

Эндометриоз. Актуальность проблемы сохраняется

ГУ НИИ ОМД МЗ РБ

В статье изложены данные об этиологии, патогенезе, клинике, методах диагностики эндометриоза и методах его лечения. Приведены данные отделения гинекологии 7 ГКБ г.Минска за 2003г.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, адаптационная резистентность организма, эндометриоидные гетеротопии, неспецифическая резистентность организма, гормонотерапия.

S. Laguto

The problem of endometriosis remains actual in our days. This article includes the information about etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis and management of the disease. The data of gynecological department (the 7-th Minsk City hospital, 2003) are presented here.

Key words: genital endometriosis, organism adaptation resistance, endometrioid heterotopy, nonspecific organism resistance, hormonotherapy.

Генитальный эндометриоз впервые был описан в 1860 году и до 70 – годов XX столетия являлся редким заболеванием. В последние 20 лет отмечается экспансивный рост заболеваемости среди женщин экономически развитых стран, позволивший отнести эндометриоз к “болезням цивилизации”. К настоящему времени эндометриоз занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости, поражая до 20% женщин репродуктивного возраста [1, 8, 9]. Более того эндометриоз больше не является прерогативой менструирующих женщин, так как описаны случаи возникновения заболевания у девочек в возрасте до 10 лет (раньше менархе), активация процесса в менопаузе. Однако, не смотря на неугасающий интерес к нему ученых во всем мире, эндометриоз остается загадкой и представляет серьезную проблему для исследователей и практических врачей. Обнаруживаются новые места локализации заболевания в организме: описаны случаи локализации эндометриоидных очагов в легких, бронхах, пресакральном нерве, плевре и перикарде. Эндометриоз может быть представлен наличием эктопических разрастаний эндометрия на париетальной или висцеральной брюшине малого таза, и, никак не проявляясь клинически, являться случайной находкой во время операции. Очаги эндометриоза в брюшной полости, наряду с классическими гетеротопиями “шоколадного” цвета, могут иметь вид красных и даже непигментированных белых участков [9].

За 2003 год в отделении гинекологии 7 ГКБ по поводу генитального эндометриоза было прооперировано 49 женщин. Из них лапаротомий 20, лапароскопий 29. Из женщин прооперированных путем лапароскопии 21 женщина была прооперирована по поводу бесплодия (17 человек - по поводу первичного бесплодия и 4 человека по поводу вторичного бесплодия), 8 женщин по поводу других причин (кисты яичников, СПКЯ). До лапароскопии диагноз эндометриоз был установлен у 1 женщины оперированной по поводу бесплодия и 1 женщины прооперированной по поводу других причин. До лапаротомии

диагноз эндометриоз был установлен у 12 женщин. Диагноз эндометриоза был подтвержден гистологически у 15 женщин прооперированных путем лапаротомии и у 19 женщин прооперированных путем лапароскопии. У остальных (10 лапароскопий, 5 лапаротомий) имелись отложения гемосидерина, что является косвенным признаком эндометриоза.

Рост очагов эндометриоза происходит в результате врастания элементов гиперплазированного базального слоя эндометрия в толщу подлежащего миометрия на участках деполимеризации и дезорганизации основного вещества и волокнистых структур соединительной ткани с ослаблением их электростатических, водородных и эфирных межмолекулярных связей. Данное явление отмечено при поражении аденомиозом всех степеней. На патоморфологическом уровне эндометриоз изучен недостаточно, что часто приводит к неадекватному его лечению.

В патогенезе эндометриоза увеличивается субпопуляция активных Т-лимфоцитов, происходит стимуляция клона В-лимфоцитов и нейтрофилов. Таким образом снимается иммунный самоконтроль за деятельностью иммунной системы.

Наиболее частыми симптомами эндометриоза являются: боли в период менструации (дисменорея), повышенная утомляемость, слабость, маточные кровотечения, диспареуния, диарея, кишечные боли, вздутие живота, тошнота накануне и во время менструации, головные боли и головокружение во время менструации [1, 6, 8]. Обильные и болезненные менструации отмечали 9 женщин прооперированных путем лапаротомии. У женщин, прооперированных путем лапароскопии жалобы на обильные менструации предъявляли 4 женщины, в тоже время болезненные менструации отмечали 11 женщин. Достаточно часто встречаются жалобы на субфебрилитет, боли при мочеиспускании, кандидоз влагалища. Интенсивность болей при менструациях может быть настолько велика, что женщины не способны выполнять никакую работу. Средний возраст возникновения заболевания составляет 32-34 года. Наличие родов в анамнезе оказывает защитный эффект, пролонгирует здоровый период жизни женщины [6]. Из наших наблюдений видно, что в молодом возрасте эндометриоз чаще встречается у женщин страдающих бесплодием и является находкой во время операции. Только у двух женщин прооперированных путем лапароскопии диагноз эндометриоз был установлен до операции. В более старшей возрастной группе эндометриоз проявляет себя клинически, часто сочетаясь с другой генитальной патологией (миома матки – 12 женщин, хронический аднексит, хронический сальпингит – 3 женщины).

Предрасполагающим фактором к развитию эндометриоза следует считать наличие дисбаланса между низкой физической активностью и высокой интеллектуальной или эмоциональной активностью. Также повышают риск развития заболевания наличие в анамнезе оперативных вмешательств, повторные неоднократные курсы противовоспалительного лечения.

В группе лапароскопий первичное бесплодие встречалось в 21 случае, роды и отсутствие аборт в анамнезе встречались в 5 случаях, роды и аборт в анамнезе – 1 случай, аборт в анамнезе – 2 случая. В группе лапаротомий

отмечалось следующее распределение: роды в анамнезе – 4 женщины, роды и аборт в анамнезе – 15 женщин, аборт в анамнезе – 1 женщина.

Эндометриоз матки называют внутренним, других органов наружным. Для эндометриоза тела и шейки матки характерны обильные и продолжительные менструации, скудные кровянистые выделения возникающие за 3-10 дней до менструации. Болевой синдром для эндометриоза матки не характерен. При сильных кровотечениях болей обычно не бывает [6]. При наружном эндометриозе боли резкие, острые, распирающие, жгучие. Для наружного эндометриоза характерна четкая локализация болей – они точечные, стабильно фиксированы из месяца в месяц. После прекращения болей сохраняются жалобы на слабость, утомляемость, раздражительность.

В общем анализе крови при генитальном эндометриозе отмечается увеличение лимфоцитов и лимфоидно-сегментоядерного коэффициента, как признак напряжения неспецифической адаптационной резистентности организма.

Дополнительным диагностическим методом при генитальном эндометриозе является УЗИ. Характерна шаровидная форма матки, неоднородность, ячеистость миометрия, ассиметричное утолщение передней и задней стенок матки, нечеткость заднего контура. При узловой форме аденомиоза в толще миометрия визуализируются узлы неоднородного строения неправильной формы без четких контуров.

Эффективность лечения не велика, после окончания лечения часто наблюдаются рецидивы заболевания. До настоящего времени является актуальным поиск рационального сочетания хирургического и медикаментозного методов лечения. Консервативная терапия применяется как сама по себе, так и в сочетании с хирургическим лечением и как предоперационная подготовка. Гормонотерапия при эндометриозе направлена на подавление функции яичников и индукции гипострогенового статуса, с целью вызвать инволюцию эндометриоидных очагов, может использоваться в качестве предоперационной подготовки.

Наиболее эффективными (40%) препаратами считаются агонисты гонадотропин релизинг - гормонов (а-ГнРГ). Они вызывают полное выключение гонадотропной функции гипофиза, в результате чего в организме развивается состояние, приравняемое к постменопаузе – аменорее.

Агонисты гонадотропин релизинг – гормонов также рекомендуются с целью предоперационной подготовки. Антигонадотропины (даназол, гестринон) имеют высокую частоту (85%) побочных эффектов, что ограничивает их применение [7]. При тяжелых формах эндометриоза у женщин после 40 лет при сочетании эндометриоза с миомой матки широко применяются чистые гестагены в непрерывном режиме (дуфастон, норколут, норэтистерон). Из-за отсутствия эстрогенного компонента они не влияют на углеводный и жировой обмен и АД, не вызывают выраженных изменений со стороны факторов свертывания крови и липидного обмена. Подавляя пиковую (овуляторную) секрецию гипофизарных гонадотропинов – ФСГ и ЛГ – гестагены не подавляют базальную секрецию этих гормонов, в отличие от агонистов ГнРГ, не приводят к появлению менопаузальной симптоматики [9, 7]. К производным природного прогестерона относятся Депо-провера и 17-оксипрогестерона капронат. Они не оказывают отрицательного воздействия на функцию желудочно-кишечного тракта и печени,

могут применяться при хроническом гепатите. При сочетании эндометриоза с гиперпролактинемией следует проводить комплексное лечение с использованием парлодела. При сочетании эндометриоза с хроническим воспалением придатков матки предпочтение следует отдавать эстроген-гестагенным препаратам, учитывая их противовоспалительное действие и хороший эффект в отношении эндометриоза. При наличии достигаемых очагов эндометриоза гормональное лечение можно ограничить местным введением прогестерона в очаги поражения на протяжении 2-4 менструальных циклов. Этот метод прост, высокоэффективен и приводит к стойкой ликвидации образований при минимальной медикаментозной нагрузке на организм. В комплексной терапии эндометриоза используется применение аутоыворотки, под действием которой отмечается нормализация общих и активных Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, несколько возрастает фракция Т-супрессоров, снижается содержание в крови биологически-активных 11-ОКС. Имеются данные о применении спленина в комплексной терапии эндометриоза. Спленин способствует улучшению азотистого обмена, нормализует функцию печени и коры надпочечников, факторов клеточного и гуморального иммунитета, снижает уровень гистамина в крови. В последнее время в лечении больных эндометриозом стал использоваться новый иммуномодулятор – циклоферон. Циклоферон является важнейшим гомеостатическим средством и фактором неспецифической резистентности организма. Для нормализации энергетического обмена в условиях гипоксии тканей целесообразно назначать антигипоксанты, регуляторы обмена креатинфосфата – пирацетам, никотиновую кислоту, сермион, курантил, антиоксикапс, АОК с селеном и др. Из немедикаментозных средств используются внутрисосудистое лазерное облучение крови гелий-неоновым лазером ЛГ 52-3, гипокситерапию (метод лечения, при котором проводится периодическое вдыхание газовой смеси, обедненной кислородом), постоянное магнитное поле, электромагнитное излучение крайне высокой частоты (КВЧ-терапия), гипербарическая оксигенация. При любых формах заболевания рекомендуется назначение седативных препаратов. Таким образом, в настоящее время нет достаточно надежного и стабильного средства борьбы с этим заболеванием. Необходимо вести поиск новых средств лечения этих заболеваний с учетом патомеханизмов, ответственных за имплантацию и развитие эндометриоидных гетеротопий.

Литература

1. Адамян Л.В. Генитальный эндометриоз: Клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации/ Адамян Л.В., Андреева Е.Н.; Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. -М., 1997. -31 с.
2. Занько С.Н. Хроническое воспаление придатков матки (этиология, патогенез, лечение, профилактика): Автореф. дисс... док. Мед. Наук: 14.00.01/ С.Н. Занько; Мин. мед. Ин-т.- Минск, 1998. –39 с.
3. Клинико – биохимические особенности эндометриоза при хирургическом лечении. /О.А. Пересада, Г.А. Берлов, Г.И. Герасимович и др.// Здоровоохранение. – 1998. - № 1. – С. 13-15.

4. Пересада О.А. Клинико-патогенетическое обоснование лечебной тактики при эндометриозе: Автореф. дисс... д-ра мед. Наук: 14.00.01./ О.А. Пересада; Мин. мед. Ин-т.- Минск 1998.-39 с.
5. Радецкая Л.Е. Негормональный гемостаз при меноррагиях у больных эндометриозом матки /клинико-морфологическое исследование/ Л.Е. Радецкая // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. Науч. Тр. –М. 1998. – С. 114-117.
6. Радецкая Л.Е Клиническая дифференциальная диагностика генитального эндометриоза/ Л.Е. Радецкая, С.Н. Занько// Охрана материнства и детства.- 2002.-№3.-С. 78-81.
7. Супрун Л.Е. Принципы консервативного лечения больных эндометриозом / Л.Я. Супрун, Л.Е. Радецкая// Охрана материнства и детства. – 2000.-№1.- С. 23-28.
8. Стрижаков А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты/ А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: Медицина, 1996.-330 с.
9. Barbieri R.L. Endometriosis and the estrogen threshold theory. Relation to surgical and medical treatment./ Barbieri R.L. //J/ Reprod. Med. –1998.-V.(3).-P/287-292.