

Особенности амбулаторного и стационарного лечения пациенток с эндометриозом

Т.А. Обоскалова[✉], Е.Ю. Глухов, И.И. Астрыухина

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Екатеринбург, Россия

[✉]oboskalova.tat@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. Эндометриоз (N80) наиболее часто проявляется тазовой болью и бесплодием, аденомиоз характеризуется аномальными маточными кровотечениями. В настоящее время парадигма терапевтического подхода к лечению эндометриоза пересмотрена в сторону смещения оперативного лечения на 2-ю линию терапии, способом лечения 1-й линии определены медикаментозные средства: агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, прогестагены, ингибиторы ароматазы.

Цель. Сравнение клинико-anamnestических характеристик и лечебных мероприятий у женщин, находящихся на амбулаторном лечении и прошедших этап стационара с выполнением хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Изучены клинико-anamnestические и морфологические характеристики в 2 группах женщин: 1-я группа (n=27) получала медикаментозную терапию, 2-я группа (n=28) подвергнута хирургическому вмешательству.

Результаты и обсуждение. 25,9% пациенток 1-й группы были рекомендованы микродозированные комбинированные оральные контрацептивы с диеногестом в качестве прогестагенного компонента, монотерапия диеногестом – 44,4% пациенток, 22,2% получали дидрогестерон в пролонгированном режиме. Во 2-й группе при оперативном вмешательстве обнаружено 39 очагов эндометриоза, изолированных и в комбинации различных локусов: 30,8% составили кисты яичников, 10,2% – очаги на крестцово-маточных связках, 23,1% – на брюшине малого таза. Хирургический доступ определялся экстренностью вмешательства, предполагаемой локализацией очагов эндометриоза, сочетанием эндометриоза с другой патологией внутренних гениталий, 82,1% операций выполнены лапароскопическим доступом.

Выводы. Выбор терапевтического метода зависит от выраженности симптомов, степени тяжести эндометриоза, возраста и репродуктивных планов женщины. При выборе хирургического лечения следует руководствоваться не только необходимостью как можно более радикального удаления очагов эндометриоза, но продумывать хирургический доступ для минимизации дискомфорта и обеспечения достойного качества жизни после операции. Предложена трехэтапная модель ведения больных эндометриозом, включающая оценку эффективности проведенного лечения и необходимости разработки программы реабилитации.

Ключевые слова: эндометриоз, прогестагены, хирургическое лечение.

Для цитирования: Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Астрыухина И.И. Особенности амбулаторного и стационарного лечения пациенток с эндометриозом. Гинекология. 2019; 21 (6): 51–56. DOI: 10.26442/20795696.2019.6.190757

Review

Features of ambulatory and stationary treatment of patients with endometriosis

Tat'iana A. Oboskalova[✉], Evgenii Yu. Gluhov, Irina I. Astryuhina

Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. Ekaterinburg, Russia

[✉]oboskalova.tat@yandex.ru

Abstract

Background. Most common clinical manifestations of endometriosis (N80) include pelvic pain and infertility, while adenomyosis is associated with abnormal uterine bleeding. At present, approach to the treatment of endometriosis has been revised towards shifting surgery to the second-line therapy; medications are considered as the first-line therapy: gonadotropin releasing hormone agonists, progestogens, aromatase inhibitors.

Aim. Comparison of clinical and anamnestic characteristics and therapeutic procedures in women who were treated on an outpatient basis and those who were hospitalized and underwent surgical intervention.

Materials and methods. Clinical-anamnestic and morphological characteristics were studied in two groups of women: 1st group (n=27) received drug therapy, 2nd group (n=28) underwent surgical intervention.

Results and discussion. In the 1st group, 25.9% of patients received microdosed combined oral contraceptives which contain dienogest as a progestogen component, 44.4% of patients received monotherapy with dienogest, and 22.2% of patients received dydrogesterone in a prolonged mode. In the 2nd group, 39 foci of endometriosis, isolated and in a combination of various loci, were revealed during surgery, of which 30.8% were ovarian cysts, 10.2% were foci on the sacro-uterine ligaments, 23.1% were on the pelvis peritoneum. Surgical approach was determined by the urgency of intervention, an exact localization of endometriosis foci, a comorbidity of endometriosis with another pathology of the internal genitalia, 82.1% of surgery were performed by laparoscopic approach.

Conclusions. The choice of treatment method depends on the severity of symptoms, the woman age and her reproductive intentions. When choosing a surgical treatment, one should be guided not only by the need for the most radical removal of endometriosis foci, but also should consider a surgical approach to minimize discomfort and provide a good quality of life after surgery. A three-stage model for the management of patients with endometriosis is proposed, which includes an assessment of treatment effectiveness and the need to develop a rehabilitation program.

Key words: endometriosis, progestogens, surgical treatment.

For citation: Oboskalova T.A., Gluhov E.Yu., Astryuhina I.I. Features of ambulatory and stationary treatment of patients with endometriosis. Gynecology. 2019; 21 (6): 51–56. DOI: 10.26442/20795696.2019.6.190757

Актуальность

Эндометриоз (N80) представляет собой патологический процесс, характеризующийся ростом и развитием ткани, идентичной по структуре и функциям эндометрию за пределами границ его нормальной локализации в полости матки [1]. Эндометриоз является эктопией и сходен по своим морфологическим и патогенетическим характеристикам с опухолями, воспалением, патологическими регенераторными процессами [2]. В популяции женщин репродуктивного воз-

раста он регистрируется с частотой 15%, а среди женщин, страдающих бесплодием, до 50% [2]. Данная нозологическая форма остается одной из актуальных и недостаточно изученных тем в гинекологии: не ясны этиологические факторы и механизмы возникновения и прогрессирования заболевания, существующие методы диагностики не всегда отражают степень поражения тканей и верификацию очагов [2, 3].

В настоящее время ученые склоняются к представлению о патогенезе эндометриоза как о процессе, с одной сто-

роны, обусловленном повреждением клеток эпителия брюшины воспалительными агентами, эндо- и экзотоксинами, которые запускают процессы апоптоза, одновременно стимулируется процесс метастазии эктопических клеток эндометрия, попавших в брюшную полость с менструальной кровью. Метастазированные клетки приобретают способность к адгезии, имплантации в брюшину и становятся основой эндометриозного очага, прогрессирующего в условиях активного ангиогенеза. С другой стороны, речь идет о метастазии нормальных клеток эндометрия в патологические под влиянием генетических и эпигенетических факторов [4].

На сегодняшний день предложено более 30 различных классификаций эндометриоза, но ни одна из них не является полной, поэтому следует пользоваться той, которая больше подходит к конкретному клиническому случаю, или применять сразу несколько классификаций [5].

Наиболее частыми проявлениями эндометриоза являются тазовая боль и бесплодие, аденомиоз характеризуется аномальными маточными кровотечениями [1, 3, 5].

Наружный эндометриоз и аденомиоз имеют общие генетические аспекты, в частности выявлены идентичные полиморфизмы в гене циклооксигеназы-2, участвующей в пролиферативных и опухолевых процессах и индуцирующей продукцию простагландина E_2 (ПГЕ₂). Усиленные сокращения матки, ишемия миометрия и эндометрия создают условия для воспалительного повреждения базальной мембраны эндометрия и способствуют ее инвагинации в миометрий. Вслед за этим включаются механизмы нарушения процессов пролиферации, апоптоза, неоангиогенеза и экспрессии матричных протеиназ, которые составляют суть патогенеза аденомиоза [3].

Дисменорея является распространенным гинекологическим заболеванием и делится на первичную и вторичную [3]. Вторичную аменорею связывают с наличием эндометриоза, но и первичная аменорея, возникающая в периоде пубертата или раннем репродуктивном периоде, с большой вероятностью может быть обусловлена наружным эндометриозом и аденомиозом [3]. Хроническая тазовая боль при эндометриозе встречается в 26–90% случаев и сохраняется или возвращается даже после адекватной терапии [3, 5]. Механизмы связанной с эндометриозом боли сложны. Известно, что не существует четкой корреляции между степенью распространенности эндометриоза и интенсивностью боли, но при ректовагинальном эндометриозе тяжесть болевого синдрома прямо пропорциональна глубине инвазии эндометриоидных очагов в ткани [4, 6].

В генезе возникновения тазовой боли в перименструальный период большая роль отводится ПГФ₂-альфа и ПГЕ₂. В ряде исследований показано, что для дисменореи характерно также значительное повышение внутриматочного давления, увеличение частоты и дисрегуляция маточных сокращений. Сильные маточные сокращения приводят к ишемии миометрия, что усугубляет боль [3].

В формировании и восприятии болевой симптоматики важную роль играют нервные окончания в виде адренергических и холинергических волокон, количество и плотность которых увеличены в очагах эндометриоза, что приводит к их аномальной функциональности, повышению возбудимости [4]. Нейроны синтезируют регуляторные белки нервной ткани – нейротрофины, которые действуют локально в месте высвобождения, а также стимулируют разветвление дендритов и рост аксонов в направлении клеток-мишеней. Эти процессы называются «арборизация» и «спрутинг» [7]. В работах Е.А. Коган и соавт. (2014 г.), установлено, что морфологическим субстратом соматогенной боли при эндометриозе кишечника является его распространение в межмышечном пространстве. Авторы обнаружили эндометриоидные клетки, располагавшиеся периневрально, интраганглиально, пери- и интраваскулярно, что является предпосылкой для развития нейропатической боли [1].

Бесплодие при эндометриозе обусловлено такими факторами, как нарушение транспортной функции маточных

труб, функциональная неполноценность эндометрия, нарушение функциональных взаимосвязей в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, развитие аутоиммунных реакций, активность стволовых клеток [8]. Частота бесплодия при эндометриозе в 3–4 раза выше, чем в общей популяции женщин, но и наступившая беременность прерывается в 10–50% случаев уже в I триместре, что говорит о глубоких нарушениях репродуктивной системы при этом заболевании [9].

Эндометриоз может сочетаться с другими пролиферативными заболеваниями женской половой сферы. Установлено, что эндометриоз и миома матки имеют сходные и даже идентичные группы генов пролиферации, онкогенеза и онкосупрессии, факторов роста, ангиогенеза, клеточного матрикса и адгезии, половых гормонов, цитокинов, микроРНК. Однако значительное число генов при эндометриозе и миоме матки существенно отличаются, что указывает на различие молекулярных механизмов этих заболеваний. Миома и эндометриоз берут начало из мезенхимальных стволовых клеток (мСК) и имеют общие гены, но действие других генетических и эпигенетических факторов, контролирующих дифференцировку мСК, изменяет метаболические пути, что приводит к развитию отличающихся друг от друга патологических процессов [10].

Отсутствие точных представлений об этиологии, сложность патогенеза эндометриоза, различные по виду, длительности и локализации клинические проявления, дифференциация задач лечения в зависимости от возраста, репродуктивных планов и сопутствующей патологии обуславливают трудности терапии эндометриоза [8].

В настоящее время парадигма терапевтического подхода к лечению эндометриоза пересмотрена на сторону смещения оперативного лечения на 2-ю линию терапии, способом лечения 1-й линии определены медикаментозные средства: агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов (аГнРГ), прогестагены, ингибиторы ароматазы [8, 11–13]. Однако изменились представления и о медикаментозной терапии. В недалеком прошлом было признано, что основой патогенетической терапии эндометриоза является уменьшение влияния эстрогенов на эндометриоидные очаги за счет блокирования их продукции яичниками, что достигалось применением аГнРГ [14]. В настоящее время показано, что препарат должен воздействовать непосредственно на очаг эндометриоза за счет антиэстрогенного, антипролиферативного, проапоптотического эффекта, купировать боль; такими эффектами обладают прогестагены [14]. Терапию прогестагенами рекомендуют проводить в непрерывном режиме и в дозах, на фоне которых развивается аменорея. Для лечения эндометриоза используются пероральные и парентеральные прогестагены: медроксипрогестерона ацетат, дидрогестерон, диенгест, внутриматочная система с левоноргестрелом. Дидрогестерон (производное прогестерона – ретропрогестерон – относится к прогестагенам III поколения) при пероральном применении селективно воздействует на эндометрий [13]. Диенгест оказывает антипролиферативное, антиангиогенное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие [14]. На фоне диенгеста происходит незначительное ингибирование уровня фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона и умеренное снижение продукции эстрадиола. На фоне длительного применения диенгеста уменьшаются частота и интенсивность тазовой боли. Обильные менструальные кровотечения купируются, но менструальная функция нарушается: у одних женщин наступает аменорея, у других сохраняются циклические или ациклические необильные кровянистые выделения [14].

В качестве терапии 2-й линии лечения эндометриоза предусмотрено назначение аГнРГ при лечении тяжелых и инфильтративных форм эндометриоза. Назначение ингибиторов ароматазы рекомендуется ограниченно, преимущественно для лечения женщин в постменопаузе [8, 9, 13].

В вопросе об оперативном лечении эндометриоза установлено, что хирургическое вмешательство должно носить

Таблица 1. Заболевания женской половой сферы в анамнезе больных эндометриозом		
Table 1. Female genital diseases in a medical history of patients with endometriosis		
Нозологические формы	Абс.	%
Воспалительные заболевания органов малого таза	5	18,5
Воспалительные заболевания нижнего этажа половых путей	7	25,9
Кисты яичников	5	18,5
Миома матки	1	3,7
Заболевания шейки матки	9	33,3
Аномальные маточные кровотечения	10	37,1
Синдром поликистозных яичников	4	14,8
Олигоменорея	6	22,2
Эндометриоз	14	51,8
Бесплодие	4	14,8
Апоплексия яичников	1	3,7
Осложнения после аборт	1	3,7

Таблица 2. Локализация очагов эндометриоза, выявленная при хирургическом вмешательстве		
Table 2. Localization of endometriosis foci revealed during surgery		
Локализация очагов эндометриоза	Абс.	%
Киста яичника	12	30,8
Маточные трубы	1	2,6
Широкая связка матки	3	7,7
Крестцово-маточные связки	4	10,2
Брюшина дугласова пространства	2	5,1
Брюшина малого таза	9	23,1
Ретроцервикальный инфильтрат	2	5,1
Миометрий (аденомиоз)	6	15,4
Всего	39	100

оздоровительный характер, а не ограничиваться диагностической целью [8, 12, 13]. Выполнение оперативного вмешательства рекомендуется при хронической тазовой боли, не купирующейся с помощью консервативной терапии, эндометриозных кистах или бесплодии, поражении соседних органов. При выявлении поражения смежных органов малого таза и необходимости расширения объема операции целесообразно привлечение к операции хирургов других специальностей. Оптимальным хирургическим доступом признана лапароскопия, однако сложность оперативных вмешательств предполагает, что они должны выполняться в специализированном стационаре 3–4-го уровня [8, 15].

Специальному пациенток, страдающих бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, определен функциональный подход на этапе первого хирургического вмешательства, заключающийся в максимально бережном отношении к овариальному резерву, нецелесообразности повторных операций, своевременном применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [8]. Рекомендуется с целью сохранения репродуктивной функции при выполнении радикального оперативного вмешательства удалять все эндометриозные инфильтраты в малом тазу и брюшной полости, но обязательно сохранять матку, даже в случае необходимости проведения аднексэктомии, что позволяет в последующем использовать ВРТ [8, 13].

Несмотря на систематизированную на настоящее время информацию об оказании медицинской помощи при эндометриозе, диагностический процесс и лечебные мероприятия зачастую существенно разнятся в различных клиниках. Мнения врачей амбулаторного и стационарного звена относительно терапевтических подходов иногда диаметрально противоположны.

Рекомендуется проведение лапароскопии при подозрении на наружный генитальный эндометриоз, наличии объ-

емных образований яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, сочетании с доброкачественными заболеваниями матки (миомой). Лапароскопия позволяет провести прямую визуализацию, в том числе очагов на брюшине малого таза, удалить эндометриозные поражения и получить гистологическое подтверждение диагноза, а также провести миомэктомию при наличии показаний [13].

Цель работы – сравнение клинико-анамнестических характеристик и лечебных мероприятий у женщин, находящихся на амбулаторном лечении и прошедших этап стационара с выполнением хирургического вмешательства.

Материалы и методы

Методом сплошной выборки взяты пациентки, находившиеся на лечении у врача гинеколога-эндокринолога в поликлинике МАУ «Городская клиническая больница №40» Екатеринбурга в период 2017–2018 гг. (1-я группа, n=27) и пациентки гинекологического отделения этой же больницы, лечившиеся с января по сентябрь 2019 г. (2-я группа, n=28). Данное подразделение принимает и плановых, и неотложных пациентов. Материалом послужили карты амбулаторного и стационарного пациента, операционные журналы.

Результаты исследования

В группе женщин, обратившихся на амбулаторный прием, медиана возраста составила 34,0 года (от 18 до 51 года), в возрасте моложе 24 лет были 3 пациентки (11,1%), 25–34 года – 11 (40,7%), 35–44 года – 12 (44,4%), 45–54 года – 1 (3,7%), более 55 лет – 0. У 11,1% пациенток менструации начались в 16 лет, у 3,7% менструации на момент обращения за медицинской помощью исследования не установились, у 18,5% становление цикла произошло в течение 1-го года. У 85,2% пациенток продолжительность цикла была в пределах 24–35 дней, длительность менструации у 88,9% составила 3–7 дней, свыше 7 дней менструации были у 11,1% пациенток. 70,4% женщин указывали на болезненные менструации с начала менархе в течение первых 1–2 дней, применяли преимущественно нестероидные противовоспалительные препараты. 29,6% женщин указывали на симптомы предменструального синдрома различной степени выраженности. 59,2% пациенток характеризовали менструальную кровопотерю как обильную и очень обильную. Начали половую жизнь до 18 лет 55,6%, а 5 (18,5%) пациенток были девственницами. В браке состояли 66,7% женщин. У 37,0% беременностей не было, 11,1% имели в анамнезе искусственные и самопроизвольные прерывания беременности, у 51,9% пациенток от 2 до 6 беременностей закончились родами и абортми. В анамнезе имелись указания на широкий спектр соматической патологии. Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечали 25,9% женщин, мочевыводящих путей – 22,2%, уха, горла, носа – 25,9%, у 7,4% была анемия, травмы конечностей – у 18,5%. Заболевания женской половой сферы представлены в табл. 1.

По поводу имевшихся гинекологических заболеваний пациентки подвергались различным инвазивным вмешательствам на органах малого таза. Гистероскопия была выполнена 7 (25,9%) женщинам, причем 6 (22,2%) из них сделано лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и только 1 (3,7%) – аспирация эндометрия, операции на яичниках – 3 (11,1%), аппендэктомия – 1 (3,7%), лапароскопия – 4 (14,8%), кесарево сечение – 5 (18,5%). На момент обращения на прием 51,8% пациенток не использовали контрацепцию вообще, 14,8% указывали на контрацепцию прерванным половым актом и 25,9% – презервативами, и только 7,4% применяли эффективную гормональную контрацепцию, хотя в анамнезе 74,1% указывают на использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и вагинального кольца.

При обращении пациентки предъявляли жалобы на аномальные маточные кровотечения, тазовую боль и бесплодие. Обильные менструальные кровотечения отмечали

Хирургический доступ при эндометриозе	Экстренные операции		Плановые операции		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапаротомный	0	0	2	11,1	2	7,2
Лапароскопический	9	90,0	14	77,8	23	82,1
Влагалищный	0	0	2	11,1	2	7,2
Влагалищный, дополненный лапароскопией	1	10,0	0	0	1	3,6
Всего	10	100,0	18	100	28	100,0

25,9% пациенток, менометроррагии – 18,5%, длительные мажущие кровянистые выделения до и/или после менструации 18,5%.

На отсутствие болевого синдрома указывали 29,6% женщин, остальные отмечали различной интенсивности боль по визуально-аналоговой шкале от 6 до 10 баллов, начинающуюся за 2–5 дней до начала менструации, проходящую на 3–4-й день менструации, но для купирования боли требовался прием анальгетиков и спазмолитиков.

По данным УЗИ выявлен комплекс отклонений от нормальной анатомии органов малого таза. У 14,8% выявлена гиперплазия эндометрия, у 62,9% – аденомиоз с поражением миометрия от 1/3 до всей толщи мышцы матки до серозы, функциональные кисты яичников – 22,2%, эндометриоз шейки матки – 18,5%, эндометриоз кисты яичников – 18,5%, у 33,3% эндометриозные очаги в клетчатке малого таза, ретроцервикальной области, у 14,8% женщин обнаружены косвенные признаки спаечного процесса в малом тазу.

На основании данных клинического и аппаратного обследования диагноз эндометриоза установлен у всех женщин. Как правило, фиксировалось несколько локализаций эндометриозного процесса: 66,7% составил аденомиоз, эндометриозные кисты – 22,2%, эндометриоз клетчаточных пространств таза – 62,9%, эндометриоз шейки матки – 18,5%. Эндометриозу сопутствовали в 51,8% случаев цервицит и вагинит, аномальные маточные кровотечения – 25,9%, гиперплазия эндометрия – 11,1%, доброкачественная дисплазия молочной железы – 33,3%.

Учитывая разнообразие клинических проявлений эндометриоза, высокую коморбидность по соматической и гинекологической патологии, лечение назначалось с учетом персонализированного подхода. 25,9% женщин были рекомендованы микродозированные КОК с диеногестом в качестве прогестагенного компонента. Монотерапия диеногестом назначена 44,4% пациенток, 22,2% получали дидрогестерон в пролонгированном режиме. 25,9% было предложено оперативное лечение.

Большинство женщин (12–44,4%) получали диеногест не менее 6 мес. Ациклические скудные кровянистые выделения продолжительностью 4–10 дней отмечали 5 женщин, у 2 были прорывные обильные кровотечения, купированные приемом транексамовой кислоты, у остальных сразу наступила аменорея. Уменьшение болевого синдрома уже к концу 1-го месяца приема отмечали все женщины, купирование боли через 3 мес терапии наступило у 9 пациенток. У 3 слабый болевой синдром сохранялся на протяжении всего курса терапии, но не доставлял беспокойства женщинам.

В группе женщин, перенесших оперативное вмешательство, медиана возраста составила 34,5 года (от 25 до 55 лет), моложе 24 лет пациенток в этой группе не было, в возрасте 25–34 года – 14 (50,0%), 35–44 года – 7 (25,0%), 45–54 – 6 (21,4%), более 55 лет – 1 (3,6%) пациентка.

Всего обнаружено 39 очагов эндометриоза, изолированных и в комбинации различных локусов. Структура локусов эндометриоза представлена в табл. 2.

Хирургический доступ определялся экстренностью вмешательства, предполагаемой локализацией очагов эндометриоза, сочетанием эндометриоза с другой патологией внутренних гениталий (табл. 3).

Виды оперативных вмешательств при эндометриозе	Абс.	%
Радиоволновая и аргон-плазменная коагуляция очагов эндометриоза	9	19,2
Энуклеация кист яичников	13	27,7
Иссечение инфильтрированных очагов	8	17,0
Овариэктомия	4	8,5
Сальпингоэктомия	8	17,0
Гистерэктомия	5	10,6
Всего	47	100

Общий объем оперативных вмешательств из всех видов доступа составил 47 вариантов и зависел от распространенности очагов эндометриоза, их локализации, возраста женщины, ее репродуктивных планов (табл. 4).

В неотложном порядке поступили 10 (35,7%) женщин, в 5 случаях имел место разрыв эндометриозной кисты, в 2 – острые воспалительные заболевания органов малого таза с развитием пельвиоперитонита, 1 случай – геморрагический вариант апоплексии яичника, 1 – нарушение питания миоматозного узла, 1 – подозрение на внематочную беременность. В этих ситуациях исходно диагноз эндометриоза не стоял, предположение об эндометриозном характере патологии возникло только на этапе поступления в клинику, проведения физикального исследования и УЗИ в приемном отделении. 9 неотложных операций выполнены лапароскопическим доступом (90%), в 1 случае сделана лапароскопически дополненная влагалищная гистерэктомия в связи с наличием миомы матки больших размеров с нарушением питания миоматозного узла. У 19 (64,3%) женщин операции проведены в плановом порядке: в 7 случаях (38,9% от плановых больных) операции выполнялись по поводу диагностированных ранее эндометриозных кист яичников, в 5 (27,8%) – в связи с бесплодием. У 4 (22,2%) пациенток показанием для операции явилось наличие миомы матки больших размеров, у 2 (11,1%) – аденомиоза 3–4-й степени. 77,8% плановых операций сделаны лапароскопическим доступом, в 2 случаях сочетания эндометриоза и миомы матки тотальная гистерэктомия выполнена путем лапаротомии, при наличии аденомиоза 3–4-й степени оптимальным для гистерэктомии выбран вагинальный доступ.

Макроскопически во всех случаях кист яичников в полости кисты выявлялся детрит коричневого цвета, удаленные матки на разрезе с множеством эндометриозных ходов и очагами аденомиоза диаметром до 20 мм. Морфологическое подтверждение эндометриоза получено во всех случаях удаления органов или их части, как яичников, так и матки. В 6 (21,4%) случаях коагуляции очагов эндометриоза, располагающихся на брюшине малого таза, морфологического подтверждения нет, как нет указания на биопсию очагов эндометриоза перед их коагуляцией.

После хирургического лечения пациентки направлены в амбулаторное звено акушерско-гинекологической службы. Рекомендации о длительной терапии диеногестом даны 8

женщинам, аГНРГ – 2, 5 пациенткам, планировавшим беременность, рекомендовано начать прегравидарную подготовку на фоне применения дидрогестерона с 5 по 25-й день цикла, 13 пациенткам после удаления кист яичников и гистерэктомии гормональная терапия не рекомендована.

Обсуждение результатов

Проведенный клинико-анамнестический анализ пациенток с эндометриозом различной локализации показал, что клинические проявления эндометриоза в виде перименструальной боли (70,4%) и обильных аномальных маточных кровотечений (59,2%) имеются у пациенток с самого начала менструальной функции, требуют применения обезболивающих средств, однако пациентки нередко воспринимают эти проявления как вариант нормы и обращаются за медицинской помощью через 3–5 и более лет после появления симптомов. У 14,8% женщин эндометриоз выявлен в связи с началом обследования по поводу бесплодия. Отсутствие своевременной диагностики и адекватного лечения приводило к возникновению ситуаций, потребовавших оказания неотложной гинекологической оперативной помощи, вследствие разрыва эндометриоидных кист яичника, нагноения их с развитием перитонита. В таких случаях выполнение органосберегающих вмешательств было невозможно и заканчивалось удалением внутренних половых органов, иногда в объеме гистерэктомии, что лишало женщину возможности реализации репродуктивной функции в будущем.

Факторами, способствующими прогрессированию эндометриоза, у обследованного контингента могло быть крайне редкое использование гормональной контрацепции, прогестагенный компонент которой препятствует пролиферативным процессам эктопичного эндометрия. Внутриматочные вмешательства в виде выскабливания слизистой полости матки и хирургического аборта могли спровоцировать начало эндометриоидного процесса.

Федеральными клиническими рекомендациями 2016 г. рекомендуется проведение лапароскопии при подозрении на наружный генитальный эндометриоз, наличии объемных образований яичников по данным УЗИ органов малого таза, сочетании с доброкачественными заболеваниями матки (миомой). Лапароскопия позволяет провести прямую визуализацию, в том числе очагов на брюшине малого таза, удалить эндометриоидные поражения и получить гистологическое подтверждение диагноза, а также провести миомэктомию при наличии показаний [1].

Пациенткам, вошедшим в исследуемую группу, 90% неотложных операций и 77,8% плановых выполнены лапароскопическим доступом в соответствии с клиническими рекомендациями. Однако отсутствие указания на биопсию очагов эндометриоза в случаях применения аблационных методик следует считать определенным недостатком, так как в этих случаях отсутствует морфологическая верификация диагноза. Оправданным является выбор гистерэктомии в случаях сочетания эндометриоза с миомой матки, наличия аденомиоза тяжелой степени на фоне отсутствия эффекта от консервативного лечения. Вагинальная гистерэктомия позволяет минимизировать дискомфорт в послеоперационном периоде, а лапароскопическое дополнение способствует визуализации и санации очагов эндометриоза на брюшине малого таза.

Нам представляется, что лечение эндометриоза должно состоять из 3 этапов:

- I этап – интенсивное лечение выявленных очагов консервативными (3–6 мес) или хирургическими методами.
- II этап – оценка эффективности терапии, переносимости препаратов, оценка и корректировка репродуктивных планов женщины через 3–6 мес. Продолжение консервативной терапии с возможным изменением препаратов и схем лечения или переход к хирургическим методам.
- III этап – реабилитация после купирования клинической картины и/или удаления патологических очагов. Этот этап носит особенно персонифицированный характер, так как определяется множеством факторов: возрастом,

репродуктивными планами, необходимостью контрацепции или прегравидарной подготовки, соматической и гинекологической патологией, переносимостью терапии и ее приемлемостью, целесообразностью менопаузальной гормональной терапии.

Выводы:

1. Для постановки диагноза эндометриоза следует придерживаться четкого алгоритма, включающего тщательный сбор анамнеза, проведение квалифицированного физического обследования и современных лабораторных и аппаратных методов.
2. Выбор терапевтического метода зависит от выраженности симптомов, степени тяжести эндометриоза, возраста и репродуктивных планов женщины.
3. При выборе хирургического лечения следует руководствоваться не только необходимостью как можно более радикального удаления очагов эндометриоза, но и продумывать хирургический доступ для минимизации дискомфорта и обеспечения достойного качества жизни после операции.
4. Пациентки с эндометриозом подлежат очень длительному диспансерному наблюдению, в том числе в период постменопаузы, с ежегодной оценкой динамики заболевания с целью внесения корректив в терапию и профилактики рецидивов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Литература/References

1. Коган Е.А., Парамонова Н.Б., Демур Т.А. и др. Морфологический субстрат и патогенетические механизмы синдрома тазовой боли при эндометриозе. *Архив патологии.* 2014; 6: 37–43. [Kogan E.A., Paramonova N.B., Demura T.A. et al. *Morfologicheskii substrat i patogeneticheskie mekhanizmy sindroma tazovoi boli pri endometrioze.* *Arkhiv patologii.* 2014; 6: 37–43 (in Russian).]
2. Коган Е.А., Аконова Е.О., Унанян А.Л. Бесплодие при эндометриозе: краткий очерк современных представлений. *Пространство и время.* 2017; 1 (27): 251–9. [Kogan E.A., Akopova E.O., Unanian A.L. *Besplodie pri endometrioze: kratkii ocherk sovremennykh predstavlenii.* *Prostranstvo i vremia.* 2017; 1 (27): 251–9 (in Russian).]
3. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Никонец А.Д. и др. Дисменорея, эндометриоз, аденомиоз: клинико-патогенетические взаимоотношения. *Гинекология.* 2018; 20 (1): 9–15. DOI: 10.26442/2079-5696_20.1.9-15 [Unanian A.L., Sidorova I.S., Nikonets A.D. et al. *Dysmenorrhea, endometriosis, adenomyosis: clinical and pathogenetic relationships.* *Gynecology.* 2018; 20 (1): 9–15. DOI: 10.26442/2079-5696_20.1.9-15 (in Russian).]
4. Баранов В.С. Эндометриоз как проблема системной генетики. *Журн. акушерства и женских болезней.* 2013; 15 (1): 71–8. [Baranov V.S. *Endometrioz kak problema sistemnoi genetiki.* *Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei.* 2013; 15 (1): 71–8 (in Russian).]
5. Айламазян Э.К., Ярмолинская М.И., Молотков А.С. и др. Классификация эндометриоза. *Журн. акушерства и женских болезней.* 2017; 66 (2): 77–92. [Ailamazian E.K., Iarmolinskaia M.I., Molotkov A.S. et al. *Klassifikatsii endometrioz.* *Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei.* 2017; 66 (2): 77–92 (in Russian).]
6. Dai Y, Ling JH, Lang JH et al. Anatomical distribution of pelvic deep infiltrating endometriosis and its relationship with pain symptoms. *Chin Med J (Engl)* 2012; 125 (2): 209–13.
7. Шевелева Т.С., Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В. и др. Инновационный подход в оценке роли нейрогенеза, ангиогенеза и лимфангиогенеза в патогенезе наружного генитального эндометриоза. *Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга.* 2017; 1: 40–5. [Sheveleva T.S., Bezenar' V.F., Komlichenko E.V. i dr. *Innovatsionnyi podkhod v otsenke roli neurogeneza, angiogeneza i limfangiogeneza v patogeneze naruzhnogo genital'nogo endometrioz.* *Akusherstvo i ginekologiya Sankt-Peterburga.* 2017; 1: 40–5. (in Russian).]
8. Коган И.Ю., Геркулов Д.А., Гзьян А.М. Консервативные тенденции в стратегии преодоления бесплодия у пациенток с гениталь-

ным эндометриозом. Эффективная фармакотерапия. 2015; 19: 16–22.

[Kogan I.Iu., Gerkulov D.A., Gzgian A.M. Konservativnye tendentsii v strategii preodoleniia besplodiia i patsientok s genital'nyim endometriozom. Effektivnaia farmakoterapiia. 2015; 19: 16–22. (in Russian).]

9. Ярмолинская М.И., Молотков А.С., Беженарь В.Ф. и др. Комбинированная терапия распространенных форм генитального эндометриоза с применением ингибиторов ароматазы. Журн. акушерства и женских болезней. 2013; 62 (1): 64–70.

[Iarmolinskaia M.I., Molotkov A.S., Bezhenar' V.F. i dr. Kombinirovannaiia terapiia rasprostranennykh form genital'nogo endometriozia s prieneniem ingibitorov aromatazy. Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei. 2013; 62 (1): 64–70 (in Russian).]

10. Баранов В.С. Эндометриоз и миома матки с позиции системной генетики. Журн. акушерства и женских болезней. 2016; 55: 71–8.

[Baranov V.S. Endometrioz i mioma matki s pozitsii sistemoi genetiki. Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei. 2016; 55: 71–8 (in Russian).]

11. Dunselman GA, Vrijeul N, Becker C et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014; 86 (3): 400–12.

12. Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertil Steril 2012; 98 (3): 591–8.

13. Эндометриоз. Клинические рекомендации. ID: KP259. 2016. Общество по репродуктивной медицине и хирургии; Российская ассо-

циация гинекологов-эндоскопистов; Российская ассоциация по эндометриозу; Российская ассоциация эндокринологов; Российское общество акушеров-гинекологов.

[Endometrioz. Klinicheskie rekomendatsii. ID: KR259. 2016. Obshchestvo po reproduktivnoi meditsine i khirurgii; Rossiiskaia assotsiatsiia ginekologov-endoskopistov; Rossiiskaia assotsiatsiia po endometriozu; Rossiiskaia assotsiatsiia endokrinologov; Rossiiskoe obshchestvo akusherov-ginekologov (in Russian).]

14. Ярмолинская М.И., Фролова М.С., Андреева Н.Ю. Опыт длительного применения диеногеста у больных наружным генитальным эндометриозом. Журн. акушерства и женских болезней. 2016; 65 (Спецвып.): 78–9.

[Iarmolinskaia M.I., Frolova M.S., Andreeva N.Iu. Opyt dlitel'nogo priemeneniia dienogesta u bol'nykh naruzhnyim genital'nyim endometriozom. Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei. 2016; 65 (Spetsvyp.): 78–9 (in Russian).]

15. Сахаутдинова И.В., Мустафина Г.Т., Хабидулина Р.Н. и др. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников. Мед. вестн. Башкортостана. 2015; 10 (1): 113–7.

[Sakhautdinova I.V., Mustafina G.T., Khabibullina R.N. i dr. Sovremennye metody diagnostiki i lecheniia endometriozia iaichnikov. Med. vestn. Bashkortostana. 2015; 10 (1): 113–7. (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Обоскалова Татьяна Анатольевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: oboskalova.tat@yandex.ru

Глухов Евгений Юрьевич – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ

Астриухина Ирина Игоревна – ординатор каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ

Tat'iana A. Oboskalova – D. Sci. (Med.), Prof., Ural State Medical University. E-mail: oboskalova.tat@yandex.ru

Evgenii Yu. Gluhov – D. Sci. (Med.), Prof., Ural State Medical University

Irina I. Astryuhina – Medical Resident, Ural State Medical University

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.12.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.12.2019



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ

Москва
7–9 апреля
2020 года



Директор ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ

Г.Т. Сухих



Заместитель директора по научной работе, заведующая научно-поликлиническим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, председатель Российского «Общества по контрацепции» и «Ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии», д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ

В.Н. Прилепская



Организаторы Конгресса:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Российское общество по контрацепции
- Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии
- Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

при участии

- Европейского общества гинекологов (ESG)
- Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)
- Европейской Ассоциации по цервикальному раку (ECCA)



Место проведения:

Москва
ул. Академика Опарина, д.4
ФГБУ «НМИЦ АГП
им. В.И. Кулакова»
Минздрава России



Стоимость и условия участия

Подробная
информация на сайте
www.mediexpo.ru

Руководитель научной программы

Прилепская
Вера Николаевна
v.priepskaya@inbox.ru
+7 (495) 438-69-34

Регистрация и получение тезисов

Скибин Николай
reg@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (111)
+7 (929) 646-51-66

Бронирование гостиниц, заказ авиа- и ж/д билетов

Лазарева Елена
hotel@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (119)
+7 (926) 095-29-02

Участие в выставке

Ранская Светлана
svetlana@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (108)
+7 (926) 610-23-74

Аккредитация СМИ

Еремеева Ольга
pr@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (125)