

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

**ИСЛАМ
ШАРИФ оглы МАГАЛОВ**

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ТАЗОВОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

14.00.01 – акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Баку – 2013

Работа выполнена в Азербайджанском Медицинском Университете.

Научные консультанты:

– доктор медицинских наук,
профессор
– доктор медицинских и философских наук,
профессор

Х.Ф.БАГИРОВА

А.Д.ЭБЕРТ

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор

Н.С.ОМАРОВ

Г.Г.ТЕВДОРАШВИЛИ

С.Г.ИСРАФИЛБЕЙЛИ

Ведущая организация: Грузинская Ассоциация Гинекологии, Акушерства и Перинатологии

Защита состоится « 14 » _03_ 2013г. в ___ часов на заседании диссертационного совета D 03.011 при Азербайджанском Медицинском Университете.

Адрес: AZ 1022, г. Баку, ул. Бакиханова 23, зал заседания Ученого Совета

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат разослан « ___ » _____ 2013г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета D 03.011
доктор медицинских наук, профессор

С.А.АЛИЕВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. История изучения эндометриоза насчитывает более 100 лет. За это время было предложено немало теорий и гипотез, пытающихся объяснить причины его возникновения, особенности локализации, возможность поражения органов, расположенных вдалеке от малого таза, и соответственно, разнообразие клинических проявлений. Однако, несмотря на многочисленные исследования, эндометриоз остаётся в ряду самых загадочных заболеваний, приносящих значительный ущерб женскому здоровью. Многие вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики и профилактики эндометриоза, остаются спорными и малоизученными.

Актуальность эндометриоза объясняется, тем, что в современных условиях, наблюдается тенденция к увеличению его распространённости, учащение сопутствующего бесплодия, формированием стойкого болевого синдрома, отсутствие самодостаточной клинической классификации, а значит, и общепринятого алгоритма, направленного на своевременное выявление и рациональное лечение

Эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости, хотя его истинная частота неизвестна. Сообщается, что в целом болезнь поражает от 6 до 10% женщин (Giudice, Kao, 2004). Наряду с этим у 40 -60% женщин с хронической тазовой болью и дисменореей, и у 20-30% женщин с нарушением фертильности обнаруживаются эндометриодные гетеротопии (Farquhar, 2007).

Клиника тазового эндометриоза (ТЭ) разнообразна. Симптомы, зависят не только от выраженности патологического процесса, а, скорее всего, обусловлены локализацией очагов (Cornillie et al, 1990, Fausonnier et al, 2001). На «распознавание» болезни может понадобиться несколько лет. В США, как было установлено, почти у трети больных с момента появления симптомов до окончательного диагноза проходит самое меньшее 6 лет (Kennedy, 1992) . Больные ТЭ женщины к тому же, по разному реагируют на одни и те же методы лечения, что послужило поводом для целого ряда исследований (Abrao et al., 2003).

Также разнообразна и морфологическая картина эндометриоза (Abrao et al., 2003). Макроскопически гетеротопии могут быть полипoidными с инвазией субперитонеальной соединительной ткани, образовывать кистозные или фиброзные структуры, напоминать измене-

ния воспалительного характера. Они могут быть красного, жёлтого, коричневого или черного цвета (Carvalho, Abrao, 2000). С 1980 г стали публиковаться сообщения о различных атипических гетеротопиях (петехиальные высыпания на брюшине, языки пламени, очаги гиперваскуляризации, железистые разрастания) (Chatman, 1986; Jansen, russel, 1986; Donnez et al, 1991).

Были сделаны попытки разработать новые классификации. В 1996 г была пересмотрена классификация эндометриоза от Американского Общества Репродуктивной Медицины (ASRM) (Shaw, 1995; Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis, 1996). Так как тазовые гетеротопии различаются по глубине и степени распространённости, некоторые авторы выделяют несколько типов эндометриоза (Koninckx and Matin, 1992; Nisolle and Donnez, 1997). Nisolle and Donnez (1997) считают, что перитонеальный, яичниковый и ректовагинальный эндометриозы являются по сути тремя разными процессами. Последний ещё называют глубоким инфильтрирующим эндометриозом (ГИЭ). Выявление наличия между ними определённой связи или же. Наоборот, признание их совершенно самостоятельными состояниями может помочь пониманию сущности эндометриоза, как болезни. В последние годы стало появляться много публикация об общности патогенеза эндометриоза и аденомиоза (AM) (Leyendecker et al., 1996,1998; Anaf et al., 2000; Leyendecker, 2000; Kunz et al 2000; Leyendecker et al., 2002).

Несмотря на большое число исследований, до настоящего времени вопрос о взаимосвязи нарушений репродуктивной функции у женщин при наличии ТЭ является предметом постоянных научных дискуссий. До сих пор не существует единой точки зрения о необходимости и целесообразности проведения лечения при начальных стадиях распространения заболевания и бесплодии (К. Manolopoulos, H.-R. Tinneberg, 2007).

Развитие эндоскопической хирургии, сегодня закономерно являющейся золотым стандартом в диагностике эндометриоза, несправедливо отодвинуло в тень патоморфологические исследования гетеротипий. А ведь, определение преобладания железистого или стромального компонента, насыщенность гормональными рецепторами, своеобразие иннервации не только пролило бы свет на патогенетические механизмы, но и позволило бы спрогнозировать степень эффективности того, или иного метода лечения. Оценка качества жизни

больных, выявление у них при помощи визуальных методов диагностики объективных изменений, подтверждение их присутствия во время последующей лапароскопии, корреляция «лапароскопических» находок с гистологическими данными имеют практическое значение. От знаний, полученных подобным путем, может зависеть в будущем принятие решения о необходимости, например, медикаментозного лечения при болевом синдроме или бесплодии, обусловленных эндометриозом, времени начала подобной терапии, её характере и объеме, переходе к хирургическим методам или репродуктивным технологиям.

Вышеизложенное свидетельствует о целесообразности углубленного комплексного исследования ТЭ с использованием современных достижений медицинской науки.

Цель исследования. Целью данного исследования является улучшение выявляемости женщин с тазовым эндометриозом, повышение эффективности их лечения, а также оптимизация ведения больных с болевым синдромом и бесплодием.

Задачи исследования:

1. Определить частоту встречаемости эндометриоза и аденомиоза среди оперируемых в г Баку женщин.
2. Оценить практическое значение болевого синдрома в качестве маркера тяжести заболевания у больных с тазовым эндометриозом.
3. Оценить информативность визуальных методов диагностики (УЗИ, МРТ).
4. Изучить особенность сократимости маточной мускулатуры у женщин с наличием эндометриодных очагов в полости малого таза (УЗИ).
5. Выявить наличие сопутствующего аденомиоза у больных с наличием очагов эндометриоза в полости малого таза на основании патогистологического заключения и радиологических признаков (состояние переходной зоны и миометрия во время УЗИ и МРТ).
6. Показать преимущества использования лапароскопического доступа в диагностике и лечении различных форм эндометриоидной болезни.
7. Выработать тактику ведения больных с эндометриозом и болевым синдромом.
8. Разработать алгоритм последовательности лечебно - диагностических мероприятий у больных с бесплодием и подозрением на

эндометриоз.

9. Разработать алгоритм выбора доступа при проведении гистерэктомии с учетом возможного сочетания аденомиоза и эндометриоза.

10. Обосновать необходимость создания и развития междисциплинарного эндометриозного центра

Научная новизна:

– Выявлена частота встречаемости эндометриоза и аденомиоза среди оперируемых в г. Баку женщин, а также ее зависимость от контингента пациенток гинекологического стационара и особенности хирургического вмешательства.

– Выявлено частое сочетание эндометриозных очагов в полости малого таза с радиологическими и патогистологическими признаками аденомиоза, что вместе с данными о повышении маточной сократительной активности и нарушении направления контракционной волны может служить практическим доказательством теории архиметры (Leyendecker).

– Показана роль аденомиоза и нарушения архитектуры маточной стенки в возникновении и проявлении клинических симптомов тазового эндометриоза.

– Показано, что только лапароскопическое вмешательство с возможным одновременным удалением эндометриодных очагов не исцеляет полностью от эндометриодной болезни, хотя и должно занимать ведущее место в ведении больных с подозрением на тазовый эндометриоз.

Практическая значимость. В процессе выполнения диссертационной работы разработан алгоритм обследования гинекологических больных с подозрением на наличие эндометриодной болезни.

Показана роль лучевой диагностики в выборе тактики лечения эндометриоза.

Обосновано включение МРТ в комплекс диагностических мероприятий и предоперационного обследования.

Предложено более широкое применение возможностей ультразвукового сканирования.

Выработана тактика ведения больных с болевым синдромом и бесплодием с подозрением на эндометриоз, а также больных с клиническими и радиологическими признаками эндометриозного поражения прямокишечно-влагалищной перегородки, эндометриоза мочевого пузыря и мочеточников.

Выведены ведущие показания, определяющие необходимость лапароскопического пособия при гинекологических вмешательствах, его объём, и последующее дополнительное лечение.

Обоснована «эндометриодная настороженность» при работе с больными, обращающимися за медицинской помощью в связи с бесплодием, налажено сотрудничество между гинекологическим стационаром и ЭКО-центрами.

Внедрение. В процессе выполнения работы создана группа, объединившая специалистов в области гинекологии, репродуктивной медицины, хирургии, урологии, визуальной диагностики и патоморфологии. Установлены и налажены контакты между отечественными специалистами и коллегами из Берлинского эндометриозного центра.

Результаты исследования включены в методический материал для проведения практических и лекционных занятий для студентов, субординаторов и клинических ординаторов на кафедрах акушерства и гинекологии АМУ.

Результаты исследования применяется в практической работе гинекологических отделений родильных домов №5 и №7 г. Баку, Центра клинической медицины, а также женских консультаций №7 и №9.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Первостепенное преимущество лапароскопического пособия при гинекологических вмешательствах заключается в выявлении и документации патологических изменений в полости малого таза. Следовательно, использование эндовидеотехнологий рационально независимо от локализации патологического процесса (придатки, матка, забрюшинное пространство), его размеров и протяженности.

2. Повышенная эндометриодная настороженность подразумевает обязательное лапароскопическое обследование брюшной полости с возможным одновременным удалением очагов эндометриоза в комплексе лечебно-диагностических мероприятий при болевом синдроме и бесплодии.

3. Повышение сократительной активности матки, нарушение градиента сокращений, а также выявление радиологических и патогистологических признаков аденомиоза у больных с тазовым эндометриозом косвенно подтверждает первичность нарушений в матке при данном заболевании.

4. Высокая вспомогательная ценность МРТ наряду с малой инвазивностью требует более широкого использования данного метода в

диагностике эндометриодных поражений и включения его в комплекс предоперационного обследования женщин с подозрением на наличие тазового эндометриоза.

Связь исследования с проблемным планом медицинских наук. Диссертационная работа являлась частью тематического плана научно-исследовательской работы кафедры «Акушерства и гинекологии I» (Ekstragenital patologiya və ginekoloji xəstəliklər olan qızlar və qadınların reproduktiv patologiyasının xüsusiyyətləri № 01 10 AZ4061) Азербайджанского Медицинского Университета и совместной работы в рамках программы сотрудничества между Азербайджанским медицинским университетом, группой клиник «Vivantes», расположенных в г. Берлин (Германия) и Германо-Азербайджанским обществом акушерства и гинекологии.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 33 научных работ.

Апробация диссертации. Основные положения диссертации доложены на: I, II, III и IV международном семинаре «Школа акушерства, гинекологии, репродуктивной медицины и организации здравоохранения Берлин-Баку» (Баку, 2-7 октября 2006 г; 11 – 17 марта и 1 – 6 октября 2007 г, 1-3 января 2009г), республиканской научно-практической конференции посвященной проблемам акушерства, гинекологии и перинатологии (Баку, 2010), заседании Германо-Азербайджанского общества акушерства и гинекологии (Мюнхен, 05.10.2010).

Диссертация апробирована на собрании апробационной комиссии по акушерству и гинекологии Азербайджанского Медицинского Университета 06.07.2011 и 30.11.2012

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 324 страницах машинописи и состоит из введения, литературного обзора, материалов и методов исследования, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 635 источника, из них 16 работ Отечественных ученых. Работа документирована 99 таблицами и иллюстрирована 32 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования. План данной диссертационной работы был составлен таким образом, что он включал ретроспективный анализ архивных данных, а также поперечное и продольное исследования пациентов, обследованных и прооперированных одной и той же группой врачей.

Ретроспективный анализ. Был проведен ретроспективный анализ на основании операционных журналов (2796 операций) 6 крупных гинекологических стационаров (5- государственных: р/д №1, р/д № 2 и р/д №5, г/о Республиканской больницы и г/о НИИАГ и 1- частная клиника: «Medilux») за 2006-2007 годы, которые были обозначены заглавными буквами латинского алфавита: А, В, С, D, Е, F. В 3-х из 6 клиник на момент исследования имелось в наличие эндовизуальное оборудование для проведения лапароскопических операций (А, В и С), в свою очередь 2-х из этих 3-х клиник было возможно также проведение диагностической и оперативной гистероскопии (А и С). В остальных 3-х клиниках были условия только для проведения открытых вмешательств (D, Е и F).

Собственные наблюдения. В данную часть исследования вошли пациентки, обследованные и прооперированные нашей бригадой с 2008 по 2009 год (336 женщин). Это были, как правило, пациентки, обратившиеся в гинекологический стационар для получения хирургического лечения в связи с наличием нарушения менструальной функции/маточного кровотечения, увеличением размеров матки, выявлением на ультразвуке объемного образования доброкачественного характера в проекции придатков, наличием болевого синдрома и неосуществленного репродуктивного желания.

Разделение на группы по характеру основного оперативного вмешательства. Все выполненные вмешательства были разделены по следующим группам: гистерэктомии (ГЭ), миомэктомии (МЭ), вмешательства при доброкачественных образованиях придатков (ВДОП),

вмешательства по поводу внематочной беременности (ВВМБ), вмешательства по поводу неосуществленного репродуктивного желания (ВНРЖ), коррекция дефекта тазового дна (КДТД), гистероскопическая диагностика состояния полости матки или коррекция внутриматочной патологии (Д/КВМП) и прочие.

Методы исследования включали опрос всех больных по специально разработанным анкетам; гинекологическое исследование внутренних половых органов; весь объем стандартных клинико-лабораторных исследований, необходимых для подготовки больной к оперативному вмешательству.

Специальные методы исследования: оценка болевого синдрома до и через 6 месяца после хирургического лечения по классификации Mac Lavery С.М., Shaw R.W. (1995), **УЗИ** (с целью предоперационного выявления патологических изменений в полости малого таза и изучения сократительной активности миометрия) и **МРТ** (дополнительно при подозрении на эндометриодный процесс и у группы контроля), **эндоскопическая визуализация** являлась частью лапароскопического пособия, использовавшегося как с диагностической (для оценки распространенности болезни во всех случаях обнаружения очагов по классификации R- AFS (Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis, 1996), а при выявлении ГИЭ по - ENZIAN (Tuttles F. et al. 2005)), так и с лечебной целью и **патогистологическое исследование**.

Клинические и хирургические особенности пациенток с тазовым эндометриозом изучались в следующих группах оперированных нами в плановом порядке больных: ГЭ - 98 пациенток, МЭ- 28 пациенток, ВДОП – 52 пациентки, ВНРЖ – 65 пациенток. Всего 243 пациентки.

Методы гистерэктомии (ГЭ) с применением лапароскопического пособия включали – ЛГВА и ВГЛА (лапароскопическая гистерэктомия с вагинальной ассистенцией и вагинальная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией) и СТЛГ (субтотальная лапароскопическая гистерэктомия). Удаления матки производилось также из классических абдоминального (ТАГ и СТАГ- тотальная и субтотальная абдоминальная гистерэктомия) и вагинального (ТВГ – тотальная вагинальная гистерэктомия) доступов.

Для сравнения эффективности того или иного метода ГЭ оценивались размеры матки, длительность проведения вмешательства, величина интраоперационной кровопотери и быстрота послеоперационного восстановления пациентки. Величина внутриоперационной кровопотери оценивалась по количеству крови собранной в специальных резервуарах, длительность операции – от момента проведения разреза до наложения последнего шва, быстрота восстановления больных – по субъективным ощущениям и переходу к активному режиму.

Методы статистической обработки цифровых данных. Полученные цифровые данные подверглись статистической обработке методами медицинской статистики с учетом современных требований. Применены методы вариационного, корреляционного, дисперсионного, дискриминантного анализов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Структура гинекологических операций. Ретроспективный анализ хирургической активности вошедших в исследование гинекологических стационаров показал, что из основных оперативных вмешательств наиболее часто за указанное время выполнялись гистерэктомии (ГЭ) ($25,68 \pm 0,83\%$), вмешательства на придатках (ВДОП) ($22,07 \pm 0,78\%$) и тубэктомии по поводу внематочной беременности (ВВМБ) ($18,7 \pm 0,73\%$).

Другие операции, такие как диагностическая лапароскопия и/или электрокоагуляция/клиновидная резекция яичников, выполняемая как из лапароскопического, так и лапаротомного доступов (ВНРЖ), коррекция дефектов тазового дна при опущениях стенок влагалища и органов малого таза (КДТД), миомэктомия (МЭ) и гистероскопическое обследование и/или коррекция внутриматочной патологии за исключением субмукозной миомы матки (Д/КВМП), были произведены в два и более раза реже: ВНРЖ – $10,98 \pm 0,59\%$, КДТД - $8,26 \pm 0,52\%$, МЭ - $7,76 \pm 0,51\%$ и Д/КВМП – $5,01 \pm 0,41\%$. При этом малое количество ВНРЖ, МЭ и Д/КВМП объясняется тем, что малоинвазивными по сути были всего лишь 2-х (клиники «А» и «С») из 6 - и клиник, хотя эндоскопическое оборудование имелось в 3-х (дополнительно клиника «В») из них. Аргументация очень простая: во-первых, в указанных 2-х клиниках удельный вес эндоскопических операций составил прибли-

зительно 77% (ЛПС(62,21±2,61%) + ГС(14,83±1,92%)) и 72% (ЛПС(43,02±2,64%) + ГС(28,77±2,42%)) против 38,03±1,66% лапароскопических вмешательств (ЛПС) в клинике «В», а во-вторых, как видно, только в клиниках «А» и «С» имелась возможность для проведения гистероскопии (ГС).

В наше исследование были включены гинекологические стационары, в которых получают лечение женщины с исключительно доброкачественной патологией половых органов. В связи с этим, гистерэктомии в таких клиниках выполняются не так часто. Однако, в одной из клиник с отсутствием эндовизуального оборудования (клиника «Е») удельный вес ГЭ достигал 46,35±2,28%, что может быть объяснено сочетанием вышеперечисленных факторов. В целом частое выполнение ГЭ было характерно для клиник, в которых полостные операции выполнялись из лапаротомного доступа (клиники «D», «E» и «F») – 23-47% или же с менее выраженной мининвазивной направленностью (клиника «В») – 26%.

В клиниках «А» и «С», которые были оснащены эндовизуальным оборудованием, и, где преобладали мининвазивные вмешательства, ГЭ занимали далеко не первое место в структуре гинекологических операциях - 14,53±1,90% и 11,11±1,68%, соответственно. Только в одной из них (клиника «А») удаление матки производилось, пусть и в малом числе, также из лапароскопического и вагинального доступов - 3,49% и 0,29%, соответственно.

С позиции мининвазивной активности, мы были близки к клинике «А» с 55,06% лапароскопических и 10,71% самостоятельных гистероскопических вмешательств. Если учитывать только абдоминальные операции, то соотношение лапаротомного и лапароскопического доступов было как 1:4. Относительно низкий процент операций, выполненных из лапароскопического доступа, в собственной группе пациентов был обусловлен тем, что нами часть гистерэктомий производилась из вагинального доступа (29,6%). Для сравнения, в Германии матку удаляют из вагинального доступа в 54,5% случаев доброкачественной патологии женских половых органов и 67,4% Ca in situ (Stang A. et al. 2011).

Еще одно различие касалось миомэктомий. В клинике «А» МЭ делили с ВНРЖ 2-3 места в структуре гинекологических вмешательств (17,4%) и почти в половине случаев выполнялись из лапароскопического доступа – в 29 из 60 случаев, т.е 48,3%. Среди произве-

денных нами операций МЭ находились на одном из последних мест (8,63%), а лапароскопические МЭ составили 27,6%. Причиной подобной разницы может быть практикуемый нами подход к хирургическому лечению миом матки.

Мы удаляли миомы относительно малых размеров (4-8 см) только при привычном невынашивании, когда все остальные этиологические факторы исключались. От лапароскопического доступа отказывались при множественных миомах, при их относительно больших и больших размерах (8-15см и более 15 см) и наличии репродуктивного желания. Таким образом, еще одним объяснением отличий в структуре гинекологических вмешательств в сравниваемых клиниках может быть использование различных протоколов ведения пациенток.

Одной из особенностей пациенток, оперируемых в гинекологических стационарах г. Баку, был их относительно молодой возраст. Средний возраст пациенток оперированных нами и при вмешательствах, которые мы изучали ретроспективно, был приблизительно равен - $36,3 \pm 0,6$ и $36,2 \pm 0,2$ лет, соответственно. Самыми молодыми были пациентки с ВНРЖ - $30,3 \pm 0,3$ лет (ретроспективный анализ) и $27,6 \pm 0,9$ лет (собственный опыт). Самыми возрастными с опущениями стенок влагалища и органов малого таза – КДТД- $46,7 \pm 0,9$ лет (ретроспективный анализ). В группе оперированных нами больных самый высокий возраст отмечался, когда коррекция дефекта тазового дна сочеталась с гистерэктомией (КДТД±ГЭ) - $54,3 \pm 1,9$ лет. Женщин в возрасте 60 -70 лет было 1,65% (ретроспективный анализ) и 2,68% (собственный опыт). Женщин старше 70 нами оперировано не было, при ретроспективном анализе женщин данной возрастной группы было выявлено в 0,46%.

Выявление ТЭ. Результаты, проведенного нами разбора операционных журналов и историй болезни, свидетельствуют о низком для современного этапа выявлении эндометриоза в г. Баку. При абдоминальных вмешательствах этот показатель равнялся $4,37\% \pm 0,42\%$. Мы у оперированных нами больных, при использовании данного критерия, обнаруживали эндометриоз в $25,55 \pm 2,89\%$ случаев.

В клиниках, вошедших в наше исследование, частота выявленного во время лапароскопических операций ТЭ равнялась $7,69 \pm 1,02\%$, а при выполнении хирургического вмешательства через традиционный брюшностеночный разрез ТЭ выявлялся лишь в $3,03 \pm 0,41\%$, ОШ =

2,66 (НГ 95% ДИ – 1,80; ВГ 95% ДИ – 3,95) ($p < 0,05$). При этом в стационарах, где имелось лапароскопическое оборудование, частота встречаемости эндометриоза оказывалась также статистически значимо выше показателя по клиникам с возможностями проведения только «открытых» операций – $5,65 \pm 0,64\%$ против $2,88 \pm 0,50\%$ ОШ = 2,02 (НГ 95% ДИ – 1,32; ВГ 95% ДИ – 3,09) ($p < 0,05$). В целом 69,5% выявленных случаев ТЭ приходилось на клиники, оснащенные эндоскопической техникой. Однако активность этих клиник по обнаружению эндометриоза была неодинакова. Так, в клиниках в клиниках «А» и «С», которые больше следовали принципам минимальной инвазивности, ТЭ выявлялся чаще, чем в клинике «В». Данное утверждение было верно как в отношении лапароскопических вмешательств, так и лапаротомного доступа. Частота обнаружения эндометриоза в клинике «В» клинике приближалась к таковой в стационарах с отсутствием эндовизуального оборудования (-ЭО).

В группе оперированных нами больных такой большой разницы между открытыми и лапароскопическими вмешательствами в отношении выявления самой эндометриозной болезни выявлено не было: $22,73 \pm 6,32\%$ и $26,23 \pm 3,25\%$, соответственно. На наш взгляд это отражает имевшую место высокую «эндометриозную настороженность».

Чаще всего в вошедших в исследование клиниках эндометриоз выявлялся среди пациенток, оперированных по поводу доброкачественных образований придатков (ВДОП) – $10,86 \pm 1,25\%$, что представляется вполне логичным, так как в большинстве зарегистрированных случаев были описаны эндометриодные кисты яичников (ЭКЯ) ($90,5 \pm 2,9\%$). На наш взгляд, это также связано с пониманием сущности обсуждаемого патологического процесса оперирующим гинекологами. Как правило, описывались изолированные ЭКЯ (68,6%).

При вмешательствах для установления причин нарушения фертильности (ВНРЖ), мы обнаруживали признаки эндометриозной болезни в 13,85% случаев, что почти в 2 раза чаще чем, в клиниках «А» и «С» (\pm ЭО), но реже, чем в уже опубликованных сообщениях. Подобная разница связана с методологией нашего исследования. В эту группу мы включали пациенток с наличием репродуктивного желания без выраженных анатомических нарушений. Соответственно, при упоминании о гетеротопиях у этих женщин речь идет о поверхностном перитонеальном эндометриозе (ППЭ).

В целом, у оперированных нами женщин с нарушением репродук-

тивной функции и сочетанной патологией матки и придатков эндометриоз встречался в 23,81% случаев, что уже находится в пределах 17 – 25%, опубликованных в научной литературе (Cramer D., Missmer S. 2002, Darwish A. et al. 2006).

Высокий показатель выявления эндометриоза у пациенток, прооперированных нами, был обусловлен отчасти тем, что в некоторых случаях различные формы заболевания диагностировались более, чем у половины из них: при ВДОП - 55,36% и четверти при МЭ –25,0 %. С одной стороны, это являлось следствием «однообразия» контингента больных. С другой стороны, контингент наших пациенток имел свои особенности, заключающиеся в том, что к нам изначально направляли женщин с подозрением на эндометриозидный процесс.

Наше исследование показало, что при лапароскопических вмешательствах по сравнению с открытой хирургией преобладало выявление сочетанных форм эндометриоза: 23,7±4,4% против 9,3±4,4% ($\chi^2=3,92$; $p < 0,05$), соответственно. Изолированные ЭКЯ были описаны в 28,21% случаев.

Следует выделить, что в 13,04% случаев нарушенной внематочной беременности при ревизии брюшной полости нами было констатировано наличие той или иной формы ТЭ. В литературе значение подобного сочетания не описывается, поэтому роль эктопических очагов, или же системных изменений в брюшной полости, вызванные этим заболеванием, в имплантации оплодотворенной яйцеклетки в маточной трубе представляет научный интерес.

Выявление аденомиоза. На основании ретроспективного анализа работы гинекологических стационаров, расположенных в г. Баку, было установлено, что патогистологически аденомиоз матки (АМ) диагностировался у 16,62±1,37% пациенток, у которых была удалена матки, и визуально - у 10,40±1,93% женщин, прошедших гистероскопическое обследование полости и внутренних стенок матки. Частота патогистологического диагноза АМ значительно варьировала в зависимости от клиники (5,7 – 41,0%).

Также большая разница в результатах была зафиксирована при обработке данных из 2-х клиник, где использовалась гистероскопия. Примечательно, что частота АМ выявленная в эти клиниках от метода диагностики практически не зависела (клиника «А»: 3/53 ~ 3/125 и клиника «В»: 9/42 ~ 23/ 125)

Пациенток с АМ, выявленном во всех 6 – и клиниках можно было охарактеризовать как женщин в перименопаузальном возрасте (ГЭ: 81,2% и ГС: 69,2%), имеющих ≥ 2 беременностей и родов в анамнезе (91,2% и 88,6%, соответственно), с такими особенностями изменений маточной стенки как миома матки (32,4%) и гиперплазия эндометрия (56,3%), и предъявляющих в отдельности или в сочетании такие жалобы, как боль (48,65%) и маточное кровотечение (84,5%).

Нами диагноз АМ выставлялся на основании патогистологического и визуальных методов исследования. При использовании патогистологического критерия АМ был обнаружен в 42,4 %, а с помощью сонографии – в 37,9% случаев. Было отмечено, что на ультразвуке при наличии выраженных изменений в малом тазу (увеличение матки, гиперплазии эндометрия, образованиях в проекции придатков) признаки аденомиозного поражения матки встречаются почти в 2- 3 раза чаще, чем при их отсутствии: группа «ГЭ» – 48,0%, группа «ВДОП» -44,2%, группа «МЭ» - 42,9% и группа «ГС» - 44,1% против 14,1% и 28,5% в группах «ВНРЖ» и «КДТД без ГЭ», соответственно.

Сонографические признаки АМ обнаруживались чаще в возрасте 30 – 40 лет и 40 – 50 лет – 43,1% и 60,9%, соответственно. Среди самых молодых (20 - 30 лет) женщин они встречались гораздо реже - 18,8%. При учёте дополнительно репродуктивного статуса получалось, что АМ чаще встречается у женщин в возрасте 40 – 50 лет, подготавливаемых к ГЭ и имеющих 2 и более родов в анамнезе – 63,1 \pm 6,0% или же более 3-х аборт – 64,4 \pm 6,2%.

Прямая зависимость выявления АМ от числа родов и абортов наблюдалась во всех возрастных группах. Несмотря на то, что у самых молодых женщин (20 -30 лет) в собственной выборке пациенток при сонографии АМ диагностировался относительно реже, цифры были не такими уж и маленькими – 18,8%.

Разница между данными патогистологической диагностики АМ обусловлена, скорее всего, тем, что при ретроспективном исследовании учитывались заключения разных специалистов, а в проспективном исследовании участвовал один и тот же патогистолог. Этот аргумент, скорее всего, остается актуальным и в отношении сравнения собственных результатов сонографического исследования с данными научной литературы. На наш взгляд заслуживающим внимание является факт, учащения выявления аденомиоза матки при наличии выраженных патологических изменений в малом тазу независимо от того

локализованы они в матке, или вне нее (например, в области придатков).

Чувствительность и специфичность визуальных методов диагностики. Информативность сонографии в проведенном нами исследовании отличалась в отношении аденомиоза и эндометриоза. Однако данное утверждение не может восприниматься однозначно. Это связано с несколькими причинами. На данный момент мы не в состоянии распознавать на ультразвуке поверхностные перитонеальные очаги, т.е чтобы диагностировать ППЭ или эндометриоз I степени зачастую необходимо проведение диагностической лапароскопии. Сонографическая диагностика ЭКЯ зависела от размера кист их эхотипа, а также от того насколько увеличена была матка. Увеличение матки, в целом затрудняло, визуализацию остальной области малого таза. Эхотип «Б» был причиной большинства ошибок в распознавании эндометриом.

При диагностике ГИЭ была показана относительно низкая чувствительность и высокая специфичность теста: $Se = 62,5\%$ и $Sp = 100,0\%$

При диагностике АМ информативность УЗИ была достаточно хорошей: $\pm pV = 76,6\%$, $-pV = 88,2\%$, $Se = 85,7\%$ и $Sp = 80,4\%$. Однако относительно степеней и форм АМ результаты были низкими.

Чувствительность и специфичность МРТ при диагностике ЭКЯ и ГИЭ нашем исследовании были выше, чем у сонографии.

Прогностическая ценность и специфичность МРТ при диагностике АМ на первый взгляд казалась низкой по сравнению с УЗИ - $\pm pV$ (МРТ) = $70,0\%$ против $\pm pV$ (УЗИ) = $76,6\%$ и Sp (МРТ) = $66,6$ против Sp (УЗИ) = $80,4\%$.

Однако если допустить, что женщины с утолщением соединительной зоны на МРТ и с патогистологическим диагнозом «лейомиоматоидной гиперплазии» все-таки имеют АМ, то pV (МРТ) = $9/10 \times 100 = 90,0\%$, а Sp (МРТ) = $3/4 \times 100 = 75,0\%$. При аналогичном подходе для сонографии будет $\pm pV$ (УЗИ) = $39/47 \times 100 = 83,0\%$ и Sp (УЗИ) = $84,9\%$.

Перечисленные показатели в принципе сопоставимы с данными, опубликованными в научной литературе, хотя и ниже результатов, которые поступают из передовых центров (Bazot M. et al 2001, 2002, 2003, 2007, 2009). Это еще раз подтверждает возможность совершенствования визуальных методов вплоть до того, что с их помощью можно определять степень распространенности патологического процесса и

до операции планировать её объём. Пока же лапароскопия в наших условиях остается золотым стандартом в диагностике ТЭ.

Нарушение маточной перистальтики при эндометриозе. В нашем исследовании нерегулярные и конвульсивные сокращения внутреннего мышечного слоя, прилегающего к эндометрию, были обусловлены прежде всего АМ. Так при эндометриозе при отсутствии визуальных признаков АМ в основном регистрировались (88,9%) регулярные ритмичные сокращения. Однако при сочетании ТЭ и АМ конвульсивные сокращения встречались в 2 раза чаще чем, только при АМ ($21,4 \pm 11,0\%$ против $11,5 \pm 6,3\%$).

Гиперперистальтику и дисперистальтику матки при АМ без эндометриоза в наших случаях можно объяснить тем, что мы не всегда обнаруживали эктопии при их наличии (малые формы эндометриоза). Это предположение приобретает весомость, учитывая то, что меньше всего сочетание АМ и ТЭ отмечалось в группе женщин с репродуктивным желанием (АМ+ТЭ: ВНРЖ – 22,2%, ВДОП – 66,7%, ГЭ – 90,9%, МЭ – 100,0%). Следует отметить, что в этой группе аденомиоз нами выявлялся реже, чем в остальных (АМ: ВНРЖ – 14,1%, ГЭ – 42,9%, ВДОП – 44,2%, МЭ – 50,0%). В связи с вышесказанным, нарушение градиента сокращений матки при недостаточных структурных изменениях её стенок необходимых для констатации диагноза «аденомиоз» можно использовать в качестве дополнительного критерия в его пользу.

Макроскопическая характеристика поверхностных перитонеальных очагов. Участки поверхностного перитонеального эндометриоза были обнаружены в следующих анатомических областях малого таза: яичниковая ямка («fossa ovarica») – 32 ($33,7 \pm 4,8\%$) очага, маточно-крестцовые связки – 31 ($32,6 \pm 4,8\%$) очаг, пузырно-маточная складка – 18 ($18,9 \pm 4,0\%$) очагов, маточно-прямокишечная складка (задний «дугласов» карман) – 12 ($12,6 \pm 3,4\%$) очагов, боковая стенка таза («fossa iliaca») – 2 ($2,1 \pm 1,5\%$) очага.

В 40 ($42,1 \pm 5,1\%$) случаях это были очаги красного цвета, в 25 ($26,3 \pm 4,5\%$) случаях - черного цвета, в 24 ($25,3 \pm 4,5\%$) случаях – смешанной пигментации и в 6 ($6,3 \pm 2,5\%$) случаях - коричневые очаги.

Очаги черного и красного цветов располагались, как правило, на маточно-крестцовых связках – 14,7% и 15,8%, соответственно. Для очагов смешанной пигментации более характерной была локализация

в яичниковой ямке – 18,9%. Коричневые очаги выявлялись в основном в области пузырно-маточной складки – 5,3%.

Патогистологическое подтверждение внутриоперационной находки было получено во всех случаях, однако, не во всех исследованных материалах. Так, из 95 участков брюшинного покрова, содержащих предполагаемые патологические очаги, морфологические признаки эндометриоидного процесса были обнаружены в 84 (88,4±3,3%).

Больше всего несовпадений макроскопического и микроскопического диагнозов отмечалось при III и IV степени эндометриоза в случаях очагов смешанной пигментации расположенных в яичниковой ямке (табл.1).

Таблица 1

Чувствительность лапароскопической диагностики
поверхностного перитонеального эндометриоза

Степень		Локализация		Цвет	
I	26/27	Д. пр-во	11/12	Ч	23/25
	96,3±3,6%		91,7±8,0%		92,0±5,4%
II	18/20	М.-К. связки	28/31	Кр	36/40
	90,0±6,7%		90,3±5,3%		90,0±4,7%
III	19/23	Я Я	25/32	См	19/24
	82,6±7,9%		78,1±7,3%		79,2±8,3%
IV	21/25	М/П складка	18/18	К	6/6
	84,0±7,3%		100,0%		100,0%
		Боковая стенка	2/2		
			100,0%		

Прим.: 1 д. пр-во – дугласово пространство, м.-к – маточно-крестцовые связки, я.я. – яичниковая ямка («fossa ovarica»), м/п – маточно-пузырная складка

2 ч-черные очаги, кр- красные очаги, см – очаги смешанного цвета, к – коричневые очаги.

При более тяжелых формах эндометриоза имеют место разнообразные отклонения от нормы в полости малого таза (сращения, повышение сосудистого рисунка брюшины, ее рубцовые изменения). Следовательно, визуализируется больше участков, которые могут быть приняты за эндометриодные поражения. Кроме того, расположение некоторых перитонеальных очагов между сращениями, например, очагов смешанной пигментации допускает некоторые технические погрешности в виде их частичного разрушения при иссечении.

Отрицательные результаты патогистологического исследования не полностью исключают того факта, что изменения в данном удаленном материале могли бы быть вызваны эндометриоидным процессом (Kennedy S. et al. 2005, Filho D. et al 2008). Выявление в большинстве таких случаев фиброзные изменения, как и то, что наличие эндометриоза было подтверждено у всех пациентов, можно интерпретировать, и как следствие трансформации имевшегося в этих участках первоначального поражения.

Эндометриомы (ЭКЯ). Изолированные эндометриоидные кисты описывались одинаково часто при плановых лапаротомных и лапароскопических операциях: 3/43 (7,0±3,9%) против 7/93 (7,5±2,7%). Выявление сочетанных форм эндометриоза преобладало при лапароскопических вмешательствах: 22/93 (23,7±4,4%) против 4/43 (9,3±4,4%) ($\chi^2=3,92$; $p < 0,05$).

Не менее важным, в свете работ Leyendecker et al (2010,2011), представляется нам выявление сочетанных сонографических признаков аденомиоза. При комбинации ЭКЯ с эктопиями другой локализации изменения маточной стенки характерные для АМ встречались во время ультразвукового сканирования у 88,5% оперированных нами больных.

Глубокий инфильтрирующий эндометриоз. ГИЭ был описан у 8 (13,1%) женщин. Обнаруженные нами случаи глубокого инфильтрирующего эндометриоза проявлялись инфильтрацией маточно – крестцовых связок (у всех пациенток, при чем в 7-и из них – имело место их двухстороннее вовлечение, а у 1-ой – поражение левой маточно-крестцовой связки), позадишеечного пространства (5 пациенток), прямой кишки (3 пациентки), левого мочеточника (1 пациентки) и стенки мочевого пузыря (1 пациентка) (табл.2).

Изолировано ГИЭ не встречался, он сочетался с ППЭ (во всех случаях) и ЭКЯ (у 7 из 8 пациенток, у одной пациентки в анамнезе – удаление пораженных эндометриозом придатков слева).

Число описанных нами случаев (8 случаев ГИЭ в серии из 63 больных) эндометриозом ограничивают возможность формулирования каких-либо статистически достоверных выводов. Однако полученные даже в такой маленькой выборке факты, а именно ранний возраст некоторых пациенток, наличие не только болевого синдрома, а

зачастую репродуктивного желания и мультифокальность или другими словами генерализованность признаков заболевания, подчеркивают важное медицинское и социальное значение ГИЭ.

Таблица 2
Случаи глубокого инфильтрирующего эндометриоза

Область поражения	ENZIAN	N
Обе маточно-крестцовые связки	E1bb	2
Обе маточно-крестцовые связки и ретроцервикальное пространство	E2a,E2bb	2
Обе маточно-крестцовые связки, ретроцервикальное пространство и прямая кишка	E2a,E2bb,E2c	2
Обе маточно-крестцовые связки, ретроцервикальное пространство, левый мочеточник и прямая кишка	E4a, E4b/E2b, E3c	1
Одностороннее поражение маточно-крестцовой связки и участок стенки мочевого пузыря	E 1b, FB	1

Стадирование эндометриоза. Внутриоперационная оценка распространенности эндометриоидного процесса была проведена у 60 больных, которым было проведено хирургическое вмешательство со вскрытием брюшной полости.

г – AFS. Все выявленные случаи эндометриоза были распределены относительно классификации г - AFS:

I степень – 17 (28,3%) больных, II степень – 19 (31,7%) больных, III степень – 13 (21,7%) больных и IV степень - 11 (18,3%) больных.

Сочетание эндометриоза и аденомиоза. Сочетание ТЭ и АМ у оперированных нами больных было выявлено в 42 случаях (66,7%).

Патогистологически наличие АМ можно было проверить только у 18 пациенток (28,6%). Из них у 11 женщин для исследования представлялась тело матки, а у 7 женщин – только удаленные узлы. В остальных случаях диагноз «аденомиоз» был установлен исключительно на основании визуальных методов, поскольку в задачи вмешательства не входило удаление матки, её части или исходящего из нее узла.

Распределение случаев АМ в зависимости от выраженности ТЭ выглядело следующим образом: I ст. – 7/17 случаев (41,2%), II ст. – 12/19 случаев (63,2%), III ст. – 10/13 случаев (76,9%), и IV ст. – 10/11 случаев (90,9%). При плановых операциях с вхождением в брюшную полость ТЭ был обнаружен в 57 (23,6%) случаях. Оказалось, что у

этих пациенток АМ встречается более, чем в 2,5 раза чаще, чем у остальных. Почти такая же разница наблюдается, когда имелась возможность патогистологического подтверждения наличия аденомиоза (группа «ГЭ») (табл.3).

Таблица 3

Выявление АМ у женщин с ТЭ и без
(плановые вмешательства со вскрытием брюшной полости
(242 пациентки*))

Группы	± эндометриоз	- эндометриоз	Всего
«ГЭ»	10/11 (90,9%)	32/87 (36,8%)	42/98 (42,9%)**
«МЭ»	7/7 (100,0%)***	7/21 (33,3%)***	14/28 (50,0%)***
«ВДОП»	20/30 (66,7%)	3/22 (13,6%)	23/52 (44,2%)
«ВНРЖ»	2/9 (22,2%)	7/55 (12,7%)	9/64 (14,1%)
Всего	39/57 (68,4%)	49/185 (26,5%)	88/242 (36,4%)

Прим.:1. * - у 1-ой женщины был сложный порок мюллеровой системы (243-1=242 женщины)

2. ** - в группе «ГЭ» - учитывались только случаи патогистологически подтвержденного аденомиоза

3. *** - в группе «МЭ» - учитывались как сонографические, таки патогистологические критерии аденомиоза

Группа «ГЭ» с клинической точки зрения являлась относительно неоднородной из-за различных показаний к проведению данного вмешательства: увеличение размеров матки, маточное кровотечение при рецидивирующей гиперплазии эндометрия, опущения матки и наличие объемного образования в проекции придатков (подозрение на злокачественное новообразование яичника).

Интересно, что в группе «МЭ» (относительно молодые женщины с увеличением размеров матки) во всех случаях обнаружения эндометриоидных очагов присутствовали признаки АМ (либо на сканнограммах, либо при патогистологическом исследовании). Это в 3 раза превышало встречаемость АМ при миоме без наличия ТЭ. Следует отметить, что в 6 случаях удаленные узлы оказались аденомиомами (4/7 – при ТЭ и 2/27 – при отсутствии ТЭ). Если рассматривать группу без выраженных изменений матки (группы «ВДОП» и «ВНРЖ»), то АМ при наличии ТЭ встречался почти в 4,5 раза чаще (22 из 39 жен-

щин против 10 из 78 женщин).

АМ у женщин с эндометриомами выявлялся в 62,5% (15 из 24 женщин). При этом сочетание эндометриомы с АМ учащалось с нарастанием степени тяжести эндометриоидного поражения: II ст. – 2/8 случаев (25,0%), III ст. – 6/8 случаев (75,0%), и IV ст. – 7/8 случаев (87,5%).

Если образования в области придатков не эндометриоидного происхождения, и при этом отсутствовали эндометриоидные очаги на серозной выстилке брюшной полости, признаки АМ на УЗИ обнаруживались гораздо реже – 13,6%. У женщин, с обнаруженными во время лапароскопии изолированными поверхностными перитонеальными очагами эндометриоза, сонографические изменения характерные для АМ были описаны в 7 из 15 случаев (46,6%).

У больных с репродуктивным желанием без выраженных анатомических нарушений в малом тазу и без признаков ТЭ АМ во время УЗИ диагностировался в 12,7% (7 из 55 женщин).

Выбор доступа для проведения гистерэктомии. Поскольку АМ и ТЭ довольно часто сочетаются, была сделано предположение, что признаки последнего (первичные очаги, рубцовые изменения и сращения) могут быть обнаружены во время ГЭ. Так, у 1 из 3 женщин с ТЭ, при выполнении вагинальной гистерэктомии возникла необходимость в связи с локализацией процесса в конверсии в лапароскопию.

В связи с этим, а также с целью широкого внедрения лапароскопического доступа для проведения удаления матки, мы использовали модифицированный комбинированный вагинально- лапароскопический метод – ЛГВА, который на наш взгляд облегчает выполнение поставленных задач. При ЛГВА операция начиналась, как и при ТВГ, с рассечения стенки влагалища вокруг шейки матки. После вскрытия через задний свод брюшной полости и пересечения кардинальных связок, влагалище туго тампонировалось, и приступали к лапароскопическому этапу.

Полностью отсеченный от окружающих тканей орган удалялся через влагалище или посредством морцеляции. После чего проводилась ревизия гемостаза и удаление введенных троакаров. Культя влагалища ушивалась вагинально.

Сравнение эффективности различных методов ГЭ. Для ТВГ были характерны меньший объем кровопотери, сравнительно малая дли-

тельность оперативного вмешательства и относительно быстро восстановление / активизация пациенток. Эти же критерии при ЛГВА были хуже, чем при ТВГ и лучше, чем при ТАГ. Однако размеры удаленного органа при ЛГВА были больше, чем при ТВГ (табл.4).

Таблица 4
Размеры матки и критерии эффективности разных методов ГЭ

Способ ГЭ	n	Критерии сравнения					
		УЗ размеры матки (мм)			ОК (мл)	ДО (мин)	П/ОВ (дни)
		Длина	Ширина	Толщина			
ЛГВА	20	83,1±5,7 (46 – 150)	73,6±4,4 (45 – 120)	62,2±3,7 (35 – 98)	171,0±11,3 (90 – 240)	114,5±4,1 (90 – 155)	1,80±0,14 (1 – 3)
ВГЛА	7	75,0±2,1 (68 – 81)	68,6±3,2 (58 – 85)	60,7±4,5 (46 – 85)	180,0±15,1 (120–240)	110,0±5,0 (100–135)	1,57±0,20 (1 – 2)
СТЛГ	5	69,6±13,1 (36 – 117)	62,4±12,8 (30 – 109)	57,2±11,2 (28 – 97)	178,0±14,6 (130–220)	114,0±9,3 (100–150)	1,40±0,24 (1 – 2)
ТВГ	24	74,3±3,1 (46 – 113)	67,1±2,6 (32 – 89)	58,6±2,2 (30 – 77)	137,1±5,3 (100–220) **	70,2±2,6 (50 – 110) ***	1,04±0,04 (1 – 2) ***
ТВГ±КДТ Д	18	60,7±1,7 (47 – 70) ***	53,6±1,7 (42 – 65) ***	43,9±1,6 (34 – 61) ***	143,3±4,5 (110–170) *	102,5±3,7 (80 – 140) *	1,33±0,11 (1 – 2) *
ТАГ	11	100,7±11,9 (58 – 176)	85,5±8,8 (51 – 144)	69,6±7,4 (30 – 114)	215,5±9,0 (190–280) *	142,7±9,3 (110–210) **	2,55±0,25 (2 – 4) **
СТАГ	12	147,5±7,3 (77 – 175) ***	117,4±6,9 (65 – 160) ***	95,9±5,8 (59 – 136) ***	183,3±5,3 (160–220)	71,7±3,8 (55 – 105) ***	1,58±0,15 (1 – 2)
Всего	97	85,5±3,5 (36 – 176)	74,1±2,7 (30 – 160)	62,6±2,2 (28 – 136)	165,4±4,2 (90 – 280)	99,5±3,0 (50 – 210)	1,56±0,07 (1 – 4)

Прим.: 1. ОК – операционная кровопотеря, ДО – длительность операции, П/ОВ – послеоперационное восстановление

2. статистически значимая разница с показателями группы ЛГВА: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

3. – в таблицу не вошли 1 пациентка с ТАГЛА и 1 пациентка с ГЭ во время кесарева сечения.

Болевой синдром, аденомиоз и эндометриоз. У 38 (44,7%) женщин с жалобами на боли в нижней части живота имелись эндометриозные поражения, а у 57 (67,1%) пациенток были обнаружены либо при УЗИ, либо после патогистологического исследования аденомиоз-

ные изменения. Болевой синдром почти с одинаковой частотой встречался среди женщин с ТЭ и АМ – 38/56 женщин (67,9±6,2%) и 57/88 женщин (64,8±5,1%), соответственно. Как оказалось, он чаще всего проявлялся у женщин с сочетанием ТЭ и АМ– 35 из 39 женщин (89,7±4,9%). При наличии только АМ жалобы на боль пациентками предъявлялись почти в 2 раза реже – 22 из 49 женщин (44,9±7,1%). При отсутствии АМ болевой синдром встречался еще реже и практически одинаково часто независимо от того, был ли выявлен ТЭ или нет – 3/17 женщин (17,6±9,2%) против 25/137 женщин (18,2±3,3%).

Оценка степени интенсивности боли показала, что болевой синдром наиболее выражен у женщин с сочетанием ТЭ и АМ, и наименее выражен – при их отсутствии. Причем интенсивность боли была больше обусловлена наличием эктопий в полости малого таза, чем поражением самой матки (табл.5).

Таблица 5
Оценка интенсивности боли при наличии и отсутствии ТЭ и АМ

	+ аденомиоз		- аденомиоз	
	+эндометриоз	- эндометриоз	+ эндометриоз	- эндометриоз
Число больных	35	22	3	25
Интенсивность боли	5,74±0,27 (3 – 8) ***	3,64±0,35 (2 – 7)	5,00±1,01 (3 – 6) *	3,08±0,32 (2 – 5)
	4,93±0,20 (2 – 8)		3,19±0,31 (2 – 6)	

Прим.: статистически значимая разница с показателями женщин без эндометриоза и аденомиоза: * - $p < 0,05$, *** - $p < 0,001$.

Анализ выраженности болевого синдрома отдельно у пациенток с ТЭ выявил ее зависимость от степени распространения патологического вмешательства. Самый высокий показатель интенсивности болевого синдрома был зафиксирован у пациенток с ГИЭ – 7,13±0,59 против 5,24±0,37 ($p < 0,05$) при остальных случаях независимо от степени. Также отмечалась зависимость болевого синдрома от глубины поражения позадиматочного пространства.

Существенное улучшение восприятия собственного состояния после оперативного вмешательства в течение 6 месяцев наблюдалась во всех группах (табл.6).

Выраженность болевого синдрома до и после
оперативного вмешательства у женщин с различными степенями ТЭ

Этапы исследования	Степень			
	I (n=6)	II (n=11)	III (n=9)	IV (n=11)
До операции	4,17±0,61 (3 – 7)	5,27±0,91 (3 – 8)	5,89±0,0,65 (4 – 8)	6,64±0,67 (4 – 9)
После операции	0,67±0,04 (0 – 2)	1,09±0,11 (0 – 3)	1,22±0,10 (1 – 2)	1,55±0,12 (1 – 3)
p	< 0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Прим.: у 1-ой женщины эндометриоз был обнаружен только на шейке матки, ревизия позаднематочного пространства и придатков дополнительных очагов не выявила.

Разумеется, при этом необходимо учитывать тот факт, что часть пациенток применяла в течение указанного времени соответствующие лекарственные препараты. Кроме того, объем оперативного вмешательства у всех пациенток был неодинаковым; по крайней мере, у одних матка была сохранена, тогда как у других она была удалена. Также не стоит сбрасывать фактор ГИЭ. В основном в качестве послеоперационной гормональной терапии при эндометриозе нами использовались комбинированные ОК («Жанин») – 14 пациенток, из них 11 пациенток (78,6%) имели либо III, либо IV степень эндометриодного процесса (табл. 7).

Результаты лечения женщин с ТЭ и АМ
относительно степени выраженности болевого синдрома

Этапы исследования	Жанин	Мирена	Золадекс	Без лечения (матка in situ)
Число пациенток	14 (Iст-3, IIст-6, IV-5)	6 (Iст-2, IIст-2, IIIст-1, IV-1)	4* (IIIст-1, IV-3)	4 (Iст-1, IIст-2, IIIст-1)
До операции	6,00±0,51 (3 – 8)	5,67±0,63 (5 – 9)	6,5±0,93 (4 – 9)	5,25±0,82 (4 – 8)
После операции	1,07±0,12 (0 – 2)	1,00±0,13 (0 – 2)	1,75±0,16 (1 – 3)	2,00±0,52 (1 – 3)
p	< 0,001	< 0,01	< 0,05	< 0,05

Прим.: * 2 пациентки с ГИЭ применяли «Золадекс» после ГЭ, в остальных случаях матка была сохранена.

При сравнении их предполагаемого воздействия на болевой синдром с агонисты ГнРГ («Золадекс») и левоноргестрел содержащей внутриматочной системой («Мирена») особой разницы выявлено не было. Пациентки, которым был назначен «Золадекс» имели наиболее тяжелую стадию ТЭ, в двух случаях этот препарат использовался при ГИЭ после ГЭ. Первоначальное наблюдение оставалось без изменений и при сопоставлении результатов у женщин только с III и IV степенями ТЭ, применявших «Жанин» и «Золадекс» - $6,36 \pm 0,50$ и $1,27 \pm 0,13$ против $6,5 \pm 0,93$ и $1,75 \pm 0,16$. У женщин с аденомиозом и эндометриозом при применении «Жанин» и «Мирены» выраженность болевых ощущений в послеоперационном периоде была ниже, чем у женщин с АМ, но без ТЭ (табл. 8).

Таблица 8

Ослабление болевого синдрома у женщин с ТЭ без АМ, не принимавших послеоперационного медикаментозного лечения и у женщин с АМ без сочетанного ТЭ (у всех женщин матка сохранена)

Этапы исследования	Матка in situ	
	-аденомиоз +эндометриоз	+аденомиоз -эндометриоз
Число пациенток	3	7*
До операции	$5,00 \pm 1,0$ (3 – 6)	$3,57 \pm 0,57$ (2 – 6)
После операции	$1,00 \pm 0,58$ (0 – 2)	$1,43 \pm 0,42$ (0 – 2)
p	< 0,05	< 0,05

Прим.: 2 женщины с наличием аденомиоза без эндометриоза принимали в послеоперационном периоде «Жанин», 1 женщине была поставлена «Мирена»

У больных, которым был прописан «Золадекс», этот показатель был выше. В отношении болевого синдрома самые лучшие результаты были зарегистрированы в послеоперационном периоде у женщин, которым матка была удалена, независимо от того имели они сочетание ТЭ и АМ или только АМ (табл.9).

Репродуктивное желание, эндометриоз и аденомиоз. 143 оперированных нами женщин из 336 ($42,6 \pm 2,7\%$) на момент вмешательства не имели детей. Из них 21 пациенток ($6,25 \pm 1,3\%$) не были замужем (не имели опыта сексуальной жизни), а 9 пациенток ($2,7 \pm 0,8\%$) не имели репродуктивного желания.

Ослабление болевого синдрома после ГЭ у женщин с АМ
с наличием и без сочетанного ТЭ

Этапы исследования	Матка удалена	
	-аденомиоз +эндометриоз	+аденомиоз -эндометриоз
Число пациенток	7	15
До операции	5,14±0,74 (3 – 9)	3,73±0,27 (3 – 6)
После операции	0,86±0,21 (0 – 2)	0,47±0,19 (0 – 2)
p	< 0,001	< 0,001

Репродуктивное желание присутствовало у 126 женщин (37,5±2,6%). 13 женщин (3,9±1,1%) имели вторичное бесплодие, 4 женщины (1,2±0,6%) имели в анамнезе беременность и роды, но не имели детей. У 88 женщин (26,2±2,4%) было первичное бесплодие, у 17 женщин (5,1±1,2%) отмечалось привычное невынашивание и 4 женщины (1,2±0,6%) репродуктивное желание наблюдалось менее 1 года. Именно они представляли интерес с точки зрения проводимого нами исследования.

Так как, дизайн исследования предполагал изучение ТЭ и АМ, из этой группы были исключены женщины с первичным бесплодием, которым была выполнена только гистероскопия (10 женщин) (табл.10).

Таблица 10

Женщины с отсутствием детей и наличием репродуктивного желания

Характер РЖ	Отсутствие эндо- метриоза (n=71)	Эдометриоз (n=28)	Всего (n=99)
Первичное бесплодие	56 78,9±4,8%	22 78,6±7,8%	78 78,8±4,1%
Привычное невынашивание	13 18,3±4,6%	4 14,3±6,6%	17 17,2±3,8%
РЖ < 1	2 2,8±2,0%	2 7,1±4,9%	4 4,0±2,0%

Следует заметить, что со времени появления репродуктивного желания до принятия решения о проведении хирургического вмешательства в большинстве случаев прошло более 3 лет - 21 женщина, 75,0%. Это означает, что в течение данного времени больные получа-

ли безуспешное, хотя и разнообразное консервативное лечение, чтобы забеременеть и довести беременность до срока рождения жизнеспособного ребёнка. Основной причиной к проведению оперативного вмешательства было наличие патологического образования в полости малого таза - 16 женщин (57,1±9,4%). Также 16 женщин (57,1±9,4%) помимо отсутствия детей в качестве основной жалобы указали на наличие болевого синдрома.

Некоторые клинические особенности бездетных женщин больных ТЭ, имеющих репродуктивное желание, представлены в табл. 11.

Таблица 11

Некоторые особенности бездетных женщин больных ТЭ
и имеющих репродуктивное желание

Степень	I (n=12)	II (n=6)	III (n=4)	IV (n=6)	Всего (n=28)
Диагноз до операции	-	6 100%	3 75,0%	6 100%	15 53,6±9,4%
Наличие боли	4 33,3%	4 66,7%	2 50,0%	6 100%	16 57,1±9,4%
Локализация					
Яичники	-	6 100%	4 100%	6 100%	16 57,1±9,4%
Маточные трубы	-	-	-	2 33,3%	2 7,1±4,9%
Поверхностные перитонеальные очаги	12 100%	4 66,7%	4 100%	6 100%	26 92,9±4,9%
Глубокий инфильтрирующий процесс	-	-	-	3 50,0%	3 10,7±5,8%
Нарушение проходимости маточных труб	-	-	-	2 33,3%	2 7,1±4,9%
Аденомиоз	3 25,0%	3 50,0%	3 75,0%	5 83,3%	14 50,0±9,4%
Сочетанные патологии					
Миома матки	-	2 33,3%	1 33,3%	-	3 10,7±5,8%
Доброкачественные образования яичников	2 16,7%	-	-	-	2 7,1±4,9%
Внематочная беременность	1 8,3%	-	-	-	1 3,6±3,5%
Гидросальпингс	-	-	-	1 16,7%	1 3,6±3,5%
Нарушение развития мюллеровой системы	1 8,3%	-	-	1 16,7%	2 7,1±4,9%

Как видно, глубокий инфильтрирующий процесс, поражение маточных труб с нарушением их проходимости, нарушения развития мюллеровой системы и миома матки не были для них настолько характерны как АМ. В почти половине случаев (12 из 28 пациенток) диагностировалась I стадия заболевания, для которой было характерно отсутствие выраженных анатомических изменений в малом тазу.

Всего процедуру ЭКО после операции прошли 5 женщин (17,9%). Из них 3 женщины были с эндометриозом IV степени (у 1-ой - удачно), и по 1-ой женщине с эндометриозом II и III степени (удачно). У 1 пациентки с эндометриозом IV степени беременность после ЭКО наступила, но прервалась на 6-7 неделе развития. Еще у 4 пациенток беременность после хирургического вмешательства наступила спонтанно. Это были женщины с эндометриозом I (3 женщины) и II (1 женщина) степени (табл. 12).

Таблица 12

**Беременность и роды живым ребенком
после оперативного вмешательства**

Степень	I	II	III	IV	Всего
Наступление и развитие беременности	3 (25%)	2 (33,3%)	1 (25,0%)	1 (16,7%)	7 (25%)

Алгоритм последовательности действий и выбор метода лечения при ТЭ. Схематический подход необходим для того, чтобы ввести определённую конкретность в царящий на сегодняшний день хаотичный подход к ведению таких больных. В первую очередь, следует ввести ясность, когда следует лечить эндометриоз. Вполне естественно, что лечению подлежат женщины с клиническими проявлениями, а также при обнаружении объёмных процессов и деформации анатомических структур в полости малого таза (эндометриозные кисты яичников, глубоко инфильтрирующий эндометриоз).

Следующая задача – установить, как лечить эндометриоз. Анатомические нарушения требуют хирургического вмешательства. Однако и здесь не все как, казалось бы на первый взгляд, однозначно. На определение тактики лечения влияют кроме выраженности структурных изменений, также возраст и наличие репродуктивного желания.

Далее условно выделим две группы больных с эндометриозом. Это – больные с болевым симптомом и бесплодием. В каждой группе

– по две подгруппы: а) женщины до 40 лет и б) старше 40 лет. В группе женщин с болевым синдромом следует учесть также наличие репродуктивного желания.

В результате получаем следующие клинические варианты:

– Молодые женщины, в возрасте до 40 лет с тазовым эндометриозом и болевым синдромом без репродуктивного желания. Последовательность проводимых мероприятий: обоснования подозрения на наличие эндометриозного процесса (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) - ЭКЯ меньше 3 см, отсутствие признаков ГИЭ → проведение лечения оральными контрацептивами в непрерывном режиме в течение 6 месяцев, при необходимости повторение курса с интервалом 7 дней, при недостаточном эффекте или ЭКЯ больше 3 см, наличии ГИЭ → лапароскопия с биопсией, подтверждение либо исключение процесса, по выявлении санация очагов эндометриоза, переход на а) аналоги гонадотропин рилизинг гормонов при выраженном процессе или невозможности проведения радикального вмешательства, б) при более мягких формах и сочетанном АМ и сохранении матки введение левоноргестрел-рилизинг системы.

– Молодые женщины, в возрасте до 40 лет с тазовым эндометриозом, болевым синдромом и с репродуктивным желанием. Подтверждение либо исключение наличия эндометриозного процесса (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → независимо от размеров и локализации патологического процесса лапароскопия с биопсией, по выявлении санация очагов эндометриоза → направление в репродуктивный центр.

– Женщины в возрасте 40 лет и старше с тазовым эндометриозом и болевым синдромом без репродуктивного желания: обоснования подозрения на наличие эндометриозного процесса (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → лапароскопия с биопсией, по выявлении санация очагов эндометриоза → при сочетанном АМ последующее назначение внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы.

– Женщины в возрасте 40 лет и старше с тазовым эндометриозом, болевым синдромом и с репродуктивным желанием: обоснования подозрения на наличие эндометриозного процесса (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → диагностическая лапароскопия с биопсией, по выявлении санация очагов эндометриоза) → направление в репродуктивный центр, где должна быть в первую очередь выяснена возможность материнства.

Аденомиоз. Для аденомиоза условно выделим три группы: а) с репродуктивным желанием, б) без репродуктивного желания младше 40 лет и в) без репродуктивного желания старше 40 лет.

– Клинически выраженный аденомиоз с репродуктивным желанием: Обоснование диагноза (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → направление в репродуктивный центр.

– Клинически выраженный аденомиоз без репродуктивного желания в возрасте до 40 лет: обоснование диагноза (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → диагностическое выскабливание → при отсутствии атипических изменений, назначение внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы.

– Клинически выраженный аденомиоз без репродуктивного желания в возрасте старше 40 лет: обоснование диагноза (физикальное исследование + УЗИ + МРТ) → диагностическое выскабливание → (при отсутствии атипических изменений) выбор совместно с пациенткой между гистерэктомией (тотальная вагинальная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией) и назначением внутриматочной левоноргестрел-релизинг системы

ВЫВОДЫ

1. В целом, в клиниках, вошедших в исследование, наблюдалось относительно низкое выявление эндометриоза – $4,37 \pm 0,42\%$. Этот показатель был выше в стационарах, оснащенных эндоскопическим оборудованием – $5,65 \pm 0,64\%$ против $2,88 \pm 0,50\%$ ОШ = 2,02 (95%ДИ: 1,32 – 3,09), и зависел от степени их «минимально-инвазивной» активности ($3,80 \pm 0,69\% \rightarrow 7,85 \pm 1,73\% \rightarrow 8,74 \pm 1,67\%$), самого оперативного вмешательства (от $0,28 \pm 0,28\%$ при «открытых» ВВМБ до $19,91 \pm 2,75\%$ при лапароскопических ВДОП) и «эндометриозной настороженности», работающих там специалистов.

2. При высокой «эндометриозной настороженности» (собственная группа больных) выявление ГЭ от доступа существенно не зависела. Однако при лапароскопических вмешательствах по сравнению с открытой хирургией преобладало выявление сочетанных форм эндометриоза: $23,7 \pm 4,4\%$ против $9,3 \pm 4,4\%$, соответственно.

3. Ретроспективный анализ показал, что аденомиоз матки (АМ) диагностировался у $16,62 \pm 1,37\%$ пациенток после гистерэктомии (ГЭ)

и у $10,40 \pm 1,93\%$ женщин, прошедших гистероскопическое обследование (ГС). В основном, это были женщины в перименопаузальном возрасте (ГЭ: $81,1 \pm 3,5\%$ и ГС: $69,2 \pm 9,1\%$), имеющие ≥ 2 беременностей и родов в анамнезе ($90,1 \pm 2,5\%$ и $86,6 \pm 2,9\%$, соответственно), с сочетанной миомой матки ($32,4 \pm 3,9\%$) и гиперплазией эндометрия ($56,3 \pm 4,2\%$), и предъявляющих в отдельности или в сочетании такие жалобы, как боль ($48,6 \pm 2,4\%$) и маточное кровотечение ($84,5 \pm 3,0\%$).

4. Среди оперированных нами больных болевой синдром чаще всего обнаруживался и был наиболее выражен у женщин с сочетанием эндометриоза и аденомиоза – $89,7 \pm 4,9\%$. Боли были обусловлены больше поражением маточной степени, чем наличием эктопий в брюшной полости, хотя их интенсивность увеличивалась с нарастанием степени тяжести тазового эндометриоза (ТЭ). Самая высокая оценка интенсивности болей по шкале С.М. MacLavery, R.W. Shaw (1995) отмечалась при глубоком инфильтрирующем эндометриозе (ГИЭ) – $7,13 \pm 0,59$ против $5,24 \pm 0,37$ при остальных случаях независимо от степени.

5. Достаточно высокая информативность УЗИ и МРТ (ДК – $82,7 \pm 4,1\%$ и $76,9 \pm 4,2\%$) в нашем исследовании позволяет использовать их в *in-vivo* диагностике АМ и утверждать, что он достаточно часто встречается как в позднем ($43,1 \pm 5,8\%$), так уже и в раннем репродуктивном возрасте ($18,9 \pm 4,1\%$).

Сонографическая диагностика ТЭ была невозможна при наличии поверхностных очагов (ППЭ) и затруднена при экотипе «Б» эндометриоидных кист яичника (ЭКЯ) и увеличении размеров матки. Чувствительность МРТ при диагностике ЭКЯ ($95,5 \pm 4,4\%$) и ГИЭ ($75,0 \pm 15,3\%$) была выше, чем у сонографии ($74,4 \pm 7,0\%$ и $62,5 \pm 17,1\%$, соответственно), но хуже чем у лапароскопии, остающейся «золотым стандартом» в диагностике и стадировании эндометриоза.

6. Сочетание ТЭ и АМ у оперированных нами больных было выявлено в $66,7 \pm 5,9\%$ и достигало $90,9 \pm 8,7\%$ при возможности патоморфологического подтверждения обоих состояний. Хотя корреляции между тяжестью ТЭ и АМ не наблюдалось, с нарастанием степени выраженности эндометриоза учащались случаи сопутствующего аденомиоза.

Нерегулярные и конвульсивные сокращения внутреннего мышечного слоя, прилегающего к эндометрию у пациенток с сочетанием ТЭ и АМ были обусловлены прежде всего аденомиозом матки.

7. Облегчение болевого синдрома наблюдалось во всех группах оперированных больных с ТЭ и болевым синдромом. При сочетании ТЭ и АМ оптимальные результаты были зафиксированы в группах, где использовалась «адыювантная» гормональная терапия или была удалена матка. Существенной разницы в эффективности содержащих диеногест КОК-ов, ЛНГ-ВМС и аналогов ГнРГ в данной связи выявлено не было.

8. Хирургическое вмешательство при эндометриозе сочетанном с бесплодием с позиции репродуктивного здоровья имело больше диагностическое значение, - иссечение гетеротопий, разделение сращений было эффективно в отношении болевого синдрома. Беременность в течение 1 года после проведения вмешательства наступила у $\frac{1}{4}$ больных.

9. Модифицированное использование лапароскопического пособия (ЛГВА) для удаления матки позволяет производить детальную ревизию брюшной полости без ухудшения эффективности производимого вмешательства (размеры матки, длительность операции, величина кровопотери и быстрота реабилитации больных).

10. Координированная работа специалистов из смежных областей (гинекологов, репродуктологов, хирургов, урологов, радиологов) способствовала повышению уровня до- и внутриоперационной диагностики ТЭ и АМ, и обеспечивало индивидуальное ориентированное на больных лечение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется широкое внедрение лапароскопии в гинекологическую практику, и в особенности, при ведении больных с наличием репродуктивного желания (в конкретном случае, вместо гистеросальпингографии) для документации, имеющихся в брюшной полости и в частности в полости малого таза патологических нарушений.

2. У женщин, подготавливаемых к гистерэктомии, наличие или отсутствие аденомиза является одним из критериев выбора доступа, в особенности между ТВГ и лапароскопическими методами удаления матки.

3. Для облегчения перехода к выполнению лапароскопических гистерэктомий рекомендуется использовать метод лапароскопической

гистерэктомии с вагинальной ассистенцией (ЛГВА). При этом сужаются показания к вагинальной гистерэктомии, ограничиваясь только случаями ДМК без признаков аденомиоза и опущением или выпадением матки.

4. При подозрении на ТЭ (болевого синдром, сочетание болевого синдрома и бесплодия, сонографические признаки аденомиоза при наличии репродуктивного желания) предлагается включить в перечень диагностических мероприятий МРТ для более точного определения дальнейшей тактики ведения больных, выбора хирургического вмешательства, доступа и объёма.

5. Современный уровень методов визуальной диагностики позволяет пересмотреть отношение к АМ, как заболеванию женщин пременопаузального возраста, основанного на его определении, требующем патогистологическую оценку, и соответственно, удаление органа для окончательного диагноза.

6. Принятие концепции общности ТЭ и АМ, продемонстрированной в нашем исследовании, обосновывает необходимость назначения послеоперационного гормонального лечения у больных тазовым эндометриозом и использования лапароскопического доступа при проведении вмешательства у женщин с сонографическими или МРТ-признаками аденомиоза.

7. В контроле болевого синдрома после хирургического вмешательства по поводу тазового эндометриоза рационально использовать диеногест содержащие КОК-и и ЛНГ-ВМС.

8. Нарушение функции смежных органов, выраженный болевой синдром и сочетанный АМ при наличии ЭКЯ, визуализируемого на ультразвуке, следует рассматривать как возможное проявление ГИЭ, и требует более детального предоперационного обследования больной.

9. Тяжелые анатомические нарушения, вовлечение важных анатомических структур и смежных органов в патологический процесс при ГИЭ требует участие сразу нескольких специалистов при выборе доступа и объема оперативного вмешательства, а также при его проведении. Выявление и хирургическое лечение ГИЭ зависит от степени специализированной подготовленности выполняющего операцию врача.

10. Недостаточно высокие результаты хирургического вмешательства в отношении проблемы бесплодия у женщин с ТЭ сочетанным с нарушением фертильности требует принятия тщательно обоснованно-

го решения о вмешательстве и его объёме совместно со специалистами из репродуктивного центра.

11. Своевременное выявление и эффективное ведение женщин с различными формами и проявлениями эндометриозной болезни, оказание квалифицированной хирургической помощи при запущенных случаях требует создания междисциплинарной группы или центра по решению проблем ТЭ.

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Medikamentös-endokrine Behandlungsoptionen der Endometriose: Sexual-steroidrezeptoren als Targets nutzen // Gynäkologie+Geburtshilfe, 2006, v. 2.;, p. 8-34 (coaut.: J. Thode, S. Mechsner, G. Halis, J. Bartley, J. Schwarz, A.D.Ebert)
2. Vaginal hysterectomy: is there any demand in Azerbaijani / Proceedings of the I Baku-Berlin School of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Medicine, and Health Care Management. Baku, 2006 (CD)
3. The role and place of hysterectomy in modern gynecology / Proceedings of the II Baku-Berlin School of Obstetrics, Gynecology, Reproductive Medicine, and Health Care Management. Baku, 2006 (CD)
4. Co-occurrence of atypical endometriosis, subserous uterine leiomyomata, sactosalpinx, serous cystadenoma and bilateral hemorrhagic corpora lutea in a perimenopausal adipose patient taking tamoxifen (20 mg/day) for invasive lobular breast cancer // Gynecologic and Obstetric Investigation, 2008, v. 6.;, p 209-213 (coaut.: A.D.Ebert, G. Rosenow, M. David, S. Mechsner, T. Popadopoulos)
5. Некоторые особенности, выявляемые при предоперационном обследовании и во время самого вмешательства у женщин с эндометриозом яичников // Биомедицина, 2008, № 4, с. 15-20 (соавт.: Х. Багирова, А.Искандерова, Н. Гадирова, Т. Самедова, Р. Мирзалиев, А. Эберт)
6. Total vaginal histerektomiya: Metodik tövsiyə. Bakı, 2008, 18s (həmmüəli.: H.F. Bağırova, A.D. Ebert)
7. Проблемы эндометриоза на современном этапе развития гинекологии // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, № 1, s.164 – 167 (соавт.: Х.Ф. Багирова, А.Д. Эберт)
8. Одностороннее отсутствие яичника у пациентки с эндометриозом противоположного яичника и первичным бесплодием // Səğlamlıq, 2009, № 1, с. 50-53 (соавт.: А. Искандерова, Х. Эфенди, Р. Мирзалиев)
9. Разрыв эндометриомы яичника, имитирующий острый живот при нарушенной внематочной беременности // Sağlamlıq, 2009, № 2, с.146-148 (соавт.: А. Искандерова, Ф. Ализаде)
10. Роль трансвагинальной сонографии в диагностике аденомио-

за и тазового эндометриоза // Sağlamlıq, 2009, № 5, с.51-54 (соавт.: Н.Гадирова)

11. Endometriozlu xəstələrin aparılma alqoritmi: Metodik tövsiyə. Bakı, 2009, 20s. (həmmüə.: H.F. Bağırova, A.D. Ebert)

12. Endometrioz xəstəliyinin bəzi formalarının müalicəsində uşaqlıq daxili hormonal "Mirena" spiralinin istifadəsi: Metodik tövsiyə. Bakı, 2009, 8s. (həmmüə.: A. İskəndərova)

13. Структура выполнявшихся в 2006-2007 гг в Азербайджане гинекологических операций / Mamalıq, ginekologiya, perinatologiya patologiyaların bəzi məsələləri mövzusunda Respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu. Bakı, 2010, s. 45-46 (соавт.: Исрафилбейли С.Н.)

14. Пути решения проблем, связанных с выявлением и лечением эндометриоза на современном этапе / Mamalıq, ginekologiya, perinatologiya patologiyaların bəzi məsələləri mövzusunda Respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu. Bakı, 2010, s 47 (соавт.: X. Багирова, А. Эберт)

15. Разнообразие доступов для выполнения гистерэктомии и алгоритм их выбора / Mamalıq, ginekologiya, perinatologiya patologiyaların bəzi məsələləri mövzusunda Respublika elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu. Bakı, 2010, s 48

16. Описание случаев глубокого инфильтрирующего эндометриоза, выявленного в нашей практике // Sağlamlıq, 2011, № 1, с.95-101

17. Клинико-анамнестические особенности эндометриозной болезни у пациенток, оперированных в ведущих гинекологических стационарах г Баку в 2006-2007 гг. // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, № 2, с.61-66

18. Макроскопическая характеристика и анатомическая локализация поверхностного перитонеального эндометриоза // Sağlamlıq, 2011, № 2, с.75-80

19. Клинико-анамнестические данные женщин с репродуктивным желанием при наличии или отсутствии эндометриозных поражений // Биомедицина, 2001, № 2, с. 28-33 (соавт.: X. Багирова, А. Эберт)

20. Возможная роль аденомиозного поражения матки в возникновении боли у женщин с тазовым эндометриозом // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, 2011, № 2, с. 25-29 (соавт.: X. Багирова)

ва, А. Эберт)

21. Dienogest (DNG) in der Therapie der Endometriose // J Gynäkol Endokrinol, 2011, v. 21, No 2, p. 12 -17 (coaut.: I. Vitesica, C. von Kleinsorgen, T. Wilson, G. Halis, S. Mechsner, M. Younis, T. A. Makarenko, A. D. Ebert)

22. Использование содержащего диеногест КОК («Жанин») в послеоперационном ведении больных с сочетанием эндометриоза и аденомиоза // Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya Jurnalı, 2011, №11, с. 48-51 (соавт.: Х. Багирова)

23. Роль лапароскопического доступа в выявлении и описании особенностей эндометриозной болезни // Проблемы биологии и медицины (Украина), 2011, № 4, с. с. 111-114

24. Сочетание аденомиоза и эндометриоза среди пациенток гинекологического стационара // World of medicine and biology (Ukraine), 2011, p. 106-110

25. Информативность ультразвукового исследования в диагностике аденомиоза матки // Вестник хирургии Казахстана 2011, 4, с. 105-106 (соавт.: Гадирова Н.Ф.)

26. Выявление аденомиоза матки с помощью УЗИ у женщин различных возрастных групп в зависимости от числа родов и аборт в анамнезе // Медицинские новости (Белоруссия), 2011, с. 74-75

27. Нарушение сократительной активности миометрия у женщин с тазовым эндометриозом и аденомиозом матки // Sağlamlıq, 2011, №5, s. 72-75

28. Алгоритм выбора доступа и объема операции при проведении гистерэктомии // Биомедицина, 2011, № 4, с. 30-36

29. Информативность УЗИ и МРТ в диагностике эндометриозного поражения яичников // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2012, № 1, с 83-87 (соавт.: Багирова ХФ, Гадирова Н.Ф., Мирзалиев Р.Ф. Эберт АД)

30. Частота использования лапароскопического доступа в современной гинекологической практике / Prof. N. A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın materialları, Bakı, s 97, 2012 (соавт.: Керимова С.Н)

31. Зависимость выявления тазового эндометриоза от доступа и характера, проводимых вмешательств // (соавт.: Багирова ХФ, Эберт АД)

32. Vaginal assisted laparoscopic hysterectomy // (coaut.: Baghirova N.F., Ali Azim A. Ebert A.D)

İSLAM ŞƏRİF oğlu MAHALOV
CANAQ ENDOMETRİOZUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

XÜLASƏ

Endometriozun aktualığı onun müasir şərtlərdə yayılmasının artmağa meyilli olması, müştərək sonsuzluğun artması, davamlı ağrı sindromunun formalaşması, qənaətbəxş klinik təsnifatın və bununla əlaqədar olaraq vaxtında aşkar edilməsinə və rəasional müalicəsinə yönəldilmiş ümumi qəbul olunmuş alqoritmin olmaması ilə bağlıdır.

Tədqiqatın məqsədi. Bu tədqiqatın məqsədi çanaq endometriozu (CE) olan qadınların vaxtında aşkar edilməsi, onların müalicəsinin effektivliyinin artırılması və həmçinin ağrı sindromlu və sonsuz qadınların aparılmasının optimallaşdırılmasıdır.

Material və metodlar. Dissertasiya işini arxiv materiallarının (2796 operativ müdaxilə) retrospektiv analizi, və eyni həkim qrupu tərəfindən müayinə və əməliyyat olunmuş pasientlərin (336 qadın) eninə və boylama tədqiqatını əhatə edəcək şəkildə qurulmuşdur.

Tədqiqatın metodlarına ağrının qiymətləndirilməsinin Mac Laverty C.M., Shaw R.W., şkalasına əsasən tərtib edilmiş xüsusi anket forması əsasında bütün pasientlərin sorğusunu, daxili cinsiyyət orqanlarının ginekoloji müayinəsini, pasientin operativ müdaxiləyə hazırlanması üçün lazım olan bütün standart klinik-laborator müayinələr məcmusunu, USM (əlavə olaraq, 134 pasientdə uşaqlıq divarının yığılma aktivliyinin xarakteri öyrənilmişdir), MRT, qarın boşluğundakı patoloji proseslərin endovizualizasiyası və histerektomiyanın aparılması üçün müxtəlif üsulların effektivliyinin müqayisəsini əhatə edir.

Nəticələr. Ümumilikdə tədqiqatın əhatə etdiyi klinikalarda endometriozun aşkara çıxarılması hallarının nisbi azlığı müşahidə olunmuşdur-4,37±0,47%. Bu göstərici endoskopik avadanlıqla təchiz olunmuş stasionarlarda daha yüksək olmuş-5,65±0,64% vs 2,88±0,50% (OR = 2,02; 95%CI: 1,32-3,09), və onların “minimal invaziv” aktivliyindən, operativ müdaxilənin növündən və orada işləyən mütəxəssislərin “endometrioz sayıqlığından” asılı olmuşdur. Bundan əlavə laparoskopik müdaxilələrdə açıq cərrahiyyəyə nəzərən endometriozun

müştərək formalarının aşkar olunması halları üstünlük təşkil etmişdir. Laparoskopiya patoloji dəyişikliklərin vizualiasiyasını yaxşılaşdırmaqla bərabər histerektomiya kimi əməliyyatların effektivlik göstəricilərini də pisləşdirmədi.

Retrospektiv analiz histerektomiyadan (HE) sonra pasientlərin $16,62 \pm 1,37\%$ -də, histeroskopik müayinədən (HS) keçmiş qadınların isə $10,40 \pm 1,93\%$ -də uşaqlığın adenomiozunun (UA) aşkara çıxarıldığını göstərdi. Əsasən bu perimenopauzal yaşdakı (HE: $81,1\%$ və HS: $69,2\%$), və anamnezində ≥ 2 hamiləlik və doğuşlar ,(müvafiq olaraq $90,2\%$ və $86,6\%$), müştərək uşaqlıq mioması ($32,4\%$) və endometrium hiperplaziyası ($56,3\%$) olan, həmçinin ayrılıqda və ya eyni zamanda ağrı sindromu ($48,6\%$) və uşaqlıq qanaxmaları ($84,5\%$) olan qadınları əhatə edir.

Yumurtalıq ($95,5 \pm 4,4$) və dərin infiltrasiya edən ($75,0 \pm 15,3$) endometriozun diaqnostikasında MRT-in həssaslığı sonografiyadan (müvafiq olaraq $74,4 \pm 7,0$ və $62,5 \pm 17,1$) yüksək, lakin endometriozun diaqnostikasında və mərhələlərinin müəyyənləşdirilməsində “qızıl standart” olan laparoskopiyadan aşağıdır. UA-na münasibətdə MRT və USM-in yüksək informativliyi onların bu patologiyanın in vivo diaqnostikasında istifadəsinə və ona həm erkən həm də gec reproduktiv yaşda kifayət qədər tez-tez rast gəlinməsinə söyləməyə icazə verir.

Tərəfimizdən əməliyyat olunan pasientlərdə ÇE və UA-n müştətəkliyi $66,7 \pm 5,9\%$ olmuş və hər iki halın patomorfoloji təsdiqindən sonra $90,9 \pm 8,7\%$ -ə çatmışdır. Endometriozun inkişaf dərəcəsi artdıqca müştərək adenomiozun mövcudluğu halları da çoxalmışdır. Məhz həmin xəstələrdə də ağrı sindromu olmuş və bu daha çox inkişaf etmiş formada aşkarlanmışdır- $89,7 \pm 4,9\%$. Ağrılar qarın boşluğundakı ektopiyalardan çox uşaqlığın zədələnmə dərəcəsi ilə əlaqəli olmuş və onların intensivliyi ÇE ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq artmışdır. Ağrıların intensivliyinin dərin infiltrasiyalı endometritdə ən yüksək olduğu aşkarlanmışdır.

ÇE və ağrı sindromu olan əməliyyat olunmuş bütün qadınlarda ağrıların azalması müşahidə edilmişdir. ÇE və UA müştərək olduğu hallarda isə “adyuvant” hormonal terapiya istifadə olunmuş və uşaqlıq xaric edilmiş qruplarda daha oprimal nəticələr qeyd edilmişdir. Qeyd edilən hallarda dienogest tərkibli KOK-lar, LNG-VMS və Qn-RH analoqları arasında fərq müəyyən edilməmişdir. Sonsuzluqla müştərək olan endometrioza olan hallarda cərrahi müdaxilələrin xarakteri, reproduktiv sağlamlıq nöqtəyi-nəzərindən daha çox diaqnostik olmuşdur – heterotopiyaların kəsilib götürülməsi, bitişmələrin ayrılması ağrı sindromu

baxımından effektiv olmuşdur. Pasientlərin $\frac{1}{4}$ -də müdaxilə aparıldıqdan sonrakı 1 il ərzində hamiləlik baş vermişdir.

Yaxın sahələrdən olan mütəxəssislərin (ginekoloq, reproduktoloq, cərrah, uroloq və radioloqlar) koordinasiya olunmuş fəaliyyəti ÇE və UA-ın əməliyyatdan əvvəl və sonra diaqnostikasının səviyyəsinin artmasına şərait yaratdı və pasientlərlə individual işləməni təmin etdi.

ISLAM SHARIF MAHALOV

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PELVIC ENDOMETRIOSIS

SUMMARY

Endometriosis is one of the most actual and wide-spread problems of modern gynecology. Often the disease causes infertility and chronic pain syndrome. The lack of adequate clinical classification and algorithm for the management of these patients makes stress the necessity for consequent researches in this field.

Objective: The aim of the given study was to improve detection of patients with pelvic endometriosis (PE) and to increase the effectiveness of treatment of patients with endometriosis - induced pain syndrome and infertility.

Material and Methods: The design of the study includes retrospective analysis of surgery records (2796 operative interventions) from 6 leading gynecologic clinics located in Baku and investigation of patients who had been examined and operated by the same physicians team (336 women).

Methods consist of evaluation of pain syndrome according to Mac Lavery C.M., Shaw R.W., scoring system, gynecological examination, obligatory preoperational tests, sonography (uterine contractility was additionally studied in 134 patients), MRI, endovisualization of the pathological changes in abdominal cavity and comparing the effectiveness of different modes of hysterectomy.

Results and Conclusion: Relative low rate of endometriosis detection was observed in clinics included to the study $4,37 \pm 0,47\%$. This index was higher in departments supplied by endoscopical equipment $5,65 \pm 0,64\%$ vs $2,88 \pm 0,50\%$ OR = 2,02 (95%CI: 1,32 – 3,09) and depended on the degree of their 'minimally invasiveness', mode of operative intervention and the physicians' degree of endometriosis awareness. Moreover, the revealing of combined forms of endometriosis prevailed in laparoscopic interventions in compare to open surgery. Laparoscopy improved the visualization of pathological changes and didn't worsened the effectiveness of surgery, as in case of hysterectomy.

Retrospective analysis showed that adenomyosis was detected in

16,62±1,37% of patients after hysterectomy and in 10,40±1,93% after hysteroscopy. As a rule, these were patients of menopausal age (HE: 81,1% and HS: 69,2%), who had history of ≥ 2 pregnancies and deliveries (90,2% and 86,6 %, correspondingly), with combined myoma (32,4%) or endometrial hyperplasia (56,3%) and complaining of pain (48,6%) and/or vaginal bleeding (84,5%).

Sensitivity of MRI in diagnosis of ovarian (95,5±4,4) and deep infiltrating (75,0±15,3) endometriosis was higher than sonography (subsequently 74,4±7,0 and 62,5±17,1), but lower than laparoscopy which is "gold standard" in diagnostics and scoring of patients with endometriosis.

Sonography and MRI were informative enough in the case of adenomyosis, which made it possible to diagnose in-vivo this pathologic condition and detect it in early reproductive age as well.

Pelvic endometriosis combined with adenomyosis was revealed in 66,7±5,9% cases and reached up to 90,9±8,7% in cases when pathomorphological confirmation was possible. Association with adenomyosis increased with severity of endometriosis. The most severe pain was observed in deeply infiltrated cases.

Pain relief was observed in all groups of patients with pelvic endometriosis who had undergone operation. Optimal results were observed after removal of uterus or administration of 'adjuvant' therapy in association of pelvic endometriosis with adenomyosis). Statistically significant differences between dienogest containing COC's, LNG-VMS and GnRH analogues were not observed.

Surgical intervention was primarily for diagnostic purpose in endometriosis associated infertility. The excision of heterotopies, adhesion detachment were effective for pain relief. ¼ of patients become pregnant in a year after intervention.

Coordinated activity of specialists from different fields (gynecologists, reproductive health specialists, surgeons, urologists, radiologists) improved the level of pre - and postoperative diagnosis of PE and UA and provided individually oriented management of patients.

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № 1/2013. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

İSLAM ŞƏRİF OĞLU MAHALOV

**CANAQ ENDOMETRİOZUNUN
DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNİN
MÜASİR ASPEKTLƏRİ**

14.00.01 – Mamalıq və Ginekologiya

Tibb elmləri doktoru alimlik dərəcəsi almaq üçün təqdim
edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2013