

УДК 618.145

DOI 10.17816/pmj35121-26

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА В РАМКАХ СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*М.М. Падруль, Е.В. Ширинкина, С.Э. Махмудова***Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера*

PROBLEM OF ENDOMETRIOSIS DIAGNOSIS WITHIN THE FRAMEWORK OF SYSTEMIC DISEASE

*M.M. Padrul, E.V. Shirinkina, S.E. Makbmudova***Academician Ye.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation*

Цель. Изучение клинических случаев экстрагенитального эндометриоза. Выявление ключевых моментов в диагностике, а также изучение факторов риска развития данного заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гинекологических стационаров г. Перми в 2000–2015 гг. Проводились ретроспективный анализ 22 историй болезни пациенток с экстрагенитальным эндометриозом различной локализации и проспективный анализ посредством анкетирования 20 пациенток, оперированных по поводу экстрагенитального эндометриоза с целью оценки качества жизни, трудоспособности, прогноза в плане выздоровления.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $35,0 \pm 3,5$ г. У 81,8 % пациенток диагностирован генитальный эндометриоз, у 86,3 % – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Основные жалобы: дисменорея и гиперполименорея (90,9 %), бесплодие (77,3 %), болевой синдром, нарушение функции и геморрагические выделения из пораженного органа, циклически совпадающие с менструальным циклом. У 100 % женщин проведено оперативное лечение различных форм экстрагенитального эндометриоза и по результатам гистологического исследования операционного материала выявлены стромальные и эпителиальные эндометриальные клетки. Проспективно: прогноз в отношении жизни и трудоспособности благоприятный, в отношении выздоровления – в 55 % случаях сомнительный, в 45 % – рецидивы как в ранее пораженном, так и в других органах.

Выводы. Представленные клинические случаи демонстрируют, что эндометриоз является междисциплинарной проблемой и требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Необходим тщательный сбор анамнеза, включая акушерско-гинекологический, при опросе пациенток специалистами других специальностей, а при выявлении экстрагенитальных форм эндометриоза ведение таких пациенток совместно с врачами акушерами-гинекологами.

Ключевые слова. Экстрагенитальный эндометриоз, диагностика, лечение, прогноз.

Aim. To study the clinical cases of extragenital endometriosis, reveal the key moments of diagnosis and study the risk factors for the development of this disease.

Materials and methods. The study was carried out on the basis of gynecological hospitals of Perm in 2000-2015. Retrospective analysis of case histories of 22 patients with extragenital endometriosis of differ-

© Падруль М.М., Ширинкина Е.В., Махмудова С.Э., 2018

тел. +7 982 449 88 29

e-mail: 0610seva@mail.ru

[Падруль М.М. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии; Ширинкина Е.В. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии; Махмудова С.Э. (*контактное лицо) – студентка VI курса лечебного факультета].

ent localization was performed. Prospective analysis by means of questionnaire survey of 20 patients, operated for extragenital endometriosis, was used to assess the quality of life, working ability, prognosis regarding recovery.

Results. A mean age of the examined women was 35 ± 3.5 years. Genital endometriosis was diagnosed in 81.8 % of patients, burdened obstetric-gynecological anamnesis – in 86.3 %. The main patients' complaints were the following: dysmenorrhea and hyperpolymenorrhea (90.9 %), sterility (77.3 %), pain syndrome, dysfunction and hemorrhagic discharges from the damaged organs, cyclically coinciding with menstrual cycle. All patients (100 %) underwent surgical treatment of different forms of extragenital endometriosis, and by the results of histological study of surgical material, stromal and epithelial endometrial cells were detected. Prospectively: prognosis regarding life and working ability was beneficial, as for recovery – doubtful in 55 % of cases, recurrences – 45 % both in previously damaged and other organs.

Conclusions. The presented clinical cases demonstrate that endometriosis is an interdisciplinary problem, which needs complex approach to diagnosis and management. Thoroughly collected anamnesis, including obstetric and gynecological as well as questioning, performed by other specialists is required. Patients with the revealed extragenital forms of endometriosis should be treated together with obstetricians and gynecologists.

Key words. Extragenital endometriosis, diagnosis, treatment, prognosis.

ВВЕДЕНИЕ

Эндометриоз – гормонозависимое заболевание, при котором клетки эндометрия разрастаются за пределами внутреннего слоя стенки матки, включая экстрагенитальные локализации (кишечник, брыжейка, сальник, мочевого пузырь, пупок, паховый канал, легкие, послеоперационные рубцы, конечности и другие участки тела). По частоте встречаемости это заболевание занимает третье место в структуре гинекологической патологии после воспалительных процессов и миомы матки [4]. Нередко заболевание продолжает прогрессировать у больных в постменопаузе. Хорошо известны случаи семейного эндометриоза, анализ которых показал, что заболевание имеет доминантный тип наследования и передается по женской линии [3]. Около половины гинекологических операций производится у больных с эндометриозом, являясь причиной бесплодия у 40 % женщин [2]. Такую частоту эндометриоза объясняют успехами современных диагностических методов, повышением частоты операций и внутриматочных вмешательств, увеличением числа аборт, а в последние годы – сниже-

нием иммунитета, аллергизацией организма, ухудшением экологии, эмоциональными стрессами и т.д.

Эндометриоз очень быстро «молодеет», и если лет 20–30 назад он диагностировался преимущественно в возрасте 35–40 лет, то сейчас нередко такой диагноз выставляется юным женщинам и даже подросткам [2]. Так, по данным К.Р. Аветисовой и соавт. [1], при лапароскопии эндометриоз тазовой брюшины обнаружен у 27 % девочек с дисменореей. Следует отметить, что эндометриоз – это заболевание молодых, наиболее активных в социальной жизни женщин. Изменение роли женщины в обществе, необходимость самореализации ее как личности, поздняя социализация, ограничение материнства как связывающего свободу фактора привели к позднему замужеству, повсеместной легализации аборта. Исчезло защищающее действие беременности от пролиферативного эффекта эстрогенов на органы-мишени. Это также способствовало учащению заболеваемости эндометриозом. Как известно, риск его увеличивается, если регулярная менструация не прерывается беременностью в течение более 5 лет. Эндометриоз является

значимой медико-социальной проблемой ввиду того, что считается одной из ведущих причин бесплодия. Кроме этого, болевой синдром, вызванный гиперсекрецией эндометриоидных имплантатов, влияет на трудовую и повседневную активность, ухудшая качество жизни пациенток [4].

Эндометриоз – хроническое заболевание, представляет доброкачественное разрастание вне полости матки ткани по морфологическим и функциональным свойствам, подобной эндометрию. Основными клиническими проявлениями являются болевой синдром и бесплодие [1]. На сегодняшний день представлено более 10 теорий развития эндометриоза, однако ведущей из них считается эмбриональная. Суть эмбриональной теории заключается в том, что источником образования эндометриоидных гетеротопий являются элементы эмбрионального целомического эпителия, расположенные между зрелыми клетками мезотелия, из которых в эмбриональном периоде формируются половые органы, и эндометрий в том числе. Далее из элементов эмбрионального целомического эпителия, занесенных менструальной кровью по кровеносным или лимфатическим сосудам или интраоперационно, на матке развиваются эндометриоидные гетеротопии, которые подвергаются тем же гормональным изменениям, что и эндометрий, расположенный в полости матки [3].

Эндометриоз бывает генитальным (внутренним и наружным) с частотой встречаемости 92–94 % и экстрагенитальным (пупка, послеоперационных рубцов, кишечника, мочевого пузыря, брюшины и других органов, не входящих в состав репродуктивной системы), на долю которого приходится 6–8 % [4].

Проблемой диагностики эндометриоза как системного заболевания является то, что данная патология имеет множество «клинических масок», например, периферический рак легкого, опухоль мочевого пузыря, кровотечения из геморроидальных узлов и т.д. Визуализирующие методы исследования, в том числе диагностические и лечебные эндоскопические манипуляции, часто бывают малоинформативны, поскольку эндометриоидные гетеротопии не обладают специфическим макроскопическим строением, поэтому данную группу патологий невозможно диагностировать интраоперационно. Но несмотря на макроскопическое разнообразие эндометриоидных гетеротопий, они имеют схожую гистологическую структуру, включающую стромальные и эпителиальные эндометриальные клетки. Исходя из этого диагноз «экстрагенитальный эндометриоз» не является клиническим и как окончательный может быть выставлен только по результатам гистологического исследования. Таким образом, изучение особенностей течения данного заболевания, а также условий, при которых происходит распространение очагов за пределы матки, несомненно, имеет важное значение.

Цель исследования – анализ клинических случаев экстрагенитального эндометриоза различной локализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом «экстрагенитальный эндометриоз различной локализации» на базах гинекологических стационаров г. Перми за период 2000–2015 гг.

Далее осуществлен проспективный анализ посредством анкетирования 20 пациенток, оперированных по поводу экстрагенитального эндометриоза с целью оценки качества жизни, трудоспособности, а также прогноза в плане выздоровления по поводу эндометриоза в рамках системного заболевания. Результаты обработаны статистическими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст обследуемых пациенток составил $35,0 \pm 3,5$ г. Причиной генитального (как первичного очага) эндометриоза у 19 женщин (86,4 %) считался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, который чаще всего включал медицинские аборт (кюретаж полости матки) – у 13 (68,4 %); выкидыши – у 6 (31,6 %); кесарево сечение – у 12 (52,2 %).

Важным фактором риска развития экстрагенитального эндометриоза является аденомиоз. У 18 пациенток (81,8 %) диагноз генитального эндометриоза (аденомиоз, эндометриоз маточных труб, эндометриозные кисты в яичниках) был установлен первично. В других случаях (4 человека – 18,2 %), также был выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: у всех пациенток более 2 аборт (кюретаж полости матки).

Чаще всего пациентки предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла в виде дисменореи и гиперполименореи – 20 человек (90,9 %); диспареунию отметили 15 больных (54,5 %). Бесплодие как одно из основных проявлений клинической картины эндометриоза выявлено в 17 случаях (77,3 %), из них 10 пациенток (58,8 %) по этому поводу за медицинской помощью не обращались, у 5 (29,4 %) диагностировано эндокринное

бесплодие, у 2 (11,8 %) – перитонеальное бесплодие (в анамнезе у этих женщин неоднократные лапаротомии).

В рамках системного проявления эндометриоза у всех пациенток наблюдались болевой синдром, а также нарушение функции органов, пораженных эндометриозом. По мере прогрессирования заболевания отмечались периодические выделения из пораженных органов геморрагического характера (гематурия, мелена, геморроидальное кровотечение, кровохарканье), которые по цикличности совпадали с менструальными выделениями.

По результатам гистологического исследования биоптатов подтвержден диагноз эндометриоза брюшины у 5 пациенток (22,7 %), послеоперационного шва – у 2 (8,7 %); мочевого пузыря, прямой кишки – по 4 случая (18,2 %); легкого – у 1 больной (4,5 %); почек и пупка – по 3 случая (13,6 %). К моменту выявления экстрагенитальных очагов генитальный эндометриоз был установлен в 18 случаях (81,8 %). Длительность заболевания в среднем составила от 6 месяцев до 1 года.

Все пациентки были прооперированы. Для формирования окончательного диагноза учитывались анамнез, жалобы, данные лабораторного и инструментальных методов исследования, однако золотым стандартом диагностики служило эндоскопическое исследование с последующим удалением патологического очага и гистологическим исследованием биоптата. Подтверждением экстрагенитального эндометриоза было выявление в биоптате стромальных и эпителиальных эндометриальных клеток.

После оперативного лечения данным пациенткам была предложена гормональная терапия: гестагены были назначены в 3 случаях (13,6 %), агонисты гонадотроп-

ного рилизинг-фактора – в 10 (45,5 %), антигонадотропины – в 2 (9,1 %), комбинированные оральные контрацептивы – в 7 (31,8 %).

В ходе проспективного анализа пациенткам было предложено ответить на следующие вопросы:

1. «Есть ли какие-либо жалобы?»: 11 (55,0 %) женщин жалобы отрицали, 6 (30 %) пациенток отмечали болевой синдром, 8 (35,0 %) – кровотечения из пораженных органов, а 17 (77,3 %) нарушения менструального цикла по типу дисменореи.

2. «Сколько времени прошло после хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза?»: 6 (30 %) женщин отметили, что прошел 1 год, 4 (20 %) – 5 лет, 10 (50 %) – более 5 лет.

3. «Был ли рецидив заболевания?»: у 11 (55 %) больных рецидива заболевания на момент анкетирования не было, у остальных 9 (45 %) выявлен рецидив экстрагенитального эндометриоза.

4. «С какой периодичностью вы наблюдаетесь у гинеколога и у смежного (по основной патологии) специалиста?»: 4 (20 %) женщины отметили, что наблюдаются раз в полгода, 5 (25 %) – раз в год, 11 (55 %) не посещают гинеколога. У последней группы больных вероятность рецидива экстрагенитального эндометриоза значительно выше.

5. «Наступила ли беременность после лечения?»: 4 (20 %) пациентки забеременели, у стольких же беременностей не было, оставшиеся 12 (60 %) ее не планировали. Беременность является естественным методом лечения эндометриоза, в связи с гормональной перестройкой организма (абсолютной и относительной гиперпрогестеронемией) после родов отмечается регресс

эндометриoidных очагов в половых органах, наблюдается положительная динамика клинической картины.

6. «Если был рецидив, то какой локализации?»: 3 (37,5 %) женщины отметили рецидив той же локализации, 5 (62,5 %) – другой области.

Важно сказать, что, удалив эндометриoidную гетеротопию во время эндоскопической манипуляции, мы не можем со 100%-ной достоверностью излечить данную патологию, так как в пораженном органе могут оставаться эмбриональные клетки мезотелия, не видимые хирургом и не дающие на данный момент соответствующую клиническую картину. Выявление рецидива эндометриоза в других органах доказывает мультисистемность данной нозологии.

7. «Какое лечение проводилось по поводу рецидива заболевания?»: у 2 (25 %) женщин – хирургическое, у 3 (37,5 %) – гормональная терапия, у 5 (62,5 %) не проводится.

Выводы

Экстрагенитальный эндометриоз может скрываться под масками различных заболеваний, таких как обострение геморроя, рак мочевого пузыря, периферический рак легкого и т.д. (данные диагнозы первоначально были выставлены пациенткам). Экстрагенитальный эндометриоз является системным заболеванием. Ключевыми моментами в его диагностике являются наличие генитального (первичного) эндометриоза, геморрагические выделения из пораженного органа, совпадающие по цикличности с менструальным циклом, обязательное гистологическое исследование. Данная патология междисциплинарна, она требует комплексного подхода

к диагностике и лечению. Необходим тщательный сбор анамнеза, включая акушерско-гинекологический, при опросе пациенток специалистами других областей, а при выявлении экстрагенитальных форм эндометриоза ведение таких пациенток совместно с врачами акушерами-гинекологами.

Наиболее рациональным методом лечения данного заболевания является оперативное вмешательство с последующей гормональной терапией. Прогноз для пациенток с экстрагенитальным эндометриозом в отношении жизни и трудоспособности является благоприятным. Прогноз в отношении выздоровления зависит от соблюдения режима гормональной терапии согласно рекомендациям акушера-гинеколога и регулярности наблюдения соответствующим специалистом для оценки эффективности терапии и профилактики рецидивов заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аветисова Л.Р., Волков Н.И., Пшеничникова Т.Я. Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у девочек и девушек. Акушерство и гинекология 1987; 3: 19–23.
2. Олина А.А., Буничева Н.В., Садыкова Г.К. Взгляд акушера-гинеколога на демографическую ситуацию в Пермском крае. Здоровье семьи – XXI век 2015; 1 (1): 101–115.
3. Падруль М.М., Олина А.А., Садыкова Г.К. Клиническое наблюдение больной с эндометриозом кишечника. Акушерство и гинекология 2017; 2: 125–129.
4. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. Минздрав РФ 2016; 15.

Материал поступил в редакцию 12.12.2017