

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ



Атаева Фарзона Нуриддиновна, Вафаева Ирода Мирсамадовна, Рахманова Фируза Эрдановна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭНДОМЕТРИОЗДА ЧАНОҚДАГИ СУРУНКАЛИ ОҒРИҚНИ ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Атаева Фарзона Нуриддиновна, Вафаева Ирода Мирсамадовна, Рахманова Фируза Эрдановна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FEATURES OF THE TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN WITH ENDOMETRIOSIS

Atayeva Farzona Nuriddinovna, Vafaeva Iroda Mirsamadovna, Rakhmanova Firuza Erdanovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақола эндометриоз билан боғлиқ чаноқ соҳасидаги сурункали оғриқ диагностикаси ва даволашнинг замонавий усулларига бағишланган.

Калим сўзлар: эндометриоз, диагностика, терапия, хирургик даво.

Abstract. The article describes modern methods of diagnosis and treatment of chronic pelvic pain associated with endometriosis.

Keywords: endometriosis, diagnosis, therapy, surgical treatment.

Введение. Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний и встречается у 70–90 % пациенток с симптомами тазовой боли [3, 7, 10, 13, 15]. Женщины с эндометриозом имеют повышенный риск боли в животе, дисменореи по сравнению с женщинами без эндометриоза [23, 29]. Оценка боли при эндометриозе и ее реакции на лечение затруднена из-за [11, 19] методологических трудностей измерения боли; [22] неполное понимание механизма, посредством которого эндометриоз вызывает боль; [13, 14, 16, 21] трудности в определении успеха медикаментозного и хирургического лечения по сравнению с плацебо; [4, 8, 9, 12, 17, 24] склонность хронической боли к прогрессирующему поражению окружающих систем органов за пределами репродуктивного тракта; и [5, 6, 18, 25] боль, связанная с эндометриозом, когда истинной причиной боли могут быть другие сопутствующие состояния. Это статья посвящена эндометриозу и связанной с ним тазовой боли, а также описывает варианты лечения.

Заболевания репродуктивного тракта, которые могут вызывать хроническую тазовую

боль, включают не только эндометриоз, но и аденомиоз, тазовые спайки, воспалительные заболевания таза, врожденные аномалии репродуктивного тракта, а также новообразования яичников или маточных труб. Тазовая боль, однако, не обязательно связана с гинекологическими причинами. Она может быть вызвана нарушениями со стороны желудочно-кишечной, мочевыводящей, нервной и опорно-двигательной систем, а также может быть проявлением психологических или психических расстройств. Общие негинекологические причины тазовой боли могут включать синдром раздраженного кишечника, интерстициальный цистит, фибромиалгию и скелетно-мышечные расстройства, такие как боль в триггерных точках и дисфункция тазового дна [2, 7, 26, 28]. Может быть трудно отличить эндометриоз от этих состояний, потому что симптомы могут быть схожими, возникающими циклически или постоянно. Перед лечением, а также у тех женщин, которые не реагируют на традиционную терапию эндометриоза, следует провести

тщательное обследование для исключения других причин тазовой боли.

Эндометриоз может проявляться в различных формах в женском тазу, включая прозрачные везикулы, темные пигментированные очаги гемосидерина и белые рубцы, каждый из которых может способствовать возникновению боли по разным механизмам. Хотя, как правило, нет установленной связи между степенью заболевания и симптомами, локализация и тип заболевания могут влиять на тазовую боль [1, 15, 27]. Хотя эндометриоз считается прогрессирующим заболеванием, он также может оставаться статичным и даже регрессировать без лечения [16, 29]. Три наиболее часто предполагаемых механизма возникновения боли при эндометриозе: продукция таких веществ, как факторы роста и цитокины, активированными макрофагами и другими клетками, связанными с функционирующими эндометриоидными имплантатами [17, 28]; прямые и косвенные эффекты активного кровотечения из эндометриоидных имплантатов; и раздражение нервов тазового дна или прямое вторжение в эти нервы инфильтрирующими эндометриоидными имплантатами, особенно в слепом мешке [8, 19]. Остается правдоподобным, что у любого человека могут работать более одного или все эти механизмы. Гипотеза нейронного раздражения или инвазии получила большую поддержку в последнее десятилетие. Болезненные узелки в области дна матки и области крестцово-маточных связок имеют примерно 85% чувствительность и 50% специфичность для диагностики инфильтративного эндометриоза [3, 5, 10, 20]. У женщин с такими находками при гинекологическом осмотре может быть глубокая диспареуния и более выраженная дисменорея. У пациентов с инфильтрацией маточно-крестцовых связок и/или заболеваниями, непосредственно прилегающими к стенке прямой кишки или проникающими в нее, может быть дисхезия. Интенсивность боли, связанной с инфильтративным заболеванием, коррелирует с глубиной проникновения поражения. Наиболее сильная боль наблюдается, когда опухоль распространяется на 6 мм ниже поверхности брюшины. Наблюдались как перинеуральное воспаление, так и прямая инфильтрация нервов эндометриозом. Однако эти виды перинеуральных изменений чаще всего наблюдались у женщин с центральным поражением органов малого таза (т.е. вокруг маточно-крестцовых связок и в слепом мешке, а не у женщин с латеральным перитонеальным эндометриозом или эндометриозом яичников).

Оценка уровня боли у человека может быть затруднена. В большинстве клинических

исследований боли используются стандартизированные методы, которые не используются в клинической практике, такие как визуальная аналоговая шкала (оценка боли от «отсутствия» до «самая сильная») [1, 5, 19], опросник McGill Pain Questionnaire [13, 24], или уникальная простая категориальная шкала [15]. Шкалы качества жизни, такие как SF-36 [26], также используются для оценки воздействия боли и реакции на лечение.

Диагноз. Интенсивность и характер боли при эндометриозе редко коррелируют с тяжестью заболевания, а циклическая боль не всегда свидетельствует об эндометриозе [2, 5]. Общеизвестно, что гинекологический осмотр неточен в оценке объема эндометриоза, а методы рентгенографии, сонографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) не улучшили точность диагностики. Оперативная визуализация характерных поражений обычно считается приемлемой заменой иссечения с гистологическим диагнозом эндометриоза [22]. Атипичные поражения, в том числе внутри перитонеальных карманов, труднее охарактеризовать без биопсии [3, 14]. Хотя исследования показывают, что микроскопический эндометриоз может обычно ускользать от обнаружения при лапароскопии [15, 26], считается, что эти формы заболевания могут играть меньшую роль, если вообще играют, в боли, связанной с эндометриозом [24]. После того, как эндометриоз был диагностирован, прогрессирование заболевания не может быть надежно оценено по болевым симптомам или рентгенологическим исследованиям. Установление правильного диагноза с помощью лапароскопии до начала лечения лекарствами, которые связаны со значительными краткосрочными и долгосрочными побочными эффектами, является предпочтительным подходом, хотя необходимы дальнейшие исследования.

Хирургическое лечение эндометриоза. Кокрановский мета-анализ 5 рандомизированных контролируемых исследований, в которых оценивали лапароскопическое лечение эндометриоза по сравнению с диагностической лапароскопией без лечения, показал, что боль значительно уменьшилась в группе лечения [10]. Доля пациенток с улучшением болевых симптомов была значительно выше среди пациенток с умеренным и легким эндометриозом (100% и 70% соответственно), чем у женщин с минимальным заболеванием (40%) [21]. Рецидив боли после повторной операции по поводу рецидива заболевания колеблется от 20% до 40%, как и при первичной операции [12, 25]. В одном исследовании оценивали повторную лапароскопию у пациентов, у которых еще не было симптомов через 1 год после первоначальной операции. Из них у 29% наблюдалось прогрессирование заболевания, у 29% — регресс заболева-

ния, а у остальных 42% заболевание не изменилось [6, 9, 18]. Ретроспективное исследование, в котором оценивалась частота последующих операций после лапароскопического лечения эндометриоза по поводу боли, показало, что 79,4%, 53,3% и 44,6% оставались без операции через 2, 5 и 7 лет соответственно [13]. Взяты вместе, эти наблюдения показывают, что лапароскопическое лечение эндометриоза действительно приводит к улучшению состояния и боли, и, таким образом, поддерживает рекомендацию лечить эндометриозные поражения во время диагностической лапароскопии. Хирургические варианты лечения эндометриоза включают использование униполярной или биполярной коагуляции, лазерную абляцию. Каждый из них имеет преимущества и недостатки в отношении удаления поражений, травм тканей и кровотечения. Единственное рандомизированное исследование с адекватной мощностью, сравнивающее иссечение и абляцию, не выявило значимой разницы в показателях боли в течение 1 года после операции. Кроме того, на результаты не влияла стадия заболевания или то, были ли поражения поверхностными или глубокими [24].

Консервативная терапия эндометриоза.

Оценить успех медикаментозного лечения эндометриоза сложно. В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях оценивались отдельные варианты лечения [22–25]. Рандомизированные испытания, сравнивающие различные агенты, смешиваются с побочными эффектами, связанными с лекарствами. Кроме того, в исследованиях по мониторингу субъективной конечной точки боли сообщалось об эффектах плацебо в пределах 40–45% [16].

Для лечения эндометриоза использовались оральные контрацептивы (ОК), прогестагены, даназол, ГнРГ-а и антипрогестагены [27]. Клинические испытания таких методов лечения затруднены, потому что они обычно приводят к аменорее, а некоторые приводят к гипоестрогенным эффектам, которые мешают проведению слепого исследования. Ни в одном из исследований не проводилось прямого сравнения медикаментозного и хирургического лечения эндометриоза, и, таким образом, нет существенных доказательств, подтверждающих преимущество одного подхода над другим. Затраты и побочные эффекты часто определяют выбор лечения.

В нескольких исследованиях изучалась ценность послеоперационной медикаментозной терапии. Одно проспективное исследование показало, что по сравнению с плацебо 6-месячное лечение ГнРГ-альфа (нафарелина ацетат) после лапароскопической операции по поводу эндометриоза привело к большему уменьшению тазовой боли и более длительному интервалу перед необ-

ходимостью дальнейшего лечения [6]. Небольшое рандомизированное исследование, в котором сравнивали 3-месячный курс трипторелина и плацебо, не выявило разницы в частоте рецидивов боли или эндометриом в течение 5 лет [17]. В более крупном исследовании с участием 269 женщин, получавших в течение 6 месяцев агНРГ-альфа (гозерелина ацетат) после агрессивной хирургической резекции, послеоперационное медикаментозное лечение значительно замедляло время до рецидива симптомов по сравнению с выжидательной тактикой [28]. Рандомизированное исследование сравнило 6-месячный курс с низкодозированными комбинированными ОК и выявило сопоставимое облегчение боли и рецидивирование симптомов через 1 год [23].

Выводы. Эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, требующее пожизненного плана ведения с целью максимального использования медикаментозного лечения и избегания повторных хирургических вмешательств. В ряду этих серьезных медицинских вопросов главной задачей останется подбор индивидуального лечения каждой пациентке с целью обеспечения её текущих потребностей и долгосрочного сохранения качества жизни. Гормональная терапия позволяет, хотя бы частично, решить данные задачи при условии правильного выбора метода и постоянного наблюдения женщины с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью. Окончательное лечение эндометриоза – это гистерэктомия. Дальнейшие исследования, направленные на сравнение медикаментозного и хирургического лечения, явно оправданы.

Литература:

1. Агабабян Л. Р. и др. Негормональная коррекция климактерических расстройств у женщин с эндометриозом // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 77-84.
2. Ахтамова Н. А. и др. Синдром хронической тазовой боли-современный взгляд на проблему (Обзор литературы) // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 91-95.
3. Ахтамова Н. А. и др. Инновационный метод лечения хронической тазовой боли // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 12 (53). – С. 89-91.
4. Бабаджанова Г. С., Абдурахманова С. И. Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы) // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – №. 3. – С. 85-90.
5. Гушин В. А., Бичурина А. С. Хирургическое лечение эндометриоза // Вестник Совета молодых

- учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 3. – №. 4 (15). – С. 47-50.
6. Дубровина С. О., Берлим Ю. Д. Медикаментозное лечение боли, связанной с эндометриозом //Акушерство и гинекология. – 2019. – Т. 2. – С. 34-40.
7. Закирова Н. И., Суярова З. С., Тилавова Ю. М. К. Особенности симультанных операций в гинекологии (обзор литературы) //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 29 (41). – С. 104-109.
8. Зарипов А., Негмаджанов Б. Эндометриозидные кисты яичников как причина бесплодия //Журнал вестник врача. – 2015. – Т. 1. – №. 04. – С. 31-32.
9. Зейнитдинова З.А., Ризаев Ж.А., Орипов Ф.С. Степень цитологического поражения эпителия слизистой оболочки щеки при COVID-19 // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
- 10.Калинкина О. Б. и др. Длительное применение диеногеста для лечения эндометриоза //Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. – №. 1-2. – С. 18-23.
- 11.Козаченко А. В. Гормональная терапия больных эндометриозом-современное состояние проблемы (обзор литературы) //Медицинский совет. – 2020. – №. 13. – С. 116-123.
- 12.Лапина И. А. и др. Лечение эндометриоза: фармакологические аспекты противоспаечной активности // Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – №. 6. – С. 77-81.
- 13.Негмаджанов Б. Б. и др. Преимущество гистероскопии в диагностике симптома «нише» после кесарова сечения //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 11-15.
- 14.Негмаджанов Б. и др. Успешная хирургическая коррекция аномалии развития женских половых органов после перенесенных напрасных операций //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 158-160.
- 15.Орлова С. А., Балан В. Е., Левкович Е. А. Современные тенденции медикаментозного лечения эндометриоза //Медицинский совет. – 2015. – №. XX. – С. 28-33.
- 16.Ризаев Ж.А. и др. Проявления коронавирусной инфекции SARS-COV-2 в полости рта // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
- 17.Ризаев Ж.А., Ризаев Э.А., Кубаев А.С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
- 18.Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.
- 19.Сахаутдинова И. В. и др. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников //Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10. – №. 1 (55). – С. 113-117.
- 20.Солопова А., Чуканова Е. Диагностика и лечение эндометриоза: новый взгляд //Врач. – 2017. – №. 10. – С. 15-18.
- 21.Федотчева Т. А., Шимановский Н. Л. Роль гестагенов в лечении эндометриоза //Проблемы эндокринологии. – 2018. – Т. 64. – №. 1. – С. 54-61.
- 22.Хайдарова Д. Изучить частоту неврологических осложнений постковидного периода среди женщин в пре и постменопаузе в зависимости от сроков развития и возраста. – 2022.
- 23.Хилькевич Е. Г., Лисицына О. И. Современные аспекты лечения эндометриоза. Применение диеногеста //Медицинский совет. – 2017. – №. 13. – С. 54-56.
- 24.Щукина Н. А. и др. Современные подходы к лечению эндометриоза (изучаем мировые и отечественные рекомендации) //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2022. – Т. 22. – №. 2.
- 25.Attar E., Bulun S.E. Aromatase inhibitors: the next generation of therapeutics for endometriosis? // Fertil. Steril. - 2006. - Vol. 85, № 5. - P. 1307.
- 26.Aznaurova Y.B., Zhumataev M.B., Roberts T.K. Molecular aspects of development and regulation of endometriosis // Reprod Biol Endocrinol. – 2014. - № 12. – P. 50
- 27.Rizaev J. A., Sh A. M. COVID-19 views on immunological aspects of the oral mucosa.
- 28.Rizaev J.A., Umirzakov Z.B. B., Umirov S.E. Ways to Optimize Medical Services for COVID-19 Patients //Specialusis Ugdymas. – 2022. – Т. 1. – №. 43. – С. 1217-1224.
- 29.Rizaev J.A., Rizaev E.A., Akhmadaliev N.N. Current View of the Problem: A New Approach to COVID-19 Treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.27.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Атаева Ф.Н., Вафаева И.М., Рахманова Ф.Э.

Резюме. В статье описываются современные методы диагностики и лечения хронической тазовой боли, связанной с эндометриозом.

Ключевые слова: эндометриоз, диагностика, терапия, хирургическое лечение.