

заболеваний придатков матки остается одной из наиболее сложных задач оперативной гинекологии, требующей мультидисциплинарного подхода.

Литература:

1. Радзинский, В. Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В. Е. Радзинский [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2 (14) – С. 78-81.
2. Каримова, М. В. Активные методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и их осложнений / М. В. Каримова [и др.] // – 2008. – № 4 (20). – С. 92-95.
3. Каримов, В. З. Тубоовариальные гнойные образования: современные аспекты диагностики и лечения / В.З. Каримов [и др.] // Журнал им. Склифосовского. – № 1. – С. 24-29.

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Зайцева Т. П., Белуга В. Б., *Биркос В. А., *Амбрушкевич Л. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно» Гродно, Беларусь

Резюме. Клинико-морфологическое исследование 49 случаев эндометриоза яичников установило, характерными клиническими проявлениями являются: боли в течение большей части менструального цикла, дисменорея, диспареуния; реже – нарушение менструального цикла по типу гиперменорреи.

Ключевые слова: эндометриоз яичников, клинические проявления, функциональная активность.

MODERN OPTIONS AND CLINICAL FORMS OF OVARY ENDOMETRIOSIS

Zaitseva T. P., Beluga V. B., *Birkos V. A., *Ambrushkevich L. P.

Grodno State Medical University

*City Clinical Emergency Hospital of the city of Grodno

Summary. A clinical and morphological study of 49 cases of ovarian endometriosis leads to the appearance of characteristic clinical manifestations: pain during most of the menstrual cycle, dysmenorrhea,

dyspareunia; less commonly, menstrual disorder by type of hypermenorrhea.

Key words: ovarian endometriosis, clinical manifestations, functional activity.

Эндометриоз остается одной из самых распространенных гинекологических патологий, частота его варьирует от 2 до 80% у пациентов различных возрастных групп. Известно, что эндометриоз – доброкачественное хроническое прогрессирующее заболевание. С практической точки зрения, значимым моментом является изучение патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему прогрессированию процесса. Основную часть всех локализаций составляет генитальный эндометриоз (92-94%), реже – экстрагенитальный (6-8%). Из генитального эндометриоза наиболее частой формой является аденомиоз (70-90%) и эндометриоз яичников (8-26%) [1, 3]. Характерными клиническими проявлениями эндометриоза яичников являются жалобы на тупые ноющие боли в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области. Однако эндометриоз яичников может быть бессимптомным, пока в значительной степени не увеличивается размер кист, микроперфорация камер, вовлечение в процесс прилежащих органов малого таза. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников и глубокие формы – узловую и кистозную. Кистозную форму также называют эндометриомами яичников. Клинически выделяют два варианта течения эндометриоза яичников – рецидивирующий и нерецидивирующий [2, 4].

Цель исследования: изучить возможные варианты течения и клинико-морфологические формы эндометриоза яичников.

Изучены клинические данные и результаты гистологического исследования 49 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, представленным кистами яичников. Возраст пациенток варьировал от 23 до 55 лет, средний составил $37,6 \pm 0,7$ лет, при этом 39,57% больных были в возрасте до 35 лет, 39,57% – от 36 до 45 лет, 20,86% – от 46 до 55 лет. До оперативного вмешательства эндометриоз яичников диагностирован только у 18 (36,7%) пациенток. Подавляющее большинство женщин (86,3%) были госпитализированы и прооперированы в плановом порядке, 13,7% – в экстренном. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки,

сопутствующей патологией матки. Большинству женщин (66,9%) оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим доступом в объеме цист- или аднексэктомии, в 33,1% – лапаротомическим доступом в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки с придатками из-за сочетания эндометриоза яичников с миомой матки и/или аденомиозом. Клиническое исследование проведено по нескольким направлениям: опрос прооперированных больных, направленный на выявление характера жалоб больных, детализацию их проявлений в динамике развития заболевания; изучались данные анамнеза; результаты общеклинических, гинекологических и инструментальных методов обследования. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в клиническое учреждение обследованные пациентки предъявляли жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла. На периодические умеренные боли, дискомфорт в течение большей части менструального цикла указывали 50,4% пациенток, периодически сильные боли в течение менструального цикла были у 19,4%, боли перед менструациями отмечали 4,3% женщин. Большинство обследованных (64%) отмечали усиление болей накануне или во время менструаций. Дисменореей отмечали 34 (69,3%) пациентки. Боли во время менструаций носили умеренный (43,2%) или выраженный (28,1%) характер. Некоторые женщины отмечали связанные с менструальным циклом боли при дефекации, тенезмы (10,8%), боли при мочеиспускании (4,3%). На диспареунию указывали 30,2% пациенток. В 24,3% случаев болевой синдром сопровождался различными вегетативными расстройствами: тошнота – 23,0%, рвота – 7,9%, потеря сознания – 2,9%. Для купирования болевого синдрома 59,7% женщин с эндометриозом яичников были вынуждены использовать анальгетики. Усиление болевого синдрома отмечали в динамике развития заболевания 41,7% обследованных. В анамнезе у 40,3% женщин отмечено нарушение менструального цикла. При сохранении у большинства (80,6%) пациенток регулярного менструального цикла наиболее частыми проявлениями его нарушения были обильные менструации (40,3%), мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после менструаций (39,5%), межменструальные кровотечения при сохраненном менструальном цикле (11,5%). В 49,6% случаев

эндометриоза яичников ведущим в проявлении заболевания женщины считали болевой синдром; в 21,6% – нарушение менструального цикла. Выявлено, что для пациенток с эндометриозом яичников характерен относительно поздний возраст менархе, в среднем он составил $14,26 \pm 1,5$ лет. У большинства пациенток цикл установился сразу, был регулярным (96,4%). В анамнезе у 65,5% пациенток было указание на 1-2 родов, у 9,4% – на 3 родов и более, у 59,0% – на 1–2 аборта, у 22,3% – на 3 аборта и более, у 8,6% пациенток было вторичное бесплодие, у 7,2% – вторичное, у 11,5% женщин – самопроизвольные выкидыши.

Во время оперативного вмешательства было обнаружено, что у 64,7% женщин было одностороннее поражение яичника, чаще левого (41,7%), у остальных 35,3% – двустороннее. Увеличение размеров яичника за счет формирования кисты диаметром до 5 см было у 37,4% больных, диаметром 5-10 см – 30,9%, более 10 см в диаметре – в 28,8% случаев. Для большинства женщин было характерно наличие спаечного процесса в малом тазу.

Морфологическим исследованием удаленных яичников установлено, что у 80,6% пациенток имелась макрокистозная форма процесса; у 17,98% – сочетание кисты с эндометриоидными гетеротопиями в ткани яичника; у 1,44% – железисто-стромальные эндометриоидные очаги без формирования кист.

Таким образом, ведущими клиническими симптомами эндометриоза яичников являются нарушение менструального цикла и болевой синдром циклического характера, с постоянством иррадиацией болей и вегетативными расстройствами. Основной (80,6%) формой процессом при эндометриозе яичников является кистообразование.

Литература:

1. Адамян, Л. В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 2. – 95–102.
2. Адамян, Л. В. Эволюция гормональной терапии эндометриоза (обзор литературы) / Л. В. Адамян, А. А. Осипова, М. М. Сонова // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 11–16.
3. Баскаков, В. П. Клиника и лечение эндометриоза / В. П. Баскаков – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
4. Баскаков, В. П. Эндометриоидная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб., 2002. – 452 с.