

Ультразвуковые критерии эндометриоза яичников – векторы ранней диагностики патологии у пациенток раннего репродуктивного возраста

А.А. Трушкевич, А.А. Довгань, А.Д. Мысенко

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Необходимость ранней диагностики эндометриоза диктует поиск новых методологических подходов к решению проблемы. Наиболее сложными в плане диагностики являются так называемые малые формы эндометриоза яичников или поверхностный эндометриоз. Согласно классификации эндометриозных кист яичников – это патологический процесс, относящийся к первой стадии, когда мелкие точечные эндометриозные гетеротопии имплантируются на поверхности яичников без образования кистозных полостей. Именно эта стадия поражения яичников «упускается» клиницистами и врачами ультразвуковой диагностики, поскольку разрозненный подход в оценке клинических, эхографических, гормональных критериев без учета отягощенного оперативного анамнеза, наследственной предрасположенности несут минимум информации, позволяющей на ранних стадиях идентифицировать эту сложную патологию. Обозначилась необходимость введения в поиск эхографических критериев, которые позволят скринингово выделить группу риска среди пациенток, в дальнейшем требующую углубленного обследования по данной нозологии. Такой подход позволит диагностировать эндометриоз яичников на ранних стадиях, значительно улучшив прогноз вследствие своевременного применения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: эндометриоз, ультразвуковое исследование, ранний репродуктивный возраст.

Эндометриоз – это заболевание, сопровождающееся разрастанием эндометриоподобной ткани вне полости матки, сопровождающееся хронической воспалительной реакцией [1–4], с преимущественным поражением женщин репродуктивного возраста вне зависимости от принадлежности к той или иной этнической и социальной группе. При этом рост заболеваемости эндометриозом наблюдается во всем мире с негативной тенденцией в сторону «омоложения» данной патологии. Порой завуалированность данной проблемы, отсутствие специфической клинической симптоматики и четких диагностических методик приводят к запоздалой диагностике заболевания, когда от времени появления первых симптомов и до первого обращения к врачу проходит 5–7–8 лет.

В ходе проведенного общемирового исследования под эгидой Международного общества по эндометриозу Global Study of Womens Health (GSWH) с участием женщин в возрасте 18–45 лет с лапароскопически подтвержденным эндометриозом, установлено, что диагностика продолжалась в среднем 7 лет [1, 5]. Необходимость ранней диагностики эндометриоза диктует поиск новых методологических подходов к поиску решения проблемы.

Поражение яичников среди всех локализаций заболевания по частоте встречаемости стоит на втором месте после эндометриоза тела матки. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников, так называемые малые формы, и глубокую, с формированием кисты, называемую эндометриомой. По мно-

гочисленным данным, эндометриоз яичников без образования кист встречается значительно чаще, чем эндометриомы [8].

Информативность эхографических методов исследования при установлении диагноза эндометриозом достаточно высока и, как правило, для специалистов по ультразвуковой диагностике не представляет значительных трудностей. Ультразвуковая диагностика эндометриоза яичников без образования кисты сомнительна, поскольку отсутствуют классические эхографические признаки данной патологии [2, 8, 9]. Однако именно функционирование эндометриозного импланта в поверхностном, корковом слое яичника является точкой отсчета патологии, когда по мере прогрессирования с каждой менструацией процесс направлен в сторону образования кистозных полостей с геморрагическим содержанием, приводящим к более глубокой инвагинации в строму, т. е. к факту формирования эндометриозной кисты. Концентрация внимания на ультразвуковых признаках малых форм эндометриоза яичников позволит заподозрить начальные стадии заболевания – выделить группу риска, а затем в комплексе с другими методами исследования диагностировать эндометриоз на ранних стадиях развития. Тем самым значительно сокращая время на установление диагноза, что весомо в плане улучшения показателей репродуктивного здоровья пациенток с данной патологией.

Цель исследования: определение эхографических признаков так называемых малых форм эндометриоза яичников у пациенток раннего репродуктивного возраста, у которых этот диагноз был подтвержден в ходе лапароскопического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были комплексно обследованы 124 пациентки в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст составил $21,3 \pm 1,4$ года), составивших основную группу, с различной степенью тяжести эндометриозного поражения яичников, подтвержденного в ходе лапароскопического лечения.

Основная группа была распределена на три подгруппы в зависимости от степени эндометриозного поражения яичников:

1. Подгруппа А, состоящая из 34 пациенток, с диагностированным в ходе лапароскопии одно- и двусторонним поражением яичников эндометриозом в виде «порохового ожога» или так называемые малые формы эндометриоза.
2. Подгруппа В, включающая 52 пациентки с диагностированными при эндоскопической операции односторонними эндометриозными кистами яичников.
3. Подгруппа С, представленная 38 пациентками с двусторонними эндометриозными кистами яичников.

Контрольную группу составили 30 пациенток с трубным фактором бесплодия и с исключением эндометриоза в ходе лапароскопии.

Было проведено анонимное анкетирование всех пациенток с отражением характера менструации, наличия болевого синдрома, вегетососудистых нарушений, возраста полового

Распределение пациенток с эндометриозными поражениями яичников в зависимости от возраста

Возрастной ценз, n (%)	Поверхностный эндометриоз яичника (n=34)	Односторонние кисты яичников (n=52)	Двусторонние кисты яичников (n=38)	Контрольная группа (n=30)
18-21 (35,38)	22	18	4	6
22-25 (33,06)	9	24	8	11
25-27 (31,45)	3	10	26	13

дебюта, регулярности половой жизни, необходимости контрацепции, длительности бесплодия др.

Характер боли оценивали по ВАШ и болевому опроснику Мак-Гилла.

Состояние гипофизарно-яичниковой системы изучали с помощью гормональных, биохимических, ультразвуковых и эндоскопических методов исследования.

При ретроспективном анализе данных изучали показатели социально-экономического статуса, наследственного фактора, соматического, гинекологического, иммунологического и аллергологического анамнеза.

Всем пациенткам проводили полное клинико-лабораторно-инструментальные обследования, включая трансабдоминальную, трансвагинальную эхографию органов малого таза, у ведущих половую жизнь пациенток (конвексные датчики с частотой 3,5 и 7 МГц) с использованием УЗ-системы «Honda» (Япония) и трансректальную эхографию у девственниц.

Иммуноферментные методы применяли для определения уровней гормонов в сыворотке крови и исследовали на автоматических иммунохемилюминисцентных анализаторах Cobas 6000 (e 601 модуль) на тест-системах Roche Diagnostics (Швейцария).

Лапароскопическое оперативное лечение проводили с помощью специальной аппаратуры производства фирмы «Richard Wolf» (Германия).

Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета прикладных компьютерных программ «Statistica for Windows v. 7.0, StatSoft Inc» (США). Все данные приведены в виде средних арифметических значений и стандартных отклонений. При сравнении вариационных рядов учитывали достоверные расхождения при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследуемую группу вошли 124 пациентки в возрасте 18–27 лет средний возраст – $21,7 \pm 1,2$ года.

При сборе семейного анамнеза установлено, что у матерей пациенток выявлены различные нарушения овариально-менструального цикла (НОМЦ) в виде альгодисменореи (терминология конца 90-х годов XX ст.), которые были диагностированы у 71 женщины, что составило 57,25% случаев, диагноз эндометриоза среди матерей пациенток был установлен в 37,1% случаев, первичным бесплодием страдали 33,87% матерей обследованных пациенток, были прооперированы по поводу эндометриозных кист яичников 34 матери пациенток, что составило 27,42% случаев.

Отягощенный оперативный анамнез отмечен у 42 пациенток (33,87%), среди них с апендэктомией – 24 пациентки (19,35%); была выполнена резекция яичников по поводу апоплексии в 6 случаях и кист яичников у 12 девушек с серьезными и эндометриозными кистами, что составило 9,67%. Резекция произведена лапаротомическими и лапароскопическими доступами.

Тенденция к «омоложению» данной патологии подтверждается данными исследования: все пациентки по возрастной категории относятся к раннему репродуктивному возрасту, причем наибольший процент распространенности патологии приходится на совсем юный возраст – 35,5% среди девушек до 22 лет (табл. 1).

При оценке гормонального статуса было установлено:
– уровень ФСГ в пределах возрастной нормы;
– гиперпролактинемия наблюдалась у 74 пациенток, что составило 59,67% с диапазоном уровня пролактина 28–46 нг/мл (при нормальных показателях по данным лаборатории «Синэво Украина» 4,79–23,3 нг/мл);

Таблица 2

Данные частоты встречаемости эхографических признаков при эндометриозных поражениях яичников

Показатели	Подгруппа А, n=34 (%)	Подгруппа В, n=52 (%)	Подгруппа С, n=38 (%)	Контрольная группа, n=30 (%)
Симптом дорсального усиления эхосигнала	8 (23,53)	48 (92,31)	38 (100)	0
Расположение по заднебоковой поверхности матки	34 (100)	52 (100)	38 (100)	2(6,6)
Отсутствие подвижности: – яичника, – кисты	32 (94,11)	49 (94,23)	38 (100)	0
Одно- двустороннее поражение	10 (29,41) 24 (70,58)	52 (100) -	- 38 (100)	0
Удвоение контура кисты	-	52 (100)	38 (100)	0
Содержимое кисты – гомогенная экзогенная взвесь	-	52 (100)	36 (94,74)	0
Васкуляризация: – по периферии кисты; – в области ворот яичника	- 16 (47,05)	47 (90,38) 50 (96,15)	34 (89,47)	0
Пристеночные включения высокой эхогенности	-	43 (82,69)	36 (94,74)	0
Жидкость в позадаточном пространстве в I фазе менструального цикла	32 (94,11)	52 (100)	35 (95,11)	2 (6,6)
Боль при трансвагинальном обследовании	32 (94,11)	48 (92,31)	34 (89,47)	3 (10%)
Отсутствие регресса в динамике	32 (94,11)	52 (100)	38 (100)	0
IR<0,40 во время менструации	30 (88,23)	47 (90,38)	35 (95,11)	0
IR 0,41-0,60 в поздней фолликулярной/лютеиновой фазе	32 (94,11)	50 (96,15)	36 (94,74)	0

– гиперэстрогенемия в пределах 184–244 нг/мл наблюдалась в первой фазе менструального цикла у 86 пациенток, что составило 69,35% (при нормативных показателях в фолликулярную фазу 12,5–166,0 пг/мл);

– гипоэстрогенемия наблюдалась в 11,3% случаев;

– гипопрогестеронемия с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) отмечена у 66 пациенток (53,23%), при этом снижение уровня прогестерона до критических цифр – до нулевых показателей зафиксировано в 9 клинических случаях;

– гиперкортизолемиа в утреннее время, как правило, синхронизировалась с гиперпролактинемией и составила в среднем – 26,3 мкг/дл (при норме 6,2–19,4 мкг/дл);

– повышение неспецифического онкомаркера СА-125 выявлено у 46 пациенток (37,1%) и составило в среднем 44,5 ЕД/мл (при норме до 35 ЕД/мл)

При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза получены эхографические показатели, представленные в табл. 2.

При оценке анамнестических данных очень важна информация о перенесенных ранее оперативных вмешательствах на органах малого таза и брюшной полости – отягощенный оперативный анамнез отмечен у 42 пациенток (33,87%) с эндометриозом практически у каждой третьей пациентки, подтвержденный при эндоскопическом лечении.

Отягощенный семейный анамнез, выявляющий у матерей пациенток первичное бесплодие в 33,87% случаев, диагностированный в прошлом эндометриоз в 37,1% случаев, дисменореей отмечали 57,25% матерей пациенток, что подтверждает значимость наследственного фактора в возникновении и развитии данной патологии.

Полученные данные согласуются с проведенными ранее исследованиями [1–3, 7, 8].

Среди характерных гормональных нарушений следует отметить следующие: гиперпролактинемия составила 59,67% в сочетании с гиперкортизолемией, гиперэстрогенемия – 69,35%, гипопрогестеронемия в комплексе с недостаточностью лютеиновой фазы на фоне неизмененных показателей ФСГ – 53,23% случаев.

Если эхографические критерии эндометриоза достаточно типичны и, как правило, значительных сложностей для установления диагноза не представляют [2, 7, 8]:

– удвоение контура кисты наблюдается практически в 100% случаев;

– наличие пристеночных включений высокой эхогенности в 82,6–94%;

– содержимое кисты представляет собой гомогенную эхогенную взвесь в 94–100%;

– особенности васкуляризация: по периферии кисты и в области ворот яичника в 90–95% и др.

В таких случаях в ходе исследования выделены ультразвуковые критерии эндометриозного поражения яичников при отсутствии анаэзогенного образования с мелкодисперсной однородной взвесью в яичнике, это позволяет идентифицировать их как патогномоничные критерии поверхностного эндометриоза, такие, как:

– расположение яичников по заднебоковой поверхности и матки;

– резкое ограничение подвижности яичников;

– наличие жидкости в позадимагочном пространстве в I фазе менструального цикла;

– боль при трансвагинальном обследовании;

– отсутствие регресса в динамике;

– IR<0,40 во время менструации, IR 0,41–0,60 в поздней фолликулярной / лютеиновой фазе.

ВЫВОДЫ

1. Считать группой риска по развитию эндометриоза пациенток с отягощенным семейным и оперативным анамнезом.

2. Комплекс гормональных изменений, таких как гиперпролактинемия, гиперэстрогенемия и гиперкортизолемиа, гипопрогестеронемия, считать патогномоничными нарушениями при эндометриозе, требующими направленной гормональной коррекции.

3. При выявлении эхографических признаков эндометриоза и при отсутствии анаэзогенных образований с мелкодисперсной взвесью в яичниках расценивать их как признаки поверхностного эндометриоза, рекомендовать дальнейшее углубленное обследование пациенток с целью ранней верификации диагноза эндометриоза.

4. Комплексность подхода при оценке жалоб пациенток, отягощенности семейного и оперативного анамнезов, клинических данных, гормональных нарушений и, что чрезвычайно важно, концентрация внимания на эхографических критериях поверхностного эндометриоза позволит ранней диагностике данной патологии.

Ультразвукові критерії ендометріозу яєчників – вектори ранньої діагностики патології у пацієнток раннього репродуктивного віку О.О. Трушкевич, А.А. Довгань, А.Д. Мисенко

Необходимость ранней диагностики эндометриоза диктует поиск новых методологических подходов до решения проблемы. Наиболее сложными в плане диагностики є так звані малі форми ендометріозу яєчників або поверхневий ендометріоз. Відповідно до класифікації ендометріодних кіст яєчників – це патологічний процес, що відноситься до першої стадії, коли дрібні точкові ендометріодні гетеротипії імплантуються на поверхні яєчників без утворення кістозних порожнин. Саме ця стадія ураження яєчників «упускається» клініцистами та лікарями ультразвукової діагностики, оскільки розрізнений підхід в оцінюванні клінічних, ехографічних, гормональних критеріїв без урахування обтяженого оперативного анамнезу, спадкової схильності несуть мінімум інформації, що дозволяє на ранніх стадіях ідентифікувати цю складну патологію. Визначилася необхідність введення в пошук ехографічних критеріїв, які дозволять скринінгово виділити групу ризику серед пацієнток у подальшому, що вимагає поглибленого обстеження з даної нозології. Такий підхід дозволить діагностувати ендометріоз яєчників на ранніх стадіях, значно поліпшивши прогноз внаслідок своєчасного застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: ендометріоз, ультразвукове дослідження, ранній репродуктивний вік.

Ultrasound criteria for ovarian endometriosis – vectors for early diagnosis pathology in patients early reproductive age A.A. Trushkevich, A.A. Dovgan, A.D. Mysenko

Need for early diagnosis of endometriosis dictates the search for new methodological approaches to solve the problem. Most difficult to diagnose are the so-called «short forms» of ovarian endometriosis or superficial endometriosis, according to the classification of endometrial ovarian cysts – a pathological process, referring to the first stage when the small spot endometrioid heterotopias are implanted on the surface of the ovary without the formation of cystic cavities. It is this stage of the ovaries «overlooked» by clinicians and physicians ultrasound diagnosis because, as a piecemeal approach to the evaluation of clinical, ultrasonographic, hormonal criteria excluding burdened operational history, genetic predisposition bear minimum information to identify the early stages of this complex pathology. Delineated the need to implement search sonographic criteria that would allow screening to allocate risk among patients in the future, requiring an in-depth survey of nosology. This approach will allow to diagnose ovarian endometriosis in the early stages, greatly improving the prognosis of a package due to timely treatment and preventive measures.

Key words: endometriosis, ultrasound, early reproductive age.

Сведения об авторах

Трушкевич Александра Александровна – кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», АР Крым, 95000, г. Симферополь, Луговая 73

Довгань Андрей Анатольевич – кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», АР Крым, 95000, г. Симферополь, Луговая 73. E-mail: dovghan72@mai.ru

Мысенко Анатолий Дмитриевич – кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», АР Крым, 95000, г. Симферополь, Луговая 73.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В, Андреева Е.Н. Роль современной гормонопродуцирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 66–77.
2. Адамян Л.В, Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. – Ставрополь: СГМА, 2002. – 228 с.
3. Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 78–81.
4. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в трех томах. – Т. 2. – М.: Видар-М, 2010. – 306 с.
5. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриозная болезнь // Гинекология: Руководство для врачей Под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира.– М.: Литера, 2008. – 840 с.
6. Колотовкина А.В., Калинина Е.А., Коган Е.А. Морфофункциональные особенности эндометрия у больных эндометриозом // Проблемы репродукции. – 2012. – № 4. – С. 74–79.
7. Медведев М.В., Рудько Г.Г. Дифференциальная ультразвуковая диагностика в гинекологии. Изд. 2-е, перераб. – М.: Реал Тайм, 2010. – 160 с.
8. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. Изд. 2-е., перераб. – Видар-М, 2013. – 564 с.
9. Яроцкая Е.Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 2004. – 352 с.
10. ASRM (American Society for Reproductive medicine). The Practice Committee. Endometriosis and infertility: a committee opinion // Fertil Steril. – 2012. – Vol. 98. – P. 591–598.
11. Bedaiwy M.A. Long-term management of endometriosis: Medical therapy and treatment // SRM. – 2011. – Vol. 8. – № 3. – P. 10–14.

Статья поступила в редакцию 16.07.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ РАБОТАЮТ НАД УНИВЕРСАЛЬНЫМ ЛЕКАРСТВОМ «ОТ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ»

Этот фермент необратимо изменяет белки, заставляющие поврежденные клетки умирать, и таким образом ускоряет их размножение, в результате чего заболевание прогрессирует. Фермент также ответствен за то, что химиотерапия перестает воздействовать на рак. Также известно, что он связан с развитием болезни Альцгеймера.

Исследователям удалось идентифицировать более 100 белков, с

которыми взаимодействует этот фермент, и обнаружить молекулу, действующую в качестве "выключателя". Открытие прокладывает совершенно новый путь для разработки лекарств, а лекарство, которое, как надеются ученые, будет изобретено в результате, может помочь победить рак, болезнь Альцгеймера и диабет.

Кстати, несколько лет назад две группы ученых независимо друг от

друга обнаружили, что Metformin - лекарство, обычно используемое для борьбы с диабетом, помогает, с одной стороны, предотвращать формирование ключевых отклонений в мозге, связанных с болезнью Альцгеймера, а с другой - подавляет рост злокачественных опухолей.

С. Лахути

<http://www.vokrugsveta.ru/>