

# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© О.С. Шаповал, 2016

УДК 618.11-006.2-053.8-073.432.19-089:615.357-03682

О.С. ШАПОВАЛ

*Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра акушерства та гінекології, Запоріжжя*

## ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЇДНІЙ ХВОРОБИ

Частота ендометріоїдних кіст в структурі всіх доброякісних пухлиноподібних утворень яєчників складає 0,62 %. Провідними скаргами є больовий синдром (77,27 %), порушення менструального циклу (9,09 %), альгодисменорея (59,09%), безпліддя (13,64 %). В 72,73% ендометріоїдна хвороба протікає на тлі супутньої гінекологічної патології. Сонологічно у 1/3 хворих діагностується аденоміоз, збільшення об'єму контрлатерального яєчника. Серед хірургічних методик лікування ендометріоїдних кіст яєчників перевага надається лапароскопії. В структурі оперативних втручань цистектомія займає 86,36 %, резекція яєчника – 27,27 %. Лише 50 % пацієнток з ендометріоїдною хворобою після операції отримують рекомендації з приводу реабілітаційної терапії, переважно протизапальної та протизлукової. В 27,27 % випадків рекомендовані комбіновані оральні контрацептиви. Серед препаратів прогестерону перевагу слід надавати дієгесту.

**Ключові слова:** ендометріоз, репродуктивний вік, лапароскопія, реабілітація

**Вступ.** Ендометріоїдна хвороба займає одне з головних місць у структурі гінекологічної патології. Ендометріоїдні кісти яєчників є одним із найбільш частих проявів ендометріоїдної хвороби [1, 9, 11, 13, 14, 17]. Ведення пацієнток з генітальним ендометріозом, незважаючи на сучасні методи діагностики і різноманіття арсеналу терапевтичних методик, є проблематичним. Клініка ендометріозу неспецифічна, імітує прояви не тільки гінекологічних, але й екстрагенітальних захворювань [1, 3, 5, 7, 8, 10, 15].

Конверсія консервативних методів лікування в хірургічні, особливо при рецидивах процесу, створює значні проблеми, зважаючи на можливість наявності злукового процесу. Проблема ускладнюється ще й тим, що ендометріоз досить часто діагностується у жінок, які не народжували [4, 6, 18], і мова йде про не реалізований репродуктивний потенціал. Хірургічне втручання, навіть при використанні сучасних видів енергії, так чи інакше супроводжується травматизацією здорових тканин. Саме по собі неадекватне проведене хірургічне втручання може призводити та сприяти розвитку рецидивів процесу [6, 12].

**Мета дослідження.** Визначити частоту ендометріоїдних кіст яєчників, дослідити основні терапевтичні напрямки лікування та реабілітації хворих на ендометріоз.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 3555 історій хвороби пацієнток, які

перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні міської лікарні №7 м. Запоріжжя за період з 2009 по 2014 рр. Для проведення поглибленого аналізу особливостей перебігу клінічної картини ендометріоїдних кіст яєчників було проаналізовано 22 історії хвороби. Всі пацієнтки з ендометріозом підлягали оперативному втручання. При виконанні лапароскопії використовувалася оптика фірми «Крило» (Росія). Лапароскопія виконувалася за загальноприйнятою методикою. Під ендотрахеальним наркозом, обходячи пупок, за допомогою голки Вереша, накладався пневмоперитонеум. Вводився 10 мм троакар, через який в черевну порожнину вводився лапароскоп. Через 2 котрапerture в правій і лівій пахвинних ділянках вводився лапароскопічний інструментарій. При ревізії органів черевної порожнини і малого таза оцінювалися такі параметри: стан кишечника і печінки, наявність випоту, ендометріоїдних гетеротопій, вираженість спайкового процесу, розміри і колір матки, стан яєчників та маткових труб.

Контрольну групу складало 50 жінок без гінекологічної та соматичної патології, які звернулися до лікувального закладу з питань вибору контрацепції.

Отримані дані були опрацьовані за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Частота виявлення доброякісних пухлиноподібних утворень яєчників у структурі гінекологічної пато-

логії складала 6,44% (229 осіб). При цьому функціональні кисти в 9,4 рази частіше виявлялися, ніж ендометріодні (у 207 осіб – 5,82% проти 22 – 0,62%).

В основну групу увійшли 22 пацієнтки репродуктивного віку від 18 до 49 року, середній вік яких склав  $26,14 \pm 0,59$  року. У контрольній групі середній вік становив  $33,3 \pm 0,75$  року. За паритетом в основній групі було 90,91 % жінок (20), які не народжували, 9,09 % (2) – які народжували. В групі контролю жінки розподілились порівну – по 25 чоловік.

При надходженні в стаціонар провідне місце в структурі скарг займав больовий синдром – у 17 пацієнток (77,27 %). На тлі періодичних болей внизу живота порушення менструального циклу у вигляді «шоколадних» виділень із статевих шляхів та рясні місячні відзначало 2 людини (по 9,09 %). Альгодисменорея турбувала 13 жінок (59,09 %). Порушення репродуктивної функції відзначали 3 пацієнтки (13,64%). При цьому частота первинного безпліддя в 2 рази спостерігалася частіше в порівнянні з вторинним (66,67 % проти 33,33 %). В 66,67 % випадків безпліддя протікало на тлі больового синдрому, що дозволяло припустити наявність злукового процесу. У 18,18 % хворих спостерігався асимптомний перебіг захворювання.

В 72,73% перебіг ендометріодної хвороби відбувався на тлі супутньої гінекологічної патології. Так, диспластичні процеси шийки матки спостерігалися у 68,76 % хворих, патологія ендометрія – у 37,5 %, міома матки та хронічні запальні процеси матки та її додатків – у 12,5 %, сінехії в порожнині матки як наслідок хронічного ендометриту – у 6,25 %.

При проведенні гінекологічного дослідження пацієнток з ендометріодними кістами відзначалися нормальні розміри матки. Пальпаторно патологічне утворення визначалося у всіх пацієнток розмірами від 3 до 10 см. При цьому кисти лівого яєчника визначалися дещо частіше, ніж правого (10 випадків проти 6). У 6 осіб відзначалося двобічне збільшення яєчників. Утворення характеризувалося різним ступенем напруженості і рухливості, помірної чутливості, що є характерним для багатьох процесів в додатках: ретенційних кістах яєчників [5], запальних змінах [3], істинних пухлинах [8].

При проведенні ультразвукового дослідження оцінювався стан матки і додатків. Отримані результати обстеження пацієнток з пухлиноподібними утвореннями яєчників були зіставлені з результатами обстеження пацієнток контрольної групи. Дані, отримані при сонологічному дослідженні органів малого таза, наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати сонологічного дослідження в групах порівняння ( $M \pm m$ , мм)

Параметри	Основна група (n=22)	Контрольна група (n=50)
Параметри матки		
Довжина	$47 \pm 1,1^*$	$51,58 \pm 0,48^*$
Ширина	$44,14 \pm 1,47$	$46,42 \pm 0,62$
Товщина	$38,23 \pm 1,36^*$	$35,08 \pm 0,54^*$
Мінімальні розміри	$33 \times 28 \times 25$	$35 \times 28 \times 46$
Максимальні розміри	$55 \times 57 \times 50$	$55 \times 44 \times 59$
Мінімальна товщина М-ехо	4	5
Максимальна товщина М-ехо	16	9
Середня величина М-ехо	$7,37 \pm 0,67$	$6,12 \pm 0,75$
Параметри контрлатеральних яєчників		
Довжина, мм	$36,5 \pm 2,48^*$	$30,32 \pm 0,17^*$
Ширина, мм	$26,81 \pm 2,13$	$28,14 \pm 0,13$
Товщина, мм	$26,27 \pm 2,06^*$	$16,72 \pm 0,17^*$
Об'єм, $cm^3$	$17,53 \pm 4,7^*$	$7,44 \pm 0,67^*$
Параметри яєчників з ендометріодною кістою		
Довжина, мм	$48,22 \pm 2,64^*$	$30,32 \pm 0,17^*$
Ширина, мм	$37,75 \pm 2,39^*$	$28,14 \pm 0,13^*$
Товщина, мм	$30,33 \pm 3,48^*$	$16,72 \pm 0,17^*$
Об'єм, $cm^3$	$29,91 \pm 6,73^*$	$7,44 \pm 0,67^*$

Відмінності статистично значущі при  $p < 0,05$ .

Проведений аналіз результатів сонологічного дослідження обох груп виявив достовірне збільшення товщини матки в 1,09 рази ( $p < 0,05$ ), зменшення довжини в 1,1 рази ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з групою контролю. Ознаки аденоміозу у вигляді

неоднорідності міометрії, наявності включень в міометрії різної ехощільності були діагностовані у 1/3 пацієнток. Виявлені достовірні відмінності між ехографічними параметрами контрлатеральних яєчників у пацієнток обох груп ( $p < 0,05$ ) як за дов-

жиною, так і за товщиною. Об'єм контрлатерального яєчника у пацієток основної групи достовірно перевищував значення контрольної групи в 2,36 разу (максимальний показник – 83,25 см<sup>3</sup>). При ультразвуковому дослідженні стану патологічно зміненого яєчника у пацієток основної групи виявлено достовірне збільшення всіх лінійних розмірів ураженого органу: довжини – в 1,59 разу ( $p < 0,05$ ), ширини – в 1,34 разу ( $p < 0,05$ ), товщини – в 1,81 разу ( $p < 0,05$ ). Максимальні розміри яєчника з ендометріюїдною кістою становили 58 × 47 × 45. Показники об'єму також достовірно перевищували аналогічні в групі порівняння в 4,02 разу ( $p < 0,05$ ), максимальні показники склали 61,34 см<sup>3</sup>. Діаметр ендометріюїдного пухлиноподібного утворення становив від 10 мм до 88 мм. Утворення було однокамерним округлої або овальної форми, з тонкими стінками, збоку або ззаду від матки, містило середньої і підвищеної ехощільності дрібнодисперговану суспензію, в низці випадків з включеннями різної ехощільності [2, 16].

Під час обстеження пацієток основної групи виявлено, що в 40,91 % випадків (у 9 жінок) спостерігався рецидив процесу. Попереднє гормональне лікування отримало 66,67 % хворих (6 жінок), при цьому досвід використання більше 2 класів гормональних препаратів мали 50 % шпиталізованих.

Зважаючи на високий вищезазначений відсоток рецидивів, провідні скарги у вигляді больового синдрому (59,09 %), непліддя (13,64 %), пацієткам основної групи було рекомендоване проведення оперативного лікування.

Всі хворі перед виконанням оперативного втручання були обстежені в повному обсязі, включаючи обстеження шлунково-кишкового тракту (ознак пухлинного процесу не виявлено) та скринінг на онкомаркери. Рівень рекомендованого до визначення онкомаркеру СА-125 в середньому склав 53,5±10,86 МЕ/мл. При цьому мінімальні величини склали 10 МЕ/мл, максимальні – 176,2 МЕ/мл. Підвищення рівня СА-125 було закономірним, хоча не завжди специфічним при ендометріозі [8, 9].

Під час виконання оперативних втручань використовували лапароскопічний доступ в 90,91 % випадках як найменш травматичний для здорових тканин, з найменшою вірогідністю розвитку спайкової хвороби [6, 9]. У 2 випадках (9,09 %) операція виконувалась через лапаротомічний доступ, оскільки мав місце виражений спайковий процес, а також планувалося видалення міоматозних вузлів.

Структура оперативних втручань наведена в таблиці 2.

Таблиця 2

Структура оперативних втручань у жінок з ендометріюїдними кістами яєчників

Структура оперативних втручань	Абсолютна кількість (N)	Відносна кількість (%)
Цистектомія	19	86,36
Резекція яєчника	6	27,27
Коагуляція вогнищ ендометріозу	6	27,27
Оваріолізис	2	9,09
Міомектомія	2	9,09

Отримані дані свідчать про те, що під час видалення ендометріюїдних кіст яєчника використовуються різні хірургічні методики – цистектомія (86,36 %) та резекція (27,27 %), хоча на сьогоднішній день перевагу слід віддавати цистектомії з метою збереження більшого об'єму здорової тканини яєчника, відповідно збереженню оваріального резерву [4, 9]. В трьох випадках з метою більш ретельного видалення капсули кісти ці методики поєднувалися.

При ревізії органів малого таза додаткові вогнища ендометріозу були виявлені в 31,82 % випадків (у 7 жінок). Локалізація ендометріюїдних гетеротопій була різною: на зв'язках, сечовому міхурі, контрлатеральному яєчнику. В 27,27 % випадків додатково до цистектомії/резекції проводилася коагуляція ендометріюїдних вогнищ, хоча на сьогоднішній день саме їхня резекція вважається прерогативою хірургічною методикою [6, 9].

В 54,55 % випадках (у 12 жінок) ендоскопічно діагностувався злуковий процес різного ступеня,

що вимагало додаткового проведення адгезіолізісу і, відповідно, призначення в післяопераційному періоді протизлукової терапії.

В стаціонарі всі пацієнтки отримували стандартну терапію, яка включала: антибіотики (цефалоспорины III покоління), знеболюючі препарати, антикоагулянти.

У всіх хворих спостерігався типовий необтяжений перебіг післяопераційного періоду з ранньою активізацією пацієток. Середній ліжко-день склав 6,23±0,46 дня. Виписка додому в задовільному стані.

Зважаючи на те, що для ендометріюїдної хвороби характерний рецидивуючий перебіг, за даними літератури, відсоток рецидивів після оперативного лікування складає до другого року 12–21 %, через 5–7 років – 50–55 % [6], питання проведення адекватної реабілітаційної терапії актуальні.

В таблиці 3 наведені препарати, які були рекомендовані пацієткам для подальшої реабілітаційної терапії.

Групи препаратів, рекомендованих для проведення реабілітаційної терапії

Група препаратів	Абсолютна кількість (N)	Відносна кількість (%)
Комбіновані оральні контрацептиви	6	27,27
Похідні прогестерону:	4	18,18
– дієногест	3	75
– інші похідні	1	25
Агоністи гонадотропін-релізінг гормону	2	9,09
Препарати з протизапальною, розсмоктуючою дією	11	50

Отримані дані свідчать про те, що лише 50 % пацієнок з ендометріюдною хворобою після операції отримують рекомендації з приводу реабілітаційної терапії, переважно протизапальної та протизлукової. Від 9,09 % до 27,27 % хворим рекомендовані гормональні препарати, серед яких перше місце займають комбіновані оральні контрацептиви. Серед препаратів прогестерону перевага надається дієногесту, що наближує ведення хворих з ендометріозом до «золотого» стандарту. Агоністи гонадотропін-релізінг гормону також мають місце, але призначалися вони хворим, яким одночасно виконувалась міомектомія.

#### Висновки.

1. Частота виявлення доброякісних пухлиноподібних утворень яєчників у структурі гінекологічної патології складає 6,44 %, при цьому частота ендометріюдних кіст складає 0,62 %

2. В структурі скарг частота больового синдрому складає 77,27 %, порушення менструального циклу в вигляді «шоколадних» виділень із статевих шляхів та рясних місячних – 9,09%, альгодисменорея – 59,09 %. Частота безпліддя складає 13,64 %. У 18,18 % хворих спостерігався асимптомний перебіг захворювання.

3. В 72,73 % перебіг ендометріюдної хвороби відбувався на тлі супутньої гінекологічної патології (патологія шийки матки – 68,76 %, патологія ендометрія – 37,5 %, міома матки та хронічні запальні процеси матки та її додатків – 12,5 %).

4. В 40,91 % хворих спостерігаються рецидиви ендометріюзу. Частота використання гормональ-

них препаратів складає 66,67 %, при цьому досвід використання більше 2 класів гормональних препаратів має 50 % пацієнок.

5. Сонологічно у 1/3 хворих діагностується аденоміоз, об'єм контрлатерального яєчника при ендометріюдній хворобі збільшений в 2,36 разу. Ендометріюдна кіста має типову емографічну будову та може бути діагностована розміром від 1 см.

6. Серед хірургічних методик лікування ендометріюдних кіст яєчників перевага надається лапароскопії. В структурі оперативних втручань цистектомія займає 86,36 %, резекція яєчника – 27,27 %.

7. У хворих з ендометріюдними утвореннями яєчників в 31,82 % випадків діагностуються додаткові вогнища ендометріюзу та в 54,55 % – злуковий процес.

8. Використання лапароскопічних технік лікування ендометріюзу сприяє збереженню овариального резерву, що зумовлено меншою травматизацією оточуючої тканини, ранньою активізацією хворої, зменшенню інтенсивності розвитку післяопераційної спайкової хвороби, а також зменшенню середнього показника ліжко-дня.

9. Лише 50 % пацієнок з ендометріюдною хворобою після операції отримують рекомендації з приводу реабілітаційної терапії, переважно протизапальної та протиспайкової. В 27,27 % випадків рекомендовані комбіновані оральні контрацептиви. Серед препаратів прогестерону перевагу слід надавати дієногесту.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева — М.: Медицина, 2006. — С. 416.
2. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика: в 3-х т. — Т. 1 / М.Н. Буланов. — М., 2010. — Т. 1. — С. 259.
3. Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. — 2012. — № 4 (70). — С. 102—108.
4. Влияние хирургического лечения эндометриомы яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мета-анализа // Проблемы женского здоровья. — 2012. — № 3. — С. 10—15.
5. Вовк І.Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк [та ін.] // Здоровье женщины. — 2013. — № 2 (78). — С. 11—15.

6. Гаспарян С.А. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения / С.А. Гаспарян, Р.М. Ионова, О.С. Попова // *Акушерство, гинекология, репродукция*. — 2015. — №4. — С. 66—72.
7. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. — М.: Триада X, 2005. — С. 21.
8. Онкологическая гинекология / А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов. — Симферополь, 2006. — С. 616.
9. Пересада О.А. Эндометриоз-диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // *Медицинские новости*. — 2009. — №14. — С. 14—25.
10. Савельева Г.М. Еще раз о терминологии эндометриозных образований яичника / Г.М. Савельева, А.А. Соломатина, Л.М. Михалева // *Акушерство и гинекология*. — 2005. — № 2— С. 33—36.
11. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников / И.В. Сахаудинова, Г.Т. Мустафина, Е.Н. Хабибуллина [и др.] // *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2015. — № 1 (10). — С. 11—115.
12. Сидорова И.С. Особенности терапии эндометриозных кист яичников / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян // *Акушерство, гинекология, репродукция*. — 2011. — № 1 (5). — С. 29—32.
13. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А.Л. Унанян // *Акушерство, гинекология, репродукция*. — 2010. — № 3 (4). — С. 6—11.
14. Унанян А.Л. Активный и неактивный аденомиоз: клинико-морфологические варианты развития, дифференцированный подход к терапии / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, Е.А. Коган // *Акушерство, гинекология, репродукция*. — 2012. — № 2. — С. 25—30.
15. Burney R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2013. — Vol. 25. — P. 280—286.
16. Diane M. Ultrasound and Assessment of Ovarian Cancer Risk / M. Diane Twickler, E. Moschos // *AJR* — 2010. — February. — № 194. — P. 322—329.
17. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. — URL: <http://www.guidelines.endometriosis.org/>
18. Szamatowicz M. Endometriosis – is the best way of infertility treatment? / M. Szamatowicz // *IFFS*. — 2007. — Abstract Book. — FC 1505. — P. 80.

O.S. SHAPOVAL

*Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Department of Obstetrics and Gynecology, Zaporizhzhia*

#### THERAPEUTIC STRATEGIES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIOID DISEASE

The frequency of endometrial cysts in the structure of benign ovarian tumor formations is 0,62%. The leading complaints are pain (77,27%), menstrual irregularities (9,09%), algomenorrhea (59,09%), infertility (13,64%). In 72,73% of cases endometrioid disease is related to the background of gynecological diseases. While using ultrasound in 1/3 of patients adenomyosis is diagnosed, increasing the volume of contralateral ovary. Among the surgical treatments of endometrioid ovarian cysts laparoscopy is preferred. In the structure of surgical operations cystectomy holds 86,36%, resection of the ovary – 27,27%. Only 50% of women with endometriosis after surgery have recommendations for rehabilitation therapy, predominantly anti-inflammatory and anti-adhesive drugs. In 27,27% of cases combined oral contraceptives are recommended for use. Among the drugs preference should be given progesterone dienogest.

**Key words:** endometriosis, reproductive age, laparoscopy, rehabilitation

**Стаття надійшла до редакції: 22.04.2016**