

ЭНДОМЕТРИОЗ: ВРЕМЯ СДЕЛАТЬ БОЛЬШЕ

14 мая 2020 г. в Киеве состоялся международный интернет-форум экспертов «Эндометриоз: время сделать больше», посвященный расширению возможностей персонализации терапии эндометриоза. В экспертный совет вошли специалисты в области акушерства и гинекологии Беларуси, Казахстана, Узбекистана и Украины, а также приглашенные эксперты из Российской Федерации (РФ) и Южноафриканской Республики (ЮАР).

Профессор Светлана Олеговна Дубровина (РФ) представила результаты недавно проведенного многоцентрового исследования по применению дидрогестерона при эндометриозе «ORCHIDEA» («ОРХИДЕЯ»).

Профессор Тоби де Вильерс (ЮАР) представил обзор международных рекомендаций по лечению эндометриоза, а также поделился своим практическим опытом, в том числе с учетом возрастающего интереса к использованию дидрогестерона в терапии эндометриоза

Эндометриоз прочно удерживает третье место в структуре гинекологических заболеваний, а его частота, несомненно, имеет тенденцию к увеличению. В последние десятилетия среди женщин в экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости эндометриозом, что позволяет отнести его к болезням цивилизации. Известно, что у 10% женской популяции, а это 176 млн женщин во всем мире, диагностирован эндометриоз. Согласно докладу экспертов, данная патология выявлена у 15–17% женщин репродуктивного возраста в Казахстане и Украине, а также у порядка 10% женщин в Узбекистане и Беларуси.

Важно отметить разнообразие проявлений эндометриоза, что иногда маскирует заболевание и создает предпосылки для длительного процесса диагностики. Только в 50–70% случаев эндометриоз сопровождается клинической симптоматикой. Из наиболее распространенных его симптомов эксперты форума выделили следующие: хроническую боль внизу живота (в т. ч. болезненные менструации, диспареунию) и бесплодие. Бесплодие сопутствует эндометриозу в 17,5% случаев и обусловлено как хроническим воспалением, вызванным патологически измененным состоянием брюшины, аутопическим эндометрием, так и формированием неовулирующего фолликула.

Особое внимание эксперты уделили одному из самых распространенных симптомов эндометриоза – дисменорее, поскольку она может быть как «маской» эндометриоза, так и его первым проявлением. Своевременная диагностика и раннее начало терапии дисменореи с учетом возможного эндометриоза имеет особо важное значение для сохранения репродуктивного здоровья женщин [5, 7, 8, 10].

Диагностика эндометриоза основывается на международных рекомендациях Национального Института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 2017 года и Европейского Общества репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) 2013 года, поэтому имеет похожий алгоритм во всех странах. Диагностические этапы включают оценку клинической картины заболевания, методы специальной гинекологической диагностики, а также инструментальные и лабораторные методы диагностики.

Терапию эндометриоза следует начинать при подо-

зрении на данную патологию при наличии характерных для эндометриоза симптомов, прежде всего дисменореи [3, 4, 7, 8, 10]. Согласно современным представлениям, эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, требующее в ряде случаев продолжительного планового лечения. При этом преимущество следует отдавать консервативной терапии. Вопрос о целесообразности оперативного вмешательства следует решать лишь при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии. Эксперты форума подчеркнули, что оперативное лечение эндометриоза необходимо проводить только при наличии показаний, а также с учетом риска осложнений и рецидивов с вовлечением междисциплинарной команды врачей. При выборе оперативной тактики лечения важным этапом является послеоперационная профилактика рецидивов.

Оптимальная консервативная терапия эндометриоза с учетом ее длительности должна быть эффективной, безопасной и повышать качество жизни пациентки. При ремиссии эндометриоза в результате как консервативной терапии, так и хирургического вмешательства пациентке необходимо дать рекомендации по ведению здорового образа жизни, достижению психологического комфорта, а также рекомендовать длительное применение профилактической медикаментозной терапии до завершения репродуктивного периода [3, 4, 7, 8, 10].

Согласно международным рекомендациям (NICE-2017, ESHRE-2013), гестагены являются препаратами первой линии в терапии эндометриоза. Рекомендации международных экспертов отражены также в национальных руководствах и протоколах по лечению эндометриоза в странах СНГ. Так, за последние годы были обновлены протоколы и клинические рекомендации по лечению эндометриоза в Беларуси (клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» 2018 года), Казахстане («Клинический протокол диагностики и лечения: генитальный эндометриоз» 2019 года), Украине («Клинический протокол по ведению пациенток с генитальным эндометриозом» 2016 года) и Узбекистане («Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в лечебных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан» 2017 года) [3, 4, 7, 8, 10].

Наиболее изученными гестагенами, одобренными для лечения эндометриоза в мире, в том числе в Украине и

странах СНГ, являются диеногест, дидрогестерон и норэтистерон. Эффективность этих препаратов при эндометриозе исследована в многочисленных работах. Согласно доступным на сегодня публикациям, все гестагены облегчают связанную с эндометриозом тазовую боль и приводят к регрессу очагов эндометриоза. Новые сравнительные исследования с использованием экспериментальной модели эндометриоза доказали, что эффективность дидрогестерона и диеногеста сравнима [1].

В то же время при выборе гестагена немаловажным фактором для эффективной терапии эндометриоза с учетом индивидуального профиля пациентки и длительности терапии является профиль безопасности. Среди гестагенов, в инструкции к которым предусмотрена терапия эндометриоза, не блокирует овуляцию только дидрогестерон, поэтому он может назначаться женщинам, планирующим реализацию репродуктивных планов в ближайшем будущем. Препарат имеет хорошую переносимость и благоприятный профиль безопасности, что важно для длительной терапии заболевания [1, 3, 4]. Кроме этого, дидрогестерон обладает доказанной в рандомизированных клинических исследованиях эффективностью при дисменорее, что является дополнительным преимуществом на этапе установления диагноза и при подозрении на эндометриоз при наличии соответствующих симптомов заболевания [13, 14, 15].

Дидрогестерон применяется в гинекологии уже 60 лет и имеет ряд зарегистрированных показаний, среди которых: нарушения менструального цикла, дисменорея, обусловленное лютеиновой недостаточностью бесплодие, угрожающий и привычный выкидыш вследствие недостаточности прогестерона, поддержка лютеиновой фазы при применении вспомогательных репродуктивных технологий. Это позволяет использовать дидрогестерон в комплексном подходе к лечению эндометриоза с учетом

анамнеза и сопутствующих заболеваний, а также репродуктивных планов пациентки. Персонализированный подход к терапии предоставляет возможность выбора режима применения дидрогестерона. Препарат зарегистрирован и применяется для лечения эндометриоза по двум схемам: в непрерывном и пролонгированном циклическом режиме (с 5-го по 25-й день менструального цикла) [5, 12, 14].

В настоящее время завершено многоцентровое исследование «ОРХИДЕЯ» по изучению эффективности применения дидрогестерона в терапии эндометриоза в реальной клинической практике. Исследование, проводившееся в 20 центрах РФ с участием 350 пациенток, продемонстрировало достоверную эффективность двух схем лечения дидрогестероном в отношении уменьшения хронической тазовой боли; также была показана его эффективность в уменьшении выраженности дисменореи, улучшении качества жизни и сексуального благополучия, уменьшении числа дней с обезболивающими препаратами и отсутствие влияния на длительность циклов. Результаты исследования предоставляют дополнительные данные для рекомендаций по персонализации терапии эндометриоза дидрогестероном в зависимости от текущих потребностей пациентки [2, 14, 15].

Несмотря на стремительное развитие методов диагностики и лечения, ведение пациенток с эндометриозом все еще остается одной из наиболее актуальных проблем в гинекологии. С учетом разнообразия симптомов и вариантов течения заболевания персонализированный подход в терапии эндометриоза является необходимым. Стремительное развитие международного сотрудничества между специалистами позволит быстро и эффективно усовершенствовать диагностический и терапевтический подход в ведении пациенток с эндометриозом.

Участницы Международного форума экспертов по лечению эндометриоза
«Эндометриоз: время сделать больше»

Гутикова Людмила Витольдовна	д. мед. н., профессор, Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
Дошанова Айкерм Мжаверовна	д. мед. н., профессор, основатель школы эндометриоза в Республике Казахстан, директор МЦ «Талмас Медикус», г. Нур-Султан, Казахстан
Захаренко Наталья Феофановна	д. мед. н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», заведующая отделением гинекологии Киевской городской больницы № 9, г. Киев, Украина
Кухарчик Юлия Викторовна	к. мед. н., доцент, Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
Педаченко Наталья Николаевна	д. мед. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО им. П.Л. Шупика, секретарь ВГО «Ассоциация гинекологов-эндокринологов Украины», г. Киев, Украина
Тутченко Татьяна Николаевна	к. мед. н., старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины» и отделения репродуктивного здоровья ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины», г. Киев, Украина

Татарчук Татьяна Феофановна	д. мед. н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев, Украина
Тойлыева Энеш Амановна	заведующая гинекологическим отделением Международного медицинского центра «Эне Мяхри», г. Ашхабад, Туркменистан
Тулетова Айнура Серикбаевна	д. мед. н., президент Казахстанской Ассоциации Эндометриоза, г. Нур-Султан, Казахстан
Укыбасова Талшын Мукадесовна	д. мед. н., профессор, Национальный научный центр материнства и детства, г. Нур-Султан, Казахстан
Якубова Олтиной Абдуганиевна	к. мед. н., заведующая кафедрой ФУВ акушерства и гинекологии Государственного медицинского института, г. Андижан, Узбекистан