

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

В работе представлены оригинальные подходы авторов в клиническом лечении эндометриоза. Обобщен опыт лапароскопических операций у 232 больных. Доказана необходимость активной хирургической (консервативной или радикальной) тактики у больных с распространенными формами эндометриоза. Рекомендовано применение агонистов Гн-РГ для предоперационной подготовки и в качестве противорецидивного лечения, особенно у больных с сочетанием генитального эндометриоза и миомы матки.

Современный подход к лечению распространенных форм генитального эндометриоза предусматривает сочетание хирургического и противорецидивного гормонального лечения в связи с низкой эффективностью чисто консервативной терапии этой патологии [1]. В МОНИИАГ применяются как консервативно-хирургический, так и радикально-хирургический подходы [2]. Первый подход предусматривает хирургическое вмешательство лапароскопическим или абдоминальным доступом с сохранением матки и придатков, восстановление анатомии внутренних половых органов, удаление инфильтрата ретроцервикального пространства, передней стенки прямой кишки, устранение сопутствующей органической патологии внутренних гениталий (консервативная миомэктомия, реконструктивные операции на придатках матки и др.). При данном виде лечения с целью оптимизации хирургического этапа и последующей противорецидивной гормонотерапии мы используем различные агонисты Гн-РГ: Бусерелин («Фарм Синтез», Россия) в суточной дозе 900–1200 мкг по одному впрыскиванию в оба носовых хода 3–4 раза в сутки; Золадекс («Zeneca», США) 3,75 мг 1 раз в 28 дней; Люкрин-Депо или Диферелин по аналогичной схеме. Предоперационная подготовка больных составляет 3 мес. Также 3 мес длится послеоперационный противорецидивный курс терапии.

Радикально-хирургический подход предусматривает проведе-

ние экстирпации матки с частичным или полным удалением придатков, удаление ретроцервикального инфильтрата с последующей противорецидивной гормональной терапией по показаниям. В случаях выраженных инфильтративных изменений клетчаточных пространств малого таза с вовлечением в процесс параметриев, мочеточников предпочтение отдаем абдоминальному доступу.

Материалы и методы

За период с 1994 по 2002 год в отделении хирургической эндоскопии МОНИИАГа лапароскопия при распространенных формах генитального эндометриоза выполнена 232 больным.

Средний возраст пациенток колебался от 18 до 42 лет. Длительность анамнеза составила от 6 мес до 10 и более лет. У 121 (52%) пациентки ранее проводилось безуспешное гормональное лечение от 6 мес до 2-х лет. У 46 (19,8%) больных заболевание протекало без клинических проявлений.

Обследование больных включало вагинальный осмотр, общеклиническое обследование, трансагинальное УЗИ, ректоскопию, колоноскопию, урографию по показаниям.

Консервативно-хирургическая тактика применена у 124 больных в связи с необходимостью сохранения репродуктивной функции, 108 больным проведено радикальное хирургическое лечение в условиях лапароскопии. Длительность операции составила от 55 до 150 минут.

Результаты исследования

Из технических особенностей операции при инфилтративном эндометриозе следует отметить следующие этапы операции: овариолизис, цистэктомия (при наличии эндометриом), отсечение ретроцервикального инфилтратата от тела матки, мобилизация передней стенки прямой кишки при вовлечении ее в патологический процесс, уретеролизис по показаниям, иссечение инфилтратата в пределах неизмененных тканей.

При радикальном подходе обязательным является выделение и перевязка маточных артерий при визуальном контроле хода мочеточников после уретеролизиса.

Интраоперационные осложнения отмечены у 2-х больных (0,8%). Это ранение левого мочеточника при его выделении из инфилтратата в 1 случае. Выполнено ушивание дефекта на стенке с хорошим результатом. В другом случае при мобилизации тела матки вскрыт просвет ректосигмоидного отдела толстой кишки. Ранение интраоперационно диагностировано, рана ушита, в дальнейшем гладкое течение.

При выполнении уретеролизиса в двух случаях для профилактики урогенитальных осложнений посчитали целесообразным дренировать мочеточник на стенке.

В связи с глубоким поражением передней стенки прямой кишки у 4-х больных выполнена краевая резекция кишки с ушиванием раны двухрядным узловым швом.

В 229 случаях отмечался гладкий послеоперационный период. Длительность госпитализации составила от 2 до 7 суток.

Отмечено 3 (1,3%) тяжелых послеоперационных осложнения. В одном случае в связи с термическим повреждением левого мочеточника сформировался мочеточниково-влагалищный свищ. После купирования воспалительных изменений в параметрии больной выполнена лапаротомия, неоуретероцистостомия с благоприятным исходом. Еще у одной больной поздно распознанные рубцо-

вые изменения мочеточника привели к потере почки.

Большая З., 38 лет, оперирована повторно на 3-и сутки после лапароскопической экстирпации матки в связи с разлитым перитонитом. Диагностирован коагуляционный некроз ректосигмоидного отдела толстой кишки после выделения ретроцервикального инфилтратата. В настоящее время больная готовится на второй этап хирургического лечения.

Таким образом, частота урогенитальных и «кишечных» осложнений в случаях вовлечения в патологический процесс мочеточников и толстой кишки выше при использовании лапароскопического доступа, чем абдоминального и составила 2,1%.

У всех больных первой группы и у 23 больных второй группы (после гистерэктомии с оставлением придатков матки) назначалось гормональное противорецидивное лечение с выключением менструальной функции.

Отдаленные результаты изучены у 210 больных в сроке от 3 месяцев до 8 лет. Критериями служили восстановление репродуктивной функции, отсутствие болей в малом тазу, дисменореи, отсутствие «кишечных» жалоб.

У 117 больных основной жалобой при первичном обращении было первичное или вторичное бесплодие, восстановление репродуктивной функции отмечено у 65 больных (65,5%) в сроки от 6 до 16 мес после операции.

Хорошие результаты отмечены у 106 (85,4%) больных из 124 после консервативно-хирургического лечения и у 104 (96,3%) из 108 больных второй группы. Рецидив эндометриоза отмечен у 18 больных с сохраненной маткой, 15 из которых оперированы повторно лапароскопическим доступом, 3 – абдоминальным.

У 12 больных первой группы в связи с бесплодием в отсроченном периоде выполнена контрольная лапароскопия, при которой у 10 больных рецидива наружного эндометриоза не отмечено. Позадиматочное пространство было

выполнено рубцовой тканью без эндометриоидных включений. В двух случаях отмечен выраженный спаечный процесс с облитерацией позадиматочного пространства.

Выводы

1. Необходимо проведение активной хирургической (консервативной или радикальной) тактики у больных с распространенными формами генитального эндометриоза не зависимо от наличия или отсутствия симптомов заболевания.

2. Целесообразно использование оперативной лапароскопии, особенно при выполнении консервативно-хирургических манипуляций. Однако частота хирургических осложнений при вовлечении в патологический процесс мочеточников, толстой кишки выше при использовании лапароскопического доступа, чем абдоминального. В основу хирургического лечения инфилтративного эндометриоза должно быть положено удаление всех патологически измененных тканей наиболее безопасным доступом, а не желание хирурга завершить операцию лапароскопически.

3. Использование агонистов Гн-РГ как с целью предоперационной подготовки, так и в качестве противорецидивного лечения в послеоперационном периоде позволяет оптимизировать технические условия операции и результаты лечения, особенно при сочетании генитального эндометриоза с миомой матки при проведении органосохраняющего хирургического лечения. Однако это не предупреждает формирования спаек в послеоперационном периоде. Учитывая обширность раневых поверхностей после удаления инфилтратата целесообразно применение современных противоспаечных препаратов (Intersit, Intergel и др.).

Литература

1. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. — Л.: Медицина, 1990. — 238 с.
2. Ищенко А. И., Кудрина Е. А. Эндометриоз: диагностика и лечение. — М.: Гэотар. мед., 2002. — 104 с.