

ՀՏԴ 618.14-002

DOI:10.54503/0514-7484-2023-63.3-96

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման և բուժման արդիական խնդիրները

Ա.Ա. Դրամայան

*Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության
և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ
0096, Երևան, Մարգարյան փ., 6/2*

Բանալի բառեր. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզ, առաջնային և երկրորդային անպտղություն, գերձայնային և լապարասկոպիական հետազոտություններ, ախտորոշման ու բուժման խնդիրներ

Էնդոմետրիոզը յուրահատուկ ախտաբանական պրոցես է, որի դեպքում տեղի են ունենում էկտոպիկ էնդոմետրիումի բջիջների իմպլանտացիա և աճ արգանդի խոռոչի սահմաններից դուրս, ինչի հետևանքով առաջանում է օրգանիզմի բորբոքային պատասխան: Ինչպես և էնդոմետրիումի հյուսվածքը, էնդոմետրիոզի օջախները կազմված են էնդոմետրիալ գեղձերից և ստրոմայից, սակայն գտնվում են արգանդի խոռոչից դուրս:

Էնդոմետրիոզը հանդիպում է վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտավորապես 10%-ի մոտ, ուստի իր տարածվածության, կանանց կյանքի որակի և վերարտադրողականության վրա թողած ծանր հետևանքներով պայմանավորված էնդոմետրիոզի ախտորոշումն ու բուժումը ներկայումս ժամանակակից բժշկության արդիական խնդիրներից մեկն է [2,11,12]:

Էնդոմետրիոզը յուրահատուկ հիվանդություն է, որի դեպքում հարակից օրգանների չփոփոխված հյուսվածքներն ախտահարվում են բարորակ պրոլիֆերատիվ պրոցեսով: Բնորոշ առանձնահատկություններից են նաև ինֆիլտրատիվ աճի ու հեռավոր օրգաններ տարածվելու ունակությունը և էնդոմետրիոզի օջախի շուրջը կապսուլայի բացակայությունը:

Վերջին 90 տարում էապես փոխվել է վերարտադրողական համակարգի ախտաբանությունների պաթոգենեզում էնդոմետրիոզի դերակատարության մասին կարծիքը:

Ի հակադրություն C. Menge և E. Opitz(1914) կարծիքի, որ սեռական էնդոմետրիոզը չունի գործնական նշանակություն վերարտադրողականության պրոցեսում, XX դարի վերջում Բրյուսելում՝ 1992թ. 4-րդ միջազգային կոնգրեսում(World Congress on Endometriosis, Bruxelles, Belgium,1992), էնդոմետրիոզն ընդունվեց որպես ցիվիլիզացիայի նոր հիվանդություն, որն ունի էական դերակատարություն վերարտադրողական խանգարումների պատճառագիտության և ախտաճանաչման մեջ:

Առկա են նաև դժվարություններ՝ կապված էնդոմետրիոզի դասակարգման հետ: Բավական է նշել, որ վերջին 50 տարում մշակվել է էնդոմետրիոզի ավելի քան 10 դասակարգում, որոնցից և ոչ մեկը չի ընդունվել որպես ունիվերսալ: Ամենաընդունելի չիվանդությունների միջազգային 10-րդ դասակարգումն է (ՀՄԴ X), համաձայն որի՝ էնդոմետրիոզն ունի N80,0 «արգանդի էնդոմետրիոզ, ադենոմիոզ», N80,1 ձվարանների էնդոմետրիոզ, N80,2 արգանդափողերի էնդոմետրիոզ, N80,3 որովայնամզի էնդոմետրիոզ, N80,4 ռեկտովագինալ միջնորմի և հեշտոցի էնդոմետրիոզ, N80,5 աղիների էնդոմետրիոզ շիֆերը:

Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ ռետրոցերվիկալը (deep infiltrative endometriosis) էնդոմետրիոզի յուրահատուկ տարբերակ է, ավելի շատ նման ադենոմիոզին [3,7]:

Գինեկոլոգիական հիվանդությունների կառուցվածքում էնդոմետրիոզն իր հաճախականությամբ գրավում է 3-րդ տեղը՝ զիջելով միայն սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններին և արգանդի միոմային:

Համաձայն էնդոմետրիոզի համաշխարհային պոպուլյացիոն հետազոտության (WERF) տվյալների՝ ներկայումս 176 միլիոն կին տառապում է էնդոմետրիոզով, որի բուժօգնության հետ կապված ֆինանսական ծախսերը տարեկան կազմում են 76 մլրդ դոլար, ընդ որում ռեաբիլիտացիայի, աշխատունակության կորստի հետ կապված ծախսերը 2 անգամ գերազանցում են բժշկական սպասարկման ծախսերը [4,13]:

Չնայած բուժման ժամանակակից վիրահատական ու հորմոնային մեթոդների կիրառմանը՝ բուժման արդյունավետությունը մնում է դեռևս անբավարար, ինչը դրսևորվում է վիրահատական բուժմանը հաջորդող 5 տարիների ընթացքում ախտանշանների, հատկապես ցավային համախտանիշի ռեցիդիվների հաճախականությամբ, որն արձանագրվում է 35–50% հիվանդների մոտ [2,5,8], ինչպես նաև անպտղության բուժման ցածր արդյունավետությամբ:

Նյութը և մեթոդները

Ներկա հետազոտության ընթացքում լապարասկոպիան դիտարկվել է որպես ոչ միայն ախտորոշման, այլև բուժման պարտադիր մեթոդ, ինչպես խորհուրդ է տալիս Էնդոմետրիոզի համաշխարհային միության (World Endometriosis Society – WES) նախագահ P. Vercellini -ն [14], որի նպատակներն են ոչ միայն ցավային համախտանիշի վերացումը, պտղաբերության վերականգնումը, արգանդային արյունահոսությունների բուժումը, այլ նաև պացիենտի կյանքի որակի բարձրացումը:

Սակայն խոր Էնդոմետրիոզով մեր 185 հիվանդների լապարասկոպիական միջամտությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ 30(16,2%) հիվանդի մոտ չհաջողվեց վերջնականապես վերացնել Էնդոմետրիոզի օջախները, ինչը կապված էր պրոցեսի տեղակայման, տարածվածության, հարակից օրգանների ներգրավվածության հետ:

Համաձայն ռեպրոդուկտիվ բժշկության ամերիկյան ասոցիացիայի կարծիքի (The American Society for Reproductive Medicine – ASRM)՝ Էնդոմետրիոզը քրոնիկական հիվանդություն է, որը պահանջում է պացիենտների վարման երկարաժամկետ պլանավորում հորմոնային բուժման առավելագույն օգտագործմամբ՝ կրկնակի վիրաբուժական միջամտություններից խուսափելու համար [6], ինչի հետ դժվար է չհամաձայնվել:

Չնայած Էնդոմետրիոզի բուժման դեպքում մեր մոտեցումը եղել է համալիր՝ հաշվի առնելով, որ վիրահատական և հորմոնային բուժումները լրացնում են միմյանց, բարձրացնում բուժման արդյունավետությունը և ֆերտիլության վերականգնման հավանականությունը, այնուամենայնիվ արդյունքները ոչ միշտ են եղել գոհացուցիչ:

Համաձայն գրականության տվյալների՝ դեռևս ֆարմակոլոգիական արսենալում չկա այնպիսի դեղամիջոց, որն ամբողջությամբ կարող է վերացնել Էնդոմետրիոզի մորֆոլոգիական սուբստրատը: Օգտագործվող հորմոնային միջոցներն օժտված են ժամանակավոր միջնորդավորված ընկճող ազդեցությամբ Էնդոմետրիոզիդային հյուսվածքի կենսաբանական ակտիվության վրա: Բացի այդ, նպաստում են գեներատիվ ֆունկցիայի վերականգնմանը, կանխում են տարածված ձևերի առաջացումը և ռեցիդիվները:

Հետազոտության են ենթարկվել Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ 2010-2017թթ. ընթացքում անպտղությամբ, դիսմենորեայի, դիսպարեունիայի, դիսխեզիայի, կոնքային ցավերի

զանգատով ընդունված վերաբրտադրողական տարիքի 440 կին, որոնցից 185-ը (42,1%) տառապում էին առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ, և որոնք էլ կազմել են հիմնական կլինիկական խումբը:

Այսպիսով, անպտղությունն էնդոմետրիոզի հաճախ հանդիպող ախտանիշներից մեկն է, ինչն արձանագրվել է մեզ դիմած հիվանդների 42%-ի մոտ, այն համահունչ է նաև գրականության տվյալներին, համաձայն որի, եթե ֆերտիլության ցուցանիշն առողջ կանանց մոտ կազմում է 0,15–0,20, ապա էնդոմետրիոզով հիվանդների մոտ կազմում է 0,02–0,1, այսինքն՝ այն ցածր է 10 անգամ [9,10]:

Հետազոտված կանայք պատկանում էին 25-45 տարիքային խմբին, միջին տարիքը կազմել է $32 \pm 7,2$ տարի:

Անամնեզի ու զանգատների մանրակրկիտ վերլուծությունից հետո ամեն երկրորդ պացիենտի մոտ կասկածվել է սեռական էնդոմետրիոզ, սակայն խոր էնդոմետրիոզը հնարավոր է եղել կասկածել ամեն չորրորդ պացիենտի մոտ ընդհանուր կլինիկական և գինեկոլոգիական, ռեկտովագինալ, ինչպես նաև հատուկ մեթոդներով հետազոտության (տրանսվագինալ, ռեկտալ, երիկամների գերձայնային հետազոտություն, մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա, ցիստոսկոպիա, ռեկտոռոմանոսկոպիա) արդյունքում [1]:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզն ախտորոշվել է էնդոսկոպիկ հետազոտությունների (լապարասկոպիա, հիստերասկոպիա) միջոցով, սակայն իրականացնել էնդոմետրիոզի օջախի ամբողջովին հեռացում չհաջողվեց կատարել ամեն 6-րդ հիվանդի մոտ:

Հիմնական կլինիկական խմբի 185 հիվանդ ենթարկվել են վիրահատական բուժման լապարասկոպիական մուտքով և հետվիրահատական շրջանում ստացել են հակառեցիդիվային հորմոնային բուժում: Վիրահատության ծավալը մեր կողմից ընտրվել է՝ ելնելով էնդոմետրիոզի տարածվածության աստիճանից, վաղեմությունից, տարիքից, հիվանդի վերաբրտադրողական նպատակներից: Հետվիրահատական շրջանում իրականացվել է հորմոնային ադյուվանտ թերապիա, ինչին կողմնակից են էնդոմետրիոզի պրոբլեմով զբաղվող բոլոր մասնագետները, որի նպատակը էստրոգենների մակարդակի իջեցումն է, էնդոմետրիոզիային գոյացությունների չափերի փոքրացումը, ռեցիդիվների հաճախականության կանխարգելումը և պտղաբերության վերականգնումը:

Կիրառվել են ապացուցված արդյունավետություն ունեցող պատրաստուկներ՝ նվազագույն կողմնակի ազդեցությամբ, հաշվի առնելով հետևյալ պահանջները՝ ցավի վերացում/մեղմացում, էնդոմետրիոզիային օջախների ռեգրեսիա ու ֆերտիլության վերականգնում, գնի մատչելիություն:

Արդյունքները և քննարկումը

Մեր կողմից կիրառվել է Պտղաբերության ամերիկյան ասոցիացիայի կողմից ինֆիլտրատիվ, ռետրոցերվիկալ խոր էնդոմետրիոզի ախտորոշման ստանդարտը հետևյալ ծավալով և հաջորդականությամբ:

Հետազոտված կանայք պատկանում էին 25-45 տարիքային խմբին: Ըստ տարիքային խմբի՝ հիվանդները բաշխվել են հետևյալ կերպ. 31 հիվանդները եղել են 21-25 տարեկան, 49-ը՝ 26-30, 62-ը՝ 31-35, 35-ը՝ 36-40, 8-ը՝ 41-45 տարիքային խմբերում, հիմնականում հիվանդները 31-40 տարիքային խմբերում էին (97-52,4%), միջին տարիքը կազմել է $32 \pm 7,2$ տարի:

Ընդհանուր կլինիկական հետազոտությունը սկսել ենք անամնեզի ուսումնասիրությունից, որը ներառել է կյանքի անամնեզը, դաշտանային և մանկածնության ֆունկցիաների առանձնահատկությունները, կրած հիվանդությունները և ստացած բուժումները: Իրականացվել է **գանգատների մանրամասն վերլուծություն, հաստուկ ուշադրություն է դարձվել ախտանիշների առաջացման ժամանակի, բնույթի ու արտահայտվածության տվյալներին, դրանց** կապին դաշտանային ֆունկցիայի հետ, ընթացքին դինամիկայում, ստացած բուժումներին և դրանց արդյունավետությանը:

Բացի անպտղությունից, այդ հիվանդները գանգատվում էին էնդոմետրիոզի մյուս դրսևորումներից՝ կոնքային ցավեր, ցավեր դաշտանի ժամանակ և դաշտանային ցիկլի խանգարումներ, դիսպարեունիա, հարակից օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներ և այլն:

Դաշտանային ֆունկցիայի վերլուծությունը ցույց տվեց, որ անպտղությամբ ասոցացված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող 106(57,8%) կին գանգատվում էին դիսմենորեայից, մենոռագիա նշել էին 67-ը (36,2%), պրոյոմենորեա՝ 56-ը (30,6%): Քսվոդ արյունային արտադրություն մինչև դաշտանը և հետո՝ 58-ը (31,4%):

Ցավային համախտանիշը, կապված դաշտանների հետ, նշել էին 65(35,1%) հիվանդ, դիսպարեունիա՝ 128 (69,2%): Մեռական էնդոմետրիոզը զուգակցված էր 37 (20,1%), մոտ հավելումների բորբոքումների, 15 (8,2%) արգանդի միոմայի հետ: Ախտորոշման դժվարություններով պայմանավորված միջին ժամանակահատվածն առաջին կլինիկական նշաններից մինչև ախտանշան դնելը կազմել է $5,6 \pm 1,2$ տարի:

Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ հիվանդների մեծամասնությունը, ամեն 3-րդ հիվանդ երկարատև բուժվել է այլ ախտաբանությունների կապակցությամբ, մասնավորապես արգանդի միոմա, քրոնիկական սալպինգոօֆորիտ, ձվարանների բարորակ

ուռուցքներ, պրոկտիտ և պարապրոկտիտ, գրգռված աղու համախտանիշ, թուրք, քրոնիկական սպաստիկ կոլիտ, աղիների կպումնային անանցանելիություն, հեմոռագիկ ցիստիտ և այլն:

Անպտղությամբ ասոցացված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ուշացած ախտորոշման պատճառը 68(36,8%) հիվանդները նշել են բուժումը այլ հիվանդությունների կապակցությամբ, 25(13,5%) կանայք՝ կոնքային ցավերը և դաշտանի ժամանակ ցավերի սաստկացումը, հարակից օրգանների խանգարումները դիտարկել են որպես անցողիկ երևույթ և չեն դիմել բուժօգնության:

Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ 49 (26,4%) հետազոտվածների միակ զանգատը առաջնային անպտղությունն էր, որի կապակցությամբ կատարված հետազոտության ժամանակ է ախտորոշվել խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզը:

Ուսումնասիրելով հիվանդների ներկայացրած զանգատները՝ կարելի է նշել, որ ախտանիշներն առավել դրսևորվում էին դաշտանի ժամանակ, որի մասին մասնավորապես նշում էին դիսմենորեա համապատասխանաբար հիվանդների 79,7%-ը, դիսպարեունիա՝ 28,5%-ը, դիսխեզիա՝ 26,7%-ը և դիսուրիա՝ 18,4%-ը:

Փաստորեն դաշտանի ժամանակ մեր կողմից հետազոտված հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ (69,8%) նույնպես ուժեղանում էր «4 դիսերի համախտանիշը» (դիսմենորեա, դիսպարեունիա, դիսուրիա, դիսխեզիա):

Առաջնային անպտղություն էին նշել յուրաքանչյուր երկրորդ հիվանդ 102(55,14%, իսկ երկրորդային անպտղություն՝ 83(44,86%): Անպտղության տևողությունը կազմել է 2-16 տարի, 1-2 տարվա անպտղություն ունեին 15(8,1%), 2-5 տարվա անպտղություն՝ 34 (18,4%), 5-10 տարի՝ 72(38,9%), 10-15տարի՝ 54 (29,2%), 16 և ավելի տարի՝ 10 հիվանդ (5,4%): Միջին տևողությունը կազմել է (6±1,3 տարի):

Սակայն անգամ շատ մանրակրկիտ կլինիկաանամնեստիկ տվյալների վերլուծությունը թույլ է տալիս կասկածել, բայց ոչ միշտ է թույլ տալիս ախտորոշել էնդոմետրիոզային պրոցեսը և առավել ևս տարածվածությունը:

Սեռական և գուգակցված էնդոմետրիոզի ախտորոշման նպատակով մեր կողմից մշակվել է ալգորիթմ, որը ներառում է ընդհանուր կլինիկական, գինեկոլոգիական, լաբորատոր, հետազոտության ոչ ինվազիվ և ինվազիվ մեթոդներ:

Անամնեզի հավաքումից հետո օբյեկտիվ քննությունը սկսել ենք մարմնի զանգվածի ինդեքսի որոշումով: Գերքաշություն, այսինքն՝ ՄՁԻ> 26կգ/մ² հայտնաբերվեց 92(49,7%) հիվանդների մոտ:

Էնդոմետրիոզի տարածված ձևերի դեպքում հեշտոցային քննության ժամանակ արգանդի հավելումների պրոյեկցիայով շոշափվում էին պինդ, տարբեր չափերի ցավոտ ծավալային գոյացություններ՝ ֆիքսված շրջակա հյուսվածքների հետ, որոնք մեծամասնության մոտ ունեին 101 (54,76%) երկկողմանի բնույթ: 28-ի մոտ (15,1%) հայտնաբերվեց արգանդի մեծացում դաշտանային ցիկլի 2-րդ փուլում, 60-ի մոտ (32,7%)՝ ցավոտություն սրբոսկրաարգանդային կապանների շրջանում: Մյուս ախտանիշը դուզլապյան տարածության օբլիտերացիան էր՝ արգանդի ֆիքսված ռետրոֆլեքսիայով:

Հայելիներով զննման ժամանակ միայն 21 (11,4%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել էին կապտագույն հանգույցներ հեշտոցի հետին կամարում:

Կոլպասկոպիան թույլ տվեց 15(8,1%) հիվանդի մոտ հայտնաբերել արգանդի պարանոցի էնդոմետրիոզը, առկա էր «թռչնի աչքեր» սիմպտոմը:

Տրանսվազինալ գերձայնային հետազոտության (ՏԳՁՀ) դեպքում ախտորոշման արդյունավետությունը կազմել է 88,2%, իսկ լապարասկոպիայի ժամանակ՝ 100%, սակայն ցածր է պերիտոնեալ էնդոմետրիոզի և հատկապես տարածվածության աստիճանի ախտորոշումը ՏԳՁՀ դեպքում:

Բոլոր հետազոտված կանայք ենթարկվել են հիստերասալպինգագրաֆիայի, 35(18,9%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է փողերի տարբեր հատվածների անանցանելիություն, 52 (28,1%) հիվանդի մոտ՝ ադենոմիոզ:

Ինչ վերաբերում է հորմոնային հետազոտության արդյունքներին, ապա 17-OH պրոգեստերոնի բարձրացում հայտնաբերվել է 36,4% դեպքերում, 13,6% հիպերպրոլակտինեմիա և LH –ի բարձրացում 15,8% դեպքերում:

Այսպիսով, կոմպլեքսային հետազոտության արդյունքում 164 (89,2%) հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են հարակից օրգանների բազմակի ու փոքր կոնքի բջջանքի ախտահարումներ, ամեն 4-րդ դեպքում՝ աղիների դիստալ հատվածի, 17% դեպքերում՝ միզարձակման համակարգի ախտահարումներ: Ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզը սովորաբար մեր կողմից հետազոտված հիվանդների մոտ դրսևորված էր սրբոսկր-արգանդային կապանի, հեշտոցի հետին պատի, ուղիղ աղիքի առաջային պատի ինֆիլտրացիայով, իսկ ծանր դեպքերում նաև պարամետրիալ բջջանքի, մագիստրալ անոթների ու միզածորանների դիստալ հատվածների ներգրավմամբ:

Ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզի ինֆիլտրատիվ ձևերի դեպքում խիստ կարևորվում է ախտաբանության խորությունը և հյուսվածաբա-

նորեն կարող է հաստատել հիվանդության առաջընթացող ակտիվ պրոցեսի առկայությունը:

Այսպիսով, ախտորոշման կարևորագույն միջոցներ են էնդոսկոպիկ մեթոդները, մասնավորապես լապարասկոպիան, հետագա օպերատիվ միջամտությամբ անհրաժեշտ ծավալով: Հիստերասկոպիան թույլ տվեց հայտնաբերել էնդոմետրիոիդային ուղիները, արգանդի պատերի կոպիտ ուրվագծերը՝ խորդուբորդությունների տեսքով: Արդյունքում 185 հիվանդների մոտ ախտորոշվել է խոր, ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզ՝ տարածվածության տարբեր աստիճաններով, զուգակցված անպտղության հետ:

Միայն լապարասկոպիական և հիստերասկոպիական մեր հետազոտությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում պրոցեսի մեջ ամենից հաճախ ներգրավվում են հետին կամարը, սրբուկը-արգանդային կապանները (25-13.5%), ռեկտովագինալ տարածությունը (30-16.2%), ռեկտոսիգմոիդ, սիգմոիդային հատվածը 45(24.3%), ապենդիքսը 28(15.2%), ուղիղ աղին 18(9.3%), ավելի հազվադեպ մյուս օրգանները, բարակ աղին 18 (9.3%) և այլն:

Ծանր ձևերի դեպքում հայտնաբերվեց պարամետրիալ բջջանքի ինֆիլտրացիա՝ մագնիստալ անոթների և միզաձորանի դիստալ հատվածի ներգրավմամբ:

Խոր, ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների հետազոտման ակտիվությամբ լապարասկոպիայի և հիստերասկոպիայի ներառմամբ, թույլ տվեց վերիֆիկացնել ախտորոշումը և 100% դեպքերում որոշել էկտոպիկ օջախների լոկալիզացիան:

Էնդոմետրիոզի վիրահատական բուժման ցուցումները հստակ սահմանված են, դրանք են՝ անպտղություն, երկարատև, անեմիզացիայի հանգեցնող արգանդային արյունահոսություններ, արտահայտված ցավային համախտանիշի բուժման անարդյունավետություն, էնդոմետրիոիդային 4 սմ-ը գերազանցող կիստաներ, սակայն էնդոմետրիոզի խոր ինֆիլտրատիվ ձևերի դեպքում վիրահատական բուժման ընտրությունն առայսօր մնում է վիճարկելի: Վիրահատական բուժման համար ցուցումներ են հանդիսացել ձվարանի էնդոմետրիոիդային կիստաների զուգակցումը հարակից օրգանների խոր ինֆիլտրատիվ ձևերի հետ (հաստ աղի), որոնք բացի անպտղությունից ուղեկցվել են քրոնիկական կոնքային ցավերով, հարակից օրգանների դիսֆունկցիան:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի վիրահատական բուժման դեպքում մեր նպատակներն են.

- պրոցեսի տարածվածության հավաստի ու օբյեկտիվ գնահատում,
- էնդոմետրիոզի վաղ ախտորոշում, դրանով իսկ հետագա բարդությունների ու տարածման կանխարգելում,
- էնդոմետրիոզի կլինիկական նշանների վերացում/թեթևացում,
- հիվանդների կյանքի որակի բարձրացում,
- պտղաբերության վերականգնում:

Սակայն մենք հսկված ենք համալիր բուժումը սկսել լապարասկոպիական միջամտությունից, որը ոչ միայն մեզ թույլ է տվել իրականացնել ճշգրիտ ախտորոշում, այլ նաև անպտղությամբ տառապող հիվանդների մոտ խնայողական, անվտանգ և նպատակային միջամտություններ՝ ուղղված ախտաբանական օջախի հեռացմանը, պտղաբերության վերականգնմանը:

Վիրահատական բուժման են ենթարկվել հետազոտության տակ գտնվող բոլոր 185 հիվանդները: Վարման տակտիկայի համար կիրառվել է տարբերակված մոտեցում, որը կախված էր հիվանդների տարիքից, վերարտադրողական նպատակներից, հիվանդության կլինիկական դրսևորումների արտահայտվածությունից, պրոցեսի տեղակայումից և տարածման աստիճանից: Վիրահատական բուժման հիմնական դժվարությունը էնդոմետրիոզային օջախի առավելագույն հեռացումն է, ռեպրոդուկտիվ ֆունկցիան չիրականացրած երիտասարդ հիվանդների համար արդարացված է միջամտություն՝ օրգանապահպանողական, ռեկոնստրուկտիվ-պլաստիկ ծավալով:

Բուժական բարձր արդյունավետության ապահովման համար նշանակվել է հետվիրահատական շրջանում ադյուվանտ թերապիա: Վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ անգամ տարածված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում կատարվել են ռեկոնստրուկտիվ-պլաստիկ վիրահատություններ, և դիմել ենք ռադիկալ միջամտության՝ եզակի դեպքերում 7(3,8%) հիվանդի մոտ, հիստերեկտոմիա՝ արգանդի հավելումներով և սրբոսկրաարգանդային կապանի խոր էնդոմետրիոզային օջախների և ռեկտովագինալ միջնապատերի հատումով, երբ վիրահատական և դեղորայքային բուժման բոլոր հնարավորությունները սպառված էին: Որպես պարտադիր փուլ իրականացրել ենք ուրետերոլիզիս և ուղիղ աղու էնդոմետրիոզային ինֆիլտրացիայի հեռացում:

185 հիվանդներից ռեկոնստրուկտիվ և օրգանապահպանողական ծավալով վիրահատություններ կատարվել են 178(96,2%) հիվանդների էնդովիդեովիրահատական մեթոդով, որի ժամանակ 17(9,2%) կատարվել են միակողմանի ադնեքսեկտոմիա, միակողմանի/երկկողմանի ձվարանի կիստեկտոմիա 85(45,2%), 179(96,8%) դեպքերում՝

էնդոմետրիոիդ օջախի/օջախների հեռացում, փոքր կոնքի որովայնամզի և սրբոսկրարգանդային կապանի էնդոմետրիոիդային ինֆիլտրատների հեռացում:

Ձվարանների էնդոմետրիոզի ու անպտղության դեպքում «ոսկե ստանդարտը» ինչպես առաջավոր կլինիկաների, այնպես էլ մեզ համար եղել է լապարասկոպիան, քանի որ թույլ էր տալիս պահպանել ձվարանային ռեզերվը, ցուցաբերել առավելագույն խնայողական տակտիկա ձվարանային հյուսվածքի նկատմամբ և առավելագույն չափով հեռացնել էնդոմետրիոիդային օջախները:

Որպես կանոն մեր կողմից եղել է դժվարություն էնդոմետրիոիդային կիստաների պատիճահանման գործընթացում: Էնուկլեացիայի մեթոդով հնարավոր եղավ էնդոմետրիոիդային մեծ կիստաների դեպքում իրականացնել էնդոմետրիոիդային կիստաների կապսուլաների լիակատար հեռացում: Վիրահատական միջամտության համար դժվարություններ էին առաջացնում ոչ միայն կիստաների մեծ չափերը, այլև սահմանափակ շարժունությունը՝ պայմանավորված նաև արտահայտված կալոմնային պրոցեսով: Սակայն էնդոմետրիոիդային մեծ, անգամ գիգանտ կիստաների դեպքում մեզ հաջողվեց իրականացնել օրգանապահպանողական վիրահատություններ: Ձվարանների վրա կարեր դնելու պրակտիկա չենք օգտագործել:

Մեծ էնդոմետրիոիդ ուռուցքների դեպքում, ինչը սովորաբար ուղեկցվում էր կալոմնային պրոցեսով, ձվարանները քիչ շարժուն էին կամ անշարժ և հիշեցնում էին փող-ձվարանային ուռուցքները, դժվար էին կալոմների անջատումը, հատումն ու հեռացումը, ձվարանների ռեզեկցիայի իրականացումը: Հետագա դիտարկումները ցույց տվեցին, որ անգամ ձվարանի դրոնքի շրջանում թողած ձվարանային փոքր հյուսվածքի՝ 18-ից 5 դեպքում (27,7%) առկա է հղիություն: Ըստ ցուցումների՝ կատարել ենք սալպինգաօվարիոլիզիս, ադզեզիոլիզ, փոքր կոնքի որովայնամզի դիաթերմալկոագուլյացիա և դրենավորում:

Մեր կողմից ֆենեստրացիա (աբլացիա), այսինքն՝ միայն հայտնաբերված ախտաբանական օջախի հեռացում (դեստրուկցիա) է կատարվել, հեռացվել են միայն էնդոմետրիոիդային կիստաների կապսուլայի ներքին մակերեսի վրա գտնվող ախտաբանական օջախները, առանց կապսուլայի հեռացման 8 դեպքում՝ ձվարանների վրա կրկնակի միջամտություններ և ձվարանային հյուսվածքի դեֆիցիտ:

Ադենոմիոզի II և III աստիճանի դիֆուզ ձևերի դեպքում իրականացրել ենք դեդորայքային բուժում, իսկ հանգուցային ձևերի դեպքում՝ հանգուցների հատում և հեռացում, որի դեպքում դժվարությունը էնդոմետրիոիդային հանգուցի հստակ սահմանների ու կապ-

սուլայի բացակայությունն էր, հյուսվածքների ռիզիկոությունը, բորբոքային պրոցեսի պերսիստենցիան:

Ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզը, որը մեր կողմից հայտնաբերվեց սրբոսկրարգանդային կապանի, հեշտոցի հետին պատի, ուղիղ աղիքի առաջնային պատի, իսկ ծանր ձևերի դեպքում պարամետրիալ բջջանքի ինֆիլտրացիայով՝ մագիստրալ անոթների և միզաձորանի դիստալ հատվածի ախտահարումով: Վիրահատության ծավալը ներառել է արգանդի հետին պատի և հեշտոցի հետին կամարի ռեզեկցիա, ռեկտովագինալ բջջանքի էնդոմետրիոիդային ինֆիլտրատների հեռացում, հեմոստազի նվազագույն կոագուլյացիայով, միզաձորանի, մագիստրալ անոթների և ուղիղ աղու պատի պաշտպանությամբ: Պերիտոնիզացիան կատարել ենք ուղիղ աղիքը ծածկող որովայնամզի շարժուն մասը կարելով արգանդի հետին մակերեսի որովայնամզի հետ: Իրականացրել ենք էնդոմետրիոզի հասանելի բոլոր օջախների դեստրուկցիա՝ օգտագործելով դիաթերմալ կոագուլյացիա: Պարտադիր փուլեր են հանդիսացել ուրետերոլիզիսը, արգանդի մոբիլիզացիան, ուղիղ աղիքի էնդոմետրիոիդային ինֆիլտրացիայի հեռացումը:

Ռետրոցերվիկալ ինֆիլտրատի՝ ուղիղ աղիք-սիզմայաձև աղու առաջային պատից էնդոմետրիոմաների հեռացումը կատարվել է «shaving-թրաշելու/տաշելու» մեթոդով, էնդոմետրիոիդային օջախների ամբողջական հեռացումով:

2 դեպքում արձանագրվել է ինտրավիրահատական բարդություն, ինչը դրսևորվել է ուղիղ աղու դեստրուկցիայով, իրականացրել ենք աղու ամբողջականության վերականգնում լայնակի վիկրիլային կարով: Ամբողջականությունը ստուգվել է օդ փչելու միջոցով:

Միաժամանակ կատարվել են հիստերասկոպիա և բոլոր հիվանդների փողերի քրոմոհիդրատուրացիա:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ, համաձայն В.И.Кулаков-ի և համահեղինակների [1], դեստրուկցիա առաջացնող բոլոր էներգիաները (էլեկտրո-, կրիո-, լազերային-, արգոնային ճառագայթ) ունեն միատեսակ արդյունավետություն, մեր կողմից հայտնաբերված էնդոմետրիոիդային բոլոր օջախները ենթարկվել են դեստրուկցիայի՝ օգտագործելով էլեկտրադեստրուկցիան:

Որպես կանոն օրգանապահպանողական վիրահատական միջամտության ենք ենթարկել ադենոմիոզի III և IV աստիճանի դիֆուզ, հանգուցավոր կամ խառը ձևերով անպտղությամբ տառապող կանանց, քանի որ այդ ախտաբանությունն ուղեկցվում է արտահայտված կլինիկական դրսևորումներով (ալգոմենորեա, արյունահոսություն, անեմիա):

Միոմէկտոմիայի համեմատությամբ էնդոմետրիոզի հանգույցների հեռացումն ուղեկցվում էր որոշակի դժվարություններով, քանի որ էնդոմետրիոիդային հանգույցները չունեին հստակ սահմաններ, պերսիստենցվող բորբոքային պրոցեսի հետևանքով առկա էր կապսուլաների և հյուսվածքների ռիզիկոզություն:

Էնդոմետրիոզի տարածված ձևերը՝ ադինների ու միզարտադրման համակարգի ներգրավումով, ուղեկցվում էին փոքր կոնքի և որովայնի խոռոչի կպումնային ինֆիլտրատիվ պրոցեսով, որը ստեղծում էր տեխնիկական դժվարություններ և տրամադրող ֆոն ինտրա- և հետվիրահատական բարդությունների առաջացման համար:

Ադինների վրա միջամտության ծավալը կախված էր պրոցեսի տարածվածությունից: Գենիտալ էնդոմետրիոզի զուգակցված ձևերի դեպքում հեռացրել ենք ուղիղ աղու շճային և մկանային շերտը՝ առանց բացելու աղու լուսանցքը:

Մեռական էնդոմետրիոզի հաստ ադինքի ախտահարման զուգակցման դեպքում հիվանդների մեծամասնության մոտ (70%) ինֆիլտրատը, որն ախտահարել էր շճային ու մկանային շերտերը, մեր կողմից հատվել է՝ առանց բացելու աղու լուսանցքը: Ամենից հաճախ կատարել ենք աղու պատի սեպաձև ռեզեկցիա, պատի 2/3 կամ 3/4 ռեզեկցիա, անաստամոզի 2/3 կամ 3/4 ձևավորմամբ: Աղու լրիվ օբլիտերացիայի դեպքում կատարել ենք ուղիղ աղու ստենոզացված հատվածի առաջային ռեզեկցիա: Աղու վրա վերքի կամ անաստամոզի կարերի լավացման լավագույն պայմաններ ստեղծելու համար դրանք ամրացրել ենք հետին պատով հեշտոցային խողովակին, որի համար ուղիղ աղու որովայնամիզը կարերից /անաստամոզից բարձր ամրացրել ենք հեշտոցի հետին պատին կուլտիայից ցածր, որի դեպքում հեշտոցը մնում է բաց:

12(6,5%) պացիենտների մոտ էնդոմետրիոիդային պրոցեսի մեջ ներգրավված էր միզարտադրման համակարգը, որի կապակցությամբ կատարվել են էնդոմետրիոիդային հետերոտոպիայի հատում ու հեռացում առողջ հյուսվածքների մակարդակով, լրացուցիչ կատարվել է միզաձորանի (4 դեպք) և միզապարկի առաջային պատի ռեզեկցիա (1 դեպք): Մեկ պացիենտի մոտ աջ միզաձորանի և միզապարկի էնդոմետրիոիդային ախտահարման դեպքում կատարվել է միզապարկի ռեզեկցիա ցիստոուրետերոնեոանաստամոզով:

Ինտրաօպերացիոն բարդություններ նկատվեցին 7(3,8%) պացիենտների մոտ էնդոմետրիոզի ռետրոցերվիկալ, տարածված և հարակից օրգանների ներգրավված ձևերի դեպքում: 4 դեպքում նկատվեց արյունահոսություն ռետրովագինալ էնդոմետրիոիդային ինֆիլտրատի միջնապատի հատման դեպքում, 3 հիվանդի մոտ ինտրաօպերացիոն

արյունահոսությունը պայմանավորված էր վիրահատական մեծ ծավալով և արտահայտված սպիական կպումնային պրոցեսով: Այլ բարդություններ չեն արձանագրվել:

Օրգանապահպանողական վիրահատությունների կատարումն ուղեկցվում է տեխնիկական դժվարություններով, որի դեպքում հնարավոր են ինտրաօպերացիոն բարդություններ, իսկ հետագայում՝ ռեցիդիվների առաջացում, ինչը պայմանավորված է ոչ թե վիրահատական միջամտության անկատարությամբ, այլ ավելի շատ հիվանդության առաջընթացով, որը պահանջում էր հետվիրահատական ադյուվանտային հորմոնային բուժում:

Այսպիսով, լապարասկոպիան ընտրության մեթոդ է անպտղությամբ գուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի լոկալիզացիայի, տարածվածության աստիճանի ճշգրիտ ախտորոշման համար, ինչը թույլ է տալիս իրականացնել ադեկվատ միջամտություններ, ինչպես նաև գնահատել անպտղության բուժման/հաղթահարման հնարավորությունները և ընտրել վարման ադեկվատ տակտիկա:

Եզրակացություն

1. Չնայած էնդոմետրիոզի ախտորոշման և բուժման առաջընթացին՝ ներկայումս խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների ախտորոշումն ու բուժումը շարունակում են հարուցել դժվարություններ:

2. Անամնեզի և կլինիկալաբորատոր, անգամ սոնոգրաֆիական հետազոտությունների արդյունքների մանրակրկիտ վերլուծությունը թույլ է տալիս մինչև 70% դեպքերում կասկածել էնդոմետրիոզի մասին, բայց ոչ ախտորոշել էնդոմետրիոզի տարածվածությունն ու լոկալիզացիան: Բացի այդ, ներկայումս խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի 20-30% դեպքերն ընթանում են առանց այդ ախտաբանության բնորոշ դրսևորումների և անգամ թույլ չեն տալիս կասկածել ախտաբանության մասին:

3. Ինչ վերաբերում է բուժմանը, ապա բացի էնդոմետրիոզի օջախների վերացումից կա մեկ այլ դժվարություն, այն է՝ ապահովել ռեցիդիվների բացակայությունն ու վերականգնել մանկածնման ֆունկցիան:

4. Լապարասկոպիան ընտրության մեթոդ է անպտղությամբ գուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի լոկալիզացիայի, տարածվածության աստիճանի ճշգրիտ ախտորոշման համար, որը թույլ է տալիս ոչ միայն հայտնաբերել էնդոմետրիոզի օջախներ, իմպլանտների առկայությունը, այլ նաև որոշել տարածվածության աստի-

ճանր, հիվանդության փուլը, իրականացնել նպատակային միջամտություն՝ ամբողջությամբ հեռացնելով էնդոմետրիոիդային օջախներն ու իմպլանտները:

5. Բուժման օպտիմալ տարբերակը երիտասարդ, մանկածնման ֆունկցիան չիրականացրած հիվանդների մոտ լապարասկոպիական մուտքով օրգանապահպանողական վիրահատությունների իրականացումն է, որը թույլ է տալիս հեռացնել էնդոմետրիոիդային օջախները, իսկ անհրաժեշտության դեպքում իրականացնել ռեկոնստրուկտիվ-պլաստիկ վիրահատություններ:

Ընդունված է 26.06.23

Современные проблемы диагностики и лечения глубокого инфильтративного эндометриоза

А.А.Драмбян

Несмотря на успехи в диагностике и лечении эндометриоза, диагностика и лечение пациентов с глубоким инфильтративным эндометриозом продолжают оставаться одной из проблем современной гинекологии. Трудности в ведении пациентов с глубоким инфильтративным эндометриозом связаны с классификацией, клинической картиной (часто с атипическим течением), широкой вариабельностью тяжести заболевания. Следовательно, тактика ведения в основном зависит от правильного диагноза, возраста пациентки, типа и стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных целей, а также рисков, побочных эффектов и экономической эффективности лечения. Путем тщательного анализа анамнеза, клинических и лабораторных тестов, сонографии, можно заподозрить наличие эндометриоза в 70 % случаев, но не диагностировать распространенность и локализацию эндометриоза. Кроме того, в настоящее время 20-30% случаев глубокого инфильтративного эндометриоза проходят без типичных проявлений патологии, не позволяя даже заподозрить патологию. Что касается лечения, помимо устранения очагов эндометриоза возникает необходимость излечения от рецидивов и восстановления репродуктивной функции.

В статье представлены проблемы диагностики и лечения пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом и бесплодием в связи с атипичным течением патологии, распространенностью процесса, локализацией и длительностью заболевания. В статье описана тактика полного удаления эндометриоидных очагов/имплантов у женщин репродуктивного возраста, тактика реконструктивно-пластических вмешательств и технические сложности этих вмешательств. Также приводится обоснование необходимости воздержания от радикальных вмешательств в случае глубоких инфильтративных очагов в соседних органах.

Current Challenges in the Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrative Endometriosis

A. A. Drampyan

Despite the advances in the diagnosis and treatment of endometriosis, the management of patients with deep infiltrative endometriosis is still challenging. Challenges in the management of patients with deep infiltrative endometriosis depend on classification, clinical symptoms (often with an atypical course), and strong variability in the severity of the disease. Therefore, the management mainly depends on the precise diagnosis, the patient's age, duration of the pathology, clinical manifestation of the disease, the reproductive wishes, as well as the risks, adverse effects, and the cost-effectiveness of the treatment. A thorough analysis of anamnesis, laboratory tests, and ultrasound examinations can suggest endometriosis in up to 70% of cases, but not to diagnose the spread and localization of endometriosis. In addition, currently 20-30% of cases of deep infiltrative endometriosis don't have typical manifestations of the pathology, do not even allow to suspect pathology. When it comes to treatment, in addition of removing endometriosis, there is another difficulty: preventing of recurrences and restoring the reproductive function.

In this article we present the challenges in diagnosis and treatment of patients with deep infiltrative endometriosis and infertility due to the atypical course of the pathology, the advance stages of the diseases, the localization, and the long duration of the process. The article describes the methods of complete removal of endometriosis/implants performed in women of reproductive age, the tactics of reconstructive-plastic interventions, the technical difficulties of these interventions, as well as the avoidance of radical intervention in deep endometriosis. It has been established that the goal of laparoscopic surgery for deep infiltrative endometriosis significantly depends on the nature of the pathology, the extent, depth, involvement of the surrounding organs, and the qualification of the endoscopist.

The aim of this study was to evaluate the difficulties of diagnosis and treatment of patients with deep infiltrative endometriosis and infertility in current terms.

Գրականություն

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О. А. Оперативная гинекология — хирургические энергии. М., 2016.
2. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза. РМЖ, 2014, 14, с. 1002.
3. ACOG Updates Guideline on diagnosis and treatment of endometriosis. Am Fam Phys., 2011, (Jan 1; 83), 84-95.
4. Adamson GD., Kennedy SH., Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. J Endometriosis, 2010, 2:3-6.
5. Bedaiwy K. Future of endometriosis medical therapy. Fertil and Steril, 2017, N1P.21-27.
6. «Endometriosis should be viewed as a chronic disease that requires a life-long management plan with the goal of maximizing the use of medical treatment and avoiding repeated surgical procedures». Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2014.

7. *Guidice L. C.* Clinical practice. Endometriosis. N Eng J Med., 2010 Jun 24, 362.
8. *Guo S.-W.* Recurrence of endometriosis and its control. Hum. Reprod. Update, 2009, v. 15(4), pp. 441–461.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE) guideline 11: Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems, Clinical Guideline. RCOG press, London, 2013.
10. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Fertil Steril, 2012, 98:302.
11. Role of medical therapy in the management of deep rectovaginal endometriosis. Milan, Italy, Fertil.Steril. Pub med., 29202962, 2017.
12. *Schweppe K. P. et al.* Endometriosis pathogenesis, diagnosis and therapeutic options for clinical and ambulatory care. J ReproduktionsmedEndocrin, 2013, 10, 102-119.
13. Treatments of Endometriosis. Conditions Endometriosis. WERF, Published 7th, 2017, p. 32.
14. *Vercellini P. et al.* Endometriosis: current and future medical therapies. Best. Pract. Res. Clin. Obst. Gyn., 2008, v. 22(2), pp. 275–306.