

НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В статье представлен анализ лапароскопического лечения 64 больных с наружным эндометриозом. При этом с целью оценки состояния внутренних гениталий в позднем послеоперационном периоде 41 больной выполнена лапароскопия second-look, при которой рецидив заболевания обнаружен в 36% наблюдений. Показано, что проведение противорецидивной терапии в послеоперационном периоде позволяет снизить число рецидивов с 46,8% (только операция) до 25% (комбинированное лечение). Авторами разработаны и сформулированы показания для выполнения second-look лапароскопии у больных эндометриозом женщин.

В настоящее время оперативная лапароскопия признана методом выбора оперативного лечения при доброкачественной патологии органов внутренних гениталий. До 70% всех гинекологических операций проводятся лапароскопическим доступом, при наружном эндометриозе этот показатель достигает 96%. Однако несмотря на высокую эффективность лапароскопии в лечении больных эндометриозом не всегда удается достичь оптимального результата. В связи с этим актуально использование second-look лапароскопии для оценки адекватности лапароскопических вмешательств и изучения отдаленных результатов эндоскопических операций.

Целью работы явилась оценка результатов эндоскопической хирургии при наружном эндометриозе с определением оптимальных объемов и методов проведения лапароскопии, изучение целесообразности использования лапароскопии в качестве оперативного вмешательства second-look в зависимости от вида и степени распространенности процесса.

Лапароскопия была выполнена 64 больным с наружным эндометриозом, в плановом порядке 98,5%, в экстренном 1,5%.

Повторную (second-look) лапароскопию, проводили в среднем через $1,3 \pm 0,9$ года, временной диапазон составил 3 месяца—4 года. Повторная лапароскопия была либо запланирована после первичной лапароскопии (67%), либо осуществлялась в экстренном порядке при подозрении на трубную беременность, апоплексию яичника, острый аднексит (33%).

Возраст пациенток к моменту первой лапароскопии состав-

лял в среднем $25,8 \pm 3,5$ г., варьируя от 18 до 34 лет. Анализ менструальной функции показал, что 64% больных страдали альгоменорреей, 17% — меноррагиями. Регулярно половую жизнь вели 58 (90,6%) больных. При анализе репродуктивной функции было выявлено, что 46 (72%) пациенток имели в анамнезе беременности (у 19 беременности закончились родами, у 21 абортами, у 6 были и роды и аборт). Первичное бесплодие имели 19 пациенток, вторичное — 7.

Эндоскопические операции проводились на оборудовании и при помощи инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). На протяжении первой и second-look лапароскопиях осуществлялась видео- и фотозапись с последующим сопоставлением и анализом полученных материалов. Классификацию эндометриоза мы проводили по R-AFS classification (1985). Интраоперационную оценку спячного процесса осуществляли по известной шкале-AFS.

Из 64 больных с наружным эндометриозом 26 имели эндометриомы, 38 эндометриоидные гетеротопии. Эндометриомы у 17 были односторонними, у 9 двухсторонними, при этом у 14 пациенток эндометриомы сочетались с эндометриоидными гетеротопиями. Среди гетеротопий преобладающими были поверхностные формы (26 пациенток с I—II ст. эндометриоза), инфильтративные формы встречались в два раза реже (12 оперированных с III—IV ст. эндометриоза). Наиболее часто очаги локализовались на крестцово-маточных связках и брюшине Дугласова пространства (до 90%), а также на маточных

Локализация наружного эндометриоза по данным лапароскопии

Локализация эндометриоза	Первая лапароскопия	Second-look лапароскопия
Крестцово-маточные связки	18 (28,1%)	9 (14%)
Брюшина Дугласова пространства	10 (15,6%)	7 (11%)
Пузырно-маточное углубление	5 (7,8%)	—
Круглые связки	4 (6,5%)	—
Маточные трубы 1 (1,6%)	—	—
Эндометриодные кисты	26 (40,6%)	7 (11%)
Итого	64	23

трубах, яичниках, пузырно-маточной складке (около 10%). Генитальный эндометриоз сопровождался формированием спаечного процесса у 46 больных (таблица).

У больных с наружным эндометриозом при выполнении лапароскопии и выборе объема операции учитывали возраст пациентки, заинтересованность в репродуктивной функции, размеры эндометриомы и сохранность здоровой ткани яичника, наличие спаечного процесса, распространенность наружного эндометриоза. При эндометриомах кистэктомия производилась 14, аднексэктомию — 3 больным; при двусторонней локализации эндометриом билатеральная кистэктомия выполнена 6; аднексэктомию, с одной стороны, и кистэктомия, с другой, — произведена 3 пациенткам. Аднексэктомию осуществлялась при кистах большого размера, чаще длительно существующих, когда практически отсутствовала нормальная ткань яичника. Когда в силу крайней заинтересованности в беременности и у молодых женщин при аналогичной эндоскопической картине выполнялась кистэктомия, последующее обследование (УЗИ, second-look лапароскопия) показало: у каждой четвертой больной наступает атрофия яичника с потерей овуляторной функции. Наиболее травмирующим моментом при данных эндометриомах являлась коагуляция в зоне ворот яичника в процессе гемостаза. Поэтому в случаях, когда необходимость сохранения яичника не продиктована репродуктивной ситуацией, не следует проводить органосохраняющую операцию при крупных образованиях и отсутствии достаточного объема неизмененной ткани яичника.

Всем больным с эндометриодными гетеротопиями произведено максимальное удаление очагов: у 75% путем коагуляции, у 25% — иссечением эндометриодной ткани. При выборе метода лечения учитывали степень и глубину поражения тканей; так, при поверхностных поражениях производилась коагуляция, а при ин-

фильтративных формах — иссечение очагов эндометриоза с последующим гемостазом.

Из 46 больных эндометриозом со спаечным процессом полный лизис спаек произведен 37 больным, частичный 9. Частичное разделение спаек было достаточным для выполнения адекватного оперативного вмешательства и производилось при IV ст. спаечного процесса, при этом оставшиеся спайки не оказывали отрицательного влияния на репродуктивную функцию. Особенностью спаек при эндометриозе явился выраженный инфильтративный компонент, плотность спаек, вовлечение в процесс соседних органов.

Особенно тщательно обеспечивали гемостаз при помощи монополярной коагуляции, поскольку сгустки крови могут способствовать формированию спаечного процесса после операции. Особое внимание в процессе и в заключение операции уделяли санации малого таза — удаляли сгустки и жидкую кровь, промывали полость малого таза физиологическим раствором. В 3 наблюдениях с целью контроля за гемостазом и оттока скапливающейся в малом тазу крови осуществили дренирование малого таза. Дренаж удаляли на следующие сутки после оперативной лапароскопии.

Кровопотеря во время операции составила у 41 больных от 20 до 100 мл; у 20 пациенток —

от 100 до 150 мл, у 3 — от 150 до 400 мл. Длительность операции у 36 из 64 больных составила от 20 до 30 минут, у 28 пациенток от 30 до 60 минут, в среднем $36,9 \pm 9,6$ минут. Послеоперационное течение было гладким у всех пациенток, большинство из них выписались домой на 2—3 сутки после лапароскопии.

После оперативной лапароскопии гормонотерапию получали 32 (50%) больных, остальные принимали симптоматические препараты. Для гормонотерапии использовали по стандартным схемам препараты: даназол, гестринон, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. Необходимо отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, патогномоничных для эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, увеличения процента жалоб на боли не было, однако после окончания приема гормональных препаратов их число стало расти, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженное снижение болевого синдрома лишь первые три месяца после оперативной лапароскопии. У пациенток, не получавших гормонотерапию, возобновление болевой симптоматики и рецидив эндометриом возникали в среднем на 6—8 месяцев раньше. Необходимо отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли

жалоб, патогномоничных для эндометриоза. Через 0,5–4 года (перед повторной лапароскопией) болевая симптоматика наблюдалась у каждой третьей больной: болезненные менструации у 15, боли в области малого таза тянущего характера у 12, диспареуния у 4.

За промежуток времени от первой до second-look лапароскопии у 9 из 64 обследуемых наступила маточная беременность, исходом которой у 2 больных стал искусственный аборт в связи с не заинтересованностью в беременности, у 3 самопроизвольный выкидыш, у 4 пациенток роды. Оставшиеся 19 пациенток, желавших иметь детей, не смогли забеременеть.

При наружном эндометриозе показанием к проведению повторной лапароскопии послужили: необходимость оценки состояния органов внутренних гениталий у 41 (при выраженном спаечном процессе III–IV степени, инфильтративных формах эндометриоза, заинтересованности пациентки в репродуктивной функции), стойкий болевой синдром у 16, формирование эндометриом у 7.

По данным second-look лапароскопии рецидив наружного эндометриоза выявлен в 23 (36%) наблюдениях. Сопоставление этих данных с клиническими проявлениями показало, что частота болевого синдрома составляла лишь 11,5% (6) к 6 месяцу после операции, 17,3% (9) к 12 мес.

При рецидиве размеры эндометриом не превышали 2 см в диаметре, сопоставление видеопротоколов первой и второй лапароскопии показало, что исходной формой процесса могли быть как эндометриомы (5), так и гетеротопии (2).

Повторное возникновение очагов эндометриоза наиболее часто выявляли при локализации процесса на брюшине Дугласова пространства – 7 (11%), крестцо-

во-маточных связках – 9 (14%), в яичниках – 7 (11%). Следует обратить внимание, что рецидив эндометриоза чаще возникал в зоне контакта фимбриального отдела маточной трубы с органами внутренних гениталий, что могло быть связано с развитием имплантантов эндометрия на брюшине. Необходимо дальнейшее изучение целесообразности пересечения маточных труб у женщин с наружным эндометриозом, не заинтересованных в репродуктивной функции, для профилактики рецидивов. Анализ видеопротоколов показал, что к рецидивированию склонны инфильтративные, распространенные формы эндометриоза. Следует отметить, что при рецидиве наружного эндометриоза точного повторения локализации эндометриоидных гетеротопий по данным second-look лапароскопии не происходит, возникают новые очаги в меньшем количестве, как правило, поверхностные. В целом, сравнительная оценка результатов second-look лапароскопии при эндометриозе показала, что гормонотерапия после операции не позволяет избежать рецидивов, однако их частота снижается с 46,8% (только хирургическое лечение) до 25% (при комбинированном лечении).

Лапароскопия second-look позволила также оценить наличие и характер спаечного процесса после первичного лапароскопического вмешательства. Обнаружено, что у большинства больных 53 (82%) новые спайки не формировались, у остальных образовались плоскостные, тонкие спайки, которые разделялись аквадиссекцией и тупым путем. Это объясняется небольшой активностью и длительностью процесса, а также бережным характером первичного оперативного эндоскопического вмешательства. Параллельный анализ видеопротоколов последовательных лапароскопий показал, что формирование спа-

ек происходило при неадекватном гемостазе при первой лапароскопии, травматичном вмешательстве на яичниках, дренировании малого таза, больших, обширных дефектах брюшины, образующихся после разделения выраженного спаечного процесса (в основном между задним листком брюшины и яичником).

Надо сказать, что у 12 больных повторная лапароскопия носила диагностический характер, а у 3 были разделены небольшие спайки в Дугласовом пространстве, что позволяет высказаться об отсутствии необходимости выполнять повторную лапароскопию у данных пациенток. Ретроспективный анализ показал, что исходно это были пациентки с малыми формами эндометриоза в сочетании с бесплодием, у которых после первичного оперативного вмешательства не было болевого синдрома, отсутствовали ультразвуковые данные о патологии органов малого таза и мотивом выполнения лапароскопии second-look явилось отсутствие беременности, желание оценить состояние органов внутренних гениталий.

Таким образом, лапароскопия является малотравматичным эффективным методом лечения наружного эндометриоза, позволяющим максимально выполнить органсберегающие объемы операции, что особенно важно для молодых женщин. Показаниями для лапароскопии second-look при лечении эндометриоза являются:

- рецидив эндометриомы;
- инфильтративные формы эндометриоза, III–V степень эндометриоза по данным первичной лапароскопии при заинтересованности пациентки в беременности;
- возобновление клинических проявлений наружного эндометриоза;
- болезненные менструации, тазовый болевой синдром, диспареуния и т. д.