

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РІК НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Екстрагенітальний ендометріоз (код курсу 18.3)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години

I. Актуальність теми

Питома вага ендометріозу в структурі показань до хірургічного лікування становить 0,7 – 0,9 % В той же час, в останні роки спостерігається стійка тенденція до збільшення частоти генітального ендометріозу (А.Н.Стрижаков и соавт., 2000).

Що стосується загальної популяції жінок репродуктивного віку, у яких є менструації, то частота ендометріозу знаходиться в широких межах – від 6,2 до 50 % (А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов, 1996; Л.В.Адамян, В.Л.Кулаков, 1998; В. Eskenazi, M.L. Warner, 1997).

Ендометріоз частіше зустрічається у віці 40-44 роки. В період пре- та пост менопаузи частота ендометріозу становить 2 – 5 %. Його виявлено у 50% дівчаток підліткового віку, яких оперували з приводу тазового болю (Е.В. Коханевич та співавт., 2006).

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Ендометріоз, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики при ендометріозі.
3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі.
6. Гормональні методи лікування ендометріозу.
7. Негормональні методи лікування ендометріозу.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви ендометріозу.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на ендометріоз.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у жінки з ендометріозом.
6. Визначити тактику ведення пацієнтки з ендометріозом.
7. Диспансерне спостереження хворої з ендометріозом.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розродження вагітних з масивною кровотечею, яка супроводжується розвитком геморагічного шоку потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
II. Наступні дисципліни		
Онкогінекологія	Класифікацію передракових	Провести лабораторне

	станів ендометрію	обстеження жінки Лікування раку ендометрію
III. Внутрішньопредметна інтеграція Оцінювати фактори ризику ендометріозу	Етіологія даних процесів	Скласти план обстеження при підозрі на ендометріоз Призначати лікування ендометріозу

V. Зміст навчального матеріалу

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Розпізнавання екстрагенітального ендометріозу засноване на залежності клінічних проявів і даних об'єктивного обстеження від менструального циклу. У плані діагностики екстрагенітальних форм захворювання важливе значення має диференціювання ряду локалізацій (кишечник, легені, сечовий міхур) з пухлинним процесом.

ЕНДОМЕТРІОЗ КИШЕЧНИКУ

Серед всіх ділянок кишечника ендометріоз найчастіше (у 70-80 %) вражає пряму і сигмоподібну кишку, потім порожнисту, рідше — сліпу і ще рідше — червоподібний відросток.

На відміну від карциноми ендометріоз вражає стінку кишки з боку серозної оболонки або зовнішньої частини м'язового шару, коли до процесу залучається заочеревинний відділ товстої кишки. Ендометріоз кишки може локалізуватися в одній ділянці (при вростанні з ендометріюїдної кісти, зашийкового вузла або з перешийка матки) або в декількох місцях. Останнє спостерігається при перфорації ендометріюїдних кіст або ретроградному закиданні менструальної крові по маткових трубах. На поверхні кишки ендометріюїдні вклучення мають вигляд дрібних плям і смужок синього кольору. Поступово вони перетворюються на вузлики і бляшки, навколо яких з'являються радіально розташовані рубці. Надалі вростання ендометріозу в товщу кишки може відбуватися в радіальному напрямі або починається обхват кишки по колу. Обидва різновиди зростання супроводжуються потовщенням стінки кишки, утворенням вузла або пухлиноподібного розростання до 3-5-8 см в діаметрі і звуженням її просвіту. У випадках проростання всієї товщі кишки на її слизовій оболонці можуть утворюватися поліпоподібні розростання. Вузли ендометріозу в кишці не мають сполучнотканинної капсули і поступово переходять спочатку в інфільтровану і потім — в незмінену частину стінки кишки. Основна частина вузлів або дифузних розростань, коли відбувається циркулярний обхват кишки, складається з рубцюватої, частиною гіалінізованої, сполучної тканини, дрібноклітинної інфільтрації і гіперплазованих м'язових волокон. У цій тканині є гніздові вклучення (осередки), наповнені коричневою або геморагічною рідиною.

Скарги хворих на ендометріоз кишечника обумовлені циклічними перетвореннями ектопічного ендометрія і залежать від глибини ураженням стінки кишки і локалізації ендометріозу впродовж кишечника.

При поверхневому ендометріозі, який захоплює серозний і зовнішній м'язовий шари, пацієнтки скаржаться на тупі ниючі болі в животі, що супроводжуються станом легкої нудоти. Болі з'являються напередодні і під час менструації і можуть носити розлитий характер без певної локалізації (при ураженні тонкої кишки до втрати її рухливості) або зосереджені у визначеному місці. Так, при ураженні прямої кишки болі локалізуються в ній і в глибині тазу, при ендометріозі сигмоподібної кишки — в

нижньому відділі живота зліва. Болі можуть супроводжуватися підвищеною моторикою кишечника, рідше — проносами або метеоризмом. На цій стадії захворювання до операції практично або не діагностується, або розпізнається випадково під час лапаротомії за іншими свідченнями. Широке застосування лапароскопії поліпшило діагностику початкової стадії ендометріозу.

При вроданні ендометріозу в глибший м'язовий шар і слизову оболонку кишки посилюються болі в животі, з'являються запори, затримка відходження газів, здуття живота та інші ознаки стенозування кишки. Після закінчення менструації вказані явища поступово проходять. Проте прогресування захворювання приводить до посилення вираженості симптомів звуження просвіту кишки. Проростання ендометріозом всієї товщі стінки кишки приводить до появи слизу і крові в калових масах. Кал стає стрічкоподібним, посилюються запори, потім виділяється тільки слиз з кров'ю з прямої кишки. Все це супроводжується тенезмами і болями. Можуть бути проноси з кров'ю. Колір крові, що виділяється з прямої кишки, залежить від локалізації ураження. При ендометріозі товстої кишки кров яскраво-червона, тонкої кишки – темна.

Істотне значення в диференціальній діагностиці мають ректороманоскопія, колоноскопія і рентгенологічне обстеження. Результати обстеження вказаними методами залежать від фази менструального циклу. При ректороманоскопії і колоноскопії напередодні і під час менструації можна спостерігати появу багрово-синюшних і геморагічних дрібнокістозних утворень або поліпозних розростань, що легко кровоточать, в слизовій оболонці кишки. У міжменструальний період колір їх блідне, розмір зменшується. Гістологічне дослідження біоптованого матеріалу може внести ясність. Проте елементи ендометріозу не завжди вдається виявити. Але відсутність пухлинних клітин з урахуванням циклічності захворювання та інших його особливостей дозволяє відхилити діагноз карциноми.

При рентгенологічному обстеженні звуження просвіту кишки і її деформація краще виявляються напередодні і під час менструації. Проте така залежність спостерігається лише до тих пір, поки збережена еластичність кишки. У міру розповсюдження ендометріозу в стінці кишки в циркулярному напрямі (обхват кишки по колу) і розвитку супутніх інфільтративно-рубцюватих змін еластичність кишки в цьому місці втрачається і відновлення просвіту кишки не настає.

Наступною характерною для ендометріозу особливістю рентгенологічного обстеження є збереження рельєфу слизової оболонки кишки, не дивлячись на звуження просвіту та її деформацію. Дефекти наповнення, що обумовлені ендометріозом, мають чіткі і рівні краї. При карциномі кишки відмічені особливості не спостерігаються.

Рентгенологічне дослідження хворих з ендометріозом кишечника супроводжується біллю. Іноді звертають увагу на наявність декількох ділянок змін в кишечнику, більше властивих ендометріозу.

Значення всіх додаткових методів обстеження хворих значно зростає, якщо будуть враховані і уважно проаналізовані скарги і клініка захворювання, особливо залежність їх від менструального циклу.

ЕНДОМЕТРІОЗ ОРГАНІВ СЕЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ ЕНДОМЕТРІОЗ СЕЧОВОГО МІХУРА

Пройшов час, коли ендометріоз сечового міхура вважали рідкісним захворюванням і в літературі зустрічалися лише поодинокі повідомлення. Сьогодні публікації з цього питання нараховують сотні спостережень.

Клінічна картина ендометріозу сечового міхура в значній мірі залежить від його генезу, а саме: осередки ураження, що розвинулися в результаті імплантації елементів ендометрія на поверхні сечового міхура, тривалий час залишаються безсимптомними. Вони виявляються випадково під час череворозтинів з приводу захворювань органів тазу і

нижнього відділу черевної порожнини фахівцями, що знають цю патологію. Розповсюдження ендометріоза на задню стінку сечового міхура з перешийка або кукси матки супроводжується важкими дізуричними явищами. Природжений ендометріоз сечового міхура, розташований в області гирла сечоводів, також може обумовлювати важку клінічну картину.

Найчастішою скаргою при ендометріозі сечового міхура є відчуття тяжкості внизу живота і в глибині тазу, що посилюється напередодні і під час менструації. Крім того, в цей час сечовипускання стає прискореним, а у деяких пацієнок — і болісним. Ступінь вираженості болів різний — від помірних до дуже сильних і болісних, що позбавляють жінок працездатності. Неодноразові дослідження сечі та урологічне обстеження, включаючи цистоскопію, не виявляють причину страждань хворих, їм ставлять діагноз цисталгії. Симптоматична терапія виявляється недостатньо ефективною. Теплові процедури підсилюють біль. Залежності скарг від менструального циклу не завжди надається належного значення.

Надалі до прискореного і болісного сечовипускання під час менструації приєднується гематурія, ступінь вираженості якої може бути вельми різноманітним. На цьому етапі розвитку захворювання ставиться діагноз рецидивуючого геморагічного циститу. Симптоматична терапія як і раніше залишається не ефективною.

Діагностика захворювання заснована на циклічному характері вказаних скарг, наявності ознак ендометріозу тазових органів і даних урологічного обстеження.

Результати цистоскопії залежать від фази менструального циклу, розмірів ендометріозу і глибини вrostання в стінку міхура. Характерним для ендометріозу сечового міхура, який захоплює всі його шари, є наявність пухлино подібного утворення, що злегка підноситься, з темно-синіми, геморагічними і багрово-синюшними дрібними кістами 0,3-0,5 см в діаметрі. Слизова оболонка сечового міхура в цьому місці набрякла, з вираженою ін'єкцією судин. Іноді помітні лише поодинокі голубуваті невеликі кісти або їх гніздове скупчення, набагато рідше спостерігаються поліпоподібні, розростання тканини, що легко кровоточать, нагадують папілому сечового міхура.

ЕНДОМЕТРІОЗ СЕЧОВОДІВ

Дана локалізація захворювання по своїй значущості надзвичайно серйозна, оскільки може спричинити за собою стенозування сечоводу, розвиток гідроуретера, гідропієлонефрозу і втрату нирки.

Так само, як і сечовий міхур, сечоводи вражаються ендометріозом майже завжди повторно, найчастіше при ендометріозі яєчників, рідше — при розповсюдженні процесу з зашийкового вогнища і перешийка матки. Крім того, можливо ураження сечоводу в результаті приживлення і розростання елементів ендометрія, що потрапляють з менструальною кров'ю на очеревию малого тазу в зоні проходження сечоводів, у тому числі і в широких маткових зв'язках.

Діагностика починаючого залучення в процес сечоводів важка тим, що початкові симптоми у вигляді прискореного сечовипускання в період посилення болів під час менструації не привертають уваги самих пацієнок, а лікарі забувають про це запитати.

При вираженому утрудненні відтоку сечі у хворих періодично під час менструації з'являються болі в попереку і животі відповідно стороні ураженням або з обох боків. Одночасно з цим можуть з'являтися болі в глибині тазу з іррадіацією в пряму кишку і бічну стінку тазу.

Ступінь вираженості болів різний: від слабких до сильних нападopodobних, таких, що супроводжуються нудотою, блювотою і підвищенням температури. У деяких пацієнок циклічне підвищення температури і погіршення загального стану є провідними симптомами захворювання. Крім того, у хворих може спостерігатися циклічна піурія, значно рідше — гематурія. При локалізації ендометріозу в області гирл сечоводів

спостерігається прискорене сечовипускання, що супроводжується різями. Діагностиці ураження сечоводів допомагає виявлення ендометріозу органів тазу.

Поглиблене обстеження хворих ендометріозом з урахуванням скарг, анамнезу захворювання, анатомічних змін і додаткових методів обстеження (вивідної, ретроградної та інфузійної урографії, ізотопної ренографії, хромоцистоскопії) дозволяє розпізнати не тільки запущені форми захворювання, коли встає питання про видалення нирки, але і починаючого залучення в процес сечоводів, їх стенозування і деформацію, коли можна запобігти прогресуванню захворювання і видалення органу. Велику допомогу в діагностиці ендометріозу сечоводів надає трансуретральна фіброендоскопія сечоводів.

ЕНДОМЕТРІОЗ НИРОК

З органів сечовивідної системи нирки вражаються найрідше. Основним симптомом ендометріозу нирок є рецидивуюча під час менструації гематурія. Проте гематурія може носити і ациклічний характер. Гематурія — вельми характерний, але не обов'язковий симптом захворювання.

Крім того, при ендометріозі нирок можуть мати місце болі, відчуття тяжкості і розпирання у відповідній стороні живота і поперекової області. Болі можуть супроводжуватися підвищенням температури, погіршенням загального стану і також носять циклічний характер. Інтенсивність їх дуже варіабельна — від слабких, тупих, ниючих до сильних, болісних.

Дані об'єктивного обстеження залежать від характеру ураження нирок (форми ендометріозу). При кістозному ендометріозі нирки її збільшення може визначатися пальпаторно і рентгенологічно. Спеціальне урологічне обстеження (вивідна і ретроградна урографія, радіоізотопна діагностика, хромоцистоскопія, цистоскопія, УЗД) дозволяє одержати уявлення про ступінь анатомічних і функціональних порушень ураженої нирки.

Ендометріоз нирок необхідно диференціювати з туберкульозом, неоплазмою і сечокам'яною хворобою. Лікування здійснюється за загальними принципами.

ЕНДОМЕТРІОЗ УРЕТРИ

Ендометріоз уретри може бути у формі ізольованного ураженням, яке захоплює тільки стінки уретри, і бути результатом розповсюдження процесу з піхви на уретру. У першому варіанті ендометріоз зустрічається у вигляді поліпоподібного утворення або вузла. Крім того, відомо дифузне ураження ендометріозом стінок уретри. Скарги хворих носять циклічний характер і зводяться до відчуття печіння і різей в області уретри, що посилюються при сечовипусканні, наявності болісного ущільнення (вузлика) в області уретри. Можуть спостерігатися кров'яні і коричневі виділення з уретри. Розміри і болісність вузла ендометріозу збільшуються під час менструації.

ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РУБЦІВ

Ендометріоз в післяопераційних рубцях може бути єдиною локалізацією захворювання у одних жінок і поєднуватися з ендометріозом органів тазу і черевної порожнини — у інших. Останній варіант зустрічається значно частіше після операції на органах малого тазу.

У переважної більшості пацієнок ендометріоз розвивається в результаті імплантації шматочків ендометрія в краї операційної рани під час акушерських і гінекологічних операцій, пов'язаних з розкриттям порожнини матки. Частіше така можливість виникає під час кесарева розтину, вилушування фіброматозних вузлів, операцій з приводу кістозних форм ендометріозу яєчників, вентрофіксації матки, операцій з приводу

перфорації матки. Набагато рідше це може мати місце після операцій з приводу інших локалізацій інтраперитонеального ендометріозу (у додатковому розі матки, маткових трубах, кишечнику, зашийкової локалізації і при аденоміозі матки, після операцій з приводу позаматкової вагітності і захворювань маткових труб (піосальпінкс, гідросальпінкс). Ендометріоз в абдомінальних рубцях може виникати в результаті розростання ендометрія по матково-черевностінним норицям після кесарева розтину, з кукси матки і маткових труб, а також з вогнищ ендометріозу тазових органів (частіше — ендометріюїдних кіст яєчників) і черевної порожнини (ендометріоз кишечника). Ураження вагінальних рубців, найчастіше відбувається в результаті проростання ендометрія з нижнього відділу або перешийка матки по рубцю в матку, а потім — в піхву.

Ендометріоз в рубцях після епізіотомії і перінеотомії не важко пояснити імплантацією ендометрія під час пологів (особливо при операції накладення акушерських щипців, при ручному відокремленні посліду, інструментальної або ручної ревізії порожнини матки) або в ранньому післяпологовому періоді.

Значно рідше ендометріоз в рубцях розвивається після операцій, не пов'язаних із статевими органами. Так, відомі спостереження ендометріозу в рубцях після апендектомії, холецистектомії, резекції шлунку, накладення надлобкової нориці та інших операцій. Іноді спостерігається розвиток ендометріозу в рубці після видалення фіброаденоми молочної залози і після косметичної операції на обличчі.

Найбільш вірогідним в подібних ситуаціях представляється гематогенне або лімфогенне занесення елементів ендометрія в області післяопераційних рубців. Відторгненню шматочків ендометрія і попаданню їх в струм лімфи і крові можуть сприяти аборти, діагностичне вишкрібання матки, гідротубація, пологи і менструація.

Здавалося б, діагностика ендометріозу післяопераційних рубців не повинна викликати утруднень. Проте захворювання нерідко приймають за запальний інфільтрат, і тривалий час проводять відповідне лікування, включаючи теплові процедури, від яких болі посилюються. У деяких хворих нападоподібні болі, що виникають в результаті залучення в процес очеревини, помилково приймають за ущемлену вентральну грижу.

Як правило, пацієнтки скаржаться на болі, що періодично з'являються, в області післяопераційного рубця напередодні і під час менструації. Болі можуть бути різними по інтенсивності: від тупих ниючих до нестерпних «смикаючих». Іноді болі приймають нападоподібний характер і можуть супроводжуватися нудотою і блювотою. Клінічна картина нагадує ущемлену грижу і спостерігається, коли ендометріоз захоплює всю товщу черевної стінки, у тому числі і очеревину. Після закінчення менструації болі затихають. Окрім болів, багато пацієнток відзначають появу темно-коричневих або кров'яних виділень з рубця під час менструації; виділення бруднять білизну. Чим інтенсивніші виділення, тим слабкіші болі, і навпаки.

В період посилення болів в області рубця пальпаторно виявляють щільні болісні вузлики або кістозні утворення розміром від горошини до вишні і крупніше. Колір цих утворень міняється від синього до коричневого. Особливо добре вони помітні під час менструації. У цей період з точкових отворів виділяється кров або коричнева рідина. Шкіра і рубцювата тканина навколо отворів і над вузлами можуть бути пігментовані (коричневого кольору).

Окрім вказаних скарг, деякі хворі відзначають появу локального свербіння в області рубця. Досить часто спостерігається підвищена вологість шкіри в області вузлів ендометріозу в рубцях.

ЕНДОМЕТРІОЗ ПУПКА

Ендометріоз пупка зустрічається рідше, ніж ендометріоз післяопераційних рубців, частота його варіює від 0,42 до 4% по відношенню до всіх локалізацій.

Виникнення ендометріозу пупка пояснюється занесенням шматочків ендометрія з матки, яєчників або інших вогнищ по лімфатичних шляхах. До речі, так само розповсюджуються метастази пухлини з матки і яєчників в пупок. У плані диференційної діагностики таку можливість потрібно враховувати. Крім того, ендометріоз пупка доводиться диференціювати з пупковою грижею, у тому числі і ущемленою, коли питання розв'язується в період нападopodobних болів під час менструації. Скарги, клініка захворювання і дані об'єктивного обстеження повністю відповідають таким при ендометріозі післяопераційних рубців.

ТОРАКАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

Ендометріоз легенів, плеври і діафрагми відноситься до рідкісних локалізацій екстрагенітальної форми захворювання.

Ендометріоз легенів.

Дані літератури дозволяють вважати найхарактернішою для ендометріозу легенів скаргою кашель, що супроводжується кровохарканням, який повторюється під час менструації. Домішка крові в мокроті може бути від помірної до значної.

Наступним (іноді єдиним) симптомом ендометріозу легенів можуть бути болі в грудній клітині різної інтенсивності — від тупих ниючих і колючих до дуже сильних. За часом вони співпадають з менструацією, і на відміну від кровотеч, ступінь їх вираженості приблизно однаковий в різні цикли і виявляє тенденцію до наростання у міру розвитку захворювання.

Локалізація болів відповідає місцю знаходження ендометріозу в тій або іншій частині легенів. З настанням вагітності, гострі болі припиняються, але тупі - залишаються.

Важливе значення в діагностиці ендометріозу легенів має рентгенологічне обстеження (рентгенографія, комп'ютерна томографія). При цьому невеликі зміни (затемнення, інфільтрація) краще виявляються напередодні і в перші дні менструації. Дуже дрібні вогнища ендометріозу в легенях на початку захворювання можуть не виявлятися рентгенологічно і під час менструації, тоді як кістозні форми захворювання легко виявляються під час рентгенологічного обстеження, незалежно від фази менструального циклу. За відсутності зв'язку кістозного утворення з дренажним бронхом, коли немає кровохаркання і інших симптомів, рентгенологічне обстеження випадково може виявити округлу тінь в легені.

За відсутності рентгенологічних змін в легенях джерело крововиділення у деяких хворих може бути встановлене за допомогою бронхоскопії.

Велике значення в діагностиці ендометріозу легенів надають пункційній аспіраційній біопсії. Одержаний матеріал може підлягати цитологічному і гістологічному дослідженню. Цей метод дозволяє віддиференціювати ендометріоз легенів від онкологічних захворювань.

Істотне значення в діагностиці ендометріозу має наявність в анамнезі вагітностей, абортів, операцій кесарева розтину, неодноразових вишкрібань матки, пологів, як нормальних, так і тих, що супроводжуються ручним відокремленням посліду, інструментальним і ручним обстеженням матки з приводу маткових кровотеч.

І, нарешті, великою підмогою в діагностиці ендометріозу легенів може служити виявлення (наявність) ендометріозу органів тазу і черевної порожнини.

Ендометріоз легенів необхідно диференціювати з туберкульозом легенів.

ЕНДОМЕТРІОЗ ПЛЕВРИ І ДІАФРАГМИ

Не дивлячись на існуючу думку про рідкість ураженням плеври і діафрагми ендометріозом, публікацій на цю тему досить багато.

Характерним клінічним проявом ендометріозу плеври і діафрагми є рецидивуючий гемо- і пневмоторакс. Скупчення геморагічної рідини в плевральній порожнині нерідко відбувається паралельно з утворенням геморагічного або світло-коричневого асцити в черевній порожнині і звичайно співпадає з менструальними днями. Накопичення рідини в плевральній порожнині може супроводжуватися болями в правій половині грудної клітини, появою кашлю з мокротою і гарячковим станом.

Діагностика ендометріозу плеври і діафрагми є складнішим завданням в порівнянні з розпізнаванням інших його локалізацій. Провідне значення в діагностиці мають вказівки на циклічний характер захворювання і зв'язок його загострень з менструацією. Періодично з'являються болі в грудній клітині (майже завжди праворуч) — від тупих ниючих, що супроводжуються відчуттям печіння, до дуже сильних колючих і нападоподібних. До болів приєднуються ядуха, кашель з мокротинням. Мокрота може містити домішку крові, деколи вельми значну, що спостерігається при одночасному ураженні легенів. Крім того, погіршується загальний стан хворих, з'являється слабкість, ядуха. Останнє обумовлене розвитком гідро- або гемоторакса і спонтанного пневмоторакса. У всіх зареєстрованих спостереженнях ураженню плеври і діафрагми передували ендометріоз органів тазу і черевної порожнини.

Остаточний діагноз ставиться на підставі результатів додаткових методів обстеження, що включають томографію, цитологічне дослідження осаду рідини, евакуйованої з плевральної і черевної порожнин, увага зосереджується на пошуку пухлинних клітин і елементів ендометріальних залоз і стром.

Накладення пневмоперитонеума з подальшим рентгенологічним обстеженням грудної клітини дозволяє визначити наявність сполучення (перфораційний отвір в діафрагмі) між черевною і плевральною порожнинами, про що свідчитиме виявлення газу в плевральній порожнині.

Аспіраційна пункційна біопсія з цитологічним і гістологічним дослідженням одержаного матеріалу є дуже цінною для встановлення діагнозу і виявлення пухлинного процесу.

БЕЗПЛІДДЯ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЗІ

В структурі причин безпліддя ендометріоз займає друге місце після жіночих статевих органів (А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов, 1996; В.П.Баскаков и соавт., 2002) і виявляється у 50 % пацієток (Е.В.Коханевич и соавт., 2006). До найбільш імовірних причин безпліддя відносяться: механічне порушення прохідності маткових труб, порушення анатомії яєчників, труднощі при виході яйцеклітини внаслідок спайкового процесу, порушення транспортної функції маткових труб, яке зумовлене підвищеною продукцією простагландинів, порушенням функціонального взаємозв'язку в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, ановуляція, синдром лютеїнової фази фолікула, що не овулює, недостатність лютеїнової фази менструального циклу, гіперпролактинемія, інактивація сперматозоїдів активованими перитонеальними макрофагами, порушення процесу нidaції заплідненої яйцеклітини і її подальшого розвитку, переривання вагітності на ранніх термінах її розвитку внаслідок надмірного підвищення скоротливої функції біометрія, яка стимулюється простагландінами серії F, дисфункція імунної системи, яка негативно впливає як на овуляцію, так і на запліднення та імплантацію, порушення статевої функції (виражена диспареунія) (А.Н.Стрижаков, А.И.Давыдов, 1996; Л.В.Адамян, В.И.Кулаков, 1998; В.П.Баскаков и соавт., 2002; Е.В.Коханевич и соавт., 2006).

ОНКОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Висвітлення генітального та екстрагенітального ендометріозу було б неповним без розгляду онкологічних аспектів захворювання. Можливість малігнізації ендометріозу ні в кого не викликає сумнівів, але відомості про цю проблему досить суперечливі. Я.В. Бохман, В.П.Баскаков (1988), звертаючи увагу на складність питання, вказували, що послідовність змін при малігнізації ендометріозу чітко виступає лише у ранній стадії раку, коли вдається простежити весь спектр структур від ендометріозу до інвазивного ендометріоїдного раку. При подальшому рості пухлина повністю може зайняти ту ділянку, на якій вона виникла, та «поглинути» тканини, що їй передували. Окрім того, можливе повне перетворення ендометріозу в ракові структури.

В літературі достатньо відомостей про підвищену схильність хворих ендометріозом до пухлинних процесів у молочних залозах, ендометрії та яєчниках. За даними Л. В. Адамян, Є.Н. Андрєєвої (2002) при ендометріоїдних цистоаденомах яєчників у кожній десятій хворій наявні первинно множинні метахронні пухлини (рак ендометрію та молочної залози), що вказує на спорідненість патогенезу цих пухлин та необхідність цілеспрямованого дослідження хворих щодо виявлення стану ендометрію та молочних залоз. В.П. Баскаковим (2000) встановлено зв'язок раку цервікального каналу з внутрішнім ендометріозом матки. Дослідження стану ендометрію та міометрію у хворих на рак тіла матки дозволило виявити гіперпластичні процеси ендометрію у вільних від пухлини місцях в 72,1%; фіброміому матки – в 55,7%, внутрішній ендометріоз у 17,8%.

У хворих на ендометріоз та рак тіла матки та молочних залоз мають місце ановуляція, ендокринна неплідність, дисфункція імунної системи. порушення ліпідного та вуглеводного обмінів, гіперпластичні стани в молочних залозах.

Дослідженнями А.Є. Колосової (1990), С.М. Горбушина (2003) встановлено залежність прогнозу від гістологічної будови ендометріозу яєчників. Так, схильність до малігнізації та проліферації найбільше виражена при залозисто-кистозному варіанті. Залозистий, кистозний та стромальний варіанти відрізняються більш сприятливим перебігом. Виявлено широку гістогенетичну потенцію оваріального ендометріозу, що при певних умовах має здатність ставати підґрунтям для всіх пухлин ендометріоїдної групи: аденом, аденокарцином, злоякісних аденофібром, стромальних сарком та мезодермальних змішаних пухлин яєчників.

У пацієнтів з ендометріозом частіше зустрічаються рак товстої кишки та шлунку, особливо при попередній скомпроментованості органів (хронічний спастичний коліт, гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунку) та при тривалому лікуванні прогестинами та естроген – гестагенними препаратами.

В світі сучасних уявлень про патогенез раку товстої кишки велика увага приділяється цукровому діабету, ожирінню, хронічному коліту та запорам. До передпухлинних захворювань відносять поліпи товстої кишки. Останні у хворих на ендометріоз не є рідкісними. Однією з характерних ознак ретроцервікального ендометріозу та ендометріозу лівого яєчника є запори на тлі хронічного спастичного коліту.

Тривале лікування гормональними препаратами, особливо чистими прогестинами чи вміщуючими естрогенний компонент, негативно впливають на функцію печінки, підшлункової залози, шлунка, стан слизової оболонки товстої кишки – вона легко травмується, з'являються виразки. Крім того, тривала гормональна терапія негативно впливає на імунну систему, знижуючи активність макрофагально – фагоцитарної системи, факторів неспецифічної резистентності організму. Особливо небажаний вплив на імунну систему та мікрофлору товстої кишки має поєднання тривалої гормональної терапії з інтенсивним антибактеріальним лікуванням.

В світі розглянутих питань певну зацікавленість викликають результати досліджень Л.І. Іванюти (1997), у яких встановлено, що тривалий прийом комбінованих естроген – гестагенних препаратів, що використовуються і з метою лікування ендометріозу, супроводжується підвищенням рівня холестерину в 2 – 3 рази, а триглицеридів – у 5 разів.

Порушується й вуглеводний обмін (діабетогенна дія). Метаболічні порушення призводять до дисбалансу в нейроендокринній та імунній системах.

Відомо, що в патогенезі раку молочної залози, окрім дисфункції гіпоталамо–гіпофізарно–яєчникової системи, певне значення надається ожирінню, цукровому діабету та стресовим станам, що вкрай негативно впливають на нейроендокринну систему та стан організму в цілому. Пацієнтки з ендометріозом знаходяться у стані хронічного стресу, враховуючи болі, що повторюються з місяця в місяць протягом багатьох років. В подальшому розвиваються невротичний синдром з вегетативною лабільністю, астеноневротичний, а потім і астеноіпохондричний синдроми.

Враховуючи вищевикладене, необхідно підкреслити, що хворі на ендометріоз відносяться до групи високого ризику по виникненню раку ендометрію, яєчників та молочних залоз.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<i>Підготовчий етап</i>		5 хв.
1.	Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	
2.	Визначення актуальності теми.		
3.	Визначення навчальних цілей.		
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Ендометріоз, класифікація. 2. Гормональні методи діагностики при ендометріозі. 3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі. 4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології. 5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі. 6. Гормональні методи лікування ендометріозу. 7. Негормональні методи лікування ендометріозу.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	<i>Заключний етап</i>		10 хв.
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологовий блок, післяпологове відділення.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
2. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
3. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
4. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гінекологія:підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Жилияев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов.- М.:МИА, 2004.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (генітальний ендометріоз).
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
9. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
10. Баскаков В.П. Эндометриоз и малигнизация // Журнал акушерства и женских болезней. – СПб, 2003. – С. 20–27.
11. Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.

Питання

1. Ендометріоз, класифікація.
2. Гормональні методи діагностики при едометріозі.
3. Ендоскопічні методи дослідження при ендометріозі.
4. Комп'ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології.
5. Особливості УЗ-діагностики при ендометріозі.
6. Гормональні методи лікування ендометріозу.
7. Негормональні методи лікування ендометріозу.
8. Частота захворюваності ендометріозом.
9. Клініка і диференційна діагностика ендометріозу жіночих статевих органів.
10. Лабораторні методи діагностики ендометріозу.
11. Указати найчастіші локалізації ендометріозу у жінок.
12. Гормональні методи лікування.
13. Хірургічні методи лікування ендометріозу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Діагностувати клінічні прояви методи ендометріозу.
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на ендометріоз.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у жінки з ендометріозом.
6. Визначити тактику ведення пацієнтки з ендометріозом.

7. Диспансерне спостереження хворої з ендометріозом.

Тестові завдання

1. Ознаки фізіологічного менструального циклу

- а) двофазність; ациклічність; тривалість не менше, як 15 і не більше як 40 днів; крововтрата 200 – 250 мл.
- б) однофазність; циклічність; порушення загального стану; крововтрата 50 мл.; тривалість менструації 5 днів;
- в) двофазність; циклічність; тривалість не менше 20 днів і не більше 35 днів; тривалість менструації 2 – 7 днів; крововтрата 50 – 150 мл; відсутність болісних явищ, порушення загального стану.

2. Вкажіть фази маточного циклу:

- а) десквамація, регенерація, секреція;
- б) регенерація, секреція, проліферація, десквамація;
- в) десквамація, регенерація, проліферація, секреція;
- г) фолікулінова, лютеїнові.

3. Як називаються фази яєчникового циклу?

- а) десквамації, проліферації, секреції;
- б) фолікулінова, лютеїнові;
- в) регенерації, проліферації.

4. Тривалість нормального менструального циклу:

- а) не менш як 15 днів і не більш як 40 днів;
- б) не менш як 20 днів і не більш як 35 днів;
- в) не менш як 25 днів і не більш як 30 днів.

5. Яка тривалість менструації?

- а) 2 – 7 днів;
- б) 1 – 2 дні;
- в) 5 – 9 днів;
- г) 9 – 12 днів.

6. Яка крововтрата під час менструації?

- а) 25 – 50 мл.;
- б) 50 – 150 мл.;
- в) 200 – 300 мл.;
- г) 500 мл і більше.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хвора 15 років, звернулася до лікаря з скаргами на відсутність менструації, щомісячні болі внизу живота і в поясниці. Статевим життям не живе. При огляді: молочні залози і статеві органи розвинуті нормально, ріст волосся по жіночому типу. Вхід в піхву закритий слизовою оболонкою синюшного кольору, яка дещо випячується. При ректо-абдомінальному дослідженні матки і придатки без патології. В ділянці піхви пальпується еластичне утворення.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Відсутність отвору в дівочій перетинці. Гематокольпос.
- Б. Аплазія піхви.
- В. Кіста гартнерового ходу.
- Г. Гематома вульви.
- Д. Атрезія піхви.

Задача 2

У жінки 28-ми років в період менструації виникає біль в низу живота, розпираючого характеру; шоколадні виділення з піхви. В анамнезі - хронічний аднексит. При бімануальному огляді: зліва від матки визначається пухлиноподібне утворення розмірами 7х7 см нерівномірної консистенції, болюче при зміщенні, обмежено рухоме.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Фолікулярна кіста лівого яєчника
- B. Ендоетріодна кіста лівого яєчника
- C. Фіброматозний вузол
- D. Загострення хронічного аднексита
- E Пухлина сигмовидної кишки