

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ендоетріоз (код курсу 15.1)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Актуальність теми

Проблема діагностики та лікування гіперплазії ендометрію викликає підвищений науковий та практичний інтерес, зумовлений не тільки високою частотою, а й ризиком малігнізації, оскільки в 30-70% випадків рак ендометрію в пери- і постменопаузі розвивається на тлі гіперпластичних процесів.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Класифікацію передракових станів ендометрію
3. Етіологія даних процесів.
4. Методи діагностики.
5. Методи лікування.
6. Підготувати хвору до операції;
7. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Оцінювати фактори ризику ГПЕ .
2. Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ.
3. Діагностувати ГПЕ
4. Призначати лікування ГПЕ

III. Базові знання

1. Визначення поняття «гіперпластичні процеси ендометрію»
2. Знати методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
3. Нормальний менструальний цикл.
4. Техніка виконання та трактування результатів УЗД органів малого тазу

IV. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій;

- протягом усього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі(своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невід'ємною частиною морально-етичних норм у професії лікаря.

V. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни		
Онкогінекологія	Класифікацію передракових станів ендометрію	Провести лабораторне обстеження жінки Лікування раку ендометрію
III. Внутрішньопредметна інтеграція Оцінювати фактори ризику	Етіологія даних процесів	

ГПЕ	.	Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ Призначати лікування ГПЕ
-----	---	---

VI. Зміст теми семінарського заняття

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини (морфологічно та функціонально подібної з ендометрієм) за межами матки, що спричиняє хронічну запальну реакцію.

Незважаючи на те, що у одних жінок з ендометріозом відмічається біль різного ступеню вираженості та безпліддя, в інших – захворювання може проходити взагалі безсимптомно. Ця патологія зустрічається у близько 10% жінок із загальної популяції та майже у 50% жінок, хворих на безпліддя.

Актуальність ендометріозу пов'язана зі значним поширенням захворювання серед дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку та спричиненим ним безпліддям, а також формуванням стійкого больового синдрому, що негативно впливає на якість життя жінки.

Медичні аспекти генітального ендометріозу визначаються значним поширенням даної патології, прогресуючим перебігом захворювання, його тяжкістю, порушенням функції статевих органів та інших систем організму, що значною мірою впливає на якість життя.

Згідно з класифікацією Американського товариства фертильності при різноманітних локалізаціях ендометріозу враховують ступінь поширеності, глибину ураження і тяжкості захворювання, відповідно до чого формують бальну оцінку зазначених параметрів. Виділяють 4 стадії захворювання: I - (1-5 балів), II - (6-15 балів), III - (до 16-40 балів), IV - (40 балів і більше).

Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності, 2013)

Ендометріоз		< 1 см	1-3 см	> 3 см	
Очеревина	Поверхневий	1	2	4	
	Глибокий	2	4	6	
Яєчники	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
	Лівий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору часткова – 4; повна – 40					
Спайки		покривають <1/3	покривають < 1/3 - 2/3	покривають >2/3	
Яєчники	Правий	Нижні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Нижні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Права	Нижні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Нижні	1	2	4
		Щільні	4	8	16

Примітка. Повністю запаяний фімбріальний відділ труби слід оцінювати у 16 балів.

Сучасна клінічна класифікація ендометріозу включає три основні форми, які відрізняються клінічним значенням і підходами до лікування:

- 1) поверхневий перитонеальний ендометріоз (ППЕ);
- 2) ендометріоми яєчників; (ЕЯ)

3) глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ). (ESHRE)

Принципи спілкування:

Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим, учасливим незалежно від віку, соціального та матеріального статусу пацієнтки. Розуміння хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому зростає довіра. Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Співчуття — ключ до співпраці лікаря та хворого. Налагоджені стосунки лікаря і хворого не лише цілючі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур.

Первинне консультування обов'язково проводиться при першому зверненні пацієнтки.

Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

Збір анамнезу

З'ясовується давність захворювання або виникнення симптомів ХТБ, репродуктивний статус (кількість пологів, абортів та можливі їх ускладнення), перенесені оперативні втручання, а також, вид попереднього лікування ендометріозу, наявність безпліддя.

Ендометріоз і безпліддя можуть набувати розвитку паралельно, в залежності від однієї або декількох загальних причин. При цьому мають значення захворювання, які супроводжують ендометріоз. Серед них можна виділити:

а) порушення секреції гормонів, які призводять до неповноцінної овуляції і/чи функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрію; порушення локального імунітету; гіперпластичні процеси ендометрію, молочної залози, щитоподібної залози; доброякісні новоутворення: кісти, кістоми яєчників, лейоміома матки, які часто спостерігаються при ендометріозі.

Необхідно враховувати, що ГЕ характеризується різноманітністю клінічного перебігу від безсимптомного до картини «гострого живота». Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов'язаний з менструальним циклом (з'являється перед та посилюється під час менструації). Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ГЕ, ступенем їх розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології.

Скарги пацієнтки диференціюють за наступними суб'єктивними клінічними ознаками ендометріозу:

1. Типові симптоми: ХТБ, дисменорея, диспареунія, безпліддя.
2. Менш типові симптоми: міжменструальні кров'яністі виділення, АМК, дизурія, дисхезія (порушення дефекації).
3. Більш рідкісні симптоми: гематурія, кровотечі з прямої кишки.
4. Симптоми, які зустрічаються дуже рідко: гемоптизис (кровохаркання), кишкова непрохідність, водянка нирки та сечоводу, шкіряні вузли тощо, залежно від локалізації.

Клінічними ознаками ендометріозу також є слабкість, швидка втомлюваність, значна втрата працездатності. Вираженість больового синдрому, що регулярно повторюється в дні менструації, та прогресуюча слабкість сприяють появі почуття тривоги, страху.

Необхідно враховувати, що не завжди спостерігається кореляція між розміром вогнища ураження, тривалістю процесу та клінічними проявами захворювання. Ендометріюзна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, проте іноді спричинює біль, особливо напередодні та під час менструації, який може супроводжуватися нудотою, блювотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометріюдних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ГЕ матки характерні рясні тривалі менструації, нерідко АМК, відчуття вжкості, розпирання в нижніх відділах живота.

Характер порушень менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталіїв і тазових органів. Найбільш частими з них є:

- прогресуюча дисменорея (при внутрішньоматковому ендометріозі з ураженням перешийку, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижово-маткових зв'язок, позашийковому ендометріозі з залученням параректальної клітковини та стінки прямої кишки);
- аномальні маткові кровотечі (при аденоміозі в поєднанні із лейоміомою матки);

- кровомазання до і після менструації, контактні кров'яністі виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників і аденоміозі матки);

В окремих випадках ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників периваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріодними кістами та інше.

Клінічними ознаками ендометріозу можуть також бути психоемоційні порушення.

При проведенні диференціального діагнозу тазового болю в молодих жінок у першу чергу як причину необхідно припускати ендометріоз, поки не доведена інша причина больових проявів.

Загальне обстеження:

а) Зовнішній вигляд (колір шкіряного покриву).

б) У разі тяжкого перебігу ендометріозу з неврологічними порушеннями або супутніми захворюваннями здійснюють посиндромне обстеження.

в) Гінекологічне обстеження:

зовнішній огляд геніталій;

огляд ділянки промежини на наявність ознак ППСШ (виразок, кондилом, патологічних виділень);

огляд в дзеркалах стінок піхви та шийки матки на наявність патологічних виділень або деформацій (у разі виявлення ознак ППСШ чи запального захворювання призначають лікування згідно із діючим клінічним протоколом);

обстеження перешийку матки: ущільнення, розширення, болючість;

обстеження тіла матки: положення, розміри, форма, щільність, рухомість, болючість;

обстеження заднього склепіння піхви: інфільтрація, рубцеві зміни;

обстеження придатків матки: розміри, рухомість, болючість, консистенція;

обстеження крижово-маткових зв'язок: потовщення, напруження, болючість.

Інструментальні методи діагностики генітального ендометріозу дають змогу оцінити ступінь розповсюдженості захворювання, тяжкість анатомічних порушень:

а) УЗД (трансабдомінально та трансвагінально);

б) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія, гістероскопія, цистоскопія) проводиться залежно від показань;

в) цитологічний метод дослідження;

г) МРТ за показаннями;

д) обов'язкове гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії.

УЗД (трансабдомінально та трансвагінально).

Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу тіла матки ґрунтується на наступних критеріях:

а) збільшення передньо-заднього розміру матки;

б) округлість її форми;

в) наявність в міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм.

Застосування піхвового датчика покращує інформативність УЗД у таких випадках.

Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є:

- поява в стінці матки зони підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми;

- наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу;

- не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і понижена - біля віддаленого.

При УЗД ендометріюїдних кіст необхідно проводити диференційну діагностику з іншими об'ємними утвореннями в яєчниках, що мають подібну картину, а саме з гематомою яєчника, абсцесом, туберкульозом яєчника та дермоїдними кістами.

Для діагностики ГЕ, оцінки ступеню та характеру судинних порушень використовуються доплерометричні дослідження кровоплину в артеріях органів малого таза.

Гістероскопія. Основною ендоскопічною ознакою ГЕ при гістероскопії є наявність вічок ендометріюїдних ходів у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової порожнини матки, з яких, в окремих випадках, виливається кров (при множинній локалізації вогнищ ГЕ ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників). Разом з тим, діагностична цінність цієї ознаки викликає певні сумніви, враховуючи, що вона часто зустрічається після попереднього інструментального вилучення функціонального шару ендометрію, при вишкрібанні якого пошкоджується цілісність судинної системи базального шару слизової матки, і нерідко за ендометріюїдні гетеротопії приймаються вени, з яких виливається кров.

Висока інформативність гістероскопії в діагностиці вузлової форми аденоміюзу - при цій формі захворювання змінюється рельєф слизової оболонки тіла матки. Для вузлової форми аденоміюзу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок локального вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріюїдних «зіниць». Для всіх форм аденоміюзу спільним є яскравість та неоднорідність судинного малюнку.

Лапароскопія з хромогідротубацією дає змогу оглянути всю черевну порожнину від дугласового простору до діафрагми та перевірити прохідність маткових труб у жінок, які зацікавлені у реалізації репродуктивної функції. Ендометріюз може локалізуватися на різних органах і залучити в процес будь-яку перитонеальну структуру та мати різноманітні прояви (білий, червоний, синій, бульбашковий). Лапароскопія дає змогу не тільки виявити ендометріюз, його локалізацію, ступінь розповсюдження, стан матки, маткових труб та яєчників, але й надає можливість виконати ендокоегуляцію ендометріюїдних гетеротопій, взяти біопсію і призначити адекватну терапію.

При підозрі на ендометріюз доцільно розпочати емпіричне лікування навіть без остаточного підтвердження діагнозу за допомогою лапароскопії та/або гістології. Це необхідно робити в усіх випадках тяжкої дисменореї, резистентної до лікування нестероїдними протизапальними препаратами, за наявності болю при огляді органів малого тазу та виявленні вузлів при пальпації матково-крижових зв'язок і ректовагінальної перетинки, або при сонографічному виявленні кісти яєчника з ознаками, характерними для ендометріюми.

Лабораторна діагностика

З метою встановлення/підтвердження діагнозу ГЕ призначаються:

- цитологічне дослідження;
- гістологічне дослідження матеріалу, взятого при біопсії;
- рутинно не рекомендовано використовувати з метою діагностики ендометріюзу

імунологічні біомаркери, в тому числі СА-125, які містяться в плазмі, сечі або сироватці крові, оскільки це не є інформативним, хоча рівень СА-125 у сироватці крові при помірних і тяжких формах ендометріюзу може бути дещо підвищеним.

Диференційний діагноз

Необхідно проводити диференційну діагностику ендометріюзу з лейоміомою матки, хронічним сальпінгофоритом, пухлинами геніталіїв, кишечника, гіперпластичними процесами ендометрію, позаматковою вагітністю, нефроптозом, сечокам'яною хворобою, апендицитом, парапроктитом, проктитом, колітом тощо.

Диференційний діагноз тазового болю:

Диференційний діагноз тазового болю:

Локалізація	Симптоми
Матка	Первинна дисменорея

	Аденоміоз
Кишечник	Синдром роздратованого кишечника Запальне захворювання кишечника Хронічний запор
Сечовий міхур	Інтерстиціальний цистит Інфекція сечових шляхів Сечокам'яна хвороба
Яєчники	Mittelschmerz (овуляторний біль) Кісти яєчників (розрив, перекрут і т.д.) Синдром кукси (залишку) яєчників
Фаллопіїв труби	Гематосальпінкс (після стерилізації або абляції ендометрія) Позаматкова вагітність (гостра чи хронічна) Запальне захворювання органів малого тазу
Загальні причини	М'язово-фасціальна біль Невропатичний біль Варикозна хвороба тазових вен Спайковий процес

Алгоритм лікування

Відсутні універсальні препарати, які повністю виліковують ендометріоз, тому застосовуються комплексний підхід до лікування.

Ендометріоз слід розглядати як хронічне захворювання, яке потребує розробки плану довгострокового ведення пацієнтки з максимальним використанням медикаментозного лікування для запобігання повторним хірургічним втручанням. Терапія має тривати до віку менопаузи або поки не настане вагітність, якщо вона бажана.

Консервативні методи лікування

Медикаментозне лікування ендометріозу

У якості медикаментозної терапії першої лінії застосовуються прогестинів, оральних контрацептивів, НППЗ та інших анальгетиків (зокрема парацетамолу, з метою ефективного знеболення),

Пероральні прогестини

Прогестини безпосередньо впливають на ендометрію, викликаючи децидуалізацію клітин стромы та секреторну трансформацію епітеліальних клітин ендометрію, що призводить до атрофії при використанні їх у безперервному режимі.

В свою чергу, пригнічення овуляції на тлі прийому прогестинів дозволяє, з одного боку, знизити ризики рецидивів ендометріозу, а з іншого зберегти, вже до цього знижений, оваріальний резерв у пацієнок з відстроченими репродуктивними планами.

У якості терапії першої лінії слід розглядати монотерапію одним з традиційних прогестинів, таких як медроксіпрогестерон, ципротерону, норетистерон, дієногест в режимах та дозуваннях, передбачених інструкцією для медичного застосування.

Дієногест має потужну антипроліферативну дію, спрямовану на ендометрій, а також антиангіогенний, протизапальний та імуномодельючий ефект. До переваг цього прогестину відносять особливий механізм блокади овуляції, спрямований на апоптоз гранульозних клітин зростаючого фолікула, слабкий центральний ефект (інгібування рівня ФСГ і ЛГ) і помірне зниження продукції естрадіолу, рівень якого знаходиться в межах терапевтичного вікна, що дозволяє уникнути розвитку симптомів естрогенного дефіциту при збереженні вираженого антипроліферативного ефекту, його щоденна доза 2 мг впродовж 65 тижнів забезпечує прогресуюче зменшення інтенсивності больових проявів захворювання, покращення якості життя пацієнок та відсутність у них клінічної симптоматики ще впродовж 6 місяців після припинення лікування.

Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС)

ЛНГ-ВМС може бути ефективною терапією ендометріозу, що зменшує дисменорею та тазовий біль, не пов'язаний з менструальним циклом, а також дисхезію та тяжку диспареунію.

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

КОК широко застосовуються для лікування як больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом, так і болю у жінок з підозрою на ендометріоз. Це є практичними перевагами КОК, включаючи контрацептивний захист, безпеку тривалого застосування та забезпечення контролю менструального циклу.

Більш доцільно використання безперервного прийому КОК.

Однак, слід наголосити, що призначення КОК підліткам з тазовим болем без підтвердження ендометріозу може сприяти ще більшому відстроченню часу діагностування захворювання.

Поки що недостатньо також даних і про можливий вплив естрогенового компоненту у складі КОК на перебіг захворювання, оскільки існує припущення щодо потенційної стимуляції розвитку та прогресування захворювання під впливом екзогенних естрогенів, так як відомо, що ендометріоз є естрогензалежним процесом. З іншого боку, сучасні комбіновані гормональні контрацептиви містять надто низькі дози етинілестрадіолу для того, щоб спричинити активацію хвороби.

Агоністи гонадотропін - рилізінг-гормону (аГнРГ)

Ці синтетичні пептиди є аналогами гонадотропін - рилізінг-гормону гіпоталамусу. Механізм їх дії обумовлений конкуруванням з ендогенним ГнРГ за рецептори клітин гіпофізу, що секретують гонадотропіни. Використання супроводжується симптомами дефіциту естрогенів: припливами жару, сухістю у піхві, зниженням лібідо. Прийом аГнРГ може призвести до ятрогенного зниження мінеральної щільності кісткової тканини у зв'язку з дефіцитом естрогенів, що підвищує ризик остеопорозу, обмежує термін застосування аГнРГ до 6 міс. та потребує терапії «прикриття» естрогенами. Для попередження втрати кісткової маси та гіпоестрогенних симптомів під час лікування, рекомендується призначити гормональну терапію «прикриття» (гестагени, ЗГТ) одночасно з початком терапії агоністами ГнРГ. Згідно з наявними даними, гормональна терапія прикриття не зменшує ефективність лікування, спрямованого на полегшення больового синдрому.

Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби (НПЗЗ)

Застосування НПЗЗ можуть призначатись як терапія першої лінії при болю, спричиненому ендометріозом. Водночас, використання НПЗЗ підвищує вірогідність побічних ефектів як в шлунково-кишковій, так і в серцево-судинній системах, у зв'язку з чим призначити ці лікарські препарати бажано короткими курсами.

Інші лікарські засоби для лікування симптомів ендометріозу

Клінічно доведено ефективність для лікування симптомів ендометріозу лікарських засобів з фармакотерапевтичної групи інгібіторів ароматази. Водночас, слід зазначити, що їх призначення в Україні може мати обмеження, оскільки показання до застосування лікарських засобів «генітальний ендометріоз» відсутні в інструкціях для медичного застосування, затверджених МОЗ України.

Додаткові методи лікування симптомів ендометріозу

Помірно ефективною і безпечною, але такою, що вимагає повторних курсів лікування, є рефлексотерапія (лазерна пунктура, акупунктура). Вона є допоміжним методом, який допоможе краще переносити симптоми і лікування ендометріозу та сприятиме підвищенню якості життя пацієнток. Високочастотна черезшкірна електрична нейростимуляція з деякою ефективністю короткостроково купірує больовий синдром.

Спосіб життя і дотримання дієти

Відсутні переконливі докази, що зниження маси тіла має сприятливий вплив на зниження симптоматики ендометріозу, хоча є дані, що дієтичні заходи після хірургічного лікування ендометріозу, як то вживання вітамінів, препаратів магнію і кальцію, ри�'ячого жиру, продуктів, що містять катехіни та індол-3-карбінол можуть бути ефективними щодо зниження тазового болю і поліпшення якості життя.

Хірургічне лікування

Хірургічне лікування ендометріозу проводиться у таких випадках:

1. При стійкому тазовому болі на тлі недостатньої ефективної медикаментозної терапії та за наявності протипоказань до неї.
2. При гострому захворюванні придатків матки (розрив кісти яєчника, перекрут придатків).
3. При тяжкому глибокому інфільтративному ендометріозі з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів, тазових нервів.
4. За наявності або підозрі на ендометріому яєчника діаметром понад 3 см
5. За наявності стійкого безпліддя при неуточненому діагнозі.

Хірургічне лікування може бути "консервативним" або "радикальним". Метою консервативного хірургічного лікування ендометріозу є відновлення нормальної анатомії та припинення болю. Хірургічні методи включають (SOGC):

- пряму абляцію,
- лізис, висічення вогнищ ендометріозу,
- видалення ендометріом яєчників,
- однобічну аднексектомію (у випадку асиметричного ураження),
- резекцію,
- збривання (шейвінг) ендометріюідних уражень суміжних органів (кишечника, сечового міхура, сечоводів, апендикса тощо).

Радикальне хірургічне лікування включає двобічну оваріоектомію з метою створення менопаузи або може включати гістеректомію з двобічною тубектомією, видалення всіх наявних уражень (SOGC). Радикальний підхід слід розглядати у жінок з тяжким больовим синдромом, які не зацікавлені у збереженні репродуктивної функції або яким показана гістеректомія при поєднанні аденоміозу з лейоміомою матки та при наявності тяжких проявів АМК.

Лапароскопія є найбільш доцільним хірургічним підходом до лікування ендометріозу незалежно від тяжкості захворювання завдяки кращій візуалізації вогнищ, більш швидкій реабілітації стану пацієнток після операції у порівнянні з лапаротомією. Пацієнтки з глибоким інфільтративним ендометріозом з ураженням кишечника, сечового міхура, сечоводів, повинні оперуватися лікарями, що мають відповідний досвід та спеціальну підготовку для ведення таких випадків з урахуванням необхідності мультидисциплінарного підходу (SOGC).

При виявленні ендометріозу під час лапароскопії у пацієнток з тазовим болем і (або) безпліддям, рекомендується провести хірургічне лікування ендометріозу, оскільки цей метод («побачити й пролікувати») дозволяє ефективно зменшити біль, пов'язаний з ендометріозом, а також покращити репродуктивні результати як в природньому циклі, так і при застосуванні ДРТ. Може бути виконана як абляція, так і резекція перитонеального ендометріозу, з метою зменшення пов'язаного з ним болю, хоча перевагу слід віддавати резекції, якщо це можливо (ESHRE)

В разі наявності глибокого інфільтративного ендометріозу рекомендується виконувати наступні хірургічні кроки:

- 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини;
- 2) адгезіолізис і "second-look" лапароскопічна ревізія, верифікація глибокого інфільтративного ендометріозу, його локалізації і стадії;
- 3) етап хірургічного лікування ендометріом (техніка енуклеації та часткової абляції), тимчасова фіксація яєчників;
- 4) латеральна перитонеальна дисекція (часткова або тотальна);
- 5) центральна перитонеальна дирекція (передня і задня);
- 6) збривання (шейвінг) або резекція ендометріюідних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сечоводів, резекція сигмоподібної кишки, апендектомія за необхідності;
- 7) евакуація макропрепаратів, контроль цілісності порожнинних органів (сечовий міхур, пряма, сигмоподібна кишка), гемостаз та дренивання черевної порожнини.

Хірургічне втручання у випадках інфільтративних форм ендометріозу з ураженням кишечника потребує міждисциплінарного підходу з передопераційною консультацією суміжних спеціалістів. При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу операцію

слід виконувати в багатопрофільних стаціонарах або спеціалізованих центрах лікування ендометріозу, оскільки хірургічний етап лікування може включати резекцію прямої або сигмоподібної кишки, сечового міхура, сечоводів, тощо.

Хірургічне лікування ендометріом яєчників.

В разі наявності ендометріом яєчників об'єм хірургічного втручання має залежати від наявності у пацієнтки репродуктивних намірів. Варіанти хірургічних втручань включають видалення стінки кісти (енуклеація) або аспірацію та абляцію ложа кісти.

Ендометріоми яєчників більше 3 см в діаметрі у жінок зі стійким тазовим болем мають бути видалені хірургічним шляхом, якщо це можливо. Дуже важливо оцінити оваріальний резерв перед проведенням лапароскопічної операції у жінок з безпліддям.

Для молодих жінок з метою збереження дітородної функції доцільним є заморожування яйцеклітин перед хірургічним видаленням ендометріом яєчників, особливо у випадку двобічних ендометріодних кіст.

У пацієток, не зацікавлених у вагітності, в післяопераційному періоді, доцільно використання пероральних гестагенів, левоноргестрел виділяючої внутрішньоматкової системи або КОК в циклічному чи, переважно, в безперервному режимі.

Хірургічне лікування стійкого тазового болю, пов'язаного з ендометріозом.

Об'єм хірургічних втручань, пов'язаних з болем, при ендометріозі включає всі вищезазначені методи. Пресакральна нейротомія може розглядатися як доповнення до хірургічного лікування стійкого больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом.

Хірургічне лікування безпліддя, в зв'язку з ендометріозом.

Лікування безпліддя, спричиненого ендометріозом, включає хірургічне видалення ендометріодних гетеротопій та роз'єднання злук з метою відновлення нормальної анатомії органів малого тазу, а також за необхідності перед застосуванням ДРТ технологій.

Функціональна цілісність маткових труб та яєчників після лапароскопічної операції є сприятливим аспектом для можливої спонтанної вагітності.

Лапароскопічне роз'єднання злукових утворень при ендометріозі, вивільнення яєчників та маткових труб є надзвичайно важливим в лікуванні безпліддя і передбачає з метою попередження повторного спайкоутворення застосування бар'єрних методів профілактики.

Лапароскопічне хірургічне видалення ендометріодної тканини признано ефективним методом покращення фертильності при I та II стадії ендометріоза. При цьому відсутні переваги видалення вогнища ендометріозу над його абляцією.

Лапароскопічне видалення ендометріом великих розмірів (більше 3 см) може покращити фертильність.

Позитивний вплив на фертильність хірургічного лікування глибокого інфільтративного ендометріозу на сьогодні є суперечливим. Лапароскопічне лікування глибокого інфільтративного ендометріозу, включаючи коло-ректальний ендометріоз, слід розглядати як варіант другої лінії після невдалої спроби застосування ДРТ.

Частота настання вагітності після повторної операції, незалежно від форми ендометріоза, приблизно на половину нижче, ніж після першої операції.

Оптимальна тактика хірургічного лікування — це ендоскопічне втручання за наявності інформованої згоди пацієнтки на можливе розширення об'єму операції у разі необхідності.

При виборі об'єму втручання сучасним підходом вважається, навіть при наявності тяжких форм ендометріозу у жінок, зацікавлених у відновленні генеративної функції, - дотримання принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії. Вдаватися до радикальних операцій вважається доцільним тільки у випадках, коли всі інші можливості як хірургічного, так і медикаментозного лікування вичерпані.

Лапароскопічна хірургія може проводитися із застосуванням електрохірургічної техніки, ультразвукової та лазерної енергії.

Електрокоагуляція окремих ендометріодних вогнищ проводиться із застосуванням монополярних та біполярних електродів. Малі (менше 2 см) ендометріоми слід розрізати,

евакуювати вміст, ретельно вилущувати оболонку пухлиноподібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріоми, виконують резекцію яєчника.

Ендометріюїдні імплантати часто розміщуються поблизу життєво важливих органів, що створює певні труднощі при електрокоагуляції таких імплантатів через небезпеку пошкодження прилеглих органів та анатомічних структур. За показаннями можлива лапароскопічна коагуляція та, в деяких випадках, пересічення крижово-маткових зв'язок, що дозволяє зменшити больовий синдром. Такий об'єм оперативного втручання розглядають, як альтернативу лапаротомній пресакральній нервектомії.

При тяжких формах глибокого інфільтративного ендометріозу з порушенням функцій чи ураженням ендометріозом сусідніх органів (сечоводи, кишечник, сечовий міхур), при великих розмірах ендометріюїдних кіст, поєднанні ендометріозу з множинною лейоміомою матки або великими лейоміомами (діаметр вузла понад 9-10 см) може бути виконана лапаротомія.

Ідеальною тактикою хірургічного лікування на сьогодні є та, що направлена на попередження повторних хірургічних втручань.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. . Класифікацію передракових станів ендометрію 2. Етіологія даних процесів. 3. Методи діагностики. 4. Методи лікування. 5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології, жіноча консультація

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних

- хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
3. Гормоно-диагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
 4. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
 5. Ендометріоз наказ МОЗ України №319 від 06.04.2016
 6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
 7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
 8. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»
 9. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
 10. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.

Питання

1. Класифікацію передракових станів ендометрію
2. Етіологія даних процесів.
3. Методи діагностики.
4. Методи лікування.
5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;

Завдання для самостійної роботи

1. Оцінювати фактори ризику ГПЕ .
2. Складати план обстеження при підозрі на ГПЕ.
3. Діагностувати ГПЕ
4. Призначати лікування ГПЕ

Тестові завдання

1. Жінка 54 років скаржиться на мажучі кров'яні виділення з піхви та диспареунію. Менопауза протягом 3 років. При ультразвуковому дослідженні виявлена атрофія ендометрія. При огляді в дзеркалах – слизова оболонка піхви бліда, суха, відмічаються виразки на слизовій оболонці. Виберіть найбільш підходяще лікування або процедуру.

1. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки
2. Призначення медроксипрогестерон-ацетату
3. Послідовна терапія естрогенами і прогестероном *
4. Біопсія ендометрію
5. Застосування естрогенового крему

2.Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Хоріонепітеліома
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Фіброміома матки *

5. Рак ендометрію

3. Хвора 36 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на біль внизу живота. Сама хвора знайшла пухлину в черевній порожнині. Менструації до цього часу були без відхилень від норми, але стали більш рясними. Остання менструація 10 днів тому. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 22 — 23 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Дода_тки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виді_лення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Фіброміома матки *
2. Саркома тіла матки
3. Вагітність 14-15 тижнів
4. Хоріонепітеліома
5. Рак ендометрію

4. Хвора 48 років, звернулась з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Рак ендометрію *
 2. Субсерозна фіброміома матки
 3. Інтерстиціальна фіброміома матки
 4. Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
 5. Фіброміома матки та вагітність
5. Хвора 14 років, звернулась в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, на протязі 8 днів, що з'явилися після затримки менструації на 2 місяці. Менархе з 13 років, по 4 дні, через 28 днів, помірні. В аналізі крові Нв=90г/л, еритроцити $2,0 \cdot 10^{12}/л$, АТ=100/60 мм рт.ст. При ректальному дослідженні матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найбільш імовірний:

1. * Ювенільна кровотеча
2. Поліп ендометрію
3. Неповний аборт
4. Коагулопатія

Ситуаційні задачі :

1 Дівчинка 13 років надійшла до гінекологічного стаціонару з сильною кровотечею, яка з'явилась після тривалої затримки менструації. Незадовго до цього перенесла сильну психотравму. Менструації з 11 років, о 5-6 днів при 30-днівному циклі, помірні, безболісні. Соматично здорова. Нормостенік, ріст 160 см, вага -42 кг. Бліда. При ректоабомінальному дослідженні: матка обичних розмірів і консистенції, в анифлексіо-версію, додатки не змінені. Цілі і задачі терапії? (Гемостаз, нормалізація загального стану, регуляція менструальної функції , терапія анемії)

2. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності. Тактика лікаря. (лікувально-діагностичне роздільне фракційне вишкрібання, відправлення зішкрібу на ПГД і потім вирішувати подальшу тактику)

3. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на болісні, рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, придатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Був встановлений діагноз фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть найбільш правильну тактику ведення хворої. (Провести діагностичне фракційне вишкрібання з подальшим оперативним лікуванням; об'єм операції вирішити після подальшого інструментального та лабораторного обстеження.)

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.

20.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.