



ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕТРО-ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Азимов Ф.Р.¹, Юнусова Р.Г.², Шодиев Б.В.³

¹ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Бухарский филиал, отделение экстренной гинекологии

² Бухарский Государственный медицинский институт, кафедра биофизики и информатики

³ Бухарский Государственный медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии №2

✓ Резюме

Эндометриоз — эстроген-зависимое хроническое заболевание, характеризующееся наличием эндометрий-подобной ткани, желез и стромы в эктопических областях. Среди всех патогенетических теорий, предложенных для объяснения происхождения болезни, была выдвинута гипотеза о ключевой роли иммунных, гормональных и эпигенетических дисбалансов. Эндометриоз поражает до 10-15% женщин репродуктивного возраста и представляет собой одну из наиболее частых гинекологических причин сильной тазовой боли. Эндометриоз в структуре гинекологических заболеваний занимает 3-е место после воспалительных заболеваний органов малого таза и новообразований женских репродуктивных органов. Особое значение имеют обследования для диагностики ретроцервикального эндометриоза, включающие ТВУЗИ, МРТ, колоноскопию и лапароскопию. Каждый из методов имеет свое диагностическое значение и дает дополнительную информацию. Тем не менее, чтобы четко определить РЦЭ требуется лапароскопия

Ключевые слова: Ретро-цервикальный эндометриоз, тазовая боль, УЗИ, МРТ, колоноскопия.

SIGNIFICANCE OF DIAGNOSTIC METHODS FOR RETROCERVICAL ENDOMETRIOSIS

Azimov F.R.¹, Yunusova R.G.², Shodiyev B.V.³

¹ Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara Branch, Department of Emergency Gynecology

² Bukhara State Medical Institute, Department of Biophysics and Informatics

³ Bukhara State Medical Institute, Department of Obstetrics and Gynecology №2

✓ Resume

Endometriosis is an estrogen-dependent chronic disease defined by the presence of endometrial-like tissue, glands and stroma in ectopic areas. Among all the pathogenic theories proposed to explain the origin of the disease, a pivotal role for immune, hormonal, and epigenetic imbalances have been hypothesized. Endometriosis affects up to 10%–15% of women in reproductive age and represents one of the most common gynecological causes of severe pelvic pain. Endometriosis ranks third in the structure of gynecological diseases after inflammatory diseases of the pelvic organs and neoplasms of the female reproductive organs. For the diagnosis of retrocervical endometriosis, an examination, including TVUS, MRI, colonoscopy and laparoscopy, is of particular importance. Each of the methods has its own diagnostic value and provides additional information. However, for accurate detection of RCE need laparoscopy.

Keywords: Retrocervical endometriosis, pelvic pain, ultrasound, MRI, colonoscopy.

RETROSERVIKAL ENDOMETRIOZ UCHUN DIAGNOSTIKA USULLARINING AHAMIYATI

Azimov F.R.¹, Yunusova R.G.², Shodiyev B.V.³

¹Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi, Buxoro filiali, shoshilinch ginekologiya bo'limi

²Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, biofizika va informatika kafedrası

³Buxoro Davlat Tibbiyot Institute, akusherlik va ginekologiya kafedrası №2

✓ *Resume*

Endometriozi - bu estrogeni bog'liq surunkali kasallik bo'lib, ektopik sohalarda endometriyaga o'xshash to'qimalar, bezlar va stroma mavjudligi bilan belgilanadi. Kasallikning kelib chiqishini tushuntirish uchun taklif qilingan barcha patogen nazariyalar orasida immun, gormonal va epigenetik nomutanosibliklarning hal qiluvchi roli faraz qilingan. Endometriozi reproduktiv yoshdagi ayollarning 10-15 foizigacha ta'sir qiladi va tos a'zolaridagi kuchli og'riqlarning eng keng tarqalgan ginekologik sabablaridan biridir. Endometriozi ginekologik kasalliklar ichida tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari va ayol jinsiy a'zolarining neoplazmalaridan keyin uchinchi o'rinda turadi. Retroservikal endometriozi tashxislash uchun tekshirish, jumladan, TVUS, MRI, kolonoskopiya va laparoskopiya alohida ahamiyatga ega. Usullarning har biri o'zining diagnostik qiymatiga ega va qo'shimcha ma'lumot beradi. Biroq, RSE ni aniq aniqlash uchun laparoskopiya muhim.

Kalit so'zlar: Retroservikal endometriozi, tos a'zolarining og'rig'i, ultratovush, MRI, kolonoskopiya

Актуальность

Эндометриоз – это заболевание, которое становится все более и более сложным для медицинского сообщества. Существующие терапевтические концепции (хирургическая терапия и/или гормональная терапия) часто не приводят к достаточному контролю боли, а поздняя диагностика и высокая частота рецидивов означают, что женщины, пораженные этим заболеванием, могут страдать в течение десятилетий, прежде чем получат надлежащее лечение. Хотя создание сертифицированных центров эндометриоза создало контактные пункты для хирургического лечения, проводимого специалистами по эндометриозу, этих центров недостаточно, чтобы предложить больным пациенткам всеобъемлющую долгосрочную поддержку, в которой они нуждаются. В последние годы новые данные о патогенезе и корреляции болевых явлений, вызванных эндометриозом, показали, что традиционные стратегии терапии неадекватны и необходимо разработать индивидуальные долгосрочные концепции. Эндометриоз может вызывать не только ноцицептивную боль, но и ноципластическую реакцию с центральной сенсibilizацией. Таким образом, помимо классических циклических жалоб, больные все чаще страдают от атипичных болей. Из-за большого числа пораженных пациентов, которые получают неадекватное лечение, частнопрактикующим гинекологам необходимо ознакомиться с концепциями мультимодального лечения.

Эндометриоз (ЭМ) является малоизвестным гинекологическим заболеванием. Когда больные женщины рассказывают о своей боли, своем социальном окружении (семье и школе), а также их педиатры, семейные врачи и, прежде всего, гинекологи, склонны просто принимать это, хотя это заболевание часто продолжается на протяжении всей репродуктивной фазы их жизни. и в большинстве случаев вызывает жалобы задолго до своего 20-летия [1]. Эндометриоз следует рассматривать как хроническое болевое расстройство с высокой частотой рецидивов, даже после хирургического удаления [2,3]. При сравнении эндометриоза с другими столь же распространенными хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет, шокирует тот факт, что общие знания о диабете среди людей на улице сильно отличаются от общих знаний об эндометриозе. Люди не только знают, что сахарный диабет является болезнью, но также общеизвестно, что он связан с повышенным уровнем глюкозы в крови, что может привести к

серьезному повреждению органов и даже к летальному исходу, если его не лечить [4]. Также хорошо известно, что образование и изменение образа жизни могут предотвратить большую часть ущерба. Всем известно, что больные диабетом нуждаются в специальной подготовке и что их окружение, такое как семья/школа/рабочее место, также требует внимания. Однако это заболевание практически не вызывает каких-либо тяжелых симптомов; но у нас есть доказательства: высокий уровень глюкозы в крови, который можно измерить. Есть терапия и препарат (инсулин), который можно колоть. Причинно-следственные связи легко понять. В случае с эндометриозом все обстоит иначе: когда у молодых женщин возникают менструальные боли и боли внизу живота, вероятность подтверждения диагноза мала, так как изменения в органах изначально едва или совсем не видны, и инвазивная диагностика не всегда должна быть первым выбором. Ведь не все молодые женщины с менструальными болями могут или должны сразу пройти лапароскопию. Другой аспект заключается в том, что менструальная боль считается вполне нормальным явлением. Однако, что означает «нормальная» менструальная боль? Нормально ли чувствовать небольшое недомогание и усталость, но с 1-2 400 мг ибупрофена вы можете безболезненно справляться со своими повседневными делами, в том числе с физическими упражнениями? Или это все еще нормально, когда девочки падают в обморок, испытывают боль и прикованы к постели с тошнотой/рвотой или диареей, несмотря на прием обезболивающих? Верно, что боль — явление субъективное, и врачу нелегко ее оценить. Если результаты обследования ничем не примечательны, гинекологу, безусловно, непросто поставить такой серьезный диагноз, как эндометриоз. Тем не менее, в подавляющем большинстве случаев затронутые женщины сообщают, что они жалуются на свои симптомы в среднем в течение 10 лет, что более чем в 60% случаев симптомы проявляются в возрасте до 20 лет и что они посетили до 10 разных врачей, прежде чем диагноз был окончательно поставлен [1,5]. До этого они получали неадекватное и непоследовательное лечение. На сегодняшний день окончательный диагноз ставится только после операции. Эта операция, однако, часто не очень хорошо спланирована или тщательна, а является лишь гистологическим подтверждением без полной реабилитации. Если последующие концепции терапии также несовместимы, это может привести к комплексной проблеме боли, которую очень трудно понять с патофизиологической точки зрения. Вызывает тревогу тот факт, что к настоящему времени опубликовано несколько научных работ, доказывающих недостаточный уход и лечение больных эндометриозом в гинекологической практике [6]. Основная проблема амбулаторного лечения, конечно же, заключается в том, что это состояние недостаточно отражено в системе выставления счетов. Почему, например, нет платежного кода для медицинской истории боли, связанной с эндометриозом? Берлинская практика, специализирующаяся на эндометриозе, подсчитала, что сумма, возвращаемая за пациентку с эндометриозом, составляет всего около 48 евро [7]. Совершенно очевидно, что это никоим образом не отражает время и усилия, необходимые для тщательного сбора анамнеза/обследования/УЗИ/консультации и разработки концепции терапии. Поражения эндометриоза классифицируются как перитонеальный/поверхностный эндометриоз, кисты яичников и глубокий инфильтрирующий эндометриоз. Перитонеальный/поверхностный эндометриоз обычно обнаруживается на перитонеальной поверхности ректовагинального пространства: ретроцервикальной области, маточно-крестцовых связках и ректосигмовидном отделе толстой кишки. Эндометриоидные очаги можно обнаружить также на рубцах брюшной стенки, на мочевом пузыре и мочеточниках, последнем отделе подвздошной кишки, слепой кишке, червеобразном отростке. Кисты яичников, также известные как эндометриомы яичников, могут представлять собой развитие целিমической метаплазии, выраженное инвагинированными эпителиальными включениями, из-за участия неизвестных факторов роста. Глубокий инфильтративный эндометриоз проявляется наличием аденомиотических узелков в ректовагинальной перегородке. Это образование, по-видимому, является результатом метапластических изменений мюллеровых остатков в эндометриоидных железах с участием ректовагинальной перегородки, создающих поразительную пролиферацию гладких мышц, сходную с аспектом аденомиоза эндометрия. Что касается аденомиоза матки, то, по-видимому, характеризуется наличием гетеротопических эндометриальных желез и стромы в интрамуральном мышечном слое матки. Однако в настоящее время он рассматривается как отдельное от эндометриоза

заболевание, которое нельзя объяснить регургитацией и имплантацией элементов эндометрия, а как фенотип более глубокое расстройство, характеризующееся нарушением клеточного ответа на половые стероиды яичников по всему репродуктивному тракту [14].

Эндометриоз редко распространяется на внебрюшные органы, такие как перикард, диафрагма, легкие, нижние конечности и центральная нервная система (ЦНС). Однако в литературе описана редкая форма синдрома торакального эндометриоза, характеризующаяся наличием функционирующей эндометриальной ткани в паренхиме легких, воздухоносных путях и плевре, что связано с высоким процентом бесплодия.

Эндометриоз может проявляться аномальными менструальными кровотечениями (включая метроррагию и меноррагию) или может протекать полностью бессимптомно. Однако наиболее распространенными клиническими проявлениями являются дисменорея, диспареуния и хроническая неменструальная боль. Имеются многочисленные разногласия по поводу связи между распространением эндометриоза, типом и интенсивностью боли. Однако некоторые клинические исследования показали, что дисменорея и глубокая диспареуния чаще связаны с прогрессирующим эндометриозом, чем с ранним заболеванием: в этих случаях сообщалось, что лапароскопическая хирургия может улучшить состояние большинства пациентов с симптомами [12]. Наиболее частыми клиническими проявлениями торакального эндометриоза являются менструальный пневмоторакс, гемоторакс, кровохарканье, боль в груди и узелки в легких. Катамениальный характер этих симптомов связан с менструальным циклом [13]. Проявления поражения кишечника представлены ректальным кровотечением с болью, спазмами, чередованием запоров и диареи [14].

Эндометриоз мочеочника может оставаться бессимптомным; однако это может привести к признакам обструкции мочевыводящих путей, таким как гидроуретер и гидронефроз, вплоть до нарушения функции почек, что обычно происходит при двустороннем манифестном эндометриозе мочеочников (хотя это состояние представляет собой редкое осложнение). Важным осложнением эндометриоза является снижение фертильности, и хотя заболевание поражает около 5% населения в целом, его распространенность может достигать до 30% у бесплодных женщин. Бесплодие у женщин, страдающих эндометриозом, связано с несколькими состояниями, такими как болезненный половой акт, эндокринная дисфункция, связанная с дефектом лютеиновой фазы, искаженная анатомия таза, подтверждающая связь на поздних стадиях эндометриоза со спайками таза, дисфункцией тазовой иммунной системы и воспалительным поражением брюшины. среды с изменением перитонеального гомеостаза [11].

Ретроцервикальный эндометриоз (РЦЭ) - одно из распространенных гинекологических заболеваний, при котором очаги эндометриоза появляются на различных участках малого таза и брюшной полости. В процесс могут так же вовлекаться стенки малого таза с проходящими там мочеочниками и ректосигмовидный отдел толстой кишки. Симптомы РЦЭ обусловлены локализацией пораженного органа, а также зависят от степени поражения. Являясь одним из тяжелых заболеваний, РЦЭ женщин репродуктивного возраста, может стать причиной бесплодия, невынашивания беременности и даже быть причиной инвалидизации [1,4,6]. Нередко генитальный эндометриоз обнаруживается во время лапароскопии при операциях по поводу эндометриоидных кист яичников [2,5,8]. При наличии симптомов лечение проводится в зависимости от тяжести и распространенности процесса, локализации очагов, возраста пациентки и необходимости сохранения или восстановления детородной функции [1,3,10]. Наиболее важный клинический симптом эндометриоза - боль, связанная с менструальным циклом: тянущего характера внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, усиливающаяся накануне менструации и резко болезненные менструации (дисменорея) [3,12].

Жалобы на диспареунию (боли при половой жизни) предъявляют 26-70% больных генитальным эндометриозом, бесплодие (как первичное, так и вторичное) фиксируют в 46-50% случаев. Болевые симптомы могут зависеть и от локализации поражений. При локализации глубокого инфильтрирующего эндометриоза в области позадиматочного пространства или крестцово-маточных связок больные отмечают резкую боль, иррадиирующую во влагалище, прямую кишку, промежность, бедра, усиливающуюся в положении сидя и при дефекации (дисхезия) [1,4,14].

Комплексный подход с использованием передовых методов лучевой и эндоскопической диагностики. Точное определение показаний для хирургического лечения на основе утвержденных международных стандартов — гарантия качества и эффективности последующего лечения [1,11,13].

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность инструментальных методов исследования у больных с наружным генитальным (ретроцервикальным) эндометриозом (РЦЭ).

Материал и методы

В исследование включены 94 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, поступившие в Бухарский филиал РНЦЭМП с 2017- 2021гг. Все пациентки по результатам хирургического лечения были разделены на две группы. Первую группу составили 54 женщин без признаков глубокого инфильтративного эндометриоза, вторую группу – 40 пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом. В исследования включали сбор анамнеза и детализацию жалоб, изучение гинекологического и соматического анамнеза, специальные методы (трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) малого таза, колоноскопию), статистические методы. Всем пациенткам проводили хирургическое лечение лапароскопическим доступом. Объем оперативного лечения зависел от локализации, глубины инвазии вовлеченного в патологический процесс органа, степени распространения в ректовагинальном пространстве, наличия участков синхронного поражения толстой кишки.

Средний возраст больных составил 28+3лет.

Результат и обсуждения

Основные клинические проявления РЦЭ: тазовая боль, дисменорея, диспареуния, бесплодие, дисхезия. Отсутствие или наличие эндометриоидного инфильтрата в ретроцервикальной клетчатке, обнаруживаемого при бимануальном и ректовагинальном исследовании, не исключает инфильтрации ректо-сигмоидного отдела кишки. Использование МРТ малого таза дополняет данные УЗИ с целью уточнения локализации, степени распространения и вовлеченности органов малого таза в патологический процесс. Вздутие живота, слизь в кале, дисхезия, связанные с менструальным циклом, косвенные признаки колоректального эндометриоза по данным УЗИ и МРТ, являются показаниями для колоноскопии. Интраоперационная картина дополняет и уточняет данные, полученные при дооперационном обследовании.

Информативность ТВУЗИ при изолированной форме РЦЭ – 68,75%. Наибольшую диагностическую ценность МРТ имеет при выявлении эндометриоидных инфильтратов с распространением на стенку кишки – 98,6% или поражением яичников – 97,4%. При сочетании миомы матки и РЦЭ чувствительность ТВУЗИ и МРТ составила 36,6% и 89,6% соответственно. При невыраженных спайках органов малого таза как ТВУЗИ, так и МРТ являются малоинформативными – 29,13% и 59,23% соответственно

Заключение

Эндометриоз — это гинекологическое разрастание, характеризующееся прогрессирующим и инвазивным ростом, поражающее до 10-15% женщин репродуктивного возраста и являющееся одной из наиболее частых причин сильной тазовой боли. На сегодняшний день гормональное лечение предназначено для пациентов с малой или умеренной болью, глубокой диспареунией при отсутствии ректовагинальных поражений, а также для пациентов, которым эта терапия должна принести пользу перед АРТ. Лапароскопическое хирургическое лечение, консервативное или радикальное, направлено на устранение боли и предназначено, соответственно, для тех женщин, которые желают спонтанной беременности, и для тех, у кого нет желания зачать ребенка в будущем. Тем не менее, хирургическое лечение может оказать серьезное влияние на физическую, сексуальную и эмоциональную функцию женщины, поэтому важно, чтобы хирургический подход выполнялся хирургами с повышенным уровнем подготовки, чтобы снизить риск тяжелых осложнений. Целью будущего является замена

инвазивной хирургии менее инвазивным подходом, уже используемым для лечения как доброкачественных, так и злокачественных гинекологических заболеваний, чтобы лучше сохранить функцию всех органов, вовлеченных в заболевание, и уменьшить послеоперационный дискомфорт, время возвращения к нормальной деятельности и психологическое воздействие у женщин, страдающих эндометриозом. Полная визуализация патологического очага возможна только при лапароскопии. Вместе с тем, определенную значимость имеет роль предоперационного обследования, включающего ТВУЗИ, МРТ и колоноскопию. Каждый из методов имеет свою диагностическую ценность и предоставляет дополнительную информацию для выявления патологического очага.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Аполихина И.А., Беженарь В.Ф. и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013. 65 с.
2. Arne Vanhie, Carla Tomassetti, and others / Challenges in the development of novel therapeutic strategies for treatment of endometriosis 2016;20(5):593600.doi:10.1517/14728222.2016.1118461. Epub 2015 Dec 19.
3. Борисова А.В. Ранняя диагностика наружного генитального эндометриоза и его рецидивов путем определения липидного профиля методом масс-спектрометрии: /Дис. канд. мед. наук: 14.01.01. М., 2017. 192 с.
4. Чернуха Г.Е., Ильина Л.М., Адамян Л.В., Павлович С.В. Глубокий инфильтративный эндометриоз: послеоперационные рецидивы и возможные пути их профилактики. // Акушерство и гинекология. 2015; 8: 39-46.
5. Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л., Чупрынин В.Д. Современный взгляд на проблему эндометриоза. Качество жизни. Медицина. Болезни органов репродуктивной системы. 2004; 3(6): 21-7.
6. Коган Е.А., Парамонова Н.Б., Демуря Т.А., Файзуллина Н.М., Овакимян А.С., Адамян Л.В. Морфологический субстрат и патогенетические механизмы синдрома тазовой боли при эндометриозе. // Архив патологии. 2014; 76(6): 37-43.
7. Roman H., Ness J., Suci N., Bridoux V., Gourcerol G., Leroi A.M. et al. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations? A preliminary prospective study. // Hum. Reprod. 2012; 27(12): 3440-9.
8. Чупрынин В.Д., Мельников М.В., Хилькевич Е.Г., Горшкова О.Н., Хачатрян А.М., Абраамян М.С., Гус А.И. Отдаленные результаты хирургического лечения глубокого инфильтративного эндометриоза. // Акушерство и гинекология. 2015; 8: 78-82.
9. Bulun S.E. Endometriosis. // N Engl J Med. 2009; 360: 268-79. doi:1056/NEJMra0804690
10. Ballard K., Lowton K., Wright J.T. What's the delay? A qualitative study of women's experience of reaching a diagnosis of endometriosis. // Fertil Steril. 2006; 86: 1296-301. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.04.054
11. D'Hooghe T.M., Mihalyi A.M., Sisma P., et al. Why we need a noninvasive diagnostic test for minimal to mild endometriosis with high sensitivity. // Gynecol Obstet Invest 2006; 62:136-8. doi: 10.1159/000093120
12. O D.F., Flores I., Waelkens E., et al. Noninvasive diagnosis of endometriosis: Review of current peripheral blood and endometrial biomarkers. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018; 50: 72-83. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.001
13. Gupta D., Hull M.L., Fraser I., et al. Endometrial biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4: CD012165. doi: 10.1002/14651858.CD012165.

Поступила 20.07.2022