

DOI 10.51582/interconf.19-20.07.2021.034

Гладчук Ігорь Зіновійович

Завідувач кафедри акушерства та гінекології, доктор медичних наук, професор.
Одеський національний медичний університет, Україна

Єнін Роман Вікторович

Начальник клініки колопроктології, кандидат медичних наук
Одеський національний медичний університет, Україна

Кузнєцова Ольга Сергіївна

Лікар-інтерн гінеколог, асистент хірурга гінеколога
Одеський національний медичний університет, Україна

**ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
З ГЛИБОКИМ ІНФІЛЬТРАТИВНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

Ендометріоз - захворювання жінок репродуктивного віку, що залишається однією із складних і невирішених проблем сучасності. Встановлено, що кожна десята жінка страждає на ендометріоз, у кожної другої пацієнтки це захворювання ускладнюється безпліддям і(або) хронічним тазовим болем [4]. Ендометріозе хронічним захворюванням і суттєво впливає на фізичний та психологічний стан жінки, що призводить до зниження якості життя, негативних соціальних та економічних наслідків.

Вибір діагностичних заходів та тактики лікування є індивідуалізованим завданням, що пов'язано з варіаціями розповсюдження та формою ураження ендометріодними вогнищами. Особливості клінічного перебігу хвороби у жінок, потребує мультидисциплінарного підходу у тактиці діагностики і лікування із залученням групи суміжних спеціалістів від психологів до різнопрофільних хірургів.

Разом з тим, для покращення результатів менеджменту пацієнток важливою є стандартизація діагностичних заходів і хірургічних підходів, зокрема, у лікуванні глибоких форм ендометріозу.

Метою дослідження: універсалізація діагностичних методів хірургічно-голікування пацієнтів з глибокими інфільтративними формами ендометріозу.

Матеріали і методи.

Проведений ретроспективний аналіз випадків хірургічного лікування 126 пацієнок з глибоким інфільтративним ендометріозом протягом 2015-2020 років на базі університетської клініки ОНМедУ (Багатопрофільний медичний центр, Центр реконструктивної та відновної медицини ОНМедУ).

Вік пацієнок коливався від 21 до 43 років (в середньому склав $31,3 \pm 1,4$ роки).

При госпіталізації пацієнок проводили ретельне обстеження: клінічне обстеження, оцінка об'єктивного стану, гінекологічний статус, лабораторні дослідження, цитологічні та бактеріоскопічні дослідження піхвових виділень, інструментальні дослідження. Особливу увагу звертали на психологічний стан пацієнок, у разі необхідності пацієнтки консультувались та супроводжували лікувальний процес психологи.

При клінічному обстеженні проводили огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження з прицільною увагою на зміни заднього склепіння піхви, болючість у ділянці крижово-маткових зв'язок та ректовагінальної перетинки, наявність облітерації дугласа та ознак “замороженого” тазу (frozenpelvis).

Серед інструментальних досліджень розповсюдження ендометріозу застосовували ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини і тазу, що вважаємо обов'язковим стандартом. Ультразвукове дослідження було проведено усім 126 (100%) пацієнтам до лікування та в динаміці. Для оцінки стадії розповсюдження при ультразвуковому дослідженні використовували класифікацію Американського Товариства Фертильності (rAFS), яка оцінює ступінь поширення вогнищ за допомогою сумування балів.

Ультразвукове дослідження органів малого таза в динаміці проводили на 6-7 день менструального циклу з використанням трансвагінального датчика з частотою 7,5 МГц, (SonolineSI-45; Siemens, Німеччина) та групи австралійських експертів (Condous) [5,6]. Чутливість методу при глибоких

формах інфільтративного ендометріозу складає 96,7%, специфічність 95,7%, позитивна та негативна прогностична значимість, 96,7% и 95,7% соответственно, а точність діагностики 96,3%.

Гіперплазію ендометрія діагностували при збільшенні М-ехо в ранню фолікулярну фазу понад 10 мм, для діагностики поліпів ендометрія застосовували доплерометрію кровотоку в 1 фазу менструального циклу. Для визначення типу міоми матки використовували класифікацію FIGO. Для ультразвукової діагностики аденоміозу використовували критерії Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA), ендометріом яєчників – ultrasound-based endometriosis staging system (UBESS) та рекомендації IOTA, для діагностики ГІЕ – рекомендації The International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group

За нашими переконаннями, трансвагінальна ехографія, збільшує точність та ефективність діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу, іноді без необхідності проведення магнітно-резонансної томографії. Цей спосіб ехографії має ряд переваг перед трансабдомінальним: проведення ехографії без наповнення сечового міхура, краща візуалізація невеликих (до 1 см в діаметрі) об'ємних новоутворень в ендо- та міометрії, а також чіткіше визначення характеру патологічного процесу у шийці матки, цервікальному каналі та матково-прямокишковому поглибленню.

Таким чином, сучасна ехографія з застосуванням спеціальних методик для прицільного пошуку патології є чутливим та специфічним методом візуалізації у діагностиці ендометріозу і являє собою первинним діагностичним методом візуалізації ендометріозу.

У складних клінічних випадках для детальної верифікації діагнозу застосовували магнітно-резонансну томографію органів черевної порожнини і малого тазу. Це дало можливість деталізації розповсюдження патологічного процесу, систематизації розмірів ураження і ступеня інфільтративного процесу. МРТ діагностика застосована у 75 (59%) пацієнток. Для оцінки ступеню розповсюдження патологічного процесу використовували наступні критерії: локалізація, розміри, форма патологічного вогнища, глибина

инвазієндо метріоїдного інфільтрату в стінку піхви, товстої кишки, сечового міхура, а також наявність стенозу сечоводів та розширення чашечно-лоханочного сегменту нирок до формування гідронефроза.

При підозрі на ендометріоз товстої кишки і наявності у хворих скарг на закріп, кров'яні виділення з прямої кишки у період менструації, тенезми - виконували колоноскопію, яка застосована у 40 (32%) пацієнток. Це дозволило виявити наявність ураження слизової оболонки та оцінити ступінь стенозу товстої кишки.

Також, за показами застосовували цистоскопію 24 (19%) пацієнток з наявністю урологічних скарг з ціллю діагностики ендометріоїдних інфільтратів у стінці сечового міхура чи сечоводів, виключення можливих норичь сечового міхура. Цистоскопія проводилась цистоскопом від KarlStorze 4 мм, 70 градусною оптикою по стандартній методиці.

Доопераційну морфологічну верифікацію патології ендометрія здійснювали шляхом гістероскопії або пайпель-біопсії, з наступним гістологічним дослідженням для виключення атипової гіперплазії і раку ендометрія.

Таким чином, в діагностиці ендометріозу застосовували мультимодальну тактику, із застосуванням арсеналу неівазивних і івазивних методів. Складні випадки ендометріозу несуть мультидисциплінарний підхід, з необхідністю залучення суміжних спеціалістів, а тому, лікування пацієнтів має проводитись у стаціонарах широкого профілю з наявністю сучасного діагностично-лікувального забезпечення.

Результати дослідження та їх обговорення.

Серед клінічних проявів ендометріозу скарги на болючі менструації перед'являли 98 (77,8 %) хворих, диспареунію – 92 (73, 1%), хронічний тазовий біль – 82 (65,1, %), аномальні маткові кровотечі – 43 (34,1%), субфебрилітет – 15 (11,9%), безпліддя (первинне або вторинне) 88 (69,8 %) пацієнток. Дані щодо обтяженого сімейного анамнезу з ендометріозу надала майже кожна четверта пацієнтка - 29 (23,0 %) (табл. 1).

**Клінічна характеристика хворих з
гостримінфльтративнимендометріозом (n=126)**

Симптоми	Абс.ч.	%
Первинна дисменорея	98	77,8
Диспареунія	92	73,1
Дизурія	13	10,3
Дисхезія	11	8,7
Субфебрилітет	15	11,9
Аномальні маткові кровотечі	43	34,1
Обтяжений сімейний анамнез з ендометріозу	29	23,0
Безпліддя	88	69,8
Операції на органах малого таза в анамнезі	31	24,6
Болючість при пальпації крижово-маткових зв'язок	87	69,0
Ретроцервікальна облітерація	27	21,4
“Заморожений таз” (“frozen pelvis”)	19	15,1

Таким чином, як представлено в таблиці, серед найбільших клінічних проявів спостерігалась первинна дисменорея і диспаренурія. Це зв'язано з тим що будова нервових волокон в вогнищах ураження очеревини має високу щільність, включаючи чутливі рецептори типу С, чутливі рецептори типу Аδ, холінергічні та адренергічні волокна.

За даними репродуктивного анамнезу 46 (36, 5 %) пацієнок мали пологи, причому у кожної третьої (32, 6%) – шляхом кесаревого розтину. Серед акушерських ускладнень звертали на себе увагу мимовільні аборти у 25 (19, 8 %) хворих, передчасні пологи у 12 (26,1 %) прееклампсія у 9 (19, 6, затримка внутрішньоутробного розвитку плода у 10 (21,7 %), акушерські кровотечі у 7 (15,2 %) хворих.

Лікувально-діагностичні вишкрібання з приводу аномальних маткових кровотеч поза вагітністю мали місце у 20, 6 % хворих, медикаментозне лікування ендометріозу, лікування безпліддя з використанням гормональної терапії - у 105 (83,3%). Операції на органах малого таза були у кожної четвертої пацієнтки, причому операції з приводу безплідності у 31 (24,6 %), видалення ендометріом у 25 (19, 8%), консервативна міомектомія у 22 (17,

5%), операції з приводу позаматкової вагітності – у 14 (11, 1), інші операції на маткових трубах – у 12 (9, 5%).

Серед екстрагенітальної патології переважали хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту у 39 (31,0%), щитоподібної залози (аутоімунний тироїдит) у 32 (25,4%), захворювання сечовивідної системи у 28 (22,2%), органів дихання у 27 (21,4 %) та серцево-судинної системи у 19 (15,1%) пацієнток. Залізодефіцитна анемія різного ступеня діагностована у 29 (23, 0 %) жінок.

За даними передопераційної діагностики інтрамуральна міома матки (FIGO тип 4-6) мала місце у 48 (38, 1, %) випадків, субмукозна міома матки (FIGO тип 0-3) – у 13 (10,3 %), гіперплазія ендометрія – у 28 (22, 2, %), поліпи – у 22 (17,5%) аденоміоз – у 71 (56,3 %), ендометріоми яєчників виявлені у 58 (46,0%) хворих, причому однобічні у 36 (62, 1%) – у двобічні 22 (37, 9%), ультразвукові ознаки ГІЕ були у 102 (81,0 %) хворих. У переважній більшості обстежених пацієнток - 115 (91,3%) переважали випадки коморбідного ураження (табл.2).

Таблиця 2

Фенотипи і субфенотипи ендометріозу у обстежених хворих

Фенотип/субфенотип	Абс.ч.	%
ГІЕ+ однобічна едометріома	36	62,1
ГІЕ+ двобічні ендометріоми	22	37,9
ГІЕ+ поверхневий перитонеальний ендометріоз	103	81,7
ГІЕ+ аденоміоз	71	56,3
ГІЕ+ аденоміоз+міома матки	61	48,4
ГІЕ+ комбінована патологія ендо- і міометрія	115	91,3

Вибір операційного доступу при хірургічному лікуванні пацієнтів з глибокими формами ендометріозу має бути індивідуальним. Перевага полягає у виборі лапароскопії, однак за умови протипоказів (спайкова хвороба, наявність нориць, вентральні грижі, тяжкі форми кардіологічних захворювань). При цьому, з нашої точки зору, пацієнтки з індексом маси тіла ≥ 35 не являються обмеженими у застосуванні лапароскопії. У нашому дослідженні всім 126 (100%) застосований лапароскопічний доступ.

Лапароскопія проводилася пацієнтам з застосуванням лапароскопічного блоку фірми «Karl Storz» 3D (Германия). Під час ревізії органів малого таза і черевної порожнини використовували доповнені класифікації Американського товариства фертильності r-AFS, Американського товариства репродуктивної медицини (r-ASRM), для оцінки ступеня ГІЕ - класифікацію ENZIAN (2012) [7-9]. Лапароскопія проводилася з лікувально-діагностичною ціллю: уточнення локалізації і стадії розповсюдження патологічного процесу, після чого проводилося ендохірургічне лікування з застосуванням моно- та біполярної електрохірургічної техніки (KarlStorz, Germany) ультразвукового скальпелю, холодноплазмової та аргоноплазменної абляції (Bowa, Germany).

Стандартизоване лапароскопічне хірургічне втручання при ГІЕ проводилось згідно загальних рекомендацій ESHRE та наших досліджень [1-4, 7-9] у такій послідовності:

- 1) лапароскопічна ревізія тазової та абдомінальної порожнини;
- 2) вісцерадгезіолізис, вторинна (“second-look”) лапароскопічна ревізія, верифікація ГІЕ, його локалізації та стадії, візуалізація сечоводів;
- 3) хірургічне лікування ендометріом (з використанням переважно техніки енуклеації та часткової абляції);
- 4) тимчасова фіксація яєчників;
- 5) латеральна резекція очеревини (тотальна або часткова);
- 6) центральна дисекція очеревини (дисекція Дугласа, в тому числі, за необхідності, з розкриттям піхви та резекцією склепіння піхви);
- 7) “гоління” або резекція ендометріозних вузлів з прямої кишки, сечового міхура, сигмоподібної кишки, сечоводів, апендектомія за необхідності);
- 8) резекція кишки з накладанням анастоіозу за необхідності;
- 9) евакуація макропрепаратів, перевірка цілісності органів таза;
- 10) контроль гемостазу;
- 11) дренивання черевної порожнини.

Перелік хірургічних процедур у прооперованих нами пацієнток з ГІЕ представлений в таблиці 3.

Таким чином, як представлено в таблиці, “гоління” прямої кишки

виконано в 23 (18,3 %) випадках, передня дискоїдна ректальна резекція кишки – в 9 (7,1%), шейвінг сечового міхура – в 18 (14, 3%), резекція сечового міхура – в в 3 (2,4 %), сегментарна резекція прямої кишки з накладанням анастомозу - 8 (6,3 %) уретеролізис – в 22 (17, 5%), апендектомія – у 4 (3,2%) пацієнток.

Таблиця 3

Перелік виконаних хірургічних процедур у пацієнток з глибоким інфільтративним ендометріозом

Хірургічна процедура	Абс.ч.	%
Лапароскопічна ревізія органів малого таза і черевної порожнини	126	100,0
Адгезіолізис	118	93,7
Лікування ендометріом	58	45,2
а) комбінована енуклеація+абляція	41	70,7
б) резекція	12	20,7
с) дренажування +абляція	3	5,2
д) овариоектомія	2	3,4
Тимчасова фіксація яєчників	98	77,8
Латеральна резекція очеревини	102	81,0
а) часткова	66	52,4
б) тотальна	36	28,6
Центральна дисекція дугласа	44	34,9
Дисекція сечоводів (уретеролізис)	22	17,5
Шейвінг сечового міхура	18	14,3
Резекція сечового міхура	3	2,4
Резекція сечоводу з катетеризацією	3	2,4
Ректальний шейвінг (ексцизія вузла)	23	18,3
Передня дискоїдна ректальна резекція	9	7,1
Сегментарна резекція сигмоподібної кишки і анастомоз	8	6,3
Апендектомія	4	3,2
Гістеректомія з матковими трубами	21	16,7
а) тотальна	17	13,5
б) субтотальна	4	3,2

При виборі обсягу втручання, навіть за наявності тяжких форм ендометріозу у жінок, зацікавлених у відновленні генеративної функції, дотримувались принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії. Перевага в тактиці лікування спрямована на попередження повторних хірургічних втручань, що передбачає максимальну радикальність видалення очагів ендометріозу. Важливим у хірургічному лікуванні ендометріозу є застосування новітніх хірургічних енергій (ультразвуковий скальпель, холодноплазмова та аргоноплазмова абляція), що сприяло покращенню

перебігу післяопераційного періоду, зменшенню післяопераційних ускладнень на 12,7% і рецидивів захворювання на 22,4%.

В післяопераційному періоді пацієнткам призначали курс лікування прогестинами (дієногест), тривалість якого залежала від репродуктивних намірів (2-3 міс при плануванні вагітності, від 6 міс і більше – при відсутності репродуктивних намірів у найближчий час). Пацієнткам з хронічним тазовим болем та супутнім аденоміозом без репродуктивних намірів пропонували введення левоноргестрел-вміщуючої внутрішньоматкової системи.

Рецидиви ендометріозу нами виявлено у 68 (53,9 %) хворих, які не отримували або відмовились від післяопераційного медикаментозного лікування, а також у 26 (20,6%) пацієнток з репродуктивними намірами, які не завагітніли протягом 12-18 місяців спостереження.

Таким чином, виходячи з результатів нашого дослідження показано, що діагностика та хірургічне лікування ендометріозу є складною медичною проблемою. Варіації клінічного перебігу ендометріозу потребують індивідуалізації діагностично-лікувальних заходів, та розробки стандартизованих тактичних підходів. Зрозумілим фактом є необхідність лікування пацієнток з ендометріозом в багатопрофільних сертифікованих стаціонарах, з високим рівнем діагностично-лікувального оснащення та широкою групою суміжних спеціалістів.

Висновки:

1. Ендометріоз є складним мультифокальним захворюванням, для діагностики і лікування якого необхідно залучення суміжних спеціалістів.

2. Створений діагностичний алгоритм дозволяє верифікувати поширеність, глибину інвазії та визначити локалізацію ектопічного вогнища.

3. Вибір об'єму хірургічного втручання при інфільтративних формах ендометріозу визначається як ступенем розповсюдження, глибиною ураження так і необхідністю збереження репродуктивної функції.

4. Комбіноване хірургічне втручання при глибоких формах ендометріозу дозволяє видалити інфільтративні вогнища, відновити порушену функцію органів, усунути клінічні прояви захворювання, усунути

функціональні розлади товстої кишки та сечовивідної системи.

Список джерел:

1. Нові технології у хірургічному лікуванні глибокого інфільтративного і поверхневого перитонеального ендометріозу/Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М., Волянська А.Г., Кожаків В.Л.// Репродуктивна ендокринологія. – 2014.-№ 2 (16) – С. 7-9.
2. Surgery for endometriosis: beyond medical therapies Singh, Sukhbir S. et al. Fertility and Sterility, Volume 107, Issue 3, 49 – 554<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.001>
3. R.Cranney, G.Condous, S. Reid. An update on the diagnosis, surgical management, and fertility outcomes for women with endometrioma. *ActaObstetriciaetGynecologica Scandinavica*, 96 (2017)633–643<https://doi.org/10.1111/aogs.13114>
4. Christian M. Becker, M.D., Zondervan K. T., Phil D., Becker Ch. M. et al.(2020) Endometriosis. *N. Engl. J. Med.*, 382: 1244–1256. DOI: 10.1056/NEJMra1810764 (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1810764>).
5. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, *et al.*: Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; 48(3): 318–32.
6. Menakaya U, Reid S, Lu C, Baseem G, Infante F, Condous G. Performance of an Ultrasound Based Endometriosis Staging System (UBESS) for predicting the level of complexity of laparoscopic surgery for endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48:786–95.
7. E. Rolla Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment *F1000Research* 2019, 8(F1000 Faculty Rev):529 Last updated: 23 APR 2019<https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>
8. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Joerg Keckstein Christian M. Becker, Michel Canis, Anis Feki Grigoris F. Grimbizis, Lone Hummelshoj, Michelle Nisolle, Horace Roman, Ertan Saridogan, Vasilios Tanos, Carla Tomassetti, Uwe A. Ulrich, Nathalie Vermeulen, and Rudy Leon De Wilde *Human Reproduction Open*, pp. 1–25, 2020 doi:10.1093/hropen/hoaa002
9. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Ovarian Endometrioma Working group of ESGE, ESHRE and WES, Ertan Saridogan, Christian M. Becker, Anis Feki, Grigoris F. Grimbizis, Lone Hummelshoj, Joerg Keckstein, Michelle Nisolle, Vasilios Tanos, Uwe A. Ulrich, Nathalie Vermeulen, Rudy Leon De Wilde *Human Reproduction Open*, pp. 1–6, 2017 doi:10.1093/hropen/hox016