

аденомиоз – $1,8 \pm 0,6$ и $0,2 \pm 0,01$, нативный эндометрий – $1,9 \pm 0,6$ и $0,1 \pm 0,01$. След реакции Ki67 обнаружен нами в ядрах следующих клеток эндометрия и очагов аденомиоза: стромальных, железистых и эпителиальных, а также фибробластов и макрофагов.

Результаты, полученные при анализе данных экспрессии Ki-67, указывают на повышенный уровень пролиферации в локусах аденомиоза и аутологичном эндометрии у пациентов с клинически выраженным заболеванием, в то время, как у женщин с невыраженным течением эндометриоза поражения матки этого не наблюдалось ($p < 0,05$).

Мы считаем, что высокая металлопротеазная активность в стромальных клетках локусов аденомиоза, которые продуцируют специальные ферменты (коллагеназы и желатиназы), создает условия для расщепления экстрацеллюлярного матрикса, а также собственной пластинки эндометрия и среднего слоя миометрия, что неизменно приводит к усилению проникновения стромальных клеток в толщу миометрия.

Выводы. По нашим данным и согласно литературным источникам ведущими этиопатогенетическими факторами эндометриоза являются следующие: ретроградная менструация, целомическая метаплазия, активация эмбриональных остатков, гематогенное и лимфогенное метастазирование, генетическая предрасположенность, ятрогенная диссеминация и нарушение системы протеолиза. При этом факторами риска развития этой патологии остаются: гиперэстрогения, раннее менархе, обильные и длительные менструации, нарушение оттока менструальной крови, неблагоприятная экология, избыточная масса тела, курение и стресс.

Литература

1. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л.В. Адамян [и др.] // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 78-81.
2. Embryologic origin of endometriosis: analysis of 101 human female fetuses / P.G. Signorile [et al.] // J Cell Physiol. – 2012. – Vol. 227, № 4. – P. 1653-1656.
3. Jiang, Q.Y. Growth mechanisms of endometriotic cells in implanted places: a review / Q.Y. Jiang, R.J. Wu // Gynecol Endocrinol. – 2012. – Vol. 28, №7. – P. 562-567.
4. Genome-wide association study identifies a locus at 7p15.2 associated with endometriosis / J.N. Painter [et al.] // Nature Genetics. – 2011. – Vol. 43. – P. 51-54.
5. Bellelis, P. Environmental factors and endometriosis / P. Bellelis, S. Podgaec, M.S. Abrão // Rev Assoc Med Bras. – 2011. – Vol. 57. – P. 448-452.

Павловская М.А.¹, Гутикова Л.В.¹, Костяхин А.Е.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»,

г. Гродно, Республики Беларусь

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Введение. Лечение эндометриоза в последние десятилетия стало наиболее спорным аспектом этой проблемы. Однако постулатом является положение – невыполнимость ликвидации эндометриозных разрастаний ни одним из мероприятий, кроме оперативного вмешательства, потому что другие способы лечения позволяют

у небольшого процента пациентов только уменьшение степени проявления клиники и возобновление работы некоторых уровней регуляции системы репродукции. Однако следует отметить, что хирургическое лечение далеко не всегда обосновано или применимо для конкретного пациента [1]. В качестве второй версии рассматривается пробное консервативное лечение эндометриоза с минимальными и умеренными проявлениями, то есть при наличии признаков, благодаря которым можно заподозрить эндометриоз. Такое лечение может назначаться только специалистом в этой области, который владеет необходимыми знаниями и обладает огромным опытом борьбы с эндометриозом. При этом необходимо обязательно исключить объемные образования в брюшной полости и детально обследовать женщину [2]. Разнообразие данных литературы и собственный опыт даст возможность определить оптимальную тактику ведения женщин при этой патологии.

Цель исследования: проанализировать различные методы лечения женщин с эндометриозом для оценки их эффективности и оптимальности.

Материалы и методы: проанализирован многолетний клинический опыт отделения гинекологии Гродненской городской клинической больницы №4 и современные литературные данные по проблеме лечения эндометриоза.

Результаты исследования. Наш клинический опыт свидетельствует о недопустимости использования консервативной терапии эндометриоидных кист яичников по причине онкологической настороженности, невзирая на то, что медикаментозное лечение приводит к некоторой редукции образования и капсулярной толщины.

С одной стороны, несмотря на многочисленные данные различных авторов о довольно значительной действенности стероидной терапии для устранения болевого синдрома, достоинства ее пролонгированного влияния на способность к зачатию по сравнению с хирургической деструкцией и элиминацией участков эндометриоза доказаны не достаточно убедительно (приблизительно одинаковая частота забеременевших женщин в обоих случаях – 30–60% и 35–70% соответственно), превентивная значимость для предотвращения распространения патологии вызывает сомнение, а высокая цена препаратов для лечения сравнима с таковой при лапароскопическом вмешательстве. С другой стороны, при отсутствии однозначности доказательной базы в пользу хирургического или консервативного лечения начальных стадий эндометриоидной болезни возможность предпочтения отдается пациентке. Мы предпочитаем хирургическую элиминацию очагов, полнота выполнения которой находится в прямой зависимости от опыта и профессионализма хирурга [3].

При эндометриозе, который случайно обнаружен при лапароскопии, мы рекомендуем удалить эти локусы без нанесения травмы смежным органам, особенно яичникам, для максимального сохранения овариального резерва. Следует отметить, что ad oculum верифицируемые границы эндометриоидного локуса не всегда свидетельствуют о реальном уровне инвазии, что зачастую вынуждает достаточно с большой долей скепсиса подходить к оценке полноценности осуществленного хирургического вмешательства.

По нашему мнению, при эндометриоидных кистах яичников очень существенно целиком удалять капсулу кисты по причине онкологической опасности и для профилактики рецидивов, потому что их частота увеличивается и достигает 30% после использования пункционной методики, дренажного способа, деструкции капсулы, что является альтернативными методиками. Некоторое исключение, мы считаем, может составлять дренирование эндометриоидных кист с целью сохранения овариального резерва для последующей скорейшей реализации репродуктивной функции.

Реконструктивно-пластические операции молодым пациентам при узловой или кистозной форме внутреннего эндометриоза можно выполнять в объеме иссечения среднего слоя матки, вовлеченного в эндометриоидный процесс, с неременным воссозданием репродуктивного органа. По настоящему действенным методом лечения аденомиоза является только полное удаление матки вместе с ее шейкой.

По нашему мнению, после верификации диагноза с использованием забора материала и его гистологического исследования возможен мониторинг или мягкое симптоматическое лечение пациентов с внутренним эндометриозом, а также уменьшение болевого синдрома при глубоком инфильтративном эндометриозе. Консервативное лечение может стать элементом терапии в случае неполноценности хирургического лечения или отказе от него. При этом важную роль играют нестероидные противовоспалительные препараты (подавляют синтез простагландинов), а также гормональные или антигонадотропные средства, терапевтическая направленность которых реализуется через угнетение стероидогенеза в яичниках, предотвращение выработки эстрогенных гормонов или препятствие овуляции.

В частности, агонисты ГнРГ необходимо с опаской рекомендовать пациентам с дестабилизацией функций центральной нервной системы и вегетативной регуляции, которые могут привести к усугублению состояния после даже месяца приема этих препаратов. Антигонадотропин даназол довольно эффективен, однако в высоких дозах (до 800 мг в день) показывает не совсем благоприятное воздействие на желудочно-кишечный тракт и имеет андрогенизирующее действие (акне, гирсутизм, огрубение голоса, набор веса) и тератогенный потенциал [3].

Спорным является назначение агонистов ГнРГ перед оперативным вмешательством. Некоторые авторы высказывают позицию об обоснованности их использования для редукции размеров эндометриозных локусов, снижения кровоснабжения этих зон и уменьшения инфильтратов. С нашей позиции, это неоправданно, так как после такого лечения возникают трудности при радикальной элиминации эндометриоидных гетеротопий, поскольку мелкие очаги скрываются и становятся не видны. Затруднительно также при этом выделение реальных границ вовлечения пораженных тканей при инфильтративных формах эндометриоза, а также удаление склерозированной капсулы кисты. Для снижения риска развития остеопороза и минимизации гипоэстрогенных эффектов после лечения агонистами ГнРГ необходимой является add-back-терапия, а именно: прогестагены в монорежиме; прогестагены + бифосфонаты; прогестагены + эстрогены [4].

По данным литературы, частота рецидивирования эндометриоза варьирует до-стигает в разных возрастных группах от 20 до 60%. При этом наиболее высокая частота повторных эпизодов позадишеечного эндометриоза (до 50%), что обусловлено как значительными трудностями определения реальных границ поражения, так и с осмысленным несогласием применить агрессивный метод удаления очагов вблизи жизненно важных органов [5].

Выводы. Для эндометриозной болезни характерными являются до конца невыясненные вопросы этиологии и патогенеза, а также клинические проявления патологии. Это заболевание продолжает оставаться актуальной проблемой как в научном, так и в клиническом плане. Персонализированный взвешенный подход к проведению терапии и хирургии у каждой конкретной женщины на основании комплексного обследования позволит определить оптимальность и эффективность выбранных методов, базирующихся на клиническом опыте.

Литература

1. Giudice, L.N. Endometriosis / L.N. Giudice // *Engl J Med.* – 2010. – Vol. 362. – P. 2389-2398.
2. Адамян, Л.В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2006. – 411 с.
3. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions / C. Chapron [et al.] // *Hum Reprod.* – 2010. – Vol. 25. – P. 884.
4. Кузнецова, И.В. Эндометриоз: патофизиология и выбор лечебной тактики / И.В. Кузнецова // *Гинекология.* – 2008. – № 5. – С. 74-79.
5. Schweppe, K.W. The Current Place of Progestins in the Treatment of Endometriosis / K.W. Schweppe // *Expert Rev of Obstet Gynecol.* – 2012. – Vol. 7, № 2. – P. 141-148.

Пахолчик Т.Г., Гарунович В.А., Котович Д.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Введение. В настоящее время по данным мировой статистики процент кесарева сечения от общего количества родов вырос до 35%, в некоторых странах эта цифра доходит до 56% [1]. Рост частоты кесаревых сечений во всем мире сопровождается высокой частотой тяжелых осложнений у матерей. В случае, когда первая операция кесарева сечения у женщины связана с экстренными показаниями, повторные роды возможны через естественные родовые пути [2]. Тем не менее при выборе метода родоразрешения важно оценить не только преимущества родов через естественные родовые пути, но и факторы риска, как для матери, так и для плода, при ведении родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке. Также необходимо помнить, что ведение родов через естественные родовые пути можно осуществить только при наличии одного рубца на матке в нижнем ее сегменте или после миомэктомии [3].