. После III - й имплантации консервированной ксеноткани забеременела. Родила самостоятельно в срок. После родов нормализовался менструальный цикл, месячные регулярные, безболезненные, необильные. В течение 2 - х лет после нормализации менструального цикла произведены три искусственных аборта, электрокоагуляция шейки матки, переболела воспалением придатков матки. У женщины вновь появились признаки эндометриоза. Менструации умеренные, регулярные, однако болезненные. После очередной имплантации ксеноткани клинические проявления эндометриоза прекратились.

Пример 5. Больная К., 32 лет. Диагноз: Эндометриоз, бесплодие вторичное. В анамнезе: С детства менструации нерегулярные, нормализация менструального цикла после замужества. Лечилась по поводу хронического воспаления придатков. Забеременела. В родах кровотечение, ручное обследование полости матки и выскабливание. После родов - эрозия шейки матки, не поддающаяся консервативному лечению, по поводу чего произведена диатермокоагуляция шейки матки. Появились клинические признаки эндометриоза: обильные болезненные менструации, кровомазание до и после менструации. В течение 7 лет лечилась по поводу хронического воспаления придатков, не поддающегося лечению. Проведен курс гормональной терапии. Наблюдалось некоторое улучшение состояния. После имплантации консервированной ксеноткани забеременела. Родила самостоятельно здоровую девочку.

Описанный способ апробирован на 227 женщинах, при этом в 93,1% наблюдалось выздоровление, в 2,9% отмечалось улучшение. Таким образом, заявляемый способ позволяет проводить лечение женщин с эндометриозом в амбулаторных условиях, свести к минимуму прием медикаментозных препаратов и повысить эффективность лечения.

Использование предлагаемого способа возможно в любых лечебных учреждениях гинекологического профиля в силу доступности получения биотрансплантата и техники имплантации.