

Ендометриоза

Проф. д-р Б. Налбански, д-р А. Налбански

СБАЛАГ "Майчин дом", Първа гинекологична клиника - гр. София

Гениталната ендометриоза, като заболяване, е уникално клинично и научно предизвикателство за всеки гинеколог, тъй като се касае за наличието на тъканни елементи, притежаващи хистологичната структура и функцията на ендометриума извън маточната кухина. Тя е сред често откриваните гинекологични заболявания, но все още няма ясна представа каква е нейната етиология и патогенеза, не е постигнат единен и общоприет стандарт в диагностиката и лечението.

С развитието на медицинските познания и технологии през последните години възникват различни модели на поведение спрямо пациентките с генитална ендометриоза. Всички те, за съжаление, обхващат една или друга страна на заболяването, диагностиката няма единна база, а лечението е насочено към резултатите и проявленията, а не срещу причините за възникване на ендометриозата.

В съвременната гинекологична практика гениталната ендометриоза като заболяване заема второ място след лейомиоматозата. Смята се, че ендометриоза има при 8-15% от женската популация във фертилна възраст. При жените със стерилитет процентът на генитална ендометриоза се изчислява на 20-55%. Обяснението на тазовата болка се свързва с наличие на ендометриоза в 20-40% от случаите, потърсили консултация с гинеколог.

Процесът на диагностика, както и на лечение на всяко едно заболяване, се основава на отличното познаване на механизмите на възникване и развитие на патологичния процес. В това отношение гениталната ендометриоза все още представлява етиологичен и патогенетичен феномен.

■ Етиопатогенеза

В годините след откриването на това заболяване са създадени четири теории за възникването на заболяването чрез поселяване на ектопична ендометриална тъкан на нетипично място, като всяка от тях има своите преимущества, но и слаби страни:

Ембрионална (дисонтогенетична) теория - ендометриозата възниква от ектопични участъци на Мюлеровия епител;

Трансплантационна теория - клиничен факт е, че в менструалната кръв се намират все още жизнеспособни ендометриални клетки. Приема се, че при определени условия настъпва регургитация на менструално съдържимо или при операции с отваряне на маточната кухина тези жизнеспособни ендометриални клетки могат да се трансплантират върху мезотела на перитонеума, като от тези имплантационни огнища се образуват ендометриозните лезии;

Метастатична теория - по време на менструацията жизнеспособни ендометриални клетки могат да метастазират от маточната кухина по лимфен и кръвоносен път. Тази теория обяснява екстрагениталната локализация на ендометриални клетки в белите дробове, носната кухина, очите, мозъка;

Метапластична теория - макар и рядко под влияние на естрогенните хормони целомният епител може да метаплазира в ендометриален епител.

Интересна е и появата на едно напълно ново схващане за същността на ендометриозата - не заболяване, а отговор на организма към определени патологични дразнения. Тази теория започва да се развива в последните няколко години, като може да се свърже с името на *Leyendecker G. et all. (1998)*. Авторите смятат, че това заболяване е ексцесивно развитие на част от матката в отговор на травматични промени.

Най-важното условие за развитието и прогресирането на ендометриозата е наличието на менструална функция и свързаните с нея циклични стимулации на органите - мишени. Ендометриоза преди менархето не се среща. С настъпване на менопаузата ендометриозните огнища спонтанно регресират.

■ Патохистология

Ендометриозните огнища са изградени от еднороден цилиндричен или кубичен епител, обграден от строма. Ектопичните ендометриални жлези са подложени на същите циклични промени, които се наблюдават и в ендометриума - фаза на пролиферация, секреция, десквамация и регенерация. Десквамационната фаза е свързана с интрагандуларно кръвотечение, при което излятата екстравазално кръв постепенно се резорбира. Това води до пропиване на околната строма с хемосидерин - деградационен продукт на хемоглобина.

Макроскопски ендометриозните огнища представляват възли, инфилтрати или кистозни кухини, изпълнени с разградни продукти на кръвта - шоколадови кисти.



■ Топография на ендометриозните поражения

В клиничната практика ендометриозата се класифицира въз основа на локализацията на патологичния процес, като се подразделя по следния опростен и удобен за практиката начин:

1. Генитална ендометриоза

■ Adenomyosis uteri

Ендометриозните огнища при аденомиозата представляват разрастване на ендометриум в миометриума на маточната стена под формата на различни по големина огнища. Разпръснатите в миометриума огнища от ендометриодна тъкан предизвикват общо задебеляване на маточните стени, така че при палпация матката е дифузно уголемена за сметка на предно-задния диаметър. Водещи симптоми са постепенното увеличаване на менструалното кървене (hypermenorrhoea), вторична дисменорея и чувство за тежест ниско долу в корема. Засилването на менструалното кървене и оформянето на съсиреци се дължи на нарушената контрактилност на маточната мускулатура и жлезисто-кистозната хиперплазия на ендометриума поради персистенцията на фоликула.

■ Endometriosis tubae uterinae

Маточните тръби се засягат най-често двустранно в интерстициалната и истмичната им част (salpingitis isthmica nodosa). Миосалпингеумът хипертрофира и в него се образуват малки дивертикули. Луменът се стеснява значително, но проходимостта на маточната тръба в повечето случаи е запазена. Тъй като ендометриодните огнища в лумена на тръбата претърпяват по хормонален път всички промени, които стават в нормалния ендометриум, хемосидеринът се събира в лумена и постепенно се оформя haematosalpinx. Ендометриозата на маточните тръби е най-честата причина за извънматочна бременност и тубарно безплодие у жената.

■ Endometriosis genitalis externa

Касае се за случаи, при които ендометриозните огнища се намират и развиват извън маточното тяло, дисконтинуирано, без анатомична връзка с нормалния ендометриум. Ендометриозните лезии при тази форма са локализираны най-често по тазовия перитонеум (plica vesico-uterina, пикочен мехур, заден лист на plica lata), lig. rotundum, скроутеринни връзки, перитонеумът на cavum Douglassi (петроцервикална ендометриоза), яйчниците (кортикална и дифузна форма), ректо-вагиналният септум, влагалищните сводове, влагалищната част на маточната шийка.

■ Ендометриоза на маточната шийка и влагалищните сводове

Макар и изключително рядко, във влагалището, както и по вулвата и перинеума на жената, може да се развие ендометриоза по все още неизяснени причини. За ендометриозата на маточната шийка се приема, че е последица от извършване на диатермокоагулация и се дължи на имплантиране на

ендометриални клетки на мястото на падналата електроескара в областта на коагулацията. Ендометриозните лезии са с малки размери и се откриват при колпоскопски преглед.

■ Тазова ендометриоза

Касае се за ендометриозни огнища с различна форма и големина (2-10 mm), разположени повърхностно по перитонеума на малкия таз. Най-честата им локализация е по задния лист на plica lata, по сакро-утеринните връзки, по plica vesicouterina, по перитонеалната покривка на пикочния мехур, по кръглите връзки и върху ректума. Под влияние на образувалите се с времето сраствания матката се придръпва назад, заема принудително положение и губи подвижността си, тъй като сраства с excavatio rectovaginalis. Жената се оплаква от тазов дискомфорт, засилващ се по време на менструация, болезнена дефекация и болезнен коитус.

■ Ендометриоза на яйчниците

По повърхността на яйчниците се развиват и пролиферират в дълбочина различни по големина ендометриозни огнища, които постепенно се сливат в по-голяма формация, която се изпълва с кърваво-кафеникава каша, унищожавайки яйчниковата тъкан (шоколадова киста). Нерядко шоколадовите кисти руптурират и съдържимото им изтича в коремната кухина. Клинично руптурата на шоколадовата киста се манифестира с картината на остър корем. Макар и рядко, от ендометриозата на яйчника може да се развие ендометриоден овариален карцином.

2. Екстрагенитална ендометриоза

Ендометриозните огнища при тази форма са локализираны по червата (най-често по rectum и sigma), в стената на пикочния мехур, уретерите, кожата в областта на пъпа, бъбреците, плеврата, белия дроб, очите и мозъка - единични случаи, публикувани в специализираната литература като рядка казуистика. В зависимост от локализацията й тя се манифестира с кръвоизливи, синхронни с менструалното кървене - епистаксис, хемоптоез, хематурия, мелена.

■ Клинична картина

Гениталната ендометриоза е заболяване, което може да протича безсимптомно, но и да доведе до сериозни нарушения на репродуктивната функция и психичното състояние на жената. Основните симптоми, които се проявяват с развитието на заболяването, са: извънменструална тазова болка; болезнена менструация (вторичната прогресираща дисменорея е ендометриоза, ако не се открие друго заболяване); болезнен коитус; болезнено уриниране; болезнена перисталтика; нарушена овулаторна функция; нарушения на менструалния цикъл; стерилитет (дължи се на перитубарни и периовариални сраствания и на вторично увредена овариална функция).



■ **Диагноза**

Въпреки че за ендометриозата се знае повече от едно столетие, диагностиката ѝ все още е труден процес, често това заболяване се пропуска поради факта, че най-честите симптоми, болката, нарушеният менструален цикъл и безплодието, могат да насочат първоначално клинициста в друга посока.

Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина, обективното гинекологично изследване, ехографията и лапароскопията. Без лапароскопско изследване е невъзможно да бъде доказана перитонеалната форма на ендометриоза.

■ **Диференциална диагноза**

Диференциална диагноза се прави с възпалителни заболявания на вътрешните гениталии, а при шоколадова киста с яйчниковите тумори.

■ **Лечение (Табл. 1)**

■ **Консервативно лечение на гениталната ендометриоза**

Хормоналното лечение при ендометриоза води до блокиране продукцията на половите хормони при жената (естроген и прогестерон) или подтискане на овулацията с други хормонални вещества.

Определени хормонални медикаменти могат да имат различни ефекти при жени с ендометриоза.

- **Индуциране на псевдобременност:** приемането на орални контрацептиви (гестагенни препарати), съдържащи естроген и прогестин могат да доведат до състояние, подобно на това при бременност и по този начин да се блокира овулацията. Прогестините са естествени или изкуствено синтезирани форми на прогестерон. Прогестините могат да се използват и самостоятелно, тъй като те имат специфични ефекти върху лигавицата на матката и дебелината ѝ може да се намали (дори да атрофира).
- **Индуциране на псевдоменопауза:** за целта се използват агонисти на гонадотропин-продуциращия хормон (GnRH) или гестринон - антипрогестерон, с чиято помощ се предизвиква "изкуствена менопауза". Тези хормони намаляват естрогена и прогестерона до най-ниски нива.
- **Индуциране на продължителна блокада на овулацията:** Danazol, дериват на мъжките хормони, е мощен блокер на овулацията.

Между 80% и 85% от жените съобщават за облекчение на болките при използването на гореспоменатите хормо-

ТАБЛИЦА 1

Лечение	Предимство	Недостатък
Хирургично	По-добро влияние върху инфертилитета По-добри резултати във времето Дефинитивна диагноза Дефинитивно лечение	Инвазивно
Медикаментозно	Емпирично лечение Ефективно за отстраняване на болката	Чести странични ефекти Не повлиява значително стерилитета

ни. Разликата при лечението с тези препарати е предимно в страничните им ефекти. Затова е необходимо при поява на неочаквани явления при лечението с определен препарат да се обсъди със специалист, за да се намери най-подходящият за една жена медикамент.

■ **Орални контрацептивни средства**

Оралните контрацептивни средства съдържат комбинация от естроген и прогестин (естествен прогестерон или синтетичната му форма, наречена прогестоген). При използването им се подтиска продукцията на другите полови хормони (лутеинизиращ хормон - LH, фоликулостимулиращ хормон - FSH), както и самата овулация.

При употребата на хормонални средства, съдържащи естроген и прогестин (комбинирани или поотделно), се наблюдава поява на различни странични ефекти. Най-сериозните странични ефекти се дължат на наличието на естроген в комбинираните препарати. Много рядко, но също е възможно повишаване на артериалното налягане и тромбоза на дълбоките вени, което да доведе до инфаркт или инсулт.

- **Прогестини.** Прогестините са синтетичен аналог на хормона прогестоген, който има биологична активност, подобна на хормона прогестерон. В резултат на опити за синтез на хормона прогестерон са получени група вещества, които притежават аналогични на прогестерона свойства, но с по-малко странични ефекти (липсва болка и дразнене при мускулна апликация, а при орално приложение - значително повишена резорбция и бионаличност в организма). Прогестините са най-добре познати като съставна част на препаратите за хормонална контрацепция, но също намират приложение (както и прогестеронът) и при лечение на ендометриоза, дисменорея, функционални маточни кръвотечения, аменорея.
- **Агонисти на гонадотропин-рилизинг хормони (GnRH).** Агонистите на GnRH са ефективно хормонално лечение при ендометриоза. Те блокират освобождаването на половите хормони - лутеинизиращия (LH) и фоликулостимулиращия хормони (FSH). В резултат на това яйчниците спират да овулират и не освобождават

естроген, който е необходим за нарастване на ендометриалните импланти. Така се постига преустановяване на менструалния цикъл и хипогонадизъм, както и други симптоми, съпътстващи периода на климактериума и менопаузата. По този начин се намаляват съществуващите ендометриални импланти, последващите усложнения, а също и съпътстващите оплаквания. След спиране на лечението менструалната функция се възстановява до 6 седмици.

- **Антипрогестини.** Това са перспективни препарати за борба с ендометриозата, тъй като те намаляват рецепторите и на двата хормона - естроген и прогестерон.
- **Антагонисти на GnRH.** Това са нови препарати, които се различават от GnRH-агонистите по това, че имат директно действие върху хипофизната жлеза и следователно по-бързо действие. При тях рискът от поява на странични явления и усложнения е по-нисък.

Най-често съобщаваните странични ефекти при провеждане на хормонална терапия (които може да са и много силно изразени при някои жени) са симптоми, характерни за менопаузата - топли вълни, нощно изпотяване и сухота на влагалището, промяна в телесното тегло, евентуално остеопороза (която е обратима). Жените не трябва да ги вземат за период, по-дълъг от шест месеца. Когато се приемат самостоятелно, агонистите на GnRH не предпазват от забременяване. Освен това, ако жената през този период забременее, съществува риск от усложнения при раждането.

■ Хирургично лечение на гениталната ендометриоза

Оперативното лечение може да се осъществи по ендоскопски път (електро- или лазеркоагулация) или чрез лапаротомия, като се цели екзактното отстраняване на ендометриозните огнища (коагулация или екстрипация) в зависимост от възрастта, локализацията и репродуктивните планове на жената. След операцията по преценка за всеки отделен случай може да се проведе противорецидивен хормонален курс на лечение.

■ Заключение

Като заключение може да се каже, че гениталната ендометриоза е прогресивно заболяване, което макар и да не застрашава живота се отразява сериозно върху начина на живот на жената и нейната репродуктивна способност. От основно значение е и фактът, че ендометриозата не може да бъде предотвратена или дефинитивно излекувана. Единственият шанс на тези пациентки е ранната, точна диагноза и предприемане на лечение, което в максимална степен да забави развитието на патологични промени в организма на жената. ■