

# Хирургический этап лечения инфильтративного эндометриоза в рамках оказания высокотехнологической медицинской помощи

Т.А. Чернышенко, Ф.В. Ненахов, Т.Н. Сумеди,  
А.В. Ульянова, А.В. Сопина, Н.Р. Черткова, Н.В. Дроздова  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Представлены результаты хирургического лечения 118 пациенток с инфильтративной формой эндометриоза. Практически у 80% пациенток отмечено вовлечение в патологический процесс смежных органов (толстой кишки, мочеточников, мочевого пузыря) с нарушением их функции. Доказана эффективность хирургического этапа лечения инфильтративного эндометриоза как основной причины возникновения хронической тазовой боли и бесплодия у пациенток репродуктивного возраста. Лапароскопический доступ является наиболее оправданным в лечении данного заболевания.

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль, инфильтративный эндометриоз, лапароскопия.

The present article describes results of surgical treatment of 118 patients with infiltrative endometriosis. Almost 80% of patients had an involvement of adjacent organs (colon, ureters, urinary bladder) in the pathological process with impairments of their functions. It has been proven that surgical treatment is an effective technique for infiltrative endometriosis as it is the main cause of chronic pelvic pain and infertility in female patients of the reproductive age. The laparoscopic approach is the most appropriate one for treating this disease.

**Key words:** chronic pelvic pain, infiltrative endometriosis, laparoscopy.

В настоящее время эндометриоз представляет одну из наиболее острых проблем современной гинекологии. По данным Американского общества фертильности, за последние 10 лет число диагностированных случаев заболевания демонстрирует экспоненциальный рост и перестает быть только медицинской проблемой, приобретая все большее социальное значение в связи с увеличением экономических затрат на лечение больных эндометриозом более чем на 60%. В структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает третье место после воспалительных процессов и лейомиомы матки. Частота генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста составляет, по данным разных авторов [1–4], от 12 до 50%, и он является основной причиной хронических тазовых болей и нарушений репродуктивной функции [1–3]. По данным статистической группы Всемирного банка, численность женщин в возрасте 15–49 лет на 2009 г. составляет 1 761 687 000 человек. И если учесть, что каждая десятая женщина в репродуктивном возрасте страдает эндометриозом, то абсолютное число пациенток с эндометриозом достигает 176 млн [8]. Особое место занимают распространенные формы эндометриоза в связи с тяжестью течения заболевания, обусловленной формированием глубоких инфильтративных очагов, расположенных в тканях ректовагинального пространства, не имеющих капсулы и четких границ, распространяющихся вглубь (5 мм и более от поверхности пораженной ткани) и по протяженности. Важную роль в диагностике и лечении эндометриоза занимают поражения тканей, сосудов и нервных окончаний соседних органов (прямой и сигмовидной кишки, мочевого пузыря,

параметральной клетчатки, мочеточников и т.д.) с образованием рубцово-спаечного процесса, в связи с чем проблема актуальна для хирургов, урологов и других специалистов [5]. Наблюдаемые при эндометриозе снижение числа примордиальных и растущих фолликулов в яичниках, а также изменения в комплексе хромосомы и ядрышка ооцитов, в клетках гранулы и ядрышка фолликулов свидетельствуют о нарушении количества и качества ооцитов, что необходимо принимать во внимание врачам-репродуктологам при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [6]. Современная концепция лечения инфильтративных форм эндометриоза основывается на необходимости хирургического этапа лечения и поддерживается большинством ученых, занимающихся данной проблемой. Первоочередность хирургического вмешательства и его объем сегодня не являются бесспорными фактами [9]. Большинство хирургов солидарны в том, что при выборе объема оперативного вмешательства при распространенных формах эндометриоза следует, по возможности, придерживаться принципов реконструктивно-пластической органосохраняющей хирургии и прибегать к радикальным операциям только в тех случаях, когда исчерпаны все другие возможности [7]. Касаясь локализации инфильтративного эндометриоза, данные разных авторов имеют незначительное расхождение: ретроцервикальный эндометриоз встречается 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 (Н.У. Riedel, К. Semm). Таким образом, распространенные формы эндометриоза достигают 50%. Хотя здесь необ-

ходимо отметить, что возможны значительные расхождения в данных по локализации поражения, связанные с трудностями диагностики и необходимостью корректного обследования пациенток с данной патологией.

### Материалы и методы

На базе гинекологического отделения №1 ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» за период с 2012 по 2014 г. обследованы и прооперированы 118 пациенток с инфильтративным эндометриозом в возрасте от 21 года до 45 лет. С 2014 г. ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» входит в федеральную программу по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Инфильтративный эндометриоз (код по МКБ-10 N80.4) является одной из самых частых причин лечения гинекологических больных в рамках ВМП (02.00.3.006). Использовали общеклинические и специальные методы исследования, включающие гинекологическое обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ), УЗИ органов брюшной полости, магнитно-резонансную томографию (МРТ), колоноскопию, цистоскопию, анализ крови на онкомаркеры.

### Результаты

Все пациентки с инфильтративной формой эндометриоза прооперированы лапароскопическим доступом. Длительность заболевания в среднем составила  $6,7 \pm 0,5$  года. Среди больных 23 (19,59%) женщины ранее уже подвергались оперативному лечению по поводу инфильтративного эндометриоза, из них 20 (87%) лапароскопическим методом. У 42 (35,6%) пациенток эндометриоидный инфильтрат ректовагинальной клетчатки был иссечен в пределах здоровых тканей техникой «shaving». Применение данной техники определяется в каждом случае индивидуально и интраоперационно, зависит от локализации и степени поражения стенки прямой кишки. Уретеролизис у 86 (72,9%) пациенток выполнялся во всех случаях инфильтративного эндометриоза при вовлечении в инфильтрат ректовагинальной, параректальной клетчатки и боковых параметральных клетчаточных пространств. Основной целью данного этапа является возможность безопасного иссечения в полном объеме инфильтративно измененных тканей в непосредственной близости от мочеточников и соответственно снижения частоты осложнений, связанных с поражением мочевых путей. Резекция мочеточника выполнена лапароскопическим доступом только в 1 (0,85%) случае при тотальном сквозном вовлечении его стенки и прорастании инфильтрата до слизистой оболочки.

У 94 (79,7%) больных после операции был получен значимый клинический эффект: были устранены стойкий болевой синдром, почечные колики, диспареуния. У 10 (8,5%) пациенток в течение

первого года после операции наступила беременность, у 7 из них — самостоятельно, у 3 — с использованием ЭКО.

### Заключение

Диагностика распространенных инфильтративных форм эндометриоза должна включать комплекс современных методов обследования: УЗИ, МРТ, колоноскопию, цистоскопию для уточнения распространенности процесса, биопсию патологических очагов с целью исключения злокачественного характера изменений. Успех хирургического лечения эндометриоза зависит от адекватности объема первичной операции, что особенно важно для пациенток молодого возраста. Лапароскопический доступ является предпочтительным при проведении оперативного лечения инфильтративного эндометриоза, включая выполнение операций на мочевом пузыре, мочеточниках, толстой кишке.

### Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2006.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриоидная болезнь. СПб.: Н-Л, 2002.
3. Стрижаков А.М., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М.: Медицина, 1996.
4. Кондриков Н.И., Адамян Л.В., Беляева Л.А. и др. Морфологические и ультраструктурные особенности эндометриоидных кист яичников. Материалы международного конгресса. М., 1996: 162—166.
5. Гаспарян С.А. Инфильтративная форма генитального эндометриоза: патогенез, диагностика, лечение, методы реабилитации, отдаленные результаты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 52 с.
6. Адамян Л.В., Курило Л.Ф., Шуляк И.Ю. Оценка состояния ооцит-фолликулярного аппарата яичников женщин при различных формах эндометриоза. Материалы международного конгресса. М., 2009; 56.
7. Donnez J., Pirard C. et al. Surgical management of endometriosis. Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2004; 18 (2): 329—348.
8. Peter A., Rogers W., Thomas M. et al. Priorities for Endometriosis Research: Recommendations From an International Consensus Workshop. Reprod. Sci. 2009; 16: 335—346.
9. Vercellini P., Crosignani P.G., Somigliana E. et al. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence. Hum. Reprod. 2009; 24 (10): 2504—2514.