

А.А. Попов¹, А.Г. Яшук², И.И. Мусин², А.Н. Камалова¹
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

В данной статье представлен опыт хирургического лечения пациенток с урогенитальным эндометриозом лапароскопическим и робот-ассистированным методами в Клинике Башкирского государственного медицинского университета за 2018 год. Было проведено 17 оперативных вмешательств по поводу инфильтративных форм эндометриоза различной локализации с вовлечением мочевыводящих путей. У пациенток были подробно изучены гинекологический и соматический анамнезы. Проведено сравнение разных методов хирургического лечения. Было установлено, что размер инфильтрата более 3-х см является диагностическим признаком развития урогенитального эндометриоза. Основным этапом лечения пациенток с данным диагнозом является хирургический метод с использованием современных мини-инвазивных доступов. Методом выбора являются использование платформы Da Vinci, основным преимуществом которой являются наибольшая безопасность и меньшая кровопотеря. При использовании робот-ассистированной хирургии удается выполнять более сложные манипуляции и сокращается длительность реабилитации. Робот-ассистированное вмешательство – это идеальный доступ при урогенитальном эндометриозе и возможность выполнения нервосберегающих операций.

Ключевые слова: урогенитальный эндометриоз, наружный эндометриоз, робот-ассистированная хирургия.

A.A. Popov, A.G. Yaschuk, I.I. Musin, A.N. Kamalova
EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF UROGENITAL ENDOMETRIOSIS

This article presents the experience of surgical treatment of patients with urogenital endometriosis using laparoscopic and robot-assisted methods in the Clinic of Bashkir State Medical University in 2018. There were 17 surgical interventions for infiltrative forms of endometriosis of different localization involving the urinary tract. Gynecological and somatic anamnesis was studied in detail in these patients. We compared different methods of surgical treatment. It was found that the size of the infiltrate more than 3 cm is a diagnostic sign of the development of urogenital endometriosis. The main stage of treatment of these patients is a surgical method using modern mini-invasive approaches. The method of choice is the use of Da Vinci platform, the advantage of which is the greatest safety and less blood loss. When using robot-assisted surgery, it is possible to perform more complex manipulations and the duration of rehabilitation is reduced. Robot-assisted intervention is an ideal access for urogenital endometriosis and the ability to perform nerve-saving operations.

Key words: urogenital endometriosis, external endometriosis, robot-assisted surgery.

Эндометриоз является одним из самых распространенных заболеваний у женщин. По данным статистики эндометриозом страдает более 176 млн. женщин во всем мире [2,3]. Частота наружного эндометриоза составляет 7-10% в общей популяции [1]. При тяжелых формах генитального эндометриоза вовлечение в инфильтративный процесс мочевой системы выявляется в 18-52% случаев. Серьезность ситуации обусловлена не только широтой распространения наружного генитального эндометриоза (НГЭ), но и тяжестью симптомов, ассоциированных с ним [2, 3]. Основными симптомами при урогенитальном эндометриозе являются: стойкий болевой синдром, дисменорея, диспареуния, дизурия, макрогематурия, боли в поясничной области.

Цель: проанализировать собственный опыт хирургического лечения урогенитального эндометриоза в Клинике Башкирского государственного медицинского университета за 2018 год.

Материал и методы

Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО под руководством профессора Яшук А.Г. за 2018 год было проведено 17 оперативных вмешательств по

поводу инфильтративных форм эндометриоза различной локализации с вовлечением мочевыводящих путей. Средний возраст пациенток составил 33,8 года. В 30,58% случаев в инфильтрат была вовлечена стенка мочеочника, у 4,7% пациенток гистологически подтверждено тотальное поражение стенки мочеочника. Наиболее часто урогенитальный эндометриоз сочетался с ретроцервикальной и ректовагинальной локализациями эндометриозного инфильтрата с вовлечением крестцово – маточных связок и с распространением в параметрии.

Результаты

При изучении соматического анамнеза было установлено, что заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертоническая болезнь, встречались у 24% пациенток. Железодефицитная анемия легкой и средней тяжести наблюдалась у 12,5% пациенток. Варикозная болезнь диагностирована у 5,5% женщин. В нашем исследовании у одной пациентки выявлено ожирение 1-й степени, ожирение 2-й степени выявлено у 1 женщины, ожирение 3-й степени – у 3-х женщин.

Возраст менархе составил 12,4±1,99 года, половой дебют исследуемых пациенток

пришлось на $17,8 \pm 2,6$ года. Количество беременностей варьировало от 0 до 9, при этом в среднем у каждой пациентки было $2,24 \pm 0,8$ родов. Из них срочными родами через естественные родовые пути закончилось 34,1% беременностей, родоразрешением путем операции кесарево сечение – 4,6%, медицинскими абортами – 56,7%, самопроизвольными выкидышами завершились 4,6% наступивших беременностей.

У пациенток, включенных в исследование, был подробно изучен гинекологический анамнез. Лейкоплакия вульвы наблюдалась у двух женщин, киста яичников – у 3-х пациенток.

Ранее были проведены гинекологические операции: консервативная миомэктомия в анамнезе у двух женщин, пластика влагалища проведена двум пациенткам, лапароскопическая резекция яичника трем женщинам.

Основными жалобами при поступлении были: болевой синдром, дисменорея, диспареуния. При бимануальном исследовании у пациенток определялись болезненные плотные очаги позади шейки матки, при пальпации в области крестцово-маточных связок.

В нашем исследовании мы применили лапароскопический доступ у 15 пациенток, из них одной пациентке выполнена конверсия. Еще двум пациенткам была выполнена операция с использованием хирургического роботического комплекса DaVinci SI. Уретеролизис произведен у 16 пациенток, стентирование

мочеточников – 10% пациенткам. В сентябре 2018 года были проведены робот-ассистированные операции в рамках мастер-класса «Робот-ассистированная хирургия в гинекологии».

Выводы

Проанализировав данные за 2018 год, мы сделали вывод, что у пациенток с поражением мочеточников жалобы при эндометриозе были минимальными. Однако у пациенток с поражением мочевого пузыря клиника болевого синдрома была более выраженной. Стоит отметить, что частота эндометриоза мочевых путей недооценена и может составлять до 50% от всех больных с инфильтративным эндометриозом. Изучив данные объективного исследования, мы установили, что размер инфильтрата более 3-х см является наиболее существенным критерием, по которому можно предположить урогенитальный эндометриоз. Уретеролизис может быть рекомендован в качестве первичного хирургического вмешательства даже при наличии гидронефроза. Хирургическое лечение – это рекомендуемый подход, обеспечивающий оптимальные краткосрочные и долгосрочные результаты. Робот-ассистированное вмешательство – это идеальный доступ при урогенитальном эндометриозе и возможность выполнения нервосберегающих операций, способствующие снижению уровня послеоперационных дисфункций мочевого пузыря.

Сведения об авторах статьи:

Попов Александр Анатольевич – д.м.н., профессор, руководитель отделения эндоскопической хирургии ГБУЗ МО МОНИИАГ. Адрес: г. Москва, ул. Покровка, 22а.

Яшук Альфия Галимовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: alfiya_galimovna@mail.ru.

Мусин Ильнур Ирекович – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: ilnur-musin@yandex.ru.

Камалова Альбина Назимовна – аспирант отделения эндоскопической хирургии ГБУЗ МО МОНИИАГ. Адрес: г. Москва, ул. Покровка, 22а. E-mail: Albina_kamalova.gyn@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Low-Density Lipoproteins Oxidation and Endometriosis / G. Polak, W. Kwasniewski, B. Barczynski [et al.] // Mediators Infl amm. – 2013. – 167–78.
2. Management of painful endometriosis in adolescents: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines / M. Sauvan, N. Chabbert-Buffet, S. Geoffron [et al.] // Gynecol. Obstet. Fertil. Senol. – 2018. – N 46(3). – P. 264-266.
3. Эндометриоз и комбинированная гормональная контрацепция: преимущества и риски / А.Л. Унанян, С.А. Демур, А.А. Гаспарян, [и др.] // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2014. – Т. 19, № 1. – № 2. – С. 53.

REFERENCES

1. Low-Density Lipoproteins Oxidation and Endometriosis / G. Polak, W. Kwasniewski, B. Barczynski [et al.] // Mediators Infl amm. – 2013. – 167–78.
2. Management of painful endometriosis in adolescents: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines / M. Sauvan, N. Chabbert-Buffet, S. Geoffron [et al.] // Gynecol. Obstet. Fertil. Senol. – 2018. – N 46(3). – P. 264-266.
3. Endometrioz i kombinirovannaya gormonal'naya kontratsipciya: preimushchestva i riski / A. L. Unanyan, S. A. Demura, A. A. Gasparyan, [i dr.] // Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya. – 2014. – № 1 – Т. 19 – № 2. – С. 53. [In Russ].