

Целесообразность комбинированного подхода к лечению эндометриоза

Мы продолжаем публиковать тезисы самых интересных докладов, которые были представлены на I Международном конгрессе «Репродуктивное здоровье: мультидисциплинарный подход к непрерывному профессиональному развитию врачей», который состоялся 27-28 апреля в г. Киеве. На этот раз речь пойдет об эндометриозе – распространенном гинекологическом заболевании у женщин репродуктивного возраста, которое является причиной бесплодия в 45-50% случаев (D. Nobel, 2005). При этом только 10% пациенток с эндометриозом этой возрастной категории (20-45 лет) обращаются за помощью к врачу-гинекологу.



Т.Ф. Татарчук

На сегодняшний день многие вопросы по лечению эндометриоза и ведению пациенток с этим заболеванием все еще остаются невыясненными, а большинство врачей сталкиваются с проблемой выбора между хирургическим и медикаментозным лечением.

Для того чтобы расставить все точки над «і» и разобраться в наиболее важных аспектах данной проблемы, предлагаем нашим читателям ознакомиться с докладом члена-корреспондента НАМН Украины, заместителя директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора **Татьяны Феофановны Татарчук**.

– Эндометриоз – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, его наличие регистрируется практически у каждой 10-й женщины (A. Mounsey et al., 2006). До 70% пациенток страдают от хронической тазовой боли, а у 30-50% данная патология является основной причиной бесплодия (R.P. Bualos et al., 2000; C. Neukomm et al., 2008).

Разработка и унификация методов диагностики и лечения эндометриоза приобретают особую актуальность, поскольку в понимании некоторых аспектов механизмов развития и лечения данной патологии отмечаются «слепые пятна»:

- существует множество суждений относительно этиологии и патогенеза данного заболевания;
- нет однозначного мнения в подходах к выбору медикаментозных средств лечения;
- аргументированные рекомендации по выбору хирургической тактики лечения отсутствуют.

При этом необходимо учитывать то, что эндометриоз – это эпигенетическое хроническое заболевание, которое могут вызвать, в частности, стрессы и негативное влияние факторов внешней среды и которое характеризуется стойкой тенденцией к прогрессированию и рецидивированию. Поэтому для достижения максимального терапевтического эффекта медикаментозного лечения и предотвращения повторных хирургических вмешательств наличие эндометриоза требует разработки долгосрочного плана ведения целевой группы пациенток. Кроме того, в лечении данного заболевания крайне важен индивидуализированный подход.

В соответствии с клиническим протоколом по ведению пациенток с генитальным эндометриозом, имплементированным в соответствии с Приказом МЗ Украины от 06.04.2016 № 319 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при генитальном эндометриозе», алгоритм лечения должен учитывать медикаментозный и хирургический подходы. При этом медикаментозная терапия первой линии при эндометриозе предполагает назначение прогестинов. Принимают также комбинированные оральные контрацептивы, агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и другие анальгетики, их следует назначать пациенткам до возраста менопаузы или момента планирования беременности.

Хирургическое лечение, в свою очередь, следует проводить при наличии противопоказаний к медикаментозной терапии и недостаточной

ее эффективности, внешних формах эндометриоза или его глубоких инфильтративных формах с поражением кишечника, мочевого пузыря, мочеточника или тазовых нервов при тяжелых осложнениях.

Хирургическое вмешательство также необходимо при острых заболеваниях матки и ее придатков (перекрут кисты или разрыв кисты яичника), прогрессировании синдрома тазовой боли (несмотря на адекватное медикаментозное лечение), наличии эндометриомы яичника (с использованием методик, направленных на сохранение овариального резерва, или в случае неэффективности консервативных методов лечения бесплодия).

Согласно данным, опубликованным в руководствах Общества акушеров и гинекологов Канады (SOGC, 2010) и Европейского общества по репродукции и эмбриологии человека (ESHRE, 2013), в качестве метода постоперационной адьювантной терапии рекомендовано применение гормональных препаратов, в том числе и с целью облегчения выраженного болевого синдрома. Для вторичной профилактики эндометриоза длительность гормональной терапии должна составлять от 6 мес до 2 лет, ее можно применять до момента планирования беременности и далее продолжать до возраста менопаузы.

В Украине, в соответствии с резолюцией Экспертного совета «Современные подходы к хирургическому и постхирургическому медикаментозному ведению пациенток с эндометриозом» (2016), различные подходы к лечению данного заболевания следует рассматривать в свете утверждения: «От конкуренции к общим целям». Так, с целью предотвращения рецидивов эндометриоза рекомендуется применять комбинированный подход, т.е. сочетать хирургические методы лечения и гормональную терапию. Кроме этого, доказано, что комбинированная (хирургическая + медикаментозная) терапия достоверно снижает частоту рецидивов болевого синдрома при эндометриозе (I. Mettler, R. Ruprai, I. Alkatout, 2014).

Гормональная терапия позволяет сохранить положительный эффект хирургического лечения на протяжении длительного времени и минимизировать риск повторных рецидивирующих эндометриозных очагов и болевого синдрома. Для профилактики повторного развития эндометриоза и ассоциированной с ним боли рекомендованы длительные курсы гормональной терапии (>6 мес).

Целесообразность проведения послеоперационной медикаментозной терапии обусловлена тем,

что хирургический подход сам по себе не разрешает всех проблем, связанных с эндометриозом:

- практически в 20-40% случаев консервативная хирургия не приводит к значительному улучшению состояния пациентки (уменьшению болевого синдрома);
- удалить все очаги заболевания в большинстве случаев невозможно;
- существует риск уменьшения овариального резерва;
- эффективность хирургического метода зависит от соответствующих навыков хирурга.

Поэтому послеоперационная профилактика рецидивов является важным этапом ведения пациенток с эндометриозом. Послеоперационная медикаментозная терапия в обязательном порядке предполагает назначение и негормональных лекарственных средств: НПВП, антиоксидантов, противоанемических и седативных средств, а также антипролиферативных, дренажных, иммуномодулирующих препаратов, средств, влияющих на функцию печени.

В нашей клинической практике на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» в качестве лекарственного средства, применяемого с этой целью, хорошо зарекомендовал себя препарат производства компании фармаркетинга ZDRAVO – Глутоксим. Это лекарственное средство относится к адаптогенам иммунорегуляторного и гемопоэтического характера, обладает способностью препятствовать угнетению процессов кроветворения, усиливает иммунную защиту при различных воспалительных и опухолевых процессах. Кроме того, он активирует детоксикационную функцию печени и оказывает влияние на 3 этапа работы гепатоцитов: усиление эндоцитоза (захват токсинов), активацию ферментов 2-й фазы детоксикации (гемоксигеназы, глутатионредуктазы, глутатионтрансферазы), усиление экзоцитоза (выброса токсинов в желчные протоки). Биодоступность препарата Глутоксим, который принадлежит к группе природных метаболитов, составляет 90%, а его максимальное накопление происходит в печени, почках, а также в органах иммуногенеза и гемопоэза.

Таким образом, медикаментозные и хирургические методы лечения эндометриоза следует рассматривать не как конкурирующие, а как совмещаемые, комплексное использование которых увеличивает эффективность лечения и улучшает прогноз заболевания. Гормональная терапия позволяет сохранить положительный эффект хирургического лечения на протяжении длительного времени и минимизировать риск возникновения рецидивов боли и эндометриальных очагов. При этом решение о назначении послеоперационной медикаментозной терапии принимает хирург, именно он определяет терапевтическую стратегию на первые 6 мес после хирургического вмешательства (при согласовании с врачом амбулаторной практики). При комплексном подходе к лечению эндометриоза необходимо учитывать общее состояние физического и психологического здоровья женщины и в обязательном порядке использовать негормональные методы лечения, в том числе применять адаптогены с иммунорегуляторным, антипролиферативным и токсикомодифицирующим действием.



Р.С. №UA/5228/01/01 от 13.06.2017 г.

Р.С. №UA/5228/01/02 от 13.06.2017 г.

Подготовил **Антон Вовчек**

