

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«МАТЬ И ДИТЯ»

**СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ**

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Основан в 2008 году

Выпуск 12

Минск
2019

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Зайцева Т.П., Белуга В.Б., Хворик Н.В., Биркос В.А., Довнар Л.Н.,
Амбрушкевич Л.П.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Резюме. Проведен комплексный анализ течения эндометриоза яичников у 49 женщин. Установлено, что для клинического течения эндометриоза яичников характерными являются различные проявления болевого синдрома: боли в течение большей части менструального цикла, усиливающиеся накануне и/или во время менструаций (64 %), дисменорея (69,3 %), диспареуния (30,2 %), нарушение менструального цикла по типу аномальных маточных кровотечений (40,3 %). Выявлено разнообразие гистологического строения эндометриоза яичников, соответствующее железистому, железисто-кистозному и кистозному вариантам течения патологии.

Ключевые слова: эндометриоз яичников, клинические формы, оперативное лечение.

Введение. Эндометриозная болезнь остается одной из самых распространенных гинекологических патологий с частотой до 12 % у женщин репродуктивного возраста, до 70–80 % – при наличии хронической тазовой боли. Общеизвестно, что эндометриоз – доброкачественное, хроническое, прогрессирующее заболевание [1, 3, 5, 6]. Патогенетические механизмы, которые способствуют прогрессированию процесса, недостаточно очерчены и требуют пристального изучения и анализа. Основную часть всех локализаций составляет генитальный эндометриоз, значительно реже – экстрагенитальный. При поражении генитального тракта наиболее частой формой является аденомиоз (до 90 %) и эндометриоз яичников (до 30 %) [2, 3, 5]. Характерными клиническими проявлениями эндометриоза яичников являются жалобы на тупые ноющие боли в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области. Однако достаточно часто является бессимптомным заболеванием, пока в значительной степени не увеличиваются размеры кист, не происходит микроперфорация камер, а также вовлечение в процесс близлежащих органов малого таза. Клинически выделяются основные варианты течения эндометриоза яичников – рецидивирующий и нерецидивирующий [2, 4, 5]. На данный момент отсутствуют маркеры возможного рецидивирования процесса и показатели прогнозирования.

Предлагается выделять железисто-кистозный, железистый и кистозный вариант течения эндометриоза яичников. Железисто-кистозный характеризуется сочетанием кист от 3 до 5 см, одиночных и множественных с очагами в ткани яичника и за пределами кист. Кисты характеризуются наличием тонкой фиброзной стенки. Мелкие очаги за пределами кист представлены эндометриозными гетеротопиями с признаками функциональной активности. Железистый вариант характеризуется наличием на поверхности и/или в глубине ткани яичника точечных темно-коричневых или красных очагов различного диаметра. Кистозный вариант эндометриоза яичников макроскопически представляется кистами от 3 до 10 см, при которых яичник субтотально трансформирован [4, 6].

Цель работы: определить возможные варианты течения, а также клинические и морфологические формы эндометриозного повреждения яичников в зависимости от активности процесса.

Материалы и методы исследования. Изучены клинические данные и результаты гистологического исследования материала у 49 пациенток с эндометриозом яичников. Возраст пациенток варьировал от 23 до 50 лет, средний

составил $32,6 \pm 0,7$ лет, при этом по 39,6 % пациенток были в возрасте до 30 лет и от 30 до 40 лет, 20,9 % – от 40 до 50 лет. Клиническое исследование проведено на основании опроса пациентов и сбора анамнеза, направленного на выявление характера жалоб, детализацию их проявлений в динамике развития заболевания; результатов общеклинических, гинекологического и инструментальных методов обследования.

На дооперационном этапе эндометриоидная природа поражения яичников была диагностирована только у 18 (36,7 %) женщин. 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. Лапароскопическим доступом были прооперированы в объеме цист- или аднексэктомии 66,9 % пациенток, в 33,1 % операции были выполнены лапаротомным доступом в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки с придатками из-за сочетания эндометриоза яичников с миомой матки и/или аденомиозом. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически.

При поступлении обследованные пациентки предъявляли жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла. Периодические умеренные боли внизу живота, дискомфорт в течение большей части менструального цикла указывали 50,4 % пациенток, периодически сильные боли в течение менструального цикла наблюдались у 19,4 % женщин, боли перед менструациями отмечали 4,3 %. При этом большинство (64 %) обследованных отмечали усиление болей накануне или во время менструаций. Дисменорею отмечали 34 (69,3 %) пациентки. Боли во время менструаций носили умеренный (43,2 %) или выраженный (28,1 %) характер. Боли при дефекации, тенезмы отмечали 10,8 %, боли при мочеиспускании – 4,3 % женщин. На диспареунию указывали 30,2 % пациенток. У 24,3 % болевой синдром сопровождался различными вегетативными расстройствами: тошнота – 23,0 %, рвота – 7,9 %, потеря сознания – 2,9 %. Для купирования болевого синдрома в 59,7 % случаев пациентками использовались анальгетики. В динамике развития болевого синдрома отмечалось усиление болей в 41,7 % наблюдений в течение года. В анамнезе у 40,3 % женщин отмечено нарушение менструального цикла. Регулярный менструальный цикл сохранялся у 80,6 % пациенток. Наиболее частыми проявлениями его нарушений 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 %.

Ведущим в динамике заболевания считали болевой синдром 49,6 % пациенток с эндометриозом яичников; 21,6 % – нарушение менструального цикла. Установлено, что для женщин с эндометриозом яичников характерен относительно поздний возраст менархе, в среднем – $14,7 \pm 2,5$ лет. У большинства пациенток цикл установился сразу, характеризовался регулярностью (96,4 %). В анамнезе у 65,5 % пациенток было указание на одни роды, у 9,4 % – на двое родов и более, 59,0 % отмечали в анамнезе прерывание беременности по желанию, в 18,6 % случаев наблюдалось первичное бесплодие, у 7,2 % – вторичное, у 11,5 % женщин – самопроизвольные выкидыши в анамнезе.

Во время оперативного вмешательства 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 % пациенток, диаметром 5–8 см – 30,9 %, более 8 см в диаметре – в 28,8 % случаев. Для большинства случаев было характерно наличие спаечного процесса в малом тазу.

При морфологическом исследовании удаленных кист и/или яичников установлено, что у 80,6 % пациенток имелась макрокистозная форма процесса в виде эндометриоидных кист; у 18,0 % – сочетание кисты с железисто-стромальными

эндометриоидными структурами в ткани яичника; у 1,4 % – железисто-стромальные эндометриоидные очаги без формирования кист. Варьирование морфологической характеристики эндометриоза яичников подтверждает выделение трех вариантов эндометриоза яичников – железисто-кистозного, железистого и кистозного. Эндометриоз яичников чаще всего соответствует прогрессирующему, стабильному и регрессирующему вариантам течения [2, 4].

Таким образом, установлено, что ведущими клиническими симптомами эндометриоза яичников являются нарушение менструального цикла и болевой синдром циклического характера, с постоянством иррадиацией болей и вегетативными расстройствами. Основным проявлением поражения яичников (80,6 %) является образование кистозных форм. Железисто-стромальные очаги в яичниках на начальных этапах развития патологии в большинстве наблюдений выявляются в корковом слое яичников, при прогрессировании процесса – вовлекается вся толща яичниковой ткани.

Существование различных форм эндометриоза яичников необходимо учитывать при выборе рациональной тактики ведения пациенток в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидивов. Особую актуальность представляет проблема эндометриоза у женщин репродуктивного возраста, так как сопровождается стойким болевым синдромом различной степени тяжести, нарушением менструальной функции, бесплодием и нарушением функции смежных органов.

Литература

1. Адамян, Л.В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 2. – С. 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. Эндометриоидная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб., 2002. – 452 с.
4. Печеникова, В.А. Клинико-морфологические формы эндометриоза яичников / В.А. Печеникова, Н.М. Мушинская // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – №4(40). – С.107–111.
5. Burney, R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 25. – P. 280–286.
6. Pearce, C.L. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies / C.L. Pearce [et al.] // Lancet Oncol. – 2012. – Vol. 13. – P. 385–394.

POSSIBLE COURSE AND CLINICAL FORMS OF OVARIAN ENDOMETRIOSIS

Zaitseva T.P., Beluga B.V., Hvoric N.V., Bircos V.A., Doviari L.N., Ambrushkevich L.P.

*Establishment of education «Grodno state medical university»,
Grodno, Republic of Belarus*

Summary. A complete analysis of the course of ovarian endometriosis in 49 women was carried out. It has been established that the clinical course of ovarian endometriosis is characterized by various manifestations of the pain syndrome: pain during of the menstrual cycle, intensifying during menstruation (64 %), dysmenorrhea (69,3 %), dyspareunia (30,2 %), disorders of the menstrual cycle by the type of abnormal uterine bleeding (40,3 %). A variety of histological structures of ovarian endometriosis was revealed, corresponding to glandular, glandular-cystic and cystic variants of the pathology course.

Key words: ovarian endometriosis, clinical forms, surgical treatment.

Поступила 15.10.2019