

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 618.175.5

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ
ЭНДОМЕТРИОЗЕ****Л.Р. Агабабян, А.Ф. Орипова**Самаркандский Государственный медицинский институт,
Кафедра Акушерства и гинекологии факультета последипломного образования**ТАШҚИ ГЕНИТАЛ ЭНДОМЕТРИОЗ ҲАҚИДА ҲОЗИРГИ ЗАМОН ҚАРАШЛАРИ****Л.Р. Агабабян, А.Ф. Орипова**Самарканд Давлат Тиббиёт Институти
Дипломдан кейинги таълим факультети акушерлик ва гинекология кафедраси**MODERN IDEAS ABOUT EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS****L.R. Agababayan, A.F. Oripova**Samarkand State Medical Institute
Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Postgraduate Education

Эндометриоз – заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием, приводящее к образованию спаек и нарушениям физиологических процессов в перитонеальной жидкости [1,2]. Частота эндометриоза в популяции составляет около 10%, среди бесплодных женщин до 30%, в структуре синдрома тазовой боли – до 80% [3,7,15,22]. Увеличение частоты эндометриоза в последние годы связано с широким внедрением лапароскопии – основного метода в диагностике наружного генитального эндометриоза I степени распространенности.

Частота выявления наружного генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста, по данным различных авторов, составляет 12-50% [2,18]. У бесплодных женщин фертильного возраста начальные стадии (I-II) НГЭ выявляются в 38% случаев [3]. С учетом возрастающей частоты распространения, эндометриоз становится ведущей причиной бесплодия [4].

В зависимости от места локализации эндометриозидных гетеротопий различают генитальный (составляет основную часть всех локализаций 92-94%) и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз делится на внутренний (гетеротопии располагаются в теле матки, перешейке, интерстициальных отделах маточных труб) и наружный. Последний включает эндометриозидные поражения яичников, маточных связок и труб, шейки матки, влагалища, вульвы и др. Наружный генитальный эндометриоз, в свою очередь, по отношению к брюшине подразделяют на перитонеальный и экстраперитонеальный. Экстрагенитальный эндометриоз топографически не связан с тканями и органами репродуктивной системы [5,8]. До настоящего времени отсутствует общепризнанная классификация НГЭ [Nalbanski A., 2008]. Наиболее широко применяемой на сегодняшний день в мировой практике стала классификация НГЭ, разработанная в 1979г. и пересмотренная в 1996г. Американским обществом фертильности [American Fertility Society, 1996]. Данная классификация была разработана преимущественно для женщин с бесплодием и эндометриозом (таблица 1).

В этой классификации сделана первая попытка оценить выраженность отдельных эндометриозидных поражений в баллах и определить стадию заболевания на основе их суммирования. Классификация используется для сравнительной оценки результатов лечения эндометриоза в зависимости от стадии его распространения. Удобна для применения, для стандартизации выборок больных при научных исследованиях, для сравнения данных различных клиник [1,2]. Вместе с тем в этой классификации не учитывается уточнение активности процесса [3] и она не позволяет прогнозировать, течение и исходы заболевания [32].

Этиология эндометриоза до настоящего времени не установлена и продолжает оставаться предметом обсуждения [14]. Существует большое количество теорий, объясняющих

Таблица 1.

КЛАССИФИКАЦИЯ АМЕРИКАНСКОГО ОБЩЕСТВА ФЕРТИЛЬНОСТИ 1996 Г.

Эндометриоз			<3 см	1-3 см	>3 см
Брюшина	Поверхностный		1	2	4
	Глубокий		2	4	6
Яичники	Правый	Поверх- ностный	1	2	4
	Левый	Глубокий	4	16	20
	Правый	Поверх- ностный	1	2	4
	Левый	Глубокий	4	16	20
Облитерация позадиматочного пространства			Частичная	Полная	
			4	40	
Спайки			<1/3 запаяно	1/3-2/3 запа- яно	>2/3 запа- но
Яичники	Правый	Нежные	1	2	4
	Левый	Плотные	4	8	16
	Правый	Нежные	1	2	4
	Левый	Плотные	4	8	16
Трубы	Правая	Нежные	1	2	4
	Левая	Плотные	4	8	16
	Правая	Нежные	1	2	4
	Левая	Плотные	4	8	16

Примечание:

Оценка в баллах:

1-5 – стадия I

6-15 – стадия II

16-40 – стадия III

Более 40 – стадия IV

возникновение этой «загадочной» болезни [31]. Однако ни одна из них не объясняет появление эндометриозидных гетеротопий за пределами слизистой матки, и ни одна из них не стала окончательно доказанной и общепризнанной. В современном представлении теории патогенеза эндометриоза могут быть подразделены на пять основных групп [21]:

- транспортную (имплантационную, иммиграционную; лимфогенной, гематогенной и ятрогенной диссеминации),
- целомической метаплазии,
- эмбриологических клеточных гамартрий,
- гормональную,
- иммунологической концепции

К сожалению, ни одна из этих концепций происхождения эндометриоза не может объяснить ключевой момент развития НГЭ - имплантацию и превращение клетки эндометрия в эндометриозидный очаг [21]. Очевидно, этот процесс невозможен без следующих условий [14]:

- регургитированные клетки эндометрия обладают повышенной способностью к вы-

живанию, адгезии, имплантации и пролиферации;

- защитные факторы организма (брюшной полости) не в состоянии обеспечить элиминацию эктопических эндометриальных клеток или предотвратить метаплазию целомического эпителия.

Эти условия могут реализоваться под воздействием одного или совокупности нескольких факторов, комбинация которых может варьировать [14]:

- гормональный дисбаланс (гиперэстрогенный фон)
- снижение интактности эпителия
- нарушение в системах ангиогенеза
- генетическая предрасположенность
- нарушение метаболизма клеток эндометрия
- влияние неблагоприятной экологии
- нарушение местного и общего иммунитета.

В диагностике эндометриоза важнейшее значение имеют данные анамнеза. В группу высокого риска по выявлению НГЭ входят больные с длительно существующими признаками овариальной недостаточности, с первичным бесплодием, при исключении трубно-перитонеального фактора последнего, с хроническим болевым синдромом, а также пациентки, перенесшие выскабливания эндометрия, операции на матке (в том числе и кесарево сечение), операции на придатках [26]. Denny E. [24] отмечает, что эндометриоз чаще развивается у нерожавших, обильно и длительно (более 6 дней) менструирующих женщин с укороченным межменструальным интервалом (менее 27 дней); при дисменорее (гиперпролактинемия приводит к нарушению сократимости маточных труб, что является фактором, способствующим ретроградной менструации); пороках развития производных мюллеровых протоков с нарушением оттока менструальной крови. Длительное и безуспешное лечение воспалительных заболеваний у женщин с первичным бесплодием так же заставляет предположить эндометриоз.

Основными клиническими проявлениями начальных стадий НГЭ являются бесплодие, болевой синдром, нарушение менструальной функции и психоэмоциональной сферы [26].

Среди клинических проявлений начальных стадий НГЭ наиболее часто встречается бесплодие. При наличии жалоб на бесплодие необходимо, помнить о НГЭ, как одной из ведущих причин.

Поскольку перитонеальный эндометриоз в 60-80% ассоциируется с бесплодием, то по своему демографическому значению он уже начинает соперничать с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Частота начальных стадий эндометриоза особенно высока при бесплодии и синдроме хронической тазовой боли (до 90%) [14].

Болевой синдром является вторым по частоте встречаемости симптомом начальных стадий НГЭ. К болевому синдрому относят: тазовые боли (42,2%), не связанные с менструацией и половым актом; дисменореею (29,4%) - боли, связанные с менструацией; диспареунию (25,6%) - боли, связанные с половым актом [24].

Третье место среди клинических проявлений наружного генитального эндометриоза занимают нарушения менструальной функции по типу меноррагий и метроррагий [1]. По данным Г.А. Савицкого, С.М. Горбушина [15], 19,4% больных страдают меноррагиями, 16,9% - метроррагиями.

Для больных эндометриозом, особенно при длительном бесплодии и болевом синдроме, характерны не только изменения самочувствия и общего состояния, но и такие психоэмоциональные нарушения как неустойчивое настроение, раздражительность, эмоциональная лабильность, фобии, нарушение сна [27]. Из жалоб общего характера больные НГЭ отмечают немотивированную слабость (96,7%), недомогание (84,5%), повышенную утомляемость (68,9%) [2,24].

Для диагностики НГЭ всех стадий прибегают к лапароскопии особенно при наличии эндометриoidных кист яичников, кроме того, используется, ультразвуковое исследование,

магнито-резонансная томография и компьютерная томография [27].

Лапароскопия является "золотым" стандартом диагностики НГЭ [5,11,15]. Единственным методом диагностики начальных стадий перитонеального эндометриоза, на сегодняшний день, является лапароскопия с последующим подтверждением диагноза при гистологическом исследовании биопсийных материалов из гетеротопий [16, 37].

При локализации гетеротопий на поверхности брюшины точность лапароскопической диагностики достигает 100% [1,2,31]. По данным И.Б. Манухина и соавт. [12] при наличии эхографических признаков внутреннего эндометриоза у женщин с первичным бесплодием (в анамнезе не было никаких внутриматочных манипуляций) в 99% наблюдений при лапароскопии выявляется наружный генитальный эндометриоз I-II степени.

При лапароскопии оценивается локализация, степень распространения эндометриоза, характер очагов эндометриоза. Для прогнозирования течения эндометриоза, выбора тактики лечения, контроля эффективности терапии имеет значение определение активности течения эндометриоза [2]. Активность эндометриоза определяется на основании выраженности жалоб, характера визуальной картины эндометриоидных гетеротопий при лапароскопии и морфологической характеристики эндометриоидного очага [2]. Визуальные проявления эндометриоза можно характеризовать по цветовым признакам и по нарушенной анатомии брюшины. Лапароскопия обеспечивает при этом возможность определения величины имплантов, их количество, зрелости (по цвету и форме), активности. В настоящее время описано более 20 видов эндометриоидных гетеротопий [1,2]. По характеру эндометриоидных гетеротопий можно судить о стадии развития и активности наружного генитального эндометриоза. В различных эндометриоидных очагах морфогистохимические характеристики неоднородны: наблюдаются различия в соответствии с функциональной активностью железистого эпителия эндометрия и эндометриоидного поражения, вариативностью стромально-мезенхимальных отношений выстилающего эпителия эндометриоидных гетеротопий и подэпителиальной стромы с различным сосудистым компонентом, наличием зерен гликогена при гистохимическом исследовании и даже при электронном микроскопировании [1].

Установлено, что непигментированные прозрачные пузырьки, красные эндометриоидные гетеротопии (огневидные, везикулярные, петехиальные, папулезные) являются высоко-васкуляризованными и пролиферирующими и относятся к «ранним» и наиболее «активным» проявлениям НГЭ [23]. Такие очаги являются отражением секреторной активности и менструального отторжения. По мере накопления отторгшейся ткани в очаге красные «прогрессирующие» очаги превращаются в «промежуточные» желто-коричневые, в типичные (черные, фиолетовые, синие), расценивающиеся как «зрелые» или «стабильные» [23].

Процесс отторжения части очага индуцирует воспалительную реакцию вокруг очага, вызывая рубцовые изменения, фиброз, что уменьшает его васкуляризацию. Последующий фиброз приводит к рубцовым изменениям и образованию метаболически неактивных белых очагов, рубцов, что является проявлением «латентной» стадии эндометриоза [19]. Эти процессы могут совпадать по времени таким образом, что все типы гетеротопий могут присутствовать у одного пациента, более того в пределах I стадии распространения. В этом случае наблюдается полихромность эндометриоидных гетеротопий, являющаяся достоверным признаком прогрессирования НГЭ, в то время как монохромная картина гетеротопий свидетельствует об определенной стадии развития процесса или его стабилизации [1,2].

Таким образом, при неактивном течении эндометриоза жалобы больных, как правило, моносимптомны (бесплодие), а картина гетеротопий монохромна и представлена «стабильными» или «латентными» очагами, стромальный компонент в очаге преобладает над железистым. При активном течении эндометриоза жалобы больных, помимо бесплодия, выражены, картина гетеротопий полихромна (полисимптомна), преобладают «ранние» или «активные» очаги, железистый компонент в очаге преобладает над стромальным [27].

Таким образом, несмотря на возросшие диагностические возможности и расширение

арсенала лечебных мероприятий, распознавать и лечить больных эндометриозом не становится легче. Проблема НГЭ, особенно начальных стадий, оказалась более сложной, чем представлялась 15-20 лет назад.

Накопилась информация о разнообразии клинической картины, более сложными представляются вопросы, касающиеся бесплодия при эндометриозе. Появились «болезни лечения» и другие трудности, связанные с гормональной терапией. Увеличились частота и тяжесть аллергических реакций, развивающихся в процессе лечения больных эндометриозом. По многим аспектам терапии начальных степеней НГЭ у женщин, страдающих бесплодием, существуют противоречивые мнения.

Использованная литература:

1. Абдуллаева М.А, Асранкулова Д.Б., Маматова М.Р., Носирова Ф.Ж. Консервативное лечение эндометриоза. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017, № 3-4, стр. 167
2. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. - М.: Медицина, 2006. - 411с.
3. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Роль современной гормономоделирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза. Проблемы репродукции. 2011; 17(16): 66-77
4. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Беженарь В.Ф. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013, 58 с.
5. Асранкулова Д.Б., Гозиева Ш.С., Маматова М.Р., Мамадалиева М.М. Повышение эффективности профилактики спаечного процесса при операциях по поводу эндометриозных кист яичников. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017, № 3-4, стр. 17-18
6. Бурлев В.А. Варианты распределения гетеротопий на брюшине малого таза у больных с эндометриозом / В.А. Бурлев, А.С. Гаспаров, Е.Д., Дубинская // Пробл. репрод. - 2006. - Т. 12, № 4. - С.84-88.
7. Дамиров М.М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин. М.: Бино, 2010. / Damirov M.M. Genital'nyi endometriozi – bolezni' aktivnykh i delovykh zhenshchin. M.: Binom, 2010. [in Russian]
8. Доклад о репродуктивном здоровье. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2011. / Doklad o reproduktivnom zdorov'e. Vsemirnaia organizatsiia zdavookhraneniia, Evropeiskoe regional'noe biuro, 2011. [in Russian]
9. Курбанова З.Ш., Саркисова Л.В. Комплексная терапия больных с генитальным эндометриозом. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017, № 3-4, стр. 76-78
10. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2013, 275 с.
11. Михельсон А.Ф., Лебеденко Е.Ю., Ефанова Н.А. Дифференцированный подход к комплексной терапии эндометриоза с использованием психостимуляторов и антидепрессантов. Сб. науч. тр. по итогам междунар. научно-практич. конференции: Актуальные вопросы медицины в современных условиях. 2015; с.10–2. / Mikhel'son A.F., Lebedenko E.Yu., Efanova N.A. Differentsirovannyi podkhod k kompleksnoi terapii endometrioza s ispol'zovaniem psikhostimulyatorov i antidepressantov. Sb. nauch. tr. po itogam mezhdunar. nauchno-praktich. konferentsii: Aktual'nye voprosy meditsiny v sovremennykh usloviakh. 2015; s.10–2. [in Russian]
12. Прилепская В.Н., Иванова Е.В., Тагиева А.В., Летунова А.Б. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии. Гинекология. 2012; 14 (4): 4–8. / Prilepskaia V.N., Ivanova E.V., Tagieva A.V., Letunova A.B. Endometriozi: ot trudnostei diagnostiki k novym vozmozhnostiam terapii. Ginekologiya. 2012; 14 (4): 4–8. [in Russian]
13. Рахимова З.А., Шукуров Ф.И. Реабилитация репродуктивной функции женщин с узловой формой аденомиоза после эндохирургического лечения. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017, № 3-4, стр. 124-126
14. Рахимова З.А. Современные аспекты в лечении эндометриоза. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2017, № 3-4, стр. 162
15. Савицкий Г.А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологическое исследование) / Г.А.Савицкий, СМ. Горбушин. -СПб.: Элби-СПб, 2002. - 170с.
16. Сидорова И.С. Эндометриоз тела матки и яичников / И.С. Сидорова, Е.А. Коган, А.Л. Унанян. - М., 2007. - 30с.

17. Синчихин С.П., Магакян О.Г., Магакян С.Г., Мамиев О.Б. Триада симптомов в алгоритме диагностики эндометриоза органов малого таза. Гинекология. 2016; 02: 76-80
18. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин. Акуш., гинекол. и репрод. 2010; 4 (3): 6–11. / Unanian A.L. Endometrioz i reproduktivnoe zdorov'e zhenshchin. Akush., ginekol. i reprod. 2010; 4 (3): 6–11. [in Russian]
19. Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Буралкина Н.А., Чурсин В.В., Вередченко А.В., Бурыкина П.Н., Хилькевич Е.Г., Гус А.И., Павлович С.В. Современные представления о тактике ведения больных с инфилтративным эндометриозом. // Акуш.и гинекол., №11, 2015, с.16-21
20. Bedaiwy M.A. Endometriosis: a critical appraisal of the advances and the controversies of a challenging health problem / M.A. Abdel-Aleem, A.Miketa, T. Falcone // Minerva Ginecol. - 2009. -Vol.61, №4. - P.285-298
21. Belaisch J. Progestins and medical treatment of endometriosis - physiology, history and society / J. Belaisch // Gynecol Endocrinol. — 2009. - Vol.25, №11. -P.751-756
22. Boing C. Surgical management of endometriosis an overview / C. Boing, R.Kimmig // Gynakol. Geburtshilfliche Rundsch. - 2007. - Vol.47, №3. -P.124-131
23. Budinetz T., Sanfilippo J.S. Treatment of Endometriosis: a hormonal approach Monerva Ginecol. 2010; 62 (4):373-380
24. De Almeida Filho D.P. Accuracy of laparoscopy for assessing patients with endometriosis / D.P. De Almeida Filho, J.L. De Oliveira, V.F. Do Amaral //Sao. Paulo Med. J. - 2008. - Vol. 126, №6. - P.305-308.
25. Denny E. A clinical overview of endometriosis: a misunderstood disease / E.Denny, C.H. Mann // Br. J. Nurs. - 2007. - Vol.16, №18. - P. 1112-1116.
26. Ge C.X., Zhu X.H., Tang X.Q. Efficacy of conservative laparoscopic surgery combined with goserelin in Treatment of 206 patients with severe ovarian endometriosis et short-term and long-term follow-up. Zhonghua Fu Ke Za Zhi. 2012,47(8):603-607
27. Golfier F. Surgical management of endometriosis / F. Golfier, M. Sabra // J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. - 2007. - Vol.36, №2. - P. 162-172.
28. Huang H.Y. Medical treatment of endometriosis / H.Y. Huang // Chang Gung Med. J. - 2008. - Vol.31, №5. - P.431-440.
29. Kennedy S., Bergqvist A., Chapron C et al. On behalf of the ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. //Hum Reprod. -2005. -v.20. -№10. -pp.2698-2704.
30. Kyama CM. Non-steroidal targets in the diagnosis and treatment of endometriosis / CM. Kyama, A. Mihalyi, P. Simsa et al. // Curr. Med. Chem. -2008.-Vol.15, 10.-P.1006-1017.
31. Leng J.H. Visual and histologic analysis of laparoscopic diagnosis of endometriosis / J.H. Leng, J.H. Lang, X.Y. Zhao et al. // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. - 2006. - Vol.41, №2. - P.111-113.
32. May K. Endometriosis and angiogenesis / K. May, CM. Becker // Minerva Ginecol. - 2008. - Vol.60, №3. - P.245-254.
33. Minici F. Paracrine regulation of endometriotic tissue / F. Minici, F. Tiberi, A. Tropea et al. // Gynecol. Endocrinol. - 2007. - Vol.23, №10. - P.574-580.
34. O'Callaghan D. Endometriosis - an update / D. O'Callaghan // Aust. Fam.Physician. - 2006. -Vol.35, №11. - P.864-867.
35. Rossmannith W.G. Minimal endometriosis: a therapeutic dilemma? /Rossmannith W.G. // Gynecol Endocrinol. - 2009. - №11. P.762-764.
36. Starczewski A. Pharmacotherapy for pelvic endometriosis in women / A.Starczewski, A. Brodowska, J. Brodowski // Pol. Merkur Lekarski. — 2009. —Vol.26, №153. - P.231-233