Автор: Administrator
07.07.2008 11:46 -

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

Предложено множество теорий гистогенеза эндометриоза, од-нако доминируют три основные теории, объясняющие возникнове-ние 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 раз-витие эндометриоза в его различных локализациях.

Эктопическая трансплантация эндометриальной ткани (теория имплантации). Имплантационная (транслокационная) тео-рия, 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 харак-терной для женщин с эндометриозом, чем для женщин, не страдаю-щих данным заболеванием. Присутствие эндометриальных клеток в перитонеальной жидкости, указывающее на ретроградный заброс, было отмечено у 59-79% женщин в период менструации или в ран-ней фолликулярной фазе. Полученные клетки можно культивировать в лабораторных условиях.

Эндометриоз следует подозревать у женщин со сниженной де-тородной функцией, нарушением менструальной функции и болез-ненными менструациями (альгодисменореей), болями при половой жизни (диспареунией), а также хроническими ноющими и тянущими болями в нижних отделах живота или пояснично-крестцовой облас-ти, усиливающимися накануне и во время менструации. Однако кли-ническое течение эндометриоза может быть и бессимптомным.

Болевой синдром. У женщин репродуктивного возраста аль-годисменорея особенно подозрительна в отношении эндометриоза, если она возникает после нескольких лет безболезненных регуляр-ных менструаций. Начинаясь в предменструальный период и про-должаясь в течение всего менструального кровотечения, боли при-чиняют пациентам тяжелые страдания и приводят к снижению, а по-рой 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 ле-чения 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 хирургиче-ское воздействие оказывает лучшие результаты по сравнению с гор-мональной терапией после лечения пациенток с легкой и умеренной стадиями эндометриоза в течение 6 мес. У этих женщин после хи-рургического 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 мо-жет ограничить прогрессирование процесса.

Восстановление репродуктивной функции - зачастую глав-ная задача хирургического лечения. Успех оперативного вмешатель-ства в борьбе с бесплодием зависит от распространения эндометрио-за. Эффективность, определяющаяся наступлением беременности при первой стадии заболевания, достигает 60%, при распространен-ном эндометриозе - 35%. Комбинированное медикаментозное лече-ние 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 беременно-сти, а самые высокие показатели последней встречаются в течение 6-12 мес после проведенной органосохраняющей операции. По мне-нию 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 уме-ренной 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 спо-собность пациенток к зачатию, приводятся многими, но не всеми ис-следователями. Возможно, индекс фертильности (MFR) выше в тече-ние 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 изме-нений в ткани эндометриоидных гетеротопий. Подобные мероприя-тия 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 необхо-димо помнить, что псевдоменопауза не идентична естественной ме-нопаузе.

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

Использованные ранее диэтилстильбэстрол, метилтестостерон и другие андрогены не нашли широкого применения из-за недоста-точной 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 воз-раста больных, локализации и степени распространения эндометрио-за, переносимости медикаментов, наличия сопутствующей гинеколо-гической и соматической патологии.

Препараты для консервативной терапии

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты

(оральные контрацептивы)

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

Механизм их лечебного воздействия обусловлен блокадой син-теза гонадопропин-рилизинг фактора и как следствие - подавлением циклической секреции фолликулостимулирующего и лютеинизи-рующего 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 дли-тельном приеме ОК железистый эпителий эндометрия подвергается инволюции, а нередко и атрофии. При этом строма подвергается де-цидуоподобной 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 децидуоподоб-ную трансформацию эндометрия, эстрогенный компонент может по-тенциально 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 же-лез, головокружение, слабость, быстрая утомляемость, артериальная гипертензия, нарушение функции почек и печени, неблагоприятное воздействие на систему гемостаза (интенсификация внутрисосуди-стого свертывания). Эти побочные реакции ОК в большей степени обусловлены эстрогенным компонентом.

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