

Шаповал О.С.

*кандидат медичних наук, докторант, доцент,
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти
МОЗ України»*

Науковий консультант: Вдовиченко Ю.П.

*доктор медичних наук, член-кореспондент НАМН України,
професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології № 1,
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика*

СТРУКТУРА ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЇДНИМИ КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ

Проблема ведення пацієнок з ендометріюдною хворобою актуальна в гінекологічній практиці. Клініка ендометріоза різноманітна та здатна імітувати прояви інших захворювань як з боку органів репродуктивної системи, так і екстрагенітальну патологію [1, с. 10; 3, с. 104; 6, с. 12]. Оскільки одним із основних методів діагностики ендометріозу є ультразвукове дослідження [2, с. 145; 7, с. 114], досить часто практичні лікарі орієнтуються саме на результати ехографії. Разом з цим, так звані «малі» форми ендометріозу не завжди вдається діагностувати за допомогою інструментальних методів дослідження. Недооцінка наявності ендометріюдних гетеротопій, а відтак призначення неповноцінного лікування призводить до безперервно рецидивуючого перебігу процесу.

Основним проявом ендометріюдної хвороби є больовий синдром та порушення менструальної функції [1, с. 34; 4, с. 13], що значно знижує якість життя та потребує призначення симптоматичної терапії [8, с. 30; 10]. За даними літератури, частота безпліддя, асоційованого з ендометріозом, становить 20-50% [5, с. 67; 9, с. 7; 11, с. 80], що також потребує скорочення термінів, відведених на діагностику, та призначення відповідної терапії. Лише урахування всіх етіопатогенетичних факторів, а також корекція супутніх станів забезпечить успіх терапії.

Метою даного дослідження було визначити структуру гінекологічної патології у пацієнок з ендометріюдними кістами яєчників.

Обстежено 22 пацієнтки репродуктивного віку (середній вік склав $26,14 \pm 0,59$ років), які звернулися до гінекологічного відділення КЗ «Міська лікарня № 7» м. Запоріжжя. В структурі скарг в 77,27% випадків відзначався больовий синдром, в 9,09% – порушення менструального циклу у вигляді періодичних кров'яних виділень із статевих шляхів та рясних місячних. 59,09% хворих відзначали альгодисменорею. Частота безпліддя становила 13,64%. В 66,67% хворих було діагностоване первинне безпліддя, натомість в 33,33% – вторинне.

В 72,73% випадків ендометріодні кісти яєчників протікали на фоні обтяженого гінекологічного анамнезу. Лише в 27,27% пацієнток з ендометріозом гінекологічний анамнез не був скомпроментований. У 70% хворих мала місце патологія шийки матки. 37,5% в минулому мали патологію ендометрія у вигляді гіперплазії та поліпів. Вирогідно, диспластичні процеси шийки матки та гіперплазія ендометрія, так само як і ендометріоз, є проявленнями переваги процесів проліферації над апоптозом. Відтак, лікувальні заходи мають бути спрямовані на нормалізацію циклів природнього клітинного ділення та запрограмованої клітинної загибелі. Ізольоване призначення гормональної терапії, одним з ефектів якої є антипроліферативна дія, без проведення корекції порушень з боку імунної системи обумовлює розвиток рецидивів процесу. Міома матки, хронічні запальні процеси матки та її додатків також були виявлені, але їхня частота була значно меншою – по 12,5% випадків.

Відтак, інфекційний чинник у жінок з ендометріодними кістами яєчників відіграє другорядну роль на відміну від останнього при ретенційних утвореннях. На перший план виходить гіперактивація проліферативних процесів, що потребує проведення специфічної терапії.

Список використаних джерел:

1. Адамян Л.В. Эндометриозы // Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Андреева Е.Н. – М., Медицина, Издание 2-е. – 2006. – С. 416.
2. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика: в 3-х т. / М.Н. Буланов. – М., 2010. – Т. 1. – 259 с.
3. Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4(70). – С. 102–108.

4. Вовк І.Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк та ін. // Здоровье женщины. – 2013, № 2(78). – С. 11-15.

5. Гаспарян С.А. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения / С.А. Гаспарян, Р.М. Ионова, О.С. Попова // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2015. – № 4. – С. 66–72.

6. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих // М.: Триада Х, 2005. – 21 с.

7. Сахаутдинова И.В. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников / И.В. Сахаутдинова, Г.Т. Мустафина, Хабибуллина Е.Н., Е.И. Яркова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – № 1(10). – С. 113–115.

8. Сидорова И.С. Особенности терапии эндометриоидных кист яичников / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2011. – № 1(5). – С. 29–32.

9. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2010. – № 3(4). – С. 6–11.

10. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. – URL: <http://www.guidelines.endometriosis.org/>

11. Szamatowicz M. Endometriosis – is the best way of infertility treatment? / M. Szamatowicz // IFFS. – 2007. – Abstract Book. – FC 1505. – P. 80.