

Оперативное лечение ЭНДОМЕТРИОЗА

Алпысбаева Л.Ж. 740АиГ

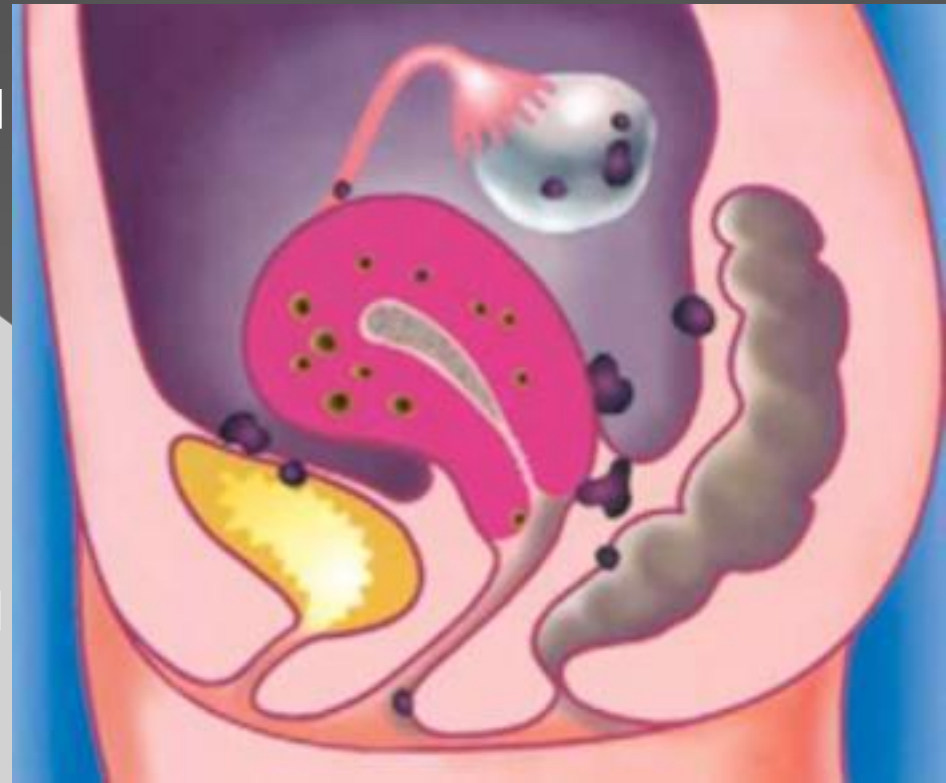
План:

- Эндометриоз
- Показания к оперативному лечению
- Техника лапароскопического вмешательства при эндометриозе
- Послеоперационный период
- Литература

Эндометриоз

- — это заболевание, при котором происходит распространение ткани эндометрия (слизистой оболочки полости матки) на другие органы и ткани, и её разрастание. При распространении в толщу стенки матки заболевание называется внутренним эндометриозом - аденомиозом. Если процесс распространяется вне матки, то — наружным эндометриозом.
- Причины возникновения заболевания окончательно не ясны. Считается, что процесс зависит от генетических факторов, связан со снижением иммунитета и гормональным дисбалансом.

Клинически
эндометриоз
проявляется тянущими
болями внизу живота и
в пояснично-
крестцовой области, а
также болезненными,
обильными и
длительными
менструациями.
Возможны также
нарушения
менструального цикла.
Характерным
признаком также
считается бесплодие.

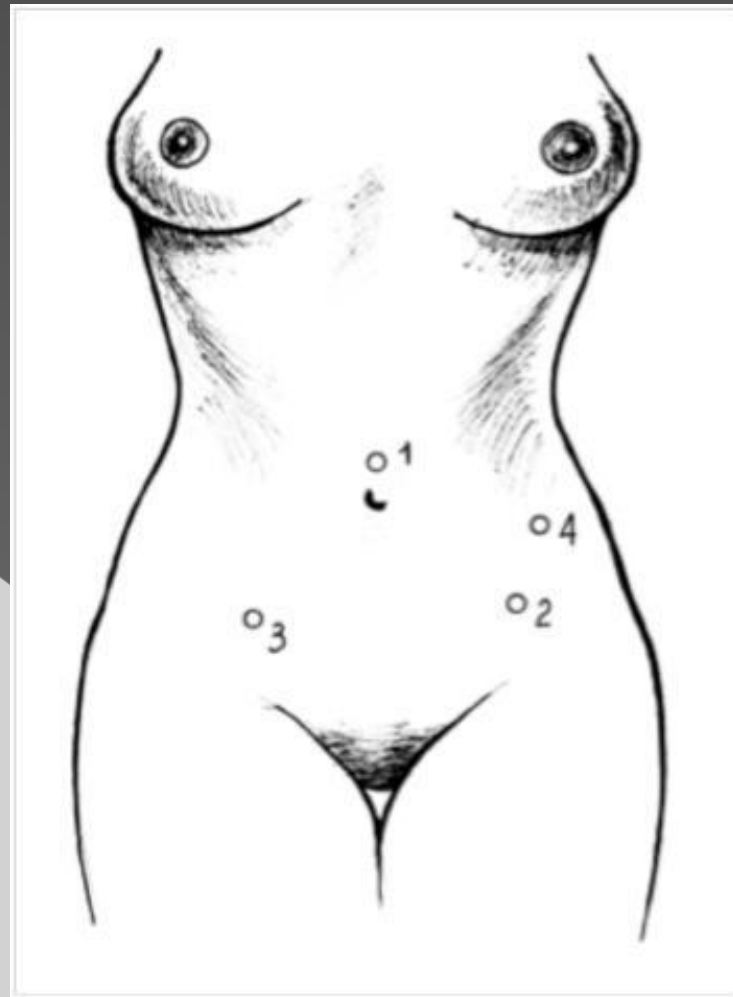


Хирургическое лечение женщин, страдающих эндометриозом половых органов, является непростой задачей. Поэтому перед операцией для удаления эндометриоза стоит попробовать консервативные методы лечения, включающие в себя гормональную терапию и лечение другими лекарственными средствами. А операция должна выполняться только в крайнем случае, когда иные способы неэффективны или невозможны.

Показаниями к оперативному лечению при эндометриозе гениталий служат распространенные локализации эндометриоидных гетеротопий, которые вызывают сильные мучения и не поддаются консервативной терапии. Ограниченные поражения эндометриозом клетчатки или органов малого таза являются показанием к операции, если консервативная терапия не дает эффекта и присутствуют сильные боли, иногда с явлениями перитонизма, или есть нарушения функции мочевыводящей системы.

ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

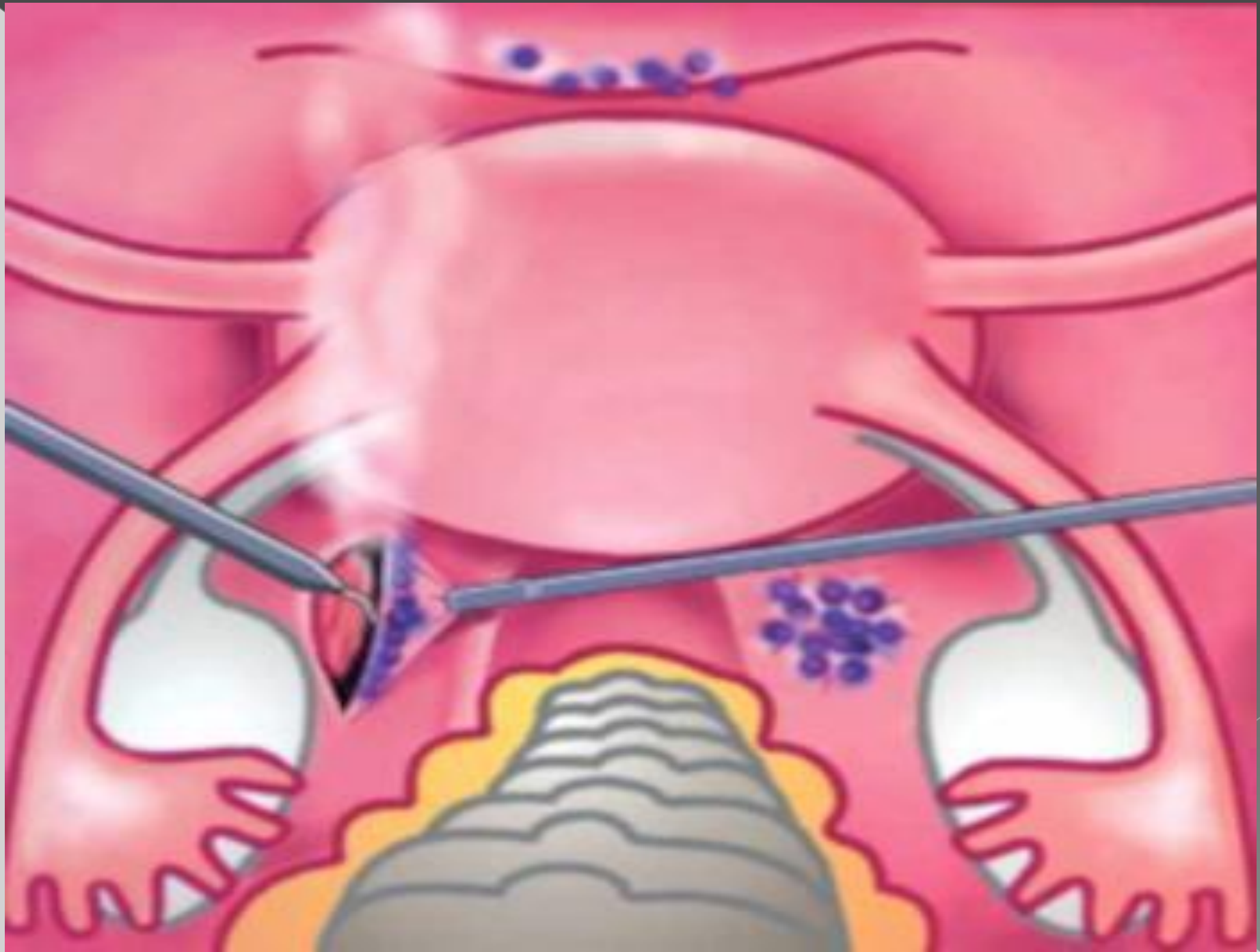
Операцию начинают с наложения карбоксиперитонеума в объеме 3-4 литров до внутрибрюшного давления 12 мм.рт.ст., после чего следует введение 10-мм троакара для оптики. Далее под контролем зрения вводят два 5-мм троакара в подвздошных областях, латеральнее прямых мышц и нижних эпигастральных сосудов. Дополнительный, третий 5-мм (или 10-мм) троакар, может быть введен в мезогастрию слева, ниже пупка, для ректатора-подъемника



После введения лапароскопа в брюшную полость и ревизии органов малого таза необходимо осмотреть петли кишечника, сальник, аппендикулярный отросток, область мочевого пузыря, проследить ход мочеточников. Тело матки, диффузно пораженное аденомиозом, как правило, увеличено в размерах, расширено в поперечнике, серозный покров имеет мраморную окраску. Очаговая форма внутреннего эндометриоза напоминает картину, сходную с миоматозно-измененной маткой.

Яичники следует осматривать со всех сторон, особенно тщательно - их поверхность, обращенную к париетальной брюшине, и брюшину fossa ovarica. Пристальное внимание обращают на состояние крестцово-маточных связок, брюшины позадиматочного и переднематочного пространства, отмечают дефекты брюшины.

Не всегда удается определить глубину эндометриоидной инвазии, желательно иссечению эндометриоидных гетеротопий в пределах здоровых тканей, это позволяет гистологически подтвердить диагноз. Для обеспечения натяжения тканей и максимального удаления эндометриодного очага и рабочей части инструмента от анатомических структур тазового дна (нервы, сосуды, мочеточник и т. д.) очаг захватывают жестким зажимом и выполняют тракцию инструмента в противоположную сторону. Далее эндокрючком в режиме резания иссекают эндометриодную гетеротопию с последующей обработкой ложа биполярным током. Во всех случаях электрод необходимо активировать до соприкосновения с тканью, что позволит немедленно получить наибольшую возможную плотность тока, избежать коагуляционного «подушкообразования» ткани и начать рассечение сразу



По мнению Lyons T.L., (1998, 2000), при локализации эндометриоза в непосредственной близости к кишечнику, мочеточнику или мочевому пузырю, он может быть с осторожностью удален без потенциального риска повреждения указанных структур с помощью гармонического скальпеля (США).

После лапароскопической операции по поводу эндометриоза на коже живота остаются 3 разреза длиной по 5 мм. Пациенты с первого дня начинают вставать с постели и принимать жидкую пищу. Выписка из стационара проводится на 1 — 4 день, в зависимости от тяжести заболевания и объема выполненного оперативного вмешательства. Восстановление трудоспособности происходит на 10 — 14-й день после операции.

Послеоперационный период

- Гормональная терапия 3-6 мес
- Наблюдение акушер-гинеколога, уролога.
- Планирование беременности через год после операции

Литература:

- Пучков К.В., Козлачкова О.П., Политова А.К. Радикальное лечение лапароскопическим способом глубокого инфилтративного эндометриоза с прорастанием полых органов // Эндоскопическая хирургия. - 1999. – Т.5, №2. - С. 51-52.
- Пучков К.В., Карпов О.Э., Политова А.К., Филимонов В.Б. Лапароскопический доступ в радикальном лечении глубокого инфилтративного эндометриоза с прорастанием полых органов // Эндоскопия в гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М., 1999.- С. 515-516..