



Патологические изменения, известные в настоящее время как эндометриоз, были представлены еще в 1800 году, однако его широкое распространение было признано лишь в XX столетии. Фундаментальные исследования и многолетние собственные наблюдения, посвященные причинам возникновения и развития эндометриоза, отражены в отечественных и зарубежных монографиях. Данные вопросы подробно обсуждаются на ежегодных всемирных конгрессах по эндометриозу и семинарах Российской ассоциации эндометриоза.

Предложено множество теорий гистогенеза эндометриоза, однако доминируют три основные теории, объясняющие возникновение данного патологического процесса.

Эктопическая трансплантация эндометриальной ткани

Целомическая метаплазия.

Теория индукции.

При этом необходимо отметить, что ни одна из этих теорий, рассматриваемая отдельно от других, не в состоянии объяснить развитие эндометриоза в его различных локализациях.

Эктопическая трансплантация эндометриальной ткани (теория имплантации). Имплантационная (транслокационная) теория, предложенная J.A. Sampson в середине 1920-х гг., базируется на предположении, что очаги эндометриоза формируются в

результате обсеменения и/или имплантации фрагментами эндометриальных клеток, попавших в брюшную полость и в область малого таза путем ретроградного тока через маточные трубы во время менструации. Эта гипотеза подтверждена большим количеством клинических и экспериментальных исследований. «Ретроградная менструация» встречается у 70-90% женщин и, возможно, является более характерной для женщин с эндометриозом, чем для женщин, не страдающих данным заболеванием. Присутствие эндометриальных клеток в перитонеальной жидкости, указывающее на ретроградный заброс, было отмечено у 59-79% женщин в период менструации или в ранней фолликулярной фазе. Полученные клетки можно культивировать в лабораторных условиях.

Эндометриоз следует подозревать у женщин со сниженной детородной функцией, нарушением менструальной функции и болезненными менструациями (альгодисменореей), болями при половой жизни (диспареунией), а также хроническими ноющими и тянущими болями в нижних отделах живота или пояснично-крестцовой области, усиливающимися накануне и во время менструации. Однако клиническое течение эндометриоза может быть и бессимптомным.

Болевой синдром. У женщин репродуктивного возраста альгодисменорея особенно подозрительна в отношении эндометриоза, если она возникает после нескольких лет безболезненных регулярных менструаций. Начинаясь в предменструальный период и продолжаясь в течение всего менструального кровотечения, боли причиняют пациентам тяжелые страдания и приводят к снижению, а порой и потере трудоспособности. У девочек боли могут начинаться с момента становления менструальной функции. Локализация боли может варьировать, но чаще всего бывает двусторонней

Результаты применения хирургических методов

Болевой синдром. Результат применения хирургического лечения и наличие боли у пациенток с эндометриозом опосредованы влиянием многих психологических факторов, имеющих отношение к личности пациентки, депрессии, а также семейным и сексуальным проблемам. Проспективные исследования выявили, что хирургическое воздействие оказывает лучшие результаты по сравнению с гормональной терапией после лечения пациенток с легкой и умеренной стадиями эндометриоза в течение 6 мес. У этих женщин после хирургического воздействия с применением лазера снижение боли достигается в 74%. Наименее эффективным хирургическое лечение оказалось у больных с начальной стадией эндометриоза. Имеются убедительные сведения о том, что у женщин с

начальной стадией заболевания при эндоскопическом доступе воздействие лазером может ограничить прогрессирование процесса.

Восстановление репродуктивной функции - зачастую главная задача хирургического лечения. Успех оперативного вмешательства в борьбе с бесплодием зависит от распространения эндометриоза. Эффективность, определяющаяся наступлением беременности при первой стадии заболевания, достигает 60%, при распространенном эндометриозе - 35%. Комбинированное медикаментозное лечение даназолом, агонистами гонадотропин-релизинг гормона (ГнРГ) или прогестинами может быть полезно с целью снижения степени развития заболевания у пациенток с распространенными формами. Послеоперационное гормональное лечение редко бывает показано, поскольку его применение предотвращает наступление беременности, а самые высокие показатели последней встречаются в течение 6-12 мес после проведенной органосохраняющей операции. По мнению большинства исследователей, в случае отсутствия беременности в течение первых двух лет после операции шансы на последующее деторождение резко снижаются.

Хирургическое лечение бесплодных женщин с легкой и умеренной стадиями эндометриоза - вопрос противоречивый. Так, у женщин с легкой стадией эндометриоза, не получавших терапию в течение 5 лет, суммарное количество беременностей составило 90%, что сопоставимо с 93% у женщин без эндометриоза. Сведения о том, что лапароскопическое удаление очагов эндометриоза улучшает способность пациенток к зачатию, приводятся многими, но не всеми исследователями. Возможно, индекс фертильности (MFR) выше в течение первых 6-12 мес после лапароскопической хирургии, чем после гормонального лечения. Хирургическое удаление очагов наружного эндометриоза крайне важно для профилактики прогрессирования заболевания, так как рецидивы в этом случае отмечаются реже, чем после медикаментозного воздействия.

Медикаментозное лечение

Все виды гормональной терапии эндометриоза преследуют в конечном итоге одну и ту же цель - угнетение гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы для развития атрофических изменений в ткани эндометриозидных гетеротопий. Подобные мероприятия условно можно назвать созданием состояния так называемой ложной беременности (псевдобеременности) путем использования комбинированных эстроген-гестагенных препаратов или же при применении активных антиэстрогенов (производных норстероидов, даназола), либо агонистов ЛГ-псевдоменопаузы. При этом необходимо помнить, что псевдоменопауза не идентична естественной менопаузе.

Последняя, как известно, характеризуется низким уровнем эстрогенов и высокими концентрациями гонадотропинов, в то время как при лекарственной псевдоменопаузе подавляется продукция эстрогенов яичниками путем сокращения выброса в гипофизе гонадотропинов, т.е. индуцируется гипогонадотропный гипогонадизм, или так называемая медикаментозная гипопизэктомия.

Использованные ранее диэтилстильбэстрол, метилтестостерон и другие андрогены не нашли широкого применения из-за недостаточной эффективности, а также серьезных побочных эффектов и тератогенного действия в случае наступления беременности в период проведения лекарственной терапии.

Подбор препаратов и методика их применения зависят от возраста больных, локализации и степени распространения эндометриоза, переносимости медикаментов, наличия сопутствующей гинекологической и соматической патологии.

Препараты для консервативной терапии

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты

(оральные контрацептивы)

Kister (1959) был первым, кто представил концепцию подавления циклической трансформации эндометрия с помощью эстроген-гестагенных контрацептивов (ОК) в качестве терапевтических мероприятий при эндометриозе.

Механизм их лечебного воздействия обусловлен блокадой синтеза гонадотропин-рилизинг фактора и как следствие - подавлением циклической секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, что сопровождается ановуляцией.

Использование указанных препаратов приводит к регрессии пролиферативных изменений в первой фазе менструального цикла и к неполноценной секреторной трансформации - во второй. При длительном приеме ОК железистый эпителий эндометрия подвергается инволюции, а нередко и атрофии. При этом строма подвергается децидуоподобной трансформации (состояние псевдобеременности), степень выраженности которой зависит от гестагенного компонента.

При использовании ОК наблюдается уменьшение болевого синдрома и интенсивности менструальноподобной кровопотери у 60-90% женщин. В первый год после терапии ОК количество рецидивов составляет 17-18%. Частота наступления беременности при этом виде лечения колеблется от 29 до 72%.

Несмотря на то, что ОК эффективно вызывают децидуоподобную трансформацию эндометрия, эстрогенный компонент может потенциально стимулировать рост эндометриоидных гетеротопий и усиливать боли в области малого таза в первые несколько недель лечения. ОК дешевле других методов лечения и могут быть полезны для краткосрочного лечения эндометриоза. Однако применение ОК нередко сопровождается побочными эффектами, к числу которых относятся: диспептические расстройства, нагрубания молочных желез, головокружение, слабость, быстрая утомляемость, артериальная гипертензия, нарушение функции почек и печени, неблагоприятное воздействие на систему гемостаза (интенсификация внутрисосудистого свертывания). Эти побочные реакции ОК в большей степени обусловлены эстрогенным компонентом.

<http://www.medhelp-clinic.ru> По материалам