

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 ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Зовнішній ендометріоз</b> (код курсу 18.2)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 години.

### I. Мета заняття

Як свідчать статистичні дані 75-80 % жінок репродуктивного віку страждають на різні естрогенозалежні захворювання. Доброякісні процеси діагностуються у кожній 4-ої жінки віком до 30 років. Згідно даних літератури у жінок старше 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60 % випадків. Ендометріоз виявляється у 50-75% гінекологічних хворих, які без ефективно лікують хронічні запальні процеси геніталій.

*Ендометріоз* — це захворювання, що характеризується розростанням за межами ендометрія ендометріальної тканини, яка за морфологічними ознаками подібна до слизової оболонки матки.

### II. Об'єм повторної інформації

1. Класифікація жіночих статевих органів.
2. Будова жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Регуляцію репродуктивної функції жінки.

### III. Об'єм нової інформації

1. Сучасні методи діагностики, які використовуються в гінекології.
2. Діагностична цінність кольпоцитології .
3. Тести функціональної діагностики яєчників.
4. Регуляція репродуктивної функції жінки.
5. Гінекологічне обстеження;
6. Забор мазків на флору та цитологію.
7. Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

### IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення функціональної діагностики, лабораторія.
3. Жіноча консультація.
4. Гінекологічна відділення.

### Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби, амбулаторні картки.

### V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Перерахуйте види і форми ендометріозу.		+	
2.	Визначити роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу. .		+	
3.	Назвати гормони гіпофіза та вказати їх значення.		+	
4.	Вкажіть зміни, які відбуваються в яєчниках, слизовій		+	

	оболонці матки та опишіть їх взаємозв'язок.			
5.	Вимірювання і інтерпретація даних базальної температури.		+	+
6.	Вкажіть основні методи діагностики ендометріозу.		+	+
7.	Визначте показання до консервативного та оперативного методів лікування ендометріозу.		+	+

## **VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### ***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 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?

- А. Фолікулярна кіста лівого яєчника
- В. Ендометріодна кіста лівого яєчника
- С. Фіброматозний вузол
- Д. Загострення хронічного аднексита
- Е Пухлина сигмовидної кишки

**VIII. Методичні матеріали до практичного 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 данної 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	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Маткові труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Ніжні	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 цілющі 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'янисті 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. Ендометріодна 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 ендометріодних 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 фібрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріюідними 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 ендоконгуляцію 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 таза 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 сальпінгоофоритом, 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
Фаллопієві 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, діногест в режимах та дозуваннях, передбачених інструкцією для медичного застосування.

Діногест 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 ендogenous 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 призначати 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 пацієнок. 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, риб'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 болю 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,
- односторонню аднексектомію (у випадку асиметричного ураження),
- резекцію,
- збривання (шейвінг) ендометріодних 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 ендометріюїдних 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 ендометріюїдних 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 ендометріюїдних 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 ендометріюїдної 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 вищувати оболонку пухлиноподібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріоми, виконують резекцію яєчника.

Ендометріодні 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 ендометріодних 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.

#### **ІХ. Основна література для опрацювання**

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. Жилиев Н.И. Оперативная хірургія в акушерстві і гінекології: 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.