

Что такое эндометриоз?

Около 176 миллионов женщин во всем мире страдают эндометриозом, независимо от этнической принадлежности и социального статуса. Это заболевание часто не диагностируется и адекватно не лечится.

Эндометриоз – доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам, подобное эндометрию и включающей эндометриальную строму и эндометриальные железы. Однако эктопически расположенные (вне полости матки) эндометриоидные очаги только подобны ткани эндометрия здоровых женщин, так как характерные для них молекулярно-генетические дефекты способствуют их выживанию и инфильтративному росту с проникновением в окружающие ткани с их последующей деструкцией, а отсутствие вокруг очага соединительнотканной капсулы и тенденция к метастазированию сближает это заболевание с опухолевым процессом. Эндометриоз относят к долговременным, прогрессирующим и рецидивирующим процессам.

Установлено, что около 10% женщин детородного возраста с менархе и до менопаузы (изредка заболевание диагностируется у женщин в постменопаузе) страдают эндометриозом. Это означает, что 176 миллионов женщин во всем мире испытывают симптомы эндометриоза в самый продуктивный период своей жизни. Только в США и Канаде эндометриоз выявляется примерно у 5 ½ миллионов женщин.

В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз прочно удерживает 3-е место после воспалительных заболеваний и миомы матки, приводя к значительным нарушениям репродуктивной функции, стойкому болевому синдрому (71-87%) и бесплодию (21-47%). Поскольку в 10-15% случаев при тяжелых формах заболевания могут поражаться смежные органы малого таза (кишечник, мочевой пузырь и др.), эта проблема представляет интерес не только для гинекологов, но и достаточно актуальна для общих хирургов, урологов и других специалистов. В последние годы число диагностированных случаев заболевания демонстрирует экспоненциальный рост и эндометриоз приобретает все большее социальное значение, переставая быть только медицинской проблемой.

Существуют три морфоклинические формы заболевания: эндометриоидные импланты на поверхности брюшины малого таза и яичников (перитонеальный эндометриоз), кисты яичников, выстланные слизистой эндометрия (эндометриомы) и солидные образования сложной структуры, включающие наряду с эндометриоидной тканью жировую и мышечно-фиброзную ткани (ректовагинальные эндометриоидные узлы).

Очаги эндометриоза могут быть обнаружены в любой части полости малого таза:

- на яичниках;
- на фаллопиевых трубах;
- на брюшине;
- на маточно-крестцовых связках;
- в дугласовом пространстве;
- на ректо-вагинальной перегородке.

Кроме этого, реже они могут встречаться:

- в послеоперационном рубце после кесарева сечения;

- в рубцах после лапароскопии/лапаротомии;
- на поверхности мочевого пузыря;
- на поверхности тонкого и толстого кишечника, ободочной кишки, червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) и прямой кишки.

В крайне редких случаях очаги эндометриоза могут быть обнаружены во влагалище, мочевом пузыре, на коже, в легких, в спинном и головном мозге.

Симптомы

Основной симптом эндометриоза – это тазовая боль. Зачастую боль сопровождает менструации, но может возникать и в другие дни менструального цикла (нециклическая тазовая боль). Этиология эндометриоза остается до конца неизученной и не во всех случаях характер заболевания определяется тяжестью клинических проявлений. У многих женщин, страдающих эндометриозом, эта боль настолько тяжелая и изнуряющая, что вынуждает их изменить привычный образ жизни.

Боль может ощущаться:

- до/во время/после менструации;
- во время овуляции;
- в кишечнике во время менструации;
- при мочеиспускании;
- во время или после полового акта;
- в пояснице.

Другие симптомы эндометриоза:

- диарея или запор (особенно в связи с менструацией);
- вздутие живота (особенно в связи с менструацией);
- обильные или нерегулярные кровотечения;
- хроническая усталость.

Другим известным симптомом эндометриоза является бесплодие. Подсчитано, что примерно у 30-40% женщин, страдающих эндометриозом, фертильность снижена.

Причины

Существует несколько гипотез, касающихся этиопатогенеза эндометриоза. К сожалению, ни одна из теорий не доказана полностью и ни одна из них не может до конца объяснить все механизмы развития данного заболевания.

В настоящее время нет никакого консенсуса по вопросам клеточного или молекулярного происхождения этого заболевания. Несмотря на определенные подвижки в понимании эндометриоза, клиницисты все еще сталкиваются с недостатком строгих научных данных при ведении пациенток с этим загадочным заболеванием.

Эктопическое расположение ткани эндометрия вызывает хронический воспалительный процесс, потенцируемый эстрогенами (системными и локальными). В настоящее время признано несколько теорий развития эндометриоза:

- Аутоиммунное нарушение
- Неблагоприятная наследственность
- Ретроградная менструация
- Врожденный порок развития
- Распространение эндометриальной ткани через лимфатическую или кровеносную систему
- Нарушение функции иммунной и эндокринной системы под воздействием внешних неблагоприятных факторов (например, диоксинов).

В действительности же развитие эндометриоза у большинства женщин может быть вызвано комбинацией различных факторов.

Диагностика

Значительная задержка в диагностировании эндометриоза объясняется сложностью выявления его симптомов, которые могут напоминать другие заболевания.

Хотя эндометриоз может характеризоваться всеми вышеупомянутыми признаками и симптомами, многие женщины с этим заболеванием не имеют никаких симптомов; эндометриальные поражения могут быть случайной находкой во время хирургического вмешательства. Кроме того, симптомы могут не возникнуть сразу после менархе, а развиваться позднее. Женщины, испытывающие связанную с эндометриозом боль, часто живут с этим заболеванием, не зная до определенного времени о его существовании.

Исследования, которые могут быть назначены для выявления эндометриоза:

- Ультразвуковое исследование;
- Магнитнорезонансная томография (МРТ);
- Анализ на онкомаркер СА-125;
- Гинекологическое обследование.

Ни одно из этих исследований не может точно подтвердить эндометриоз (хотя результаты этих исследований могут заставить думать о возможном наличии этого заболевания), и отрицательные результаты ни одного из этих исследований не могут точно опровергнуть наличие этого заболевания.

Золотой стандарт для диагностирования заболевания – прямая визуализация в ходе лапароскопии и гистологическое исследование биопсированных очагов эндометриоза. Тяжесть заболевания лучше всего определяется при оценке внешнего вида эндометриоидных поражений и их местоположения, а также вовлечения в патологический процесс соседних органов, хотя она может не коррелировать с выраженностью симптомов. Однако это дорогостоящая и инвазивная процедура.

К сожалению, что до сих пор не разработано простого неинвазивного точного метода диагностики эндометриоза, что повышает риск рецидива заболевания после прекращения любого метода терапии (консервативного или хирургического). В определенной степени,

с этим может быть связана задержка с постановкой диагноза, которая может достигать по разным данным 7-12 лет от момента появления первоначальных признаков заболевания.

Тазовая боль

Диагностирование связанной с эндометриозом боли требует тщательной оценки данных анамнеза, физического осмотра и проведения соответствующих исследований.

Эндометриоз нужно рассматривать в первую очередь при проведении дифференциального диагноза тазовой боли у молодых женщин, что поможет избежать задержки с постановкой окончательного диагноза.

Как уже отмечалось, связанная с эндометриозом боль может представить любую из нижеследующих вариантов:

- Болезненная менструация (дисменорея),
- Болезненные половые контакты (диспареуния),
- Болезненное мочеиспускание (дизурия),
- Болезненная дефекация (дисхезия),
- Боли в пояснице или внизу живота,
- Хроническая тазовая боль (нециклическая брюшная и тазовая боль, продолжающаяся, по крайней мере, в течение 6 месяцев).

Отсрочка диагностики и лечения приводит к увеличению продолжительности ничем не оправданных страданий вследствие болевого синдрома и потенциального бесплодия. Только своевременная диагностика и назначение ранней адекватной терапии, позволяет предупредить возникновение состояния «сенсibilизации» ЦНС и хронической боли, которые с трудом поддаются коррекции даже после удаления очагов эндометриоза (по принципу «фантомной» боли). Кроме того, следует учитывать тот факт, что эндометриоидные очаги на ранних стадиях отличаются наибольшей метаболической, иммунологической и митотической активностью, экспрессией простагландинов и цитокинов, чем таковые на более поздних стадиях. При своевременном назначении адекватной терапии эндометриоз на ранней стадии лучше поддается медикаментозной терапии, число рецидивов ниже, а безрецидивный период более продолжителен.

Бесплодие

Распространенность эндометриоза среди женщин с бесплодием колеблется от 25 % до 50 % по сравнению с 5 % у фертильных женщин. Пока отсутствует полное понимание механизмов, лежащих в основе связанного с эндометриозом бесплодия.

Нарушение анатомии малого таза вследствие спаечного процесса, приводящее к механической блокировке фаллопиевых труб или нарушение процессов выхода яйцеклетки из яичника в момент овуляции может объяснить бесплодие на более поздних стадиях эндометриоза; однако, в случае минимального или умеренного эндометриоза механизм до конца не ясен. По-видимому, сложные патологические механизмы нарушения фертильности на ранних стадиях эндометриоза включают воспаление, нарушение иммунного ответа и неоангиогенез.

Итак, причинами бесплодия при эндометриозе могут быть:

- спаечный процесс в малом тазу мешает продвижению яйцеклетки в фаллопиеву трубу;

- неполноценность яйцеклетки;
- вещества, вырабатываемые эндометриозными очагами, препятствуют продвижению яйцеклетки в фаллопиеву трубу;
- воспаление в малом тазу, вызываемое эндометриозом, стимулирует выработку клеток, которые «атакуют» сперматозоиды и укорачивают время их жизни;
- повышение частоты ановуляции.

Лечение бесплодия, вызванного эндометриозом, включает или хирургическое удаление эндометриозной ткани и спаек, чтобы восстановить нормальную анатомию или вспомогательные репродуктивные технологии. Желательно хирургическое вмешательство выполнять с помощью лапароскопического доступа, поскольку частота осложнений приблизительно на 40 % ниже, чем при проведении лапаротомии. Лапароскопия связана с более коротким временем госпитализации и реабилитации, чем лапаротомия.

Вспомогательные репродуктивные технологии

Полученные в ходе рандомизированных клинических исследований (РКИ) данные свидетельствуют о том, что внутриматочная инсеминация в комбинации с контролируемой стимуляцией яичников может быть эффективной в отношении повышения фертильности у пациенток с эндометриозом. Этот эффект, по-видимому, в большей мере связан со стимуляцией яичников, так как проведение только внутриматочной инсеминации может быть недостаточным. Показатели эффективности фертилизации *in vitro* несколько ниже у пациенток с эндометриозом, чем в случае других гинекологических заболеваний.

Лечение

Лечение эндометриоза зависит от возраста пациентки, формы/стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных задач, а также от рисков, побочных эффектов и экономической рентабельности лечения. До настоящего времени ни одна из предложенных стратегий лечения эндометриоза не привела к полному излечению и не позволила избежать рецидивов заболевания, вследствие множественных полисистемных нарушений, лежащих в основе его этиопатогенеза.

Большинство ученых, изучающих проблему эндометриоза, соглашаются с тем, что течение эндометриоза усугубляется в результате воздействия эстрогенов. Поэтому многие современные методы лечения эндометриоза сводятся к попытке уменьшить выработку эстрогенов в организме женщины, чтобы облегчить имеющиеся у нее симптомы. На сегодняшний день не существует таких методов лечения, которые позволили бы полностью вылечить эндометриоз. Лечение эндометриоза предусматривает три основные цели: уменьшение интенсивности болей, предотвращение прогрессирования заболевания и рецидивов заболевания, что снижает риск последующего радикального хирургического вмешательства и позволяет сохранить фертильность.

Нередко уже на начальном этапе проводится лечебно-диагностическая лапароскопия, во время которой подтверждается диагноз эндометриоза. Хирургическое лечение заболевания направлено на максимальное удаление эндометриозных очагов с помощью эксцизии или энергетического воздействия (лазера, электро- или криовоздействия). Однако в ходе оперативного вмешательства, особенно в случае распространенного эндометриоза, удаляются лишь видимые и доступные очаги, а микроскопические и атипически расположенные импланты могут оставаться незамеченными и длительно персистировать. В связи с этим, современный подход к долгосрочному ведению

пациенток с хронической тазовой болью, связанной с эндометриозом, включает не только [хирургическую терапию](#), но долговременную [медикаментозную терапию](#) или сочетание этих методов.

Поскольку эндометриоз является хроническим рецидивирующим заболеванием, клиницисты должны разрабатывать план ведения на долгий срок, который зависит от характеристик и симптомов, а также целей терапии у конкретной пациентки.

В последние годы перед нами открывается новая захватывающая фаза в познании этого загадочного заболевания. Получены убедительные доказательства в области геномики (экспрессия определенного набора микро-РНК в эндометрии женщин с эндометриозом) и протеомики (изменения структуры и функции специфических белков), позволяющие надеяться, что в скором времени будут разработаны простые неинвазивные методы диагностики. Глубокое понимание биологической «сути» заболевания приведет к тому, что лекарства будут назначаться с учетом конкретных особенностей пациентки (персонализированная фармакогенетика и специальные системы доставки лекарственных средств к очагам эндометриоза).

Главный лозунг Всемирного общества по эндометриозу на данный момент времени – следующее поколение женщин будет жить без эндометриоза. Надеемся, что материалы, размещенные в различных разделах этого сайта, которые будут знакомить врачей с новейшими достижениями в этой области, помогут в осуществлении этих целей в нашей стране.