

мендовала себя достаточно информативной и безопасной процедурой и может рассматриваться в качестве скрининг-метода обследования у пациенток с бесплодием. По нашим данным, ее диагностическая ценность при спаечном процессе малого таза составила 92,6 %, при патологии маточных труб – 81,25 %, при наружном эндометриозе – 62,9 %.

Совершенствование эндоскопического оборудования за счет уменьшения диаметра телескопа без потери качества получаемого изображения стало поводом для появления фетоскопии. Плод стал рассматриваться как пациент, которому в настоящее время проводятся не только диагнос-

тические, но и лечебные процедуры. И в нашей клинике начато внедрение эндоскопической фетальной хирургии: лазерная вапоризация патологических анастомозов плаценты при фето-фетальном синдроме у пациенток с монохориальной двойней и окклюзия пуповины одного из плодов с хромосомной или другой патологией.

Таким образом, систематическое переосмысление полученных результатов и внедрение в практику новых технологий открывает новые возможности использования эндоскопической хирургии, что позволяет оптимизировать лечебные подходы оказания хирургической помощи в акушерстве и гинекологии.

Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л., Ткаченко Э.Р.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Россия

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК НАУЧНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Для эндометриоза характерны многообразие форм и вариантов клинического течения, парадоксальные аспекты этиопатогенеза. Многолетний собственный опыт и анализ работы Российской Ассоциации Эндометриоза свидетельствуют о том, что это заболевание представляет собой серьезную социальную проблему, что обусловлено преобладанием в его клинической картине таких симптомов, как изнуряющие хронические или циклические тазовые боли, нарушения репродуктивной функции и менструального цикла. Результаты лечения больных эндометриозом всех возрастных групп (детей, женщин репродуктивного и перименопаузального возраста) свидетельствуют о необходимости комплексного подхода, оценки состояния всех звеньев репродуктивной системы и исключения симульной патологии. Восстановительное лечение следует проводить по индивидуальным программам в зависимости от симптоматики и степени нарушения функций репродуктивной системы. При этом восстановление генеративной функции является лишь частью проблемы. Хирургическое лечение является единственным на сегодняшний день методом, обеспечивающим ликвидацию анатомического субстрата эндометриоза, и, соответственно, максимальную эффективность лечения. Терапия гормональными препаратами (неместран, диферелин и др.) эффективна в плане устранения или облегчения болевой симптоматики, уменьшения размеров очагов и повышения частоты наступления беременности в спонтанных циклах или при использовании ВРТ. Ингибиторы ароматаз, которые сейчас начали использоваться для лечения эндометриоза, могут оказаться эффективным средством терапии, что нуждается в подтверждении в мультицентровых исследованиях.

Данное исследование было направлено на изучение научных, клинических и социальных аспектов эндометриоза с целью повышения качества лечения больных. Материал исследования представлен 1312 больными наружным и внутренним генитальным эндометриозом, обследование, лечение и мониторинг которых проводился в отделении оперативной гинекологии ГУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Комплексное клиническое обследование включало ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансную томографию, спиральную компьютерную томографию. Всем пациенткам выполнена диагностическая и/или хирургическая лапароскопия и гистероскопия, патоморфологическое исследование удаленных препаратов. Проведены цитогенетические, иммунологические, эндокринологические исследования, а также изучение состояния клеточного железа, систем протеолиза и ангиогенеза, позволившие установить участие в патогенезе эндометриоза таких факторов, как гормональный дисбаланс, неблагоприятная экология, генетическая предрасположенность и наследственность, расстройства иммунитета, нарушения в системах протеолиза, ангиогенеза и метаболизма железа. Специальное обследование 690 пациенток в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст $28,2 \pm 3,4$ года), направленное на оценку степени социальной, психологической и семейной адаптированности, включало определение социально-демографического профиля, клинко-психологическое исследование, изучение состояния ЦНС и вегетативной регуляции, качественных и количественных характеристик болевой симптоматики, состояния репродуктивной функции, основных параметров качества жизни – физической активности, сна, трудоспособности, сексуального, семейного и

социального функционирования.

Анатомо-морфологические формы эндометриоза были представлены перитонеальным эндометриозом, эндометриоидными кистами яичников, глубоким инфильтративным эндометриозом с поражением ректо-вагинальной перегородки, узловатым и диффузным внутренним эндометриозом матки (аденомиозом). Комплексная диагностика с применением УЗИ, МРТ, СКТ выявила аденомиоз III степени распространения у 26 из 87 больных с внутренним эндометриозом, очаговые узловые формы аденомиоза у 49 больных, вовлечение в инфильтративный эндометриоидный процесс параметриев, ректо-вагинальной перегородки, стенки кишки в 103 случаях (IV ст. распространения по классификации Л.В.Адамян, 1993 г.), наличие функционирующей остаточной яичниковой ткани и эндометриоз культы шейки матки после ранее перенесенных радикальных вмешательств у 58 больных. Средняя длительность заболевания от установления диагноза до госпитализации составила $5,4 \pm 1,3$ года. 60,8 % больных ранее получали разнообразную консервативную терапию, 37,8 % подвергались оперативному лечению. У 89 пациенток на амбулаторном этапе не было выявлено изменений тазовых органов; показаниями к хирургическому вмешательству в этих случаях были болевой синдром и/или бесплодие. Сочетанная с эндометриозом гинекологическая патология наблюдалась в 53,1 % случаев. Хронические тазовые боли отмечены у 514 (74,2 %) пациенток с эндометриозом. Первичным или вторичным бесплодием страдали 37,3 % больных, на нарушения менструального цикла по типу перименструальных кровянистых выделений и гиперменореи жаловались 28,4 % женщин, на нарушения функции кишечника и органов мочевого выделения – 10,8 %. У 256 (37,1 %) больных отмечены выраженные эмоциональные расстройства депрессивно-ипохондрического типа, высокий уровень личностной и реактивной тревожности, нарушения сна, снижение физической активности и работоспособности, сексуальная дисфункция, социальная и/или семейная дезадаптация, которые сами пациентки связывали с нарушениями репродуктивной функции и/или тазовыми болями. Анализ ЭЭГ показал выраженные изменения активности структур лимбико-ретикулярного комплекса у большинства больных с тяжелыми хроническими тазовыми болями (74,0%), характерные для хронического стресса.

Лапароскопия выявила у 438 больных варианты заболевания, недиагностированные другими методами: эндометриоз брюшины малого таза, эндометриоз аппендикса, спаечный процесс различной степени распространения, дефекты брюшины. У 32 больных с неустановленным на дооперационном этапе генезом тазовых болей лапароскопия выявила поверхностные очаги наружного эндометриоза на брюшине малого таза и яичниках, а также легкий

спаечный процесс. Наибольшая частота бесплодия в сочетании с тяжелыми тазовыми болями в сочетании со снижением ряда параметров качества жизни наблюдалась у пациенток с эндометриозом ретроцервикальной или сочетанной локализации, что было причиной выраженного снижения работоспособности, ограничения физической и социальной активности у этих больных. Тяжелый болевой синдром развился у 46 из 58 больных, ранее перенесших радикальные вмешательства в других медицинских учреждениях – гистерэктомии (тотальную или субтотальную) с придатками или без них по различным показаниям (аденомиоз и/или миома матки). Неадекватная пред- и интраоперационная диагностика эндометриоза, неэффективность эпизодического бессистемного консервативного лечения и необоснованный объем вмешательства у этих больных способствовали усугублению психологического дискомфорта, беспокойства по поводу прогноза заболевания, формированию комплекса неполноценности. У этих пациенток при углубленном обследовании и лапароскопии, проведенных в НЦ АГиП РАМН, выявлен эндометриоз культы шейки матки, влагалища, яичника или его культы, выраженный сопутствующий спаечный процесс, эндометриоз послеоперационных рубцов.

Хирургическое лечение эндометриоза проведено лапароскопическим доступом в объеме удаления эндометриоидных очагов, резекции (с щадящим использованием хирургических энергий и максимальным сохранением коркового слоя яичника и овариального резерва) или удаления яичников, лапароскопических или лапаро-вагинальных вмешательств по поводу глубоких инфильтративных очагов эндометриоза ректо-вагинальной перегородки по методике отделения, экстирпации культы шейки матки, пораженной эндометриозом, лапароскопические гистерэктомии, иссечения узлов аденомиоза (миометрэктомия), разделения спаек. Хирургическое удаление эндометриоза оказалось высокоэффективным в отношении разрешения или существенного облегчения болей у 71,8 % больных. У 26,5 % больных с тяжелыми формами эндометриоза и бесплодием в течение 2-х лет после вмешательства наступили спонтанные беременности, функция тазовых органов нормализовалась у всех больных, предъявлявших соответствующие жалобы до операции. Повышение качества жизни в связи с восстановлением трудоспособности, репродуктивной функции, социальной активности, нормализацией сексуальной функции, документировано у 79,7 % пациенток. Рецидивирование болей в течение года после операции документировано у 24,6 % пациенток, рецидив или персистенция эндометриоза подтвержден при повторной операции у 9,2 % больных.

Хирургическое лечение эндометриоза проводилось в комплексе с рациональной и медикаментозной психотерапией, лекарствами симпатиколитического

или холинолитического действия. Гормональная терапия (оральные контрацептивы, гестагены, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона) назначалась с учетом клинического варианта заболевания, для лечения персистирующих болевых симптомов после удаления очагов эндометриоза, а также в качестве альтернативы хирургическому лечению при аденомиозе. При наружном и внутреннем эндометриозе, дисменорее назначали нестероидные противовоспалительные средства – ингибиторы синтеза простагландинов. На фоне комплексной терапии результаты хирургического лечения удалось улучшить у 10,3 % больных. Четверо больных с уста-

новленной психической патологией поступили под наблюдение психиатра.

Таким образом, данное исследование показало, что больные наружным и внутренним эндометриозом нуждаются в интегрированном мультидисциплинарном и в то же время индивидуальном подходе с учетом клинического варианта течения заболевания, степени страдания качества жизни и отдельных его составляющих. Только комплексный подход обеспечивает, наряду с клиническим излечением, восстановление трудоспособности, семейных и сексуальных отношений, и способствует психологической и социальной адаптации.