



НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕЗУ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА

Берлев И.В., Цвелев Ю.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на внедрение в практику в последние годы эффективных методов диагностики и лечения эндометриозной болезни, по-прежнему большие затруднения вызывает обоснование тактики и выполнение хирургических вмешательств при сочетании генитального эндометриоза с поражением соседних органов и клетчаточных пространств малого таза. Особенность хирургического лечения больных при сочетанной форме заболевания связана с необходимостью радикального иссечения очагов и имплантатов эндометриоза из пораженных органов (гениталий, стенки кишки, мочевого пузыря) и ликвидации рубцово-спаечного процесса с одновременным сохранением у больных репродуктивного возраста специфических функций женского организма и повышением качества жизни.

Материал и методы. Результаты хирургического лечения распространенных форм генитального эндометриоза проанализированы нами у 204 женщин.

Результаты. На основании клинико-инструментальных методов исследования выявлены следующие формы эндометриозной болезни: эндометриомы яичников (108 женщин); аденомиоз в сочетании с миомой матки (36 женщин); ретроцервикальный эндометриоз с поражением стенки прямой кишки (59 женщин); эндометриомы яичников в сочетании с аденомиозом, поражением мочевого пузыря и сигмовидной кишки (одно наблюдение). Анализ результатов хирургического лечения показал, что у 164 пациенток эндовидеохирургические методы позволили выполнить радикальное лечение эндометриозной болезни. У 12 женщин лапароскопия оказалась диагностической и потребовала конверсионной лапаротомии. У 28 больных хирургическое лечение эндометриоза было выполнено лапаротомическим доступом. Радикальные эндовидеохирургические операции при эндометриозе включали гистерэктомию, удаление эндометриом яичников, иссечение очагов ретроцервикального

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРОИДНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

эндометриоза, эндометриоза брюшины малого таза, крестцово-маточных связок, мобилизацию прямой кишки (при условии отсутствия деформации просвета кишки). При лапаротомии операции при эндометриозе включали гистерэктомию в сочетании с резекцией стенозированной участка прямой кишки (27 наблюдений), резекцией стенки мочевого пузыря (одно наблюдение).

Из нашего клинического опыта следует, что у 82 % больных эндовидеохирургические методы позволяют осуществить эффективное лечение эндометриозной болезни, ликвидировать тазовые боли и гиперполименорею, в ряде случаев – восстановить фертильность. При обширном поражении эндометриозом органов малого таза и выявлении глубоких очагов эндометриоза предпочтение следует отдавать лапаротомическому доступу для выявления истинных границ распространения процесса и облегчения выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Выводы. Поскольку установить реальное распространение процесса и степень поражения органов малого таза возможно только во время операции, больным с сочетанными формами эндометриозной болезни требуется углубленное предоперационное обследование для определения рациональной тактики, операционного доступа и подготовки кишечника и органов мочевыделительной системы к предполагаемым оперативным вмешательствам. В связи с возможными отклонениями в ходе операции в сторону расширения ее объема (наложение временной колостомы, эпицистостомы и др.) больная обязательно ставится об этом в известность и дает свое согласие. Анатомические изменения в половых и соседних органах вследствие их эндометриозного поражения обуславливают нетипичность оперативных вмешательств и повышенную опасность разнообразных осложнений во время операции (ранение мочевого пузыря, мочеточников, стенки кишки и др.).

Бескровный С.В., Гайворонских Д.И., Ильин А.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БУСЕРЕЛИНОМ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Цель: оптимизация послеоперационного этапа лечения аналогами гонадолиберина больных генитальным эндометриозом (Э).

Материалы и методы. 46 женщин, получавших лечение спреем бусерелина интраназально после хирургического удаления видимых эндо-

метриодных очагов брюшины и яичников.

Результаты. Разработанный алгоритм обследования и лечения больных Э позволил добиться стойкого излечения у 98 % пациенток.

Заключение. В алгоритме лечения Э необходимо строгое соблюдение ряда последовательных этапов. Плановому хирургическому этапу лечения Э должен предшествовать диагностический, для выявления патогенетического механизма нарушений в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе, приведших в конечном итоге к развитию Э. Гормональный скрининг может исключить или подтвердить вторичный характер этих нарушений, например, тиреоидного или надпочечникового генеза. При экстренном характере операции скрининг вынужденно носит отсроченный характер.

На втором этапе одновременное хирургическое удаление визуализируемых очагов Э позволяет сократить процесс лечения, снизить объем и продолжительность последующей подавляющей гормональной терапии, уменьшить неблагоприятное действие больших доз гормональных препаратов на экстрагенитальные органы и системы женского организма. При нереализованной репродуктивной функции этот этап может быть ограничен или даже исключен (аденомиоз матки).

Третьим обязательным этапом в лечении Э должен являться этап полного исключения гипоталамо-гипофизарной системы, приводящий к блокаде яичников и развитию временной аменореи на фоне атрофии эндометрия. Только он позволяет достичь ликвидации скрытых очагов Э, сохранившихся после хирургического этапа. Выбор препарата (гестагены, дериваты тестостерона, аналоги люлиберина) решается индивидуально с учетом распространения основного заболевания, индивидуальной переносимости фармакологического агента и степени его возможного побочного влияния. В этом плане бусерелин обладает единственным недостатком – усилением потери кальция организмом, легко компенсируемым

дополнительным подключением его препаратов.

Критериями достаточности дозы применяемого препарата является не только полное прекращение менструаций, но и отсутствие скрытых циклов, свидетельствующее о полном угнетении системы регуляции функции яичников. Временный этап появления приливов в начале лечения служит надежным маркером выключения яичников. Сроки выключения функции яичников при лечении Э не должны быть меньше 6 – 8 месяцев.

Последним этапом в лечении Э является этап профилактики его рецидива. У пациенток, заинтересованных в последующей беременности, профилактика достигается восстановлением полноценного менструального цикла с последующей реализацией репродуктивной задачи. У большинства других женщин применение монофазных КОК обеспечивает и профилактику любого гиперпластического процесса, и предупреждение нежелательной беременности. При выявлении гиперпролактинемической недостаточности яичников последняя является противопоказанием к назначению КОК. Восстановление полноценного менструального цикла у этих больных путем подбора индивидуальной суточной дозировки агонистов дофамина служит целям профилактики рецидива эндометриоза, но не обеспечивает контрацептивного эффекта. Этим женщинам показан дополнительный подбор контрацептива другого типа. У больных с тиреоидным или надпочечниковым генезом Э заместительная терапия начинается с момента установления диагноза.

Этап профилактики рецидива гиперпластического процесса – наиболее длительный этап, совпадающий с окончанием репродуктивного периода жизни женщины. Возрастное выключение функции яичников ликвидирует гормональную основу этих заболеваний. У женщин переходного возраста (после 45 лет) в ряде случаев этот момент может быть искусственно ускорен переходом этапа медикаментозного выключения яичников в возрастную менопаузу.

Савицкий Г.А.¹, Горбушин С.М.²

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН,

²Медицинский центр ФГУП “Адмиралтейские верфи”, Санкт-Петербург, Россия

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ – ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Цель исследования: Оценить роль гормонозависимых изменений микрорельефа эпителиоцитов эндометрия в патогенезе бесплодия, ассоциированного с перитонеальным эндометриозом.

Методы. Лапароскопия, биопсия эндометрия и брюшины с эндометриодными гетеротопиями/без эндометриоза, аспират перитонеальной жидкости при эндометриозе/без эндометриоза, органотипическое культивирование образцов эндометрия и

мезотелия в диффузионных камерах с миллиметровыми фильтрами, имплантированных овариоэктомированным крысам с последующим введением половых стероидов, световая и сканирующая электронная микроскопия.

Результаты. При перитонеальном эндометриозе и овариальной недостаточности во II фазе цикла эндометрий имеет патологическое строение как на структурном уровне (неполноценные преобра-