

КОНСЕРВАТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНО-ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Эндометриоз как гинекологическое заболевание становится проблемой века, занимая в структуре гинекологической патологии третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки. Недостаточная эффективность лечения, потеря трудоспособности и невротизация женщин, страдающих генитальным эндометриозом, бесплодие, как важная семейная и государственная проблема, – краткий перечень неприятностей, вызванных этим заболеванием.

Эндометриоз встречается у 2–10% женщин репродуктивного возраста. По данным В. П. Баскакова, эндометриоз диагностируется у 8–15% менструирующих женщин, по данным В. Раннеу, этот диагноз ставится 4–17% женщин, первично обращающихся к гинекологу. По данным разных авторов, среди женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию, эндометриоз встречается в 20–25% случаев, в то же время у женщин с доказанной фертильностью, подвергшихся операции стерилизации, этот показатель составил 2–5%.

Основная часть всех локализаций эндометриоза составляет генитальный эндометриоз (92–94%), значительно реже встречается экстрагенитальный (6–8%) (А. И. Ищенко, Л. В. Адамян, 1993 г.).

Касаясь частоты локализаций наружного эндометриоза, ряд авторов указывает, что при его различных формах эндометриоз яичников отмечается в 56,3% случаев, ретроцервикальный эндометриоз – в 33,8%, эндометриоз брюшины заднего свода – в 23,1%, эндометриоз мочевого пузыря – в 2%, эндометриоз кишечника – в 6,7% случаев, то есть распространенные формы эн-

дометриоза составляют более 70% (Н. Y. Riedel, K. Semm).

Эндометриоз – это «загадочная болезнь» с недостаточно понятым гистогенезом и неизвестной этиологией (Баскаков В. П., 1990).

Вопрос о генезе наружного генитального эндометриоза до настоящего времени остается предметом дискуссии, особенно это касается эндометриоза яичников. Ответ на этот вопрос чрезвычайно важен для разработки патогенетических методов лечения при эндометриозе вообще и эндометриозе яичников в частности как форма заболевания, практически не поддающаяся консервативному лечению даже с применением самых современных лекарственных средств.

Основной жалобой большинства обследованных пациенток до лечения является болевой синдром различной степени (у 94% пациенток), снижающий работоспособность. Причем у подавляющего числа больных боли связаны с днями менструации, носят постоянный характер, усиливаются в дни менструации.

Локализация болей разнообразна: внизу живота с иррадиацией в паховую область или область лонного сочленения, в малом тазу с иррадиацией в прямую кишку, крестец, копчик. Наиболее редко встречаются боли в области пупка.

Наличие у больных с наружным эндометриозом мено- и метроррагий, нарушение акта мочеиспускания, дефекации безошибочно свидетельствуют о вовлечении в процесс матки, мочевого пузыря, мочеточников, кишечника.

Нарушения менструального цикла у больных эндометриозом проявляются в виде альгоменореи (24%), гиперполименореи, меноррагии (18%). Мажущие кровяни-

стые выделения из половых путей до и после менструации беспокоят 71% больных.

Диспареуния выявляется у 30% пациенток.

В 30–40% случаев эндометриоз сопровождается бесплодием. Причем первичное бесплодие встречается в 20% случаев, вторичное – в 5%.

У части больных наблюдаются явления частичной толстокишечной непроходимости, которые связаны с менструацией. Нередко их госпитализируют в этот период в хирургический стационар, где проводят консервативное лечение по поводу динамической кишечной непроходимости.

Кровь в кале во время менструации отмечается у 7% больных. Запоры в пред- или менструальный период отмечаются у 19% больных, учащенный стул с примесью слизи – у 16%, метеоризм – у 14%. Все эти симптомы свидетельствуют о вовлечении в процесс кишечника.

Клинические проявления поражения мочевой системы наблюдаются только при тяжелом процессе, когда имеется деформация и сдавление мочевого пузыря или мочеточника (боли при мочеиспускании, задержка мочи при болях, учащенное мочеиспускание гематурия).

Особое место занимает группа больных с бессимптомным течением заболевания, когда эндометриоз выявляется во время очередного медицинского осмотра. Эта группа женщин наиболее редкая.

Необходимо обратить внимание на анамнез больных эндометриозом. Более 41% пациенток лечат эрозию и лейкоплакию шейки матки, полипы цервикального канала, что требует хирургического вмешательства на шейке матки. Около 25% неоднократно госпитализировались по поводу обострения хронического аднексита с проведением противовоспалительной терапии и физиопроцедур.

Для детального обследования больных эндометриозом с целью

уточнения степени вовлечения соседнего органа в опухолевый процесс или инфильтрации клетчаточных пространств малого таза используются ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные методы исследования, биопсия с гистологическим исследованием.

Основными методами специальной диагностики эндометриоза наряду с клиническим обследованием являются эхография с использованием специального влагалищного датчика, лапароскопия.

В связи с разнообразием проявлений эндометриоза и вариантов локализации эндометриoidных очагов, неясностью механизма развития эндометриоза в яичниках и ретроцервикальной зоне, сообщения о тактике ведения наружно-внутреннего эндометриоза разноречивы.

Наиболее обсуждаемы в настоящее время следующие положения:

- Какой метод лечения более эффективный – медикаментозный или хирургический?
- Что предпочтительнее – лапароскопия или лапаротомия?
- Когда целесообразно назначать гормональные препараты – до или после операции? Продолжительность их применения?
- Какие препараты наиболее эффективны?

Однозначного ответа на эти вопросы нет. Общепринятой в настоящее время является точка зрения о том, что эндометриоз – это хирургическое заболевание. Расширение арсенала гормональных препаратов, безусловно, уменьшает частоту радикальных хирургических вмешательств и у ряда больных позволяет проводить органосберегающие операции.

Тактика ведения должна быть дифференцированной в зависимости от тяжести проявлений этого заболевания, степени его распространения, потребностей больной и ее возраста.

Однако во всех случаях основным методом лечения наружно-внутреннего является хирургический, успех которого благоприятен

при периоперационном назначении гормонотерапии. Чем раньше проводится удаление наиболее выраженных очагов эндометриоза, тем лучше результат лечения.

При подходе к выбору объема вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, придерживаются принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии и прибегают к радикальным операциям только в тех случаях, когда другие возможности как хирургического, так и медикаментозного воздействия исчерпаны.

Предоперационная подготовка включает общеклиническое обследование органов и систем больной, тщательную коррекцию выявленных изменений. Оперативное пособие у пациенток с распространенными формами генитального эндометриоза является крайне сложным и травматичным, сопровождается вмешательством как на гениталиях, так и на разных отделах кишечного тракта и мочевой системы.

Подготовка желудочно-кишечного тракта включает использование легкоусвояемой, высококалорийной бесшлаковой диеты за 5 дней до операции, а также применение слабительных средств и очистительных клизм за 2–3 дня до операции с целью удаления каловых масс.

В предоперационную подготовку входят мероприятия по коррекции анемии, улучшение гемоциркуляции, функции почек, санация мочевых путей, нормализация деятельности сердечно-сосудистой и нервной системы.

Для улучшения результатов хирургического лечения нами применяется следующая тактика ведения.

Перед госпитализацией пациенток с наружно-внутренним эндометриозом для реконструктивно-хирургического вмешательства назначается гормонотерапия. Предпочтение отдается агонистам гонадотропин-рилизинг-гормо-

нов (а-Гн-РГ) – золадекс в виде депо-формы, содержащий 3,6 мг или 10,8 мг гозерилина; бусерелин в дозе 400 – 800 мг ежедневно эндоназально; декапептил-депо – 3,75 мг 1 раз в 28 дней. Альтернативой а-Гн-РГ для гормонотерапии являются прогестагены (дюфастон, неместран). Прием препаратов начинают в первый день менструального цикла.

Через 5 – 6 недель на фоне аменореи производится хирургическое вмешательство. Гормонотерапия в установленное время для каждого препарата продолжается в течение 4 – 6 месяцев послеоперационного периода.

Проведенные многочисленные исследования позволили выявить определенные преимущества при применении агонистов релизинг-гормонов в качестве адъювантной терапии эндометриоза перед хирургическим лечением. Прежде всего это улучшение предоперационного состояния больных, которое достигнуто за счет уменьшения объема образования, прекращения маточных кровотечений, болевого синдрома и снижения связанных с ними других клинических проявлений эндометриоза.

Уменьшение объема эндометриoidных очагов при лечении а-Гн-РГ, по-видимому, связано с состоянием гипоэстрогении. Гипоэстрогенный эффект а-Гн-РФ является не прямым, он опосредован через воздействие эпидермального фактора роста, контролирующего клеточную пролиферацию в опухолях. Быстрота изменения величины матки под влиянием а-Гн-РФ свидетельствует, что в этом процессе, кроме атрофии и гиперплазии миометрия, большое значение могут иметь изменения маточного кровотока. Известно, что эстрогены обладают вазодилатирующими свойствами и увеличивают кровообращение в сосудах матки. Гипоэстрагения, вызванная применением а-Гн-РГ, приводит к обратному эффекту – вазоконстрикции, уменьшению сосудистых компонентов миометрия, снижению васкуляризации и раз-

витию гипоплазии гладкомышечных волокон.

Важным преимуществом назначения агонистов Гн-РГ перед операцией следует считать снижение технических затруднений во время оперативного вмешательства и уменьшение хирургической травмы у пациентки, снижение кровопотери.

При применении гестагенов стойкой аменореи не наступает, что создает определенные сложности при определении времени операции.

Тактика ведения больных с распространенными формами наружно-внутреннего эндометриоза с прорастанием в кишечник или вовлечением мочевого системы, сопровождающимся выраженным спаечно-инфильтративным процессом в брюшной полости и малом тазе, заключается в проведении радикальной операции без предоперационной гормонотерапии. Объем операции – экстирпация матки с удалением эндометриoidного параметральной и паравагинальной клетчатки, соответствующим хирургическим вмешательством на кишечнике или мочевых органах. При подобных сочетанных формах генитального и экстрагенитального эндометриоза гормонотерапия неэффективна и увеличивает риск тромбозомболических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Во всех случаях необходимо сохранить яичники или их ткань. В послеоперационном периоде после нормализации гемостазиологических показателей, как правило, с первого дня предполагаемой менструации, назначается гормонотерапия (золадекс, бусерелин, неместран, дюфастон) на 3 месяца с целью подавления роста возможных эндометриoidных очагов в кишечнике.

Анализ отдаленных результатов комбинированного лечения (реонструктивные операции в сочетании с периперационной гормонотерапией) больных с распространенными формами эндометриоза в течение 3 лет показывает,

что в 98% случаев происходит восстановление менструальной функции, в 2% наступает гипофункция яичников (при резекции единственного яичника), болевой синдром возобновляется лишь у 3,5% больных через 1 год после лечения, и у 6,5% – через 2 года. Повторный курс гормонотерапии (бусерелин, неместран, дюфастон) проводят только при компенсаторном увеличении единственного яичника или при выявлении небольших очагов эндометриоза в яичнике.

Таким образом, лечение больных с распространенными формами эндометриоза, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, должно быть комбинированным – адекватное удаление эндометриoidных гетеротопий с пред- и послеоперационной гормонотерапией, преимущественно агонистами гонадотропин-релизинг гормона.

Реабилитация больных, перенесших оперативное лечение по поводу наружно-внутреннего эндометриоза, включает в себя применение дополнительных факторов, улучшающих процессы репаративной регенерации. Особенно это важно после травматичных операций или при высоком риске возникновения гнойно-септических и других осложнений.

Еще одной нерешенной проблемой остается оценка частоты рецидивов эндометриоза спустя длительное время после его медикаментозного лечения. По-прежнему диагностируется высокое число рецидивов эндометриоза. В течение 4 лет после комбинированного лечения (хирургическое и гормональное – даназолом) рецидивы были отмечены в 65% случаев. По данным литературы, только хирургическое лечение обеспечивало полную ликвидацию болевого синдрома у 55% больных. Причем этот результат оказывается весьма нестойким. Уже у 18% больных через 6 месяцев после операции боли возобновлялись, а у 54,6% интенсивность болевого синдрома нарастала через 1,5 года после операции.

Выявлены несоответствия между результатами опросов больных, согласно которым частота рецидивов составляет 56,3–56,7%, и объективной диагностикой повторного эндометриоза на основании гистологического исследования (13,3–15,6%). Современные способы медикаментозной терапии эндометриоза не приводят к излечению. Мы считаем, что одной из важных задач является поиск адекватных способов и средств диагностики и профилактики развития рецидивов эндометриоза.

Таким образом, на основании проведенных исследований нами

разработаны основные положения консервативно-хирургического лечения наружно-внутреннего эндометриоза:

- Основным методом лечения эндометриоза является хирургическое вмешательство, причем чем раньше оно производится, тем меньше риск развития тяжелых форм.

- При отсутствии выраженного спаечного процесса, поражения кишечника и мочевой системы предпочтительно хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом.

- Основна профилактики тяжелых и сочетанных форм – ран-

няя диагностика легких и средне-тяжелых форм эндометриоза и активная комбинированная тактика (лапароскопическая хирургия и медикаментозная терапия).

- Лучший эффект достигается при выполнении операций на фоне применения агонистов рилизинг-гормонов, позволяющих достичь состояния медикаментозной аменореи длительностью 3–6 месяцев.

- При радикальном хирургическом вмешательстве (экстирпация матки с сохранением ткани яичника, вмешательство на толстой кишке, мочевой системе) показано проведение послеоперационной гормонотерапии.