

**В.П. БАСКАКОВ**  
ЦМСЧ-122,  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**В статье рассмотрены вопросы показаний, противопоказаний, а также особенностей хирургической тактики и подходов у больных с эндометриозом.**

*С началом широкого применения прогестринов, а в дальнейшем и антигонадотропинов, высказывались мнения об уменьшении значимости операций в лечении больных эндометриозом и даже исключения их из арсенала лечебных мероприятий. Подобное представление, с нашей точки зрения, являлось абсурдным. Последующий ход событий подтвердил справедливость сказанного.*

Показания к хирургическому лечению эндометриоза подробно изложены в монографии "Клиника и лечение эндометриоза" (1990). Поэтому в настоящей статье будут сделаны лишь некоторые уточнения.

Необходимость хирургического вмешательства в комплексном лечении диктуется наличием форм эндометриоза, не подлежащих гормональной терапии. К ним относятся:

1) эндометриоз у пациенток, перенесших онкологические заболевания, по поводу которых проводилось хирургическое, лучевое лечение и/или химиотерапия (рак яичников, рак щитовидной железы, рак желудка, рак толстой кишки и др.). Несколько иначе дело обстоит с карциномой молочной железы. При этой локализации можно использовать для лечения золладекс;

2) кистозная форма эндометриоза яичников (особенно железисто-кистозная, потенциально неблагоприятная в онкологическом отношении);

3) распространенный эндометриоз, развившийся в результате отсутствия сообщения матки с влагалищем и ретроградного поступления менструальной крови в брюшную полость.

Я полностью поддерживаю мнение В.И.Краснопольского и В.И.Тищенко о том, что распространенные формы эндометриоза с вовлечением в процесс

кишечника и органов мочевой системы подлежат хирургическому лечению, и объем операции для каждой больной устанавливается индивидуально. Эндометриоз послеоперационных рубцов, пупка и добавочного рога матки также подлежит хирургическому лечению.

При сочетании эндометриоза и бесплодия, когда желаемый эффект (наступление беременности) не достигается консервативным лечением в течение двух лет, также следует обсудить вопрос о хирургическом лечении в сберегательном объеме, так как длительная консервативная терапия с использованием гормональных препаратов нередко приводит к гиперторможению функции яичников и стойкой ановуляции, справиться с которой бывает трудно. Обычно речь идет о резекции частей яичников с очагами эндометриоза, иссечении позадишеечного эндометриоза с частью задней стенки перешейка матки. Могут потребоваться клиновидная резекция передней стенки прямой кишки, уретеролиз или резекция части мочевого пузыря, пораженного эндометриозом. Таким образом, объем операции может быть значительным. Но это не должно быть препятствием для выполнения намеченного объема операции. Просто нужно соответствующим образом подготовить больную и иметь опыт операций на смежных органах или пригласить соответствующих специалистов.

Наличие соматической патологии, исключающей возможность длительной гормональной терапии (желчнокаменная болезнь, мочекаменная болезнь, тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь с кризовым течением и др.), особенно сочетающейся с polyvalentной аллергией, также склоня-

Журнал  
акушерства  
и женских  
болезней



ст решение вопроса в пользу операции.

Само собой разумеется, отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии с самого начала или в процессе лечения (через несколько лет) диктует необходимость пересмотра тактики ведения больной - обсудить вопрос об операции. И сделать это лучше до развития осложнений лечения.

Бесперспективным является консервативное лечение эндометриоза при сочетании его с нефроптозом, требующим хирургической коррекции. То же самое можно сказать и о сочетании эндометриоза с синдромом Аллена-Мастерса.

Особого внимания заслуживают пациентки, страдающие тяжелой формой эндометриоза и кардиальной патологией, когда оба заболевания являются показанием к хирургическому лечению. О нестандартном подходе к лечению подобной категории больных говорится в статье И.В.Сергеевой, В.П.Баскакова и соавт.(см. раздел «Казуистика»).

**Особенности, которые приходится учитывать при подготовке больных к операции, выполнении её и ведении послеоперационного периода:**

- пациентки с разбалансированной эндокринной системой;

- со сниженным гуморальным, клеточным иммунитетом и неспецифической сопротивляемостью организма;

- практически у всех пациенток в той или иной степени нарушены функции печени, поджелудочной железы, щитовидной железы и нередко - органов мочевой системы, особенно при затруднении оттока мочи в результате стенозирования нижнего отдела мочеточника (ов);

- каждая третья больная тяжелым эндометриозом страдает поливалентной аллергией. Нередко в прошлом перенесла анафилактический шок при подготовке к операции или во время вводного наркоза;

- недостаточность антиоксидантной системы организма, особенно при тяжелых формах заболевания с выраженным болевым синдромом;

- лабильность системы гемостаза

(быстрый переход от гипо- к гиперкоагуляции с опасностью тромбоэмболических осложнений);

- выраженные неврологические нарушения (неврозоподобные состояния, плекситы, полирадикулоангионевриты и др.).

Значимость указанных факторов увеличивается после длительной гормональной терапии, особенно когда не учитывалась индивидуальная переносимость гормональных препаратов и развились болезни лечения.

**Рекомендации при подготовке больных к операции:**

1. Прекратить гормональную терапию за 2-3 месяца до операции, так как все гормональные препараты, применяемые для лечения больных эндометриозом, являются иммунодепрессантами.

2. Установить степень распространения эндометриоза и вовлечения в процесс смежных органов.

3. При наличии поливалентной аллергии провести подготовку с использованием ГБО, транквилизаторов, глюкокортикоидных препаратов, ЭАКК, антигистаминных препаратов, методов эфферентной гемокоррекции (иммунокорректирующий плазмаферез) и других компонентов. Если все же аллергическая реакция разовьется, применить блокаду кальциевых каналов с использованием коринфара, изоптина, тиосульфата натрия и магния сульфата.

4. Устранить анемию и гипопротеинемия.

5. Нормализовать водно-электролитный баланс.

6. Санировать очаги хронической инфекции, если позволяют время и состояние больной.

7. Устранить дисбактериоз кишечника (особенно важно, когда предполагается вмешательство на кишечнике).

8. С участием терапевтов провести коррекцию соматической патологии.

9. С участием психоневрологов купировать неврологические и психоневрологические нарушения. Перед операцией этим больным проводится несколько сеансов ГБО, что позволяет преодолеть страх перед пребыванием в изолированном замкнутом по-

мещении (барокамере) и продолжить оксигенотерапию после операции. Можно также проводить ГБО в многоместных камерах.

10. При установлении стенозирования мочеточника (ов) и развитии гидроуретера и гидронефроза за 7-14 дней до операции накладывается циркулярная нефростомы. Нефростомы снимаются после того, как состояние анастомоза (неоуретероцистостомии) не будет вызывать сомнений.

11. При установлении ХПН проводится подготовка с использованием методов эфферентной гемокоррекции, коррекции водно-электролитного баланса и КОС, применяются реополиглокин, гемодез, полидез и другие препараты, улучшающие микроциркуляцию и детоксикацию организма.

С учетом предрасположенности больных эндометриозом к воспалительно-септическим осложнениям в послеоперационном периоде важное значение имеет профилактика этих осложнений. Начинается она до операции и продолжается во время операции и в послеоперационном периоде.

**Во время операции:**

- адекватное восполнение кровопотери, ОЦЖ;

- применение препаратов 5-нитроимидазолового и тинидозолового ряда;

- промывание брюшной полости раствором фурациллина с добавлением диоксидина или другими растворами после удаления гнойников, коричневой жидкости, излившейся из эндометриоидных кист яичников, после резекции пораженного участка кишки и по другим показаниям.

**После операции:**

- внутрисосудистое лазерное облучение крови или УФО крови;

- продолжение введения препаратов 5-нитроимидазолового или тинидозолового ряда в сочетании с антибиотиками, в дальнейшем - применение далацина с гентамицином, по показаниям - фортум, тиенам;

- ГБО;

- восстановление моторной функции кишечника (эпидуральный блок, устранение анемии, нормализация

водно-электролитного баланса);

- применение иммуномодуляторов (тимоген, сандоглобулин, циклоферон, тималин, Т-активин, спленин и др.);

- поддержание функции печени.

### **О лечении малых форм эндометриоза.**

С этой целью широко применяют диатермокоагуляцию очагов эндометриоза или выпаривание их лазером. Ведущим проявлением заболевания чаще всего является бесплодие. С моей точки зрения, одного воздействия на очаги поражения недостаточно. Ведь в организме сохранились условия, способствующие развитию заболевания (отклонения в эндокринной, иммунной, антиоксидантной системах и др. факторы). Поэтому после термического воздействия на очаги эндометриоза необходима коррекция упомянутых выше отклонений. Это необходимо в отношении пациенток с определенными дерматоглифическими данными и/или когда после воздействия на очаги эндометриоза появились боли.

### **Об упуцениях в хирургическом лечении эндометриоза:**

1. Самым распространенным упуцением является поздняя постановка вопроса об операции, когда у пациенток уже развились болезни лечения (анаболическое действие, дисбактериоз кишечника, вирильный синдром или другие болезни).

2. Оставление очагов эндометриоза без указания этого в медицинской документации. Чаще других оставляется позадишеечный эндометриоз, эндометриоз перешейки матки и узлы в стенке прямой кишки. У больных сохраняются и усиливаются определенные клинические проявления, а им заявляют: "Эндометриоза мы у вас не видели".

3. Много неприятностей больным причиняет диатермокоагуляция позадишеечного эндометриоза. Этим методом полностью вызвать деструкцию очага невозможно. Оставшаяся часть активизируется, причиняет сильные боли, врастает в стенку прямой кишки и боковые параметры, что приводит к стенозированию мочеочника (ов).

4. Подшивание большого сальника к оставшейся части яичника после

его резекции. Развивающийся после этого синдром "фиксированного сальника" причиняет боли и нередко нарушает функцию кишечника.

5. Позднее начало закрепляющего лечения после операции.

6. Пунктирование эндометриoidных цистаденом и эвакуация содержащейся в камерах коричневой жидкости без цитологического исследования осадка.

7. Увлечение антибактериальной терапией в послеоперационном периоде, что способствует развитию дисбактериоза кишечника и хронического рецидивирующего вульвовагинита.

### **О некоторых особенностях хирургического лечения**

Разрез должен обеспечивать хороший доступ в зону операции. При повторных операциях или у тучных женщин предпочтительнее надлобковая лапаротомия с пересечением прямых мышц живота или нижняя срединная лапаротомия. Во время операций по поводу эндометриоза нередко приходится расширять объем вмешательства. Чаще это делается при позадишеечном эндометриозе, поражении перешейки матки, эндометриозе яичников. Нередко возникает необходимость иссечения эндометриоза из стенки кишки или мочевого пузыря. При этом может быть вскрыт просвет органа. Поэтому перед операцией по поводу эндометриоза необходимо подготовить кишечник. Если был вскрыт просвет кишки - правильно зашить рану в кишке и после операции, не прекращая наркоза, произвести девульсию наружного сфинктера прямой кишки (растянуть сфинктер). При вскрытии просвета мочевого пузыря или резекции пораженной эндометриозом части пузыря - после зашивания раны необходимо проверить герметичность наложенных на пузырь швов (путем введения в пузырь подкрашенной метиленовым синим жидкости) и после операции оставить в пузыре постоянный катетер не менее чем на 7-10 суток. Необходимость катетеризации мочевого пузыря на весь период операции не вызывает сомнений.

По ходу операции следует контролировать расположение мочеочников. Лучшие всего их выделить лате-

ральным доступом (от стенки малого таза, где меньше рубцово-инфильтративных изменений или они вообще отсутствуют). Из плотных сращений с узлами эндометриоза мочеочники осторожно выделяются, предпочтительно острым путем. Допустима катетеризация мочеочников перед операцией (катетер № 5 или 6). Но это делается лишь в том случае, если хирург не имеет опыта выделения мочеочников.

Несколько слов об объеме операции по поводу аденомиоза матки или сочетания аденомиоза с миомой матки и позадишеечным эндометриозом. Таким больным показана экстирпация матки с иссечением позадишеечного эндометриоза. Надвлагалищная ампутация матки не только не избавит пациенток от болей, но и обречет их на более тяжелые страдания.

Оставленный пораженный эндометриозом перешеек матки, не говоря уже о позадишеечном эндометриозе, практически не поддается консервативному лечению, и приходится после безуспешной консервативной терапии идти на повторную операцию. При этом целесообразно с самого начала выделить мочеочники до маточных сосудов, взять их на нипельные держалки. После этого отсепаровать мочевой пузырь и рассечь маточные сосуды, крестцово-маточные связки, отсепаровать прямую кишку и далее продолжать операцию обычным путем.

В заключение следует подчеркнуть, что хирургическое вмешательство является важным компонентом сложной задачи комплексного лечения больных эндометриозом. Подавляющему большинству пациенток после операции показано закрепляющее лечение с использованием гормональных препаратов, иммуномодуляторов, ГБО и других компонентов. Вопрос об объеме лечения решается индивидуально.

В решении сложной задачи лечения больных эндометриозом необходимо взаимодействие представителей различных клиник и гинекологических отделений, обмен опытом. К сожалению, в жизни дело обстоит не всегда так.