

Сложные случаи эндометриоза: от стандартов лечения к индивидуальному подходу

Е. Г. Яшина

Донецкий региональный центр охраны материнства и детства

Повышение распространенности эндометриоза и его комбинированных форм требует индивидуализированного подхода к лечению. Клинический пример, представленный в статье, демонстрирует высокую эффективность медикаментозной терапии эндометриоза и подтверждает, что внедрение в практику нового инновационного прогестагена диеногеста дает возможность лечения сложных комбинированных форм этого заболевания.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриоз послеоперационного рубца, консервативная терапия, диеногест.

В последние десятилетия наметилась стойкая тенденция к росту частоты эндометриоза – заболевания, сохраняющего лидирующие позиции в структуре гинекологических заболеваний. По данным разных авторов, распространенность его в популяции – 15–50% среди всех женщин репродуктивного возраста, а у пациенток с бесплодием – до 30–40% [1]. В зависимости от локализации процесса различают генитальный и экстрагенитальный (расположенный вне половых органов) эндометриоз. Генитальный в свою очередь делят на внутренний (поражение тела матки) и наружный (поражение шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб, тазовой брюшины и др.). Поражение послеоперационных рубцов относится к одной из наиболее распространенных локализаций экстрагенитального эндометриоза. Так, еще в 1934 г. Н. Harbitz опубликовал 193 наблюдения эндометриоза лапаротомических рубцов. Н. Wespi и М.К. Jetzhandler (1940) обобщили 390 наблюдений, из которых 73 имели место только в одной клинике на протяжении 16 лет [2].

Клинические проявления заболевания многообразны. Недаром эндометриоз относят к самым «маскообразным» заболеваниям в эндокринной гинекологии. Особые трудности представляют случаи комбинированных поражений у пациентки. Типичными проявлениями его принято считать дисменорею, диспареунию, бесплодие, нарушение менструального цикла. Но, пожалуй, самым трагическим для женщины проявлением эндометриоза является боль. Сила ее такова, что врач склонен подумать об острой хирургической патологии и отдать предпочтение оперативному методу лечения. Кроме того, частые рецидивы болевого стресса обуславливают формирование раздражительности, плаксивости, депрессивных расстройств. Это приводит также к созданию органического субстрата к формированию психологического и неврологического стресса, вынуждает женщину решать вопросы терапии на междисциплинарном уровне. Выбор метода терапии определяется возрастом пациентки, локализацией и степенью выраженности патологии, репродуктивными планами, предшествующим опытом лечения и его эффективностью, а также преимуществами, характерными для новых медикаментозных методов коррекции. Наиболее важные из них – эффективность в отношении объективных и субъективных проявлений эндометриоза. Немаловажным на сегодняшний день является возможность снижения риска рецидивирования заболевания, хорошая переносимость лечения и возможность реализации репродуктивных планов женщины.

Медикаментозная терапия эндометриоза преимущественно направлена на подавление функции яичников и атрофию эндометрия [3]. С этой целью используют комбинированные оральные контрацептивы, производные андрогенов, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов. Но наиболее патогенетически обоснованной терапией признано назначение препаратов прогестеронового ряда. Применение различных из них имеет свои плюсы и минусы, основанные на активности прогестагена.

Достижения медицины XXI века привели к созданию и внедрению в широкую медицинскую практику инновационного прогестагена диеногеста, который является первым из так называемых гибридных прогестеронов. Связано это с уникальной химической структурой, объединяющей в себе типичные фармакологические свойства производных прогестерона со свойствами современных 19-норпрогестеронов. В клинических наблюдениях было доказано, что назначение 2 мг диеногеста эффективно снижает выраженность дисменореи, приводит к уменьшению, а зачастую и к полному исчезновению эндометриозидных гетеротопий. На сегодняшний день это признанный лидер в купировании основного проявления эндометриоза – синдрома тазовой боли.

Свойства диеногеста позволяют применять его при различных формах эндометриоза, особенно при сложных комбинированных поражениях. Один из таких клинических примеров мы представляем в данной работе.

Пациентка К., 38 лет, обратилась к гинекологу-эндокринологу в ДРЦОМД в июне 2012 года с жалобами на боль внизу живота и в области послеоперационного рубца, наличие болезненного образования на передней брюшной стенке размером до 8 см. В анамнезе у женщины 2 родов, 0 аборт. Первые проявления дискомфорта отмечает с 2006 года, после кесарева сечения. С 2011 года при проведении УЗИ выявлено наличие эндометриозидных включений в правом яичнике до 2,4 см в диаметре. За последний год самочувствие резко ухудшилось: появился болевой синдром, обнаружилось и постоянно увеличивалось в размерах синюшно-багровое образование в области послеоперационного рубца, сформировалось изменение осанки с созданием вынужденного щадящего положения тела. При контакте женщина раздражена и неуравновешена.

Проведено полное гинекологическое и клиническое обследование, маммологический контроль. Обследование Са 125 – 13,70 U/ml (<35,0 – отрицательный), НЕ 4 – 29,50 pmol/l (< 70,0- женщины в пременопаузе), индекс РОМА – 2,2285% (пременопауза: < 7,4 – низкий риск обнаружения эпителиального рака).

УЗИ от 5.06.2012 г.

Матка 7,2×4,95×6,4 см, объем 120,0 см³, увеличена до 5 нед беременности, форма шаровидная, в антефлексию, контуры неровные, волнистые. Структура миометрия диффузно-неоднородна за счет участков сниженной эхогенности по передней и задней стенкам, без четких контуров, с мелкими гиперэхогенными включениями. По левой боковой стенке определяется интерстициальный миоматозный узел размером 1,5×1,4 см.

По передней стенке – послеоперационный рубец размером 0,8 см. В его проекции подкожно, на глубине 2,0–2,5 см определяется гипоэхогенное, бугристое образование неправильной формы размером 3,9×2,0×2,3 см, объемом 10,0 см³.

Эндометрий 0,4 см, не расширен, линейный.

Шейка матки 3,65×2,70 см, контуры ровные. Канал шейки матки сомкнут, линия смыкания четкая, патологические образования не определяются.

OD: визуализируется 3,10×1,6 см, не увеличен, не однородный за счет мелких жидкостных включений, расположенных по периферии. По латеральному контуру определяется кистозное образование неправильной формы, с четким, ровным контуром, размером 6,1×5,4×4,7 см, объемом 83,0 см³, с неомогенным жидкостным содержимым. Правая маточная труба не визуализируется.

OS: в проекции левого яичника определяется кистозное образование размером 4,7×4,4×4,3 см, объемом 46,0 см³, с неомогенным жидкостным содержимым. Левая маточная труба не визуализируется.

Выводы: эхографические признаки миомы матки в сочетании с эндометриозом.

Эхографические признаки эндометриоза послеоперационного рубца.

Эндометриозидные кисты обоих яичников.

Пациентке было назначено лечение диеногестом («Байер», Германия) в дозе 2 мг ежедневно в непрерывном режиме. Контрольное консультирование и обследование проведено 29.10.2012 г. Женщина отмечает выраженное улучшение общего самочувствия, снижение болевого синдрома, свободу при движении и выраженное косметическое улучшение структуры послеоперационного рубца. По данным УЗИ: матка 5,6×5,4×6,6 см, контуры неровные, волнистые.

По левой боковой стенке определяется интерстициальный миоматозный узел размером 1,1 см.

По передней стенке – послеоперационный рубец. В его проекции визуализируется образование неоднородной структуры, размером 2,1×1,5 см.

Эндометрий 0,5 см, не расширен, линейный.

Шейка матки длиной до 4,0 см, контуры ровные. Канал шейки матки не расширен, патологические образования не определяются.

OD: визуализируется 3,0×2,6 см, не увеличен, визуализируется доминантный фолликул до 1,9 см в диаметре.

Правая маточная труба не визуализируется.

OS: размером 3,0×1,7 см, не увеличен, визуализируется доминантный фолликул до 1,2 см.

Левая маточная труба не визуализируется.

Лечение диеногестом продолжается. Контроль терапии проведен 12.06.2013 г. при длительности приема препарата 12 мес. Пациентке проведено комплексное клиническое и

лабораторное обследование. В показателях гомеостаза изменений не обнаружено. Отмечается хорошее общее самочувствие женщины и высокий уровень удовлетворенности терапией. По данным УЗИ: матка 5,2×4,9×6,8 см, контуры ровные, четкие.

По левой боковой стенке определяется интерстициальный миоматозный узел размером 1,0 см.

По передней стенке – послеоперационный рубец, без дополнительных образований.

Эндометрий 0,5 см, не расширен.

Шейка матки длиной до 3,1 см, контуры ровные. Канал шейки матки не расширен, патологические образования не определяются.

OD: размером 3,0×1,6 см, не увеличен, структура обычная.

OS: размером 3,6×1,9 см, не увеличен, визуализируется доминантный фолликул до 1,8 см.

Маточные трубы не визуализируются.

В области малого таза свободная жидкость не определяется.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные результаты наблюдения демонстрируют доказанную эффективность консервативного лечения эндометриоза и подтверждают, что внедрение в практику нового инновационного прогестагена диеногеста дает возможность лечения сложных комбинированных форм этого заболевания.

Складні випадки ендометріозу: від стандартів лікування до індивідуального підходу

О.Г. Яшина

Зростання поширеності ендометріозу та його комбінованих форм вимагає індивідуалізованого підходу до лікування. Клінічний приклад, представлений у статті, демонструє високу ефективність медикаментозної терапії ендометріозу і підтверджує, що впровадження в практику нового інноваційного прогестагену діеногесту дає можливість лікування складних комбінованих форм цього захворювання.

Ключові слова: ендометріоз, ендометріоз післяопераційного рубця, консервативна терапія, діеногест.

Complex cases of endometriosis: from standards of care to the individualized approach

Olena Yashyna

The rise of the endometriosis prevalence and its combined forms requires an individualized approach to treatment. Case example presented in this article, demonstrates the high efficiency of drug treatment of endometriosis and confirms that the implementation in practice of the new innovative progestogen dienogest enables the treatment of complex forms of this disease.

Key words: endometriosis, endometriosis of postoperative scar, conservative therapy, dienogest.

Сведения об авторе

Яшина Елена Григорьевна – Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, 83111, г. Донецк, пр. Панфилова, 3; тел.: (095) 592-17-10. E-mail: yashyna-e@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генітальний ендометріоз у жінок репродуктивного віку (діагностика та лікування). Методичні рекомендації (Згідно з Протоколом, затвердженим Наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582). – 2005. – 36 с.
2. Каминский В.В. Эндометриозидная болезнь: как избежать гипердиагностики и ятрогении? / В.В. Каминский // Доктор. – 2006. – 5 (35). – С. 17–21.
3. Татарчук Т.Ф. Новые подходы к проблемным вопросам лечения гени-

- тального эндометриоза /Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, Т.Н. Тутченко// Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 3 (11). – С. 36–42.
4. Чайка В.К., Квашенко В.П. Современные направления амбулаторной

- помощи в акушерстве и гинекологии. – Донецк, ООО «Лебедь». – 2003 – С. 141–153; 195–203.
5. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). Часть 1. – К., 2003. – С. 147–180.

Статья поступила в редакцию 16.10.2013