

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЗІ

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

ВСТУП

Ендометріоз визначається як поширення за межі матки тканини, морфологічно схожої з ендометрієм, характеризується хронічним асептичним запальним процесом та проявляється хронічним тазовим болем, альгодисменореєю, диспареунією, непліддям [17, 26, 31].

Ендометріоз тривалий час залишається одним із найпоширеніших захворювань жіночої репродуктивної сфери в загальній популяції і особливо серед жінок із непліддям. Враховуючи значне поширення захворювання, його соціальне значення та суттєвий вплив на якість життя хворих, наукова спільнота всього світу продовжує пошуки ефективних схем і методів його лікування.

Щоденним викликом для практикуючого акушера-гінеколога залишається вибір оптимального та найбільш прийняттого об'єму втручання з балансуванням на межі «радикалізм-органозбереження». У статті висвітлені найпоширеніші варіанти технік хірургічного втручання, яке є одним із основних методів лікування ендометріозу.

З метою дослідження наявних даних про сучасні методики та оперативні техніки хірургічного лікування ендометріозу виконаний контент-аналіз фахових журналів, монографій і національних керівництв.

ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Ранні описи ендометріозу яєчників як «гематоми яєчника» або «шоколадної кісти» датуються кінцем XIX століття. Ендометріоз вперше був виявлений мікроскопічно у 1860 р. австрійським патологом Карлом фон Рокітанські, який також першим описав форму аденоміозу (аденоматозний поліп). Томас Каллен першим описав ендометріоз та аденоміоз як одне захворювання, яке характеризується наявністю тканини, що нагадує ендометрій, поза порожниною матки. Він був першим вченим, який виділив перитонеальний ендометріоз під назвою «аденоміома», використовуючи гістологічні параметри будови й активності ендометрія. Перша згадка про «яєчник, що містить слизову оболонку матки», була опублікована в 1899 р. Расселом, але Сампсон був першим, хто продемонстрував специфічну діяльність ендометрія, наприклад, десквамацію під час менструації

та децидуалізацію при вагітності; згодом він представив теорію щодо її патогенезу. В значній кількості дослідження, що стосуються ендометріозу, проводяться протягом останніх двох десятиліть [17].

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДІАГНОСТИКА

Більшість пацієнок із ендометріозом відчувають циклічний тазовий біль при менструації, частина має нециклічний тазовий біль, диспареунію та дизурію. Характерно, що вираженість болю не корелює з кількістю патологічних вогнищ. У частини пацієнок наявне непліддя. В свою чергу непліддя є наслідком токсичного впливу запального процесу на гамети та ембріони, порушену функцію еутопічного ендометрія, який стає стійким до дії прогестерону і непридатним для ембріональної імплантації. Окрім того, ендометріоз може викликати симптоми, що імітують інші захворювання, включаючи синдром подразненого кишечника, інтерстиціальний цистит, судинні, опорно-рухові, неврологічні захворювання, дисфункцію щитоподібної залози, аутоімунні порушення і хвороби серця [27].

У ретроспективному дослідженні, що включало 225 жінок із синдромом хронічного тазового болю, виявлено, що спайки та глибокі інфільтративні вогнища ендометріозу в різних анатомічних місцях були пов'язані з дисменореєю, диспареунією, симптомами уражень нижніх відділів сечовивідних шляхів або шлунково-кишковими симптомами. Подібним чином інше ретроспективне дослідження проаналізувало анатомічні характеристики уражень, їх тип та ступінь вираженості больових симптомів у 1054 жінок, які перенесли хірургічне втручання за різними показаннями, виявивши сильний зв'язок між диспареунією та глибоким ендометріозом ректовагінальної зони [3].

Диспареунія є найпоширенішим симптомом ендометріозу в сексуально активних жінок і пов'язана з наявністю спайок, ендометріом, ретроверсії матки та/або ендометріюїдних вогнищ на крижово-маткових зв'язках.

Найпоширенішими варіантами захворювання в практиці гінекологів є:

- поверхневий перитонеальний ендометріоз;
- глибокий інфільтративний ендометріоз (ГІЕ);
- ендометріоз яєчників.



М.М. ЧЕРНЯХ

аспірант кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», лікар акушер-гінеколог КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» УМР, м. Ужгород
ORCID: 0000-0002-0651-8033

О.О. КОРЧИНЬСКА

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород
ORCID: 0000-0001-7265-4829

Контакти:

Черняк Михайло Михайлович
Ужгородський міський пологовий будинок
88017, Ужгород, Грибоєдова, 20Б
Тел.: +38 (099) 751 02 82
email: chernyakhmm@gmail.com

Золотим стандартом діагностики ендометріозу є лапароскопія з біопсією та патогістологічним дослідженням отриманого матеріалу [14].

Систематичний огляд чутливості лапароскопії з біопсією та гістологією для діагностики ендометріозу засвідчив, що при лапароскопії існують лише обмежені можливості візуальної оцінки ендометріозу. Як було показано в одному з оглядів [16], точність діагностичної лапароскопії оцінювали лише в чотирьох дослідженнях, загальна кількість пацієнток в яких склала 433. Виявилось, що негативний результат діагностичної лапароскопії є надзвичайно точним для виключення ендометріозу, а позитивний висновок є менш інформативним і без проведення біопсії має обмежене значення для отримання гістологічного підтвердження діагнозу.

Ендометріоз, діагностований лапароскопічно і підтверджений результатом патогістологічного дослідження, оцінюють відповідно до ендоскопічної класифікації ендометріозу за К. Семмом та Л. Меттлер (1983). За цією класифікацією визначають кількість, розмір і поширеність патологічних вогнищ та поділяють захворювання на 4 стадії:

I стадія – мінімальний ендометріоз (поодинокі ураження розміром до 5 мм);

II стадія – легкий ендометріоз (множинні вогнища розміром більше 5 мм);

III стадія – помірний ендометріоз (множинні вогнища розміром більше 5 мм, ендометріодні кісти яєчників та злуковий процес малого таза);

IV стадія – важкий ендометріоз (множинні вогнища розміром більше 5 мм, ендометріодні кісти яєчників та злуковий процес малого таза, ендометріодні вогнища за межами малого таза: на кишечнику, діафрагмі, легенях) (рис.) [5].

Шкірний ендометріоз найчастіше обумовлений хірургічним пошкодженням ендометрія і його інвазією в тканини при розсіченні передньої черевної стінки під час кесаревого розтину, лікуванні тазового ендометріозу або міомектомії з потраплянням у порожнину ендометрія, а також в епізіотомні розрізи. Первинно шкірний ендометріоз зустрічається в пупку з частотою 0,5–1% випадків. Найпоширенішим клінічним симптомом є локальний біль у ділянці вогнища, який інколи буває не пов'язаний із менструальним циклом, що може утруднювати диференціальну діагностику. Для підвищення точності діагностики використовується візуалізація за допомогою УЗД, КТ або МРТ. Візуалізаційні методи дослідження виявляють патологічну тканину з високою щільністю та гіпоехогенними включеннями в товщі передньої черевної стінки [39].

Ендометріодні кісти яєчників

Ендометріоми яєчників є частим проявом ендометріозу. Ендометріоми містять менструальні виділення, які інкапсульовані в тканину яєчника, утворюючи псевдокісту. Ця кістоподібна структура не має справжньої епітеліальної оболонки, що спостерігається в інших кістах яєчника [18].

Існує багато теорій, що пояснюють механізм розвитку цієї псевдокістозної форми ендометріозу яєчників. Перше припущення, запропоноване Хьюздоном у 1957 р., описувало інвагінацію кори яєчника після відкладення ендометріодного імплантата на поверхні яєчника. Наступні теорії опису-

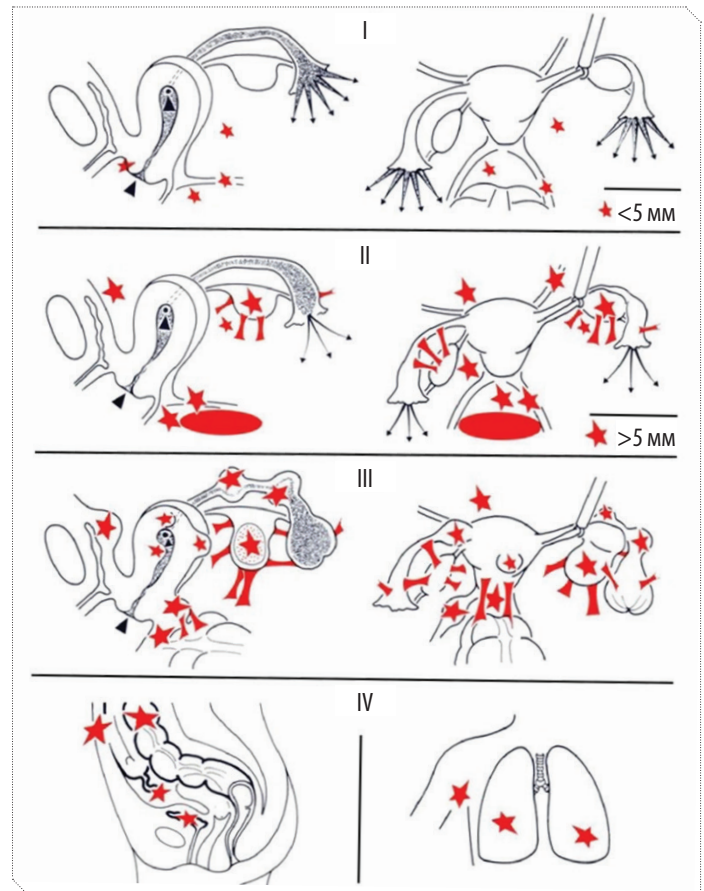


Рисунок. Ендоскопічна класифікація ендометріозу [5]
I–IV – стадії розповсюдження зовнішнього генітального ендометріозу

вали процес метоплазії целомічного епітелію яєчників та інвазію імплантата ендометрія всередині функціональної кісти яєчника з подальшим розвитком ендометріоми [21].

Ендометріоми виявляються приблизно у 17–44% пацієнток із ендометріозом. З початком рутинного застосування УЗД діагностика ендометріоми, особливо коли жінка скаржиться на тазовий біль, стала значно простішою. На відміну від ендометріодних імплантів, які для достовірної діагностики потребують прямої візуалізації за допомогою лапароскопії та патогістологічного підтвердження, ендометріоми можна візуалізувати за допомогою трансабдомінального та трансвагінального УЗД. Guerriero та ін. показали чутливість та специфічність трансвагінального УЗД для диференціювання ендометріоми від інших кіст яєчника на 83% та 89% відповідно [19, 20].

Ендометріоз суміжних органів

Згідно з літературними даними, ендометріоз сечовидільної системи (ЕСС) має місце приблизно у 0,3–12% жінок із ендометріозом. Найчастіше ЕСС вражає сечовий міхур (80% випадків), рідше сечоводи (14%) та нирки (4%). Первинне вогнище виникає спонтанно у сечовидільних шляхах і виявляється приблизно в 11% жінок із ЕСС. Вторинні вогнища виникають після операцій на малому тазі, таких як кесарів розтин або гістеректомія. Приблизно 50% пацієнток із ендометріозом сечового міхура або сечовода раніше перенесли операції на малому тазі. ЕСС часто мультифокальний

і, як правило, розвивається із зовнішнього шару сечового міхура або сечовода, проникаючи глибше до слизової оболонки. Найчастіше уражаються трикутник та верхівка сечового міхура. Симптоми залежать від локалізації та розмірів вогнищ. У третини жінок процес залишається безсимптомним або має лише незначні прояви. В таких випадках діагноз виставляється випадково, під час періодичних оглядів або під час пошуку причин безпліддя. При такому перебігу вогнища в сечовому міхурі зазвичай не перевищують 1–2 см. Основні скарги у пацієнок із симптомами включають дизурію, імперативні позиви до сечовиділення, болісні відчуття при сечовипусканні, відчуття печіння в уретрі та дискомфорт у лобковій ділянці. Ці симптоми наявні у 40% пацієнок, зазвичай виникають у передменструальний період, їх часто плутають із симптомами інфекцій сечовивідних шляхів. Гематурія, яку широко розглядають як домінуючий симптом ЕСС, насправді стосується лише 20–30% хворих. Це пов'язано з тим, що ендометріоз рідко інфільтрується настільки глибоко, щоб викликати виразкове ураження слизової оболонки уротелію [23].

ЛІКУВАННЯ

Медикаментозна терапія є більшою мірою пригнічувальною, а не лікувальною, рекомендовані схеми довгострокові, доступні з мінімальними побічними ефектами. Оскільки ендометріоз – хронічне запальне захворювання з високою частотою рецидивів симптомів, для досягнення хороших результатів лікування необхідні як медикаментозні, так і хірургічні заходи [12]. Цілями хірургічного лікування ендометріозу є зупинка прогресування захворювання, відновлення нормальної анатомії та попередження рецидивів [22]. Хірургічне висічення та абляція дають хороший результат і меншу кількість побічних ефектів у порівнянні з медикаментозною терапією. Відзначається, що максимальний ефект досягається поєднанням лапароскопічної хірургії та післяопераційної комбінованої гормональної терапії [8].

Вибір найкращого варіанту лікування пацієнок із ендометріозом є основним завданням. Оптимальна тактика лікування повинна враховувати тип та тяжкість захворювання, вік жінки, бажання майбутньої вагітності, інтенсивність больових симптомів та історію попереднього лікування. Іноді хірургічне втручання є єдиним варіантом лікування важких випадків у жінок із вираженою симптоматикою та/або безпліддям, пов'язаним із ендометріозом. Хоча дослідження показують, що хірургічне втручання з приводу ендометріозу є здійсненним, безпечним та забезпечує зменшення больових симптомів, воно також може спричинити ряд ускладнень [6].

Хірургічні втручання при ендометріозі

Оперативне втручання залишається основним методом лікування. Серед технік хірургічного лікування можливі наступні варіанти: абляція та висічення ендометрію, дренажування та коагуляція капсули ендометріом, енуклеація капсули ендометріюдної кісти [6]. Оперативна лапароскопія, яку проводить кваліфікований хірург, може розглядатися як високоефективна методика для лікування запущеного ендометріозу з низькою частотою усклад-

нень, особливо в жінок, які страждають на хронічний тазовий біль [4].

Адекватна оцінка хірургічного статусу пацієнтки і фактичного прояву хвороби та пов'язана з цим тривалість запланованої операції є важливими для передопераційної підготовки, але це також фактори, які важко оцінити доопераційно. Часто об'єм втручання стає зрозумілим лише під час операції. Лінії резекції в першу чергу визначаються поширенням захворювання. Мета операції – повна резекція патологічної тканини, яка може включати резекцію частин кишечника, сечоводів і сечового міхура [35].

На етапі планування важливі, крім необхідного хірургічного досвіду, хороша міждисциплінарна співпраця та активна участь пацієнтки. Незважаючи на адекватну діагностику, часто виникає необхідність розширення об'єму первинного хірургічного втручання. Виявлення і диференціювання ендометріюдних уражень і здорової тканини інколи є непростим завданням, особливо у випадках повторної операції. Хоча хірургічний підхід може допомогти тимчасово полегшити біль, на жаль, він також може призвести до ускладнень, пов'язаних із оперативним втручанням.

Хірургічні процедури можна поділити на консервативні та радикальні. Вибір хірургічного підходу залежить від анатомічної локалізації патологічних вогнищ, наявності ендометріомі яєчників та уражень суміжних органів, таких як кишечник, сечовий міхур, апендикс або сечовід, внаслідок чого утворюється стеноз сечостатевої системи та кишечника. При диспареунії, ймовірно, причиною є наявність ректовагінальних глибоких вогнищ, і в цих випадках пацієнтки є кандидатками на операцію [14].

Враховуючи, що тривала гормональна терапія, яка перешкоджає спонтанній овуляції, не показана у випадку бажання природного зачаття, жінкам із тазовим болем можуть бути запропоновані консервативні хірургічні методики. Такий підхід включає абляцію чи висічення перитонеальних імплантів, резекцію глибоких інфільтративних вогнищ і видалення ендометріомі. Консервативне хірургічне лікування ендометріозу має на меті відновлення нормальної анатомії, полегшення болю, максимально можливе видалення вогнищ. Однак тактика, що передбачає збереження яєчників, пов'язана з імовірністю збереження болю через подальшу естрогенну стимуляцію вогнищ.

На сьогоднішній день використання малоінвазивних хірургічних методик є найоптимальнішим варіантом хірургічного лікування. Лапароскопічний підхід у порівнянні з лапаротомією забезпечує кращу візуалізацію, зменшення післяопераційного дискомфорту, швидше одужання та повернення пацієнтки до нормальної активності [10, 26, 31].

Лікування глибокого інфільтративного ендометріозу

Локалізація та глибина інвазії ендометріюдних імплантів впливають на проведення втручання. ГІЕ складається з ендометріюдних вузликів, які занурені під поверхню очеревини або органу більше ніж на 5 мм. Характер тазового болю залежить від місця розташування вогнищ ГІЕ і може допомогти в доопераційній оцінці стану кожної пацієнтки. У хворих на ГІЕ частіше спостерігається нециклічний больовий синдром, що, швидше за все, пов'язано з інфільтра-

цією субперитонеальних або вісцеральних нервів. Цьому сприяє активація простагландинів та хемокінів, пов'язаних із місцевим ангіогенним і нейрогенним середовищем [41].

Більшість випадків ПЕ асоційовані з вираженим спайковим процесом та фіброзом підлеглої тканини в місцях імплантації, де утворюються тазові вузлики. Спочатку виконується адгезіолізис з метою мобілізації труб і яєчників для отримання доступу до вузликів та спроби резекції або абляції. Більшість випадків ПЕ включають ураження крижово-маткових зв'язок, задньої стінки піхви та ректосигмоїдного відділу кишки. Повна резекція або абляція цих уражень є першорядною при хірургічному лікуванні такого типу ендометріозу. Це може включати резекцію очеревини, крижово-маткових зв'язок, задньої стінки піхви, частини стінки прямої кишки та фрагмента іншого відділу кишечника. Крижово-маткові зв'язки є найчастішим місцем ураження і залучені в патологічний процес у 83% випадків. У випадках глибокої інфільтрації стінка піхви може бути повністю резектована з наступною пластикою. У випадках важкого ізольованого ураження крижово-маткових зв'язок може бути проведено одностороннє або двостороннє їх висічення залежно від локалізації ендометріодних гетеротопій. Під час висічення уражених тканин потрібна чітка орієнтація в анатомії суміжних органів та структур: сечоводів, сечового міхура, маткових артерій, гіпогастральних нервів та ректосигмоїдного відділу кишечника. Якщо на етапі передопераційного обстеження виявляється ураження, що викликає стеноз або стриктуру, необхідно передбачати мультидисциплінарний підхід для планування можливої резекції кишечника або сечовода та формування анастомозу [10, 31].

Ендометріоз кишечника характеризується інфільтрацією м'язового шару прямої кишки, ректосигмоїдного з'єднання або сигмовидної кишки. Інфільтрація до серозної оболонки стінки не розглядається як глибокий ендометріоз кишечника і тому не повинна лікуватися хірургічно. Основними локалізаціями кишкового ендометріозу є пряма кишка і прямокишково-сигмовидний кут (65,7%), сигмовидна кишка (17,4%), червоподібний відросток (6,4%), тонка кишка (4,7%), сліпа кишка й ілеоцекальний кут (4,1%), сальник (1,7%). Пацієнтки з колоректальним ендометріозом мають скарги на діарею, спастичні кишкові болі та дисхезію. У 2005 р. Фоконьє та Шапрон вказали на взаємозв'язок між тазовими болями та локалізацією глибокого ендометріозу. Особливі характеристики симптомів конкретно пов'язані з точними анатомічними місцями або органами, і семіологічний аналіз больових симптомів може допомогти хірургу визначити стратегію оперативного втручання [24].

В разі підозри на ендометріоз кишечника необхідно провести ретельну оцінку за допомогою трансвагінального УЗД. Даний метод діагностики має чутливість 92,6% та специфічність 100%. Коли ПЕ виявляється на прямій або товстій кишці, слід оцінити глибину інвазії в товщу стінки. Описано кілька хірургічних технік при ендометріозі кишечника з використанням лапароскопічного або лапаротомного підходу. Різні варіанти включають так званий шейвінг, або гоління (поверхнєве висічення серозного і субсерозного ендометріозу кишечника діатермією або лазером), поверхнєве висічення (селективне висічення вогнища ендометріозу кишечника з м'язовим шаром, але без розкриття стінки кишечника), висічення фрагмента кишки (вибіркове висічення ураженої ендометріозом ділянки кишечника з розкриттям просвіту та наступним закриттям стінки кишечника) або резекційний анастомоз (резекція ураженого ендометріозом сегмента кишки з подальшим анастомозом). Вибір оперативної техніки залежить від ступеня та глибини інфільтрації кишечника, а також від уподобань та навичок хірурга.

Пацієнтки з неглибокими вогнищами можуть бути кандидатами на процедуру резекції голінням (шейвінг). При застосуванні цього більш консервативного методу менше травмуються нерви, ризик післяопераційної дисфункції кишечника нижчий, а пацієнтки зазвичай одужують швидше. Техніка гоління дозволяє проводити резекцію поверхневих уражень, що інфільтрують серозну або м'язову стінку кишечника. Кишкові ураження ректосигмоїдного фрагмента довжиною до 3 см можуть бути піддані дискоїдній резекції. Пацієнткам із багатьма вогнищами ПЕ кишечника, ураженням сигмовидної кишки, ураженням більше 3 см в діаметрі та вогнищами, які займають більше 50% окружності стінки кишечника, доцільно провести резекцію з повторним анастомозом. У випадках, коли вогнище ПЕ призводить до стенозу кишечника, повинна проводитись резекція ураженої ділянки. Найкращі результати з точки зору регресу симптомів та покращення якості життя досягаються повним хірургічним висіченням усіх ендометріодних імплантів за допомогою комбінованого втручання команди гінекологічних та загальних хірургів [11, 21].

Інші процедури, що застосовуються в поєднанні з традиційними методами абляції та резекції, – це лапароскопічна абляція маткових нервів (ЛАМН) та лапароскопічна пресакральна невректомія (ЛПН). Вважалося, що ці методики посилюють ефект від оперативного втручання і забезпечують додаткове полегшення болю. ЛАМН має на меті блокування проведення больового імпульсу по аферентних нервових волокнах від крижово-маткових зв'язок. ЛПН передбачає переривання симпатичної іннервації матки по верхньому гіпогастральному сплетінні. Однак Кокранівський огляд [36] продемонстрував, що ні ЛАМН, ні ЛПН не забезпечили посилення знеболюючого ефекту порівняно зі звичайним лапароскопічним лікуванням. Натомість спостерігається підвищена частота післяопераційних закрепів та порушення сечовипускання через ЛПН. Слід також врахувати, що ці методики є технічно складними процедурами з підвищеним ризиком виникнення ускладнень, в тому числі кровотечі, що вимагає високої кваліфікації лапароскопічного хірурга. Лапароскопічну абляцію або резекцію ендометріодних вогнищ слід робити вкрай обережно, враховуючи всі дотичні анатомічні структури. Виникнення спайкового процесу часто асоціюється з ендометріодними імплантами, які можуть спотворити нормальну анатомію і погіршити візуалізацію. П'ятирічне спостереження за методом абляції проти висічення показало значне зменшення глибокої диспареунії при висіченні в порівнянні з абляцією [40]. В разі висічення вогнищ необхідно ретельно розсікати здорову навколишню тканину, щоб видалити всю уражену.

Багатообіцяючим для лікування ПЕ є застосування роботизованих лапароскопій. Суттєвих відмінностей щодо тривалості операцій, крововтрати або внутрішньо- та післяопераційних ускладнень у порівнянні з традиційною лапароскопією не спостерігалось, але використання роботизованих систем імовірно дозволить проводити ретельніше висічення глибоких інфільтратів [13].

Лікування ендометріюїдних кіст яєчників

Рішення щодо об'єму хірургічного втручання приймається, виходячи з вираженості симптомів хвороби та розміру ендометріоми. Ендометріоми більше 5 см мають ризик перекуту яєчників. Хірургічна техніка лапароскопічного видалення ендометріоми передбачає дренажування кісти, висічення капсули, фульгурацію або абляцію стінки кісти. Пункція та дренажування більше не є рекомендованим способом лікування через високу частоту рецидивів. У дослідженні за участю 100 жінок, які перенесли лапароскопічне висічення або дренажування кісти, частота рецидивів склала відповідно 4% та 84%. Висіченню стінки кісти віддається перевага в порівнянні з фенестрацією та абляцією через зменшення ризику повторної операції. Екцизія також зменшує вираженість післяопераційної дисменореї, диспареунії та нециклічного тазового болю [19, 20].

Згідно із сучасними даними, лапароскопічна цистектомія яєчників є найкращим методом лікування зі значно зниженим ризиком рецидиву. Для висічення стінки кісти часто застосовується метод енуклеації, але при використанні цієї методики слід подбати про мінімізацію пошкодження та випадкове видалення нормальної тканини яєчників. Навіть у руках досвідчених хірургів після висічення ендометріом спостерігається значне зменшення об'єму яєчників. Стандартний підхід включає адгезіолізис і спорожнення кісти. Кіста навмисно спорожняється і видаляється через один із троакарних отворів. Щоб не пошкодити функціональну тканину яєчника, уникають множинних отворів та надрізів. Вилущування з використанням м'яких затискачів використовується для видалення капсули кісти з паренхіми яєчника. Правильна ідентифікація площини між капсулою кісти та здоровою тканиною яєчника мінімізує кровотечу, зменшуючи потребу в сліпій біполярній коагуляції [2].

Жінки з ендометріомою яєчників, яких прооперували з приводу безпліддя або хронічного тазового болю, мають більший рівень спонтанної післяопераційної вагітності після висічення капсули ендометріоми, ніж після дренажування та електрокоагуляції стінки ендометріоми [32].

Під час проведення хірургічного втручання з видалення ендометріоми яєчників, особливо у молодих жінок, актуальним є питання максимального збереження здорової тканини яєчників.

Отримані результати досліджень демонструють, що лапароскопічна цистектомія при ендометріомі зменшує резерв яєчників незалежно від застосовуваних гемостатичних методів після вилущення кісти. Після лапароскопічного видалення ендометріоми накладення швів показало кращі результати стосовно пошкодження резерву яєчників у порівнянні з біполярною електрокоагуляцією. Тому для

запобігання передчасному виснаженню яєчників рекомендується застосовувати саме гемостатичні шви, особливо в молодих та безплідних жінок [7].

Радикальне хірургічне лікування

Радикальне лікування наслідків ендометріозу – двостороння аднексектомія. Такий підхід може бути рекомендований жінкам зі спричиненим ендометріозом вираженим больовим синдромом, які не бажають завагітніти. Втручання практично повністю ліквідує дисменорею та глибоку диспареунію. Радикальний хірургічний підхід дозволяє значно знизити рівень естрогену та зменшити розмір і кількість вогнищ ендометріозу. Однак хірургічна менопауза, що настає після двосторонньої сальпінгоофоректомії, може сильно вплинути на якість життя жінки. Ретельного обговорення з пацієнткою потребують побічні ефекти: зниження щільності кісткової тканини та поява суб'єктивних проявів клімактерію. У цьому випадку пацієнтці слід запропонувати відповідну гормональну замісну терапію, щоб уникнути гіперплазії залишкових ендометріюїдних імплантів, які піддаються впливу естрогену. Пацієнтки, вік яких наближається до середнього віку настання менопаузи (51 рік), можуть бути більш схильні до радикальних операцій, оскільки, швидше за все, їхній оваріальний резерв вже вичерпаний. Пацієнтки, які мали слабку відповідь на попередню медикаментозну терапію та/або хірургічне втручання, можуть обрати радикальні процедури, а не повторну екцизію або абляцію.

Лапароскопічна гістеректомія без двосторонньої сальпінгоофоректомії може зменшити дисменорею, тазові болі та диспареунію, але меншою мірою, ніж оофоректомія. Як свідчить одне з досліджень, у 10% жінок, які перенесли гістеректомію та двосторонню сальпінгоофоректомію, виникали періодичні болі, а у 3,7% випадку була необхідна повторна операція. В той же час 62% жінок, які перенесли гістеректомію зі збереженням яєчників, мали рецидивуючі болі, а 31% потребували повторної операції [20].

Хірургія ендометріозу та непліддя

Хірургічне лікування ендометріозу застосовується як частина протоколу лікування безплідних жінок, і дає хороші результати. Було показано, що 35–50% безплідних жінок мають асоційований ендометріоз. Хірургічна корекція трубних і яєчникових спайкових уражень відновлює нормальну анатомію та допомагає відновити фертильність [20].

Через пов'язані з ендометріозом анатомічні порушення може розвинути одночасний односторонній або двосторонній гідросальпінкс, і запальне середовище цього стану зменшує рівень успішності допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). В даний час численні дослідження показали, що видалення маткових труб покращує результати ДРТ [37].

Багатоцентрове канадське дослідження показало значно вищий рівень спонтанної вагітності в жінок, які перенесли лапароскопічну абляцію перитонеальних вогнищ ендометріозу порівняно з лише діагностичною лапароскопією: 36,6% проти 21,9% відповідно [40].

Внаслідок вироблення в ендометрію вогнищах надлишків простагландинів, протеаз та цитокінів (запальних, ангіогенних, нейрогенних) змінюється перитонеальна рідина, що порушує активність війок маткових труб та нормальну функцію сперматозоїдів. Відновлення нормальної анатомії за допомогою адгезіолізу дозволяє забезпечити належну прохідність труб та захоплення яйцеклітин фібріями. Зокрема, ендометріоми пов'язані зі зниженням фертильності через зміни строми яєчників. [9]

Висловлюється думка, що розтягнення кори яєчника може призвести до втрати первісних фолікулів. Хронічне запалення викликає підвищений окислювальний стрес у навколишній тканині кори яєчника. В ендометрію кістах спостерігається збільшення концентрації вільних радикалів і підвищена кількість вільного заліза, які поглинаються навколишньою тканиною яєчника та чинять прямий гонадотоксичний ефект. Запалена тканина кори яєчника посилює окислювальний стрес, спричиняючи мікросудинну травму та зменшуючи васкуляризацію, що призводить до зменшення кількості антральних фолікулів [33].

Було показано, що частота вагітності у безплідних жінок із наявністю ендометріоми після цистектомії становила 54,2% [26]. Резекція ендометріоми збільшує частоту вагітності, зменшує тазові болі, ризик перекруту яєчників, дозволяючи покращити доступ до яєчників у разі необхідності пункції фолікулів.

Хірургічне висічення вогнищ ендометріозу та ендометріоми потрібно робити дуже обережно. За даними метааналізу, хірургічна резекція може мати згубний вплив на оваріальний резерв [34]. Хірургічне втручання може видалити або пошкодити здорову тканину яєчників і зменшити кількість фолікулів. Електрокаутеризація з метою гемостазу може спричинити запалення кори яєчників. Кваліфікований хірург повинен обрати оптимальні засоби резекції або абляції ендометрію імплантів та видалення ендометріоми, щоб найкращим чином зберегти фертильність та оваріальний резерв і зменшити больові симптоми в пацієнтки.

Потенційний ризик хірургічного втручання потрібно зіставляти з альтернативними варіантами підвищення фертильності, такими як ДРТ. Цей момент найкраще проілюстровано в жінок із повторними операціями з приводу ендометріозу. Існує припущення, що повторне хірургічне втручання може призвести до відновлення больового синдрому і зниження оваріального резерву [35].

Хірургія ендометріозу та оваріальний резерв

Надзвичайно важливим залишається питання «розумного гемостазу» після вилучення капсули: недостатній гемостаз може спричинити кровотечу з ложа кісти в післяопераційному періоді, а надмірний – нівелює органозберігаючий принцип втручання і значною мірою знищує оваріальний резерв.

Частота рецидивів ендометріом яєчників коливається в межах 9,6–45,5%. Хірург повинен зважувати можливість адекватного висічення вогнищ та ятрогенне зниження резерву яєчників. Аналіз рівня антимюллерового гормону (АМГ) після хірургічного лікування ендометріозу яєчників показав, що воно пов'язане зі значним зниженням концентрації АМГ – на 24% після одностороннього хірур-

гічного втручання та до 67% після двостороннього. Переваги висічення в порівнянні з електрохірургічною абляцією були продемонстровані та підтвержені в проміжному мета-аналізі 7 досліджень, де висічення було пов'язане зі значно меншим ризиком відновлення симптомів та значно зниженою частотою рецидивів (відносний ризик (ВР) 0,50; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,26–0,97; $p = 0,04$). Частота рецидивів після висічення була також нижчою порівняно з випаровуванням лазером (ВР 0,33; 95% ДІ 0,12–0,88; $p = 0,03$). Показники настання спонтанної вагітності після висічення були значно кращими порівняно з електрохірургічною коагуляцією (ВР 2,64; 95% ДІ 1,49–4,69; $p < 0,001$) [10].

Rizk та співавт. повідомляють про високу частоту рецидивів ендометріозу (у 62% випадків) при запущених стадіях захворювання, коли проводилось оперативне втручання без аднексектомії [10]. Збереження яєчників тягне за собою в 6 разів більший ризик рецидиву больового синдрому та у 8 разів більший ризик повторної операції. Рішення повинно бути зважене з урахуванням віку пацієнтки і впливу ранньої менопаузи на якість її життя. Рецидив симптомів ендометріозу та болю безпосередньо пов'язані з хірургічною технікою, ступенем видалення перитонеальних і глибоких інфільтративних вогнищ. Хірургічні втручання завжди повинні бути спрямовані на повне усунення ендометрію уражень, щоб максимально знизити ризик рецидиву [34].

Активно проводяться дослідження, що полягають у вивченні ступеня порушення функції яєчників під час хірургії ендометріом. Показання до хірургічного втручання потребують врахування ризику потенційно значного зниження резерву яєчників [18].

Проведене у 2016 р. рандомізоване контрольоване клінічне дослідження, що передбачало виявлення впливу на оваріальний резерв біполярної коагуляції та лапароскопічного шиття при двобічних ендометріомах, показало цікаві результати. Стан оваріального резерву оцінювався за допомогою визначення рівня АМГ і фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) до операції та через 3, 6 і 12 місяців після неї. Рівень АМГ в обох дослідних групах був значно нижчим, ніж до операції, а рівень ФСГ відповідно значно вищим. Не було суттєвої різниці в середньому відсотковому зниженні рівня АМГ в обох групах при спостереженні через 6 та 12 місяців. Середнє збільшення базального ФСГ було вищим у групі біполярної коагуляції, ніж у групі лапароскопічного шиття, при 3-місячному ($p = 0,023$) та 6-місячному ($p = 0,029$) спостереженні, але не при 12-місячному. Частота вагітності, час до зачаття та частота рецидивів ендометріоми була подібною в обох досліджуваних групах. Видалення ендометріоми яєчника значно знижувало сироватковий рівень АМГ та збільшувало базальний рівень ФСГ незалежно від методу гемостазу. Отримані дані потребують уточнення, а наступні дослідження – стандартизації хірургічних методик, оскільки гіпотетично при використанні лапароскопічного шиття травматизація здорової тканини яєчника є мінімальною [30].

Ефективність хірургічного лікування ендометріозу

Після хірургічного втручання (висічення або вапоризації) спонтанна кумулятивна частота вагітності становить від 50 до 60%, а частота рецидивів – від 5 до 20%. Результат хірур-

гічного втручання, вірогідно, залежить від кваліфікації хірурга, який проводить операцію [29].

Продемонстроване значне полегшення болю у 80% жінок після операції з повною можливою резекцією ендометріюїдних вогнищ склала 32% порівняно з групою плацебо, в якій проводилась лише діагностична лапароскопія. При цьому в разі повторної лапароскопії «second look» через 6 місяців прогресування захворювання виявлялося у 45% обстежених, а покращення – у 22% пацієнток. Приблизно 20% жінок не відзначали покращення після операції з приводу ендометріозу [19, 28].

Setälä та ін. у своєму дослідженні повідомляють про значне покращення статеві функції, показників якості життя і зменшення дискомфорту в жінок із глибокими ендометріюїдними вузликами в задньому відділі піхви, яким було проведено повне висічення ендометріозу, включаючи резекцію піхви [33]. Однак ця операція може бути пов'язана з ускладненнями та несприятливими симптомами, тому її слід проводити лише після ретельного консультування з жінкою та врахування всіх ризиків [27].

Takao Hidaka та співавт. повідомляють про ефективність лапароскопічного лікування і вплив радикалізму операції на якість життя та частоту рецидивів у пацієнток із III–IV стадією ендометріозу з видаленням вогнищ ПЕ або без нього. Було отримано суттєве поліпшення профілю болю в обох групах, проте ступінь поліпшення був значно вищим, а частота рецидивів – значно нижчою в групі видалення вогнищ ПЕ [37]. Консервативна лапароскопічна хірургія з додатковим радикальним видаленням глибоких ендометріюїдних уражень помітно знижує вираженість дисменореї та частоту повторних тазових болів. Хоча хірургічна процедура є технічно вимогливою, рівні періопераційних ускладнень є прийнятними [38].

Високий ступінь ефективності лапароскопічної хірургії екстрагенітального ендометріозу демонструють також Bailly та співавт. [8]. Хірургія ендометріозу кишечника зменшує вираженість симптомів захворювання та покращує якість життя. Коли ступінь інвазії ендометріюїдного вогнища цього потребує, слід провести сегментарну резекцію [32].

Основні принципи хірургічних втручань були сформульовані на засіданні Світового товариства ендометріозу (World Endometriosis Society) у 2011 р. [12]:

- Лапароскопічне хірургічне видалення вогнищ ендометріозу є ефективним підходом першої лінії для лікування болю, пов'язаного з цим захворюванням.
- Хоча поточні рандомізовані клінічні дослідження не показали переваги висічення над видаленням, рекомендується проводити висічення вогнища, де це можливо, особливо в разі глибоких вогнищ ендометріозу.
- За можливості для лікування ендометріозу завжди повинна проводитися лапароскопія замість лапаротомії.
- Проведення ЛАМН на додаток до лапароскопічного видалення вогнищ ендометріозу не знижує больової симптоматики. Хоча ЛПН може забезпечити певний позитивний результат для невеликої кількості жінок, але такий сприятливий вплив нівелюється потенційними небажаними ефектами процедури.

- Рекомендується за можливості віддавати перевагу лапароскопічному вилущенню (цистектомії) ендометріом яєчників у порівнянні з лапароскопічною абляцією з метою мінімізації ймовірності рецидиву симптомів ендометріозу та ендометріоми.

- Найкращого хірургічного підходу до лікування глибокого ендометріозу не визначено.

- Хірургічне лікування глибокого ендометріозу повинні здійснювати фахівці з вузькоспеціалізованим хірургічним досвідом, тому такі операції повинні проводитися тільки в спеціалізованих центрах.

Ендометріоз має високий потенційний ризик рецидивів, що в багатьох випадках пояснюється неповними хірургічними процедурами. Незважаючи на те, що хірурги частіше стикаються з клінічною проблемою проведення подальших операцій, дуже мало відомо про особливості стану пацієнток, які перенесли попереднє хірургічне втручання з приводу ендометріозу, і особливо про хірургічні результати в наступних операціях. Існує проблема «повторюваності чи резистентності»: чи справді ендометріоз асоціюється зі значною частотою рецидивів (нові ураження), або ж повторні операції, які проводяться через відновлення хворобливих симптомів, спричинені неповним первинним хірургічним втручанням? Кілька досліджень підтверджують думку, що найкращим способом запобігти рецидиву є проведення максимально радикальних початкових операцій, показавши, що ризик рецидивів, особливо глибоких уражень сечового міхура та кишечника, значно зменшується в разі закінчених початкових операцій. Зі зростанням досвіду хірургічних процедур при ендометріозі спостерігається зменшення кількості випадків з неповним видаленням, що знижує частоту рецидивів. Іншим аргументом на підтвердження цієї теорії є те, що анатомічний розподіл повторних ендометріюїдних уражень часто подібний до розподілу, який спостерігався під час початкової процедури [18].

ВИСНОВКИ

Ендометріоз залишається важливою медико-соціальною та науковою проблемою. На сьогоднішній день визнаними є малоінвазивні методики оперативних втручань, об'єм яких повинен балансувати на межі органозбереження-радикальність.

Пацієнтки з ендометріозом мають оперуватись в спеціалізованих клініках, де є достатній технічний та кадровий потенціал для проведення адекватного втручання. Оперативне втручання повинне проводитись один раз, мультидисциплінарною бригадою, з максимально можливим висіченням усіх ендометріюїдних гетеротопій. Об'єм хірургічної інтервенції часто визначається інтраопераційно і може включати резекцію склепіння піхви, крижово-маткових зв'язок, фрагмента кишки, сечового міхура або сечоводів.

Дослідження, що наразі тривають, свідчать про актуальність пошуку оптимальних хірургічних методів та технік, які поєднували б високу ефективність та низьку травматичність.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Abbott, J., Hawe, J., Hunter, D., et al. "Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial." *Fertil Steril* 82.4 (2004): 878–84. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.03.046
- Afors, K., Murtagh, R., Centini, G., et al. "Employing Laparoscopic Surgery for Endometriosis." *Women's Health* 10.4 (2014): 431–43. DOI: 10.2217/whe.14.28
- Albert, L., Sinaï, N., Segars, J., et al. "Pelvic Pain Location to Surgical Findings of Endometriosis." *Hsu Information Obstetrics & Gynecology* 118.2 (2011): 223–30.
- Alborzi, S., Hosseini-Nohadani, A., Poordast, T., Shomali, Z. "Surgical outcomes of laparoscopic endometriosis surgery: a 6 year experience." *Current Medical Research and Opinion* 33.12 (2017): 2229–34.
- Alkatout, I., Mettler, L., Beteta, C., et al. "Combined Surgical and Hormone Therapy for Endometriosis is the Most Effective Treatment: Prospective, Randomized, Controlled Trial." *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 20.4 (2013): 473–81. DOI: 10.1016/j.jmig.2013.01.019
- Arcoverde, F.V.L., et al. "Surgery for Endometriosis Improves Major Domains of Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2018). DOI: 10.1016/j.jmig.2018.09.774
- Asgari, Z., Rouhoulamin, S., Hosseini, R., et al. "Comparing ovarian reserve after laparoscopic excision of endometriotic cysts and hemostasis achieved either by bipolar coagulation or suturing: a randomized clinical trial." *Archives of Gynecology and Obstetrics* 293.5 (2015): 1015–22. DOI: 10.1007/s00404-015-3918-4
- Bailly, E., Margulies, A.-L., Letohic, A., et al. "Evolution of symptoms and quality of life of patients after surgery of digestive endometriosis." *Gynecol Obstet Fertil* 41.11 (2013): 627–34.
- Barr, P.N., Coroleu, B., Tur, R., et al. "Endometriosis-associated infertility: surgery and IVF, a comprehensive therapeutic approach." *Reprod Biomed Online* 21.2 (2010): 179–85.
- Benagiano, G., Brosens, I., Donatella, L. "The history of endometriosis." *Gynecol Obstet Invest* 78.1 (2014): 1–9.
- Colinet, P., Leguevaque, P., Neme, R.M., et al. "Robot-assisted laparoscopy for deep infiltrating endometriosis: international multicentric retrospective study." *Surgical Endoscopy* 28.8 (2014): 2474–9.
- Consensus on current management of endometriosis. World Endometriosis Society. France (2011).
- Deguara, C.S., Pepas, L., Davis, C. "Does minimally invasive surgery for endometriosis improve pelvic symptoms and quality of life?" *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 24.4 (2012): 241–4. DOI: 10.1097/gco.0b013e328355626f
- Di Guardo, F., Shah, M., Cerana, M.C., et al. "Management of women affected by endometriosis: Are we stepping forward?" *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders* (2019). DOI: 10.1177/2284026519841520
- Dunselman, G.A.J., Vermeulen, N., Becker, C., et al. "ESHRE guideline: management of women with endometriosis." *Human Reproduction* 29.3 (2014): 400–12.
- Falcone, T., Flyckt, R. "Clinical Management of Endometriosis." *Obstetrics & Gynecology* 131.3 (2018): 557–71.
- Goldberg, J., Davis, A. "Extrapelvic Endometriosis." *Seminars in Reproductive Medicine* 35.01 (2016): 098–101. DOI: 10.1055/s-0036-1597122
- Healey, M., Cheng, C., Kaur, H. "To excise or ablate endometriosis? A prospective randomized double-blinded trial after 5-year follow-up." *J Minim Invasive Gynecol* 21.6 (2014): 999–1004.
- Kehan, S., Hughes, C., Price, T., Muasher, S. "An Update on Surgical versus Expectant Management of Ovarian Endometriomas in Infertile Women." *Biomed Research International* (2015): 204792.
- Kho, R.M., Andres, M.P., Borelli, G.M., et al. "Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* (2018). DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020
- Kim, S., Falcone, T., Flyckt, R. "Surgical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain." *Seminars in Reproductive Medicine* 35.01 (2017): 054–64. DOI: 10.1055/s-0036-1597306
- Kitajima, M., Dolmans, M., Donnez, O., et al. "Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas." *Fertil Steril* 101.4 (2014): 1031–7.
- Kolodziej, A., Krajewski, W., Dolowy, L., Hirnle, L. "Urinary Tract Endometriosis." *Urology Journal* 12.4 (2015): 2213–7.
- Koninck, P.R., Ussia, A., Kekstein, J., et al. "Pandora's Box of Medical and Surgical Treatment of Endometriosis." *Journal of Minimally Invasive Gynecology* "Evidence-Based Medicine" (2017).
- Maggiore, R., Venturini, P.L., Gillott, D.J., et al. "Hemostasis by bipolar coagulation versus suture after surgical stripping of bilateral ovarian endometriomas: a randomized controlled trial." *Minim Invasive Gynecol* 19.6 (2012): 722–30.
- Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., et al. "Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement." *Human Reproduction Update* 17.3 (2011): 311–26. DOI: 10.1093/humupd/dmq057
- Nezhat, C., Vang, N., Tanaka, P., Nezhat, C. "Optimal Management of Endometriosis and Pain." *Obstetrics & Gynecology* 134.4 (2019): 834–9.
- Nisolle, M., Brichant, G., Tebache, L. "Choosing the right technique for deep endometriosis." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 59 (2019): 56–65.
- Raffi, F., Metwalli, M., Amer, S. "The impact of excision of ovarian endometrioma on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis." *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 97.9 (2012): 3146–54.
- Rimbach, S., Ulrich, U., Schweppe, K.W. "Surgical Therapy of Endometriosis: Challenges and Controversies." *Geburtshilfe Frauenheilkd* 73.9 (2013): 918–23.
- Ritz, B., Fischer, A.S., Lotfy, H.A., et al. "Recurrence of endometriosis after hysterectomy." *Facts Views Vis Obgyn* 6.4 (2014): 219–27.
- Rolla, E. "Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment." *F1000Res* 8 (2019): F1000 Faculty Rev-529. DOI: 10.12688/f1000research.14817.1
- Setälä, M., Härkki, P., Matomäki, J., et al. "Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection." *Acta Obstet Gynecol Scand Clinical Trial* 91.6 (2012): 692–8.
- Sibiude, J., Santulli, P., Marcellin, L., et al. "Association of History of Surgery for Endometriosis With Severity of Deeply Infiltrating Endometriosis." *Obstetrics & Gynecology* 124.4 (2014): 709–17.
- Singh, S.S., Suen, M.W.H. "Surgery for endometriosis: beyond medical therapies." *Fertility and Sterility* 107.3 (2017): 549–54. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.01.001
- Stones, W., Cheong, Y.C., Howard, F.M., Singh, S. "Interventions for treating chronic pelvic pain in women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2005). DOI: 10.1002/14651858.cd000387
- Takao Hidaka, Akitoshi Nakashima, Yoshiko Hashimoto, Shigeru Saito. "Effects of laparoscopic radical surgery for deep endometriosis on endometriosis-related pelvic pain." *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* 21.5 (2012): 355–61. DOI: 10.3109/13645706.2011.6117758
- Tanmahasavong, P., et al. "Postoperative levonorgestrel-releasing intrauterine system for pelvic endometriosis-related pain: a randomized controlled trial." *Obstet Gynecol* 119.3 (2012): 519–26.
- Uncu, G., Kasapoglu, I., Ozerkan, K., et al. "Prospective assessment of the impact of endometriomas and their removal on ovarian reserve and determinants of the rate of decline in ovarian reserve." *Hum Reprod* 28.8 (2013).
- Wattiez, A., Puga, M., Albomoz, J., Fallor, E. "Surgical strategy in endometriosis." *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 27.3 (2013): 381–92.
- Zanelotti, A., DeCherney, A.H. "Surgery and Endometriosis." *Clin Obstet Gynecol* 60.3 (2017): 477–84.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЗІ

Огляд літератури

М.М. Черняк, аспірант кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», лікар акушер-гінеколог КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» УМР, м. Ужгород
О.О. Корчинська, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Ендометріоз – це захворювання, пов'язане з наявністю тканини, морфологічно схожої на ендометрій, поза порожниною матки, яке є важливою медичною та соціальною проблемою. Статистичний аналіз поширеності ендометріозу ускладнений поліморфізмом проявів, плавним наростанням вираженості симптомів та тривалим проміжком часу від появи перших симптомів до постановки діагнозу. Проявами ендометріозу є хронічний больовий синдром, альгодисменорея, диспареунія, зниження фертильності. Всі ці прояви погіршують якість життя і не дають жінці можливості реалізувати репродуктивний потенціал. Найпоширенішими формами ендометріозу є поверхневий перитонеальний ендометріоз, ендометріодні кісти яєчників та глибокий інфільтративний ендометріоз. Вибір тактики лікування залежить від форми та стадії захворювання, віку жінки, наявності або відсутності репродуктивних планів, попереднього лікування. Можливе застосування як медикаментозних, так хірургічних методів лікування. Останні, в свою чергу, можуть бути органозберігаючими та радикальними. Оптиміальний хірургічний підхід повинен зважувати ризики самого хірургічного втручання, його об'єму та ймовірності рецидиву за відсутності радикальності.

В статті розглянуті сучасні техніки хірургічного втручання при ендометріозі як одного з основних методів лікування даного захворювання. Важкі форми ендометріозу є серйозним викликом для хірургічної бригади, оскільки хронічний запальний та спайковий процес змінюють нормальну анатомію малого таза. Такі операції часто потребують залучення хірургів, урологів та інших спеціалістів, а рішення про остаточний об'єм втручання приймається під час операції. Операція при ендометріозі має на меті максимально можливе в кожному конкретному випадку видалення патологічних вогнищ, що приводить до полегшення больового синдрому та збільшення ймовірності реалізації репродуктивних планів. Описані раціональні об'єми хірургічних втручання та оптимальні стратегії ведення пацієнток із різними формами ендометріозу. Наведені дані міжнародних досліджень ефективності різних методів хірургічних втручання, вплив ступеня радикалізму на перебіг захворювання, ймовірність рецидиву і якість життя пацієнток.

Ключові слова: ендометріоз, ендометріоми, хірургічне лікування ендометріозу, лапароскопія, оваріальний резерв.

MODERN VIEWS ON ENDOMETRIOSIS SURGERY

Literature review

M.M. Chernyak, graduate student, Obstetrics and Gynecology Department, Medical Faculty of the Uzhgorod National University, obstetrician-gynecologist, Uzhgorod City Maternity Hospital, Uzhgorod
O.O. Korchynska, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department, Medical Faculty of the Uzhgorod National University, Uzhgorod

Endometriosis is a disease associated with the presence of tissue morphologically similar to the endometrium outside the uterine cavity and it is an important medical and social problem. Statistical analysis of the endometriosis prevalence is complicated by polymorphism of manifestations a gradual increase of symptoms and a long period of time from the first symptoms to diagnosis. Manifestations of endometriosis are chronic pain, algomenorrhea, dyspareunia, decreased fertility. All these manifestations worsen the quality of life and do not allow a woman to realize her reproductive potential. The most common forms of endometriosis are superficial peritoneal endometriosis, endometrioid ovarian cysts and deep infiltrative endometriosis. Treatment tactics depends on the form and stage of disease, woman's age, presence or absence of reproductive plans, previous treatment. It is possible to use both medical and surgical methods of treatment. Surgical methods can be organ-preserving and radical. The optimal surgical approach should weigh the risks of the surgery itself and the likelihood of recurrence in the radicalism absence.

Modern techniques of surgical intervention are considered as one of the main methods of endometriosis treatment. Severe forms of endometriosis are a serious challenge for the surgical team, as chronic inflammation and adhesions alter the normal pelvic anatomy. Such operations often require the involvement of surgeons, urologists and other specialists, and the decision about final operation scope is made during the operation. Endometriosis surgery aims at the maximum possible in each case, the removal of pathological foci, which leads to relief of pain and increase the likelihood of reproductive plans. This article describes the rational scope of surgical interventions and optimal strategies for the management of patients with various forms of endometriosis. The data of international researches of efficiency of various methods of surgical interventions, influence of degree of radicalism on a disease course, probability of recurrence and quality of patient's life are resulted.

Keywords: endometriosis, endometrioma, surgical treatment of endometriosis, laparoscopy, ovarian reserve.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Обзор литературы

М.М. Черняк, аспирант кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», врач акушер-гинеколог КНП «Ужгородский городской родильный дом» УГС, г. Ужгород
О.А. Корчинская, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород

Эндометриоз – это заболевание, связанное с наличием ткани, морфологически похожей на эндометрий, вне полости матки, которое является важной медицинской и социальной проблемой. Статистический анализ распространенности эндометриоза затруднен полиморфизмом проявлений, плавным нарастанием выраженности симптомов и длительным промежутком времени от появления первых симптомов до постановки диагноза. Проявлениями эндометриоза являются хронический болевой синдром, альгодисменорея, диспареунія, снижение фертильности. Все эти проявления ухудшают качество жизни и не дают женщине возможности реализовать репродуктивный потенциал. Наиболее распространенными формами эндометриоза являются поверхностный перитонеальный эндометриоз, эндометриодные кисты яичников и глубокий инфильтративный эндометриоз. Выбор тактики лечения зависит от формы и стадии заболевания, возраста женщины, наличия или отсутствия репродуктивных планов, предшествующего лечения. Возможно применение как медикаментозных, так и хирургических методов лечения. Последнее, в свою очередь, могут быть органосохраняющими и радикальными. Оптиміальний хирургічний підхід повинен зважувати ризики самого хірургічного втручання, його об'єму та ймовірності рецидиву при відсутності радикальності.

В статье рассмотрены современные техники хирургического вмешательства при эндометриозе как одного из основных методов лечения данного заболевания. Тяжелые формы эндометриоза являются серьезным вызовом для хирургической бригады, поскольку хронический воспалительный и спайочный процесс меняют нормальную анатомію малого таза. Такі операції часто потребують привлечення хірургів, урологів та інших спеціалістів, а рішення об остаточном объеме вмешательства принимается интраоперационно. Операція при ендометріозі має метю максимально можливе в кожному конкретному випадку видалення патологічних очагов, що приводить до полегшення больового синдрому та збільшення ймовірності реалізації репродуктивних планів. Описані раціональні об'єми хірургічних втручання та оптимальні стратегії ведення пацієнток з різними формами ендометріозу. Приведені дані міжнародних досліджень ефективності різних методів хірургічних втручання, вплив ступеня радикалізму на перебіг захворювання, ймовірність рецидиву і якість життя пацієнток.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриомы, хирургическое лечение эндометриоза, лапароскопия, овариальный резерв.