

ГЛУБОКИЙ ИНФИЛЬТРИРУЮЩИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Наружный генитальный эндометриоз включает в себя несколько клинических форм: поверхностный эндометриоз, эндометриодные кисты яичников (эндометриомы) и глубокий инфильтрирующий эндометриоз

CHARLES CHAPRON

Professor of Obstetrics and Gynecology, University Rene Descartes, Paris V, Clinical Practitioner, Department of Obstetrics and Gynecology, Baudelocque University Clinic, Cochin University Hospital, Paris, France

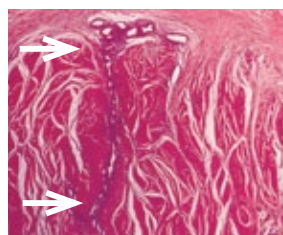


РИС. 1.
ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ГЛУБОКОМ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ:
ткань, гистологически подобная эндометрию, пенетрирует стенку мочевого пузыря со стороны серозной оболочки, не вызывая нарушения организации мышечных волокон (белая стрелка)



РИС. 2.
МРТ-КАРТИНА ОЧАГА ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА: очаг располагается ретроцервикально (желтая стрелка) над верхним отделом ректовагинальной перегородки

Патофизиологические механизмы развития эндометриоза до конца не изучены, и в настоящее время наиболее широкое распространение получили две гипотезы. Первая из них носит название «теории ретроградной менструации» и объясняет формирование эндометриодных гетеротопий физиологическим ретроградным током крови во время менструации и попаданием небольших ее количеств в брюшную полость, где фрагменты ткани, гистологически подобной эндометрию, имплантируются на брюшине и по неясным на сегодняшний день причинам не подвергаются разрушению иммунной системой и пролиферируют. Согласно второй теории, эндометриодные гетеротопии являются участками метаплазии брюшины или мюллеровых протоков [1-4].

Общепризнанным является факт, что эндометриодные гетеротопии могут пенетрировать в ретроперитонеальное пространство и стенки органов малого таза: мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища, мочеточников, а также в крестцово-маточные связки [5].

Понятие «глубокий инфильтрирующий эндометриоз» является патоморфологической характеристикой и относится к очагам эндометриоза, прорастающим в глубину 5 мм и более от поверхности пораженной ткани (рис. 1) [6]. Считается, что глубокий инфильтрирующий эндометриоз и эндометриодные кисты яичников представляют собой конечные стадии развития эндометриоза.

Основным симптомом глубокого эндометриоза является боль, связанная с менструацией, интенсивность которой варьирует в зависимости от площади и глубины поражения, и функциональные расстройства со стороны пораженного органа, возникающие в перименструальный период [6-8].

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ГЛУБОКОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Изучение типичной локализации эндометриодных гетеротопий при глубоком эндометриозе представляет определенный интерес, поскольку эффективность хирургического лечения определяется полнотой деструкции очагов эндоме-

триоза, что невозможно без четких знаний о их преимущественном расположении [9].

Отмечено, что глубина прямокишечно-маточного углубления у пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом меньше по сравнению с таковой у здоровых женщин и женщин с поверхностным эндометриозом, что связывают с выраженным воспалительно-инфильтративным процессом в этой области [10]. Распространение патологического процесса в малом тазу при глубоком эндометриозе часто приводит к инфильтрации и «подпаиванию» ректосигмоидного отдела толстой кишки к задней стенке матки.

Эти клинические наблюдения нашли подтверждение в исследованиях состояния органов малого таза у пациенток с эндометриозом при помощи МРТ (рис. 2) [10, 11]. Установлено, что очаги глубокого инфильтрирующего эндометриоза локализуются преимущественно в ретроцервикальной области позади верхнего отдела ректовагинальной перегородки [12-17]. Эндометриодная ткань при глубоком инфильтрирующем эндометриозе распространяется на крестцово-маточные связки, стенку влагалища, брюшину прямокишечно-маточного углубления, в ряде случаев – на стенку прямой кишки. Используя в клинической практике определение «глубокий эндометриоз ректовагинальной перегородки» на сегодняшний день не считается корректным [18]. В настоящее время общепринят термин «глубокий ретроцервикальный эндометриоз» с указанием степени распространения патологического процесса на соседние органы малого таза: крестцово-маточные связки, серозный покров прямой кишки, стенку прямой кишки, мочеточник, брюшину прямокишечно-маточного углубления [19]. Эндометриодные гетеротопии при глубоком инфильтрирующем эндометриозе характеризуются множественностью и распространенностью (табл. 1). Установлено, что локализация первичных гетеротопий обуславливает степень распространенности процесса. Частота обнаружения одиночных гетеротопий варьирует, по данным различных авторов, от 29% до 83% [20].

Таким образом, необходимо принимать во внимание многоочаговый характер поражения органов при глубоком инфильтрирующем эндометриозе при разработке тактики лечения данного контингента больных, поскольку лишь полная деструкция очагов эндометриоза позволяет добиться высокой эффективности лечения. По данным зарубежной литературы, все большее внимание на сегодняшний день привлекает проблема предоперационной диагностики локализации патологического процесса с помощью различных методов исследования [21, 22].

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Основной задачей обследования пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом является предоперационная диагностика локализации и характера поражения органов.

Беседа с пациенткой

Несмотря на то, что данный принцип в повседневной клинической практике постепенно утрачивает свое значение, уступая место более сложным лабораторным и инструментальным методам диагностики, полностью отказаться от беседы с пациенткой и попытки установления доверительных отношений для выяснения характера жалоб не представляется возможным. Основными жалобами женщин с глубоким инфильтрирующим эндометриозом является боль, связанная с менструацией, и в ряде случаев бесплодие. Установлено, что клиническая картина заболевания и преобладание в ней дисменореи, диспареунии, синдрома хронической тазовой боли или нарушений мочеиспускания, определяется локализацией очагов эндометриоза (табл. 2) [23]. Именно тщательный расспрос пациентки позволяет клиницисту предположить определенный характер поражения органов малого таза и сформулировать показания к дополнительным методам обследования. При беседе с больной необходимо ориентироваться на отличительные характеристики клинических проявлений эндометриоза: боль имеет связь с менструацией и купируется на фоне приема медикаментозных препаратов, подавляющих функцию яичника [24]. Если жалобы женщины не соответствуют представленным характеристикам, диагноз «эндометриоз» представляется маловероятным.

Объективное обследование

Объективное гинекологическое обследование пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом позволяет выявить ряд характерных для этого заболевания проявлений. При визуальном обследовании влагалища и шейки матки в зеркалах отмечают наличие темно-синих «глазков» в верхней трети задней стенки влагалища, что считают патогномичным признаком глубокого инфильтрирующего эндометриоза. Кроме того, в области заднего свода влагалища могут обнаруживаться тугоподвижные образования плотной консистенции и повышенная кровоточи-

ТАБЛИЦА 1.

Основное поражение	Число женщин	Поражение других органов малого таза						Итого
		Крестцово-маточные связки			Влагалище	Мочевой пузырь	Кишечник	
		справа	слева	с двух сторон				
Мочевой пузырь	18	0	1	3	3	18	28(8,1%)	
Крестцово-маточные связки	158	41	77	40			198(57,6%)	
Влагалище	42	4	3	7	42		63(18,3%)	
Кишечник	23	2	2	4	5	4	34 (16,0%)	
Итого	241	47	83	54	50	22	344	

вость слизистой на фоне гиперемии отдельных ее участков. Отсутствие вышеуказанных изменений не является основанием для исключения диагноза «эндометриоз» [25]. С помощью бимануального исследования лишь у некоторых женщин удается определить присутствие во влагалище плотного болезненного образования [25, 26]. В некоторых случаях отмечают латеральное отклонение шейки матки, асимметрию, уплотнение, напряжение крестцово-маточных связок [27, 28]. На фоне многообразия клинических проявлений глубокого эндометриоза основным

ТАБЛИЦА 1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ГЛУБОКОГО ЭНДОМЕТРИОЗА (N=241) (CHAPRON ET AL., 2003)

ТАБЛИЦА 2.

Симптомы	Локализация	ОШ (отношение шансов)	95% ДИ (доверительный интервал)
Глубокая диспареуния	Крестцово-маточные связки	3,4	1,4-8,2
Боли при дефекации во время менструации	Влагалище	2,9	1,5-5,7
Хроническая тазовая боль, не связанная с циклом	Кишечник	10,6	3,6-30,8
Функциональные расстройства со стороны мочевыделительной системы, усиливающиеся в перименструальном периоде	Мочевой пузырь	51,8	13,6-197,7
Функциональные расстройства со стороны пищеварительной системы, усиливающиеся в перименструальном периоде	Кишечник	4,4	1,7-11,4
	Влагалище	3,1	1,4-6,7

объединяющим их симптомом является боль при пальпации. При локализации эндометриоидных гетеротопий в верхней трети задней стенки влагалища осмотр в зеркалах и пальпация лишь в 50% случаев позволяет выявить характерные морфологические изменения, а при расположении очагов эндометриоза в области крестцово-маточных связок или прямой кишки частота диагностики заболевания существенно снижается. При подозрении на глубокий инфильтрирующий эндометриоз целесообразно дополнять бимануальное исследование ректальным [25]. Диагностическая точность рутинного гинекологического обследования в диагностике глубокого инфильтрирующего эндометриоза крайне невысока [25, 26]. Осмотр во время менструации по

ТАБЛИЦА 2. ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ (FAUCONNIER ET AL., 2002)

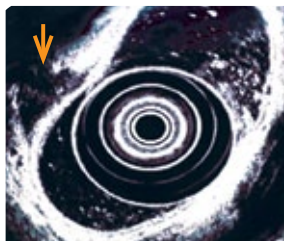


РИС. 3.
ДАННЫЕ РЕКТАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: ткань, гистологически подобная эндометрию, инфильтрирует стенку кишки, не достигая слизистой оболочки (оранжевая стрелка)

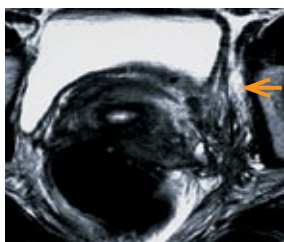


РИС. 4.
МРТ-КАРТИНА ИНФИЛТРАЦИИ КРЕСТЦОВО-МАТОЧНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ГЛУБОКОМ ИНФИЛТРИРУЮЩЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ (оранжевая стрелка)

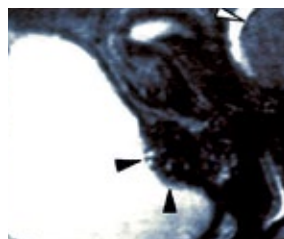


РИС. 5.
МРТ-КАРТИНА ГЛУБОКОГО ИНФИЛТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (черные стрелки)

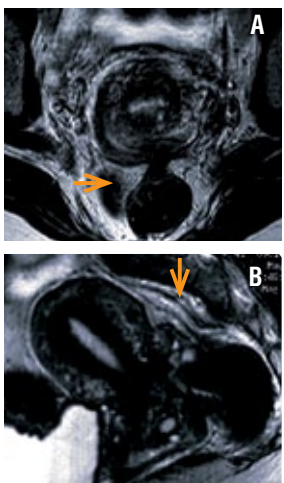


РИС. 6 (А, В).
МРТ-КАРТИНА ГЛУБОКОГО ИНФИЛТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА (оранжевая стрелка)

зволяет в некоторой степени повысить информативность метода [26, 29-31]. Таким образом, отрицательные результаты гинекологического обследования, особенно на фоне предъявления пациенткой характерных жалоб, не должны быть основанием для исключения диагноза «глубокий инфильтрирующий эндометриоз». При локализации одиночных гетеротопий на стенках органов малого таза, в особенности сигмовидной и прямой кишки, их диагностика с помощью рутинных методов практически невозможна.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Невысокая информативность традиционных методов в диагностике глубокого инфильтрирующего эндометриоза диктует необходимость использования дополнительных методов исследования, позволяющих уточнить локализацию очагов эндометриоза в предоперационном периоде и тем самым сократить продолжительность и объем оперативного вмешательства. Дополнительные исследования целесообразно проводить на фоне менструации или в перименструальном периоде, что повышает их диагностическую точность.

Ректальная эхография

Ректальная эхография позволяет диагностировать инфильтративный процесс в стенке кишки (рис. 3) [32-35]. Показаниями для проведения ректальной эхографии являются болевой синдром со стороны желудочно-кишечного тракта с усилением его в период менструации, ректоррагия (выделение крови из прямой кишки), подозрение на инфильтративный процесс в стенке кишки при клиническом обследовании.

МРТ

МРТ позволяет с высокой степенью точности оценить состояние органов малого таза (рис. 4, 5, 6) [36, 37]. Учитывая многоочаговый характер поражения при глубоком инфильтрирующем эндометриозе; преимущественную локализацию очагов глубокого эндометриоза в задних отделах малого таза, не поддающихся прицельному осмотру при УЗИ влагалищным датчиком; высокую частоту сочетания поражения задних отделов малого таза с поражением мочевого пузыря, полость малого таза должна быть обследована одновременно [20-22, 38]. Предполагается, что МРТ позволяет более точно по сравнению с УЗИ влагалищным датчиком диагностировать эндометриоидное поражение мочевого пузыря [41, 42]. МРТ позволяет с высокой степенью точности диагностировать присутствие эндометриоидных гетеротопий в области крестцово-маточных связок, однако ценность метода в выявлении поражения кишечника не столь высока [32, 36, 43]. Метод позволяет выявить поражение мочеточников, обычно протекающее бессимптомно, и уточнить его характер в режиме МР-урографии. В качестве контрастного

вещества в данном исследовании используется моча, что облегчает диагностику и не требует проведения впоследствии экскреторной урографии (рис. 7) [44-48]. Сравнительная характеристика методов ректальной эхографии и МРТ в диагностике глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением кишечника представлена в таблице 3.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Цистоскопию производят при подозрении на эндометриоидное поражение мочевого пузыря, однако отрицательный результат исследования не исключает диагноз «эндометриоз», поскольку поражение стенки мочевого пузыря происходит со стороны серозы и редко достигает слизистой оболочки, что объясняет низкую частоту гематурии у данного контингента больных. Цистоскопия позволяет диагностировать наличие эндометриоидного поражения устья мочеточника, что является существенным в определении тактики предстоящего хирургического лечения [50, 51]. Интенсивное развитие и широкое внедрение в клиническую практику метода МРТ и возможность проведения МР-урографии при подозрении на поражение мочеточников существенно сужает показания для проведения экскреторной урографии. Трансвагинальное УЗИ отличается высокой диагностической точностью в выявлении глубокого инфильтрирующего эндометриоза и в ряде случаев поражения кишечника [52, 53]. Возможно, именно этот метод может стать скрининговым в диагностике глубокого эндометриоза. Основной целью обследования пациентки с глубоким инфильтрирующим эндометриозом является определение локализации очагов эндометриоза для максимально полной их деструкции во время операции и обеспечения выздоровления. При этом используемые методы должны быть оправданны с позиций экономической эффективности [19].

В настоящее время проведение диагностической лапароскопии для выявления глубокого инфильтрирующего эндометриоза считается не целесообразным. Многообразие дополнительных методов исследования позволяет с высокой долей достоверности диагностировать заболевание и уточнить локализацию эндометриоидных гетеротопий без риска дополнительного оперативного вмешательства. Более того, учитывая преимущественно подбрюшинный характер расположения очагов глубокого инфильтрирующего эндометриоза, результаты диагностической лапароскопии не всегда могут считаться абсолютно достоверными.

ГЛУБОКИЙ ИНФИЛТРИРУЮЩИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Хирургическое лечение

Согласно принятым на сегодняшний день принципам, хирургическое лечение при глубоком

инфильтрирующем эндометриозе должно следовать четырем основным принципам.

Во-первых, хирургическое лечение оправданно лишь у пациенток с болевым синдромом. Установлено, что частота появления боли у пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом в течение 6-летнего периода наблюдения составляет 6,8% [54].

Во-вторых, оперативное вмешательство необходимо выполнять только после получения информированного согласия пациентки и разъяснения ей сложности процедуры, риска возможных осложнений и возможного расширения объема операции за счет необходимости разде-

Показания для проведения операции с использованием лапароскопического или лапаротомного доступа представлены в таблице 4.

В-четвертых, принимая во внимание многоочаговый характер поражения органов малого таза при глубоком эндометриозе, взгляд на это заболевание как на органную патологию (поражение стенки влагалища, кишечника, мочеоточника, мочевого пузыря) утратил свою актуальность. Таким образом, эффективность лечения глубокого эндометриоза определяется полнотой обследования пациентки, установления локализации эндометриоидных гетеротопий в пределах всей полости малого таза и их деструкцией.

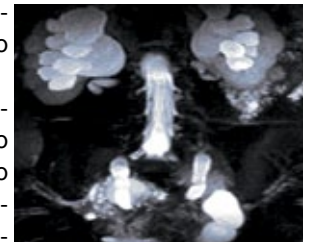


РИС. 7.
МРТ-КАРТИНА ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕОТЧНИКА: мочеоточники с обеих сторон расширены в связи с инфильтративным процессом в их стенках

ТАБЛИЦА 3.

	Абс. число	Чувствительность	Специфичность	Предсказательная ценность положительного результата	Предсказательная ценность отрицательного результата
Ректальная эхография	81	97	89	87	98
МРТ	81	76	98	96	85

ТАБЛИЦА 3.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ РЕКТАЛЬНОЙ ЭХОЭНДОСКОПИИ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА (CHAPRON ET AL., 2004)

ления спаек в малом тазу, частичной цистэктомии или резекции кишки [55].

В-третьих, в ходе операции необходимо проведение одномоментной деструкции всех эндометриоидных гетеротопий, поскольку именно это условие определяет эффективность лечения и исчезновение субъективных проявлений заболевания, при этом объем и характер оперативного вмешательства определяются локализацией и количеством очагов глубокого эндометриоза.

В исследовании Chapron et al. (2005), в которое были включены 152 женщины с глубоким эндометриозом, наблюдавшихся в течение $3,7 \pm 2,0$ лет после проведенной операции, было установлено, что соблюдение вышеуказанных принципов в лечении пациенток позволяло существенно снизить выраженность болевого синдрома. Эти результаты нашли подтверждение и в других работах (табл. 5, 6) [56-59].

ТАБЛИЦА 4.

Критерии
* Характеристики пациентки
• Возраст
• Желание иметь детей
• Медикаментозная терапия в анамнезе
• Оперативные вмешательства в анамнезе
* Характеристики поражения кишечника
• Локализация очагов эндометриоза (прямая кишка, сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, илеоцекальный переход, аппендикс и т. д.)
• Число очагов эндометриоза
• Размер очагов эндометриоза
• Глубина пенетрации подлежащих тканей эндометриоидными гетеротопиями
• Расстояние между очагами эндометриоза и анальным сфинктером
• Наличие очагов глубокого эндометриоза на других органах малого таза (крестцово-маточные связки, влагалище, мочевой пузырь, мочеоточники и т. д.)
• Наличие или отсутствие спаечного процесса в малом тазу
* Характеристики опытности хирурга
• Опыт хирурга в проведении лапароскопии
• Опыт хирурга в проведении оперативных вмешательств по поводу глубокого эндометриоза
* Характеристики возможности оказания качественной медицинской помощи
• Разносторонний подход
• Крупный специализированный центр

ТАБЛИЦА 4.
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГЛУБОКОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ С ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА * p < 0,001

ТАБЛИЦА 5.

1. Субъективная оценка		Абс. число	%
Улучшение		148	97.4
• Значительное		63	41.5
• Хорошее		66	43.4
• Среднее		19	12.5
Без улучшения		4	2.6

2. Данные объективного обследования			
Симптомы	До операции	После операции	Различие
Дисменорея	8,1 ± 1,8	2,8 ± 3,1	5,2 ± 3,5*
Глубокая диспареуния	6,5 ± 2,2	1,9 ± 2,6	4,6 ± 3,0*
Боль при дефекации	6,6 ± 2,4	2,1 ± 2,8	4,5 ± 3,5*
Функциональные расстройства со стороны мочевыделительной системы, усиливающиеся в перименструальном периоде	6,1 ± 2,1	1,2 ± 2,6	4,9 ± 3,2*
Функциональные расстройства со стороны пищеварительной системы, усиливающиеся в перименструальном периоде	6,8 ± 2,2	2,7 ± 3,1	4,1 ± 3,5*
Хроническая тазовая боль, не связанная с циклом	7,5 ± 1,6	2,8 ± 3,6	4,8 ± 3,4*

ТАБЛИЦА 5.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ (СНОРПН ET AL., 2005)
* p < 0,001

ТАБЛИЦА 6.

1. Субъективная оценка самочувствия			
	Число женщин, включенных в исследование	Улучшение	
		Абс. число	%
Abbott – Garry, 2003	135	104	77,0
Hollett – Caines, 2003	61	54	88,0
Ford, 2004	44	38	86,4
Chopin – Chapron, 2005	152	129	84,9

2. Данные объективного обследования				
	Абс. число	Дисменорея	Глубокая диспареуния	Хроническая тазовая боль, не связанная с циклом
Anaf, 2001	26	< 0,0001	< 0,001	< 0,001
Wright, 2001	28	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Redwine, 2001	67	< 0,0005	< 0,0005	< 0,0005
Abbott-Gary, 2003	135	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Chopin – Chapron, 2005	152	< 0,001	< 0,001	< 0,001

ТАБЛИЦА 6.
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Несмотря на то, что основным методом лечения глубокого инфильтрирующего эндометриоза является хирургический, медикаментозная терапия предоставляет ряд дополнительных преимуществ. Основные показания для медикаментозной терапии глубокого инфильтрирующего эндометриоза следующие.

• **Диагностические сомнения.** В тех ситуациях, когда использование препаратов для лечения эндометриоза в сложных для диагностики случаях приводит к купированию болевого синдрома, диагноз «глубокий инфильтрирующий эндометриоз» представляется более вероятным. Подобный диагностический тест позволяет дифференцировать случаи со сходной клинической симптоматикой от глубокого эндометриоза и избежать необоснован-

ного оперативного вмешательства, связанного с определенным риском, у части больных.

• **Отказ пациентки от оперативного вмешательства,** поскольку ни одна операция, сопряженная с риском, не может гарантировать полное исчезновения болевой симптоматики.

• **Рецидив болевого синдрома** после оперативного вмешательства по поводу глубокого инфильтрирующего эндометриоза в анамнезе. В этих случаях более целесообразно проведение курса медикаментозной терапии до решения вопроса о необходимости повторной операции.

• **Наличие у пациентки сопутствующих заболеваний,** повышающих риск оперативного вмешательства или противопоказаний к нему.

В настоящее время отсутствует информация о ценности медикаментозной терапии глубокого ин-

фильтрирующего эндометриоза в предоперационном периоде. В то же время, данные о том, что послеоперационная медикаментозная терапия позволяет повысить эффективность лечения, нашли отражение в литературе. Используемые на сегодняшний день препараты сопоставимы по эффективности элиминации болевого синдрома у женщин с глубоким инфильтрирующим эндометриозом, и выбор препарата для лечения каждой конкретной женщины должен основываться на его эффективности, противопоказаниях и побочных эффектах [60, 61].

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛУБОКОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Принимая во внимание тот факт, что локализация очагов глубокого эндометриоза является решающим фактором в определении объема оперативного вмешательства, хирургическая классификация глубокого эндометриоза представляется наиболее предпочтительной (табл. 6) (рис. 8-14) [20].

Основные хирургические классификации глубокого эндометриоза и их сравнительная характеристика представлены в табл. 7.

В классификации Koninckx et al. приняты во внимание патофизиологические механизмы формирования очагов глубокого эндометриоза: стадия I – инфильтрация подлежащих тканей без нарушения анатомии малого таза, стадия II – глубокая локализация очага с обширным спаечным процессом и нарушением анатомии малого таза, стадия III – глубокий эндометриоз со значительным распространением по поверхности брюшины – но не уточнены локализации патологического процесса [62]. Другие представленные варианты рассматривают локализацию очагов глубокого инфильтрирующего эндометриоза лишь в задних отделах полости малого таза и не принимают во внимание различия в тактике хирургического лечения для пациенток одной и той же группы [18, 63].

Предложенная Charpon et al. классификация позволяет прогнозировать объем и характер необходимого оперативного вмешательства в зависимости от локализации и степени распространенности патологического процесса, а не от патофизиологических механизмов, лежащих в его основе. Согласно этой классификации, каждый вариант локализации очагов глубокого инфильтрирующего эндометриоза, включая поражение мочевого пузыря, может быть закодирован с помощью специальных обозначений, что существенно унифицирует и систематизирует данные, облегчая их статистическую обработку. Использование предложенной классификации помогает прогнозировать объем оперативного вмешательства и выбирать его наиболее целесообразные комбинации. При наличии у пациентки многоочагового характера распространения глубокого инфильтрирующего эндометриоза, особенно при вовлечении в процесс участков кишечника, необходимо проведение лапаротомии (табл. 8) [20, 56].

Результаты хирургического лечения пациенток с глубоким эндометриозом и поражением крестцово-маточных связок, мочевого пузыря, влагалища, кишечника демонстрируют уменьшение выраженности болевого синдрома и представлены в таблице 9.

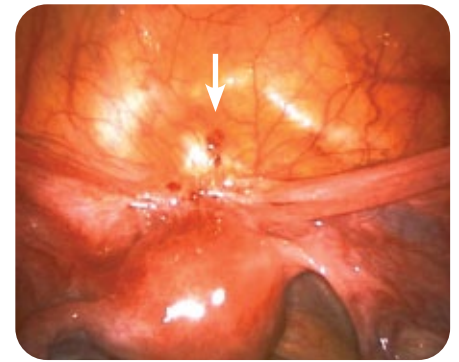


РИС. 8.
Лапароскопическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением мочевого пузыря: подбрюшинно расположенный очаг глубокого эндометриоза инфильтрирует мышечный слой мочевого пузыря, что уменьшает глубину пузырно-маточного углубления (белая стрелка).

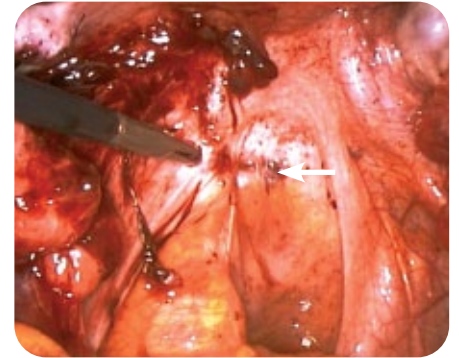


РИС. 9.
Лапароскопическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением левой крестцово-маточной связки и стенки прямой кишки при отсутствии данных о поражении кишечника по результатам ректальной эхографии (белая стрелка).

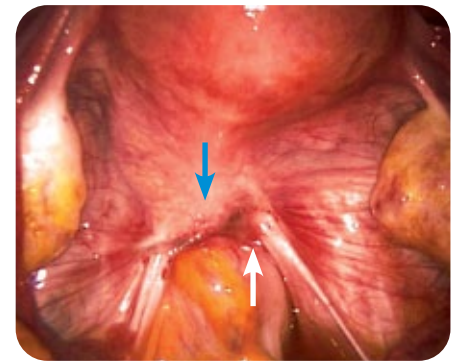


РИС. 10.
Лапароскопическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением левой крестцово-маточной связки (синяя стрелка) и верхнего отдела задней стенки влагалища (белая стрелка) с подпаянным к ней участком прямой кишки (белая стрелка). Глубина прямокишечно-маточного углубления уменьшена.

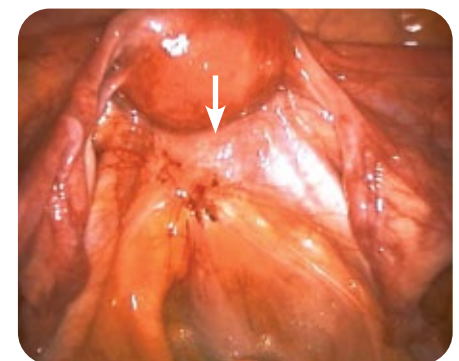


РИС. 11.
Лапароскопическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением задней стенки влагалища и отсутствием признаков поражения кишечника по данным ректальной эхографии (белая стрелка). Прямокишечно-маточное углубление в связи с выраженностью инфильтративного процесса отсутствует.

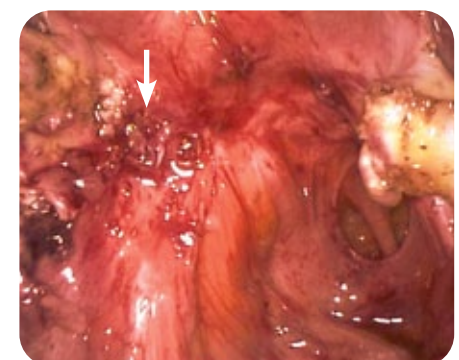


РИС. 12.
Лапароскопическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением кишечника по данным ректальной эхографии и обширным поражением левой крестцово-маточной связки (белая стрелка).

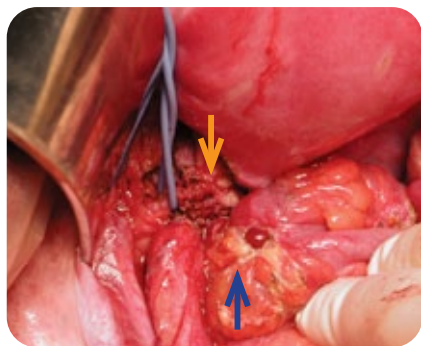


РИС. 13. Лапаротомическая картина глубокого инфильтрирующего эндометриоза с поражением кишечника (оранжевая стрелка) и левого мочеточника (синяя стрелка)

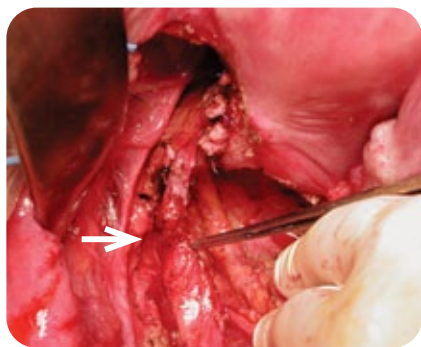


РИС. 14. Резекция левого мочеточника и наложение анастомоза по поводу стенозирования мочеточника при глубоком инфильтрирующем эндометриозе с поражением кишечника (белая стрелка). Лапаротомическая картина

ТАБЛИЦА 7.
ОСНОВНЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ГЛУБОКОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Koninckx (1992)	Adamyant (1993)	Martin (2001)	Chapron (2003)
			A: Передний глубокий эндометриоз
			A1: Поражение мочевого пузыря
			P: Задний глубокий эндометриоз
Стадии I + II	Стадии I + III	Ретроцервикальный эндометриоз	P1: Поражение крестцово-маточных связок
Стадия III	Стадия II	Ретроцервикальный эндометриоз	P2: Поражение влагалища
	Стадии III + IV	Ретроагинальный эндометриоз	P3: Поражение кишечника
			P3a: Очаговое поражение кишечника
			• Без инфильтративного процесса по влагалище (V-) • С инфильтративным процессом по влагалище (V+)
			P3b: Множественное поражение

ТАБЛИЦА 8.

Классификация	Объем операции
A: Передний глубокий эндометриоз	
A1: Поражение мочевого пузыря	Лапароскопическая частичная цистэктомия
P: Задний глубокий эндометриоз	
P1: Поражение крестцово-маточных связок	Лапароскопическая резекция крестцово-маточных связок
P2: Поражение влагалища	Лапароскопическая резекция+трансвагинальная деструкция эндометриозных гетеротопий, инфильтрирующих верхнюю треть задней стенки влагалища
P3: Поражение кишечника	
P3a: Очаговое поражение кишечника	
• Без инфильтративного процесса по влагалище (V-)	Лапароскопическая резекция или лапаротомия
• С инфильтративным процессом по влагалище (V+)	Лапароскопическая резекция+трансвагинальная деструкция эндометриозных гетеротопий или лапаротомия
P3b: Множественное поражение кишечника	Лапаротомия. Резекция кишки.

ТАБЛИЦА 8.
КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛУБОКОГО ИНФИЛТРИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ОСНОВАНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ГЕТЕРОТОПИЙ (Chapron et al., 2003)

ТАБЛИЦА 9.

Симптомы	Хирургическая классификация Chapron et al. (2003)			
	Крестцово-маточные связки	Влагалище	Мочевой пузырь	Кишечник
Дисменорея	< 0,0001	0,0001	0,0022	0,0004
Глубокая диспареуния	< 0,0001	0,0001	0,0117	0,0015
Боль при дефекации	0,0001	0,0007	0,0679	0,0033
Функциональные расстройства со стороны мочевыделительной системы, усиливающиеся в перименструальном периоде	0,0011	0,0679	0,022	0,0679
Хроническая тазовая боль, не связанная с циклом	< 0,0001	0,0171	0,01	0,0277

ТАБЛИЦА 9.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным проявлением глубокого эндометриоза является болевой синдром и функциональные нарушения со стороны тазовых органов, усиливающиеся во время менструации. Основной целью в обследовании данного контингента больных является установление локализации эндометриозных гетеротопий для максимально полной их деструкции во время операции и достижения выраженного эффекта от лечения. Золотым стандартом в лечении пациенток с глубоким эндометриозом является оперативное вмешательство, а доступные на сегодняшний

день медикаментозные препараты обладают выраженной способностью купировать проявления заболевания на значительное время. Характер и объем операции определяется степенью распространенности патологического процесса и локализацией эндометриозных гетеротопий. Существенный интерес представляет разработка схем пред- и послеоперационной медикаментозной терапии глубокого эндометриоза для повышения эффективности лечения данного контингента больных. P

Список литературы находится в редакции