

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Арешян К.А.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии», Ростов-на-Дону, Россия.
E-mail: arieshian@bk.ru.*

Одним из наиболее часто встречающихся форм генитального эндометриоза является эндометриоидное поражение яичников. На современном этапе нет единого мнения по ведению женщин с эндометриозом яичников. Существуют три основных направления в лечении: хирургическое, гормональное, комбинированное. При хирургическом лечении пациенток репродуктивного возраста самым важным является сохранение фертильности. При этом необходимо соблюдать все принципы микрохирургической операции. Медикаментозное (гормональное) лечение при небольших размерах эндометриодных кист позволяет сохранить овариальный и фолликулярный резервы и, как следствие, фертильность женщины. Поэтому ранняя диагностика эндометриоза играет большую роль в его лечении. Многочисленными клиническими исследованиями показано, что гормональная терапия, независимо от выбора препарата, по сравнению с плацебо успешно купирует боль, связанную с эндометриозом (dienogest подавляет экспрессию фактора роста нервов, который является ключевым медиатором генерации боли, связанной с эндометриозом), включая дисменорею, предменструальную боль, диспареунию и диффузную тазовую боль.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, диагностика, терапия, эндометриома.

THE MAIN ASPECTS OF THE TREATMENT OF ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS

Arieshian K.A.

"Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics", Rostov-on-don, Russia. E-mail: arieshian@bk.ru.

Cystic ovarian endometriosis is a widely spread genital form of endometriosis. However, there is still no universal opinion about managing women with ovarian endometriosis. There are 3 main treatment trends: surgical, hormonal and combined. Surgical treatment of patients of reproductive age implies preservation of fertility. It is necessary to observe all the principles of microsurgery using attenuated impact of up-to-date surgical energies on ovarian tissue (only damaged areas are enucleated) in order to save ovarian reserve. Medical (hormonal) treatment in case of small endometriomas (up to 3 cm) preserves ovarian and follicular reserve and, subsequently, fertility. Therefore, early diagnosis of endometriosis plays an important role in its treatment. Numerous clinical studies have shown that hormonal therapy, regardless of the choice of the drug, compared to placebo successfully relieves the pain associated with endometriosis (dienogest inhibits expression of nerve growth factor, which is a key mediator in the generation of pain associated with endometriosis), including dysmenorrhea, premenstrual pain, dyspareunia and diffuse pelvic pain.

Keywords: endometriosis, infertility, diagnosis, therapy, endometrioma.

Эндометриоз – доброкачественное разрастание ткани, функционально и морфологически подобной нормальному эндометрию. Для заболевания характерны повышенное локальное образование эстрогенов и чувствительность к ним, а также резистентность к прогестерону, что приводит к нарушению менструальной и репродуктивной функций, снижению качества жизни. Сопутствующий воспалительный процесс, иммунологическая дисрегуляция, ингибирование апоптоза, активация ангиогенеза – патогенетические факторы, способствующие выживанию и росту эндометриоидных имплантов. Эндометриозом страдают 6–10% женщин репродуктивного возраста, при хронических тазовых болях и бесплодии – 40–70% и 30–50% соответственно [1, 2, 10]. Эндометриоз яичников, на долю которого в структуре генитального эндометриоза

приходится около 50–60%, представлен кистами (опухолевидные образования размером от 0,5 до 10 см в диаметре с плотной капсулой) и гетеротопиями (мелкие точечные эндометриоидные очаги не более 0,5 см, располагающиеся в корковом слое и на поверхности яичника), которые в отличие от кист определяются только при лапароскопии. Эндометриоидные поражения яичников могут сопровождаться выраженным нарушением репродуктивной функции, наличием болевого синдрома и характеризуются высокой частотой рецидивов, что крайне негативно сказывается на качестве жизни женщины [1, 9].

Основные методы лечения эндометриоза яичников: хирургический, медикаментозный, комбинированный.

Комбинированное лечение объединяет хирургическое и медикаментозное. Хирургическое лечение – удаление (эксцизия) или деструкция (абляция) эндометриоидной ткани и адгезиолизис. Показанием к хирургическому лечению является хроническая тазовая боль, эндометриомы яичников, ректовагинальный эндометриоз, бесплодие. По последним данным, лапароскопию нужно проводить на 5–12 день цикла, что почти вдвое снижает риск рецидива заболевания. При наружном эндометриозе основной целью лечения является удаление эндометриоидной ткани, рассечение спаек, восстановление фертильности при бесплодии лапароскопическим доступом. По современным представлениям, удаление очагов эндометриоза проводится различными энергиями, а не иссечением, которое значительно травматичнее.

По данным разных авторов, частота рецидивирования генитального эндометриоза в течение 4-х лет после операции составляет от 7 до 30 % [14]. Вероятность рецидива зависит от распространенности патологического процесса, от качества элиминации патологических очагов, от наличия и качества послеоперационного лечения [3]. Однако не определена конкретная значимость клинических маркеров в развитии рецидивирующего генитального эндометриоза.

Второй этап лечения после удаления эндометриом яичников – медикаментозная терапия, направленная на создание медикаментозной менопаузы, что способствует подавлению пролиферативной активности эндометриоидных гетеротопий [18,21]. Медикаментозное лечение эндометриоза включает эмпирическую медикаментозную терапию при наличии болей, характерных для эндометриоза яичников, адъювантную терапию в послеоперационном периоде для профилактики рецидивов, лечение рецидивов для снижения риска повторных операций, терапию, направленную на восстановление фертильности. [6, 11].

Медикаментозное лечение принято разделять на гормональное и негормональное. В результате лечения происходит блокада пролиферации эндометриоидной ткани, что служит

профилактикой прогрессирования процесса. Медикаментозный метод лечения эндометриоза основан на применении гормональных препаратов, которые позволяют ингибировать функцию яичников и исключить образование очагов эндометриоза. Назначают комбинированные оральные контрацептивы, прогестагены, препараты группы даназола и декапептила. Курсы лечения препаратами агонистов гонадотропин-рилизинг гормона составляют не более 6 месяцев [20,24].

Основной принцип медикаментозной терапии эндометриоза – подавление секреции эстрадиола яичниками [7,8]. Цель медикаментозной терапии эндометриоза состоит в подавлении овуляции, индукции гипоестрогении, вызове атрофии очагов эндометриоза, остановке прогрессирования процесса.

Гормональное лечение приводит к регрессу эндометриозных поражений, создавая состояние гипоестрогении или доминирования прогестагенного влияния [22]. На первом Европейском конгрессе по эндометриозу в 2012 г. в Сиене было четко декларировано, что даже верифицированные эндометриозные кисты яичников до 3 см в диаметре не подлежат хирургическому лечению и с ними можно смело допускать беременность. [12, 23]. Если целью лечения является восстановление фертильности, наступление беременности после указанного двухэтапного лечения следует ждать в течение 12 мес. в зависимости от возраста больной. При отсутствии беременности рекомендуется ЭКО [5, 19].

Пероральные, парентеральные, внутриматочные контрацептивы или прогестины в виде имплантатов используются в течение десятилетий с различной доказательной базой. Однако, для достижения терапевтического эффекта зачастую необходимо переходить на более высокие дозировки по сравнению с другими показаниями для их применения, что, конечно, увеличивает частоту побочных реакций (прибавка массы тела, андрогенные эффекты и сердечно-сосудистые осложнения) [3,4].

Еще одним перспективным направлением в лечении эндометриоза является попытка минимизировать воспалительный компонент в гетеротопиях. Важная роль в генезе симптомов эндометриоза яичников отводится провоспалительным цитокинам и активации оксидативного стресса, при этом происходит активация внутриядерного воспалительного медиатора NF- κ B (ядерный фактор каппа-энхансер легких цепей активированных В-клеток), который может поддерживать воспалительный ответ и стимулировать ангиогенез. Однако, систематические обзоры не доказали целесообразность применения антагонистов TNF- α [14] или пентоксифиллина [15] для лечения эндометриоза яичников.

Анализируя данные литературы последних лет, не было встречено работ, в которых была бы доказана эффективность ранней диагностики и лечения эндометриозных кист яичников диаметром до 3 см и частота наступления беременности в зависимости от методов

лечения эндометриоидных кист. Таким образом, учитывая важность улучшения социально-демографической ситуации в России и сохранения репродуктивного здоровья молодежи, необходимо дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения эндометриоза, особенно на этапе амбулаторно-поликлинического звена.

Список литературы

1. Веропотвелян П.Н. Эндометриоз у пациенток страдающих бесплодием и его лечение / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.С. Сагань // Здоровье женщины. – 2013. – № 9. – С. 157–161.
2. Денисова В.М. Эффективность агониста гонадотропин-рилизинг гормона в терапии эндометриоза / В.М. Денисова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. 62.
3. Прогнозирование эффективности хирургического лечения бесплодия у женщин с малыми формами наружного генитального эндометриоза / А.К. Красильникова и др. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 7. – С. 36–39.
4. Рощина Г.Ф. Коррекция клинических проявлений эндометриоза и нарушений менструального цикла / Г.Ф. Рощина // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 2. – С. 58–65.
5. Савельева Г. М., Соломатина А. А., Михалева Л. М., Пашкова А. В., Воробьева Н. Н. Еще раз о терминологии эндометриоидных образований яичника // Акушерство и гинекология. - №6. - 2005, с. 33
6. Татарчук Т.Ф. Новые подходы к проблемным вопросам лечения генитального эндометриоза / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 3. – С. 36–45. 21. Тихомиров А.Л. Эндометриоз – сугубо хирургическая патология? / А.Л. Тихомиров // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 2. – С. 78–81.
7. Тихомиров А.Л. Эндометриоз – сугубо хирургическая патология? / А.Л. Тихомиров // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 2. – С. 78–81.
8. Тихомиров, А.Л. Эндометриоз – современные возможности фармакотерапии / А.Л. Тихомиров, И.Б. Манухин, М.А. Геворкян // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 23. – С. 1134-1136.
9. Унанян А.Л. Наружный эндометриоз: вопросы послеоперационной терапии / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, Е.А. Коган // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 13. – № 3. – С. 56–59.

10. Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников: новые аспекты патогенеза, клиники и лечения. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. //, М. 2007. – 50 с.
11. Чегура С.Б. Эндометриоз – «знакомый незнакомец». Выбор тактики ведения женщин с данной патологией / С.Б. Чегура // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 9. – С. 25–37.
12. Чегура С.Б. Эндометриоз – загадка века: серия мастер-классов в универсальной клинике «Оберіг» в помощь украинским гинекологам // Здоровье женщины. – 2013. – № 1. – С. 32–35.
13. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии / В.Н. Прилепская, Е.В. Иванова, А.В. Тагиева, А.Б. Летуновская // Гинекология. – 2012. – Т. 14. – № 4. – С. 4–8.
14. Эффективность лечения хронической тазовой боли у пациенток с наружным генитальным эндометриозом в зависимости от уровня метаболитов эстрогенов / И.Б. Манухин и др. // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 4. – С. 16–18.
15. Allen C., Hopewell S., Prentice A., Gregory D. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis // Cochrane Database Syst. Rev. 2009. Vol. 2:CD004753.
16. Giudice L.C. Clinical practice. Endometriosis // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 362. № 25. P. 2389–2398.
17. Interpreting human follicular recruitment and hormone concentrations throughout life / R. Fleming, T.W. Kelsey, R.A. Anderson et al. // Fertil. Steril. – 2012. – Vol. 98. – P. 1097–1102.
18. Kennedy S., Bergqvist A., Chapron C. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis // Hum. Reprod. 2005. Vol. 20(10). P. 2698–2704.
19. Lu D., Song H., Shi G. Anti- TNF - treatment for pelvic pain associated with endometriosis // Cochrane Database Syst. Rev. 2013;3:CD008088.
20. Littman E., Giudice L., Lathi R. et al. Role of laparoscopic treatment of endometriosis in patients with failed in vitro fertilization cycles // Fertil. Steril. 2005. Vol. 84. № 6. P. 1574–1578.
21. Low-Density Lipoproteins Oxidation and Endometriosis / G. Polak, W. Kwasniewski, B. Barczynski et al. // Mediators Inflamm. – 2013. – 167–78.
22. Lu D., Song H., Li Y. et al. Pentoxifylline for endometriosis // Cochrane Database Syst. Rev. 2012. Vol. 1:CD007677.
23. Vercellini P., Eskenazi B., Consonni D. et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: A systematic review and meta-analysis // Hum. Reprod. Update. 2011. Vol. 17(2). P.159–170.
24. Vercellini P., Giorgio Crosignani P., Somigliana E. et al. Waiting for Godot: a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis // Human Reprod. (Oxford, England) 2011. Vol. 26(1). P. 3–13.

Рецензенты:

Андреева В.О., д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Боташева Т.Л., д.м.н., профессор ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России, главный научный сотрудник., г. Ростов-на-Дону.