

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии

2018 • том 17 • №1

Н а у ч н о - п р а к т и ч е с к и й ж у р н а л

Аспирационная (склерозирующая) терапия
эндометриом яичников: возможности,
перспективы, отдаленные результаты

А.И.Давыдов, М.Б.Таирова, М.Н.Шахламова

On-line версия журнала
<http://www.phdynasty.ru>

Аспирационная (склерозирующая) терапия эндометриом яичников: возможности, перспективы, отдаленные результаты

А.И.Давыдов, М.Б.Таирова, М.Н.Шахламова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Цель. Изучить эффективность и отдаленные результаты склерозирующей терапии эндометриом яичников и обосновать условия и показания к минимально инвазивному вмешательству.

Пациенты и методы. Выполнен анализ 124 вмешательств по методике аспирационной (склерозирующей) терапии эндометриомных кист яичников. Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет, составив в среднем $26,4 \pm 4,2$ лет. Средний диаметр эндометриом яичников варьировал от 25 до 65 мм. В 84 (67,7%) наблюдениях патологический процесс был односторонним, в 72,3% – двусторонним. У 43 (34,6%) женщин имел место рецидив заболевания после предшествующей цистэктомии, у 28 (22,6%) – эндометриомные кисты локализовались в единственном яичнике и еще у 7 (5,6%) пациенток при ультразвукографии яичник, контралатеральный от эндометриомного образования, был резко уменьшен в размерах, а в его срезах отсутствовали признаки антральных фолликулов после предшествующей цистэктомии. То есть фактически у 35 (28,2%) пациенток эндометриома диагностирована в единственном яичнике. Всем пациенткам после аспирационной терапии эндометриом назначали диенгест (2 мг) + этинилэстрадиол (0,03 мг) (Силуэт®(Siluette®), ОАО «Гедеон Рихтер»).

Результаты. Частота рецидива эндометриом в течение первых 12 мес наблюдения составила 38,7%, в течение первых 3 мес наблюдения этот показатель не превысил 9,7%. В период 7–12 мес после вмешательства самопроизвольная беременность наступила у 36,3% (46) женщин, которая во всех наблюдениях закончилась родами (с учетом использования контрацепции 25 пациентками – у 46%).

Заключение. Склеротерапия эндометриом яичников с ультразвуковым мониторингом вмешательства – минимально инвазивный метод лечения пациенток репродуктивного возраста, обеспечивающий сохранность фолликулярного запаса. Она не является монотерапией, ее исход во многом определяется адекватностью послеоперационного гормонального лечения.

Ключевые слова: диенгест + этинилэстрадиол, склерозирующая терапия, частота рецидивов, эндометриома

Для цитирования: Давыдов А.И., Таирова М.Б., Шахламова М.Н. Аспирационная (склерозирующая) терапия эндометриом яичников: возможности, перспективы, отдаленные результаты. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(1): 13–21. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-13-21

Aspiration (sclerosing) therapy of ovarian endometriomas: possibilities, prospects, long-term outcomes

A.I.Davydov, M.B.Tairova, M.N.Shakhlamova

I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

The objective. To study the effectiveness and long-term outcomes of sclerotherapy for ovarian endometriomas and to substantiate the conditions and indications for minimally invasive intervention.

Patients and methods. We analysed 124 interventions performed by the technique of aspiration (sclerosing) therapy of endometrioid ovarian cysts. The patients' age varied from 18 to 42 years, averaging 26.4 ± 4.2 years. The mean diameter of ovarian endometriomas varied from 25 to 65 mm. In 84 (67.7%) of observations, pathological process was unilateral, in 72.3% – bilateral. 43 (34.6%) women had disease recurrence after previously performed cystectomy, in 28 (22.6%) endometrioid cysts were located in the only ovary and in 7 (5.6%) patients ultrasonography found that the ovary contralateral to endometrioid tumour was sharply decreased and its sections lacked the signs of antral follicles after preceding cystectomy. In fact, in 35 (28.2%) patients endometrioma was diagnosed in the only ovary. All patients after aspiration therapy of endometriomas received dienogest (2 mg) + ethinylestradiol (0.03 mg) (Siluette®, «Gedeon Richter»).

Results. The recurrence rate of endometriomas during the first 12 months of follow-up was 38.7%, during the first 3 months of follow-up this parameter did not exceed 9.7%. Within 7–12 months after intervention spontaneous pregnancy occurred in 36.3% (46) of women, ending with childbirth in all cases (with the use of contraception 25 patients – 46%).

Для корреспонденции:

Давыдов Александр Ильгизирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)

Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Телефон: (499) 782-3341

E-mail: davydov.ai@1msmu.ru

Статья поступила 16.01.2018 г., принята к печати 19.02.2018 г.

For correspondence:

Aleksandr I. Davydov, MD, PhD, DSc, professor of medicine at the chair of obstetrics, gynaecology and perinatology, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Address: 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation

Phone: (499) 782-3341

E-mail: davydov.ai@1msmu.ru

The article was received 16.01.2018, accepted for publication 19.02.2018

Conclusion. Sclerotherapy of ovarian endometriomas with ultrasound monitoring of intervention is a minimally invasive method of treating women of reproductive age, ensuring preservation of ovarian reserve. It is not a monotherapy, its outcome is in many respects determined by the adequacy of postoperative hormonal treatment.

Key words: dienogest+ethinylestradiol, sclerotherapy, recurrence rate, endometrioma

For citation: Davydov A.I., Tairova M.B., Shakhlamova M.N. Aspiration (sclerosing) therapy of ovarian endometriomas: possibilities, prospects, long-term outcomes. *Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology)*. 2018; 17(1): 13–21. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-13-21

Несмотря на более чем 100-летнюю историю, проблема генитального эндометриоза, по-видимому, не скоро утратит свою актуальность. Во-первых, эндометриоз по праву считается одной из главных причин женского бесплодия. Во-вторых, в силу особенностей морфогенеза эндометриоз тяжело поддается медикаментозной терапии. Наконец, онкологическая настороженность при эндометриозе остается малоизученной, вызывая много споров и дискуссий.

Нередко практикующие клиницисты обобщают все поражения эндометриозом женских гениталий. Однако каждая локализация эндометриоза имеет не только свои клинические, но и патофизиологические и гистологические отличия. В данном контексте эндометриозу яичников отводится особая роль, для подтверждения которой существует ряд неоспоримых фактов:

1) в структуре всех локализаций эндометриоидных гетеротопий эндометриоз яичников стабильно, причем с большим отрывом, занимает первое место;

2) эндометриоз яичников неблагоприятно воздействует на фолликулогенез в целом и функцию желтого тела, в частности;

3) эндометриоз яичников угнетает овариальный резерв, разрушая функциональную ткань яичников;

4) считается, что изначально именно эндометриоз яичников приводит к развитию тяжелого осложнения – глубоко инфильтративного эндометриоза, вовлекая в патологический процесс экстрагенитальные органы и структуры – мочевыводящие пути, кишечник, окружающую брюшину; здесь вполне сопоставима аналогия с раковой опухолью, метастазирующей в соседние органы;

5) наконец, эндометриоз яичников, в отличие от других локализаций нозологии, представляет наибольшую потенциальную угрозу для озлокачествления.

Эпидемиология эндометриоза, возможно, – наиболее дискуссионный аспект данной проблемы. Существует расхожая фраза, к которой апеллируют многие авторы, что «сегодня в мире эндометриозом болеют свыше 220 млн женщин» – т.е. порядка 10% женского населения репродуктивного возраста. При этом основанием для постановки диагноза нередко служат либо некоторые клинические симптомы (тазовая боль, дисменорея, бесплодие) в их различных сочетаниях, либо необоснованные с позиций морфогенеза заболевания маркеры инструментальной визуализации (УЗИ, КТ, МРТ). При этом не учитывается, что диагноз эндометриоза требует обязательной гистологической верификации: только на основании обнаружения цитогенной стромы в присланном материале патоморфолог имеет право на подобное заключение. В связи с чем частоту эндометриоза целесообразно оценивать не в популяции, а среди опериро-

ванных гинекологических пациентов. Согласно сводным данным, в гинекологических стационарах общего профиля (не специализирующихся на лечении бесплодия и/или эндометриоза) в 10–17% наблюдений хирургические вмешательства выполняются по поводу генитального эндометриоза, из них более чем в 80% – эндометриоза (эндометриом) яичников [1].

Эндометриомы (эндометриоидные кисты) яичников занимают лидирующие позиции не только в структуре всех поражений эндометриозом, но и среди причин женского бесплодия, ассоциированного с эндометриозом. Более того, особенности гистогенеза эндометриом (способность к инфильтрации в окружающие ткани) обуславливают снижение объема функционирующей ткани яичника независимо от размеров новообразования [2]. Другая концепция овариальной дисфункции при эндометриозе заключается в том, что эндометриоидные кисты яичников содержат большое количество свободного железа, которое посредством реакции с пероксидом водорода образует токсичный супероксид, приводящий к оксидативному стрессу и тем самым к нарушению в работе клетки. Воздействие реактивных форм кислорода на активность противовоспалительных цитокинов, молекул адгезии, факторов роста и ангиогенных факторов приводит к торможению роста клеток в яичниках [3]. То есть формирование кистозных образований эндометриоза яичников априори можно рассматривать в качестве фактора повреждения овариального резерва.

Это не может не настораживать клиницистов, так как эндометриоз яичников – заболевание женщин преимущественно репродуктивного периода. Причем за последнее время наметилась стойкая тенденция к омоложению эндометриом: все чаще такие новообразования яичников диагностируются у девушек до 25 лет, подавляющее большинство из которых не имели беременностей или родов.

В отношении тактики лечения пациенток с эндометриомами в репродуктивном периоде существуют две разнополярные точки зрения: одни авторы считают, что при средних размерах эндометриоидных кист до 30 мм целесообразно проведение медикаментозной терапии, другие – придерживаются мнения о необходимости цистэктомии при таких новообразованиях. В клинических рекомендациях МЗ РФ «Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация» (2013) в отношении эндометриоидных кист яичников изложено вполне определенно: «...При наличии эндометриоидной кисты яичника необходимо хирургическое лечение (энуклеация капсулы и /или ее вапоризация с гистологическим исследованием препарата). ...» [4]. Далее приводятся рекомендации в отношении величины эндометриом:

«...Вопрос целесообразности удаления капсулы при ее небольшом размере (менее 30 мм) не имеет однозначного решения. В связи с необходимостью гистологической верификации диагноза, а также дифференциальной диагностики со злокачественными образованиями яичников цистэктомия в этих случаях представляется оправданной. ... Недопустимо медикаментозное лечение эндометриоидных кист яичников без верификации диагноза, так как предполагаемая “эндометриоидная киста” на самом деле может быть опухолью яичника или “переродиться” в нее в процессе лечения».

Действительно, с одной стороны, пассивное наблюдение или медикаментозная терапия эндометриом связаны с высоким риском различных осложнений (снижение функции яичников, экспансивный рост новообразования, угроза его озлокачествления), с другой – хорошо известно, что классическая цистэктомия при эндометриоидных кистах яичников сопряжена с потенциальной потерей фолликулярного запаса (именно этим объясняется точка зрения сторонников медикаментозного лечения эндометриом малых размеров). Следовательно, для решения данной проблемы необходим некий компромисс, который позволил бы не только избежать повреждения функциональной ткани яичников, но и снизить риски, обусловленные онкологической настороженностью. Сегодня роль «золотой середины» лечения пациенток с эндометриоидными кистами яичников играет аспирационная (склерозирующая) терапия. В литературе последних лет появилось сравнительно большое количество публикаций на эту тему. В частности, Garcia-Tejedor et al. из университетского госпиталя Барселоны (Bellvitge University Hospital-IDIBELL, Испания) опубликовали результаты предварительного анализа 27 случаев склеротерапии эндометриом яичников, выполненных в период 2010–2014 гг. При этом указали частоту рецидивов новообразования всего лишь 12% в течение 17 мес наблюдения [5].

Авторы настоящей работы первое подобное вмешательство осуществили в 1999 г. у пациентки 32 лет с единственным яичником, в котором диагностирован рецидив эндометриоидной кисты после предшествующих цистэктомий [6]. Первый опыт оказался удачным: после 2 лет бесплодия у женщины наступила беременность, закончившаяся срочными родами. С того периода были произведены 124 подобные манипуляции, ретроспективный анализ которых позволил обосновать четкую позицию по данному вопросу.

Цель – изучить эффективность и отдаленные результаты склерозирующей терапии эндометриом яичников и обосновать условия и показания к минимально инвазивному вмешательству.

Пациенты и методы

За период 1999–2017 гг. выполнены 124 вмешательства по методике аспирационной (склерозирующей) терапии эндометриоидных кист яичников. Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет, составив в среднем $26,4 \pm 4,2$ лет. Средний возраст менархе составил $13,3 \pm 1,2$ лет. Продолжительность менструального цикла у большинства больных (68%) находилась в пределах 25–29 дней. У 92% пациенток длительность менструального кровотечения была 4 и более

дней, жалобы на обильные менструации предъявляли 26% больных, а у 36 – менструации сопровождались болями различной интенсивности.

Одну и более беременностей имели 24 (19%) пациентки; соответственно, не было беременностей у 100 (81%) женщин. Первичное бесплодие диагностировано у 42 (34%) пациенток, вторичное бесплодие – у 9 (7%). Роды в анамнезе имели 26 (20%) больных, у 16% – беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в сроки 3–11 нед гестации, причем у 10% женщин – после экстракорпорального оплодотворения.

При анализе перенесенных заболеваний обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс в детстве.

Оперативные вмешательства на придатках матки в связи с новообразованиями яичников различного генеза в прошлом выполнены у 38 (31%) пациенток, в том числе по поводу эндометриоидных кист – у 26 (21%). Следует уточнить, что у 22 из 38 (18%) больных в ходе предшествующих хирургических вмешательств были удалены придатки матки.

Длительность основного заболевания колебалась от нескольких месяцев до 4 лет (в среднем – $1,6 \pm 0,6$ лет). Его ведущими симптомами были: тазовые боли различной интенсивности – 74%, дисменорея – 22%, диспареуния – 14%, меноррагии – 5% (перечисленные симптомы сочетались в различных отношениях). Лишь 15 (12%) пациенток не предъявляли жалоб, у них образования яичников были выявлены гинекологом и/или врачом ультразвуковой диагностики при профилактическом осмотре.

При гинекологическом исследовании патологические образования в проекции придатков матки обнаружены у 38% женщин, у 12% – высказано предположение об их наличии. Соответственно в 50% наблюдений новообразования яичников диагностированы только с помощью эхографии.

В наших исследованиях отсутствовала необходимость в применении таких методов визуальной диагностики, как магнитно-резонансная и компьютерная томография, поскольку результаты трансвагинальной сонографии обеспечили 100% диагностику патологических образований яичников. Трансвагинальную эхографию осуществляли с помощью сканера Nemio SSA-550A фирмы Toshiba (Япония), оснащенного акустическим преобразователем с частотой колебаний 5–8 МГц, а также обеспечивающего трехмерную реконструкцию изображений.

Методика аспирационной (склерозирующей) терапии эндометриом яичников хорошо известна и описана нами ранее [6]. Следует акцентировать внимание на необходимости полной санации полости кисты и экспозиции 70% раствора этанола не менее чем на 40 с (в зависимости от исходного объема эндометриомы).

Статистический анализ полученных результатов выполняли с помощью пакета модулей для статистической обработки данных программы STATA/SE версия 13 (StataCorp).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний диаметр эндометриом яичников в наших исследованиях варьировал от 25 до 65 мм. В 84 (67,7%) наблюдениях патологический процесс был односторонним, в 72,3% – двусторонним. У 43 (34,6%) женщин имел место

рецидив заболевания после предшествующей цистэктомии, у 28 (22,6%) – эндометриодные кисты локализовались в единственном яичнике и еще у 7 (5,6%) пациенток при ультразвукографии яичник, контралатеральный от эндометриодного образования, был резко уменьшен в размерах, а в его срезах отсутствовали признаки антральных фолликулов (после предшествующей цистэктомии по поводу эндометриодных кист). То есть фактически у 35 (28,2%) пациенток эндометриома диагностирована в единственном яичнике.

Ультразвуковая характеристика эндометриодных кист хорошо изучена и не требует обсуждения. Следует уточнить, что их главным акустическим критерием считается констатация внутри патологического образования мелкоочечной эхо-позитивной взвеси на фоне повышенного уровня звукопроводимости. Обнаружение подобной картины позволяет почти в 100% наблюдений установить точный диагноз до хирургического вмешательства, а также отказаться от применения более дорогостоящих методов визуальной диагностики – магнитно-резонансной и компьютерной томографии.

Для выявления локусов неангиогенеза – одного из основных маркеров злокачественной опухоли – использовали цветное доплеровское картирование в режиме энергетического доплера. В этом режиме у больных с эндометриомами кровотоков регистрировали в области ворот яичника, а также по периферии новообразования в сохранной ткани яичника (рис. 1). Объем содержимого эндометриодной кисты, эвакуированного в ходе аспирационной терапии, варьировал от 2 до 12 мл. Однако истинный объем содержимого этих кист было сложно оценить вследствие высокой плотности «шоколадной» жидкости, что практически всегда требовало предварительного лизиса с помощью 0,9% раствора NaCl. Важным этапом склерозирующей терапии эндометриом является экспозиция 70% раствора этанола на завершающем этапе вмешательства. Ее длительность зависит от объема полости новообразования и составляет 60–90 с. Суть данного этапа аспирационной терапии – вызвать легкий ожог (химическая деструкция) и в последующем – склероз эндометриодной выстилки кисты (рис. 2).



Рис. 1. Трансвагинальная эхография органов малого таза женщины. Эндометриома яичника. Цветное доплеровское картирование в режиме энергетического доплера. Регистрируется только периферический кровоток.

Склерозирующую терапию пациенток с эндометриодными кистами яичников необходимо рассматривать только в комплексе с послеоперационным гормональным лечением. Вопрос о роли послеоперационной гормональной терапии больных эндометриозом яичников до настоящего времени остается поводом для дискуссий. Существует точка зрения, что после полного удаления капсулы эндометриодных кист, других очагов эндометриоза нет необходимости в применении гормональных средств. В то же время никто не отрицает сравнительно высокую частоту рецидивов эндомет-

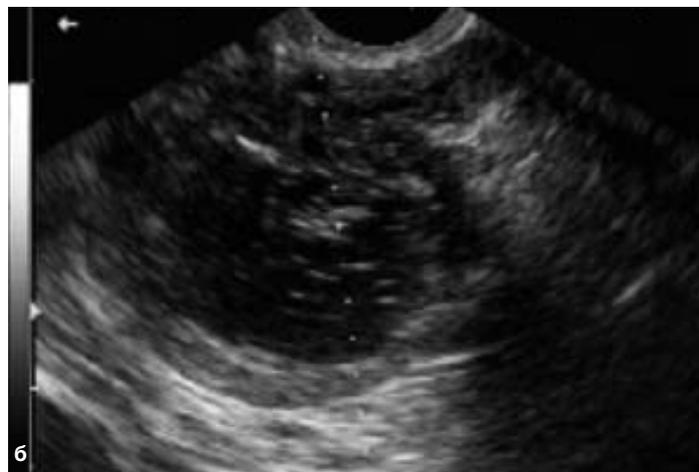


Рис. 2. Основные этапы склеротерапии эндометриом: а – в просвет эндометриомы введена аспирационная игла; б – экспозиция 70% этанола; в – состояние яичника после склеротерапии.

Таблица. Характеристика некоторых прогестагенов

	Прогестагенная активность	Глюкокортикоидная активность	Андрогенная активность	Антиандрогенная активность	Антиминералокортикоидная активность
Диеногест	+++	–	–	++	–
Дроспиренон	+	–	–	+	++
Левоноргестрел	++	–	+	–	–
Гестоден	+	–	+	–	(+)
МПА	+	++	+	–	–
Норгестимат	++	–	+	–	–
Норэтистерон	+++	–	+	–	–
Дезогестрел	+	+	+	–	–
Ципротерона ацетат	+	+++	–	+++	–

риом после цистэктомии, что можно объяснить наличием микроскопических и/или непигментированных гетеротопий, рост которых в последующем обуславливает рецидивы патологических образований. В любом случае, аспирационная терапия предусматривает *обязательное* назначение гормональных препаратов.

Применение в послеоперационном периоде экзогенных гормонов (антигормонов) преследует следующие цели:

- 1) дополнить склерозирующий эффект этанола;
- 2) подавить пиковые выбросы гормонов аденогипофиза, способствующие рецидиву заболевания.

Традиционно препаратами первой линии лечения пациенток с эндометриозом после хирургического вмешательства считаются комбинированные оральные контрацептивы – эстроген-гестагенные средства [4]. При выборе последних особое внимание уделяют типу прогестагена, так как именно эти соединения оказывают антипролиферативное действие на очаги эндометриоза.

Современные требования к прогестагенам вполне концептуальны:

- 1) высокие – прогестагенная, антиандрогенная, антиминералокортикоидная активность;
- 2) низкие – андрогенная, глюкокортикоидная активность.

В таблице представлена характеристика некоторых прогестагенов.

Как следует из таблицы, максимальной прогестагенной активностью обладают диеногест и норэтистерон. Однако для норэтистерона не характерна антиандрогенная активность, имеется легкая андрогенная активность, что в совокупности может быть причиной появления нежелательных эффектов андрогенного типа (диспепсия, акне, себорея, прибавка массы тела и др.).

Сегодня диеногест рассматривается в качестве прогестагена выбора при лечении больных эндометриозом. Предполагается, что диеногест обладает целевыми качествами по отношению к очагам эндометриоза, а именно:

- подавляет продукцию овариального эстрадиола, не вызывая снижения синтеза экстраовариального эстрадиола;
- ингибирует пролиферацию и неоангиогенез в гетеротопиях;
- активирует фермент 17-β-гидростероид дегидрогеназу 2-го типа и тем самым устраняет локальную гиперэстрогению;
- подавляет синтез простагландина E2 – главного медиатора боли при эндометриозе [7].

В наших исследованиях всем пациенткам после аспирационной терапии эндометриом назначали диеногест

(2 мг) + + этинилэстрадиол (0,03 мг) (Силуэт®(Silhouette®), ОАО «Гедеон Рихтер»), используя следующую схему:

- 1) Силуэт® 1 таблетка в сутки с 1-го дня очередной менструации в непрерывном режиме в течение 63 дней;
- 2) с 1-го дня менструальноподобной реакции (после отмены непрерывного приема препарата) Силуэт® 1 таблетка в сутки в течение трех циклов с 7-дневным перерывом между циклами приема (21 таблетка);
- 3) при необходимости в контрацепции – прием Силуэта пролонгируется под мониторингом общего состояния, биохимических показателей крови и гемостазиограммы.

Эффективность результатов комплексной (склерозирующей + медикаментозной) терапии эндометриом оценивали по следующим параметрам:

- 1) частота рецидивов новообразования;
- 2) длительность периода, в течение которого произошел рецидив эндометриомы;
- 3) частота наступления беременности.

Ретроспективный анализ полученных результатов показал, что частота рецидивов заболевания в течение первых 12 мес наблюдения составила 38,7% (48 из 124 наблюдений). В то же время в течение первых 3 мес наблюдения этот показатель не превысил 9,7% (12 из 124 наблюдений). В период 7–12 мес после вмешательства самопроизвольная беременность наступила у 36,3% (46) женщин, которая во всех наблюдениях закончилась родами. Причем часть пациенток (20,1%) по разным причинам не планировали беременности.

Сегодня главная дилемма в отношении эндометриом яичников – оперировать или не оперировать. Справедливо отметить, что по данному вопросу мнения ученых всего мира разделились. Действительно, некоторые авторы ратуют в пользу нехирургического подхода при эндометриомах яичников диаметром до 3 см, аргументируя свою позицию резким снижением, а иногда потерей фолликулярного запаса после хирургических вмешательств на яичниках по поводу эндометриоидных образований. Нельзя не признать, что данный факт имеет высокий уровень достоверности. Механизмы снижения/утраты фолликулярного запаса после хирургического лечения больных эндометриомами яичников различны. Однако главная причина тесным образом связана непосредственно с морфогенезом эндометриом. Хорошо известно, что эндометриоидные кисты в отличие от других доброкачественных новообразований яичников характеризуются наличием плотных подэпителиальных сращений между капсулой кисты и воротами яичников – места прохож-

дения основных кровеносных и лимфатических сосудов, питающих яичник. Поэтому цистэктомия при эндометриоидных кистах – это уже большая травма для яичника, а необходимость лигирования (коагуляции) яичника в области его ворот вызывает дополнительные нарушения в системе кровоснабжения яичника. Более того, по-прежнему для эндорхиргического гемостаза используется монополярная электрохирургия (в том числе так называемая «аргоноплазменная коагуляция», которая в сущности не что иное, как аргоноусиленная монополярная электрохирургия; здесь нужно дифференцировать термины, так как плазменная хирургия – совершенно другой метод энергии). Монополярная электрохирургия обладает «взрывной» электрической активностью, которая приводит к высушиванию клеток тканей. Во время каждого взрыва происходит проникновение энергии в глубину тканей, вызывающее денатурацию белка. При этом ожоговый некроз биоткани гораздо глубже, чем это наблюдается при визуальной оценке. Внешне идеально выполненная операция в реальности может вызвать серьезное повреждение фолликулярного аппарата.

«Агрессивность» цистэктомии при эндометриомах – это одна сторона медали. Другая – напрямую связана с онкологической настороженностью. Сегодня не является поводом для дискуссий риск озлокачествления эндометриоза. Однако в обсуждении данной проблемы «ускользает» важное уточнение: способностью к малигнизации обладает, как правило, эндометриоз яичников. Именно для этой локализации эндометриоза характерны атипические формы, которые принято рассматривать как фазу перехода доброкачественного процесса в злокачественный [8]. Проведенные по данной проблеме клинико-статистические исследования установили, что в отдаленном периоде наблюдения (11,4 лет) риск развития рака яичников у пациенток с эндометриомами яичников в 2 раза выше, чем в популяции (стандартизированное отношение частоты – standardized incidence ratio (SIR) составило 1,9). Причем у больных с длительно существующим и/или рецидивирующим эндометриозом яичников показатель SIR достигает 4,2 с вариациями до 7,7 [9].

По-видимому, эндометриоз (эндометриомы) яичников необходимо рассматривать как особую форму генитального эндометриоза, для которой характерен ряд «индивидуальных» характеристик:

1) эндометриоз яичников не только неблагоприятно воздействует на фолликулогенез, но и угнетает овариальный резерв, разрушая функциональную ткань яичников;

2) эндометриоз яичников – «источник» глубокого инфильтративного эндометриоза – тяжелой патологии, нарушающей функцию кишечника и мочевыводящих путей;

3) в отличие от других локализаций эндометриоз яичников представляет реальную угрозу для озлокачествления.

Анализ данных литературы и опыт собственных наблюдений по данной проблеме позволяют обосновать ряд положений:

1) эндометриоз – гистологический диагноз, характеризующийся специфическими морфоструктурными особенностями; до хирургического вмешательства «эндометриодная киста яичника» – лишь предположительное заключение методов инструментальной диагностики (УЗИ, КТ, МРТ);

2) нецелесообразно проводить медикаментозное лечение при эндометриоидных кистах яичников без их гистологической верификации вследствие погрешности диагностики даже при использовании ультрасовременных методов нехирургической визуализации; об этом подчеркивается в Рекомендациях МЗ РФ;

3) учитывая высокие риски повреждения фолликулярного запаса после хирургического лечения эндометриом, особенно при их рецидивах, необходимо ставить вопрос о применении аспирационной (склерозирующей) терапии;

4) склерозирующую терапию пациенток с эндометриоидными кистами яичников необходимо рассматривать только в комплексе с послеоперационным гормональным лечением.

Важно подчеркнуть, что от комплаентности экзогенных гормонов зависит исход микроинвазивного (максимально щадящего для функции яичников) хирургического вмешательства, коим является склеротерапия. Сегодня комбинированные оральные контрацептивы (КОК) вполне справедливо причисляют к препаратам первой линии выбора, которые используют для купирования тазовой боли у пациенток с эндометриозом. Их потенциальными преимуществами являются сравнительно низкая цена, небольшая частота побочных эффектов, возможность длительного лечения. Последний аспект имеет особое значение у женщин, не планирующих беременность. При выборе КОК для послеоперационного лечения пациенток с эндометриоидными кистами яичников необходимо учитывать фармакодинамику прогестагена, входящего в состав КОК. Данные литературы свидетельствуют, что эффективность диеногеста при эндометриозе сопоставима с таковой агонистов гонадотропин-рилизинг гормона [10]. Однако в отличие от последних прогестагены не модулируют развитие эстрогендефицитных состояний (псевдоменопауза), тяжело переносимых пациентами.

В литературе последних лет сведения об эффективности склерозирующей терапии эндометриом имеют разнозначный характер. В мета-анализе Cohen et al., основанном на изучении мировых источников (Pubmed, Embase, Ovid Medline, Google Scholar, Clinicaltrials.gov, Cochrane Central Register of Controlled Trials), частота рецидивов эндометриом после склерозирующей терапии варьирует от 0 до 62,5% (соответственно эффективность – от 37,5% до 100%) [11]. В наших исследованиях частота рецидивов составила 38,7%, что коррелирует с «нижней границей» эффективности данного метода. В то же время мы считаем это достаточно высоким результатом, основанным на многолетнем опыте. Различия в эффективности склерозирующей терапии, представленные в литературе, по-видимому, объясняются длительностью периода наблюдения за этими пациентками. В частности, в наших исследованиях в течение первых 3 мес наблюдения этот показатель не превысил 9,7%, что в итоге способствовало наступлению беременности у 46 из 124 женщин. С учетом того, что 25 (20,1%) женщин, вошедших в настоящее исследование, не планировали беременность и использовали гормональную контрацепцию (диеногест + этинилэстрадиол), частота наступления беременности в данной группе достигла 46,4% (рис. 3).

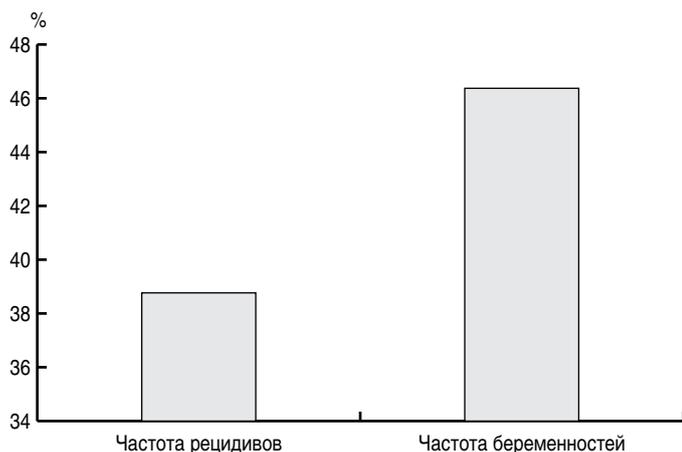


Рис. 3. Исходы комплексного (склерозирующая + медикаментозная терапия) лечения пациенток с эндометриомами, %.

Необходимо подчеркнуть, что склеротерапия эндометриом яичников никоим образом не должна рассматриваться в качестве некоей панацеи в лечении таких пациенток. Ее популяризация не означает отказ от применения других методов хирургического вмешательства. Безусловно, данный метод обеспечивает максимально бережное отношение к фолликулярному запасу. Однако он имеет свои ограничения, такие как: невозможность выполнения овариолизиса, отсутствие визуального контроля над деструкцией капсулы кисты, отсутствие информации о распространенности эндометриоза. Более того, благоприятный исход аспирационной терапии эндометриоидных кист яичников во многом зависит от соблюдения условий и показаний к подобному вмешательству. В предыдущей публикации нами вполне конкретно представлены эти положения:

- репродуктивный возраст (особенно его начало);
- отсутствие в анамнезе беременностей;
- средний диаметр новообразования не более 60 мм;
- планирование экстракорпорального оплодотворения;
- быстрый рецидив гистологически верифицированной эндометриомы после предшествующей операции;
- рецидив эндометриоидной кисты единственного яичника;
- предшествующие многократные оперативные вмешательства на единственном яичнике;
- высокий риск осложнений абдоминального хирургического вмешательства [12].

Заключение

Склеротерапия эндометриом яичников с ультразвуковым мониторингом вмешательства – минимально инвазивный метод лечения пациенток репродуктивного возраста, обеспечивающий сохранность фолликулярного запаса. Также данный метод можно рассматривать в качестве выбора в сложных клинических ситуациях: рецидив эндометриоидной кисты единственного яичника; предшествующие многократные оперативные вмешательства на единственном яичнике; высокий риск осложнений абдоминального хирургического вмешательства и др. Аспирационная терапия эндометриом не должна рассматриваться в качестве основного метода лечения таких пациенток, для ее применения разработаны определенные условия и показания.

Склерозирование капсулы эндометриом яичников не является монотерапией, ее исход во многом определяется адекватностью послеоперационного гормонального лечения.

Литература

1. Стрижаков АН, Давыдов АИ. Гинекология. М.: Медицина, 2010.
2. Давыдов АИ, Стрижаков АН, Чабан ОВ. Эндометриома или эндометриоидная киста? Как сохранить ткани яичника и избежать риска злокачественной трансформации. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 11(4):79-91.
3. Goud PT, Goud AP, Joshi N, Puscheck E, Diamond MP, Abu-Soud HM. Dynamics of nitric oxide, altered follicular microenvironment, and oocyte quality in women with endometriosis. *Fertil Steril*. 2014;102(1):151-9. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.03.053
4. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации МЗ РФ. М., 2013.
5. Давыдов АИ, Бахтияров КР. Применение ультразвуковой мини-хирургии для лечения эндометриоидных кист яичников у пациенток с многократными剖腹探查 в анамнезе. Новые технологии в гинекологии. М., 2003.
6. Давыдов АИ, Стрижакова МА, Пашков ВМ. Аспирационное лечение эндометриоидных кист яичников: за и против. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004;3(3):88-90.
7. Chandra A, Rho AM, Jeong K, Yu T, Jeon JH, Park SY, et al. Clinical experience of long-term use of dienogest after surgery for ovarian endometrioma. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(1):111-7. DOI: 10.5468/ogs.2018.61.1.111
8. Matias-Guiu X, Stewart CJR. Endometriosis-associated ovarian neoplasia. *Pathology*. 2018 Feb;50(2):190-204. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.10.006
9. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 176(3):572-9.
10. Buggio L, Somigliana E, Barbara G, Frattaruolo MP, Vercellini P. Oral and depot progestin therapy for endometriosis: towards a personalized medicine. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(15):1569-81. DOI: 10.1080/14656566.2017.1381086
11. Cohen A, Almog B, Tulandi T. Sclerotherapy in the management of ovarian endometrioma: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017;108(1): 117-24.e5. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.015
12. Давыдов АИ, Таирова МБ. К вопросу об аспирационной терапии эндометриом яичников. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(3): 68-70. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-3-68-71

References

1. Strizhakov AN, Davydov AI. Gynecology. Moscow: "Meditsina" Publ., 2010. (In Russian).
2. Davydov AI, Strizhakov AN, Chaban OV. Endometrioma or an endometrioid cyst? How to preserve ovarian tissue and avoid the risk for malignant transformation. *Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology)*. 2012; 11(4):79-91. (In Russian).
3. Goud PT, Goud AP, Joshi N, Puscheck E, Diamond MP, Abu-Soud HM. Dynamics of nitric oxide, altered follicular microenvironment, and oocyte quality in women with endometriosis. *Fertil Steril*. 2014;102(1):151-9. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.03.053
4. Endometrioses: diagnostic, therapy and rehabilitation. Clinical recommendations MZ RF. Moscow, 2013. (In Russian).
5. Davydov AI, Bakhtiyarov KR. Ultrasonic mini-surgery for the treatment of endometriotic ovarian cysts in patients with multiple laparotomies in anamnesis. *New technologies in gynecology*. Moscow, 2003. (In Russian).

6. Davydov AI, Strizhakova MA, Pashkov VM. Aspiration treatment of endometrioid ovarian cysts: pro and contra. *Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology)*. 2004;3(3):88-90. (In Russian).
7. Chandra A, Rho AM, Jeong K, Yu T, Jeon JH, Park SY, et al. Clinical experience of long-term use of dienogest after surgery for ovarian endometrioma. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(1):111-7. DOI: 10.5468/ogs.2018.61.1.111
8. Matias-Guiu X, Stewart CJR. Endometriosis-associated ovarian neoplasia. *Pathology*. 2018 Feb;50(2):190-204. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.10.006
9. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1997; 176(3):572-9.
10. Buggio L, Somigliana E, Barbara G, Frattaruolo MP, Vercellini P. Oral and depot progestin therapy for endometriosis: towards a personalized medicine. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(15):1569-81. DOI: 10.1080/14656566.2017.1381086
11. Cohen A, Almog B, Tulandi T. Sclerotherapy in the management of ovarian endometrioma: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017;108(1): 117-24.e5. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.015
12. Davydov AI, Tairova MB. On the problem of aspiration therapy of ovarian endometriomas. *Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology)*. 2017;16(3):68-70. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-3-68-71. (In Russian).

Информация о соавторах:

Тайрова Марина Борисовна, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2
Телефон: (499) 782-3341
E-mail: tairovamb@gmail.com

Шахламова Марина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет)
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2
Телефон: (499) 782-3341
E-mail: m-shahlamova@mail.ru

Information about co-authors:

Marina B. Tairova, assistant at the chair of obstetrics, gynaecology and perinatology, faculty of medicine, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)
Address: 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation
Phone: (499) 782-3341
E-mail: tairovamb@gmail.com

Marina N. Shakhlamova, MD, PhD, DSc, professor at the chair of obstetrics, gynaecology and perinatology, faculty of medicine, I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)
Address: 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation
Phone: (499) 782-3341
E-mail: m-shahlamova@mail.ru

На утверждение

Силует®

низкодозированный комбинированный
оральный контрацептив

2 мг диеногеста + 0,03 мг этинилэстрадиола, 21/7



ВСЕГДА В ДВИЖЕНИИ

Постоянный контроль цикла

- Доказанная биоэквивалентность
- Традиционный режим приёма - 21/7*
- Отсутствие: * • андрогенного,
• минералокортикоидного,
• глюкокортикоидного эффектов

* Инструкция по медицинскому применению препарата Силует®



ГЕДЕОН РИХТЕР

Реклама