

# ЭНДОМЕТРИОЗ

**Эндометриоз** — доброкачественное заболевание, характеризующееся разрастанием вне полости матки ткани, имеющей морфологическое сходство со слизистой оболочкой тела матки (эндометриоподобных гетеротопий).

## Эпидемиология

По данным масштабных статистических исследований средний возраст при установлении диагноза эндометриоза составляет 27,2+7,5 лет, средний возраст появления симптомов, предположительно обусловленных эндометриозом, — 20,1+6,8 лет. Описаны случаи эндометриоза у девочек в возрасте телархе.

Частота наружного эндометриоза предположительно составляющая 6–8% в общей популяции, достигает 50% у женщин с бесплодием и 80% у женщин с тазовыми болями. Аденомиоз как клинический диагноз, подтверждаемый УЗИ, присутствует у 60% женщин в возрасте 40 – 50 лет, а как патоморфологический диагноз выявляется у 30% женщин, подвергшихся тотальной гистерэктомии. Частота гистерэктомий по поводу эндометриоза, в том числе наружного, достигает 25%, из них 10% выполняется в возрасте до 30 лет, 50% — до 37 лет.

## Классификация

В зависимости от локализации эндометриозидных гетеротопий выделяют:

- *генитальный эндометриоз*

(поражение половых органов: матки, влагалища, яичников, брюшины прямокишечно-маточного и пузырно-маточного пространства, ректовагинальной перегородки, промежути);

- *экстрагенитальный эндометриоз* (развитие патологического процесса вне половой системы: в прямой кишке, аппендиксе, тонкой и толстой кишке, грыжевом мешке, легких, плевральной полости, коже, пупке, конечностях, глазах, лимфатических узлах, ЦНС и др.).

В течение последних 50 лет разработано более 10 классификаций эндометриоза, ни одна из которых не признана универсальной. Одной из наиболее широко применяемых в мировой практике стала предложенная в 1979 г. Американским обществом фертильности (с 1995 г. — Американское общество по репродуктивной медицине) и пересмотренная в 1996 г. классификация, основанная на подсчете общей площади и глубины эндометриозидных гетеротопий, выраженных в баллах:

- I стадия — минимальный эндометриоз (1–5 баллов).
- II стадия — легкий эндометриоз (6–15 баллов).
- III стадия — умеренный эндометриоз (16–40 баллов).
- IV стадия — тяжелый эн-

дометриоз (более 40 баллов).

Классификация не лишена недостатков, главный из которых — частое несоответствие стадии распространения, определенной путем подсчета баллов, истинной тяжести заболевания.

В ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» на протяжении многих лет применяют следующие клинко-анатомические классификации эндометриоза тела матки, эндометриозидных кист яичников и ретроцервикального эндометриоза, предусматривающие выделение четырех стадий распространения.

## Для внутреннего эндометриоза (Адамян Л.В., 1998):

- стадия I — патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;
- стадия II — патологический процесс переходит на мышечные слои;
- стадия III — распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;
- стадия IV — вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым.

### Для эндометриоидных кист яичников:

- стадия I — мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- стадия II — эндометриоидная киста одного яичника размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника;
- стадия III — эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника;
- стадия IV — двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы — мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

### Для эндометриоза ретроцервикальной локализации (Адамьян Л.В., 1993):

- стадия I — эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II — прорастание

эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист;

- стадия III — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки;
- стадия IV — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

## Диагностика

### Анамнез и физикальное обследование

При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на возраст, семейный анамнез, возраст менархе и становление менструальной функции, репродуктивную функцию, перенесенные гинекологические (особенно воспалительные) и экстрагенитальные заболевания, характер и эффективность проводимого ранее лечения.

Клинические проявления заболевания и анатомо-морфологические изменения зависят от локализации, распространенности и формы эндометриоза. В ряде случаев заболевание протекает бессимптомно.

Основные жалобы — тазовые боли, бесплодие, нарушения менструального цикла.

Тазовые боли могут быть различной интенсивности, но, как правило, особенно выражены у пациенток с глубоким инфильтрирующим эндометриозом ректовагинальной перегородки. Боли, как правило, носят циклический характер,

появляясь накануне и во время менструации (дисменорея) или в середине цикла, сопровождая овуляцию, но могут быть постоянными, иррадиировать в поясничную область, крестец, копчик, задний проход, промежность. Для наружного эндометриоза также характерны боли во время полового акта (диспареуния). Взаимосвязь между интенсивностью тазовых болей и степенью распространения эндометриоза не установлена. При вовлечении в эндометриоидный процесс мочевого пузыря или кишечника могут развиваться дизурия (болезненность при мочеиспускании) и дисхезия (болезненность при дефекации).

Нарушения менструального цикла имеют характер гиперменореи, метроррагии (более характерных для внутреннего эндометриоза, иногда приводящих к развитию вторичной анемии), нерегулярных менструаций, перименструальных кровяных выделений. Гинекологическое обследование — один из наиболее важных методов диагностики эндометриоза.

- Необходимо тщательно обследовать вульву, влагалище и шейку матки для обнаружения признаков эндометриоза. При поражении шейки матки при осмотре влагалищной ее части могут быть видны эндометриоидные очаги различной величины и формы (от мелкоочечных до кистозных полостей диаметром 0,7–0,8 см, различной окраски).

- При ретроцервикальном эндометриозе, эндометриозе брюшины маточно-прямокишечного углубления и крестцово-маточных свя-

зок в перешейке матки обнаруживают уплотнение, расширение, болезненность, в заднем своде влагалища — инфильтрацию тканей, спаечные изменения. При пальпации определяют утолщение, напряжение и болезненность крестцово-маточных связок.

- При узловом аденомиозе матка при осмотре нормальных размеров или несколько увеличена, с плотными болезненными узлами в области дна, тела или углов. Перед и во время менструации размеры узлов несколько увеличиваются, матка размягчается, а болезненность резко возрастает. При диффузном аденомиозе величина матки достигает 5–8 нед беременности и более. Замечена четкая зависимость величины матки от фаз менструального цикла.

- При эндометриозе яичников с одной или двух сторон, а нередко позади матки, пальпируются болезненные, неподвижные, плотноватые, увеличенные яичники или конгломерат придатков матки. Размеры и болезненность конгломерата изменяются в зависимости от фаз цикла. Эндометриозидные кисты определяют как болезненные опухолевидные образования овоидной формы, различной величины (в среднем 6–8 см), тугоэластической консистенции, ограниченно подвижные, расположенные сбоку и кзади от матки.

- Эндометриоз ректовагинальной перегородки

при влагищном (или влагищно-прямокишечном) исследовании устанавливают при обнаружении плотного болезненного образования, с неровной поверхностью, величиной 0,8–1 см и более (до 4–5 см) на задней поверхности перешейка матки. Узел окружен плотной болезненной инфильтрацией, распространяющейся на переднюю стенку прямой кишки и задний свод влагалища.

### Специальные методы обследования

- УЗИ органов малого таза (более информативно трансвагинальное сканирование) получило широкое распространение для диагностики эндометриоза. Метод обеспечивает надежную диагностику аденомиоза, эндометриозидных кист, позволяет заподозрить поражение ректовагинальной перегородки, но не выявляет поверхностные имплантаты на брюшине.

- Кольпоскопия позволяет выявить эндометриоз влагалища и шейки матки.

- Гистероскопию следует считать дополнительным методом диагностики внутреннего эндометриоза. Для аденомиоза характерны неровность контуров полости матки, затруднения при ее расширении, поверхность эндометрия в виде хребтов, крипт, ячеистой структуры. Иногда видны точки или щели, напоминающие соты, из которых поступает геморрагическая жидкость. Дополнительную информа-

цию может предоставить прицельная или мультифокальная трепанобиопсия миометрия при гистероскопии.

- Диагностическая ценность гистеросальпингографии (рентгеноконтрастного снимка матки) для подтверждения аденомиоза или внутреннего эндометриоза крайне невысока, в связи с чем этот метод исследования к сегодняшнему дню практически утратил свою актуальность. КТ и (или) МРТ позволяют с высокой точностью определить характер патологического процесса, его локализацию, вовлечение соседних органов, уточнить анатомическое состояние органов малого таза. Все это важно для планирования подхода и объема оперативного вмешательства, а также для динамического наблюдения при проведении консервативной терапии.

- При подозрении на вовлечение в патологический процесс кишечника, мочевого пузыря и параметриев целесообразно проводить ректороманоскопию, колоноскопию, экскреторную урографию и (или) цистоскопию по показаниям.

- Диагностическая лапароскопия

Окончательный диагноз наружного эндометриоза возможен лишь при непосредственном визуальном осмотре очагов.

- ▶ При лапароскопии могут быть обнаружены очаги эндометриоза на брюшине полости таза и яичниках

(на сегодняшний день описано более 20 видов различных эндометриоидных очагов), эндометриоидные кисты яичников (эндометриомы), эндометриоз ректовагинальной перегородки, иногда распространяющийся на стенки прямой или сигмовидной кишки, эндометриоз мочевого пузыря и аппендикса, спаечный процесс. Наличие дефектов и карманов брюшины косвенно подтверждает диагноз эндометриоза (гистологически — в 60–80% случаев).

► Лапароскопия позволяет выявить характерные для внутреннего эндометриоза признаки: «мраморный» рисунок и бледность наружного покрова матки, равномерное увеличение ее размеров или, при очаговых и узловых формах, резкое утолщение передней или задней стенки матки, деформацию стенки узлом аденомиоза.

► Лапароскопические признаки типичной эндометриоидной кисты являются: киста яичника диаметром не более 12 см; спайки с боковой поверхностью таза и(или) с задним листком широкой связки; густое содержимое шоколадного цвета. Точность диагностики эндометриоидных кист при лапароскопии достигает 98–100%.

► Для ретроцервикального эндометриоза характерна полная или частичная облитерация позадиматочного пространства с им-

мобилизацией спайками и (или) вовлечением в инфильтративный процесс стенок прямой или сигмовидной кишки, инфильтрат ректовагинальной перегородки, дистальных отделов мочеточников, области перешейка, крестцово-маточных связок, параметрия.

• Гистологическое исследование.

► Гистологическая верификация эндометриоза при возможности ее выполнения строго обязательна. Гистологическое исследование препаратов наружного эндометриоза выявляет не менее двух из следующих признаков: эндометриальный эпителий; эндометриальные железы; эндометриальная строма; гемосидеринсодержащие макрофаги. Следует помнить, что в 25% случаев в очагах не находят эндометриальных желез и стромы, и, напротив, в 25% случаев морфологические признаки эндометриоза обнаруживают в образцах визуально неизменной брюшины.

► Патоморфологические признаки внутреннего эндометриоза — наличие эндометриальных желез и стромы на расстоянии более 2,5 мм от базального слоя эндометрия; реакция миометрии в виде гиперплазии и гипертрофии мышечных волокон; увеличение желез и стромы, окружающей гиперплазированные гладкомышечные волокна матки; наличие пролиферативных

и отсутствие секреторных изменений.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику генитального эндометриоза проводят:

- с миомой матки;
- гиперпластическими процессами эндометрия;
- опухолями яичников;
- злокачественными новообразованиями половых органов;
- забрюшинными образованиями;
- тубоовариальными образованиями воспалительной этиологии;
- хроническим эндометритом;
- метрофлебитом;

### Лечение

#### Цель лечения

Удаление очагов эндометриоза, купирование клинической симптоматики, восстановление репродуктивной функции.

### Хирургическое лечение

Оперативное вмешательство у пациенток — один из этапов в лечении эндометриоза. Показаниями для оперативного вмешательства по поводу эндометриоза могут служить три основных его симптома: объемные образования малого таза (эндометриоидные кисты яичников, эндометриоидный инфильтрат), хронические тазовые боли или бесплодие. Хирургическое лечение эндометриоза заключается в максимальном удалении очагов в

пределах неизменных (макроскопически и пальпаторно) тканей, восстановлении тазовой анатомии, устранении спаечного процесса.

- Лапароскопия наименее инвазивный и травматичный способ хирургического воздействия и контроля эффективности проводимого лечения. Благодаря оптическому увеличению можно распознать и удалить труднодоступные при обычной визуализации очаги эндометриоза. Лапароскопия может быть использована у большинства пациенток. Имплантаты удаляют острым путем, путем монополярной или биполярной электрокоагуляции, испарением или иссечением CO<sub>2</sub>-лазером и с помощью других хирургических энергий.
- Лапаротомия как доступ для хирургического лечения эндометриоза используется при наличии противопоказаний к лапароскопии при технических ограничениях ее применения, при поражении эндометриозом соседних органов (кишечника, мочеочника, мочевого пузыря), требующих расширения объема операции и сложных сочетанных вмешательств.
- Влагищный доступ применяют изолированно или в сочетании с лапароскопией для удаления очагов эндометриоза влагища и ретровагинальной перегородки.
- При случайно выявленном при лапароскопии эндометриозе нужно удалить очаги без травмирования репродуктивных органов.

- При выявлении поражения смежных органов малого таза целесообразно привлечение к операции хирургов или урологов.

- Инфильтративный ретроцервикальный эндометриоз удаляют лапароскопическим или комбинированным лапароскопическо-влагалищным доступом, по показаниям — с одновременной резекцией пораженного участка стенки прямой кишки или в едином блоке с маткой.

- При эндометриозных кистах следует полностью удалять капсулу кисты как из соображений онкологической настороженности, так и с целью профилактики рецидивов. Следует помнить, что повторные операции на яичнике могут вызывать снижение овариального резерва.

- При узловой или очагово-кистозной форме аденомиоза возможно выполнение реконструктивно-пластических операций молодым пациенткам в объеме резекции миометрия, пораженного аденомиозом, с обязательным тщательным послойным восстановлением дефекта, предупреждая большую о высоком риске рецидивирования, обусловленном отсутствием четких границ между аденомиозным узлом и миометрием. Радикальным лечением внутреннего эндометриоза можно считать лишь тотальную гистерэктомию.

### Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение эндометриоза включает аналь-

гетическую и гормональную терапию, а также при необходимости коррекцию вегетативных и тревожно-депрессивных расстройств.

- Недопустимо медикаментозное лечение эндометриозных кист яичников, так как предполагаемая эндометриома может на самом деле быть опухолью яичника или стать ею в процессе лечения. Медикаментозное лечение возможно в следующих случаях:

- Аденомиоз (внутренний эндометриоз), сопровождающийся соответствующими симптомами (обильные менструации или другие нарушения менструального цикла, боли).

- Предполагаемый поверхностный перитонеальный эндометриоз.

- Глубокий инфильтративный эндометриоз (после подтверждения диагноза с помощью биопсии и гистологического исследования или у пациенток, у которых радикальное удаление очагов эндометриоза не было выполнено в интересах сохранения репродуктивного потенциала либо в связи с опасностью ранения жизненно важных органов).

- Персистенция или рецидив симптомов после операции (особенно по поводу глубокого инфильтративного эндометриоза). По сравнению с хирургическим вмешательством или комбинацией хирургического вмешательства и плацебо послеоперационная гормональная терапия не снижает частоту возобновления та-

зовых болей в течение 12–24 мес и не препятствует рецидиву болезни, однако, если боли в результате вмешательства разрешились не полностью или появились вновь, лекарственная терапия может быть реальной альтернативой повторной операции.

- Отказ пациентки от хирургического лечения или наличие противопоказаний к нему.

- Как первый этап лечения симптомов эндометриоза нерепродуктивных органов.

- Плановое предоперационное назначение гормональных препаратов, обосновываемое уменьшением размеров очагов эндометриоза, васкуляризации и объема инфильтративного компонента, представляется нецелесообразным, так как вызывает маскировку мелких очагов, затрудняет идентификацию истинных границ поражения при инфильтративных формах, удаление склерозированной капсулы эндометриоидной кисты.

- Послеоперационное лечение гормональными препаратами целесообразно проводить пациенткам детородного возраста с распространенным эндометриозом, у которых радикальное удаление очагов эндометриоза не было выполнено в интересах сохранения репродуктивного потенциала или в связи с опасностью ранения жизненно важных органов, а также пациенткам группы высокого риска рецидива

или персистенции заболевания.

Выбор препаратов и режим их применения зависят от возраста, репродуктивных задач и анамнеза пациентки, локализации и степени распространения эндометриоза, переносимости лекарственных средств, наличия сопутствующей гинекологической и соматической патологии.

### Анальгетики

НПВС подавляют синтез не только простагландинов, но и факторов роста, ангиогенеза, других факторов инвазии и могут быть эффективны при лечении боли, ассоциированной с эндометриозом, хотя рандомизированные контролируемые исследования для оценки их эффективности крайне немногочисленны. Прочие обезболивающие средства могут быть эффективны, но данных для рекомендаций недостаточно. Анальгетическая терапия должна быть системной и проводиться в виде курсов по 5–7 дней (включающих дни наивысшей интенсивности боли) в течение 3–6 мес. У НПВС имеются значительные побочные действия, включая изъязвление слизистой оболочки желудка и антиовуляторный эффект при приеме в середине цикла.

### Гормональные препараты

Положительный эффект основан на подавлении стероидогенеза в яичниках, создании гипоэстрогенного состояния или ановуляции, способствующих развитию атрофических изменений в эндометриоидных очагах.

**Комбинированные гормональные контрацептивы**

(КГК) — препараты первого выбора для купирования связанной с эндометриозом тазовой боли у женщин, не имеющих противопоказаний к их использованию и не планирующих беременность на данный момент времени. Предпочтительны монофазные КГК, чьи прогестагеновые компоненты обладают высокой селективностью и выраженным антипролиферативным влиянием на эндометрий. В этой связи комбинация 0,03 мг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста может обладать значимыми преимуществами. Непрерывный режим приема КГК обладает значительным преимуществом при лечении эндометриоза по сравнению с циклическим режимом.

Применение низкодозированных комбинированных гормональных препаратов улучшает качество жизни за счет снижения выраженности или купирования болевого синдрома, уменьшения объема и длительности менструальноподобного кровотечения. Купирование болевого синдрома и антиандрогенное действие препаратов улучшает качество жизни женщин репродуктивного возраста.

Ввиду отсутствия необходимости применения больших доз гормональных компонентов при проведении гормональной терапии, для профилактики рецидивов, а также для купирования болевого синдрома могут быть рекомендованы микродозированные препараты. Интерес в данном аспекте представляет влагалищная рилизинг-система НоваРинг (15 мкг этинилэстрадиола, 120 мкг этоноргестрела). Применение НоваРинга обеспечивает

# Стелла... для КАЖДОЙ женщины!

*Стелла - негормональное средство для решения гормональных проблем*

- нормализует метаболизм эстрогенов
- улучшает функциональное состояние молочных желез, матки, яичников в ЛЮБОМ возрасте
- снижает риск развития мастопатии, эндометриоза и миомы матки
- повышает эффективность лечения миомы матки, эндометриоза и мастопатии препятствуя патологической пролиферации клеток
- снижает риск возникновения рака молочной железы и других эстрогензависимых опухолей



8-800-505-20-02  
по России звонок бесплатный



*Капсулы препарата «Стелла» содержат важнейшие природные вещества, которые Всемирный фонд исследования рака признал максимально эффективными и безопасными в борьбе с женскими заболеваниями*

- Индол-3-карбинол 100 мг УТРО
- Эпигаллокатехин-3-галлат 60 мг ДЕНЬ
- Изофлавоны сои 60 мг ВЕЧЕР

WWW.STELLA-FARMA.RU  
подробная информация на сайте



ежесуточное выделение малых доз гормонов, что создает стабильный гормональный фон. При его применении уменьшается концентрация эндогенного эстрадиола, концентрация ароматазы в эндометриодных гетеротопиях, снижается стимуляция эндометриодных гетеротопий этинилэстрадиолом (по сравнению с эндогенными эстрогенами), снижается выраженность клинических проявлений.

Согласно рекомендациям ведущих мировых гинекологических обществ, монотерапия прогестагенами перорально, внутримышечно или подкожно может рассматриваться в качестве первой линии терапии. Терапия прогестагенами должна осуществляться в непрерыв-

ном режиме и в достаточно высоких дозах, на фоне которых развивается аменорея.

Наиболее частые побочные эффекты непрерывного приема прогестагенов — кровотечения прорыва, вероятность возникновения которых снижается по мере увеличения продолжительности лечения.

В настоящее время для лечения эндометриоза применяют пероральные прогестагены: медроксипрогестерона ацетат (МПА), мегестрол ацетат, норэтистерона ацетат, дидрогестерон, диеногест, дезогестрел, а также парентеральные формы прогестагенов: имплантаты с этоноргестрелом и медроксипрогестероном ацетатом внутримышечно и внутриматочная система с левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ).

Рекомендуемые дозы большинства пероральных прогестагенов для лечения эндометриоза достаточно велики, что не отвечает современным требованиям, предъявляемым к препаратам (максимальный эффект при минимальной дозе). В наиболее низкой дозе (2 мг/сут) используется диеногест и внутриматочно ВМС-ЛНГ левоноргестрел (20 мг/сут).

**Медроксипрогестерона ацетат** — производное 17-гидроксипрогестерона. При пероральном приеме МПА должен применяться в достаточно большой дозе, с чем могут быть связаны значимые побочные эффекты в виде увеличения веса, изменений настроения, депрессии и раздражитель-

ности. Главный недостаток внутримышечного МПА — длительные и обильные прорывные кровотечения, с трудом поддающиеся коррекции, так как эффект прогестагена не может быть быстро и полностью нивелирован.

**Норэтистерона ацетат** — производное 19-нортестостерона II поколения. Его прием в непрерывном режиме может сопровождаться метаболическими нарушениями: прибавкой массы тела, дислипидемией, гиперинсулинемией.

**Дидрогестерон** — производное прогестерона; не отличается высокой эффективностью в отношении купирования боли при эндометриозе, хотя и не вызывает значимых побочных эффектов.

**Диеногест (ДНГ)** относится к прогестагенам IV поколения, объединяя свойства как производных 19-нортестостерона, так и производных прогестерона. ДНГ обладает антипролиферативным, антиангиогенным, противовоспалительным, иммуномодулирующим эффектом и прямым ингибированием факторов, играющим ключевую роль в процессах воспаления и неонгиогенеза. Хорошая переносимость, отсутствие негативных метаболических и сосудистых эффектов, низкий риск кумуляции — хорошая основа для проведения длительного лечения.

**Левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС).** Доказана ее эффективность за счет выраженного антиэстрогенного антипролиферативного влияния левоноргестрела — производного 19-нортестостерона. Длительность использования ЛНГ-ВМС составляет 5 лет, после

чего можно продолжить лечение, введя новую систему.

**Неместран** (гестрион, производное 19-норстероидов) обладает антигонадотропным, антиэстрогенным, антипрогестагенным и проандроженным действием, назначается в непрерывном режиме с первого дня цикла в дозе 2,5 мг 2 раза в неделю. Длительное применение неместрана ограничено из-за андрогенных и анаболических побочных эффектов (прибавка в массе тела, акне, себореи, гирсутизм, понижение тембра голоса, уменьшение молочных желез, отеки), а также из-за возникновения головных болей, депрессии, приливов жара, диспепсических явлений и аллергических реакций.

**Даназол** (антигонадотропин, производное 17-этинилтестостерона) в настоящее время применяют редко в связи с высокой частотой побочных эффектов (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный).

**Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ)** следует назначать в тех случаях, если другие препараты оказались недостаточно эффективными, при этом длительность назначения агонистов ГнРГ следует ограничивать 6 мес в связи с возможным снижением минеральной плотности костей до 6% в первые 6 мес и при более длительном приеме использовать терапию прикрытия («add-back»), включающую низкодозированный эстроген, низкодозированный прогестин или тиболон (синтетический стероид, действие которого сходно с действием эстрогена и прогестерона). Агонисты ГнРГ следует с осторожностью назначать пациенткам с наруше-

ниями функционального состояния ЦНС и вегетативной регуляции, которые могут усугубляться на фоне приема препаратов этой группы.

**Заместительная гормональная терапия** после радикальных операций, выполненных по поводу эндометриоза (гистерэктомия с удалением придатков или без него): принимая во внимание риск как возможного рецидива (описана персистенция очагов эндометриоза с рецидивированием симптомов после радикального хирургического лечения), так и малигнизации остаточных очагов, при подборе заместительной гормонотерапии эстрогены рекомендуется использовать в комбинации с прогестагенами.

Таким образом, рекомендации в отношении гормональных методов лечения следующие:

- КОК и монотерапию пероральными прогестагенами, назначенными в непрерывном режиме, следует рассматривать в качестве первого этапа терапии при подозрении на наружный генитальный эндометриоз (кроме эндометриом яичников) и при аденомиозе;
- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона или левоноргестрелвысвобождающая ВМС (ЛНГ-ВМС) следует считать терапией второго этапа;
- монотерапия агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона может проводиться не более 6 мес, для более длительного использования — только в комбинации с возвратной гормонотерапией.



### Адьювантная терапия

Роль комPLEMENTАРНОЙ ТЕРАПИИ в купировании боли, ассоциированной с эндометриозом, не определена. Тем не менее есть данные, что использование витамина В1, препаратов магния, витамина Е могут облегчить симптомы эндометриоза. Многие женщины с эндометриозом отмечают, что лечебное питание и такие виды комPLEMENTАРНОЙ ТЕРАПИИ, как гомеопатия, рефлексология, традиционная китайская медицина или траволечение, облегчают болевые симптомы. Несмотря на то что отсутствуют данные рандомизированных контролируемых исследований, подтверждающие полезность этих средств, возможно их применение в комплексной терапии для купирования боли в сочетании с традиционными медикаментозными средствами при отсутствии противопоказаний и исключении онкологического заболевания, и если женщина считает, что они улучшают качество ее жизни.

### Психотерапия

Затяжное симптомное течение эндометриоза приводит к появлению аффективной патологии, требующей медикаментозной коррекции или психотерапевтического вмешательства. Глубокая диспареуния, депрессивные проявления при эндометриозе приводят к нарушению либидо, оргазмической дисфункции, снижению сексуальной активности, отсутствию психологической удовлетворенности половой жизнью. Улучшение соматического состояния на фоне консервативного и хирургического лечения эндометриоза не гарантирует восстановление психического

и сексуального здоровья женщин. В связи с этим необходимо проводить скрининг психоэмоционального состояния женщин с эндометриозом, а при наличии сексуального партнера — сексуальной функции. При выявлении клинически значимой аффективной и сексуальной патологии необходимо лечение у специалистов, имеющих психиатрическую специализацию. Психотерапия проводится в виде монотерапии антидепрессантами либо в сочетании с транквилизаторами и нейролептиками. При симптомном течении эндометриоза применяются такие методы психотерапии, как гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, музыкотерапия, личностно-ориентированная терапия, нейролингвистическое программирование, телесно-ориентированная терапия, групповая терапия, однако наиболее эффективна когнитивно-бихевиоральная терапия, способствующая устранению психоэмоциональных расстройств и улучшению качества жизни.

### Физиотерапия

Физиотерапия может быть дополнительным видом лечения эндометриоза или частью комплексного в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, в комплексе с гормональной терапией или с другими видами медикаментозного лечения, потенцируя их терапевтические воздействия. Цель физиолечения — болеутоление, трофический, противовоспалительный, противоспаечный эффекты. Физиореабилитацию пациенток с эндометриозом целесообразно

начинать на госпитальном этапе, продолжать амбулаторно и на санаторно-курортном этапе. Противопоказания для использования физических факторов при эндометриозе: все формы эндометриоза, требующие оперативного лечения; III–IV стадии распространения эндометриоза, так как физиотерапия *argiori* не может быть результативной, и от нее следует отказаться; глубокие психоэмоциональные расстройства, невротизация пациентки на фоне основного заболевания. Для лечения пациенток с эндометриозом можно использовать следующие преформированные и естественные физические факторы: импульсные токи низкой частоты; магнитные и электромагнитные поля низкой частоты различных характеристик; электромагнитные колебания оптического (светового) диапазона; бальнеотерапия; гидротерапия; климатотерапия. Абсолютно противопоказаны для использования в лечении эндометриоза физические факторы, вызывающие гиперэстрогению: лечебные грязи, нагретый песок, парафин, сероводородные, хлоридно-натриевые, скипидарные, сульфидные ванны, эстрогенстимулирующие преформированные физические факторы (ультразвук, токи надтональной частоты, диатермия, индуктотермия, токи ультраи сверхвысокой частоты), массаж пояснично-крестцовой зоны позвоночника, баня и сауна.

### Фитотерапия

Исследования по использованию фитопрепаратов для регуляции и коррекции метаболизма эстрогенов у больных эндометриозом продемонстри-

ровали эффективность таких активных соединений, как индол-3-карбинол 100 мг, эпигаллокатехин-3-галлат 60 мг, изофлавоны сои 60 мг (препарат Стелла). На фоне приема фитопрепарата доказано уменьшение болей при менструации, объема кровопотери, сокращение дней менструаций, отмечена нормализация менструального цикла.

### Показания к консультациям у других специалистов

При наличии стойкого болевого синдрома, симптомов поражения других органов малого таза и брюшной полости, при отсутствии эффекта от проводимого лечения показана консультация у уролога, гастроэнтеролога, хирурга, проктолога, онкогинеколога, психиатра.

### Прогноз

Частота рецидивов эндометриоза после хирургического лечения составляет 15–21% — через 1–2 года, 36–47% — через 5 лет и 50–55% — через 5–7 лет и наиболее высока при распространенном эндометриозе или органов репродуктивной системы (узловые формы аденомиоза, ретроцервикальный эндометриоз с частичным или полным прорастанием стенки прямой или сигмовидной кишки, дистальных отделов мочеточников, мочевого пузыря и т.д.). Частота рецидивирования эндометриоидных кист яичников в течение 2–5 лет после операции варьирует от 12 до 30%. При использовании гормональной терапии 70–90% женщин отмечают купирование болевого синдрома и уменьшение интенсивности

менструальноподобных кровотечений. Частота рецидивов эндометриоза через год после курса терапии составляет 15–60%, частота наступления беременности — 20–70% в зависимости от группы препаратов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: Медицина, 2006. — 411 с.
2. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н., Ипатова М.В. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). — 2-е изд. — М.: МЕДПРЕСС-информ, 2008. — 264 с.
3. Taylor A.A. et al. Postmenopausal endometriosis and malignant transformation of endometriosis: a case series // *Gynecol. Surg.* — 2005. — Vol. 2. — P. 135–137.
4. Abou-Setta A.M., Al-Inany H.G., Farquhar C.M. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — Issue 4: CD005072.
5. Allen C., Hopewell S., Prentice A., Allen C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2005. — Issue 4: CD004753.
6. Benaglia L., Somigliana E., Vighi V. et al. Rate of severe ovarian damage following surgery for endometriomas // *Hum. Reprod.* — 2010. — Vol. 25. — P. 678.
7. Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2010. — Aug. — Vol. 22, N 4. — P. 320–325.
8. Champaneria R., Daniels J.P., Raza A. et al. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2011. — Nov. — Vol. 4. [forthcoming].
9. Chapron C., Bourret A., Chopin N. et al. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions // *Hum. Reprod.* — 2010. — Vol. 25. — P. 884.
10. Clayton R., Hawe J., Love J.C. et al. Recurrent pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis: evaluation of laparoscopic excision of residual endometriosis // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* — 1999. — Vol. 106, N 7. — P. 740–744.
11. Fedele L., Bianchi S., Raffaelli R., Zanconato G. Comparison of transdermal estradiol and tibolone for the treatment of oophorectomized women with deep residual endometriosis // *Maturitas.* — 1999. — Vol. 32. — P. 189–193.
12. Management of endometriosis. Practical Bulletin No.114. The American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 116. — P. 223–236.
13. Minelli L., Fanfani F., Fagotti A. et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications, and clinical outcome // *Arch. Surg.* — 2009. — Vol. 144. — P. 234.
14. Osada H., Silber S., Kakinuma T. et al. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis // *Reprod. Biomed. Online.* — 2011. — Jan. — Vol. 22, N 1. — P. 94–99. Epub 2010 Nov 30.
15. Schweppe K.-W. The Current place of progestins in the treatment of endometriosis // *Expert Rev. Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 7, N 2. — P. 141–148.
16. Seracchioli R., Mabrouk M., Manuzzi L. et al. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom recurrence after conservative surgery for endometriosis // *Hum. Reprod.* — 2009. — Vol. 24, N 11. — P. 2729–2735. Wilson M.L., Murphy P.A. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea (Cochrane Review) // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2001. — Issue 3: CD002124.