НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ

Г. М. САВЕЛЬЕВА, С. В. ШТЫРОВ,
Ю. А. ГОЛОВА, Р. С. КАРАПЕТЯН,
О. Ю. ЛИВОВАРОВА
Кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета
Российского Государственного
медицинского университета,
Москва

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
противовоспалительной 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 доброкачественных заболеваниях
органов внутренних гениталий. До
70% всех гинекологических операций
проводятся лапароскопическим
доступом. При наружном эндометриозе
эти показатели достигают 96%. Однако
наблюдения 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
ednosкопических операций.

Целью работы явилась оценка результатов
эндоскопической хирургии при наружном
эндометриозе с определением отдаленных
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 ± 0,9 года, в среднем
днапозил составил 3 месяца - 4 года.
Повторная лапароскопия была
лишь запланирована после первичной
лапароскопии (67%), либо
осуществлялась в экстренном порядке
при подозрении на туберкулезные
поражения, апоплексию яичника
острые адениомы (33%)

Возраст пациентов к моменту
первичной лапароскопии составил
в среднем 25,8 ± 3,5 лет. Варьировал
от 18 до 43 лет. Анализ менструальной
функции показал, что
64% больных страдали аменореей,
17% - меноррагиями. Регулярно
положительный результат или
58 (90.6%) больных. Период
анализа репродуктивной функции был
выявлено, что 46 (72%)
пациенток имели в анамнезе беременност
(у 19 беременности закончились
в родах, у 21 абортами, у 6
были и роды и аборты)

Повторное вмешательство из 19 пациенток,
вторичное - 7.

Эндоскопические операции проводились
на оборудовании и при помощи
инструментов фирм «Karl Storz» (Германия).
На протяжении первой и second-look лапароскопиях
осуществлялись видеоматериалы
и фотосъемка с последующим
использованием в анализе
полученных результатов. Классификация
эндометриоза мы проводили по AFS classification
(1985). Натравлению эндоскопического вмешательства
в удаленом процессе осуществляли
находящейся шкале AFS.

Из 64 больных с наружным
эндометриозом 26 имели эндометриоз
38 эндометрийозные генерации.
Эндометриозы I и II у 17
были односторонними, у 9 двусторонними,
при этом у 14 пациенток эндометриозы сочетались с эндометриоидными
генерациями. Среди эндометриоза преобладали
были поверхностные формы
(26 пациенток I – II ст. эндометриоза), интрацервикальные
формы встречались в два раза
реже (12 оперированных с III – IV ст. эндометриоза). Наиболее часто
очаги локализовывались на
кремезо-маточных связках и
брюшине Дюласова пространства
(до 90%), а также на маточных

Journal
Акушерство и женская болезни
32
Локализация наружного эндометриоза по данным лапароскопии

<table>
<thead>
<tr>
<th>Локализация эндометриоза</th>
<th>Первая лапароскопия</th>
<th>Second-look лапароскопия</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Крестцово-маточные связки</td>
<td>18 (28,1%)</td>
<td>9 (14%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Брюшная дефекта пространства</td>
<td>10 (15,6%)</td>
<td>7 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Плеврально-представленное уплотнение</td>
<td>5 (7,8%)</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Круглые связки</td>
<td>4 (6,5%)</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Маточные трубки (1,6%)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Эндометриодистальные узлы</td>
<td>26 (40,6%)</td>
<td>7 (11%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Итого</td>
<td>64</td>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Таблица 1

Из 46 больных эндометриозом со спаечным процессом погиб лио тала до 28 случаев, произведены 37 больных, частичный 9. Частичное разрушение спаек было достаточным для выполнения адекватного оперативного вмешательства и произошло при IV спаечном процессе, при этом оставшиеся спаики не оказывали отрицательного влияния на репродуктивную функцию.

В хорошем состоянии спаек при эндометриозе явился выраженный инфилтративный компонент, плотность спаек, вовлечение в процесс соседних органов.

Специально упоминать, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, зато увеличивалась концентрация наружного эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, улучшение концентрации наружного эндометриоза стало более заметно, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженный снижение концентрации наружного эндометриоза.

Важно отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, зато увеличивалась концентрация наружного эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, улучшение концентрации наружного эндометриоза стало более заметно, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженный снижение концентрации наружного эндометриоза.

Важно отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, зато увеличивалась концентрация наружного эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, улучшение концентрации наружного эндометриоза стало более заметно, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженный снижение концентрации наружного эндометриоза.

Важно отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, зато увеличивалась концентрация наружного эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, улучшение концентрации наружного эндометриоза стало более заметно, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженный снижение концентрации наружного эндометриоза.

Важно отметить, что на фоне гормонотерапии пациентки не предъявляли жалоб, зато увеличивалась концентрация наружного эндометриоза. На протяжении 6 мес, во время которых больные принимали гормонотерапию, улучшение концентрации наружного эндометриоза стало более заметно, а больные, не получавшие гормональные препараты, имели четко выраженный снижение концентрации наружного эндометриоза.
жалоб, патогенетических для эндоэктома. Через 0,5—4 года (пе-
ред повторной лапароскопией) болевая симптоматика наблюде-
лась у каждой третьей больной: болезненные мицтации у 15,
боли в области малого таза, невральных дефектов, орди-
ерах вышних жалоб у 12, диспепсии у 4.
За промежуток времени от пер-
вого до second-look лапароско-
пи был 9 из 64 обследуемых наслу-
щила маточная беременность, ис-
ход которой у 2 больных стал артифициональный аборт в связи с
не заинтересованностью в бере-
менности, у 3 самопроизвольный
выкидыш, у 4 пациенток вдоль.
Оставшиеся 19 пациенток, желав-
ших иметь детей, не смогли забе-
ременеть.
При наружном эндометриозе
оказавшись к проведению повтор-
ной лапароскопии из приведение:
необходимость оценки состояния
органов внутренних гениталий у
11 (при выраженном спаечном
процессе III—IV степени, инфильт-
рационных формах эндометриоза,
заинтересованности пациентки
в репродуктивной функции), стойкой болезни симптом
у 16, формирование эндометриоза у 7.
По данным second-look лапароско-
пии рецидив наружного эндо-
метриоза выявлен в 23 (36%)
обследованных. Сопоставление этих
данных с клиническими проявле-
ниями показало, что частота
болезни симптома составляла
лишь 11,3% (6) к 6 месяцу после
операции, 17,3% (9) к 12 мес.
При рецидиве размеры эндо-
метриоза не превышали 2 см в
диаметре, сопоставление видео-
протоколов первой и второй ла-
пароскопии показало, что исход-
ной формой процесса могла быть
как эндометриозная (5), так и ге-
теротомная (2).
Повторное возникновение оче-
ное эндометриоза наиболее часто
выявляли при локализации процесса
на брюшке Дуэлассова про-
странства — 7 (11%), крестцо-
во-маточных связках — 9 (14%),
в яичниках — 7 (11%). Следует
обратить внимание, что рецидив
эндометриоза чаще возникал в
зоне контакта фиброзных
отделов маточной трубы с ор-
ганами внутренних гениталий, что
могло быть связано с развитием
лимфосальных эндометриоза на бр
юшке. Необходимо дальнейшее изу-
чение целесообразности пересечения
маточных труб у женщин с
наружным эндометриозом, не за-
интересованных в репродуктивной
функции, для профилактики ре-
цидивов. Анализ видеопротоко-
лов показал, что к рецидивирова-
нию склонны инфилтрационные,
распространенные формы эндоме-
триоза. Следует отметить,
что при рецидиве наружного эндо-
метриоза точного повторения
локализаций эндометриомной
генетопатии по данным second-look
лапароскопии не происходит, воз-
никают новые очаги в меньшем
количество, как правило, поверх-
ностные. В целом, сравнительная
оценка результатов second-look
лапароскопии при эндометриозе
показала, что гормонотерапия
после операции не позволяет избе-
жать рецидивов, однако их час-
тов отмечается 46,8% (только
хиругическое лечение) до 25% (при
комбинированном лечении).
Лапароскопия second-look по-
зволяла также оценить наличие
и характер спаечного процесса
после первого лапароскопичес-
кого вмешательства. Обнаруже-
но, что у большинства больных
53 (82%) новые спаики не форми-
ровались, у остальных образова-
лись плоскостные, тонкие спаи-
ки, которые разделялись аквари-
секцией и тушит пальцем. Это
объясняется небольшой активно-
стью и длительностью процесса,
а также бежным характером
первичного оперативного эндоме-
триозного вмешательства. Паради-
мальный анализ видеопротоколов
последовательных лапароскопий
показал, что формирование спаи-
kx происходило при неадекватном
лечении при первой лапароско-
пии, патогенетически взаимосвязан-
ных с молочным процессом,
болезни больных дефектами,
образующихся после удаления.

Надо сказать, что у 12 боль-
ших повторная лапароскопия по-
сияла диагностический характер,
а у 3 были выявлены небольшие
спайки в Дуэлассовом пространстве,
что позволяет выявить отсутствие
необходимости выполнять повторную лапа-
роскопию у данных пациенток.
Ретроспективный анализ показал,
что среди этих больных были
пациенты с малыми формами эндометриоза
закончившие с успехом, у которых после первичного опера-
тивного вмешательства не было
спаечного процесса, описающи-
вшие ультразвуковые данные о па-
тологии органов малого таза
и отсутствие развития наружного
лапароскопии

Таким образом, лапароскопия
является малотравматичным 
эффективным методом лечения на-
ружного эндометриоза, позво-
ляющим максимально выполнить
органосберегающие объемы опера-
ции, что особенно важно для мо-
лодых женщин. Показания для
лапароскопии second-look при ле-
чении эндометриоза могут быть:
— рецидив эндометриоза;
— инфилтрационные формы 
эндометриоза, III—V степень 
эндоэктома по данным первичной
лапароскопии при заинтересован-
ности пациентки в беременности;
— возобновление клинических
проявлений наружного эндометриоза;
— болезненные мицтации,
болезненные спаики, диспепсиya и т. д.