

# Тактика ведения больных с наружно-внутренним эндометриозом

*С.Н.Буянова, Т.Н.Сенчакова, Е.С.Бульчева*

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии (дир. - член.-корр. РАМН,  
В.И.Краснопольский)*

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 недугом.

По данным В.П.Баскакова, частота эндометриоза у менструирующих женщин равна 8-15%. В сообщении В. Ranpeu эндометриоз диагностируется у 4-17% женщин, первично обращающихся к гинекологу, и у 8-17% больных, нуждающихся в гинекологических операциях. R. Verctllini отмечает, что среди женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию, эндометриоз встречается от 6 до 44% случаев. Основную часть всех локализаций эндометриоза составляет генитальный эндометриоз (92-94%), значительно реже встречается экстра-генитальный эндометриоз (6-8%) (А.И.Ищенко, Л.В.Адамян).

Касаясь частоты локализаций наружно-внутреннего эндометриоза, некоторые авторы указывают, что при его различных формах эндометриомы яичников отмечаются в 56,3% случаев, ретроцервикальный эндометриоз - в 33,8%, эндометриоз брюшины заднего свода и широких маточных связок - в 23,1%, эндометриоз мочевого пузыря - в 2%, эндометриоз кишечника - в 6,7% случаев. Таким образом, распространенные формы эндометриоза составляют более 70% (H.Y.Riedel, K.Semm).

Причина обращения женщин к гинекологу и, следовательно, выявляемая частота легких и среднетяжелых форм заболевания определяется основными симптомами: бесплодие (40%), дисменорея (82,7-83,4%), болевой синдром (43,3-50%). При тяжелых и распространенных формах эндометриоза наряду с вышеперечисленными симптомами присоединяются диспареуния (33,4-34,5%) и нарушение функции смежных органов (59,9%) (U.Cirkel).

В связи с разнообразием проявлений эндометриоза и вариантов локализации эндометриозидных очагов, неясностью механизма развития эндометриоза в яичниках и ретроцервикальной зоне, склонностью лечения симптомов при таком сложном заболевании (например, бесплодия, дисфункции или тазовых болей), разноречивы сообщения о тактике ведения наружно-внутреннего эндометриоза.

Наиболее обсуждаемы в настоящее время следующие положения:

- Какой метод лечения более эффективен - медикаментозный или хирургический?
- Что предпочтительней - лапароскопия или лапаротомия?

- Когда целесообразно назначать гормональные препараты - до или после операции? Продолжительность их применения?
- Какие гормональные препараты наиболее эффективны?

Однозначного ответа на эти вопросы нет. Поскольку большинство сообщений касается лечения бесплодия и тазовых болей при эндометриозе, то при анализе различных точек зрения на лечение доминирующая выглядит так: медикаментозная терапия неэффективна при спайках и эндометриомах. Хирургическое лечение является "золотым стандартом" в лечении, причем лапароскопия так же эффективна, как и микрохирургия. Однако при тяжелых сочетанных формах наружновнутреннего эндометриоза предпочтительна лапаротомия. Предоперационная гормонотерапия не влияет на результаты хирургического лечения, но облегчает проведение операции. Назначение послеоперационной гормонотерапии необязательно (Pouly и соавт., 1997; Donnez и соавт., 1994, Adamson и соавт., 1992).

Несовершенство тактики ведения, неоднозначность взглядов на целесообразность применения периоперационной медикаментозной терапии наряду с хирургическим лечением отражается на рецидивах заболевания. По данным Л.В.Адамян (1997), купирование болевого синдрома после лапароскопии наступает у 55% пациенток, возобновление болей через 7 мес - у 18,1%, через 18 мес - у 54,6%. После лапароскопии и проведения послеоперационной гормонотерапии в течение 6 мес болевой синдром купирован у 82,6%, возобновление болей через год наступило у 50% пациенток. Надо сказать, что большинство исследований, касающихся эффективности лечения эндометриоза, относятся к восстановлению репродуктивной функции или снижению болевого синдрома. Безусловно, это важно. Но следует помнить, что у каждой 8-10-й женщины с эндометриозом в процесс вовлекаются тазовые органы, а в 0,65% случаев возникает эндометриоидный рак.

Следовательно, цель проводимой терапии - это не только восстановление генеративной функции, но и профилактика распространенных форм эндометриоза, требующих выполнения калечащих радикальных операций, улучшение качества жизни женщин репродуктивного возраста.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 350 больных с распространенными формами эндометриоза, поступивших в отделение оперативной гинекологии МОНИИАГ за 1997-2000 гг. для хирургического лечения.

Возраст больных колебался от 27 до 47 лет, степень распространенности эндометриоза была различной. Длительность заболевания составила от 1 года до 10 лет (в среднем около 6 лет). Жалобы обследованных пациенток до лечения были следующие: болевой синдром, снижающий работоспособность, - 86,3% случаев, анемия - 84,8%, менометроррагии - 93,4%, диспареуния - 80,1%, нарушение функции кишечника - 56%, мочевой системы - 12,3%. Первые симптомы заболевания (боли, менометроррагии) диагностированы от 1 года до 10 лет назад.

Из 350 женщин 30 (8,6%) до операции не получали гормонотерапию, 49 (14%) получали кратковременные одно-двухкратные (3-6-месячные) курсы гормонотерапии, 271 (77,4%) - гормонотерапию в течение от 2 до 10 лет.

Из всех обследованных пациенток 82(23,4%) оперированы ранее 1-3 раза путем лапароскопии или лапаротомии по поводу эндометриоидных кист (произведена резекция), ретроцервикального эндометриоза (удалены эндометриоидные инфильтраты),

тазовой брюшины (коагуляция или выпаривание очагов эндометриоза) с последующей гормонотерапией.

Эффект от гормонотерапии был временным - на период лечения уменьшались боли и объем кровопотери во время менструации, затем симптомы возобновлялись. Опыт нашей работы по ведению пациенток с различными формами эндометриоза показал, что 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 на-ружновнутреннего эндометриоза мы считаем хирургический, успех которого благоприятен при периоперационном назначении гормонотерапии. Чем раньше проводится удаление наиболее выраженных очагов эндометриоза, тем лучше результаты лечения.

Из 350 больных реконструктивный объем выполнен у 92 (26,2%) пациенток, радикальный - у 258 (73,8%). Во всех случаях был вероятен рецидив эндометриоза. При подходе к выбору объема вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, мы придерживаемся принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии и прибегаем к радикальным операциям только в тех случаях, когда другие возможности как хирургического, так и медикаментозного воздействия исчерпаны.

К нам поступали больные с сочетанными формами на-ружновнутреннего генитального и экстрагенитального эндометриоза.

Для улучшения результатов хирургического лечения нами разработана и ретроспективно оценена следующая тактика ведения.

Перед госпитализацией больных с наружно-внутренним эндометриозом для реконструктивно-хирургического вмешательства мы назначали гормонотерапию. Из 92 пациенток 36 (39,1%) получали агонист гонадотропин-рилизинг-гормонов (а-ГнРГ) - золадекс в виде депо-формы, содержащей 3,6 мг или 10,8 мг гозерелина; 56 (60,9%) - гестагены - дюфастон по 10 мг в сутки или неместран по 2,5 мг 2 раза в неделю. Прием препаратов начинали в первый день менструального цикла.

Через 5-6 нед на фоне аменореи производили хирургическое вмешательство. Гормонотерапия в установленное время для каждого препарата продолжалась в течение 4-6 мес послеоперационного периода.

Проведенное исследование позволило выявить определенные преимущества при применении золадекса 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 эндометриоидных очагов при лечении золадексом, по-видимому, связано с состоянием гипоэстрогении. Гипоэстрогенный эффект а-ГнРГ является непрямой, он опосредован через воздействие эпидермального фактора роста, контролирующего клеточную пролиферацию в опухолях (Р.Г.Эдвардс и соавт., 1997). Быстрота изменения величины матки под влиянием а-ГнРГ 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-ГнРГ, приводит к обратному эффекту - вазоконстрикции, уменьшению сосудистых компонентов миометрия, снижению васкуляризации и развитию гипоплазии гладкомышечных волокон.

Благодаря прекращению менструаций у пациенток, получающих а-ГнРГ, произошло стойкое улучшение гематологических показателей, что позволило проводить операцию на более благоприятном фоне. Одновременно с этим высокий уровень гемоглобина не требовал проведения гемотрансфузий при оперативном вмешательстве, что способствовало благоприятному течению послеоперационного периода.

Уменьшение или полное исчезновение кровотечений, болевого синдрома и нарушения функции смежных органов на фоне лечения а-ГнРГ дает возможность избежать экстренного хирургического вмешательства и выполнить операцию в сроки, наиболее удобные для пациента.

Важным преимуществом назначения а-ГнРГ перед операцией следует считать снижение технических затруднений во время оперативного вмешательства и уменьшение хирургической травмы у пациента, снижение кровопотери.

При применении гестагенов стойкой аменорее не наступало, что создавало определенные сложности при определении времени операции.

Тактика ведения больных с распространенными формами наружновнутреннего эндометриоза с прорастанием кишечника или вовлечением мочевой системы, сопровождающимися выраженным спаечно-инфильтративным процессом в брюшной полости и малом тазу, заключалась в проведении радикальной операции без предоперационной гормонотерапии. Объем операции - экстирпация матки с удалением эндометриоза параметральной и пара-вагинальной клетчатки соответствующим хирургическим вмешательством на кишечнике или мочевых органах. Мы считаем, что при подобных сочетанных формах генитального и экстрагенитального эндометриоза гормонотерапия неэффективна и увеличивает риск тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде, учитывая травматичность и обширность хирургического вмешательства. Во всех случаях стремились сохранить яичники или их ткань. В послеоперационном периоде после нормализации гемостазиологических показателей, как правило, с первого дня предполагаемой (календарной) менструации, назначали гормонотерапию (золадекс, дюфастон, бусерелин, неместран) на 3 мес с целью подавления возможных эндометриозных очагов в кишечнике.

Осложнений в послеоперационном периоде как при применении периперационной гормонотерапии, так и в группе больных с радикальными хирургическими вмешательствами не было.

Анализ отдаленных результатов комбинированного лечения (реконструктивные операции в сочетании с пери-операционной гормонотерапией) больных с распространенными формами эндометриоза в течение 3 лет показал, что в 98% случаев произошло восстановление менструальной функции, в 2% наступила гипофункция яичников (при резекции единственного яичника). Болевой синдром возобновился лишь у 3,5% больных через 1 год после лечения и у 6,5% больных через 2 года. Рецидив эндометриоза в течение 3 лет отмечен у 6,5% пациенток, что потребовало проведения гормонотерапии. Повторный курс гормонотерапии (дюфастоном, неместраном, бусерелином) проводили у 6 из 92 больных. Повторных оперативных вмешательств в течение 3 лет наблюдений не было.

После проведения радикальных операций рецидивов в течение 3 лет не было.

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 а-ГнРГ, в частности золадексом или бусерелином.

На основании проведенного нами исследования разработаны основные положения лечебной тактики наружновнутреннего эндометриоза:

1. Гормональная терапия длительными курсами в течение длительного времени не оказывает эффекта и приводит к запущенным распространенным формам.
2. Назначение длительного курса гормонотерапии при изначально тяжелых формах эндометриоза без последующего хирургического лечения неэффективно.
3. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения эндометриоза, и чем раньше оно производится, тем меньше риск развития тяжелых форм.
4. При отсутствии выраженного спаечного процесса, поражения кишечника и мочевой системы предпочтительно хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом.
5. Основа профилактики тяжелых и сочетанных форм - ранняя диагностика легких и среднетяжелых форм эндометриоза и активная комбинированная тактика (лапароскопическая хирургия и медикаментозная терапия). Эффект реконструктивных операций выше на фоне периоперационного применения гормонов.
6. Лучший эффект получен при выполнении операций на фоне применения препарата "Zoladex 10,8", позволяющего достичь состояния медикаментозной аменореи длительностью 6 мес при однократном введении препарата.
7. При радикальном хирургическом вмешательстве (экстирпация матки с сохранением яичниковой ткани, вмешательства на толстой кишке, мочевой системе) предпочтительно проведение послеоперационной гормонотерапии.

#### *Литература:*

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Дискуссионные вопросы современной гинекологии. Материалы международного конгресса по эндометриозу. М, 1996; 17-30.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Материалы международного конгресса по эндометриозу. М., 1996; 12.
3. Аналоги ГнРГ в репродуктивной медицине. /Под ред. F.I'Эдвардса и др. М, "МедПресс", 1997.
4. Адамян Л.В., Андреева Е.Я., Яроцкая Е.Л. Вестн. Рос. ассоциации акуш.гин, 1999;3: 109.
5. Баскаков В.П. Эндометриоз, М.: Медицина, 1990.
6. Ищенко А.И., Автореф. дис.... доктмед. наук. 1992; 4-18.
7. Brosem IAJ-Нит Reprod 1994;9:2209.
8. EversJLH.J Hum Reprod 1994; 9:2206.
9. Ingamells G, Tomas Y. et al. Infertility and Endometriosis. In, Endometriosis (ed. Slaiv)//Blackwell Sciene. 1995; 321.
10. Sutton VM. et al. Fertil Steril 1994; 62: 696.
11. Wingfeld et al. Fertil Steril 1995; 64:340.