

Genital endometriozu olan qadınların laparoskopik cərrahiyyə əməliyyatının əsas klinik-instrumental xarakteristikası

Sevdimaliyeva S.A.

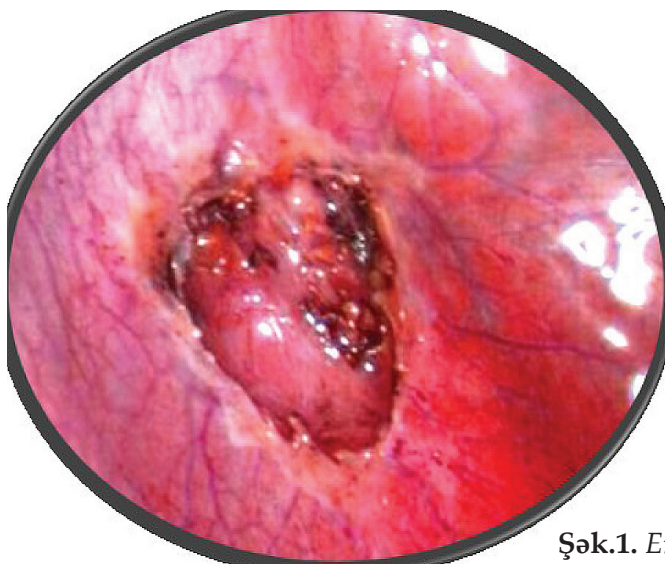
Azərbaycan Tibb Universiteti, II Mamalıq və Ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: genital endometrioz, reproduktiv yaş, laparoskopiya

Son onilliklər ərzində genital endometriozun etiologiyasının dəqiqləşdirilməsi istiqamətində çoxsaylı cəhdlər olmuşdur. Amma bir çox patogenetik konsepsiyaların öyrənilməsinə baxmayaraq, xəstəliyin inkişafının müxtəlif mərhələlərində baş verən patoloji proseslərdə iştirak edən bir sıra kofaktorlar hələ də sona qədər məlum deyildir. Endometriozun təbiətinin müasir təqdimatlarına əsasən, bu xəstəliyə qadın orqanizmində immun, molekulyar-genetik və hormonal əlaqələrin pozulması nəticəsində inkişaf edən xroniki, residivləşən gedişə malik patoloji proses kimi baxılır [1, 2, 3, 4, 5, 16]. Endometrioid substratı avtonom böyüməyə və

hüceyrələrin proliferativ aktivliyinin pozulması əlamətlərinə malikdir [6, 7, 8, 17]. Endometrioz həm uşaqlıq cismində (daxili endometrioz və ya adenomioz), həm də uşaqlıqdan kənarında (xarici endometrioz) lokalizasiya oluna bilər [9, 10, 11, 18]. Endometriozun lokalizasiyasının müxtəlifliyi onun yaranma hipotezlərinin sayının çoxalmasına səbəb olur [12, 13, 14, 15].

Hazırkı tədqiqatda qarşıya qoyulmuş məsələyə uyğun olaraq, xarici genital endometriozun laparoskopik diaqnostikası (şək. 1) aparılmışdır. Laparoskopik diaqnostikadan alınan məlumatlar 12% halda zəif rənglənmiş implantantın rast gəlinməsinə əsas vermişdir.

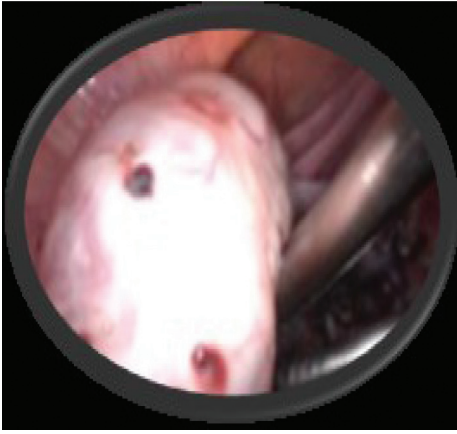


Şək.1. Endometrioz. Laparoskopik görünüş. (şəxsi müşahidə)

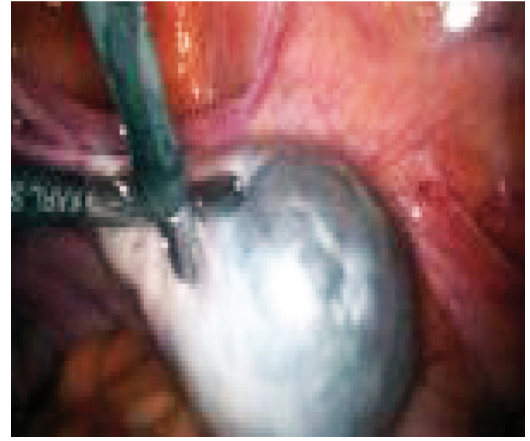
Qeyd etmək vacibdir ki, laparoskopik müayinə prosesində endometriozun rəngli qamma ocaqları məlum xəstəliyin progressivliyindən asılı olaraq dəyişmişdir. Həmçinin, bəzi endometrioz ocaqlarının regressivləşməsi (zəif pigmentasiyasız) pasientdə xəstəliyin digər orqanların da cəlb olunması ilə gedən sonrakı inkişafının rast gəlinəcəyini inkar etmir. Tərəfimizdən təyin olunmuşdur ki, qırmızı implantantlar endometrioz ocaqlarının daha çox aktiv mərhələdə inkişafını təzahür edir (şək. 2, a; b). Onu da vurğulamaq lazımdır ki, bir neçə

hallarda (11%) endometrioz bitişmə prosesinin altında gizlənmişdir (şək. 2, c).

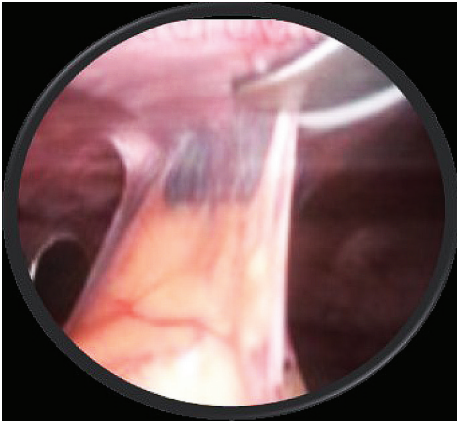
Beləliklə, aparılmış laparoskopik tədqiqata əsasən, yumurtalıqların endometrioid kistalarının xarakterik əlamətləri aşkara çıxarılmışdır: yumurtalıqların diametri 8 sm-dən böyük olmayan (əsasən 1-dən 8 sm-ə qədər) oval və ya dairəvi forma alması; həmçinin, tünd göy rəngli qalın kapsula; qatı, şokolad rəngli möhtəviyyət; çanağın yan səthində və/və ya uşaqlığın enli bağı və oma-uşaqlıq bağında bitişmələr təyin olunmuşdur.



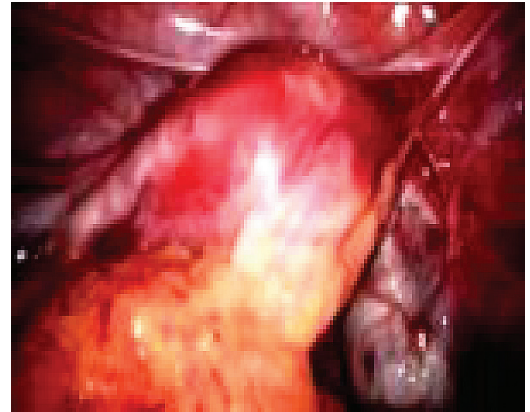
Şək.2. (a) Yumurtalıqın endometriozu. Sol yumurtalıqda ocaqlar (qırmızı rəngdə) görünür.



Şək.2. (b)



Şək.2. (c) Bağırsağın qarının ön divarı ilə bitişməsi (şəxsi müşahidə).



Şək.2. (d) Kiçik çanaqda bitişmə prosesi. Böyük piylik uşaqlığın arxa divarına bitişmişdir (şəxsi müşahidə).

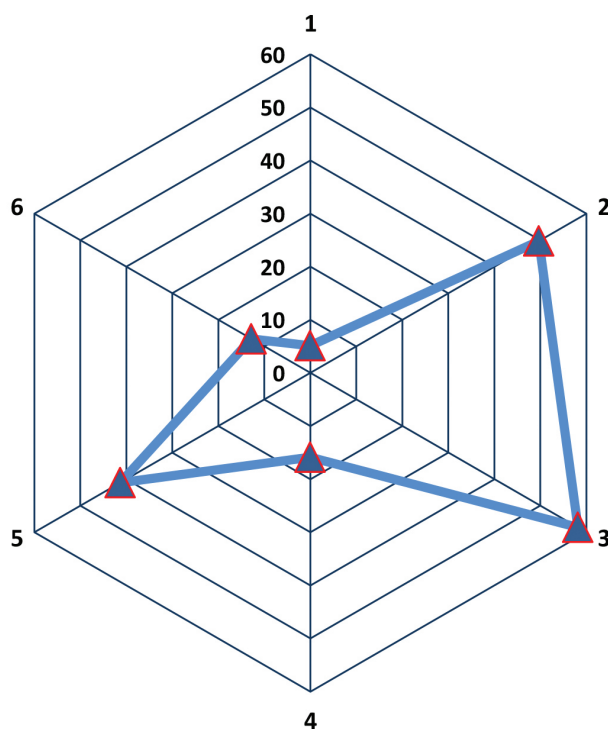
Yumurtalıqın səthində yerləşmə zamanı, əsasən qabıq qatında, diametri 2 sm-ə qədər olan endometrioid kistlərin laparoskopik şəkli eyni müşahidə edilsə də, lakin kistaların kapsulası nəzərəcarpan dərəcədə qalın olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, endometrioid kistalar həmçinin digər lokalizasiyalı endometriozla müştərək olaraq da rastlanmışdır. Endometrioid zədələnmələr daha çox oma-uşaqlıq bağı, uşaqlığın enli bağı, uşaqlıq-düz bağırsağ dərinləşməsi müsariqəsində aşkar edilmişdir. Uşaqlıq boru-

larının müsariqəsində 36% halda endometrioid ocaqlar tapılmışdır.

Şəkil 3-də laparoskopik üsulla yumurtalıqların endometrioid kistası aşkar olunan xəstələrdə kiçik çanağın müsariqəsinin müxtəlif lokalizasiyalı endometrioid zədələnmələrinin faizlə tezliyi göstərilmişdir.

Onu bildirmək vacibdir ki, rektovaginal toxumanın endometriozunun laparoskopik diaqnostikası olduqca mürəkkəbdir.

- 1-uşaqlıq boruları (5,1%);
- 2- uşaqlığın enli bağı (49,7%);
- 3- oma-uşaqlıq bağı (58,2%);
- 4-sidiklik-uşaqlıq büküşünün müsariqəsi (15,9%);
- 5- uşaqlıq-düz bağırsağ dərinləşməsinin müsariqəsi (41,3%);
- 6-retroservikal toxuma (12,8%)



Şəkl.3. Müxtəlif lokalizasiyalı endometrioid zədələnmələrin rastgəlmə tezliyinin diaqramı (%)

Bu xəstəliyin vizual qiymətləndirilməsi oduqca kasaddr. Endometrioid infiltratın çərçilməsi ilə böyümənin dərinliyini və patoloji prosesin ətraf toxuma və orqanlara cəlb olunma dərəcəsinə təyin etmək mümkün olmuşdur. Rektovaginal arakəsmədə müşahidə olunan endometrioz zamanı laparoskopik olaraq, qarın boşluğuna istiqamətlənmiş geniş əsasə malik olan konik formalı endometrioid ocaqlar aşkar edilmişdir. Bununla belə, çanağın anatomik münasibəti saxlanmış, laparoskopik müayinə sərbəst aparılmış, uşaqlıq-düz bağırsağ dərinləşməsi, oma-uşaqlıq bağı əlçatan olmuşdur. Patoloji prosesin proqressivləşməsi hallarında bitişmələr müşahidə edilmişdir, nəticədə çanağın anatomik münasibəti dəyişmiş, düz bağırsağ oma-uşaqlıq bağına bitişərək, düz bağırsağ- uşaqlıq dərinləşməsini qapamış, nəticədə endometrioid ocaq tamamilə örtülmüşdür. Daha qarışıq hallarda laparoskopik olaraq çanaq müsariqəsində böyük zədələnmiş sahələr və uşaqlıqarxası boşluğun obliterasiyası təyin edilmişdir. Tədqiqat nəticəsində aşkar olunmuş endometrioid zədələnmələr və onlara müvafiq olan anatomik dəyişikliklər effektiv cərrahi müdaxilə tələb etmişdir. Məlumdur ki, xarici genital endometriozun müalicəsində cərrahi üsul endometriozun morfoloji substratını aradan qaldıran yeganə metoddur. Endometrioid ocaqların xaric edilməsinin 3 üsulu mümkündür: laparotomiya yolu ilə, laparoskopiya, vaginal giriş və ya sonuncunun laparotomiya və ya laparoskopiya ilə kombina-

siyası ilə. Endometriozun cərrahi yolla müalicəsi zamanı əsas giriş laparoskopik (endometrioid prosesin yumurtalıq, kiçik çanağın müsariqəsi, oma-uşaqlıq bağı, retroservikal və s lokalizasiyalarında) və laparovaginal (retroservikal endometriozun uşaqlıq yolu divarı, rektovaginal toxuma və ya çanaq divarına yayılması zamanı) hesab olunur. Bununla bağlı, xarici endometriozu olan xəstələrin müalicəsində müasir yanaşma laparoskopik metod hesab olunur və bu üsul bütün dünyada "qizil standart" kimi tanınır, digər metodlarla müqayisədə üstünlüyü prosesin dəqiq yerinin və yayılma dərəcəsinin təyininin mümkünlüyü, yanaşı gedən patologiyaların aşkar olunması, qeyri-məhdud həcmdə müalicəvi manipulyasiyaların icrasından (bitişmələrin ayrılması, xarici endometrioz ocaqlarının məhv edilməsi, yalnız yumurtalıq və artımların endometrioid kistlərini deyil, həmçinin retroservikal və s. zədələnmələrin də xaric eilməsi) ibarətdir.

Beləliklə, hazırkı tədqiqatın qarşısına qoyduğu məqsədlərdən biri xarici genital endometriozu olan xəstələrin müalicəsində laparoskopik müalicənin tətbiqi olmuşdur. Laparoskopik cərrahi müalicənin arzu olunan nəticələrinin əldə olunmasında təyin edici faktor mütəxəssis təcrübəsi, adekvat təchizatın mövcudluğu, endometrioid prosesin gedişinin xüsusiyyətləri və s. olmuşdur ki, bunlar da növbəti ağırlaşmalar olmadan effektiv müalicənin aparılmasında az rol oynamır. Qarşıya qoyulmuş məsələ ilə əlaqədar olaraq, tərəfimizdən 100 müalicə-diaqnostik

laparoskopiya əməliyyat icra olunmuşdur. Pasiyentlərin şikayətlərinin xarakter və tezliyi, dinamik olaraq, pasiyentlərdə müalicəyə qədər və müalicənin 1,3,6-cı ayında bimanual, ultrasəs müayinələrlə əldə olunan nəticələr tədqiq olun-

muşdur. Xarici genital endometriozun dürüst və dəqiq diaqnostikası laparoskopiya yolu ilə əldə olunmuşdur ki, bu da metodun effektivliyi və informativliyini bir daha sübut edir.

ƏDƏBİYYAT:

1. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д. варианты распределения гетеротопий на брюшине малого таза у больных с эндометриозом // Проблемы репродукции, 2006, № 4, с.84-88
2. Краснополяский В.И., Горский С.Л. Влияние хирургического лечения двусторонних эндометриоидных кист яичников на фолликулярный резерв при эндометриоз-ассоциированном бесплодии // Российский вестник акушера-гинеколога, 2009, № 5, с. 60-63
3. Бурлев В.А., Самойлова Т.Е., Шорохова М.А. Патогенетическое обоснование современных принципов лечения больных эндометриозом: за и против // Российский вестник акушера-гинеколога, 2008, № 4, с.23-30
4. Волков Н.И., Базанов П.А., Беспалова Ж.В. с соавт. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журнал акушерства и женских болезней, 2001, № 3, с.25-27
5. Васина И., Кирахалис Л., Федорович О. с соавт. Обоснование выбора препаратов при аденомиозе для восстановления репродуктивного потенциала // Врач, 2010, № 10, с. 57-62
6. Волков Н.И., Базанов П.А., Беспалова Ж.В. с соавт. Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом // Журнал акушерства и женских болезней, 2001, № 3, с.25-27
7. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе // Российский вестник акушера-гинеколога, 2008, № 1, с.24-28
8. Горский С.Л., Краснополяская К.В., Митюшина Н.Г. с соавт. Новые подходы к повышению эффективности ЭКО при эндометриоз ассоциированном бесплодии // Российский вестник акушера-гинеколога, 2009, № 1, с. 53-56
9. Давыдов А.И., Стрижаков М.А. Эндометриоз: спорное и нерешенное // Врач, 2006, № 9, с. 5-9
10. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз. Диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002, 112 с.
11. Кира Е.Ф., Рябцева М.В. Оценка качества жизни при эндометриоидной болезни // Журнал акушерства и женских болезней, 2008, № 1, с. 57-62
12. Коган Е.А., Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. Клинико-морфологические особенности эндометриоза яичников // Акушерство и гинекология, 2005, № 6, с.43-46
13. Кира Е.Ф., Ермолинский И.И., Мелько А.И. Эндометриоидная болезнь. Современные принципы лечения // Гинекология, 2004, т.6, № 5, с.231-237
14. Коколина В.Ф. Современные подходы к диагностике и лечению эндометриоза // Фарматека, 2003, № 2, с.63-67
15. Корсак В.С., Исакова Э.В., Васильева О.Е. Эндометриоз и ВРТ // Проблемы репродукции, 2006, № 3, с. 41-46
16. Костючек Д.Ф., Печеникова В.А., Дурасова Е.Н. Клинико-морфологические и морфофункциональные особенности эндометриоза яичников // Журнал акушерства и женских болезней, 2010, № 5, 110- 117
17. Костючек Д.Ф., Печеникова В.А., Дурасова Е.Н. Сравнительный анализ эндометриоза яичников и кист яичников неэндометриоидной природы // Журнал акушерства и женских болезней, 2011, № 1, 31- 37
18. Краснополяский В.И., Буянова С.Н. Консервативно-хирургическое лечение наружно-внутреннего эндометриоза // Журнал акушерства и женских болезней, 202, № 3, с. 113-116

Основные клинко-инструментальные особенности лапароскопической хирургии у женщин с генитальным эндометриозом

РЕЗЮМЕ

Севдимальева С.А.

*Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра акушерства-гинекологии II, Баку, Азербайджан*

*Ключевые слова: генитальный эндометриоз,
репродуктивный возраст, лапароскопия.*

Согласно настоящему исследованию, была проведена лапароскопическая диагностика наружного генитального эндометриоза. В нашем случае было проведено 100 лечебно-диагностических лапароскопических операций. Характеристики и частота жалоб пациентов были динамически исследованы у пациентов 1,3,6 месяцев лечения с бимануальным, ультразвуковым исследованиям. Честный и точный диагноз генитального эндометриоза яичников был получен с помощью лапароскопии, что еще раз доказывает эффективность и информативность метода.

The main clinical and instrumental features of laparoscopic surgery in women with genital endometriosis

SUMMARY

Sevdimalieva S.A.

*Azerbaijan Medical University, Department
of Obstetrics-Gynecology II, Baku, Azerbaijan*

*Key words: genital endometriosis,
reproductive age, laparoscopy*

According to the present study, laparoscopic diagnosis of external genital endometriosis was performed. In our case, 100 therapeutic and diagnostic laparoscopic operations were performed. The characteristics and frequency of patient complaints were dynamically investigated in patients with 1,3,6 months of treatment with bimanual, ultrasound studies. An honest and accurate diagnosis of genital ovarian endometriosis was obtained using laparoscopy, which once again proves the effectiveness and informativeness of the method.