

тураційним холестаазом, у хворих літнього віку / Р. С. Шевченко, С. І. Шевченко, Ю. П. Гніденко, М. А. Селезньов // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3. – С. 136–140.

6. *Ничитайло М. Ю.* Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Ю. Ничитайло, А. В. Скумс. – К. : Макком, 2006. – 344 с.

7. *Le V. H.* Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in the current era of laparoscopic surgery / V. H. Le, D. E. Smith, B. L. Johnson // *Am Surg.* – 2012. – № 12. – P. 1392–1395.

8. *Nielsen L. B.* Cholecystectomy for the elderly: no hesitation for otherwise healthy patients / L. B. Nielsen, K. M. Harboe, L. Bardram // *Surg Endosc.* – 2014. – № 1. – P. 171–177.

Надійшла 25.02.2016

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. В. Є. Вансович

УДК 613.346.2-002-089+616.381-089.819

Б. В. Свиридчук, О. В. Іванько

**МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ, У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

У статті наведені дані щодо покращання лікування пацієнтів похилого та старечого віку, хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітазом, з використанням малоінвазивних методів.

Проведене дослідження базується на аналізі результатів лікування 362 пацієнтів похилого та старечого віку з гострим холециститом, який був ускладнений холедохолітазом. Критеріями розподілу хворих були: стан пацієнта за ASA, тривалість захворювання (більше або менше 3 днів), наявність або відсутність перитоніту. Вид оперативного втручання залежав від соматичного статусу хворого, клініко-морфологічних форм захворювання.

Використання лапароскопічних (ендовідеоскопічних) технологій під час лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітазом, порівняно з групою хворих після відкритих втручань (міні-доступом), достовірно покращує показник якості життя при оцінці за допомогою критеріїв опитувальника SF-36.

**Ключові слова:** гострий калькульозний холецистит, холедохолітаз, похилий вік.

UDC 613.346.2-002-089+616.381-089.819

B. V. Sviridyuk, O. V. Ivanko

**MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS ELDERLY AND OLD AGE**

The article presents data on the improvement of the treatment of acute calculous cholecystitis in patients with middle and old age, which is complicated by choledocholithiasis using minimally invasive techniques.

The study is based on analysis of results of treatment of 362 patients of elderly and senile patients with acute cholecystitis, which was complicated by choledocholithiasis. The criteria for the distribution of the patients were of the patient on the ASA, disease duration (more or less than 3 days), the presence or absence of peritonitis. Type of surgery was depended on the physical status of the patient, clinical and morphological forms of the disease.

The use of laparoscopic (endovideoscopic) technology for the treatment of acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, compared with the group of patients after open surgery (Mini Access) significantly improves the quality of life index in the evaluation of criteria using the SF-36 questionnaire.

**Key words:** acute cholecystitis, choledocholithiasis, old age.

УДК 616-091:618.14-002

Г. Ю. Гончаренко

## КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

*Одеський національний медичний університет*

Сьогодні проблема ендометріозу та його різновиду — аденоміозу досить актуальна та викликає безліч питань у представників різних медичних спеціальностей і в першу чергу гінекологів: методи діагностики, ефективність застосованої терапії, профілактика захворювання.

Ендометріоз — досить розповсюджене захворювання, яке уражує приблизно 176 млн жінок. Переважно це жінки ре-

продуктивного віку, кількість яких, за даними різних авторів, коливається від 12 до 51 % [1; 3]. Відомо, що у США саме ендометріоз є причиною близько 30 % усіх гістеректомій. У структурі гінекологічних захворювань ендометріоз посідає третє місце після запальних процесів і лейоміоми матки [3]. Частота виявлення зазначеної патології у пацієнок з безплідністю становить у середньому 35–44 %, а іноді сягає і 48 %. У пере-

важної більшості випадків виявляється генітальний ендометріоз (92–94 %), значно рідше — екстрагенітальний ендометріоз (6–8 %) [4]. Кожна десята жінка репродуктивного віку хвора на ендометріоз, 2/3 з них — віком до 30 років, 1/5 — до 19 років [8]. За різними даними, частота виявлення ендометріозу у жінок у постменопаузі — 2–5 % [8].

Щодо оцінки своєчасності діагностування і призначення ефективних методів лікування,

то в середньому застосування даних заходів запізнюється приблизно на 7 років з моменту появи перших неоднозначних симптомів до їх виявлення як повноцінного симптомокомплексу й остаточної постановки діагнозу [5].

Ендометріоз викликає структурно-функціональні зміни в жіночій репродуктивній системі, може бути причиною інфертильності та втрати працездатності. Тривалий больовий синдром, емоціональні порушення, безплідність, зниження працездатності та якості життя заважають повноцінному прояву потенціалу і розкриттю можливостей цієї категорії жінок у різних сферах життя: економічній, соціальній та сімейній. Таким чином, усе це вказує на соціальну значущість даного захворювання [3]. Не варто забувати про онкологічний аспект проблеми — імовірність малігнізації вогнищ ендометріозу (частіше спостерігається ракова трансформація оваріального ендометріозу) і їх висока асоціація з неопластичними процесами у матці. Однак і досі питання злоякісної конверсії ендометрію гетеротопій залишається дискусійним. Деякі спеціалісти вказують на високий ризик малігнізації — 11–14%, інші зазначають, що подібні перетворення мають незначний відсоток прояву [6].

Головними клінічними проявами цієї патології є больовий синдром і тривалі менструальні кровотечі, які підпорядковуються оваріально-менструальному циклу і залежать від гормонального стану організму. Зважаючи на те, що менструальні кровотечі відіграють провідну роль у становленні та прояві цього захворювання, після початку природної або «спровокованої» менопаузи (наприклад, у резуль-

таті видалення яєчників) характерні симптоми, здавалося б, мають повністю зникнути самостійно, а стан жінки значно поліпшиться. Однак описані численні випадки як рецидиву зазначеної патології у постменопаузі, так і приклади вперше встановленого ендометріозу [8].

Висока частота зазначеної патології у жінок усіх вікових категорій указує на значні прогалини у розв'язанні цієї проблеми: пізня діагностика, недостатня ефективність гормональної терапії і, як наслідок, вимушеність застосування хірургічних методів, відсутність необхідної профілактики, наявність рецидивів. Можливо, для вирішення цих та інших питань, пов'язаних з даною патологією, необхідно дослідити особливості патогенезу захворювання як ключового моменту становлення будь-якого патологічного процесу. Без сумніву, що провідну роль у розвитку цієї патології відіграють гормональні порушення. Особливу увагу привертають випадки ендометріозу у жінок постменопаузального вікового періоду, оскільки він супроводжується згасанням функції яєчників: не виробляється прогестерон і зменшується секреція естрогенів.

Більшість дослідників, які вивчають проблеми ендометріозу у жінок у постменопаузі, вважають, що захворювання може виникнути *de novo* внаслідок периферичної трансформації андростендіону в естрогени або проведення замісної гормональної терапії. Паракринними джерелами продукції андростендіону виступають надниркові залози, шкіра, жирова та м'язова тканини і частково яєчники. Таким чином, існує можливість секреції естрогенів за умови зниження функціональної актив-

ності яєчників, що, у свою чергу, пояснює механізм імплантації та розвитку ендометріюидних вогнищ [9].

Найчастіша форма ендометріозу — аденоміоз (70–80% усіх випадків ендометріозу), який характеризується появою ендометріюидних гетеротопій у межах тіла матки [1].

Деякі джерела вказують, що перший випадок аденоміозу був описаний Івановим у 1898 р., у роботі була подана мікроскопічна характеристика залоз, виявлених у кістознозмінений міомі. Проте інші літературні повідомлення вказують на випадок, описаний Carl von Rokitansky в 1860 р., — залозу ендометрія в міометрії, який названо «цистосаркомою залоз матки», а пізніше — аденоміомію. Існують згадки про окремі випадки, описані Schrön в 1690 р., які за оцінкою нагадують ендометріоз і аденоміоз. Сам термін «аденоміоз» був уперше запропонований Blair Bell в 1892 р. [9].

За даними різних джерел, розповсюдженість вогнищ ендометріюидних гетеротопій у міометрії жінок репродуктивного віку коливається від 12 до 40% [7].

Часто аденоміоз супроводжується гіперпластичними процесами в ендометрії. За даними різних авторів, подібні поєднання були діагностовані у 16–90% хворих на аденоміоз, серед яких переважали залозиста гіперплазія в поєднанні з поліпами ендометрія (23,4–56,2%), залозисті поліпи ендометрія на фоні незміненого ендометрія (12–25%); атипова гіперплазія ендометрія й аденоматозні поліпи були виявлені в 6,5–18,7%, карциноми матки в 1,6–17,8% спостережень [2]. Не виключена можливість і злоякісної трансформації фокусів внутрішнього ендомет-

ріозу, причиною якої можуть бути різноманітні метаболічні порушення і поєднані форми ураження. На практиці справжня малігнізація малоімовірна, а от частота поєднання аденоміозу зі злоякісними новоутвореннями жіночої репродуктивної системи має високі показники — 1,2–17,8 % хворих [2].

Серед усіх сучасних методів обстеження за наявності ендометріозу будь-якої локалізації вирішальне значення належить морфологічному дослідженню. Макроскопічно ендометріюїдні вогнища можуть бути подані у вигляді інфільтратів, вузлів або кістозних утворень, наповнених кров'ю. Характерними гістологічними особливостями є поєднання ендометріальних залозистих епітеліальних і стромальних клітин.

**Метою** дослідження був порівняльний аналіз клінічних і морфологічних проявів внутрішнього і зовнішнього генітального ендометріозу (аденоміозу й оваріального ендометріозу).

#### **Матеріали та методи дослідження**

Дослідження виконане на базі патоморфологічної лабораторії Центру відновної та реконструктивної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ. У дослідження було включено 39 жінок віком від 22 до 76 років (середній вік 45,7 року) з клінічним діагнозом «генітальний ендометріоз», які перебували на лікуванні в Центрі відновної та реконструктивної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ з червня 2013 р. по жовтень 2014 р. Матеріалом для дослідження слугували ампутовані матки і видалені яєчники із зазначеною патологією. Усі жінки були розділені на дві групи: 1-ша — з аденоміозом, 2-га — з оваріальним ендометріозом.

На початковому етапі аналізували дані історій хвороб, отриманих на основі стандартного клінічного обстеження, яке враховувало оцінки скарг хворих, детальний збір анамнезу захворювання і життя.

Наступний етап передбачав вивчення морфологічної структури ендометрія, міометрія і вогнищ аденоміозу. Фрагменти досліджуваного матеріалу фіксувалися в 10 % нейтральному формаліні рН 7,0 протягом 24 год при температурі 37 °С. Подальшу обробку здійснювали за стандартною загальноприйнятою уніфікованою методикою. Вивчали гістологічні препарати на мікроскопі Leica DM750 з фотовідеовиходом, камерою (5 мегапікселів). Гістологічні висновки формували згідно із сучасними стандартами, викладеними в загальноприйнятих фундаментальних посібниках, та з урахуванням вимог Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ 10). Загально-статистичний аналіз проводили з використанням стандартного пакетного програмного забезпечення “Microsoft Office” (Microsoft Corp., США).

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

До 1-ї групи увійшли 28 (71,8 %) пацієнок із діагнозом аденоміоз, за наявності супровідної патології репродуктивної системи або без такої, середній вік яких становив  $(53,0 \pm 8,9)$  року. До 2-ї групи виключили 11 (28,2 %) пацієнок із ендометріозом яєчників, середній вік яких —  $(27,0 \pm 8,3)$  року. При дослідженні аденоміоз реєстрували переважно у жінок пре- і постменопаузального періодів, ендометріюїдні кістами яєчників — у жінок репродуктивного віку.

Щодо клінічних проявів, жінки з внутрішнім ендометріозом

частіше скаржилися на больові відчуття внизу живота, виснажливі і тривалі маткові кровотечі, кров'янисті виділення зі статевих шляхів до та після менструацій. Часто у пацієнок з аденоміозом спостерігалися прояви анемії легкого та середнього ступеня. У 3 пацієнок ендометріюїдні гетеротопії в міометрії були виявлені випадково під час профілактичного огляду. Серед скарг пацієнок з ендометріюїдними кістами яєчників переважали біль унизу живота, який передував менструації та посилювався під час останньої, і тривалі та виснажливі менструальні кровотечі.

Серед супровідної патології репродуктивної системи, за наявності аденоміозу, залозиста гіперплазія ендометрія спостерігалася у 74,9 % пацієнок, серед яких проста форма залозистої гіперплазії ендометрія без атипії була у 21,4 %, комплексна без атипії — у 46,4 %, комплексна атипична — у 7,1 %. Ендометріюїдну карциному діагностовано у 21,5 % жінок, серед яких високо диференційована (G1) — у 3,6 %, помірно диференційована (G2) — у 17,9 % усіх хворих на аденоміоз. У 53,5 % випадків внутрішній ендометріоз супроводжувався патологією міометрія у вигляді фіброматозу та лейоміом, відповідно 7,1 і 46,4 %. У 2-й групі така супровідна патологія жіночої репродуктивної системи була відсутня, однак у морфологічному аспекті варто відзначити наявність помітного фіброзу стромы яєчників у більшості випадків.

Середній діаметр ендометріюїдних кіст дорівнював  $(5,9 \pm 3,4)$  см. У 2 пацієнок виявили двостороннє ураження яєчників генітальним ендометріозом. Залежність кількості, діаметра й одно- або двосторонно-

сті ураження ендометріомами яєчника від віку не спостерігалася.

Внутрішній ендометріоз, порівняно із зовнішнім, має більш широкий діапазон клінічних проявів у вигляді больового синдрому, тривалих і виснажливих менструацій, кров'янистих виділень зі статевих шляхів до та після менструацій, симптомів анемії.

У більшості пацієнок з ендометріюїдними гетеротопіями в міометрії діагностовано супровідну патологію ендометрія (залозиста гіперплазія й ендометріюїдна карцинома) і міометрія (лейоміома і фіброматоз). У жінок з ендометріюїдними кістами яєчника спостерігається помітний фіброз строми. Усі відомі на сьогодні роботи з вивчення зазначеної патології були націлені на визначення рівня експресії рецепторів фокусів ендометріозу, зокрема аденоміозу, у жінок репродуктивного і пременопаузального віку [1; 3; 7]. Рецепторний апарат ендометріюїдних вогнищ у жінок у постменопаузі та кореляції між ектопічним і еутопічним ендометрієм лишаються маловивченими.

## Висновки

Таким чином, проведене дослідження виявило розбіжності клінічних і морфологічних проявів зовнішнього та внутрішнього ендометріозів. На аденоміоз страждають переважно жінки у пре- та постменопаузальному періодах, а на ендометріюїдні кісти — репродуктивного віку. Усе вищезазначене свідчить на користь обґрунтованості поглибленого комплексного вивчення генітального ендометріозу. Перспективним є вивчення аденоміозу у поєднанні з патологічними процесами ендометрія у жінок у постменопаузальному періоді із застосуванням сучасних технологій, зокрема імуногістохімічного методу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Автономність росту очагов аденоміоза: иммуногистохимические особенности экспрессии маркеров / Е. А. Коган, Н. В. Низяева, Т. А. Демура [и др.] // Иммунология. – 2011. – № 12. – С. 311–325.
2. Аденоміоз в сочетании с патологическими процессами эндометрия: клинико-патогенетические особенности / И. С. Сидорова, А. Л. Унанян, Е. А. Коган [и др.] // Проблемы репродукции. – 2009. – Спец. вып. – С. 213 (Первый международный конгресс по

репродуктивной медицине, 8–12 июня 2006 г., Москва : материалы).

3. Зарубина И. П. Клинико-морфологическая характеристика изменений эутопического и эктопического эндометрия при аденомиозе : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / И. П. Зарубина. – М., 2009. – 26 с.

4. Кира Е. Ф. Эндометриозидная болезнь / Е. Ф. Кира, Ю. В. Цвелев, В. Н. Серова. – М. : Литера, 2008. – 840 с.

5. Клинико-эмбриологические аспекты эндометриоз-ассоциированного бесплодия / Л. В. Адамян, Е. А. Калинина, А. В. Колотовкина [и др.] // Проблемы репродукции. – 2010. – № 5. – С. 47–51.

6. Печеникова В. А. Раковая трансформация аденомиоза / В. А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – № 4. – С. 51–53.

7. Унанян А. Л. Активный и неактивный аденомиоз: клинико-морфологические варианты развития, дифференцированный подход к терапии / А. Л. Унанян, И. С. Сидорова, Е. А. Коган // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2012. – Т. 6, № 2. – С. 25–30.

8. Юренива С. В. Эндометриоз — заболевание «вне возраста» (от пубертатного периода до постменопаузы) / С. В. Юренива // Проблемы репродукции. – 2011. – № 4. – С. 67–74.

9. EMAS position statement: Managing the menopause in women with a past history of endometriosis / M. H. Moen, M. Rees, M. Brincat [et al.] // Maturitas. – 2010. – Vol. 67, № 1. – P. 94.

Надійшла 10.05.2016

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. А. І. Даниленко

УДК 616-091:618.14-002

Г. Ю. Гончаренко

## КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Стаття присвячена клініко-морфологічним аспектам генітального ендометріозу. Проблема генітального ендометріозу є актуальною у зв'язку з високою розповсюдженістю серед жінок усіх вікових груп. Проаналізовано клінічні та морфологічні прояви даної патології у 39 жінок репродуктивного і перименопаузального віку. Установлено, що на аденоміоз страждають переважно жінки у пре- та постменопаузальному періодах, а на ендометріюїдні кісти — репродуктивного віку. Внутрішній ендометріоз, порівняно із зовнішнім, має більш широкий діапазон клінічних проявів. Аденоміоз часто спостерігається із супровідною патологією ендометрія (залозиста гіперплазія й ендометріюїдна карцинома) і міометрія (лейоміома і фіброматоз) на відміну від оваріального ендометріозу.

**Ключові слова:** аденоміоз, оваріальний ендометріоз, патоморфологія.

UDC 616-091:618.14-002

G. Yu. Honcharenko

## CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF GENITAL ENDOMETRIOSIS

The article is devoted to clinical and morphological aspects of genital endometriosis. The problem of genital endometriosis is important due to the high prevalence among women of all age groups. The analysis was made of clinical and morphological manifestations of this disease in 39 women of reproductive and perimenopausal age. It was established that adenomyosis predominantly affected women of the pre- and postmenopausal age, and the endometriotic cysts affected women of the reproductive age. Internal endometriosis compared with the external one has a wide range of clinical manifestations. Adenomyosis is often accompanied by concomitant diseases of endometrium (glandular hyperplasia and endometrioid carcinoma) and myometrium (leiomyoma and fibromatosis) as compared to ovarian endometriosis.

**Key words:** adenomyosis, ovarian endometriosis, pathomorphology.