

# Оптимізація діагностики й ендоскопічного лікування аденоміозу і порушень репродуктивної функції

Ю.П. Вдовиченко<sup>1</sup>, І.П. Гніп<sup>3</sup>, В.Д. Воробій<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

<sup>3</sup>Прикарпатський центр репродукції людини МОЗ України, м. Івано-Франківськ

Результати проведеного дослідження свідчать, що відсутність важких ускладнень, які обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі запропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я не підвищує, а, навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу (Ад), які не можна розглядати як діагностичні його критерії, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, можна використовувати для визначення тривалості терапії, а, можливо, і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з Ад. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їхнього використання в широкій медичній практиці.

**Ключові слова:** аденоміоз, порушення репродуктивної функції, тактика лікування.

Серед основної патології репродуктивної системи в даний час одне з основних місць посідає ендометріоз (Ен) [2]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в репродуктивний період, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [1]. У структурі різних форм генітального ендометріозу (ГЕ) значне місце посідає аденоміоз (Ад), частота котрого постійно зростає, особливо у поєднанні з лейоміомою матки і гіперпластичними процесами ендометрія [3].

Виникнення і розвиток Ад супроводжується, крім порушень менструальної і генеративної функцій, складними реакціями регулювальних систем, що спричиняють зміни діяльності всього жіночого організму і характеризують процес його дезадаптації в нових умовах, різко погіршуючи загальний стан і якість життя, а часто призводять до інвалідації жінок репродуктивного віку [4].

Незважаючи на велику кількість наукових публікацій щодо проблем ГЕ, не можна вважати всі наукові питання даної проблеми повністю вирішеними. На нашу думку, наукові і практичні дослідження, що полягають в підвищенні ефективності ендоскопічної діагностики і лікуванні Ад є перспективними і мають важливе соціальне значення для збереження репродуктивного здоров'я жінок.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності діагностики і лікування Ад у жінок з порушенням репродуктивної функції на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було проведено обстеження 850 жінок репродуктивного віку, що звернулися на амбулаторний прийом у «Прикарпатський

центр репродукції МОЗ України» (м. Івано-Франківськ) з приводу синдрому тазового болю і безпліддя. Після додаткового обстеження у 496 (58,4%) жінок діагностовано Ен статевих органів, з них у 127 (14,9%) пацієнток виявлений Ад у поєднанні з безпліддям, яким було проведено клініко-лабораторне обстеження в об'ємі запропонованого діагностичного комплексу.

Відповідно до програми були обстежені 30 умовно здорових жінок репродуктивного віку, що мають дітей, які склали групу контролю.

Усіх 127 жінок з Ад було розподілено на 3 групи за ступенем поширення процесу (відповідно до критеріїв відбору) – I група складала 58 жінок (45,7%) які відповідають I ступеню поширення Ад, II група – 52 жінки (40,9%), які відповідають II ступеню поширення Ад, III група – 17 жінок (13,4%), які відповідають III ступеню поширення Ад.

Після завершення обстеження 17 хворим з III ступенем поширення Ад було виконано хірургічне лікування різного об'єму: лапароскопічний доступ використано у 15 (88,2%) пацієнток і у 2 (11,8%) лапаротомічний, що зажадав екстирпації матки з придатками. При проведенні патоморфологічного дослідження макропрепарату у цих хворих було підтверджено III ступінь поширення патологічного процесу.

Усі пацієнтки з I–II ступенем поширення Ад (110 жінок), з врахуванням початкових проявів патологічного процесу, були об'єднані в одну групу, в подальшому методом вільної вибірки, з якої виділено дві групи: I група (основна), що складається з 60 пацієнток, і II група (група порівняння), що складається з 50 жінок.

I група – 60 жінок, яких було розподілено на чотири підгрупи:

1А – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів;

1В – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, які містять гестодени в пролонгованому режимі 63+7+63 днів у поєднанні з АТ – (траумель, гінекохель, оваріум-композитум);

1С – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден в пролонгованому режимі 84+7+84;

1D – 15 жінок (13,6%), які отримували лікування КОК, що містять гестоден, в пролонгованому режимі 84+7+84 у поєднанні з АТ.

II група – 50 (45,4%) жінок, які отримували стандартну терапію – агоністи гонадотропін-рилізинг-гормонів (аГнРГ) протягом 6 міс.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні та статистичні методи досліджень.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними клінічними проявами Ад у жінок репродуктивного віку є: больовий синдром (100,0%); порушення менструальної функції (100,0%); психоемоційні порушення (76,4%), зниження праце-

здатності (53,6%), дизуричні розлади (33,6%), диспаревнія (28,2%), а також первинне (20,0%) і вторинне безпліддя (80,0%).

Частота супутньої гормонально-залежної патології грудних залоз у жінок репродуктивного віку з Ад складає 68,2%; тиреоїдної дисфункції – 16,4%; порушень ліпідного і вуглеводного обмінів – 14,5%. Патологія гепатобіліарної системи у цих пацієнток має місце в 67,3% і серцево-судинні захворювання – в 48,2% спостережень.

Серед основних варіантів супутньої генітальної патології у жінок репродуктивного віку з Ад мають місце гіперпластичні процеси ендометрія (100,0%); хронічні запальні захворювання органів малого таза (65,5%) з явним переважанням хронічного метрорендометриту (40,3%); патологія шийки матки (26,4%) і перенесені ювенільні маткові кровотечі (16,4%). Частота оперативних втручань з приводу різної генітальної патології складає 41,9%.

Оптимізація діагностики Ад у жінок репродуктивного віку дозволяє прискорити діагностику даної патології на 2,1±0,2 року, а також встановити, що в структурі Ад I ступінь має місце в 45,7%; II – в 40,9% і III – в 13,4%, що відіграє важливе значення у виборі тактики лікувально-профілактичних заходів.

Додаткове використання антигомотоксичної терапії в комплексі з КОК із включенням гестодену дозволяє знизити частоту порушень менструальної функції на 20,0%; больового синдрому – на 16,7%, рецидивів протягом 12 міс – на 20,0%, а також підвищити ефективність лікування порушень репродуктивної функції на 20,0%.

Підвищення ефективності консервативного лікування Ад з додатковим використанням антигомотоксичної терапії відбувається за рахунок прискореної нормалізації ендокринологічного статусу (естрадіол, фолікулостимулювальний і

лютеїнізувальний гормони), показників імунологічної реактивності (CD16+; CD19+ і CD95+), а також основних ехографічних і гістероскопічних ознак Ад.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати такі моменти:

– для підвищення ефективності діагностики Ад у жінок репродуктивного віку необхідне додаткове використання коефіцієнта активності Ад (співвідношення СА 125 на 2–3 і 7–9 днів менструального циклу), а також раннє використання сучасних ендоскопічних технологій – лапаро- і гістероскопії;

– у комплексне консервативне лікування Ад у жінок репродуктивного віку, крім КОК із гестоденом, необхідне додаткове включення антигомотоксичної терапії з урахуванням клінічної симптоматики і результатів додаткових методів дослідження.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, відсутність важких ускладнень, що обтяжують репродуктивне здоров'я на тлі пропонованої терапії для відновлення репродуктивного здоров'я, не підвищує, а, навпаки, знижує, частоту рецидивів. Нами визначено достовірну зміну ультразвукових ознак в процесі терапії аденоміозу (Ад), які не можна розглядати як діагностичні його критерії, проте, з високим ступенем достовірності у поєднанні з клінічними даними, а також лабораторними показниками, вони можуть бути використані для визначення тривалості терапії, а, можливо, і її якості. Отримані нами дані можна широко використовувати при відновленні репродуктивної функції у пацієнток з Ад. Простота виконання і економічність, а також неінвазивність досліджень підвищує можливість їх використання в широкій медичній практиці.

## Оптимизация диагностики и эндоскопического лечения аденомиоза и нарушений репродуктивной функции

Ю.П. Вдовиченко, И.П. Гнип, В.Д. Воробий

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что отсутствие тяжелых осложнений, которые обтягощают репродуктивное здоровье на фоне предлагаемой терапии для восстановления репродуктивного здоровья, не повышает, а, наоборот, снижает частоту рецидивов. Нами показаны достоверные изменения ультразвуковых признаков в процессе терапии аденомиоза (Ад), которые нельзя рассматривать как диагностические критерии, но с высокой степенью достоверности в сочетании с клиническими данными, а также лабораторными показателями можно использовать для определения длительности терапии, а, возможно, и ее качества. Полученные нами данные могут быть широко использованы при восстановлении репродуктивной функции у пациенток с Ад. Простота исполнения и экономичность, а также неинвазивность исследований повышают возможность их применения в широкой медицинской практике.

**Ключевые слова:** аденомиоз, нарушения репродуктивной функции, тактика лечения.

## Optimisation of diagnostics and endoscopic treatments adenomyose and infringements of reproductive function.

J.P. Vdovichenko, I.P. Gnyp, V.D. Voroby

The received results testify that absence of heavy complications which burden reproductive health against offered therapy for restoration of reproductive health does not increase, and on the contrary, reduces frequency of relapses. By us authentic changes of ultrasonic signs in the course of therapy adenomyose hich cannot be considered as diagnostic criteria, but, with high degree of reliability in a combination with z clinical given are shown, and also laboratory indicators, can be used for definition of duration of therapy, and is possible also its qualities. The data obtained by us can be widely used at restoration of reproductive function at patients with adenomyose. Simplicity of execution and profitability, and also noninvasiveness researches raise possibility of their application in wide medical practice.

**Key words:** adenomyose, infringements of reproductive function, treatment tactics.

## Сведения об авторах

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: pcore-first@nmaro.edu.ua

**Гнип Ирина Петровна** – Прикарпатский центр репродукции человека, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 49; тел.: (050) 502-99-29

**Воробий Владимир Дмитриевич** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (050) 373-04-45

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2010. – 161 с.
2. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікарська справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.
3. Гладчук І.З. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з ендометріозом / І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, С.М. Непорада // Вісн. морської медицини. – 2010. – № 4. – С. 33–36.
4. Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу / А.Я. Сенчук, І.І. Чермак // Тези доповідей IX конгресу світової Федерації Українського лікарського товариства. – К., 2012. – С. 133.

1. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2010. – 161 с.
2. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікарська справа. – № 1. – 2009. – С. 85–86.
3. Гладчук І.З. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з ендометріозом / І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, С.М. Непорада // Вісн. морської медицини. – 2010. – № 4. – С. 33–36.
4. Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу / А.Я. Сенчук, І.І. Чермак // Тези доповідей IX конгресу світової Федерації Українського лікарського товариства. – К., 2012. – С. 133.

Статья поступила в редакцию 10.06.2015