



## **ASRM2011: «Специальная группа интереса» к Эндометриозу**

**Орландо 20 октября 2011**

**Lone Hummelshoj (секретарь Всемирного общества по эндометриозу (WES))**

Свыше 8 500 делегатов участвовали в работе 67-ой Годовой Конференции Американского Общества по Репродуктивной Медицине (American Society for Reproductive Medicine); более 100 участников посетили специальное заседание по эндометриозу «Взаимосвязь между патофизиологией и эндометриозом».

Уже пятый год подряд в рамках этой престижной Конференции собирается «специальная группа по интересам» (EndoSIG ASRM)!

В этом году в ходе курса обучения по проблемам эндометриоза особое внимание было уделено симптомам эндометриоза и особенностям взаимосвязи между сенситизацией центральной нервной системой (ЦНС) и миофасциальными структурами, а также тому, каким образом гормональное лечение может влиять на эту взаимосвязь. Оказывая влияние на половые пути гормональное лечение может, в конечном счете, влиять и на ЦНС, а не только на клинические поражения.

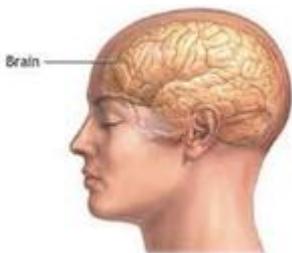
Также был поднят давно обсуждаемый вопрос: стоит ли проводить хирургическое лечение эндометриомы перед проведением IVF, в том числе в ходе специальных дебатов между Хуаном Гарсией-Веласко (Juan Garcia-Velasco) Мадрид, Испания и Антонио Гарджиуло (Antonio Gargiulo), Гарвард, США. Любое хирургическое вмешательство на яичниках всегда несет риск снижения овариального резерва, что влияет на успех IVF; пока остается «тайной» ответ на противоречивый вопрос, какова степень воздействия эндометриомы на фертильность. Самым близким к «консенсусу» было общее мнение, что лечение должно быть строго индивидуальным и зависеть от размера эндометриомы, предыдущих операций и возраста женщины.

### **В ходе основных сессий рассматривались фундаментальные вопросы и данные клинической науки, основанной на доказательствах**

Впервые в ходе Ежегодной Конференции ASRM было две секции, посвященные только эндометриозу, что позволило сосредоточить внимание как на клинических вопросах, так и на данных фундаментальной науки.

Принимая во внимание, что все еще существует большой интерес к патогенезу (происхождению) эндометриоза, появившиеся новые технологии с вовлечением самых разных разделов науки, включая метаболомику, геномику и протеомику, могут помочь в раскрытии с их помощью этих аспектов заболевания.

С точки зрения фундаментальной науки эти «-омики»<sup>4</sup> помогают прояснить, каким образом отдельные звенья патогенеза связаны с конечным результатом, что позволяет искать клиническое применение этим находкам.



С клинической точки зрения, обсуждения сосредоточилось, в основном, на различных аспектах боли. Доктор Сузи Ас-Сэни (Susie As-Sanie) представила свою работу, результаты которой позволили ей получить на недавнем Всемирном Конгрессе по Эндометриозу приз Родольфа Махе (Rodolphe Maheux), которым награждаются самые многообещающие молодые клиницисты и ученые. Автор и ее коллеги показали, что хроническая тазовая боль связана с изменениями регионального объема серого вещества в ЦНС.

### **Измерение прогресса**

Продолжаются поиски маркеров, хотя результаты этих работ пока показали только то, что «не работает» (это также важно, чтобы мы не шли снова по той же самой бесполезной дороге!).

Научные работы по поиску маркеров для боли и бесплодия очень востребованы в области эндометриоза. Выявление таких маркеров позволило бы клиническим врачам объективно оценивать эффективность лечения, как позволяют, например, такие суррогатные маркеры, как количество CD4 при оценке результатов лечения ВИЧ.

### **Один для всех и всех для одного**

При посещении различных мероприятий, посвященных эндометриозу, становится ясно, что многие из тех же самых ключевых игроков присутствуют на большинстве важнейших встреч.



**Вступающий в должность Председателя EndoSIG, проф. Томмазо Фалконе (Tommaso Falcone) с нынешним председателем, проф. Памелой Стрэттон (Pamela Stratton) на 67-й Ежегодной Конференции ASRM**

Памела Стрэттон (Pamela Stratton), Председатель EndoSIG ASRM поделилась своим видением будущих подвижек в изучении эндометриоза:

«У нас в настоящее время есть замечательная группа единомышленников, делающих лечебную работу (в том числе, касающуюся боли и в бесплодия) и фундаментальную науку. Это означает, что работа EndoSIG, основанная на мультидисциплинарном принципе, является необходимой для комплексного подхода к проблемам эндометриоза», отметила проф. Стрэттон.

«Цель EndoSIG состоит в том, чтобы объединить наши усилия со Специальной группой ESHRE по Эндометриозу и Эндометрию (Special Interest Group on Endometriosis and Endometrium (SIGEE) и Всемирным Обществом по Эндометриозу (World Endometriosis Society (WES)), чтобы отдельные представители международного сообщества ученых не работали изолированно в области исследования эндометриоза», добавила она.

Кроме того, EndoSIG поощряет молодых исследователей посещать такие мероприятия и делиться результатами своей работы в ходе встреч с коллегами. Это здорово, что все участники соглашаются объединить свои усилия в области изучения эндометриоза. В конце концов, приблизительно 176 миллионов женщин в мире полагаются на результаты этих усилий, поэтому продолжение такого сотрудничества очень важно!

**Действительно ли эндометриоз является причиной или играет второстепенную роль в вопросах боли?**

**Orlando, 17 октября 2011**

**Lone Hummelshoj (секретарь Всемирного общества по эндометриозу (WES))**

**67-я Годовая Конференция ASRM началась с двухчасового пленарного заседания, посвященного спорным вопросам, связанным с этим заболеванием.**

**Действительно ли эндометриоз ответственен за «всю» боль – и если это так, проводим ли мы адекватное долгосрочное ведение таких пациенток?**



**Профессора Robert Schenken, John Steege и Serdar Bulun на 67-ой Годовой Конференции ASRM**

Ключевое сообщение проф. Джона Сиджа (John Steege) было посвящено тому, что клиницисты стали слишком много внимания уделять непосредственно эндометриозидным имплантатам и определению стадийности заболевания. По его мнению, пора рассматривать женщину с эндометриозом в целом и учитывать другие факторы, которые могут способствовать развитию у нее боли.

Он открыл эту секцию, подчеркнув, что корреляция между степенью эндометриоза и ощущением боли ( в действительности и с бесплодием) низка. Фактически, необходимо отграничить перитонеальные имплантаты от эндометриом и перитонеальных спаек. Он также призвал к более осторожному употреблению термина «прогрессирующее заболевание», т.к. согласно его опыту крайне редко наблюдается постепенное прогрессирование Стадии I до Стадии IV; фактически, могут наблюдаться четкие биологические различия между этими «стадиями заболевания» с самого начала, что требует различных типов ведения конкретной женщины.

### **Status quo**

На сегодняшний день является обычной практикой диагностирование эндометриоза после физического осмотра (с точностью ~75 %), за которым следует назначение препаратов, лапароскопия, лапароскопия, лапароскопия, удаление репродуктивных органов и, если боль продолжает рецидивировать, направление к специалисту в клинику боли.

Однако в действительности этично ли, продолжить делать одну лапароскопию вслед за другой лапароскопией или удалять здоровые органы без значимого решения проблемы боли? (Фактически, если у пациентки боль длится весь месяц, то она вряд ли будет иметь какое-либо отношение к ее репродуктивным органам, так почему тогда их удаляют?).

### **Что врачи предпочитают на практике?**

Профессор Стидж полагает, что следует ориентироваться на боль связанную с осмотром органов малого таза – это ключ к диагностированию эндометриоза, наряду с тщательным изучением истории болезни, включая другие нарушения восприятия боли. Он также поощряет ректо-вагинальный осмотр, чтобы не пропустить любые образования в Дугласовом пространстве.

За этим должна следовать лечебно-диагностическая лапароскопия, выполненная хирургом, имеющим опыт в иссечении очагов эндометриоза, и затем – назначение препаратов.

Существует известный эффект плацебо (до 60 %) после операций и это важно принять во внимание, если женщина возвращается в течение года с рецидивом боли. Это может просто быть «стирание» эффекта плацебо, и в этот момент следует рассмотреть все факторы, которые могут иметь значение у этой конкретной пациентки. Таким образом, результаты хирургического лечения должны интерпретироваться с осторожностью.

### **Сочетанная патология и другие факторы, которые могут затруднить постановку диагноза**

Сопутствующая патология весьма распространена при эндометриозе и когда боль становится постоянной, важно также рассмотреть возможность наличия синдрома раздраженного толстого кишечника, интерстициального цистита, спазмов/дисфункции м. levator ani и вульварного вестибулита. Важно помнить о возможных симптомах со стороны соседних органов – и лечить их в первую очередь.

Тип эндометриоза и наличие боли, связанной с менструальным циклом, не должны быть проигнорированы. Например, недавние исследования показали увеличение числа нервных волокон в эндометрии женщин с эндометриозом, что может способствовать повышению чувствительности к соматической боли. Кроме того, в случае ингибирования

активности системы гипоталамус-гипофиз-яичники, например, с помощью Гн-РГ агонистов, перцепция и пороги восприятия соматической боли могут измениться, что может служить объяснением, почему некоторые женщины в последующем не отвечают адекватно на другие виды терапии.

## **Рефрактерный эндометриоз**

В своей презентации проф. Сердэр Булун (Serdar Bulun ) сосредоточил свое внимание на рефрактерном эндометриозе.

Несмотря на то, что женщины с эндометриозом встречаются во всех возрастных группах: от подростков до женщин после 40 лет, опыт показывает, что почти все они скажут, что тяжелая дисменорея началась у них с менархе. Если «удача им сопутствовала» они, возможно, получали пероральные контрацептивы, которые способны снижать плотность нервных волокон в эндометрии. К сожалению, в большинстве случаев лапароскопия не проводится (и таким образом, не устанавливается точный диагноз) до  $\approx$  30 лет, как показывают многочисленные международные исследования, подтверждающие задержку с постановкой диагноза.

Одно из ключевых сообщений проф. Булуна заключалось в том, что лапароскопия должна быть выполнена опытными хирургами. «Мы видим огромную разницу в качестве операций в зависимости от хирургического опыта. Это имеет большое значение для того, как эта пациентка будет жить после хирургического лечения. Важно признать Ваш собственный уровень квалификации и, возможно, лучше обратиться к более опытным коллегам!», подчеркнул проф. Булун. Далее он перечислил не эффективные методы хирургического лечения рефрактерного эндометриоза, включающие:

- Абляция эндометрия;
- Гистерэктомия без овариэктомии;
- LUNA

Рефрактерный эндометриоз лучше всего лечится с помощью комбинации других методов лечения.

## **Экспериментальное лечение**

К «экспериментальному лечению», проф. Булун, в частности, отнес ингибиторы ароматазы. Однако они обычно используются только в постменопаузе, а у женщин с эндометриозом в пременопаузе могут применяться только в сочетании с комбинированными оральными контрацептивами или прогестинами. В перспективе в дополнение к ингибиторам ароматазы он рассматривает также селективные модуляторы рецепторов к прогестерону, но пока мы должны ждать дальнейших клинических результатов по этим препаратам.

«При использовании препаратов для лечения эндометриоза ключевой фактор – это информирование пациентки о потенциальных побочных эффектах и о том, что приверженность терапии может окупиться в долгосрочной перспективе», заключил проф. Булун.



A recording of this session can be purchased directly from the ASRM at: <http://www.softconference.com/asrm/>