



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41294 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ АШЕРМАНА У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

1

2

(21) u200900270

(22) 14.01.2009

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.

(72) ШЕВАГА ОЛЕКСАНДР ЯРОСЛАВОВИЧ, UA

(73) ШЕВАГА ОЛЕКСАНДР ЯРОСЛАВОВИЧ, UA

(57) Спосіб лікування синдрому Ашермана у жінок репродуктивного віку, який полягає в тому, що

здійснюють гістерорезектоскопічне руйнування внутрішньоматкових синехій та оброблення порожнини матки 100 мл ектерициду одноразово, а в післяопераційний період призначають ректально препарат "Дистрептаза" по 1 свічці 2 рази на день 7 днів та гормональну контрацепцію естроген-гестагенним препаратом в циклічному режимі на 3 менструальні цикли.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до оперативної гінекології, може бути використана при лікуванні синдрому Ашермана.

Синдром Ашермана - це внутрішньоматкові синехії (суп. зрощення, спайки, злуки). Існує декілька теорій виникнення внутрішньоматкових синехій: інфекційна, травматична, нейровісцеральна.

Основним чинником виникнення вважається механічна травма базального шару ендометрію після пологів або аборт (ранева фаза), інфекція служить вторинним чинником. Виникнення внутрішньоматкових синехій найімовірніше у пацієнок з вагітністю, що завагітніла, оскільки залишки плацентарної тканини можуть викликати активацію фібробластів і утворення колагену до регенерації ендометрію.

Внутрішньоматкові синехії можуть також виникнути після оперативних втручань на матці: міомектомії, гістерорезекції, метропластики або діагностичного вишкрібання слизової оболонки, конізації шийки матки, а також після ендометриту. Дану патологію може також провокувати внутрішньоматковий контрацептив.

Найбільш зручна і часто використовується класифікація внутрішньоматкових синехій по поширеності і мірі залучення порожнини матки.

- I ступінь - залучено менше 1/4 об'єму порожнини матки, тонкі спайки, дно і вічка труб вільні;

- II ступінь - залучено від 1/4 до 3/4 об'єму порожнини матки, злипання стінок немає, є лише спайки, дно і вічка труб частково закриті;

- III ступінь - залучено більше 3/4 об'єму порожнини матки.

Залежно від ступеню ураження порожнини матки внутрішньоматкові синехії можуть проявлятися

гіпоменструальним синдромом або аменореєю. Наслідком такої ситуації стають безпліддя або невиношування вагітності. В разі втягнення в процес нижньої частини порожнини матки з нормальним функціонуючим ендометрієм у верхній частині порожнини матки може розвинути гематометра. Значне зарощення порожнини матки і недостатня кількість нормально функціонуючого ендометрію призводять до порушення імплантації плодового яйця. Навіть слабо виражені внутрішньоматкові синехії стають однією з причин неефективності екстракорпорального запліднення.

Для діагностики внутрішньоматкових синехій застосовують гістеросальпінгографію, УЗД, гістероскопію.

Із рівня техніки єдиним відомим на даний час методом лікування внутрішньоматкових синехій є їх розтин під прямим візуальним контролем гістерорезектоскопом з мінімальним пошкодженням ендометрію, що залишився, який служить для відновлення нормального менструального циклу і фертильності (Оперативная гинекология, под ред. Хирш Х.А., Кезер О., Никле Ф.А., ГЭОТАР-Медиа, М., 2007, с.540-541). Характер операції, її ефективність і віддалені наслідки та результати лікування залежать від ступеню оклюзії порожнини матки.

Не дивлячись на високу ефективність гістероскопічного адгезіолізіса внутрішньоматкових синехій, рецидив захворювання не виключений. Ефективність розтину внутрішньоматкових синехій, використовуючи гістерорезектоскопічний метод, залежить від поширеності і вираженості внутрішньоматкових злук: чим більше зарощена порожнина матки, тим менш результативна операція. Найгірші прогнози в плані відновлення менструальної і

(19) UA (11) 41294 (13) U

репродуктивної функції і рецидиву захворювання при внутрішньоматкових синехіях туберкульозної етіології. Вагітні після розтину поширених внутріматочних синехій являють групу ризику з великою можливістю ускладнень самої вагітності, пологів і післяродового періоду.

Метою винаходу є розробка методики, яка б забезпечувала ефективне лікування синдрому Ашермана і проводила ефективну профілактику рецидивів та ускладнень у жінок в подальшому.

Поставлена задача вирішується тим, що жінці із синдромом Ашермана здійснюють гістерорезектоскопічне руйнування внутрішньоматкових синехій та обробляють порожнину матки 100мл ектерициду одноразово, в післяопераційному періоді призначають ректально препарат Дістрептазу по 1 свічці 2 рази на день 7 днів та гормональну контрацепцію естроген-гестагенним препаратом в циклічному режимі на 3 менструальні цикли.

Спосіб здійснюють наступним чином: жінці, після детального обстеження і встановлення діагнозу синдром Ашермана, проводять гістерорезектоскопію, руйнують внутрішньоматкові синехії та обробляють порожнину матки розчином ектерициду, одноразово. З 1-ого дня післяопераційного періоду призначають Дістрептазу ректально по 1 свічці 2 рази на день 7 днів, а з 1-ого дня менструального циклу - естроген-гестагенний гормональний контрацептив, в циклічному режимі 3 менструальні цикли.

Гістерорезектоскопія є сучасним малоінвазивним методом усунення вад розвитку порожнини матки, спайкового процесу та інших патологічних станів ендометрію. Окрім значних діагностичних можливостей, гістерорезектоскопія має провідне лікувальне значення на етапі підготовки до екстракорпорального запліднення, оскільки дозволяє одразу виконати необхідну малотравматичну корекцію діагностованої патології.

Ектерицид (Ectericidum) - препарат, що містить водорозчинні продукти окиснення риб'ячого жиру. Має антибактеріальну активність. Антисептичний засіб, використовується для лікування післяопераційних і травматичних ран, фурункулів, карбункулів, опіків, ран, що погано гояться та з нагноєнням, трофічних виразок, норицевих форм остеомієліту. Препарат застосовують місцево в нерозведеному вигляді.

Дістрептаза у формі суппозиторієв містить два активні компоненти: стрептокіназу (15 000 МЕ), що розчиняє згустки крові і поліпшує мікроциркуляцію у вогнищі запалення і стрептодорназу (1250 МЕ), - фермент, що розчинює адгезивні маси нуклеопроїнів, мертвих клітин, що не впливає при цьому на структуру і функцію живих клітин. Така комбіна-

ція створює позитивні ефекти, зокрема протизапальні, анальгезуючі, антітромботичні, розсмоктувальні. Дістрептазу застосовують для лікування гострого і хронічного запалення придатків; післяопераційних інфільтративних уражень органів малого тазу; запалень слизової оболонки матки, після будь-яких хірургічних втручань на черевній порожнині і органах малого тазу (для запобігання утворенню злук і злукової хвороби), геморою, периректальних абсцесів і нориць з великим запальним інфільтратом. Речовини, що діють, містяться в такій кількості, що передозування практично неможливе, як і токсичний вплив на органи і тканини.

Естроген-гестагенний препарат обирають з групи низькодозованих контрацептивів, зокрема Регулон, Новінет, логест, Діане-35, Три-мерсі та використовують в циклічному режимі, тобто з першого дня менструації, яка приходить після гістерорезектоскопії починають 21-денний прийом препарату, після чого роблять перерву до початку наступної менструації, такий курс повторюють тричі. Вибір препарату базують на фенотипових особливостях статури пацієнтки.

Приклад

Жінка Н., 31 рік, звернулася по допомогу у зв'язку із скаргами на болі внизу живота та відсутність вагітності протягом 2-х років регулярного статевого життя. Із анамнезу - два штучні аборти без ускладнень, останній 3 роки тому. Після обстеження встановлено діагноз синдром Ашермана. Проведено гістерорезектоскопічне руйнування внутрішньоматкових синехій, порожнину матки оброблено 100мл розчину ектерициду одноразово. З 1-ого дня післяопераційного періоду пацієнтка отримувала Дістрептазу ректально по 1 свічці 2 рази на день 7 днів, а з 1-ого дня менструального циклу - естроген-гестагенний гормональний контрацептив Діане-35, у зв'язку із фенотиповими особливостями статури, 3 менструальні цикли.

Ефективність лікування оцінювалася по клінічних проявах: нормалізації менструальної функції, відсутності больового синдрому, динамічному УЗІ і за даними контрольної гістероскопії через 3 місяці. Рецидиву внутріматочних синехій не спостерігалося. Вагітність наступила через 8 місяців після гістерорезектоскопії.

Таким чином, отримані позитивні результати свідчать про те, що запропонований спосіб може бути рекомендований для впровадження в практику гінекологів для лікування синдрому Ашермана у жінок репродуктивного віку.

Запропонований спосіб є простим у виконанні, економічним, доступним для в гінекологічних стаціонарів та не викликає ускладнень.