

**АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭНДОМЕТРИОЗА**

Атаева Фарзона Нуриддиновна
Самаркандский государственный медицинский университет,
Республика Узбекистан, г. Самарканд
e-mail: info@sammu.uz

Резюме

В статье описываются современные методы диагностики и лечения хронической тазовой боли, связанной с эндометриозом.

Ключевые слова: эндометриоз, диагностика, терапия, хирургическое лечение.

Введение

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний и встречается у 70–90 % пациенток с симптомами тазовой боли [3, 7, 10, 13, 15]. Женщины с эндометриозом имеют повышенный риск боли в животе, дисменореи по сравнению с женщинами без эндометриоза [23, 29]. Оценка боли при эндометриозе и ее реакции на лечение затруднена из-за [11, 19] методологических трудностей измерения боли; [22] неполное понимание механизма, посредством которого эндометриоз вызывает боль; [13, 14, 16, 21] трудности в определении успеха медикаментозного и хирургического лечения по сравнению с плацебо; [4, 8, 9, 12, 17, 24] склонность хронической боли к прогрессирующему поражению окружающих систем органов за пределами репродуктивного тракта; и [5, 6, 18, 25] боль, связанная с эндометриозом, когда истинной причиной боли могут быть другие сопутствующие состояния. Это статья посвящена эндометриозу и связанной с ним тазовой боли, а также описывает варианты лечения. Заболевания репродуктивного тракта, которые могут вызывать хроническую тазовую боль, включают не только эндометриоз, но и аденомиоз, тазовые спайки, воспалительные заболевания таза, врожденные аномалии репродуктивного тракта, а также новообразования яичников или маточных труб. Тазовая боль, однако, не обязательно связана с гинекологическими причинами. Она может быть вызвана нарушениями со стороны желудочно-кишечной, мочевыводящей, нервной и опорно-двигательной систем, а также может быть проявлением психологических или психических расстройств. Общие негинекологические причины тазовой боли могут включать синдром раздраженного кишечника, интерстициальный цистит, фибромиалгию и скелетно-мышечные расстройства, такие как боль в триггерных точках и дисфункция тазового дна [2, 7, 26, 28]. Может быть трудно отличить эндометриоз от этих состояний, потому что симптомы могут быть схожими, возникающими циклически или постоянно. Перед лечением, а также у тех женщин, которые не реагируют на традиционную терапию эндометриоза, следует провести тщательное обследование для исключения других причин тазовой боли.

Эндометриоз может проявляться в различных формах в женском тазу, включая прозрачные везикулы, темные пигментированные очаги гемосидерина и белые рубцы, каждый из которых может способствовать возникновению боли по разным механизмам. Хотя, как правило, нет установленной связи между степенью заболевания и симптомами, локализация и тип заболевания могут влиять на тазовую боль [1, 15, 27]. Хотя эндометриоз считается прогрессирующим заболеванием, он также может оставаться статичным и даже регрессировать без лечения [16, 29]. Три наиболее часто предполагаемых механизма возникновения боли при эндометриозе: продукция таких веществ, как факторы роста и цитокины, активированными макрофагами и другими клетками, связанными с функционирующими эндометриоидными имплантатами [17, 28]; прямые и косвенные эффекты активного кровотечения из эндометриоидных имплантатов; и раздражение нервов тазового дна или прямое вторжение в эти нервы инфильтрирующими эндометриоидными имплантатами, особенно в слепом мешке [8, 19]. Остается правдоподобным, что у любого человека могут работать более одного или все эти механизмы. Гипотеза нейронного раздражения или инвазии получила большую поддержку в последнее десятилетие. Болезненные узелки в области дна матки и области крестцово-маточных связок имеют примерно 85% чувствительность и 50% специфичность для диагностики инфильтративного эндометриоза [3, 5, 10, 20]. У женщин с такими находками при гинекологическом осмотре может быть глубокая диспареуния и более выраженная дисменорея. У пациентов с инфильтрацией маточно-крестцовых связок и/или заболеваниями, непосредственно прилегающими к стенке прямой кишки или проникающими в нее, может быть дисхезия. Интенсивность боли, связанной с инфильтративным заболеванием, коррелирует с глубиной проникновения поражения. Наиболее сильная боль наблюдается, когда опухоль распространяется на 6 мм ниже поверхности брюшины. Наблюдались как перинеуральное воспаление, так и прямая инфильтрация нервов эндометриозом. Однако эти виды перинеуральных изменений чаще всего наблюдались у женщин с центральным поражением органов малого таза (т.е. вокруг маточно-крестцовых связок и в слепом мешке, а не у женщин с латеральным перитонеальным эндометриозом или эндометриозом яичников).

Оценка уровня боли у человека может быть затруднена. В большинстве клинических исследований боли используются стандартизированные методы, которые не используются в клинической практике, такие как визуальная аналоговая шкала (оценка боли от «отсутствия» до «самая сильная») [1, 5, 19], опросник McGill Pain Questionnaire [13, 24], или уникальная простая категориальная шкала [15]. Шкалы качества жизни, такие как SF-36 [26], также используются для оценки воздействия боли и реакции на лечение.

Диагноз. Интенсивность и характер боли при эндометриозе редко коррелируют с тяжестью заболевания, а циклическая боль не всегда свидетельствует об эндометриозе [2, 5]. Общеизвестно, что гинекологический осмотр неточен в оценке объема эндометриоза, а методы рентгенографии, сонографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) не улучшили точность диагностики. Оперативная визуализация характерных поражений обычно считается приемлемой заменой иссечения с гистологическим диагнозом эндометриоза [22]. Атипичные поражения, в том числе внутри перитонеальных карманов,

труднее охарактеризовать без биопсии [3, 14]. Хотя исследования показывают, что микроскопический эндометриоз может обычно ускользать от обнаружения при лапароскопии [15, 26], считается, что эти формы заболевания могут играть меньшую роль, если вообще играют, в боли, связанной с эндометриозом [24]. После того, как эндометриоз был диагностирован, прогрессирование заболевания не может быть надежно оценено по болевым симптомам или рентгенологическим исследованиям. Установление правильного диагноза с помощью лапароскопии до начала лечения лекарствами, которые связаны со значительными краткосрочными и долгосрочными побочными эффектами, является предпочтительным подходом, хотя необходимы дальнейшие исследования.

Хирургическое лечение эндометриоза

Кокрановский мета-анализ 5 рандомизированных контролируемых исследований, в которых оценивали лапароскопическое лечение эндометриоза по сравнению с диагностической лапароскопией без лечения, показал, что боль значительно уменьшилась в группе лечения [10]. Доля пациенток с улучшением болевых симптомов была значительно выше среди пациенток с умеренным и легким эндометриозом (100% и 70% соответственно), чем у женщин с минимальным заболеванием (40%) [21]. Рецидив боли после повторной операции по поводу рецидива заболевания колеблется от 20% до 40%, как и при первичной операции [12, 25]. В одном исследовании оценивали повторную лапароскопию у пациентов, у которых еще не было симптомов через 1 год после первоначальной операции. Из них у 29% наблюдалось прогрессирование заболевания, у 29% — регресс заболевания, а у остальных 42% заболевание не изменилось [6, 9, 18]. Ретроспективное исследование, в котором оценивалась частота последующих операций после лапароскопического лечения эндометриоза по поводу боли, показало, что 79,4%, 53,3% и 44,6% оставались без операции через 2, 5 и 7 лет соответственно [13]. Взятые вместе, эти наблюдения показывают, что лапароскопическое лечение эндометриоза действительно приводит к улучшению состояния и боли, и, таким образом, поддерживает рекомендацию лечить эндометриодные поражения во время диагностической лапароскопии. Хирургические варианты лечения эндометриоза включают использование униполярной или биполярной коагуляции, лазерную абляцию. Каждый из них имеет преимущества и недостатки в отношении удаления поражений, травм тканей и кровотечения. Единственное рандомизированное исследование с адекватной мощностью, сравнивающее иссечение и абляцию, не выявило значимой разницы в показателях боли в течение 1 года после операции. Кроме того, на результаты не влияла стадия заболевания или то, были ли поражения поверхностными или глубокими [24].

Консервативная терапия эндометриоза

Оценить успех медикаментозного лечения эндометриоза сложно. В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях оценивались отдельные варианты лечения [22–25]. Рандомизированные испытания, сравнивающие различные агенты, смешиваются с побочными эффектами, связанными с лекарствами. Кроме того, в

исследованиях по мониторингу субъективной конечной точки боли сообщалось об эффектах плацебо в пределах 40-45% [16].

Для лечения эндометриоза использовались оральные контрацептивы (ОК), прогестагены, даназол, ГнРГ-а и антипрогестагены [27]. Клинические испытания таких методов лечения затруднены, потому что они обычно приводят к аменорее, а некоторые приводят к гипоестрогенным эффектам, которые мешают проведению слепого исследования. Ни в одном из исследований не проводилось прямого сравнения медикаментозного и хирургического лечения эндометриоза, и, таким образом, нет существенных доказательств, подтверждающих преимущество одного подхода над другим. Затраты и побочные эффекты часто определяют выбор лечения.

В нескольких исследованиях изучалась ценность послеоперационной медикаментозной терапии. Одно проспективное исследование показало, что по сравнению с плацебо 6-месячное лечение ГнРГ-альфа (нафарелина ацетат) после лапароскопической операции по поводу эндометриоза привело к большему уменьшению тазовой боли и более длительному интервалу перед необходимостью дальнейшего лечения [6]. Небольшое рандомизированное исследование, в котором сравнивали 3-месячный курс трипторелина и плацебо, не выявило разницы в частоте рецидивов боли или эндометриозом в течение 5 лет [17]. В более крупном исследовании с участием 269 женщин, получавших в течение 6 месяцев аГнРГ-альфа (гозерелина ацетат) после агрессивной хирургической резекции, послеоперационное медикаментозное лечение значительно замедляло время до рецидива симптомов по сравнению с выжидательной тактикой [28]. Рандомизированное исследование сравнило 6-месячный курс с низкодозированными комбинированными ОК и выявило сопоставимое облегчение боли и рецидивирование симптомов через 1 год [23].

Выводы. Эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, требующее пожизненного плана ведения с целью максимального использования медикаментозного лечения и избегания повторных хирургических вмешательств. В ряду этих серьезных медицинских вопросов главной задачей останется подбор индивидуального лечения каждой пациентке с целью обеспечения её текущих потребностей и долгосрочного сохранения качества жизни. Гормональная терапия позволяет, хотя бы частично, решить данные задачи при условии правильного выбора метода и постоянного наблюдения женщины с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью. Окончательное лечение эндометриоза – это гистерэктомия. Дальнейшие исследования, направленные на сравнение медикаментозного и хирургического лечения, явно оправданы.

Литература

1. Агабабян Л. Р. и др. Негормональная коррекция климактерических расстройств у женщин с эндометриозом // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 77-84.
2. Ахтамова Н. А. и др. Синдром хронической тазовой боли-современный взгляд на проблему (Обзор литературы) // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 91-95.
3. Ахтамова Н. А. и др. Инновационный метод лечения хронической тазовой боли // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 89-91.

4. Бабаджанова Г. С., Абдурахманова С. И. Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы) //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – №. 3. – С. 85-90.
5. Гущин В. А., Бичурина А. С. Хирургическое лечение эндометриоза //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 3. – №. 4 (15). – С. 47-50.
6. Дубровина С. О., Берлим Ю. Д. Медикаментозное лечение боли, связанной с эндометриозом //Акушерство и гинекология. – 2019. – Т. 2. – С. 34-40.
7. Закирова Н. И., Суярова З. С., Тилавова Ю. М. К. Особенности симультанных операций в гинекологии (обзор литературы) //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 29 (41). – С. 104-109.
8. Зарипов А., Негмаджанов Б. Эндометриоидные кисты яичников как причина бесплодия //Журнал вестник врача. – 2015. – Т. 1. – №. 04. – С. 31-32.
9. Зейнитдинова З.А., Ризаев Ж.А., Орипов Ф.С. Степень цитологического поражения эпителия слизистой оболочки щеки при COVID-19 // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
10. Калинин О. Б. и др. Длительное применение диеногеста для лечения эндометриоза //Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. – №. 1-2. – С. 18-23.
11. Козаченко А. В. Гормональная терапия больных эндометриозом-современное состояние проблемы (обзор литературы) //Медицинский совет. – 2020. – №. 13. – С. 116-123.
12. Лапина И. А. и др. Лечение эндометриоза: фармакологические аспекты противовоспалительной активности // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – №. 6. – С. 77-81.
13. Негмаджанов Б. Б. и др. Преимущество гистероскопии в диагностике симптома «нише» после кесарева сечения //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 11-15.
14. Негмаджанов Б. и др. Успешная хирургическая коррекция аномалии развития женских половых органов после перенесенных напрасных операций //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 158-160.
15. Орлова С. А., Балан В. Е., Левкович Е. А. Современные тенденции медикаментозного лечения эндометриоза //Медицинский совет. – 2015. – №. XX. – С. 28-33.
16. Ризаев Ж.А. и др. Проявления коронавирусной инфекции SARS-COV-2 в полости рта // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
17. Ризаев Ж.А., Ризаев Э.А., Кубаев А.С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
18. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.

19. Сахаутдинова И. В. и др. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников //Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10. – №. 1 (55). – С. 113-117.
20. Солопова А., Чуканова Е. Диагностика и лечение эндометриоза: новый взгляд //Врач. – 2017. – №. 10. – С. 15-18.
21. Федотчева Т. А., Шимановский Н. Л. Роль гестагенов в лечении эндометриоза //Проблемы эндокринологии. – 2018. – Т. 64. – №. 1. – С. 54-61.
22. Хайдарова Д. Изучить частоту неврологических осложнений постковидного периода среди женщин в пре и постменопаузе в зависимости от сроков развития и возраста. – 2022.
23. Хилькевич Е. Г., Лисицына О. И. Современные аспекты лечения эндометриоза. Применение диеногеста //Медицинский совет. – 2017. – №. 13. – С. 54-56.
24. Щукина Н. А. и др. Современные подходы к лечению эндометриоза (изучаем мировые и отечественные рекомендации) //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2022. – Т. 22. – №. 2.
25. Attar E., Bulun S.E. Aromatase inhibitors: the next generation of therapeutics for endometriosis? // Fertil. Steril. - 2006. - Vol. 85, № 5. - P. 1307.
26. Aznaurova Y.B., Zhumataev M.B., Roberts T.K. Molecular aspects of development and regulation of endometriosis // Reprod Biol Endocrinol. – 2014. - № 12. – P. 50
27. Rizaev J. A., Sh A. M. COVID-19 views on immunological aspects of the oral mucosa.
28. Rizaev J.A., Umirzakov Z.B. B., Umirov S.E. Ways to Optimize Medical Services for COVID-19 Patients //Specialusis Ugdyimas. – 2022. – Т. 1. – №. 43. – С. 1217-1224.
29. Rizaev J.A., Rizaev E.A., Akhmadaliev N.N. Current View of the Problem: A New Approach to COVID-19 Treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.27.