

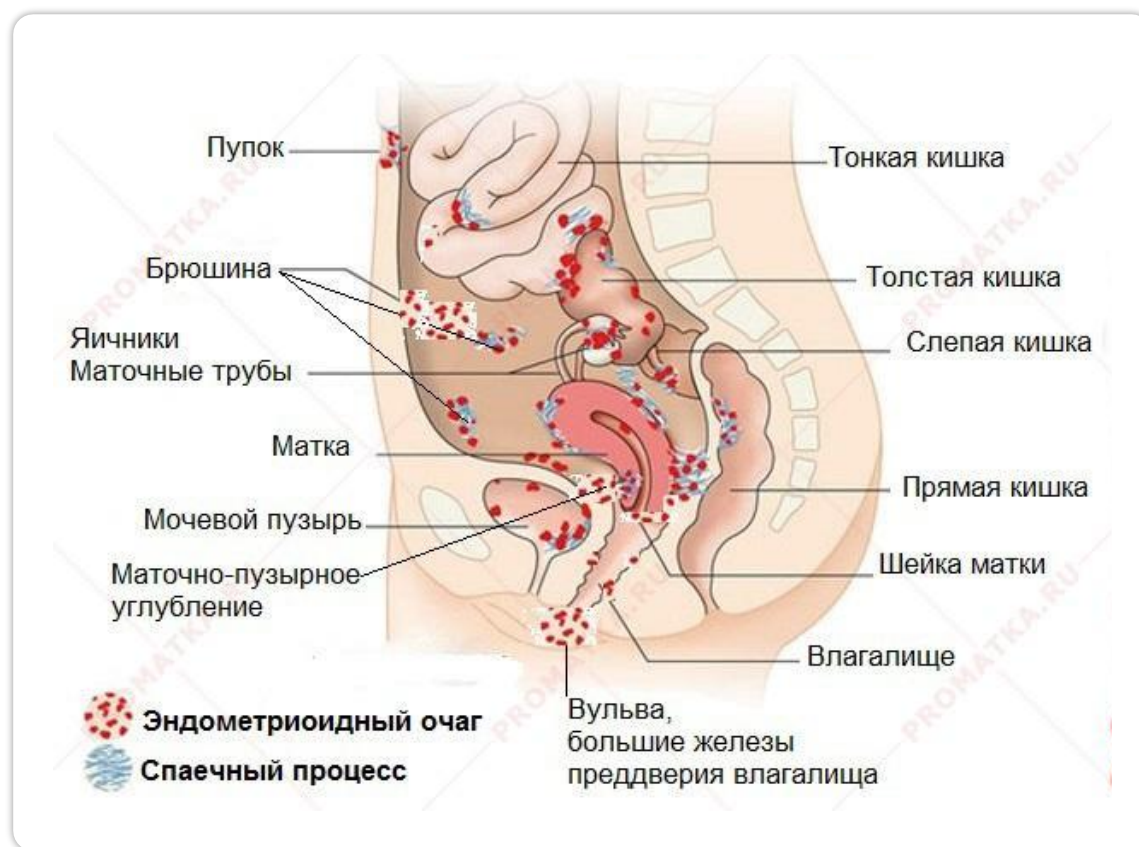
Современные подходы к лечению эндометриоидных кист яичников

Студентка лечебного факультета
1505 группы
Жукович Анна Сергеевна

Эндометриоз -

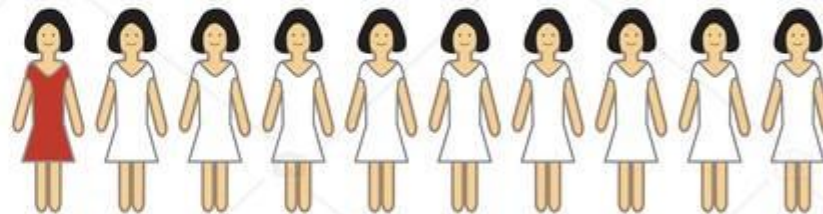
гормонозависимое патологическое разрастание эндометрия за пределами его нормального расположения.

Очаги могут локализоваться в яичниках, маточных трубах, толще матки, мочевом пузыре, на брюшине, в прямой кишке и других, более отдаленных органах.

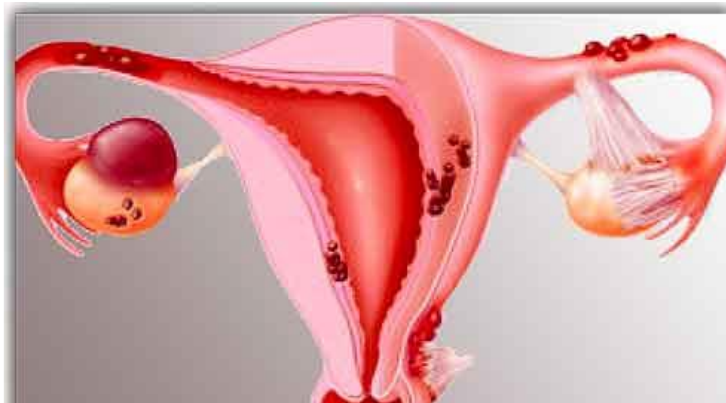




**В 50 % случаев бесплодия
причиной является
эндометриоз**



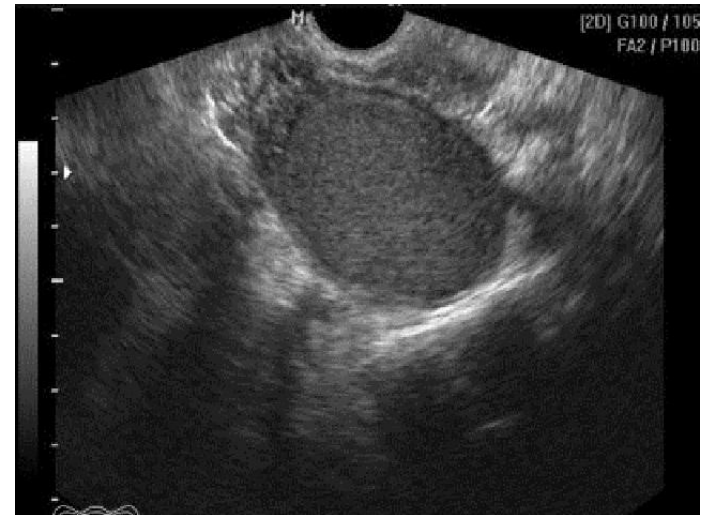
**1 из 10 женщин репродуктивного возраста
(15-49 лет) страдает эндометриозом = >
около 176 млн женщин в мире**



**Эндометриоидные кисты яичников =
эндометриомы = наиболее частая форма
наружного генитального эндометриоза.**

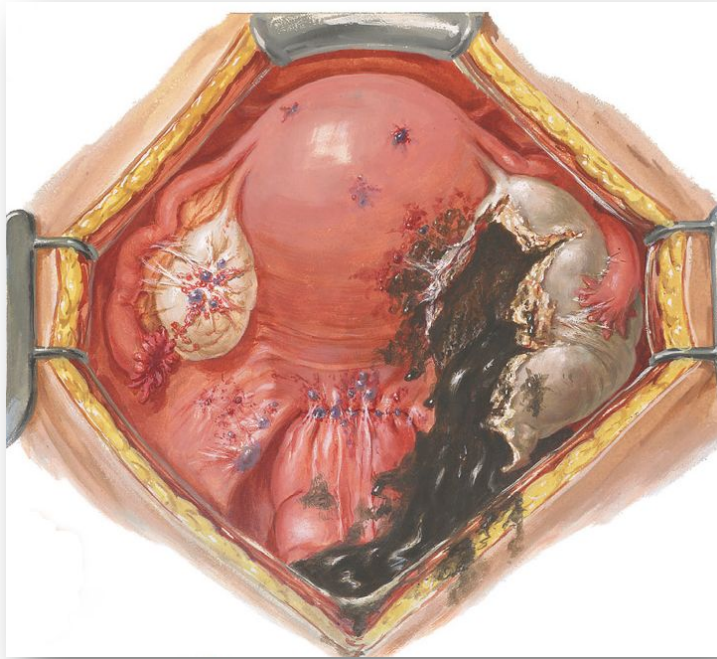
Клиническое течение эндометриоза:

- Бессимптомное: случайная находка на УЗИ или в ходе оперативного вмешательства
- Выраженный болевой синдром
- Нарушение менструальной функции: скудные или обильные болезненные менструации
- Бесплодие



Классификация эндометриоза яичников

- **Стадия I** – мелкие точечные очаги без вовлечения тазовой брюшины;
- **Стадия II** – единичная эндометриоидная киста, размером не более 5-6 см с вовлечением брюшины;
- **Стадия III** – двусторонние эндометриоидные кисты яичников, вовлечение окружающих органов, брюшины, спаечный процесс;
- **Стадия IV** – двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с вовлечением мочевого пузыря, прямой и сигмовидной кишки, выраженный спаечный процесс.



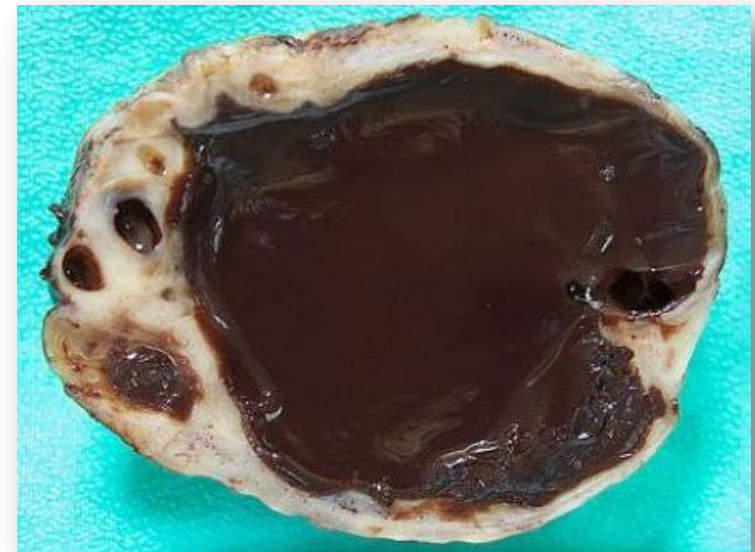
Стенка кисты – эндометрий.

В следствие менструальной цикличности
полость кисты наполняется **кровью**.
Из-за невозможности опорожнения, киста
увеличивается в размерах.

При выраженной васкуляризации
кисты - быстрый рост.

Наличие кисты яичника сопровождается
хроническим воспалительным процессом
и спаечным процессом в малом тазу.

«шоколадный» цвет и густая
консистенция



Современные проблемы лечения ЭКЯ у женщин репродуктивного возраста:

- 1. Малые кисты яичников**
- 2. Бесплодие**
- 3. Хроническая тазовая боль**
- 4. Послеоперационное рецидивирование**



Методы лечения ЭКЯ:

- Хирургический

- Гормональная терапия

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»

Кисты до 6 см в диаметре однокамерные без дополнительных по внутренней поверхности капсулы и в полости включений по данным УЗИ, уровень онкомаркеров крови СА 125, HE-4 в норме

Кисты больше 6 см в диаметре, осложнённые или с признаками малигнизации

выжидательная
тактика

гормонотерапия
3-6 месяцев

хирургическое удаление

При отсутствии регресса или увеличении размеров на фоне терапии на УЗИ через 6 месяцев - оперативное вмешательство - цистэктомия с экспресс-биопсией

***Рекомендации Европейского Общества по
вопросам репродукции человека и
эмбриологии (ESHRE) от 2014 г.***

При первичном обнаружении
эндометриомы диаметром > 3 см
рекомендуется хирургическое лечение

«Золотой стандарт» лечения ЭКЯ.

Лапароскопическое удаление кисты включает в себя освобождение яичника от спаек, цистэктомию, полное удаление стенки кисты с наименьшей травматизацией нормальной ткани яичника.

Все обнаруженные в малом тазу эндометриоидные очаги коагулируются.

При цистэктомии:

- нельзя гарантировать полное удаление эндометриоидной ткани**
- удаляется функционирующая ткань яичника**

Могут быть применены следующие методы:

- вскрытие капсулы кисты
- вапоризация
- аднексэктомия
- алкоголизация кисты.



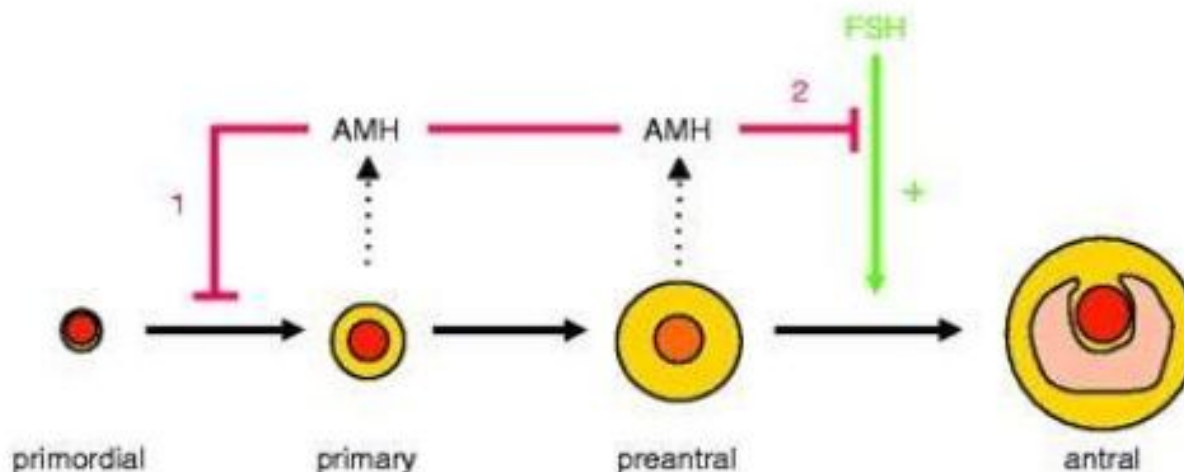
**Пункционная аспирация
содержимого кисты**
-
наименее эффективный метод
частые осложнения
высокий процент рецидивирования.

АМГ (антимюллеров гормон) – показатель, рекомендуемый для оценки овариального резерва женщины.

АМГ не зависит от фазы менструального цикла, гонадотропинов и пропорционален сохранившейся популяции фолликулов.

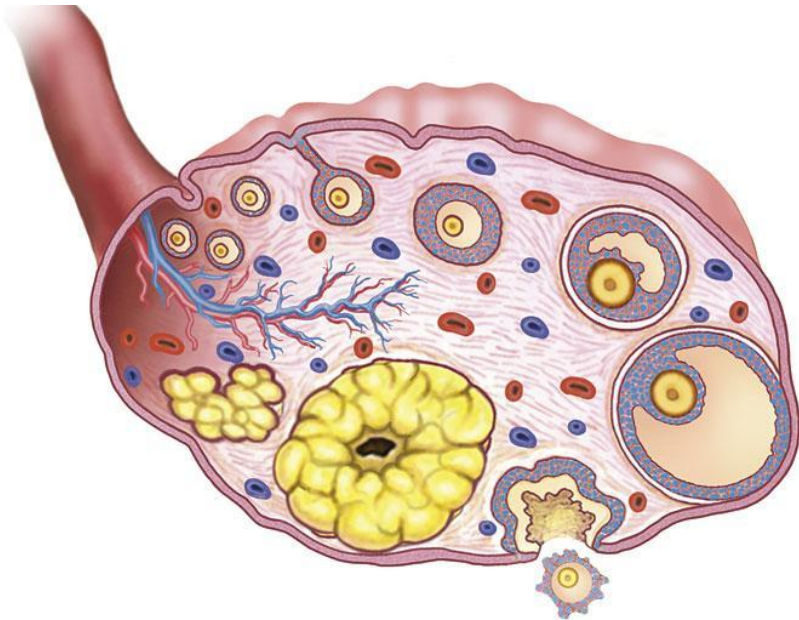
АМГ - антимюллеров гормон (AMH)

- димерный гликопротеин, принадлежащий к семейству бета-трансформирующих факторов роста
- ингибирует развитие преантральных фолликулов из примардиальных
- снижает чувствительность антральных фолликулов к ФСГ



При наличии эндометриомы **АМГ** может быть **снижен до хирургического вмешательства.**

В современных исследованиях сообщается о достоверном снижении овариального резерва после хирургического лечения эндометриоидной кисты 😞

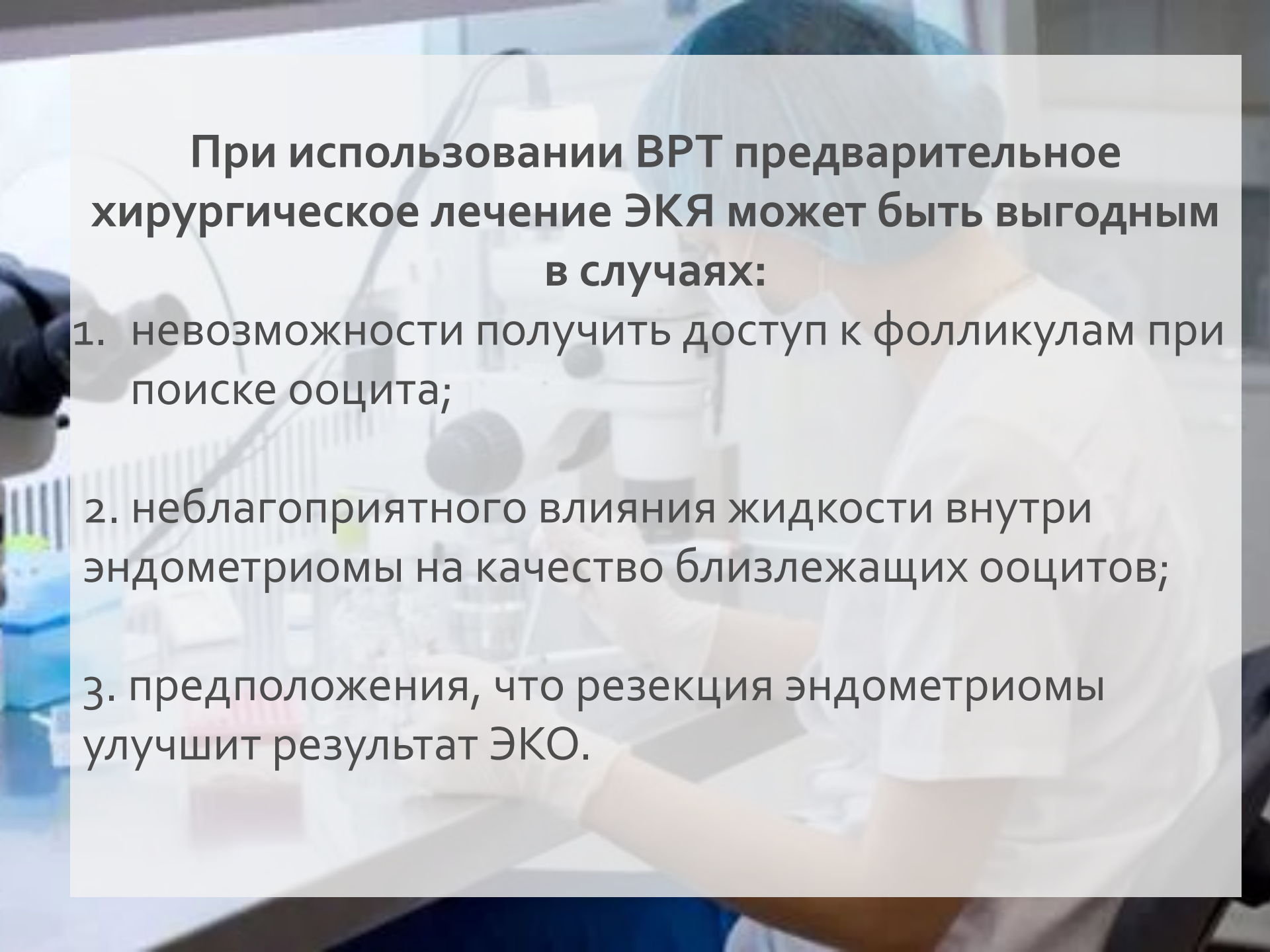


Данная тенденция особенно заметна при удалении:

- рецидивировавших кист
- кист с двусторонней локализацией
- размером более 4 см в диаметре.

Повторное хирургическое вмешательство по поводу рецидива эндометриомы приводит к большей потере яичниковой ткани, чем первоначальная операция. Т.е. овариальный резерв женщины снижается ещё больше.

Кроме того, хирургическое лечение рецидивирующего эндометриоза представляет бóльшие сложности из-за развития постхирургического спаечного процесса в дополнение к спайкам, связанным с характерным для эндометриоза хроническим воспалением.



При использовании ВРТ предварительное хирургическое лечение ЭКЯ может быть выгодным в случаях:

1. невозможности получить доступ к фолликулам при поиске ооцита;
2. неблагоприятного влияния жидкости внутри эндометриомы на качество близлежащих ооцитов;
3. предположения, что резекция эндометриомы улучшит результат ЭКО.

Частота рецидивов

В течение 2-5 лет после хирургического лечения рецидивировуют 12-30% кист

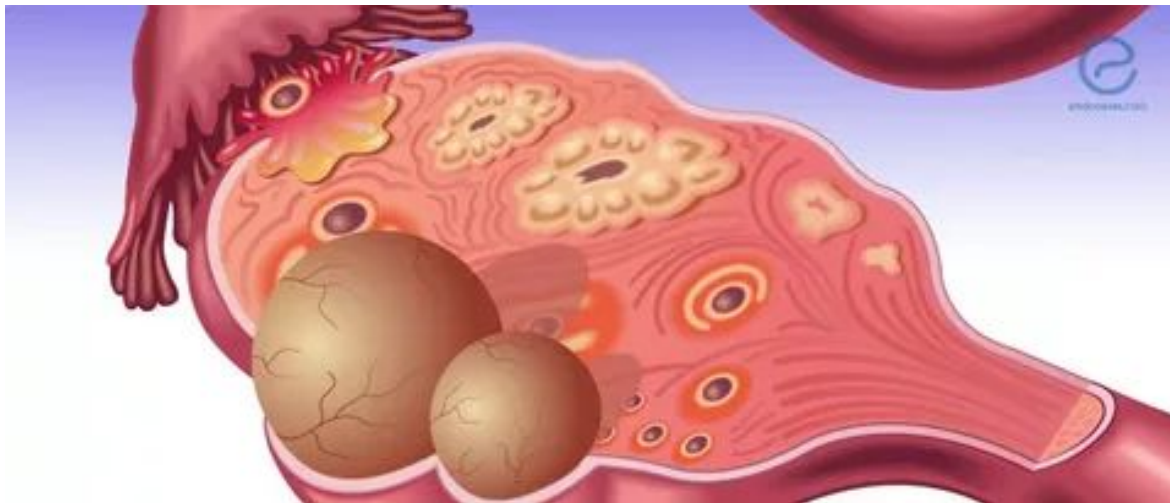
В группе риска молодые женщины до 32 лет

30% пациенток с рецидивом эндометриомы вынуждены подвергнуться повторной операции, у 13% женщин производится третья операция.

Гормональная терапия в лечении ЭКЯ



В эктопическом эндометрии в большом количестве экспрессируется ароматаза, преобразующая андрогены в эстрогены. При попадании эндометрия на брюшину локальное образование эстрогенов под влиянием ароматазы усиливается даже при подавлении продукции гормонов в яичниках.



Наблюдается повышенный уровень эстрогенов и относительная недостаточность прогестерона

Гормональные препараты:



Первой линии:

- агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов
- или
- прогестагены (диеногест)

Второй линии:

- Комбинированные оральные контрацептивы



Почему КОКи не являются препаратами выбора?

Активно обсуждается потенциальное отрицательное воздействие комбинированных оральных контрацептивов (КОК) из-за наличия эстрогенного компонента в их составе.

Доза этинилэстрадиола даже в низкодозированных КОК в 4-6 раз выше физиологической дозы эстрогена. Это приводит к преобладанию и так повышенного эстрогенного влияния в условиях резистентности к прогестерону.

Риск послеоперационного рецидива выше при применении КОК, чем диеногеста.



[Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. Fertil Steril 2017Mar;107(3):533-53].

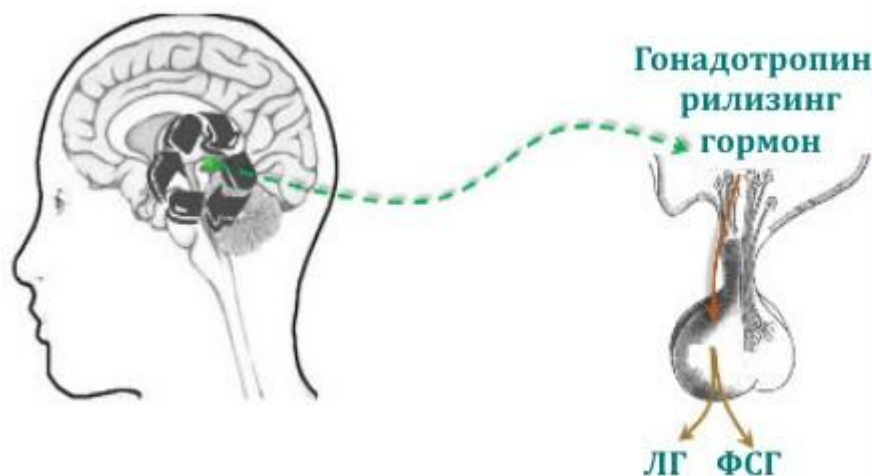
Агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов

Декапептил, Декапептил Депо, Диферелин, Люприд Депо, Люкрин Депо, Золадекс

Блокируется синтез эндогенного гормона = > уменьшается количество ФСГ и ЛГ = > снижается выработка стероидных гормонов и блокируется пролиферация эпителиальных и стромальных клеток эндометрия, очагов эндометриоза.

Состояние пациентки подобно климактерическому периоду.

Особенно эффективны аГнРГ среди пациенток с интенсивным болевым синдромом.



Применяются аГнРГ в виде внутримышечных или подкожных инъекций 1 раз в 28 дней (в первые дни начала менструального цикла) **в течение не более 6 месяцев.**

Даже 6-месячная терапия аГнРГ может способствовать деминерализация костей.

Необходим контроль денситометрией!



**Агонисты гонадотропин-
рилизинг-гормона**

Возможно
применение
короткого 3-4
месячного курса
аГнРГ с переходом
на длительную
терапию
прогестагенами.

Использование ингибирующей терапии (аГнРГ) в течение 3-6 месяцев перед процедурой ВРТ **повышает** вероятность наступления клинической беременности **в 4 раза**.
(уровень доказательности рекомендаций B, ESHRE)

Нет доказательств того, что у женщин с бесплодием и с эндометриомой размером > 3 см предварительная цистэктомия улучшает показатели ВРТ.



Прогестагены

Диеногест (Визанна)

В многочисленных исследованиях было показано, что диеногест:

- подавляет пролиферацию стромальных клеток
- ингибирует оба фермента, которые отвечают за увеличение количества «местного» эстрогена
- оказывает значительное противовоспалительное воздействие на эктопический эндометрий
- способен преодолевать резистентность к прогестерону
- блокирует ангиогенез и способен ингибировать рост очагов эндометрия

В какой дозе?

Эффективность **диеногеста** в низкой дозе (**всего 2 мг/сут ежедневно**) дает возможность проводить длительное лечение, полностью купировать болевой синдром и улучшить качество жизни женщины.

[Römer T. Long term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice. Arch Gynecol Obstet 2018 Oct;298(4):747-753].

Как долго?

О возможности длительной (вплоть до менопаузы) терапии диеногестом свидетельствуют последние данные, показавшие, что диеногест обладает **приемлемым профилем безопасности** и переносимости даже при продолжительности терапии **более 80 месяцев**.

[Kazuaki N, et al. Long-term dienogest administration in patients with symptomatic adenomyosis. J Obstet Gynaecol Res 2018. doi:10.1111/jog.13674].

Терапия диеногестом после оперативного вмешательства эффективно **предотвращает рецидив эндометриоза.**

Частота рецидива спустя 5 лет - только 4% у пациенток, которым после операции был назначен диеногест, что значительно ниже по сравнению с пациентками, не получавшими никакого послеоперационного лечения.

[Ota Y, et al. J Endometr Pelvic Pain Disord 2015;7:63–67]

Растет число исследований, в которых послеоперационное использование диеногеста в дозе 2 мг/сут в течение от 1 года до 5 лет после хирургического удаления эндометриомы **безопасно и высоко эффективно** в отношении профилактики рецидива.

Незамедлительно начатая терапия диеногестом при возникновении рецидива эндометриомы после хирургического лечения может стать разумной альтернативой повторному хирургическому вмешательству.

Теоретически такое лечение будет **способствовать сохранению овариального резерва** у пациенток с эндометриомой.

Монотерапия пероральными прогестинами **может использоваться в любом возрасте**, не повышает риск тромбоза, обладает антиовуляторным эффектом и вызывает аменорею при немногочисленных побочных эффектах.

Гормональную терапию можно
рекомендовать женщинам при:

- ЭКЯ малых размеров
- Выраженном болевом синдроме
- Выполненной цистэктомии в качестве профилактики рецидива и повторных операций

Перед использованием хирургического метода лечения ЭКЯ до 6 см у женщины репродуктивного возраста необходимо взвесить все «за» и «против»

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!