

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ

**Разработаны методики
оперативного лечения больных
с распространенными формами
эндометриоза
Хирургическая концепция
ведения больных
с распространенными формами
генитального эндометриоза
заключается в том, что для
эффективного лечения данного
контингента необходимо
выявление и последующее
радикальное удаление всех
очагов эндометриоза, четкое
проведение этапов
и выполнение
последовательности
хирургических приемов
на половых и соседних органах,
а также адекватная коррекция
интраоперационных
и профилактика
послеоперационных
осложнений.**

В последние годы активно разрабатываются и внедряются в клинику как традиционные, так и эндохирургические модификации органопластических и радикальных операций в гинекологии [1, 3, 6, 7].

Хирургический метод лечения больных генитальным эндометриозом является основным и общепризнанным [2, 4, 6].

Благодаря применению эндоскопического подхода к деструкции очагов эндометриоза наблюдается значительное улучшение результатов хирургического лечения этого контингента больных.

Хирургическое лечение больных с распространенными формами эндометриоза, особенно с поражением соседних органов и клетчаточных пространств малого таза, представляет сложное, травматическое и длительное вмешательство [5]. Очевидно, что успех оперативного лечения прямо пропорционален радикальности проведенного вмешательства.

Наши наблюдения показывают, что любое паллиативное вмешательство приводит к более быстрому распространению процесса с рецидивом болевого синдрома и необходимостью повторной, всегда более сложной и травматичной операции.

При поражении соседних органов объем оперативного пособия необходимо выполнять не только на внутренних половых органах, но и на толстой и тонкой кишках, мочеточниках, мочевом пузыре. В связи с этим хирургу перед проведением оперативного вмешательства необходимо уточнить, какому именно методу (лапароскопии или лапаротомии) отдать предпочтение, на сколько оправдан выбранный метод в конкретной ситуации.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 1000 женщин, оперированных по поводу генитального эндометриоза. Возраст пациенток относился к репродуктивному и пременопаузальному (в среднем составил $41 \pm 3,5$ лет).

В момент поступления в стационар основными жалобами больных были: бесплодие (65%); дисменорея (75%); хроническая тазовая боль (65%); диспареуния (53%); дисхизия (33%); менометроррагия (63%); дизурия (21,9%).

На основании комплексного инструментального обследования у пациенток была выявлена следующая патология: эндометриозные кисты яичников 383 (38,3%); аденомиоз 214 (21,4%); аденомиоз в сочетании с миомой матки и гиперплазией эндометрия соответственно: 146 (14,6%) и 127 (12,7%) наблюдениях; ретроцервикальный эндометриоз в сочетании с эндометриозной кистой яичника/ов диагностирован у 136 (13,6%) женщин, в сочетании с аденомиозом и миомой матки – у 127 (12,7%) пациенток. У трех (3%) выявлены рентгенологические признаки гидронефроза, который развивался в результате стриктуры мочеточника в тазовом отделе. Поражение дистальных отделов толстой кишки выявлено у 95 (9,5%) больных.

Несомненно, выбор доступа (лапароскопия, лапаротомия) и объема хирургического вмешательства зависит от диагностированной патологии, в связи с этим предоперационное обследование пациенток и выявление поражения соседних органов имеет важное значение. Использование этапного диагностического поиска по-

зволило провести отбор пациенток для хирургического лечения.

В качестве скринингового метода при обнаружении эндометриоза применяли трансвагинальное и трансректальное ультразвуковое исследование. Однако следует отметить, что эндометриоз, как правило, протекает с образованием рубцово-спаечных сращений в малом тазу и брюшной полости, особенно при поражении соседних органов, что во многом препятствует получению качественных сканограмм.

Следует отметить, что методы эхографии не в состоянии выявить эндометриоидные инфильтраты параметриев. Для этого целесообразно использовать компьютерную томографию.

Помимо ультразвукового исследования при поражениях дистальных отделов толстой кишки применяли ректоскопию и колоноскопию. Эндоскопические методы диагностики уточняли состояние слизистой кишки, определяли наличие инфильтрата, пролабирующего в просвет кишки извне или сужение просвета толстой кишки.

При обследовании органов мочевой системы использовали экскреторную урографию, которая является скрининг-тестом для выявления анатомо-функциональных изменений почек и мочевых путей. Экскреторная урография была выполнена у 263 (26,3%) женщин с распространенными формами эндометриоза.

Для уточнения характера внутриматочной патологии у 389 (38,9%) пациенток выполняли гистероскопию с выскабливанием слизистых оболочек цервикального канала и тела матки, биопсию стенки матки петлей резектоскопа с обязательным морфологическим исследованием биоптата. Состояние влагалищной части шейки матки оценивали на основании кольпоскопии, по показаниям выполняли биопсию шейки матки.

Всем обследованным в плановом порядке произведены различ-

ные гинекологические операции с использованием эндоскопического и абдоминального доступа. При выборе объема хирургического лечения учитывали основную и сопутствующую патологию внутренних половых органов, возраст женщины, соматические нарушения и заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции.

При лапаротомии использовали поэтапный метод удаления очагов эндометриоза, позволяющий выполнять адекватный объем вмешательства со снижением операционного травматизма.

Первый этап операции – это полное выделение мочеточников, отделение их от эндометриоидных инфильтратов на всем протяжении до впадения в мочевой пузырь. Он выполняется после широкого раскрытия параметриев, когда произведено лигирование, прошивание и пересечение круглых и воронкотазовых связок или собственных связок яичников и маточных труб.

Следующим важным моментом этапа операции является предложенная и использованная нами у 90 (9%) больных превентивная перевязка подвздошной артерии с той или иной стороны, которая проводится после полного выделения мочеточника по общепринятой методике двумя капроновыми лигатурами при помощи иглы Дешампа. Эта манипуляция необходима при обширных процессах с поражением параметриев, мочеточников, задней стени мочевого пузыря, прямой кишки, паравагинальной и параректальной клетчатки, маточных сосудов, а в ряде экзквизитных случаев и при вовлечении самих внутренних подвздошных сосудов.

Второй этап операции – мобилизация матки и прямой кишки. Спаяние матки и прямой кишки (передней ее стенки) при эндометриоидном поражении обычно бывает интимным за счет разрастания эндометриоза и развитием соединительно-тканых тяжей. Поэтому тупым путем отделить

матку от прямой кишки невозможно, и оптимальным путем мы считаем рассечение самого инфильтрата на две части между задней стенкой матки и передней стенкой прямой кишки. После такого рассечения и за счет последующего тупого и острого расслоения неизменной паравагинальной и параректальной клетчатки с дополнительной мобилизацией боковых стенок прямой кишки ниже инфильтрата на 3–4 см появляется подвижность прямой кишки и достаточная подвижность матки. Далее приступали к экстирпации матки.

Третий этап операции – проводили на органах мочевой системы. Выполнялась резекция стенозированного участка мочеточника с формированием уретероцистоанастомоза. Если в эндометриоидный процесс была вовлечена задняя стенка мочевого пузыря, то острым путем мобилизовывали заднюю стенку пузыря за счет отделения инфильтрата и удаления последнего. Пересадка мочеточника осуществлялась в области дна, по возможности вне зоны инфильтрации мочевого пузыря. Объем вмешательства на мочевом пузыре зависел от глубины поражения его стенки эндометриоидным процессом (либо иссечение эндометриоидного инфильтрата в пределах здоровых тканей с последующим восстановлением стенки, либо, в тяжелых случаях, резекция пораженной стенки в пределах здоровой ткани с зашиванием ее дефекта и дополнительной клеевой герметизацией). Последующий этап включал удаление эндометриоза дистальных отделов толстой кишки. В зависимости от глубины инвазии производилось иссечение эндометриоидного инфильтрата в пределах здоровых тканей, вплоть до слизистой или резекция пораженного участка в пределах здоровых тканей.

Заключительный этап операции – укрепление анастомоза дистальных отделов толстой кишки задней стенкой влагалищной

трубки, что обеспечивает максимально благоприятные условия для заживления раны или анастомоза кишки и оттока раневого отделяемого через открытую культю влагалища.

Для профилактики несостоятельности швов при резекции дистальных отделов использовали декомпрессионную трансанальную интубацию прямой кишки. При вмешательстве на органах мочевой системы неперенным условием профилактики послеоперационных осложнений являлось обеспечение постоянного оттока мочи, для чего использовали постоянный катетер; при уретероцистоанастомозе – постоянный мочеточниковый катетер. Постоянный отток мочи обеспечивался в течении 6–10 суток.

Эндоскопические операции выполнялись как в радикальном, так и в органосберегающем объеме. Лапароскопическую интрафасциальную супрацервикальную гистерэктомию (надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизистой мышечного слоя культи шейки матки) выполняли по разработанной нами технологии [3, 6, 7]. Отличительной особенностью нашей модификации является исключение вскрытия параметриев для идентификации и лигирования маточных сосудов. Методика выполнения лапароскопической петлевой надвлагалищной ампутации матки с иссечением «сердцевинки» шейки матки позволяет отсекаеть тело матки от шейки на уровне внутреннего зева без коагуляции и прошивания сосудистых пучков после их мобилизации. Это значительно уменьшает время операции, опасность интраоперационного кровотечения, зону коагуляционного некроза и пересечения мочеточников. Специальный режущий инструмент производит удаление «сердцевинки» шейки матки под визуальным контролем со стороны влагалища и брюшной полости. Обязательным условием выполнения лапароскопического иссечения ретроцервикального эндометрио-

за является значительная ротация матки кпереди для натяжения брюшины позадматочного пространства с помощью внутриматочной канюли. Другим, не менее важным моментом операции, является мобилизация передней стенки прямой кишки острым путем до достижения неизменной клетчатки ректовагинального пространства и мобилизация мочеточников. Используя ультразвуковой датчик как ориентир, вскрывали серозу прямой кишки в месте ее соединения с очагом поражения позадишеечного эндометриоза и далее ножницами отделяли прямую кишку ниже зоны инфильтрата. Выделив очаг поражения, производили его иссечение ножевым электродом или Но-YAG лазером. Эндометриоидные инфильтраты передней стенки прямой кишки иссекали в пределах здоровых тканей, либо выполняли клиновидную резекцию кишки с последующим наложением эндошвов. Очаги эндометриоза мочевого пузыря выпаривали Но-YAG лазером или иссекали острым путем. В трех случаях была произведена резекция стенки мочевого пузыря с последующим ее зашиванием.

Результаты исследования

Полученные данные анализировали с учетом характера и сочетанности оперативного вмешательства и вида операционного доступа. Объем и доступ хирургического вмешательства во всех наблюдениях решался индивидуально до операции на основании тщательного обследования, а также интраоперационно в зависимости от сложившейся хирургической ситуации.

Трансвагинальное сканирование позволило диагностировать патологию матки, яичников у 99,9% пациенток. В 201 (20,1%) наблюдениях обнаружен аденомиоз: диффузная и узловая формы; у 146 (14,6%) больных – сочетанная патология эндо- и миометрия в виде миомы матки, аденомиоза и гиперплазии эндометрия. Эндо-

метриоидные кисты яичников выявлены у 202 (20,2%) пациенток, размеры которых варьировали от 3 до 12 см в диаметре, при этом двухсторонний процесс диагностирован в 49 (9,8%) случаях. У 275 (27,5%) женщин размеры матки колебались от 5–6 до 12–14 недель беременности. У большинства больных 726 (72,6%) величина матки соответствовала 8–9 неделям беременности. Применение трансвагинального и трансректального ультразвукового исследований обнаружило эндометриоидные инфильтраты в ретроцервикальной клетчатке и дистальных отделах прямой кишки в 26,3% случаях. Эндоскопические методы диагностики характера поражений дистальных отделов толстой кишки дополнили и уточнили существующие изменения. Таким образом, в результате обследования у 263 (26,3%) больных обнаружено поражение толстой кишки.

Детальное обследование органов мочевой системы необходимо проводить при распространении эндометриоза на клетчатку параметриев и малого таза, что наиболее часто происходит при позадматочной локализации эндометриоза. На экскреторных урограммах у 17 (3,4%) больных имелись атония и умеренное расширение мочеточника на всем протяжении, смещение его в тазовом отделе. У 15 (3%) обследованных отмечены рентгенологические признаки гидронефроза в виде расширения чашечно-лоханочной системы и различной степени расширения мочеточника с четким сужением его нижней трети тазового отдела на расстоянии от 2 до 5 см от устья.

Проведение гистпероскопии еще раз подтвердило мнение о высокой информативности этого метода в диагностике патологии эндометрия, обнаружении миомы матки, деформирующей полость матки, а также внутреннего эндометриоза. В 30 (6%) случаях диагностированы подслизистый и центральный рост

Таблица

Объем оперативных вмешательств лапаротомическим доступом на половых и смежных органах у обследованных больных (n=500)

Операция	n	%
Пангистерэктомия	198	39,6
Экстирпация матки с придатками с одной стороны	145	29
Надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизисто-мышечного слоя цервикального канала	94	18,8
Аднексэктомия	10	2
Резекция яичника(ов)	49	9,8
Иссечение эндометриоидного инфильтрата прямой или сигмовидной кишки	163	32,6
Клиновидная резекция кишки	124	24,8
Резекция прямой кишки	65	13
Резекция сигмовидной кишки	9	1,8
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной	7	1,4
Уретеролизис	126	25,2
Уретероцистоанастомоз	16	3,2

узлов миомы матки, у 127 (12,7%) доброкачественные гиперплазии эндометрия, у 290 (29%) – признаки аденомиоза.

Результаты клинико-инструментального обследования 1000 пациенток позволили определить до операции доступ хирургического пособия и его предполагаемый объем.

Чревосечение выполнено 500 пациенткам с распространенными формами эндометриоза и поражением клеточных пространств малого таза, с вовлечением в патологический процесс мочевой системы и дистальных отделов толстой кишки. Характер оперативных вмешательств у данной группы пациенток представлен в таблице.

Последовательность проведения разработанных этапов оперативного вмешательства и соблюдение профилактических приемов послеоперационных осложнений у данного контингента больных позволили добиться хороших результатов. Процент осложнений составил 9,5%. Средний койко-день – 15 дней.

500 пациенткам проведено лапароскопическое вмешательство. У 227 (45,4%) больных выполнена резекция яичника/ов, у 41 (8,2%) – аднексэктомия, в 187 (37,4%) случаях произведена гистерэктомия. Иссечение эндометриоза ректовагинальной клетчатки с/без мобилизацией передней стенки прямой кишки проводили у 66 (13,2%) больных, в 12 (2,4%) случаях удаление эндометриоидного инфильтрата передней стенки прямой кишки с последующим восстановлением ее целостности. Оперативное вмешательство и послеоперационный период протекал без осложнений. Исключение составили только две (0,4%) пациентки с подкожной эмфиземой и у одной (0,2%) больной в результате несостоятельности гемостаза ранний послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, по поводу чего произведена релапароскопия, коагуляция собственной

связки яичника. Кровопотеря при лапароскопических операциях составила, в среднем, 120 мл. Средний койко-день – 8 дней.

Обсуждение

Многолетний опыт ведения больных генитальным эндометриозом позволяет заключить, что объем хирургического вмешательства, равно как и вид оперативного доступа, в каждом конкретном случае решается индивидуально: до операции на основании обследования и интраоперационно в зависимости от сложившейся хирургической ситуации.

Хирургическое лечение больных распространенными формами генитального эндометриоза с поражением соседних органов и клеточных пространств малого таза представляет сложное и травматичное вмешательство. Многие авторы подтверждают сложность хирургического лечения при эндометриоидном поражении органов мочевыводящей системы,

различных отделов кишечного тракта.

Предложенная этапная интраоперационная схема и последовательность хирургических манипуляций позволяют радикально удалить все очаги эндометриоза, избежать неоправданного риска и излишнего травматизма. Развитие оперативной лапароскопии расширяет возможности хирургической помощи больным. У женщин с распространенными формами генитального эндометриоза оперативная лапароскопия расширяет возможности хирургической коррекции на более ранних этапах заболевания.

Основным моментом эндоскопических операций при эндометриозе является деструкция или иссечение всех видимых эндометриоидных очагов. Современное развитие эндоскопических технологий позволяет выполнять радикальные операции при генитальном эндометриозе, что стало рутинным подходом. Это надвлагалищная ампутация

матки с иссечением цервикального канала, лапароскопическая асистенция при влагалищной экстирпации матки, полная лапароскопическая интрафасциальная экстирпация матки [6, 8, 9, 10, 11, 12].

У больных с тяжелыми распространенными формами эндометриоза, когда происходит обтурация жизненно важных органов – мочеточников, дистальных отделов толстой кишки или при первично-множественном поражении органов следует изначально отдавать предпочтение чревосечению. Оперативное лечение больных с распространенными формами эндометриоза может быть выполнено хирургами, владеющими техникой операций на соседних органах малого таза.

Литература

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриозы. — М.: Медицина, 1998. — 320 с.

2. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. — Л.: Медицина, 1990. — 240 с.

3. Бороздина А. В. Современные модификации эндоскопического метода надвлагалищного ампутации матки при некоторых формах гинекологической патологии. Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 101 с.

4. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. — М.: Медицина, 1985. — 160 с.

5. Ищенко А. И. Патогенез, клиника, диагностика и оперативное лечение распространенных форм генитального эндометриоза. Дисс. ... д.м.н. — М., 1993. — 340 с.

6. Ищенко А. И., Кудрина Е. А., Бабурина И. П. и др. Возможности эндоскопических операций при генитальном эндометриозе // Меж. конгресс по эндометриозу. — 1996. — С. 307–309.

7. Ищенко А. И., Кудрина Е. А. Эндометриоз. Диагностика и

лечение. — М., Гэотар-Мед. — 2002. — 120 с.

8. Попов А. А., Горский С. Л., Шалаев О. Н. Лапароскопическая интрафасциальная гистерэктомия по Земму // Акуш. и гинек. — 1996. — № 2. — С. 10–16.

9. Савельева Г. М., Штыров С. В., Хатлашвили В. В. Надвлагалищная ампутация матки и экстирпация матки эндоскопическим методом // Акуш. и гинек. — 1996. — № 2. — С. 10–16.

10. Pelosi M., Kadar N. A classification system for laparoscopic hysterectomy // J. Amer. Ass. Gynecol. Laparoscop. — 1994. — Vol. 1. — P. 405–409.

11. Reich H. Laparoscopic Hysterectomy // Surg. Laparoscop. Endosc. — 1992. — Vol. 2. — P. 85–88.

12. Semm K. Hysterectomy via laparotomy or pelviscoper. A new CASH method without colpotomy // Gefurtsh. — Fraunh. — 1991. — 51 (2).