

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА

EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COMMON FORMS OF ENDOMETRIOSIS

S. Plekhova

Summary. despite the numerous studies that have been going on over the past decades, endometriosis continues to attract the attention of gynecologists and remains insufficiently studied. The manifestation of endometriosis is quite common, while there are no reliable reasons for its occurrence in medicine. Treatment methods can be different, while surgery is the most appropriate way to preserve women's health. The article discusses the effectiveness of laparoscopic operations and determines the role of surgical treatment in the management of patients with clinical signs of endometriosis.

Keywords: diagnosis, endometriosis, treatment, surgical intervention, laparoscopy, etc.

Плехова Светлана Леонидовна

Аспирант, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова
Минздрава России, Санкт-Петербург (Северо-
Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова)
plekhova.lana@gmail.com

Аннотация. несмотря на множественные исследования, продолжающиеся на протяжении последних десятилетий, эндометриоз продолжает привлекать к себе внимание гинекологов и остается недостаточно изученным. Проявление эндометриоза является достаточно распространенным явлением, при этом достоверных причин его возникновения в медицине пока нет. Методы лечения могут быть разными, при этом хирургия является наиболее оправданным способом сохранения женского здоровья. В статье рассматривается эффективность лапароскопических операций и определяется роль хирургического лечения в ведении пациентов, имеющих клинические признаки эндометриоза.

Ключевые слова: диагностика, эндометриоз, лечение, хирургическое вмешательство лапароскопия и т.д.

Определяя актуальность исследовательской проблемы надо сказать, что в последние годы клиническая диагностика эндометриоза показывает рост заболевания. Распространенность эндометриоза достоверно неизвестна, поскольку многие больные женщины не ощущают каких-либо симптомов. Считается, однако, что, по крайней мере, 10% всех женщин репродуктивного возраста страдает эндометриозом [1]. Он выявляется у трети пациенток с бесплодием и у 16% женщин репродуктивного возраста.

Наибольшие функциональные и структурные изменения отмечаются при глубоком инфильтративном эндометриозе, сопровождающемся вовлечением в процесс соседних органов. В представленном Donnez ретроспективном исследовании частота возникновения эндометриоза мочеочника составляет 0,1%, мочевого пузыря — менее 1% [2]. Толстая кишка вовлекается в патологический процесс в 5–37% наблюдений [3].

Эндометриоз может вызывать сильные боли и бесплодие. При эндометриозе участки слизистой оболочки матки (эндометрия) обнаруживаются за ее пределами, например на яичниках или маточных (фаллопиевых) трубах. Участки аномально расположенной эндометриальной ткани (очаги эндометриоза) могут быть размером с точку или разрастаться более 5 мм в диаметре. Эти участки подвергаются в течение менструального цикла таким же изменениям, как и нормальный эндометрий

Эндометриоз может приводить к развитию следующих симптомов:

- ◆ болезненные менструации (дисменорея) — боли обычно начинаются за один-два дня до месячных и постепенно ослабевают, хотя иногда не исчезают полностью;
- ◆ боли при половом контакте (диспареуния) могут продолжаться до 24 часов;
- ◆ чувство давления в области прямой кишки — иногда могут появляться неотложные позывы или боли при дефекации;
- ◆ боль в поясничной области может быть связана с попаданием крови в мочу; боли при мочеиспускании;
- ◆ бесплодие — вплоть до 40% женщин, страдающих эндометриозом, испытывают трудности с зачатием ребенка.

Хотя у некоторых женщин эндометриоз может никак не проявляться, многие из них страдают от сильных болей, которые приводят к общему ухудшению здоровья и депрессии [4]. Точная причина эндометриоза неизвестна, однако существует несколько теорий:

- ◆ ретроградная менструация — во время месячных фрагменты эндометрия через маточные трубы попадают из матки в полость таза; при наличии предрасположенности эти фрагменты могут прикрепляться к тазовым органам;

- ◆ генетические факторы — женщина, близкая родственница которой больна эндометриозом, в 6–9 раз более подвержена риску развития заболевания;
- ◆ распространение по кровеносной или лимфатической системе — эта теория объясняет случаи обнаружения очагов эндометриоза в таких органах, как легкие и даже мозг;
- ◆ аномальное развитие репродуктивных органов — эндометриальная ткань может развиваться за пределами слизистой оболочки матки при внутриутробном нарушении формирования половых органов.

Исследования показывают возможность взаимосвязи развития болезни с такими факторами риска, как [5, С. 78]:

- ◆ частые, обильные менструации;
- ◆ начало менструаций до 13 лет;
- ◆ возраст старше 25 лет;
- ◆ отсутствие беременностей;
- ◆ употребление более 300 мг кофе в день;
- ◆ недостаток физической нагрузки;
- ◆ нерегулярные менструации;
- ◆ прием оральных контрацептивов.

После менструации повышается уровень эстрогена, и внутренняя оболочка матки (эндометрий) начинает утолщаться, подготавливаясь к принятию оплодотворенной яйцеклетки. Перед овуляцией (выходом яйцеклетки из яичника) возрастает уровень прогестерона, который способствует расширению и кровенаполнению эндометриальных желез. Если оплодотворения не произошло, уровень гормонов падает. Эндометрий отторгается и вместе с неоплодотворенной яйцеклеткой выходит из полости матки в виде кровянистых выделений (менструации). Очаги эндометриоза также выделяют кровь, которая, однако, не имеет места выхода. Вместо этого происходит образование содержащих кровь кист, которые могут сдавливать окружающие ткани. Возможен также их разрыв или воспаление с последующим заживлением и формированием сращений [5, С. 79].

Эндометриоз следует заподозрить у каждой женщины, которая страдает болезненными менструациями, снижающими качество жизни. Диагностика основана на осмотре полости таза через лапароскоп (который вводится в брюшную полость через небольшой надрез) или в ходе абдоминальной операции. Массивные сращения могут сделать лапароскопическое исследование невозможным, в таких случаях прибегают к МР-сканированию, которое, однако, менее надежно. Сформировавшиеся эндометриоидные кисты в полости таза врач может пропальпировать при вагинальном исследовании.

Для появления заболевания необходимы два основных фактора: наличие клеток эндометрия, врожденное или вследствие заброса с менструальными выделениями, в непредназначенных для этого местах, и гормональные нарушения, сопровождающиеся повышенной секрецией эстрогенов яичниками [5, С. 81].

На данный момент существует несколько версий, объясняющих причины распространения частиц тканей эндометрия и, как следствие, распространения очагов болезни в организме женщины. Среди них выделяют следующие:

- ◆ транспортировка клеток эндометрия из матки во время менструации;
- ◆ распространение частиц тканей, уже пораженных эндометриозом, с током лимфы;
- ◆ остатки эмбриональных тканей в других органах.

При переносе клеток эндометрия во время менструации они могут закрепляться в тканях шейки матки, на стенках влагалища, наружных половых органах. Кроме того, существует так называемая ретроградная менструация, способствующая забросу тканей эндометрия в яичники, полость брюшины, органы малого таза

Теория распространения частиц тканей с током лимфы, объясняет локализации патологических очагов в органах и тканях, не связанных иными путями распространения с маточной полостью.

Эмбриональная теория гласит, что зачатки эмбриональной ткани мочеполовой системы могут не быть трансформированы и способны оставаться в других органах в малом количестве, развивая патологическую активность под воздействием неблагоприятных факторов.

Симптоматическая картина может быть невыраженной, смазанной, соответствовать признакам иных заболеваний и дисфункций. У части женщин болезнь протекает без видимых симптомов. Специфических признаков, присущих только данному заболеванию, не существует, однако заподозрить разрастание эндометрия в оболочке матки и репродуктивных органах можно по следующим проявлениям:

- ◆ болезненные ощущения, порой выраженные и длительные, внизу живота, отдающие в пах, в поясницу, так называемые «хронические тазовые боли»;
- ◆ усиление болезненности при половом акте, дефекации, гинекологических осмотрах;
- ◆ продолжительные болезненные менструации с обильными выделениями (вплоть до анемичных состояний), нарушения менструального цикла;
- ◆ первичное, вторичное бесплодие.

Если ткани эндометрия располагаются вне репродуктивных органов женщины, то, в зависимости от места локализации, могут отмечаться такие клинические симптомы, как носовое кровотечение, наличие крови в слюне, моче, мокроте, кале, слезах, выделение крови из пупка и т.п.

В большинстве случаев заболевание классифицируется по месту возникновения. Наиболее часто встречается патология, связанная с телом матки (примерно в 90% случаев). Этот вид заболевания называется внутренним генитальным. Остальные виды, при которых, например, наблюдается поражение яичников или брюшины, называются наружными. Однако нередко внутренний тип заболевания сочетается с наружным.

Разрастание эндометрия тела матки также нередко называют аденомиозом. Эта болезнь характеризуется разрастанием клеток эндометрия, прорастанием их в мышечный слой матки, вплоть до серозной оболочки. При подобном явлении отмечаются значительные кровопотери в менструальный период, маточные кровотечения, влекущие развитие анемии, выраженный болевой синдром. Нередко аденомиоз сопровождается бесплодием, препятствуя наступлению беременности и/или процессу вынашивания.

Лечение начинают с назначения курса гормональных препаратов. При отсутствии эффективности прибегают к хирургическому лечению (оперативным манипуляциям по прижиганию или удалению очагов разрастания эндометрия). При выраженных показаниях и угрозе для здоровья запущенные стадии могут требовать оперативного удаления матки или же ее части.

Увеличение количества случаев разрастания эндометрия в шейке матки специалисты связывают с процедурами хирургического лечения эрозии шейки. Если прижигание или иная манипуляция проводились в предменструальный период, есть вероятность вживления клеток эндометрия в процессе их транспортировки с менструальными выделениями.

Типичным симптомом при такой локализации являются межменструальные кровянистые выделения; возможны болезненные месячные.

Лечение данного типа заболевания также базируется на гормональной терапии. При необходимости применяются оперативные методы лечения, в частности, прижигание и иссечение очагов патологического разрастания эндометрия.

Поражение тканей яичников эндометриоидными кистами — одна из распространенных форм болезни. В по-

добном случае нарушается репродуктивная функция организма: кисты яичников создают препятствия процессу овуляции.

Если заболевание поражает яичники, то эта ситуация чревата истощением резерва фолликулов, женским бесплодием. Основным симптомом являются резкие, колющие боли внизу живота, особенно вовремя или после полового акта. Патология яичников диагностируется при помощи ультразвукового исследования. Необходима дифференциация эндометриоидной и функциональной кист, для чего обследование проводится несколько раз в течение менструального месячного цикла.

При подтверждении диагноза назначается оперативное лечение методом лапароскопии. При лечении удаляется часть измененных тканей и сама киста. Если эндометрий поражает яичники в значительном объеме, то прибегают к удалению яичника.

При локализации очагов разрастания эндометрия в полости таза, брюшине, но вне половых органов, говорят о перитонеальном типе заболевания. Этиология его возникновения связана с транспортировкой клеток эндометрия при ретроградной менструации, прорастании клеток из иных очагов эндометриоза сквозь ткани пораженных органов, а также при отклонениях в период развития плода.

Симптоматика проявляется болевыми ощущениями в тазовой области, возникающими или усиливающимися во время полового акта, дефекации, в период менструации. Диагностика данной формы заболевания затруднена, чаще всего очаги выявляются во время операции, которая выполняет как диагностическую, так и терапевтическую функцию.

Для лечения данного типа заболевания используются гормональные препараты, иммуномодуляторы. Если по истечению полугода оказывается, что консервативные методы лечения неэффективны, назначается операция.

Эндометриоз матки может распространяться не только на шейку органа, но и во влагалище, особенно при наличии в нем воспалительных процессов, ран, ссадин, нарушающих целостность поверхности.

Клиническая картина заболевания состоит из болезненных ощущений и кровянистых выделений при половом акте, локализации болей во влагалище при менструациях.

Диагностика проводится при гинекологическом обследовании пациенток и взятии материала на исследование.

Преимущественно применяется медикаментозное лечение, в частности, назначаются гормональные препараты. При отсутствии эффективности от курса медикаментов используется хирургическая методика лечения, заключающаяся в манипуляциях по иссечению и прижиганию очагов.

При данной форме заболевания наблюдается развитие эндометрия в области половых органов, тела и шейки матки, влагалища. Кроме того, клетки эндометрия поражают кишечник, в частности, прямую кишку.

Данная разновидность болезни отличается выраженным болевым синдромом, особенно при дефекации, а также кровянистыми включениями в кале в дни менструации. Диагностика проводится методом ректального исследования, лечение хирургическое.

Поражение стенок мочевого пузыря эндометрием встречается достаточно редко. Среди причин развития данной формы болезни выделяют ретроградный заброс крови с клетками эндометрия во время менструации, прорастание эндометрия сквозь стенку матки, распространение клеток эндометриоидными кистами других органов.

Нередка ситуация, когда заболевание протекает бессимптомно и диагностируется только при проведении хирургической операции брюшной области по иным показаниям. Однако при разрастании эндометрия на задней стенке мочевого пузыря или в устье мочеточников возможны затруднения, боль при мочеиспускании, учащение позывов, чувство тяжести, особенно в предменструальный период.

Такая клиническая картина часто приводит к ошибочной диагностике и лечению от цистита. Для облегчения постановки верного диагноза необходимо обращать внимание на корреляцию симптомов и менструального цикла. Окончательная диагностика проводится с помощью метода цистоскопии.

Тактика лечения во многом зависит от локализации, а также стадии болезни. В некоторых случаях достаточно консервативного лечения при помощи гормональных препаратов, в других требуется операция.

Существует два основных метода лечения эндометриоза: лекарственная терапия и хирургическое вмешательство. В любом случае лечение должно быть индивидуальным. Лекарства для лечения эндометриоза включают: комбинированные оральные контрацептивы, содержащие эстроген и прогестоген (синтетический прогестерон). Длительность лечения составляет 6–9 месяцев непрерывного приема. В качестве варианта возможно

изолированное назначение прогестогена, дидрогестерона или медрокси прогестерона; даназол — стероидный гормон с антиэстрогенным и антипрогестероновым эффектом; аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) воздействуют на гипофиз и предотвращают наступление овуляции; это может привести к развитию симптомов менопаузы, таких как приливы и остеопороз.

Для снижения этих побочных эффектов возможно заместительное назначение гормонов; нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) применяют для облегчения болей; примерами таких препаратов являются мефенамовая кислота и наироксен. Гормональная терапия, блокирующая овуляцию, обычно эффективно облегчает болевой синдром, однако не излечивает болезнь. При отсутствии лечения заболевание прогрессивно ухудшается до прекращения менструаций или до наступления беременности, когда симптомы обычно стихают. Пациентка должна подробно обсудить с врачом все симптомы и составить схему лечения.

У большинства женщин удается взять болезнь под контроль с помощью одного из методов лечения. Около 60% пациенток с умеренным течением эндометриоза после операционного лечения способны зачать ребенка. Вероятность наступления беременности при тяжелом течении болезни снижается до 35%. Устранение очагов эндометриоза может облегчить боли и излечить от эндометриоза, а разделение сращений повышает вероятность наступления беременности. Для этого могут применяться лазеротерапия и прижигание электрокоагулятором. Молодым женщинам, планирующим беременность, рекомендована лапароскопическая операция. Удаление матки, маточных труб и яичников может быть предложено только женщинам старше 40 лет, выполнившим свою репродуктивную функцию.

Оценка степени распространения эндометриоза по классификации R-AFS (Revised Classification of American Fertility Society, 1985) в настоящее время важна лишь как документ и используется в целях обработки материала и представления его в медицинской литературе (табл. 1). Она не является критерием для выбора тактики лечения, так как истинная тяжесть заболевания определяется не размерами эндометриоидного поражения, а сопутствующим рубцово-спаечным процессом, инфильтрацией тканей вокруг шейки матки, мочеточников, кишечника, крестцово-маточных связок и индивидуальной клинической картиной.

В НЦ АГиП РАМН разработаны клинические классификации различных вариантов эндометриоза, выделяющие 4 стадии его распространения.

- ♦ стадия 1 — патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;

Таблица 1. Классификация эндометриоза R-AFS (Revised Classification of American Fertility Society), 1985 г [6, С, 71].

Локализация	Характеристика эндометриоза		Размеры эндометриоидных гетеротопий		
			< 1 см	1–3 см	> 3 см
			Оценка в баллах		
Брюшина	Поверхностный		1	2	4
	Глубокий		2	4	6
Яичники	Правый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
	Левый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
Спайки (объем поврежденной ткани)			< 1/3 запаяно	1/3–2/3 запаяно	> 2/3 запаяно
Яичники	Правый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
Трубы	Правая	Нежные	1	2	4
		Плотные	4*	8*	16
	Левая	Нежные	1	2	4
		Плотные	4*	8*	16

* — полностью запаянный фимбриальный отдел трубы оценивают в 16 баллов

1–4 балла — минимальная стадия

6–15 баллов — легкая стадия

16–40 баллов — умеренная стадия

> 40 баллов — тяжелая стадия

- ◆ стадия 2 — патологический процесс переходит на мышечные слои;
- ◆ стадия 3 — распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова;
- ◆ стадия 4 — вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Основная цель лечения эндометриоза — избавление пациентки от болей и дискомфорта, подавление активности патологических очагов и восстановление детородной функции. Выбор метода лечения проводится на основе имеющихся симптомов, возраста женщины, ее планов на деторождение и степени тяжести заболевания. Применяют как лекарственную терапию, в том числе иммунную, так и сочетание медикаментозного и оперативного лечения [6, С, 72].

Лапароскопический метод позволяет успешно диагностировать эндометриоз, а также проводить его эффективное лечение. Отличается малой степенью травматичности, потому что при проведении операции делается всего лишь несколько проколов, через которые выполняются соответствующие манипуляции.

Рассматриваемый метод нередко проводится для постановки правильного диагноза и определения характе-

ристик развивающегося заболевания. Применяется такой метод и в лечебных целях, то есть для удаления выявленных образований, рубцовой ткани, которая приводит к болям, бесплодию. При обнаружении эндометриозных кист выполняется лапароскопическое их удаление.

Следует отметить, что лапароскопия в последние годы заняла прочное место в арсенале хирургов как метод диагностики, лечения и мониторинга больных эндометриозом. Выделяют следующие показания к оперативному лечению [7, С, 28]:

- ◆ эндометриоидные кисты яичников;
- ◆ внутренний эндометриоз;
- ◆ ретроцервикальный эндометриоз;
- ◆ вовлечение в патологический процесс других органов и систем с нарушением их функции (кишечник, мочеточники);
- ◆ сочетание эндометриоза с миомой матки и патологией эндометрия, подлежащими оперативному лечению;
- ◆ спаечный процесс, сопутствующий эндометриозу и являющийся причиной бесплодия;
- ◆ отсутствие эффекта от медикаментозного лечения, проводимого непрерывно в течение 6 месяцев;
- ◆ непереносимость гормональных препаратов, применяемых для лечения эндометриоза;
- ◆ болевой синдром, не купируемый анальгетиками;
- ◆ менометроррагия.

Противопоказаниями к выполнению лапароскопических оперативных вмешательств при эндометриозе являются:

- ◆ противопоказания к наложению пневмоперитонеума и нахождению пациентки в положении Тренделенбурга;
- ◆ тяжелая соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- ◆ отсутствие надлежащей квалификации гинеколога или возможности привлечения соответствующего специалиста при необходимости выполнения оперативного вмешательства на органах мочевой системы и ЖКТ, пораженных эндометриозом.

Эндоскопическая лапароскопия проводится под общим наркозом. Во время процедуры в брюшной стенке делают несколько небольших проколов, через которые в полость вводят маленькую видеокамеру с высоким разрешением и инструменты, необходимые для проведения операции. Благодаря большому увеличению хирург может полностью осмотреть брюшную полость, тщательно удалить все очаги эндометриоза и спайки.

Если эндометриозная ткань проросла вглубь стенки мочевого пузыря, прямой кишки или мочеточников, удаление такого очага может быть связано с высоким риском повреждения органов. Если риск слишком велик, этот участок оставляют, но в послеоперационном периоде дополнительно проводится гормональная терапия в течение нескольких месяцев. Подобная схема лечения позволяет пациентке избавиться от многолетних мучительных болей [7, С, 29].

Если проводится лечение эндометриоза при применении лапароскопии, то делается это чаще в амбулатор-

ных условиях. В некоторых случаях приходится пребывать в больнице примерно день после операции. Уже по прошествии недели можно вернуться к выполнению рабочих обязанностей, ведению привычного образа жизни.

После лапароскопического вмешательства возможны осложнения. Это может быть инфекция, кровотечения, образование спайки, повреждения соседних органов. При обращении к квалифицированным специалистам риск возникновения таких осложнений минимален.

Если эндометриоз вызвал бесплодие, то примерно в 40–70% случаев, в результате лапароскопии, женщина восстанавливает свою репродуктивную функцию, способность к зачатию. Беременность чаще всего наступает в первые 12 месяцев после проведения операции. Если этого не произошло или имеются и другие причины бесплодия, которые невозможно устранить хирургически, используются вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО).

Хирургический метод лечения генитального эндометриоза (лапароскопическая операция) это единственный радикальный метод лечения эндометриоза. Именно операция позволяет удалить все патологические очаги. В медицинской практике наиболее часто проводятся лапароскопические операции по удалению эндометриозных кист, ретроцервикального эндометриоза, очагов эндометриоза на яичниках и брюшине малого таза, толстой кишки, мочевого пузыря и мочеточников. Эффективность других методов лечения эндометриоза, например, гормонотерапии, несопоставима с возможностями хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. ASRM (American Society for Reproductive Medicine). The Practice Committee. Endometriosis and infertility; a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 2012, 98; 591–598
2. Donnez J. *Intern. J. Gynaecol. Obstet.* 1999. — V. 64 (Suppl. 1). — P. 513.
3. Пучков К.В., Хубезов Д. А., Тюрина А. А., Родиченко Д. С. Выбор операций при хирургическом лечении эндометриоза толстой кишки // *Проблемы колопроктологии*. Вып. 18. — М., 2002. — С. 683–687.
4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) <http://www.who.int/life-course/news/events/accountability-post-2015-consultation/en/>, на 30 ноября 2015 г.
5. Адамян Л.В., Сонова М. М., Тихонова Е. С. и соавт. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза. *Проблемы репродукции*, 2011, 6; 78–81.
6. Адамян Л.В., Андреева Е. Н. Роль современной гормонотерапии в комплексном лечении генитального эндометриоза. *Проблемы репродукции*, 2011, 6; 66–77.
7. Логинова О.Н., Сонова М.М. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза. *Акушерство. Гинекология. Репродукция*, 2011, 6; 28–29.

© Плехова Светлана Леонидовна (plekhova.lana@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»