

С. Ф. Торубаров^{1,2}, Е. Г. Гаврилова³, Н. Ю. Иванников³, А. Х. Каранашева³

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

¹ *Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения*

Российской Федерации;

² *Долгопрудненская больница, Московская область, Российская Федерация;*

³ *Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Москва*

Ключевые слова: эндометриоз, хирургическое лечение эндометриоза, гормональное лечение эндометриоза, диагностика эндометриоза.

S. F. Torubarov^{1,2}, E. G. Gavrilova³, N. Y. Ivannikov³, A. H. Karanasheva³

EFFECTIVENESS OF SURGICAL AND HORMONAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN

¹ *A. I. Evdokimov Moscow State Medical and Dental University of the Ministry
of Health of the Russian Federation;*

² *Dolgoprudnenskaya Hospital, Moscow Region, Russian Federation;*

³ *N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health
of the Russian Federation, Moscow*

Keywords: endometriosis, surgical treatment of endometriosis, hormonal treatment of endometriosis, endometriosis diagnostics.

Актуальность. Эндометриоз представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся разрастанием ткани, сходной с эндометрием, за пределами полости матки. Эндометриоз является одним из наиболее распространённых гинекологических заболеваний, поражающим до 10 % женщин репродуктивного возраста, что составляет примерно 190 миллионов женщин во всем мире [1, 2]. Заболевание ассоциируется с хронической тазовой болью, диспареунией, дисменореей и бесплодием, что существенно снижает качество жизни пациенток и приводит к значительной социально-экономической нагрузке [3].

Основным методом лечения данного заболевания у пациенток репродуктивного периода является хирургическое удаление эндометриозных очагов, предпочтительно лапароскопическим доступом. Однако одной из наиболее сложных проблем остаются рецидивы, которые возникают у 20–50 % пациенток в течение ближайших пяти лет после операции [4, 5]. Причины рецидивов включают остаточные эндометриозные очаги, прогрессирование заболевания, генетические или гормональные особенности пациентки [4, 5].

Послеоперационная гормональная терапия рассматривается как важнейший компонент профилактики рецидивов. Согласно современным исследованиям, использование агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ), прогестинов или комбинированных оральных контрацептивов позволяет снизить риск рецидивов на 30–60 % и уменьшить выраженность болевого синдрома [1, 2]. Несмотря на доказанную эффективность гормональной терапии, остаются нерешенными вопросы о длительности её применения, оптимальном выборе препаратов и её роли в профилактике рецидивов у пациенток с различными стадиями эндометриоза [5].

Цель: оценка эффективности хирургического лечения эндометриоза в сочетании с гормональной терапией в послеоперационном периоде с целью улучшения качества жизни пациенток.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование представляет собой ретроспективный анализ, проведённый на базе отделения оперативной гинекологии. В него были включены пациентки репродуктивного возраста (21–45 лет), которым в течение последних пяти лет проводилось хирургическое лечение эндометриоза. Критериями включения являлись подтверждённый диагноз эндометриоза по шкале rAFS и выполнение радикального или условно радикального хирургического вмешательства (удаление эндометриоидной кисты яичника, резекция яичника с эндометриомой, коагуляция и иссечение очагов эндометриоза). Из исследования исключались пациентки с миомой матки, онкологическими заболеваниями, беременностью или лактацией в послеоперационном периоде, а также те, кто получал гормональную терапию менее 3 месяцев после операции.

Оценка результатов проводилась по таким показателям, как частота рецидивов, необходимость в повторных операциях, а также уровень качества жизни (методики SF-36 и визуально-аналоговая шкала боли — ВАШ). Методы исследования включали клинические, лабораторные, гистологические, инструментальные.

Клинические методы: сбор анамнеза с анализом жалоб, менструальной функции, репродуктивного анамнеза, наличия сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний. Физикальное обследование включало гинекологический осмотр с оценкой состояния органов малого таза.

Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков, магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза для уточнения локализации и распространённости патологического процесса.

Проводилось гистологическое исследование биопсийного материала и резецированных тканей в условиях патологоанатомического отделения ГБУЗ «Долгопрудненская больница» МО.

Статистический анализ: обработку данных проводили с использованием статистического пакета SPSS версии 26.0. Для оценки различий между группами применяли t-тест для независимых выборок. Результаты представлены

в виде средних значений $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для всех статистических тестов уровень значимости принимался равным $p < 0,05$.

Результаты. В исследование были включены 88 женщин репродуктивного возраста, которые были прооперированы лапароскопическим доступом. Распределение пациенток по стадиям эндометриоза: I–II (60 %), III–IV (40 %). Пациентки были разделены на две группы: основная группа (Гр1) — 41 (46,6 %) женщина, получавшие гормональную терапию после операции (аГнРГ, прогестины, КОК), контрольная группа (Гр2) — 47 (53,4 %) женщин, отказавшиеся от гормонального лечения. В 1-й группе (Гр1) средний возраст женщин был $32,1 \pm 5,6$ года, в 2-й группе (Гр2) — $31,3 \pm 5,9$ года. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). В Гр1 30 % пациенток имели первичное бесплодие, 23 % — вторичное бесплодие. В Гр2 этот показатель составил 18 % и 24 % соответственно. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). Обильные менструации (более 80 мл) наблюдались у 72 % пациенток 1-й группы и у 67 % пациенток 2-й группы. Дисменорея была зарегистрирована у 45 % пациенток Гр1 и у 39 % пациенток Гр2. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). По ВАШ (визуально-аналоговая шкала) боль во время менструации от умеренной (4 балла) до нестерпимой (10 баллов) отмечали 80,4 % пациенток Гр2 и 73,6 % пациенток Гр1. Отягощённый соматический анамнез был выявлен у 52 % пациенток 1-й группы и у 49 % пациенток 2-й группы. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). Наиболее часто у женщин обеих групп встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (71 %), сердечно-сосудистой системы (21 %), органов дыхания (12 %), доброкачественные заболевания молочных желез (8 %) и заболевания эндокринной системы (7 %).

Анализ показал, что в Гр1 частота рецидивов через 1, 3 и 5 лет составила 10 %, 20 % и 30 % соответственно, тогда как в Гр2 эти показатели были значительно выше — 25 %, 45 % и 60 % ($p < 0,05$). Потребность в повторных операциях также была выше в группе, не получавшей гормональную терапию (40 % в Г2 против 15 % в Г1, $p < 0,01$).

Через 6 месяцев гормональной терапии в Гр1 72 % пациенток сообщили о значительном снижении болевого синдрома, в Гр2 — 34 %. Различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$). Анализ болевого синдрома по шкале ВАШ выявил снижение средней интенсивности боли до $3,2 \pm 1,1$ в Г1 против $5,7 \pm 1,4$ в Г2 ($p < 0,05$).

Качество жизни пациенток оценивалось через 6 месяцев после лечения. Средний балл по шкале SF-36 составил $88,5 \pm 4,2$ в Г1 и $65,3 \pm 5,1$ в Г2 ($p < 0,05$), что свидетельствует о значительном улучшении состояния пациенток, прошедших комбинированное лечение.

Выводы. Результаты настоящего исследования подтвердили, что хирургическое лечение эндометриоза в сочетании с гормональной терапией в послеоперационном периоде является эффективной стратегией для сни-

жения частоты рецидивов и улучшения качества жизни пациенток. Полученные данные соответствуют современным исследованиям, указывающим на то, что применение гормональной терапии после хирургического вмешательства позволяет сократить риск рецидива эндометриоза на 30–60 % [1, 2]. В группе пациенток, получавших гормональную терапию, отмечено значительное снижение уровня болевого синдрома по шкале ВАШ и улучшение показателей физического и психологического благополучия по шкале SF-36, что свидетельствует о высоком качестве жизни после комплексного лечения.

Сравнительный анализ между группами показал, что частота рецидивов эндометриоза и необходимость повторных оперативных вмешательств были достоверно ниже в группе, получавшей гормональное лечение. Данные результаты подтверждают важность гормональной терапии для пролонгации срока ремиссии и предотвращения рецидивов заболевания. Однако остаются нерешёнными вопросы относительно оптимальной длительности терапии и выбора наиболее эффективных гормональных препаратов, поскольку различные схемы лечения обладают различной степенью влияния на качество жизни и побочные эффекты.

Ограничениями исследования являются его ретроспективный дизайн и отсутствие рандомизации, что может влиять на точность результатов. Тем не менее, полученные данные позволяют обоснованно рекомендовать комбинированное лечение как предпочтительную стратегию ведения пациенток с эндометриозом. Дальнейшие перспективы исследований могут быть связаны с изучением влияния различных схем гормональной терапии на долгосрочные исходы, а также с анализом индивидуализированного подхода к лечению в зависимости от стадии заболевания и репродуктивных планов пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Endometriosis : Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology.* – Belgium : ESHRE, 2022. – URL: www.eshre.eu/Guideline/Endometriosis (Accessed 16 October 2023).
2. *Алгоритмы ведения пациенток с эндометриозом: согласованная позиция экспертов Российского общества акушеров-гинекологов / Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, Л. В. Адамян [и др.] // Акушерство и гинекология.* – 2023. – № 5. – С. 159–176.
3. *Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis / C. Chapron, L. Marcellin, B. Borghese, P. Santulli // Nat. Rev. Endocrinol.* – 2019. – № 15 (11). – P. 666–682.
4. *Taylor, H. S. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations / H. S. Taylor, A. M. Kotlyar, V. A. Flores // Lancet.* – 2021. – № 397 (10276). – P. 839–852.
5. *Saunders, P. T. K. Endometriosis: etiology, pathobiology, and therapeutic prospects / P. T. K. Saunders, A. W. Horne // Cell.* – 2021. – № 184 (11). – P. 2807–2824.