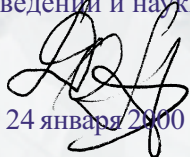


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

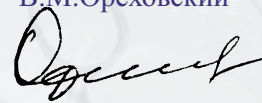
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



24 января 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



24 января 2000 г.

Регистрационный № 128-9911

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ ГЕНИТАЛИЙ

Витебск 2000

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Учреждение-разработчик:

Витебский государственный медицинский институт

Авторы: канд. мед. наук, доц. Т.С. Дивакова, д-р мед. наук Л.Я. Супрун

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Ю.К. Малевич, канд. мед. наук, доц. Д.М. Михнюк

В методических рекомендациях представлено хирургическое органосохраняющее лечение больных миомой матки и эндометриозом гениталий методом лапароскопии и гистероскопии, основанное на собственном опыте выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств (157 операций) и послеоперационном ведении более 250 пациенток с данной патологией. Изложены показания, противопоказания, техника выполнения и осложнения малоинвазивных вмешательств, а также методика локального введения различных медикаментозных препаратов. Представлены конкретные схемы современной гормонотерапии при органосохраняющих эндоскопических операциях и принципы негормональных реабилитационных мероприятий. Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов стационаров, женских консультаций, хирургов-эндоскопистов, субординаторов акушеров-гинекологов и студентов старших курсов медицинских университетов и институтов.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ МИОМЕ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗЕ ГЕНИТАЛИЙ	5
СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ	6
КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ИЛИ РЕЦИДИВА МИОМЫ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗА ГЕНИТАЛИЙ	8
ЭТАПЫ КОМПЛЕКСНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ ГЕНИТАЛИЙ	10
ВИДЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	11
ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ	12
ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ	13
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ	14
Предоперационная подготовка	15
ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ	16
Локальное использование медикаментозных препаратов	28
ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ	32
Возможные осложнения эндоскопических хирургических вмешательств и методы их устранения	33
КОРРЕКЦИЯ ГОРМОН-РЕЦЕПТОРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ ГЕНИТАЛИЙ	34
СХЕМА ГОРМОНОТЕРАПИИ	39
НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ	42

ВВЕДЕНИЕ

Наибольшие сложности в тактике ведения больных с гормонально-зависимыми заболеваниями гениталий возникают в случае начальных форм миомы матки и эндометриоза гениталий, сочетания миомы матки и эндометриоза гениталий, рецидива заболевания после хирургического вмешательства. Радикальное хирургическое лечение приводит к развитию нарушений многих функциональных систем организма в виде посткастрационного синдрома, снижения физического и психосоциального благополучия, лишает женщину детородной функции, является причиной дисгармонии в семейной жизни. Кроме того, радикальное хирургическое лечение не устраняет возможности рецидива эндометриоза внегонадной локализации (Баскаков В.П., 1990; Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., 1996) и возвращения болевого синдрома (Nichman T.N. et al., 1998). Внедрение лапароскопии и гистероскопии в практическую гинекологию позволило диагностировать эту патологию на ранних стадиях и удалять узлы миомы и очаги эндометриоза, сохраняя при этом органы репродуктивной системы. Однако частота рецидива болезни, по данным В.И. Кулакова и Л.В. Адамян (1996), W.P. Dmowski (1988), составляет от 17 до 41%. Диагностируя сочетание двух заболеваний при эндоскопических вмешательствах, перед хирургом встает вопрос: проводить операцию в щадящем объеме или путем чревосечения радикально. Гормонотерапия, являясь одним из самых эффективных неинвазивных методов купирования болезни на ранних стадиях, не имеет единого стандарта, отличается разнонаправленностью и касается только «чистых» миом и «чистого» эндометриоза гениталий. Четких схем ведения больных при выполнении органосохраняющих операций в репродуктивном и пременопаузальном возрасте не имеется. В связи с этим нами проведены исследования по изучению некоторых звеньев патогенеза, разработана и апробирована тактика органосохраняющего хирургического лечения и коррекции гормон-рецепторной системы больных при различных формах миомы матки и эндометриоза гениталий, а также в случае сочетания двух заболеваний.

ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ МИОМЕ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗЕ ГЕНИТАЛИЙ

– Миома матки множественная с субсерозным или интерстициальным расположением узлов диаметром до 5 см при размерах тела матки, не превышающих таковых при 10-недельной беременности.

– Миома матки единичная с субсерозным, интерстициальным или подслизистым расположением узла диаметром до 7,0 см.

– Миома матки множественная (при размерах тела матки, не превышающих таковых при 10-недельной беременности, и диаметре узлов до 5,0 см) в сочетании с распространенным эндометриозом (яичники, брюшина, крестцово-маточные связки, ретроцервикальный) I–IV степени.

– Миома матки единичная (при размерах тела матки, не превышающих таковых при 8-недельной беременности, и диаметре узла до 7,0 см) в сочетании с распространенным эндометриозом (яичники, брюшина, крестцово-маточные связки, ретроцервикальный) I–IV степени.

– Миома множественная в сочетании с эндометриозом матки (при размерах тела матки, не превышающих таковых при 8-недельной беременности).

– Миома единичная в сочетании с эндометриозом матки (при размерах тела матки, не превышающих таковых при 8-недельной беременности).

СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Схема обследования больных должна включать методы, выявляющие характер патологического процесса, локализацию и размеры узлов миомы и очагов эндометриоза, морфофункциональную характеристику очагов, степень распространения эндометриоза, степень вовлечения кишечника, мочеточников, глубину деструкции тканей.

– Бимануальное гинекологическое (в том числе тщательная пальпация сводов влагалища, крестцово-маточных связок) и ректовагинальное исследование.

– Ультразвуковое исследование органов малого таза (первый этап — трансабдоминальное обзорное сканирование с наполненным мочевым пузырем, второй этап — трансвагинальное сканирование с пустым мочевым пузырем). Измеряются общие размеры матки, толщина эндометрия, выявляются эхопризнаки миомы матки, внутреннего эндометриоза, патологических образований в яичниках.

– Кольпоскопия (по показаниям с прицельной биопсией), цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности шейки матки.

– Цервикогистеросальпингография (только при бесплодии или аномалии развития внутренних половых органов).

– Гистероскопия, диагностическое выскабливание эндометрия с гистологическим исследованием соскоба.

– Колоноскопия (при нарушении функции кишечника, мочевыделения, подозрении на наружный эндометриоз III–IV степени, ретроцервикальный).

– ФГДС.

– Урография внутривенная (при нарушении функции мочевыделения, подозрении на наружный эндометриоз III–IV степени, ретроцервикальный III–IV степени).

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

– Сонография почек (при нарушении функции мочевыделения, подозрении на наружный эндометриоз III–IV степени, ретроцервикальный III–IV степени).

– Магниторезонансная томография органов малого таза (проводится для дифференцировки миомы матки с узловой формой внутреннего эндометриоза, выяснения размеров, структуры и точного расположения узла миомы по отношению к полости матки, крупным сосудам и мочеточнику, при подозрении на ретроцервикальный эндометриоз с вовлечением ректосигмоидного отдела кишечника, степени вовлечения петель кишечника в спаечный процесс малого таза, для уточнения расположения и степени поражения яичников при распространенном эндометриозе).

– Лапароскопия с хромогидротубацией.

КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ИЛИ РЕЦИДИВА МИОМЫ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗА ГЕНИТАЛИЙ

Учитывая волнообразный характер течения миомы матки и эндометриоза гениталий, сложность диагностики болезни на ранних стадиях, наличие случаев стабилизации болезни на самых начальных этапах развития и даже самоизлечение организма (исчезновение малых форм эндометриоза брюшины) или, наоборот, быстрое распространение и усугубление патологии, когда утрачивается возможность органосохраняющего лечения, возможность рецидивов после консервативного лечения, нами выделены критерии прогрессирующего течения болезни. Наличие нижеперечисленных признаков является показанием к незамедлительному малоинвазивному хирургическому и гормональному лечению.

– Появление или усугубление симптомов миомы матки или эндометриоза гениталий после периода относительного благополучия (синдром тазовых болей, гиперполименорея, диспареуния, мастодиния, нарушение функции смежных органов, снижение либидо, психосоматические расстройства).

– По данным УЗИ: увеличение объема матки и яичников, ширины эндометрия на 4–5 день цикла более 0,8 см, появление новых гиперэхогенных и гипоэхогенных участков в миометрии диаметром от 0,3 см и более, неровность контуров матки, объемных образований и свободной жидкости в малом тазу.

– Изменение параметров суточного профиля гормонов за 3–4 дня до менструации (высокие уровни пролактина: в 16 ч — 900,0 мМЕ/л и более, в 4 ч — 1300,0 мМЕ/л и более; высокие уровни кортизола: в 8 ч — 620,0 нмоль/л и более, в 4 ч — 380,0 нмоль/л и более; высокие уровни эстрадиола в 24 и 4 ч — 0,85 нмоль/л и более; уровень ЛГ ниже 2,0 МЕ/л в течение суток; уровень прогестерона в 4 ч ниже 6,5 нмоль/л; уровень ТТГ в 20, 24 и 4 ч выше 3,5 мМЕ/л; уровень тироксина ниже 100,0 нмоль/л в течение суток).

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

– Изменение уровня рецепторов к половым гормонам в эндометрии на 19–23-й день менструального цикла (уровень рецепторов к эстрадиолу 150,0 фмоль/мг белка и выше, уровень рецепторов к прогестерону 600,0 фмоль/мг белка и ниже).

– Высокие уровни в перитонеальной жидкости интерлейкинов и протеолитической активности (для ИЛ-8 120,0 пг/мл и более, для ИЛ-1 в 30,0 пг/мл и более, для ФНОα 25,0 пг/мл и более, для БАПНА-амидазной активности 80,0 пкат и более).

– При лапароскопии: повышенное количество (более 40,0 мл) и серозно-геморрагический характер перитонеальной жидкости, цвет матки, маточных труб и брюшины широких связок багровый с расширенными сосудами, единичные округлые участки на матке бледно-розового цвета, наличие увеличения размеров матки, особенно переднезаднего, неровность ее контуров (крупнобугристый), неравномерность консистенции при дотрагивании манипулятором, на брюшине дугласова кармана или задних листках широких связок темно-красного цвета круглой или продолговатой формы очаги диаметром от 0,3 до 0,7 см, имеющие вид капли, увеличение размеров и признаки кистозного изменения одного или обоих яичников, множество фолликулярных кист в яичниках диаметром более 0,5 см, маточные трубы расширены и отечны в ампулярных отделах с сужением наружного отверстия трубы.

ЭТАПЫ КОМПЛЕКСНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ ГЕНИТАЛИЙ

I этап — лапароскопия (гистероскопия) диагностическая.

II этап — лапароскопическое (гистероскопическое) удаление или деструкция узлов миомы и очагов эндометриоза, локальное введение медикаментозных препаратов.

III этап — гормональная терапия, вызывающая аменорею и гипоэстрогению.

IV этап — гормональная терапия, нормализующая состояние гормон-рецепторного статуса, негормональные реабилитационные мероприятия или контрольная лапароскопия (гистероскопия) по показаниям с элементами хирургического вмешательства и пролонгированием медикаментозной аменореи.

ВИДЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1. Лапароскопия.
2. Гистероскопия.
3. Одномоментная лапаро- и гистероскопия.
4. Мини-лапаротомия в сочетании с лапароскопией.

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

1. Миома матки единичная при субсерозном или интерстициально-субсерозном расположении узла размером, не превышающим 7,0 см в диаметре.

2. Миома матки множественная при субсерозном или интерстициально-субсерозном расположении узлов размером, не превышающим 5,0 см в диаметре.

3. Эндометриоз гениталий наружный (яичники, брюшина, крестцово-маточные связки, ретроцервикальный, эндометриоидные кисты яичников любых размеров) I–IV степени распространения.

4. Миома матки множественная в сочетании с эндометриозом брюшины, яичников, крестцово-маточных связок, ретроцервикальным, матки у женщин до 39 лет с бесплодием.

5. Миома матки (один узел с различным расположением, размеры матки не превышают таковых при 8-недельной беременности) в сочетании с эндометриозом брюшины, яичников, крестцово-маточных связок, ретроцервикальным у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста без вовлечения кишечника и мочеточников.

6. Миома в сочетании с эндометриозом матки (один узел с субсерозным расположением, размеры матки не превышают размеров, соответствующих 8-недельной беременности).

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ

1. Миома матки единичная с подслизистым расположением узла в диаметре не более 4,0 см при возможности полного обзора ножки узла.
2. Эндометриоз матки у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста.
3. Миома в сочетании с эндометриозом матки (единичный узел миомы с подслизистым расположением в диаметре не более 4,0 см) в репродуктивном возрасте.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

1. Миома матки и эндометриоз различной локализации при сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия, яичников и шейки матки в пременопаузальном возрасте или рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия, яичников и шейки матки в репродуктивном возрасте.
2. Рецидив миомы или эндометриоза в пременопаузальном возрасте.
3. Размеры миомы превышают размеры матки, соответствующие 10-недельной беременности.
4. Воспалительный процесс гениталий, острый или хронический, в стадии обострения.
5. Выраженный спаечный процесс брюшной полости после двух и более чревосечений или перенесенного перитонита.
6. Полное поражение стенки кишки эндометриозом.
7. Сужение (обструкция) мочеточника с явлениями гидронефротической трансформации почек по данным УЗИ.
8. Некроз узла миомы или нагноение эндометриоидной кисты яичника.
9. Злокачественные заболевания гениталий или других органов.
10. Экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистой и дыхательных систем, заболевания печени и почек с нарушением свертываемости крови, сахарный диабет) в стадии декомпенсации.
11. Маточная беременность (прогрессирующая или прерывающаяся).

Предоперационная подготовка

Предоперационную подготовку больных необходимо проводить по общеизвестным принципам, схожим для операций при чревосечении, с тщательным клинико-инструментальным обследованием на догоспитальном этапе. Больную госпитализируют за одни сутки до операции на 6–10 день менструального цикла при больших размерах миомы (более 4,0 см в диаметре) или распространенном эндометриозе. В случае небольшой миомы или малых форм эндометриоза госпитализацию осуществляют в любой день менструального цикла, кроме периода менструации. При наличии или подозрении на вовлечение кишечника в патологический процесс за сутки до операции назначают клизмы с растворами осмотических слабительных до полного очищения кишечника. В предоперационном эпикризе необходимо отразить объем планируемой операции и возможность перехода на лапаротомию. Больную знакомят с тактикой лечения, согласие подтверждается подписью пациентки.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ

Оперативное вмешательство осуществляется под эндотрахеальным наркозом при положении больной для влагалищных вмешательств с разведением ног и частичным сгибанием их в тазобедренных и коленных суставах. Голову и верхнюю часть туловища необходимо расположить ниже на 20–25° (по Тренделенбургу). Этапы операции состоят из наложения пневмоперитонеума CO₂, введения 3 или 4 троакаров, наложения маточной канюли, осмотра органов брюшной полости, иссечения или деструкции патологических структур, извлечения их из брюшной полости, ушивания дефектов брюшины и яичников, промывания брюшной полости, контрольной хромогидротубации или клиппирования маточных труб, локального введения медикаментозных средств, дренировании брюшной полости, извлечении троакаров и маточной канюли, ушивании тканей передней брюшной стенки.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Обзорная лапароскопия является этапом, предшествующим хирургическому вмешательству. Для исключения ошибки в диагнозе осмотр органов брюшной полости осуществляется вначале без использования манипуляторов (касание или фиксация тканей вызывает появление на поверхности точечных прозрачных или ярко-красных очагов, повышение экссудации жидкости и микрокровотечение), а затем с манипуляторами путем смещения органов. Интраоперационно устанавливается или уточняется диагноз, определяется объем хирургического вмешательства. Анализ данных магнито-резонансной томографии позволяет наиболее четко диагностировать миому, ее тканевую структуру, в том числе при отеке или некрозе узла, размеры, расположение с определением взаимоотношений между границами опухоли, полостью матки и крупными сосудами. Магниторезонансную томографию органов малого таза необходимо использовать только в тех случаях, когда диагноз остается неясным после оценки данных сонографии, гистеросальпингографии и гистероскопии. Окончательное представление о глубине поражения тканей эндометриозом также формируется на основе данных сонографии, гистероскопии, колоноскопии, уретеропиелографии, магниторезонансной томографии в комплексе с лапароскопической картиной. Только комплексное обследование в сочетании с данными лапароскопии позволяет решить вопрос об объеме хирургического лечения и возможности наиболее полного иссечения узлов миомы и очагов эндометриоза.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

При осмотре органов малого таза оценивается объем и цвет перитонеальной жидкости. У больных миомой матки объем перитонеальной жидкости, как правило, нормальный или несколько повышен (10,0–25,0 мл), цвет слегка желтоватый, прозрачность полная. В случае эндометриоза гениталий объем перитонеальной жидкости возрастает до 50,0–70,0 мл. Экссудат имеет характер темно-геморрагического с потерей прозрачности. При миоме тело матки увеличено в размерах, отмечается неровность его контуров, изменение положения, имеют место округлые очертания плотного образования. В случае субсерозной миомы узел белесоватого цвета с четкими границами значительной плотности имеет узкую или широкую «ножку» у основания. При интерстициальной миоме локализацию узла можно уточнить на основании изменения контура матки в конкретном месте и большей плотности тканей в сравнении с окружающими при пальпации манипулятором. Узлы миомы чаще располагаются в области дна и задней стенки тела матки с интерстициально-субсерозной и субсерозной локализацией. Размеры миоматозных узлов колеблются от 0,5 до 7,5 см в диаметре, количество от 1 до 4. При распространенном наружном эндометриозе размеры узлов миомы, как правило, не превышают 2,5 см. При внутреннем эндометриозе узлы миомы достигают больших размеров (3,0–5,5 см).

Картина эндометриоза гениталий характеризуется многообразием, что согласуется с данными других авторов (Cook A.S., Rock J.A., 1991). Об эндометриозе матки можно судить по ее шаровидной форме, увеличении преимущественно переднезаднего размера, темно-бардовому цвету с просвечивающимися расширенными сосудами или мраморному рисунку серозного покрова мягкой консистенции. В случае узловой формы аденомиоза определяется очаговая бугристость стенок, чаще задней. Более чем в 60% случаев эндометриоз матки сопровождается ее ретрофлексией. Наружный эндометриоз визуализируется как множественные точечные (0,1–0,3 см в диаметре) и очаговые (0,5–3,5 см) образования от бледно-розового и ярко-красного до бордового, темно-синего или коричневого цвета, возвышающиеся над поверхностью и располагающиеся на задних листках широких связок, брюшине дугласова кармана, крестцово-маточных связках, боковых стенках таза, маточных трубах, пузырно-маточной складке, диафрагме, поверхности яичников, серозном покрове кишки, на сальнике. При I и II стадии распространения наружного эндометриоза гетеротопии чаще визуализируют справа на брюшине и яичнике. Распространенный эндометриоз сопровождается поражением обоих яичников, сращениями между придатками и маткой, кишечником, брюшиной боковых стенок малого таза, облитерацией позадиматочного пространства. Мелкие гетеротопии не исчезают после термоцветового теста. Наряду с типичными очагами эндометриоза визуализируются дополнительные карманы брюшины со спайками, белые рубцы, глубокие узлы, прозрачные пузыри. Глубокий эндометриоз яичников характеризуется тем, что киста со всех сторон окружена корковым слоем, нижний полюс ее доходит до самых ворот яичника, в процесс вовлекается строма яичника. Размеры кисты варьируют от 4,5 до 14,7 см в диаметре с толщиной капсулы от 0,1 до 0,5 см. При ретроцервикальном эндометриозе, как правило, спаечный процесс специфический, имеет вид сращений между придатками (яичники с эндометриоидными кистами, ампулярные

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

отделы маточных труб), задней поверхностью матки в истмическом отделе, крестцово-маточными связками и передней стенкой прямой кишки или ректосигмоидным отделом. Критерием полной или частичной облитерации позадиматочного пространства является визуализация крестцово-маточных связок и кармана брюшины между ними. При ретроцервикальном эндометриозе III–IV степени передняя стенка прямой кишки и ректовагинальная перегородка вовлечены в конгломерат тканей, состоящих из фиброзных перемычек, узлов эндометриоза с гладкомышечными волокнами, и сращены с задней поверхностью матки и шейки от места на 0,5–2,0 см выше прикрепления крестцово-маточных связок до уровня ниже на 1,0–2,0 см внутреннего зева.

Кроме миомы и эндометриоза нередко визуализируется сопутствующая патология. Хронический воспалительный процесс органов малого таза с преимущественным поражением маточных труб, спаечный процесс брюшной полости вследствие перенесенных чревосечений, поликистоз яичников, дефекты брюшины (синдром Аллена — Мастерса), доброкачественные образования яичников (серозные кистомы, зрелые тератомы, параовариальные, фолликулярные и лютеиновые кисты), варикозно расширенные вены таза, врожденная аномалия матки (двойная матка, добавочный рудиментарный рог матки).

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

При выраженном спаечном процессе зачастую невозможно определить полную картину состояния внутренних половых органов и структур брюшной полости. В связи с этим используется мини-лапаротомия с последующей лапароскопической визуализацией органов брюшной полости и тупым или острым разъединением и рассечением спаек. Кроме того, наличие ретроверзии и -флексии матки, ожирения высокой степени значительно усугубляет этапы хирургического вмешательства за счет сокращения объема свободного позадматочного пространства. Для выведения матки из ретроверзии используется специальная маточная канюля. Канюля позволяет жестко фиксировать шейку и расположение тела матки. Шейка смещается ниже спинальной плоскости в сторону крестца. Тем самым ликвидируется острый угол между шейкой и телом матки, тело матки приближается к лону, увеличивается позадматочное пространство. В случае ожирения головной конец операционного стола необходимо опустить на 30–35° (сальник и петли кишечника максимально смещаются в верхние отделы брюшной полости) и ввести дополнительный манипулятор (для смещения клетчатки боковых стенок таза), что также увеличивает объем позадматочного пространства.

Хирургическое вмешательство осуществляется этапно в определенной последовательности:

1. Восстанавливаются анатомические взаимоотношения органов и структур малого таза и удаляются очаги эндометриоза на брюшине. Как указывалось выше, спаечный процесс при эндометриозе гениталий характеризуется специфичностью. Кроме того, при эндометриозе брюшины и яичников спайки и сращения между органами, как правило, рыхлые. Между сращениями и карманами брюшины после тупого разъединения вскрываются очаги эндометриоза диаметром от 0,2 до 3,5 см с выделением густого «шоколадного» содержимого, возникает кратковременное капиллярное кровотечение. В процессе вскрытия таких очагов образуются лакуны с темным содержимым на фоне более светлой фиброзной ткани и наложений фибрина. При длительном существовании эндометриоза (более 4 лет) спайки плотные, фиброзные с наличием мощного кровоснабжения в виде сосудов, просвет которых превышает 0,2 см в диаметре. При этом визуально трудно отличить границу между органами. В случае глубокого эндометриоза (клетчаточных пространств малого таза) сращения между органами и структурами всегда плотные, представленные тяжами фиброзной ткани, которые охватывают мелкие узлы эндометриозидных очагов диаметром от 0,3 до 0,6 см. Плотность таких узлов схожа с узлами миомы. На разрезе узелки имеют несколько точечных темно-синих очагов с «шоколадным» содержимым. Четкая граница пораженных тканей также отсутствует. Плоскостные спайки и рыхлые сращения разъединяются тупо манипулятором или с помощью эндокоагуляции. Как правило, не возникает необходимости проведения дополнительного гемостаза. В случае глубокого эндометриоза рассечение выполняется ножницами, иногда после предварительной аквадиссекции тканей. Гемостаз должен осуществляться биполярной коагуляцией или прицельным наложением клемм на крупные сосуды. Предпочтительное использование биполярной коагуляции для гемостаза основано на минимизации травмирования тканей в зоне хирургического вмешательства. Монополярную коагуляцию в режиме «резание» при восстановлении анатомии органов

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

малого таза необходимо использовать осторожно из-за значительной глубины деструкции тканей и риска несостоятельности стенок полых органов в послеоперационном периоде вследствие коагуляционного некроза. Как правило, разрушение (эндо- или биполярной коагуляцией) и рассечение (ножницами) спаек и сращений сопровождается деструкцией поверхностных очагов эндометриоза на брюшине дугласова кармана, крестцово-маточных связках, боковых стенках таза, пузырно-маточной складки и задних листках широких связок. При глубокой инвазии гетеротопий в клетчатку малого таза проводится рассечение брюшины и обработка ложа очага биполярной коагуляцией или иссечением очага. Ложе всегда коагулируется, осторожно захватывая небольшой участок тканей биполярном или с помощью эндокоагулятора поглаживающими движениями. При дефектах брюшины более 3,0 см накладывается узловый шов атравматичными монофильными нитями с интракорпоральным завязыванием узла или скоба.

2. После освобождения яичников и матки из спаек аспирируется содержимое эндометриоидной кисты и промывается ее полость. Остро или монополярном рассекается корковый слой яичника в зоне верхнего полюса эндометриоидной кисты на протяжении от 3,0 до 5,0 см. Тупо и остро вылушивается капсула кисты. Крупные сосуды, чаще в области ворот яичника, коагулируются биполярном. Для предотвращения рецидива ложе кисты дополнительно обрабатывается эндокоагуляцией. При размерах кисты более 4,0 см яичник ушивается узловыми кетгутowymi или дексоновыми швами.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

3. Следующим моментом операции является вылушивание узлов миомы. Над миомой монополярном в режиме «резание» рассекается серозный покров матки и капсула узла. Узел фиксируется щипцами и подтягивается вверх. Остро с использованием коагуляции узел вылушивается полностью из окружающих тканей. Крупные сосуды, питавшие миому, дополнительно коагулируются биполярном, ложе ушивается однорядным или двухрядным узловым швом в случае интерстициальной миомы. В случае субсерозного узла поверхность матки обрабатывается лишь эндокоагуляцией, создавая поверхностную пленку из денатурированных белков и препятствуя спаечному процессу в послеоперационном периоде. Удаление интерстициальных узлов с центрипетальным ростом проводится очень осторожно с предварительным введением в ткани сосудосуживающих средств (окситоцин) при интраоперационном контроле целостности стенок матки со стороны ее полости с помощью гистероскопии. При затруднении выполнения данного вмешательства переходят на чревосечение. Крайне низкое (шеечная или истмическая локализация) или интралигаментарное расположение узла миомы, высокий риск ранения маточных сосудов, мочевого пузыря или мочеточников являются также показанием для перехода к лапаротомии. Брюшная полость тщательно промывается.

4. Далее выполняется иссечение ретроцервикального эндометриоза. Характер и объем вмешательства при ретроцервикальном эндометриозе зависит от его преимущественной локализации, распространения и степени вовлечения прямой, сигмовидной кишки, мочеточников. При единичных узлах ретроцервикального эндометриоза, располагающихся ближе к брюшине дугласова кармана или с ее вовлечением, производится биполярная коагуляция очагов со стороны брюшной полости. В случае ретроцервикального эндометриоза с преимущественным вовлечением шейки матки и слизистой влагалища выполняется иссечение очагов острым путем со стороны влагалища при лапароскопическом контроле состояния брюшины дугласова кармана и стенки кишки. При ретроцервикальном эндометриозе с вовлечением истмического отдела и шейки матки, крестцово-маточных связок, стенки прямой или сигмовидной кишки, ректовагинальной перегородки и слизистой влагалища иссечение очагов начинается со стороны брюшной полости с выполнением задней кольпотомии. Для снижения травматизации тканей, риска ранения стенки кишки, мочеточников или маточных сосудов используется порционное жидкостное расслоение тканей с последующим рассечением фиброзных сращений между задней поверхностью матки, крестцово-маточными связками и передней стенкой ректосигмоидного отдела кишечника. Одновременно иссекаются узлы фиброзного ретроцервикального эндометриоза с участками окружающей соединительной ткани до параректальной клетчатки, а также вскрываются эндометриомы диаметром от 0,5 до 2,5 см, имеющих тонкостенную капсулу. Кровотечение в процессе манипуляций иногда может быть значительным. Гемостаз осуществляется в зависимости от просвета сосудов, питающих патологический очаг, биполярном, эндокоагулятором или наложением скобы. Стенка кишки в случае поражения серозно-мышечного покрова также осторожно обрабатывается эндокоагулятором. Для контроля состоятельности кишки используется пальцевое ректальное исследование или

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

интраоперационная колоноскопия. Вторым этапом влагалищным доступом иссекаются оставшиеся очаги ректовагинальной перегородки, слизистой влагалища и шейки матки. Как правило, производится продольный разрез слизистой в области заднего свода влагалища с переходом на шейку длиной от 2,0 до 5,0 см. После отсепаровки слизистой в стороны иссекаются узлы эндометриоза и осуществляется гемостаз биполяром. На брюшину дугласова кармана и слизистую влагалища накладываются узловые швы.

5. В завершение восстанавливается проходимость маточных труб (фимбриолизис, сальпингоовариолизис, сальпингостомия) на основе использования элементов микрохирургической техники и выполняется контрольная хромогидротубация. Все этапы лапароскопического вмешательства должны сопровождаться неоднократным промыванием и тщательной визуализацией структур малого таза. Оптическое увеличение, микроинструменты, биполярная коагуляция, атравматичный монофильный шовный материал являются залогом высокой частоты сохранения проходимости маточных труб в отдаленный послеоперационный период.

6. Узлы миомы, капсула эндометриом, иссеченные патологические ткани удаляются через троакар после кускования путем рассечения передней брюшной стенки через все слои слева в подвздошной области на 1,5–3,0 см в сторону от прокола троакара или задней кольпотомии через влагалище.

7. Дренирование брюшной полости силиконовой двухпросветной трубкой диаметром 0,5 см с заглушкой. На кожу накладываются узловые швы. Послойное ушивание передней брюшной стенки выполняется только при ее рассечении более чем на 2,5 см.

Локальное введение медикаментозных препаратов используется на различных этапах операции.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Последовательность выполнения лапароскопических вмешательств изменяется в случаях больших размеров миомы (более 5,0 см в диаметре) и невозможности ревизии позадиматочного пространства. Первым этапом вылушивается узел, а затем разъединяются спайки и сращения в области придатков и дугласовом кармане. При больших размерах эндометриоидных кист (более 7,0 см) или наличии сращений между кистами, исходящими из разных яичников, первый этап операции состоит в аспирации содержимого образований и последующем восстановлении анатомических взаимоотношений между органами брюшной полости.

У больных с ретрофлексией и ретроверзией матки, а также при нежелании сохранить репродуктивную функцию (завершено планирование семьи) выполняется клиппирование труб металлическими скобами близко к углу матки. Целью данной манипуляции является предотвращение заброса менструальной крови и частичек эндометрия в брюшную полость, снижение степени локального воспаления и аутоиммунных реакций, предотвращение рецидива наружного эндометриоза и маточных труб, а также контрацепция. При выраженных изменениях маточных труб (поражение всех отделов и слоев с возникновением мешотчатых образований) вследствие сопутствующего воспаления гениталий или распространенного эндометриоза выполняется их удаление. Таким пациенткам с бесплодием после курса консервативного лечения необходимо рекомендовать экстракорпоральное оплодотворение.

При интралигаментарном, низком или интерстициальном расположении узла миомы с центрипетальным ростом, значительном вовлечении в патологический процесс кишечника и параметральной клетчатки, выраженном спаечном процессе в виде конгломератов фиброзных сращений между кишечником, мочевым пузырем и внутренними половыми органами, высоком риске ранения органов брюшной полости или крупных сосудов тактику необходимо изменить и перейти на чревосечение.

Локальное использование медикаментозных препаратов

Малоинвазивное вмешательство с применением режущих инструментов и тока высокой мощности 90–110 Вт во время иссечения тканей не исключает нарушения кровоснабжения и местную асептическую воспалительную реакцию. Механическая и электротравма при выделении и иссечении патологических очагов стимулирует возрастание активности ферментов ПЖ и выработку провоспалительных цитокинов. Данные факторы могут повышать митогенную активность и адгезию к брюшине клеток эндометрия, стимулировать активность фибробластоподобных клеток и продукцию коллагена, препятствовать восстановлению кровоснабжения и исчезновению патологических кругов локальной гиперэстрогении в матке, гибели оставшихся макроскопически невидимых эндометрийподобных клеток и регенерации тканей. Кроме того, у больных распространенным эндометриозом, особенно в случае вовлечения клетчаточных пространств малого таза (эндометриоз ретроцервикальный, крестцово-маточных связок с облитерацией позадиматочного пространства) и области ворот яичника объем иссечения патологических тканей и деструкции ложа очагов с использованием разных видов коагуляции во время лапароскопии ограничен в связи с риском ранения или возникновением посткоагуляционного некроза стенки сосудов, кишки или мочеточников. Как известно, неполное удаление гетеротопий может стать причиной раннего рецидива болезни и прогрессирования фиброзного процесса с последующей стриктурой кишки или мочеточников. В связи с этим при лапароскопических органосохраняющих вмешательствах по поводу миомы или эндометриоза возникает необходимость профилактики спаечного процесса и профилактики рецидива заболеваний.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Для этих целей применяются следующие препараты: лекозим — ферментный препарат растительного происхождения с литическим действием на фиброзную ткань, овомин — ингибитор протеиназ (преимущественно трипсиноподобных), пентоксифиллин — ингибитор цитокинов и фермента фосфодиэстеразы цАМФ. После иссечения или коагуляции очагов эндометриоза под ложе гетеротопий инфильтрируется раствор лекозима (70–140 ЕД) в объеме от 2,0 до 4,0 мл. Действие препарата основывается на его способности изменять структурную организацию волокнистой соединительной ткани, в частности связь гликозаминогликанов с коллагеновым белком, и улучшать кровоснабжение тканей и их трофику. Иссечение глубокого фиброзного эндометриоза сопряжено зачастую с невозможностью полного удаления очага из-за отсутствия капсулы, неравномерного расположения цитогенной стромы и волокнистой соединительной ткани с сетью микрососудов вокруг железистых структур, распространение инфильтрации близко к крупным сосудам, кишке и мочеточникам. При лапароскопии большинство железистых компонентов удается иссечь в связи с тем, что оптическое увеличение обеспечивает возможность хорошо их визуализировать и выделять. Нередко отсутствуют условия для полного удаления инфильтрата, состоящего из цитогенной стромы и волокнистой соединительной ткани с круглоклеточными элементами и сосудами. Дезорганизация соединительнотканного компонента инфильтрата под действием лекозима способствует потере активности цитогенной стромы и восстановлению микрососудистой сети, что в свою очередь обеспечивает исчезновение условий для возникновения новых очагов эндометриоза и расширения площади фиброза. Глубина медикаментозной инфильтрации и площадь при введении лекозима зависят от размеров ложа после удаления основных тканевых масс эндометриом и степени вовлечения подлежащей клетчатки таза. Необходимо, чтобы участок инфильтрации на 0,5–1,0 см превышал размеры и глубину ложа очага эндометриоза. Эффект достигается путем медленного продвижения иглы в ткани в двух-трех направлениях

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

с подачей такого объема раствора, чтобы возникало ощущение «подушки» с тугоэластической консистенцией. Использование тонкой режущей иглы (0,8 мм в диаметре) позволяет не опасаться случайного прокола кишки, сосуда или мочеочника. В случае прокола стенки полого органа или сосуда игла осторожно извлекается и меняется направление введения препарата. При эндометриозе ректовагинальной перегородки с вовлечением слизистой влагалища и шейки матки повторное локальное введение лекозима осуществляется на 3 и 5-й день после операции со стороны влагалища. Для этого используется специальное зеркало, которое позволяет достаточно широко обнажить задний свод влагалища без травмирования тканей шейки матки (пулевые щипцы не используются), сохранив анатомические взаимоотношения между органами. Адекватность введения лекозима контролируется пальцевым ректовагинальным исследованием после извлечения зеркала. По такому же принципу инфильтрируется ложе очагов после предварительного иссечения или коагуляции эндометрийподобного железистого компонента на шейке матки вокруг наружного зева, стенках цервикального канала и тела матки при гистероскопии. В случае необходимости введение препарата можно повторить. С целью снижения болевой реакции при послеоперационном введении лекозима в ретроцервикальную область за 10 мин до процедуры осуществляется внутримышечная инъекция 2,0 мл 50% раствора анальгина. Внутривенное введение препарата безболезненно.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Раствор овомина используется интраперитонеально по 120000 АТЕ (антитрипсиновых единиц) в 100,0 мл 0,09% физиологического раствора при завершении лапароскопического вмешательства и в первые 3 дня послеоперационного периода путем одномоментного введения через дренажную трубку. Раствор пентоксифиллина по 5,0 мл в 100,0 мл 0,09% физиологического раствора используется аналогично с перерывом в 6 ч после введения овомина. С четвертых суток после операции осуществляется внутривенное ежедневное использование данных препаратов в течение 5–7 дней. Локальное введение овомина и пентоксифиллина обеспечивает быстрое и максимальное повышение уровня препаратов в брюшной полости, их плавное снижение и замедленную элиминацию из организма. В случае обширных вмешательств на органах брюшной полости (удаление интерстициальной миомы, иссечение глубокого фиброзного эндометриоза) в первые 3 ч после операции овомин и пентоксифиллин вводятся только внутривенно, создавая условия для оттока по дренажу большого количества экссудата. Через 6 ч овомин и пентоксифиллин используются внутривенно.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИИ

Подготовка больных к хирургической гистероскопии аналогична подготовке к лапароскопическим вмешательствам. Оперативное вмешательство осуществляется под эндотрахеальным наркозом (миомэктомия) или внутривенным наркозом (деструкция очагов эндометриоза) при положении больной для влагалищных вмешательств с разведением ног и частичным сгибанием их в тазобедренных и коленных суставах. Гистероскопическую миомэктомию при наличии широкой ножки (более 2,0 см) узла или подслизисто-интерстициальном расположении необходимо выполнять под контролем лапароскопии.

После обнажения шейки матки в зеркалах и фиксации ее за переднюю и заднюю губу измеряется длина матки по зонду, расширяется цервикальный канал расширителями Гегара с № 4 до № 12. В полость матки вводится гистероскоп. В качестве жидкостной среды используется физиологический раствор. Осуществляется осмотр стенок матки и ее полости. Субмукозные миоматозные узлы визуализируются как образования округлой формы белесоватого цвета, плотные, располагающиеся на ножке или плотно прилежащие к стенке матки. Внутренний эндометриоз диагностируется по увеличению и деформации полости матки, мелкобугристости стенок, наличию на 5–8 дни менструального цикла точечных или щелевидных пятен темно-красного цвета, из которых иногда выделяется кровь.

Узлы миомы в диаметре до 0,5 см могут быть коагулированы монополярным электродом. При узлах миомы от 0,6 до 1,5–2,0 см в диаметре производится коагуляция и пересечение ножки узлов с последующим их удалением из полости щипцами или осторожная электрорезекция узла. При узлах миомы от 2,1 до 4,0 см необходимо рассечение опухоли на части гистерорезектоскопом с последующим удалением ее из матки.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

В случае внутреннего эндометриоза матки и хорошей визуализации очагов эндометриоза производится их электрохирургическая деструкция.

Возможные осложнения эндоскопических хирургических вмешательств и методы их устранения

– При ранении крупных сосудов, желудка, кишечника во время лапароскопии необходима срочная лапаротомия, перевязка сосуда или ушивание стенки полого органа.

– При термическом поражении кишечника, мочевого пузыря или мочеточника во время лапароскопии необходима срочная лапаротомия с восстановлением поврежденного сегмента.

– При подкожной и предбрюшинной эмфиземе во время лапароскопии нет необходимости в каких-либо мероприятиях. При медиастинальной эмфиземе необходимо продолжить интубационный наркоз, прекратить наложение пневмоперитонеума, придать больному положение Фовлера, ввести средства, тонизирующие сердечно-сосудистую систему.

– В случае перфорации матки при гистероскопии необходима срочная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и ушивание отверстия в матке или ее удаление. В редких случаях при небольшом дефекте стенки матки и уверенности в целостности смежных органов и маточных сосудов можно ограничиться иссечением краев и ушиванием перфорационного отверстия лапароскопическим доступом.

Перегрузка жидкостью при гистероскопии (гиперволемиа, отек легких, сердечная недостаточность) предусматривает выполнение срочных реанимационных мероприятий. Для профилактики данного осложнения необходим тщательный контроль за движением жидкости и предотвращение повышения внутриматочного давления более 80 мм рт. ст.

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОН-РЕЦЕПТОРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ ГЕНИТАЛИЙ

Оценка эффективности комплексного органосохраняющего лечения больных миомой матки, эндометриозом гениталий и сочетания двух заболеваний на основании клинико-лабораторных, инструментальных исследований, а также изучения гормон-рецепторного статуса позволила определить необходимость гормонотерапии, механизм действия и ключевые моменты преимуществ каждого из применяемых препаратов.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Гормонотерапия, вызывающая аменорею, проводится после хирургического вмешательства, причем первое введение препарата (депо-провера, золадекс или декапептил-депо) осуществляется с 5-го дня первого менструалоподобного кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Назначение этих препаратов до операции не оправдано в связи с тем, что окончательный диагноз доброкачественной патологии и степень поражения органов малого таза можно установить только после эндоскопической визуализации и морфологического исследования удаленных очагов. Кроме этого нами доказано, что больших размеров миомы (диаметр узлов более 4,0 см), эндометриоидные кисты яичников (диаметр более 5,5 см) и очаги ретроцервикального эндометриоза имеют невысокий уровень рецепторов к половым гормонам (низкочувствительны к гормонотерапии), поддерживают локальную гиперэстродиолемию и нарушения в гормон-рецепторной системе, обуславливая значительную продолжительность курсов лечения дорогостоящими препаратами и повышение частоты побочных реакций. Выполнение только хирургического этапа лечения не ведет к исчезновению причин, вызвавших заболевание. Медикаментозная аменорея с выраженной гипофункцией яичников в послеоперационном периоде обеспечивает благоприятные условия для обратного развития или исчезновения оставшихся зачатков миомы и очагов эндометриоза, восстановление кровоснабжения в тканях гениталий, нормализацию функции других эндокринных желез и рецепции в органах-мишенях.

В случае быстрорастущей миомы и узловой формы эндометриоза матки наиболее приемлемым оказалось использование аналогов ГнРГ (золадекс, производство «Зенека», декапептил-депо, производство «Ферринг»), которое основывается на быстрой наступлении максимальной гипоэстрогении, снижении кровотока в тканях, подавлении рецепторов к половым гормонам и тканевых факторов роста.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

При распространенных формах эндометриоза препаратом выбора является депо-провера фирмы «Апджон» — производное естественного прогестерона. Преимущество препарата связано с его пролонгированным действием в течение 0,4–1,8 г. после последней инъекции, децидуоподобным и фибролитическим эффектом на эндометриоидные гетеротопии (особенно в матке, ретроцервикальной области и клетчаточных пространствах малого таза), нормализацией психосоматического статуса, отсутствием приливов, снижением либидо, сухости влагалища и депрессии, благотворным влиянием в отношении наступления плавной менопаузы у пациенток после 45 лет.

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

Для оптимизации гормонотерапии, предотвращения выраженных побочных действий и снижении стоимости курса лечения у больных при сочетании миомы матки и эндометриоза гениталий нами разработаны схемы одновременного использования нескольких препаратов. Так, одновременное использование депо-провера или аналогов ГнРГ с тамоксифеном и бромокриптином после удаления узлов миомы и очагов эндометриоза позволяет нормализовать состояние гипофизарно-щитовидно-надпочечниково-яичниково-рецепторной системы больных и избежать радикального хирургического лечения как в репродуктивном, так и в пременопаузальном возрасте. Тамоксифен вместе с депо-провера, золадексом или декапептилом обеспечивает полную эстрогенную блокаду за счет связывания рецепторов к гормонам и подавления синтеза новых в патологических тканях, нормализует секрецию пролактина и ТТГ. Тамоксифен оказывает слабое эстрогенное действие на организм в целом за счет некоторых его метаболитов, препятствуя или снижая проявления медикаментозной псевдоменопаузы (приливы, остеопороз, снижение либидо, депрессия, сухость влагалища) или нарушения обмена веществ (ожирение). Бромокриптин оказывает благоприятное действие в отношении сохранения нормальной секреции пролактина и ТТГ после 3-месячного курса депо-провера, золадекса или декапептила за счет регуляции нейромедиаторного обмена в головном мозгу, а также препятствует активации синтеза рецепторов к эстрогенам в гормон-компетентных тканях. Время приема тамоксифена и бромокриптина должно быть фиксированным. Так, вечерний прием у больных при сочетании миомы и внутреннего эндометриоза обоснован ввиду выраженных подъемов пролактина, кортизола и степени гиперэстрадиолемии в ночное время, что обеспечивает повышенный синтез РЭ и пролиферативные процессы в узлах миомы и очагах эндометриоза матки. Максимальная концентрация препаратов в крови через несколько часов после вечернего приема должна совпадать с ночным пиком 3 гормонов, препятствуя локальному синтезу рецепторов. Для

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

миомы в сочетании с множественной локализацией эндометриоза показан прием тамоксифена или бромокриптина утром, так как гиперпролактинемия и гиперкортизолемиа при этой форме заболевания имеет место в дневное время.

При планировании зачатия после органосохраняющего хирургического лечения препаратом выбора должен являться золадекс или декапептил-депо в связи с тем, что восстановление овуляторного менструального цикла после завершения терапии происходит практически сразу, в среднем через 1,4 мес. после последней инъекции, а не через 8,6 мес. в случае лечения депо-провера.

СХЕМА ГОРМОНОТЕРАПИИ

После органосохраняющей операции путем лапароскопии или гистероскопии больной миомой матки, эндометриозом гениталий или при сочетании двух заболеваний с 5-го дня первого менструалоподобного кровотечения в послеоперационном периоде назначается:

– при миоме матки золадекс 3,6 мг подкожно или декапептил 3,75 мг внутримышечно через 28 дней, всего 3 раза. Планирование зачатия у пациенток с бесплодием возможно сразу после завершения курса гормонотерапии. При наличии гиперпролактинемии (уровень пролактина крови в 8 ч более 830 нмоль/л) или галактореи после введения 3-й инъекции золадекса (декапептила) назначается бромокриптин по 2,5 мг внутрь ежедневно в течение 3 мес. подряд;

– при эндометриозе матки депо-провера 150 мг внутримышечно через 21 день, всего 6 раз. Восстановление менструального цикла в среднем через 7,4 мес., после 6 инъекции депо-провера сопровождается недостаточностью лютеиновой фазы цикла, в связи с чем на 6 мес. назначается норэтистерон (норколут, дюфастон, оргаметрил) по 5 мг с 14-го по 25-й день цикла;

– при распространенном эндометриозе гениталий с множественной локализацией очагов (яичники, брюшина, клетчаточные пространства малого таза) депо-провера 150 мг внутримышечно через 21 день, всего 9 раз;

– при миоме матки в сочетании с множественной локализацией эндометриоза (яичники, брюшина, клетчаточные пространства малого таза) депо-провера 150 мг внутримышечно через 21 день всего, 9 раз, одновременно тамоксифен по 0,02 г внутрь ежедневно утром 3 мес. подряд;

Эндоскопическое органосохраняющее лечение больных с миомой матки и эндометриозом гениталий

– при миоме матки в сочетании с эндометриозом матки депо-провера 150 мг внутримышечно через 21 день, всего 6 раз, одновременно тамоксифен по 0,02 г внутрь ежедневно на ночь в течение 3 мес., затем бромокриптин по 2,5 мг внутрь на ночь ежедневно в течение 3 мес. подряд;

– у больных с бесплодием при миоме матки в сочетании с различными формами эндометриоза гениталий золадекс 3,6 мг подкожно или декапептил 3,75 мг внутримышечно через 28 дней всего 3 раза, одновременно тамоксифен по 0,02 г внутрь ежедневно утром (при множественной локализации эндометриоза) или вечером (при эндометриозе матки) в течение 3 мес. Планирование зачатия возможно сразу после завершения курса гормонотерапии. При отсутствии беременности в течении 4–6 мес. необходима контрольная лапароскопия для оценки состояния маточных труб и сальпингоовариолизиса.

В случае неполного лапароскопического удаления узлов миомы и очагов эндометриоза (из-за значительной площади поражения, высокого риска ранения крупных сосудов, мочеточников или кишечника, перфорации матки) в послеоперационном периоде назначается золадекс 3,6 мг подкожно или декапептил 3,75 мг внутримышечно через 28 дней всего 3 раза. После завершения этого курса гормонотерапии производится контрольная лапаро- или гистероскопия с элементами хирургического вмешательства (для удаления оставшихся узлов миомы и очагов эндометриоза). Через 28 дней после последней инъекции золадекса или декапептила вводится депо-провера 150 мг внутримышечно через 21 день всего 3 раза, одновременно назначается тамоксифен по 0,02 г внутрь ежедневно на ночь в течение 3 мес. При появлении первой менструации на 6 мес. назначается норэтистерон (дюфастон, оргаметрил) по 5 мг с 14-го по 25-й день цикла.

Возможные осложнения гормонотерапии и методы их устранения

Внеочередное кровотечение, прибавка веса, снижение либидо, депрессия, мигрень, субфебрилитет.

– При возникновении внеочередного маточного кровотечения в период первого месяца гормонотерапии золадексом или декапептил-депо необходимо увеличить суточную дозу тамоксифена в 2 раза (0,04 г) в течении 14 дней. В случае мажущих кровянистых выделений из половых путей в первые 3 недели после инъекции депо-провера 3 последующих инъекции осуществляются через 14 дней. Кровотечение прорыва после завершения курса лечения депо-провера не возникает, если при широком эндометрии (более 0,8 см) и увеличенной полости матки (данные УЗИ) произвести инструментальное выскабливание слизистой матки и назначить монофазные пероральные эстроген-гестагенные препараты в непрерывном режиме 2 мес.

– При увеличении веса более чем на 4 кг от первоначального — разгрузочная диета, мочегонные средства 2 раза в неделю.

– В случае выраженной депрессии, мигрени и снижении либидо ограничить введение депо-провера до 3 инъекций, золадекса или декапептила до 1/2 дозы от первоначальной на второе и третье введение препарата.

Противопоказания к применению гормонотерапии

Индивидуальная непереносимость препаратов.

НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

При органосохраняющих хирургических вмешательствах с первых суток послеоперационного периода проводится курс реабилитационных мероприятий в течение 8–10 дней. Через 3 и 6 мес. на фоне медикаментозной аменореи необходим повторный курс реабилитации, который можно повторять один раз в 6 мес. на протяжении 2 лет. В перечень используемых препаратов кроме вышеперечисленных (локальное использование овомина, пентоксифиллина, лекозима во время операции) входят: витамины антиокси-дантного комплекса с микроэлементами (Vitus-M, АОК+селен, дуовит), регуляторы проницаемости клеточной оболочки (эссенциале форте), дезагреганты (флекситал), вазопротекторы и венотоники (детралекс, гинкор форт), седативные препараты и антидепрессанты (леривон, реланиум), нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак натрия, аспирин, индометацин), иммуномодуляторы (тималин, спленин, левамизол). Из физических и природных факторов лечения применяются постоянное магнитное поле с накожным и внутривенным (влагалищным) воздействием, низкоэнергетический гелий-неоновый лазер (внутривенная лазеротерапия), радоновые и йодобромные ванны, электрофорез с раствором калия йодида и магния сульфата, оксигенобаротерапия. На фоне медикаментозной аменореи возможно применение иглорефлексотерапии, импульсного электростатического поля низкой частоты, озонотерапии и природных адаптогенов (элеутерококк, женьшень, заманиха). В случае выраженных проявлений гипоестрогении на фоне введения золадекса или декапептил-депо возможно назначение натуральных эстрогенов или проведение терапии фетальными тканями человека.

